

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра клинической психологии и педагогики

Допустить к защите:
Зав. кафедрой клинической психологии
и педагогики
д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СТИГМАТИЗАЦИИ СЕМЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С АТИПИЧНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

Специальность:
37.05.01 - Клиническая психология
Квалификация: специалист

Исполнитель:
студент группы ОКП–601
Уляшина Е.И

Научный руководитель:
д.пс.н., профессор
Набойченко Е.С

Екатеринбург 2021

Содержание

Введение.....	3
1. Теоретические основы изучения психологических факторов стигматизации семей, воспитывающих детей с врожденной расщелиной губы и/или неба.....	7
1.1 Определение, частота встречаемости, причины, классификация и виды врожденной расщелины губы и неба.	7
1.2 Психическое и физическое развитие детей с врожденной расщелиной губы и/или неба	13
1.3 Стигматизация семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью и самого ребенка.....	16
1.4 Современные подходы к изучению психологических факторов стигматизации семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью ...	20
1.4.1 Основные функции, роль семьи в формировании личности ребенка и стили воспитания в семье, воспитывающей ребенка с ВРГиН	20
1.4.2 Особенности семей, воспитывающих детей с атипичной внешностью	27
2. Исследование психологических факторов стигматизации семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью.....	38
2.1 Материалы и методы исследования	38
2.2 Описание и анализ результатов исследования.....	40
2.2.1 Описание результатов пилотажного исследования.....	40
2.2.2 Описание результатов экспериментального исследования	42
3. Программа психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с атипичной внешностью	61
Заключение	77
Список использованных источников	81
Приложение 1	86
Приложение 2	88

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования: врожденные расщелины губы и/или неба являются наиболее распространенными пороками головы и шеи. По частоте занимают 2-3 место среди врожденных пороков развития человека и встречаются один на 500 новорожденных с тенденцией к увеличению за последние 15 лет. Наличие врожденной расщелины губы и/или неба у новорожденного приводит к множественным функциональным нарушениям, связанным, в том числе и с жизненно важными функциями дыхания, сосания и глотания. По мере роста ребенка расщелина создает ощутимые препятствия к его социальной адаптации за счет наличия косметического дефекта и нарушения речи. Это служит поводом к запуску процесса стигматизации, определяющего предвзятое отношение общества к ребенку, а нередко главными агентами стигматизации является ответственная за них социальная группа – родители.

Семья, в которой родился ребенок с врожденной расщелиной губы и/или неба, находится в условиях ситуации, травмирующей психу. Со временем родительский стресс не уменьшается, а может даже увеличиваться, что связано с возрастанием забот о ребенке и родительским пессимизмом относительно его будущего. Очень часто родители выражают по отношению к своему ребенку реакцию эмоционального отторжения, функция этой реакции заключается в защите себя от возникающих чувств привязанности, страха перед операциями, трудностями воспитания и социальной адаптации, а не редко выражают и скрытое эмоциональное отвержение, которое может привести к мысли о прерывании беременности или отказе от ребенка [35]. Все это говорит о необходимости изучения психологических факторов стигматизации семей и разработки программы психологического сопровождения для семьи с атипичным ребенком.

Стигматизация общества, которую испытывает на себе семья ребенка с ВРГиН, оказывает влияние не только на стиль детско-родительских отношений,

а также на личностные особенности родителей, что опосредованно оказывает влияние на формирование личности ребенка.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что системное представление о психологических факторах стигматизации семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью практически отсутствует.

Объект исследования – семьи, воспитывающие ребенка с атипичной внешностью.

Предмет исследования – психологические факторы стигматизации семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью.

Цель исследования: выявить психологические факторы стигматизации семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью и предложить программу психологического сопровождения данных семей.

В соответствии с целью, предметом и гипотезой в работе ставились и решались следующие **задачи:**

1. Анализ развития ребенка с атипичными особенностями внешности.
2. Анализ современных подходов к изучению психологических факторов стигматизации в семьях, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью.
3. Сравнение особенностей личности и детско-родительских отношений у родителей, воспитывающих ребенка с ВРГиН легкой и тяжелой структурой дефекта.
4. Выявление взаимосвязи между особенностями личности и детско-родительскими отношениями в семьях, воспитывающих ребенка с ВРГиН легкой и тяжелой структурой дефекта.
5. Выявление места личностных особенностей и детско-родительских отношений в структурных компонентах стигматизации семей, воспитывающих ребенка с ВРГиН легкой и тяжелой структурой дефекта.
6. Теоретическая разработка программы психологического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью.

Анализ материалов в ходе исследований позволил сформулировать следующую гипотезу:

Рождение ребенка с атипичной внешностью выступает для семьи как стрессогенный фактор, а общественные «мифы» играют роль в формировании стигматизации, детерминированной следующими психологическими факторами: личностными особенностями, такими как тревожность и дистимность, а также нарушенными детско-родительскими отношениями

Теоретико-методологическая база исследования:

- идеи культурно-исторической теории о единстве законов развития аномального ребенка, о личности как результате социального развития, взаимодействия ребенка со средой и близким окружением (Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, Д.Б.Эльконин, А.Г.Асмолов, Б.С.Братусь, Л.И.Божович, Т.А.Власова, и др.);

- представления о семейных системах и их роли в развитии детей с атипичными анатомо-физиологическими и психическими особенностями (Г.В.Гончаков, И.Ю.Левченко, В.Л. Мартынов, И.И.Мамайчук, Р.В.Овчарова, М.М.Семаго, В.В.Ткачева, Э.Г.Эйдемиллер и др.).

- концепции психолого-педагогического сопровождения семей (Н.Н. Васягина, Е.С. Набойченко, Р.В. Овчарова, В.В. Ткачева, Н.В.Дубровина и др.);

Комплекс методов исследования работы составили: анализ научных источников, анкетирование и тестирование. Методы математической обработки: критерий φ^* -угловое преобразование Фишера, ранговая корреляция Спирмена и факторный анализ.

Для обработки результатов использован прикладной пакет программ «STATISTICA 5.5».

На различных этапах исследования в нем приняли участие 806 человек.

Методики исследования:

При проведении исследования были использованы:

1. тест-опросник родительского отношения А. Я. Варга и В. В. Столин (ОРО);

2. методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис (АСВ);
3. сокращенный многофакторный опросник для исследования личности;
4. опросник Шмишека для диагностики типа акцентуации личности.

Эмпирическая база: Пилотажное исследование проводилось в 2020г. В нем приняло участие 567 человек.

Экспериментальная работа с участием 239 семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью проводилась в 2020г.

Теоретическая значимость данной работы заключается в: обобщение и систематизации данных о сущности детско-родительских отношений и изучение личностных особенностей родителей, воспитывающих ребенка с врожденной расщелиной губы и/или неба, детерминируемые стигматизацией.

Практическая значимость данной работы состоит в прикладном характере проделанной работы:

– полученные количественные и качественные данные о психологических факторах стигматизации семей, таких как особенности личности родителей и характер детско-родительских отношений, могут быть использованы в практической работе психологами для организации психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

– с учетом выявленных психологических факторов стигматизации была разработана технология сопровождения семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью.

– данный материал может быть использован психологами, работниками социальных служб, педагогами, воспитателями, дошкольными учреждениями и иными учреждениями, осуществляющими психолого-педагогическую и социально-психологическую деятельность семьям с ребенком с ВРГиН.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СТИГМАТИЗАЦИИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И/ИЛИ НЕБА

1.1 Определение, частота встречаемости, причины, классификация и виды врожденной расщелины губы и неба.

Под атипичной внешностью в современной психологии понимается та внешность которая не соответствует большинству людей в обществе, та внешность к которой не все привыкли, которая вызывает удивление и, как правило, эмоциональное отторжение. В данной работе под атипичной внешностью понимается врожденная расщелина губы и/или неба, сокращенно ВРГиН.

В частности, врожденная расщелина губы и/или неба относится к врожденным порокам развития лица, зубов и челюстей, которая является одной из тяжелых проблем челюстно-лицевой хирургии и хирургической, является одной из самых тяжелых и главных проблем в стоматологии, очень распространенное заболевание [23]. Под ВРГиН понимается грубый врожденный порок развития челюстно-лицевой системы, при котором нарушается непрерывность губы, неба, альвеолярного отростка, сопровождается значительными нарушениями: питание, дыхание, нарушение речи, возникают в результате нарушения морфогенеза плода в период от 3-4 недель до 12 недель внутриутробного развития [7]. Это коррегируемые врожденные особенности личности, хейлопластику проводят для устранения расщелины губы, уранопластику проводят для устранения дефекта неба.

Определить наличие данного порока можно даже в период беременности на 12-15 неделе. В зависимости от структуры дефекта эта врожденная челюстно-лицевая особенность полностью устраняется в соответствии со стандартами и

технологиями, используемыми в отечественной медицине, к возрасту от двух-трех лет.

Детей с врожденной расщелиной губы и/или неба с каждым годом по всему миру рождается все больше. Только за последние пол века рождаемость таких детей увеличилась в три раза. На долю врожденных расщелин губы и/или неба приходится около 15% всех врожденных пороков развития человека [6]. В России каждый год рождается от 4 до 5,5 тысяч детей с данным нарушением, больше половины детей, из этого количества с односторонними сквозными расщелинами верхней губы и неба [23]. По данным Минздрава РФ на 2019 год, за последние 15 лет количество новорожденных с расщелинами увеличилось более чем в 2 раза [13]. Ряд отечественных исследователей Б. Н. Давыдов, О. А. Гаврилова, В. В. Максимова, А. В. Зернов, отмечают увеличение числа врожденных аномалий в России после аварии на Чернобыльской АЭС [14].

По данным Всемирной организации здравоохранения, а также по данным многих популяционных исследований, проведенных в различных странах, врожденная челюстно-лицевая патология в 30-40% случаев приводит к смертности, а также служит основной причиной детской смертности у 25% и до 50% детей становятся инвалидами [13].

По данным мировой статистики, рождение ребенка с расщелиной губы и неба встречается у всех наций и народов, и составляет, например, [27]:

1. в Африке для негроидов встречаемость 1 к 2500, в Японии рождаемость составляет 1 к 590.
2. в США-1 к 600 с колебаниями частоты этого дефекта в разных штатах: от 0,8 в штате Нью-Йорк, до 1,85 на Гавайях, 1,95 в Алабаме и даже до 2,5 на 1000 новорожденных в Нью-Мексико.
3. в Европе встречается 1 случай на 500-1000 новорожденных.

В работах А.Е. Гусмана, М.Д. Дубова процентное соотношение расщелин верхней губы и неба можно представить следующим образом:

1. в 50-60% случаев встречаются расщелины верхней губы и неба;
2. в 25-30% случаев – изолированные расщелины неба;

3. в 15-20% случаев отмечаются изолированные расщелины верхней губы.

В соотношении по полу ребенка, расщелина губы и нёба чаще отмечается у мальчиков – 60-70%, у девочек встречается реже в соотношении 30-40%. У девочек чаще всего встречаются изолированные расщелины неба в соотношении 55-60% [14].

Еще во время беременности различные внешние и внутренние факторы оказывают воздействия на плод и формируют ВРГиН у еще не родившегося ребенка, воздействие этих факторов на плод происходит в период 7-9 недель, когда формируется челюстно-лицевая система.

По мнению Е.С. Набойченко, многие исследователи выделяют причины возникновения ВРГиН такие как: влияние генов и факторов окружающей среды, влияет и порог восприимчивости к их воздействию.

К рискам способствующим появлению врожденной расщелины, относят следующие внутренние и внешние факторы: несбалансированное питание матери во время беременности, профессиональные вредности, неблагоприятные взаимоотношения в семье, асоциальные условия жизни, вредные привычки родителей, прерывание беременности, неблагополучный акушерский анамнез (в том числе ранний токсикоз, гинекологические заболевания, угроза прерывания беременности), острая инфекция в первой половине беременности, экологически неблагоприятные территории. Основной причиной формирования врожденной расщелины губы и неба является генетическая предрасположенность [35].

Далее рассмотрим несколько наиболее известных классификаций расщелин губы и неба зарубежных и отечественных авторов.

В настоящее время в Западной Европе и США используют классификацию Kernahan, Stark (2000). По данной классификации все расщелины губы и неба делят на три группы [1]:

1. расщелины, расположенные перед резцовым отверстием и появляющиеся в области мягкого неба. Бывают полные, неполные, односторонние, срединные и двусторонние;

2. расщелины, расположенные в задней части от резцового отверстия, располагающиеся твердом небе. Бывают полные, подслизистые и неполные. Под понятием «вторичное небо» Kernahan, Stark понимают твердое и мягкое небо;

3. расщелины мягкого и твердого неба, которые бывают полные, неполные, односторонние, двусторонние, срединные.

В России наиболее разработанной и применяемой является клинко-атомическая классификация Московского медицинского стоматологического института [46], ей пользуются детские челюстно-лицевые хирурги для выделения структуры дефекта ВРГиН. В данной классификации выделяют пять групп, разделенных по структуре дефекта.

В первую группу входят врожденные расщелины верхней губы. Она подразделяется на скрытую расщелину верхней губы (одно/двусторонняя), неполную расщелину верхней губы с деформацией кожно-хрящевого отдела носа (одно/двусторонняя) и без деформации кожно-хрящевого отдела носа (одно/двусторонняя) и полную расщелину верхней губы (одно/двусторонняя).

Ко второй группе относятся врожденные расщелины мягкого неба: скрытые, неполные, полные. К третьей группе отнесены врожденные расщелины мягкого и твердого неба: скрытые, неполные, полные. Четвертая группа включает расщелину верхней губы с полную расщелину мягкого, твердого неба и альвеолярного отростка (одно- или двусторонние). И пятая, самая тяжелая группа, включает в себя расщелину верхней губы с расщелины альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба.

За рубежом наиболее разработанной считается классификация кафедры оториноларингологии – хирургии головы и шеи университета Айовы. По данной классификации всех детей с расщелинами губы и неба в зависимости от диагноза разделяют на 4 основные группы:

1. дети с изолированными расщелинами верхней губы. Хейлопластика (операция по устранению расщелин) проводится в течении первого месяца жизни ребенка в специализированном хирургическом отделении или в роддоме.

В будущем атипичные дети ничем не отличаются от детей, рожденных нормотипичными при грамотно проведенной операции.

2. дети с расщелиной мягкого неба. В период от 1-2 лет с ними работает логопед. В возрасте 3-4 лет проводится операция на небе, ведь именно в этом возрасте у ребенка начинает формироваться осознанная речь и формируется полноценное мягкое небо, способствующее стремительному развитию правильной речи. Контроль логопеда – обязательное условие после и до окончательной постановки правильной речи. В некоторых случаях у детей с расщелиной мягкого неба наблюдается деформация верхней челюсти, в виде отставания в ее росте, требует лечения у ортодонта. Все профилактические и лечебные мероприятия у этой группы детей могут проводиться в амбулаторных условиях. Операция проходит в специализированном хирургическом отделении;

3. дети с расщелинами мягкого и твердого неба (частичными и полными). Объем дооперационного лечения такой же, как во второй группе. Гораздо позднее, в возрасте не ранее 5-6 лет проводят операцию на небе (уранопластика), чтобы не нарушить нормальный рост верхней челюсти. До 9 месяцев логопед, после проведенной операции, завершает постановку речи в зависимости от возможностей ребенка. Лечение у ортодонта проводят по показаниям, при наличии признаков замедленного роста верхней челюсти;

4. дети с полными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба являются носителями тяжелой врожденной патологии, требующей комплексного и длительного лечения. К составлению индивидуального плана лечения ребенка сразу после рождения необходимо привлечь хирурга-стоматолога, логопеда и ортодонта. Крайне недопустимо Проводить Хирургическое лечение у детей с самой тяжелой патологией ВРГиН необходимо обязательно проводить вместе с ортодонтическим лечением, если не соблюдать это, то после операций могут наблюдаться неисправимые тяжелые вторичные деформации верхней челюсти. В случае односторонней полной расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба, хейлопластика губы осуществляется, как и детям первой группы – в первые дни после рождения или

в первые месяцы. Комплексное, своевременное и систематическое лечение детей последней группы может быть осуществлено при объединении их в специализированные интернаты где есть необходимые специалисты, для его реабилитации. При правильно подобранном медицинском обследовании основная часть лечения детей с расщелиной губы и неба должна проводиться до возраста, когда ребенок мог посещать школу с нормотипичными детьми.

Данная классификация схожа по конструкции с классификацией ММСИ, но имеет свои недостатки в применении.

Так же очень схожа по конструкции классификации ММСИ классификация врожденных расщелин верхней губы и неба Л.Е. Фроловой. Она была разработана в 1960 года и в ней выделяются следующие группы расщелин губы и неба:

1. Изолированные расщелины верхней губы I, II, III степени с подгруппами, а и б;
2. Изолированные расщелины неба I, II, III степени с подгруппами, а, б;
3. Сквозные расщелины верхней губы и неба первой, второй и третьей степени (одно/двусторонние);
4. Комбинированные (атипичные) расщелины верхней губы и неба.

Данная классификация Л.Е. Фроловой в медицинской практике при определении степени расщелины губы и неба используется не часто из-за своей субъективности [47].

Всем детям ВРГиН требуется не только хирургическая и медикаментозная помощь, но также и психолого-педагогическая, социальная помощь, которая будет направлена не только на эстетическую составляющую и речевую функцию ребенка, но также и на его социально-психологическую адаптацию и его семьи в обществе (Е. А. Баландина, А. В. Старшинова, Н. В. Обухова, Л. С. Ричман) [20].

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что ВРГиН является грубым врожденным пороком развития челюстно-лицевой системы, при котором нарушается непрерывность губы, неба, альвеолярного отростка, возникает в результате нарушения морфогенеза плода в период от 3-4

недель до 12 недель внутриутробного развития. В России с челюстно-лицевой патологией в среднем рождается один ребенок на 500 новорожденных. Всех детей с ВРГиН разделяют на пять основных групп по структуре дефекта. В 1 группу входят дети с расщелиной верхней губы, во 2 группу – дети с расщелиной мягкого неба. 3 группа – это дети с расщелинами мягкого и твердого неба (частичными и полными), 4 группа – дети с полными расщелинами мягкого, твердого неба и альвеолярного отростка, к 5 группе относят дети с расщелиной альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба, они то являются носителями самой тяжелой врожденной патологии, требующей сложного и длительного лечения. Далее в экспериментальной части исследования будет опора на данную классификацию.

1.2 Психическое и физическое развитие детей с врожденной расщелиной губы и/или неба

С первых часов жизни, ребенок родившийся в ВРГиН имеет нарушения многих жизненно необходимых функций, для нормального функционирования, таких как: дыхание, питание, со временем отмечаются ухудшения слуха и речевого развития. Наиболее частыми осложнениями являются пневмонии, бронхиты, воспаления среднего уха, хронические заболевания глотки и миндалин.

Очень часто ребенок с расщелиной рождается недоношенным, по сравнению с нормотипичными детьми (С.И. Блохина; Е.С. Набойченко), они позже начинают садиться, вставать и ходить [8].

У ребенка с не полной РГиН при грудном вскармливании молоко может попасть в дыхательные пути и ребенок может захлебнуться. Приходится кормить данных детей с ложечки или пипетки, но даже при таком вскармливании ребенок может поперхнуться, появляется кашель, срыгивание или рвота. Во время кормления с пипетки или ложечки пища попадает в складки не до конца сформировавшегося неба, носоглотку, носовую полость или даже в дыхательные

пути. Попадая туда, пища застаивается там, вызывает раздражение и воспалительные процессы слизистых оболочек. Невозможность вскармливания грудью отмечается у ребенка с грубым дефектом [7]; [48]. Следовательно, можно сделать вывод, что аппетит у данных детей снижается, и они имеют в связи с этим малый вес и рост.

Расщелина неба значительно усложняет физиологическое дыхание ребенка. У нормотипичного человека при дыхании воздух попадает за небную занавеску через носовую полость и хоаны, во внутренние дыхательные пути воздух поступает уже достаточно теплым. Теплый нагретый воздух не раздражает слизистую оболочку дыхательного тракта и глотки и защищает ребенка от простуды. В то время как, у ребенка с врожденной расщелиной этого не происходит: при полной расщелине у ребенка при дыхании воздух за счет не соединения хоан в единую полость со ртом попадает сразу в носо-ротовую полость. При неполной расщелине длина хоан сильно деформируется, укорачивается, и вдыхаемый воздух не успевает нагреваться [15]; [37].

У ребенка с ВРГиН нарушена функция сосания, в связи с чем врожденный сосательный рефлекс подавляется. Выпадение сосательных движений губами ослабляет развитие всей мускулатуры лица.

Нарушение дыхания у ребенка с ВРГиН приводит к сильному поднятию корня языка, который становится стабильным и успешно закрепляется в таком положении. При сильно поднятом стабильном языке, во время речи выдыхаемый поток воздуха встречает во рту перпендикулярное препятствие в виде поднятого языка и выдыхаемый поток воздуха направляется в носоглотку и лишь частично попадает в ротовую полость. Часть воздуха попадая в ротовую полость, не всегда выдыхается, а задерживается там и в связи с чем резко возрастает амплитуда. Нарушение речевого дыхания как раз-таки и создает гнусавый оттенок речи ребенка.

Корень языка находящийся в постоянно поднятом положении, тормозит движение всего языка, относительно подвижным остается кончик языка, который оттягивается в середину ротовой полости. С таким положением языка

ребенку не удастся осуществить движения для артикуляции речевых звуков. Ребенок, понимая и осознавая свой дефект речи, пытается компенсировать данное нарушение. Во время разговора он может сильно втянуть крылья носа, вовлекая в артикуляцию – мышцы лица. Вовлекая в артикуляцию мышцы лица, речь из-за невнятности артикуляции и гнусавости производит негативное впечатление, так и во внешний вид вызывает негативное впечатление из-за сильных движений крыльев носа и мышц лица [38].

При неправильно развитой верхней челюсти у ребенка отмечается искривление зубов, появляется второй ряд, свод неба сужается. Резцовые зубы, функция которых в откусывании пищи, вгибаются вовнутрь или перемещаются вглубь неба, и зубы начинают расти по середине. У детей с ВРГиН быстро разрушаются молочные зубы из-за плохого и несбалансированного питания [15].

Таким образом, нарушения в своде неба приводят к неправильной взаимосвязанности всех мышц артикуляционного аппарата. Даже при анатомически сохранных мышцах артикуляционного аппарата, все равно отмечается некоторая вялость, заторможенность, неловкость.

У ребенка с ВРГиН отмечаются ухудшения функционального речевого слуха (М.П. Барчуков, 2008), при котором ребенок не замечает собственных нарушений речи. Это связано с тем, что пища, попадая в евстахиеву трубу вызывает воспалительные процессы в слуховом тракте. В работах Блохиной, Мамедова отмечаются проблемы преодоления нарушений слуха, речи и голоса у детей и подростков с ВРГиН [7]; [8]; [31]. Снижаться слух может в разной степени: от легкой незначительной до тяжелой глухоты и тугоухости.

Е.С. Набойченко отмечает, что при ВРГиН часть детей имеют ассоциированные недостатки, которые ведут к нарушению приспособительного поведения. Выделяемые характеристики личности ребенка с ВРГиН нередко относят к состоянию, описываемый как задержка психического развития [7; 35]. Однако, как самостоятельное явление эта гипотеза не нашла своей психологической оценки, ни в классификациях различных форм детского недоразвития, ни в классификациях аномальных детей [34]. Несмотря на

нормальное психологическое развитие у большинства детей с ВРГиН [37]; [23], существует риск (даже при грамотно выполненной операции и следованию всех рекомендаций в период реабилитации) возникновения нарушений на поведенческом, эмоциональном уровне, отмечаются трудности в обучении и адаптации в обществе.

Таким образом, можно сделать вывод, что нарушение дыхания, питания, нарушения слуха и речевого развития, могут являться причиной нарушений на поведенческом, эмоциональном уровне, трудностями в обучении и адаптацией в обществе, а также развитием сильного стресса и конфликтных ситуаций как у самого ребенка, так и у его родителей.

1.3 Стигматизация семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью и самого ребенка

Для ребенка с ВРГиН общественная среда, является во многом наполненной дискриминационными компонентами, неблагоприятной, приводит к возникновению барьеров в общении, и т.д. Общественные мифы и предрассудки складывались еще в те времена, когда медицина только начинала формироваться и развиваться, что приводило и до сих пор приводит к стереотипизации людей с нетипичной внешностью, несмотря на то, что их психическое развитие в норме.

Под стигматизацией в психологии (в греческом языке stigma – пятно, клеймо) понимается процесс, в следствии которого, определенные группы людей наделяют устойчивым негативным «пятном», определяющее отношение к ним окружающих, ограничивающее их местоположение в обществе, их текущую самооценку и идентичность, загоняющую их в специализированные социальные группы.

В наши дни стигматизация связана со стереотипами и социальными ярлыками, которые чаще всего носят негативный оттенок. Человеку, который отличается физически, морально, имеет косметический дефект или отличается

иным образом от нормотипичного человека в обществе, в котором он живет, дается определенная стигма.

Результатом стигматизации обычно является социальное клеймение, отделение индивида от общества и его противопоставление. Стоит отметить, что стигматизация в основном определяется внешней оценкой, то есть общество наделяет определенную социальную группу «ярлыками», что зачастую является неверными суждениями и стереотипами. Например, в обществе считается, что детям с ВРГиН в будущем с такой патологией будет практически невозможно устроиться на работу, поскольку внешняя деформация настолько значительна, что она, несомненно, повлияет на работоспособность, а в отношении их родителей, например, то, что они не имеют никакого образования или страдают алкоголизмом.

Стереотипы, существующие в обществе и сознании людей по отношению к детям с ВРГиН и их семьях, являются как правило слишком обобщенными, поэтому большинство семей и детей с ВРГиН охарактеризованы таким образом быть не могут, но общество стигматизируя данную группу людей все еще не воспринимает ее как «полноценную». Обычно люди подверженные стигматизацией придерживаются тех же установок и стереотипов, что и люди, которые их стигматизируют, поэтому это давление вынуждает их соответствовать данным установкам и стереотипам, они действительно начинают приравнивать себя к особой категории общества.

Наличие в обществе установок «нормы» заставляет поставить вопрос о соотношении понятий «норма» и «патология». Как показал Б.С. Братусь, существует большое количество моделей и подходов к определению понятия анатомо-физиологических и психических норм. Необходимо различать безусловную (универсальную) и условную (конкретно-историческую) норму, т.е. при выполнении определенных условий и факторов, в обществе нарушения анатомо-функциональной организации, начинают выступать в качестве нормы. Поэтому при движении общества по пути цивилизации, когда каждый человек начинает обладать самостоятельной ценностью, осознавать границы каждой

личности, понятия нормы в связи с этим начинают расширяться за счет появления компонентов общественной среды, например, педагогический компонент и др.

Появление педагогического компонента, составляющего формирующее пространство для ребенка с ВРГиН было относительно недавно, в то время, когда система инклюзивного образования детей с физическими и психическими особенностями была уже достаточно развита как в России, так и на Западе (Н.Н. Малофеев; У.В. Ульенкова). Долгое время в России оказывалась помощь только хирургического характера. Операции хейлопластики и уранопластики проводили до наступления школьного возраста, когда ребенок шел в школу (Г. И. Семченко, В. И. Вакуленко). Обычно операции заканчивались в подростковом возрасте, то есть в это время ребенок уже ходил в школу, и только тогда с ним начинал работать логопед. Естественно, что дети с ВРГиН могли рассчитывать только на получение образования в специализированной школе, в основном для детей с умственной отсталостью, из-за нарушения и гнусавости речи и нарушения произношения звуков (С. И. Блохина, В. П. Козлов).

Медицинский компонент формирующего пространства включает реабилитационные и хирургические мероприятия. Начало хирургического лечения расщелины губы и/или неба уходит своими корнями в глубокую древность. В настоящее время в разных странах существуют разные подходы к срокам завершения операций по поводу дефектов, но общим обязательством является то, что расщелина губы и/или неба должна быть устранена до достижения возраста 6 месяцев, расщелина неба – до 18 месяцев. После хирургического устранения дефекта (даже при отсутствии послеоперационных осложнений и негативных отдаленных последствий оперативных вмешательств, связанных с деформациями внешности) следует длительный период реабилитации как медицинской, так и социально-психологической (С. И. Блохина, Е. И. Карпова, А. В. Старшинова, Г. В. Гончаков) [7]; [13].

Правовой компонент составляющий формирующее пространство личности на сегодняшнее время представлен международными и российскими

законодательными актами, принятыми во второй половине XX века, в том числе закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [20].

В диссертации Е.С. Набойченко изучалось отношение общества к лицам с ВРГиН. Почти 10 лет назад картина стигматизации, данной категории людей была следующая: почти все опрошенные люди имели в своем сознании образ данного ребенка, он сочетал в себе два аспекта: физические и психические отклонения. Большинство опрошенных не имели представления что это за нарушение, только то, что этот образ связан с различными степенями тяжести патологии и уродствами (уроды, дебилы, парализованные). Половина опрошенных утверждает, что детей с ВРГиН в Свердловской области много, конкретизировать понятие много не могут, однако только одна десятая часть опрошенных лично знакома с такими семьями. Это говорит о том, что такие дети рождались у их друзей или родственников, то есть только у одной десятой части опрошенных присутствуют четкие представления о том, как выглядит ребенок с ВРГиН. По отношению к детям с ВРГиН почти все опрошенные испытывали сострадание, жалость, агрессию. Некоторых респонденты никаких чувств не испытывали к данному ребенку [35].

Таким образом, можно сделать вывод, что несмотря на развитие общества по пути цивилизации и развитие компонентов, составляющих формирующее пространство для развития личности, в обществе все равно происходит стигматизация данных детей и их семей, оно не воспринимает ребенка с ВРГиН как полноценного, наделяет его различными степенями тяжести патологии и уродствами. Лишь малая часть общества о личности ребенка с расщелиной губы и неба имеет хоть какое-то представление. Общество либо еще не готово, не может, либо не хочет принять и понять атипичного человека, который внешне и внутренне отличается от «массы».

1.4 Современные подходы к изучению психологических факторов стигматизации семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью

Семья – это микросоциум, в котором происходит не только жизнь ребенка, но и формируются его нравственные и духовные качества, отношение к людям, представления о природе взаимоотношений между людьми [50].

Семья, имеющая ребенка с анатомо-физиологическими нарушениями, в современном подходе рассматривается как реабилитационная структура, изначально обладающая возможностью создать желательные, благоприятные условия для развития и воспитания ребенка (В. В. Ткачева, И. Ю. Левченко, и др.). Семья в рамках реабилитационной структуры рассматривается как системообразующая детерминанта социального и культурного статуса ребенка, определяющий его дальнейшее социальное, психическое и физическое развитие.

1.4.1 Основные функции, роль семьи в формировании личности ребенка и стили воспитания в семье, воспитывающей ребенка с ВРГиН

По мнению доктора психологических наук В.В. Ткачевой [44], нарушения у детей с анатомическими и физиологическими нарушениями образуются в результате действия двух факторов (психологических и социальных):

- сформированные у родителей негативные черты характера, переломленные из-за дефекта их ребенка;
- созданные неадаптивные условия и методы воспитания, эмоционально травмированными родителями, проявляющееся в нарушениях детско-родительских отношений.

Неадекватное поведение родителей в принятии ребенка с атипичной внешностью, вызывает у него неадаптивные модели поведения в обществе и формируют дезадаптивные черты характера, так как родители не принимают и игнорируют потребность ребенка в эмоциональных и поддерживающих

отношениях. К дезадаптивным доминирующим чертам характера, например, может быть отнесена тревога, агрессия, отстраненность от реального мира.

Таким образом, нарушенные детско-родительские отношения, обусловлены дезадаптивными чертами личности родителей определяют характер внутрисемейной атмосферы [49]; [50].

В психологических концепциях личности ячейка общества (семья) традиционно рассматривается как основной фундамент развития и вхождение ребенка в социальную среду. Как элемент макросреды, семья является для ребенка носителем культурных ценностей: через нее основным образом происходит принятие традиций (религиозные и т.д.), национальных стереотипов и моральных ценностей.

Как персональная среда, семья, выполняет функцию вхождения ребенка в социальную среду, является проводником малыша в мир макросоциальных влияний и в среду непосредственного взаимодействия, которая имеет определенные особенности. Роль семьи в сенсорном восприятии и моторной активности, интеллектуальном и социальном развитии ребенка имеет большое значение. Становление ребенка как личность основывается на условиях доверительного и благоприятного взаимодействия с родителями и близкими родственниками, и особенности этого общения во многом определяют структурные и содержательные характеристики ребенка. Это является основой для практического и теоретического изучения детско-родительских отношений в таких психологических подходах, как психоаналитические теории (З.Фрейд, Э.Эриксон, М.Малер), социальное научение (Р.Сирс, Дж.Гевирц), гуманистическая психология (К.Роджерс, В. Сатир) [45].

Во всех психологических подходах есть свой основной предмет исследования, который позволяет осветить сферу детско-родительских отношений с различных сторон. Так, например, психоаналитические теории и теории привязанности опираются главным образом на изучение ранних форм взаимодействий и детско-родительского общения, теория социального научения направлена на эффективные параметры взаимодействия, подкрепляемые

родителями и обществом, российские исследователи ввели представление о структуре, характеристиках и формированиях родительских отношений.

Первый научный подход, выделявший детско-родительские отношения в центре развития личности ребенка, был классический психоанализ. Эта теория стала главным направлением развития основных концепций развития детей, в которых базовая роль относится к проблеме взаимных отношений детей и родителей. В классическом психоанализе было получено много интересных фактов, интерпретаций и тонкостей раннего детско-родительского стиля воспитания. Ведущим направлением психоаналитического исследования детско-родительских отношений является конфликт между потребностями ребенка и возможностями их удовлетворения в окружающей среде, называемый экстрапсихический конфликт. Недостаточное удовлетворение потребностей (игнорирование потребностей ребенка, гипоопека) или наоборот чрезмерное удовлетворение (гиперопека), в дальнейшем приводит к неспособности ребенка самостоятельно развивать и управлять собственными функциями. Недостаточное или чрезмерное удовлетворение являются двумя основными механизмами искажения личности в процессе ее взаимодействия со значимыми взрослыми на ранних этапах развития.

Процессы взаимодействия и личностного развития ребенка, происходящие в младенчестве, могут быть отделены друг от друга лишь условно – обычно они взаимно обусловлены и не различаются друг от друга. Поэтому, начиная с психоаналитических исследований раннего детства, мама и ребенок воспринимаются не отдельно друг от друга, а как одно целое.

Идеи Э. Эриксона, Д. Винникотта, М. Малера [29]; [49] легли в основу знаний о «диадическом» или «нормальном симбиозе» ребенка с матерью, который развивается на ранних этапах развития ребенка и выражается в едином субъекте действия, потребности и даже переживания, должен заканчиваться к возрасту 2-3 лет. Этот «нормальный симбиоз» представляет собой динамическое состояние, которое постепенно трансформируется в диаду. Процесс формирования диад родителя (обычно матери) и ребенка отражается в так

называемом процессе по концепции М. Малер «сепарации-индивидуации». Это своего рода «синхронизация» матери с состоянием ребенка, где они образуют единую систему взаимодействия, в которой каждый из этапов психологического развития происходит с соответствующим изменением другого. Концепция «сепарации-индивидуации» состоит из нескольких фаз и заканчивается достижением постоянства объекта (представления собственного образа, образа матери, его функции) в психическом мире ребенка к возрасту до трех лет. Именно парные симбиотические диадные отношения доэдиповой фазы, к трехлетнему возрасту, формируют основу будущих взаимоотношений личности с собой и миром, именно в них формируются основные личностные структуры и идентичность личности [29].

Ф. Е. Василюк разработал концепцию жизненных миров для описания типов личности взрослого человека, и выделяет индивидов с инфантильным, ценностным, реалистическим и творческим типами переживания трудных жизненных ситуаций:

Инфантильный тип переживания – при стрессовых состояниях, родители часто используют иллюзорно-конструктивную деятельность в виде механизмов психологических защит, таких как отрицание или рационализация или уходят в мир фантазий и иллюзий, в том числе с помощью психоактивных веществ (алкогольных напитков, лекарств, наркотиков, табака).

Ценностный тип переживания – родители могут самостоятельно справиться с внутриличностным конфликтом, в их системе ценностей, потребности ребенка выступают на первый план и становятся глубочайшими ценностями, в то время как собственные ценности, мечты и желания уходят на второй план, становятся поверхностными, которыми они могут пренебречь. Жизнь родителей протекает в стиле гиперопеки, заботы о ребенке, они чувствуют себя высококонравственно, считают, что это испытание, посланное Богом, которое необходимо выдержать.

Реалистический тип переживания – родители выполняют действия по активному избавлению от фрустрирующей ситуации, используют реальное, неискаженное отражение ситуации, проявляют терпение и волю. В зависимости

от конкретных условий, стремятся получить дополнительные знания об аномалии ребенка, овладевают способами помощи и поддержки ребенку и т.д.

Творческий тип переживания – родители с одной стороны, используют механизмы реалистической рефлексии, терпение и волю, а с другой стороны – выстраивают систему ценностей, в которой интересы ребенка занимают позицию глубинных ценностей. Они помогают детям инвалидам, собирают пожертвования, спонсируют научные исследования по соответствующей проблеме, пишут статьи и книги, организуют конференции и симпозиумы, то есть ведут активную творческую жизнь, становясь самоактуализирующейся личностью по А. Маслоу [13].

Е. С. Набойченко в 2009 году выделила пять типов семей с детьми с ВРГиН и описала их следующим образом [35]:

Компенсированные, функциональные семьи. В этих семьях доминирует демократический стиль воспитания, ребенок приветствуется и принимается со всеми его анатомическими особенностями, меры по исправлению дефекта воспринимаются исходя из жизненных потребностей ребенка и семьи.

Примитивные семьи, это семьи, где родители имеют сниженную мотивацию, имеют низкий уровень интеллекта, у них нет проявления заботы и любви к своему ребенку.

Гиперопекающие семьи, эти семьи могут характеризоваться авторитарным стилем воспитания, стереотипным поведением, подавляют любые проявления самостоятельности у ребенка, они бесцеремонно выставляют оценки своему ребенку и медицинскому персоналу, оказывающему ребенку реабилитационную помощь.

Семьи с «синдромом улитки» наиболее трудны тем, что в этих семьях родители ничего не знают о своих детях, не контактируют с участниками реабилитационного процесса, избегают общения с ними; в то же время дефект их ребенка воспринимается как некая возможность, «вторичная выгода», которая позволит им получать льготы, социальные пособия, пенсии.

Смешанные семьи – это те семьи, где происходит смешение родственников, они в небольшой квартире, как одна большая семья: родители ребенка, бабушки и дедушки, другие родственники. Между поколениями взрослых идет борьба за общение и любовь к ребенку, происходит нарушение психологического пространства ребенка.

В исследовании С.К. Кудайбергеновой отмечается, что в отношениях экспериментальной группы родителей детей инвалидов, в отличие от контрольной группы родителей здоровых детей, игнорируются их сильные стороны и преувеличиваются проблемные или слабые стороны. Родители контрольной группы имеют более разносторонний портрет ребенка [26].

Особого внимания заслуживает исследование О.Б. Зерницкого, в котором выявлена неоднозначность влияния родительских отношений на детей с патологиями. В исследовании изучалась взаимная связь родительских отношений и психологических характеристик детей с различными психологическим, физиологическими нарушениями, например, таких как: адаптивность, принятие себя, и взятие ответственности на себя, с группой здоровых детей. Психолог О.Б. Зерницкий выявил, что родители детей-инвалидов, по сравнению с родителями здоровых детей, имеют повышенные значения по показателям тревоги, агрессии, фрустрации, при этом, нарушения в детско-родительских отношениях выявлены по показателям «симбиоз», «игнорирование потребностей ребенка», «отвержение ребенка» [20]. В ряде случаев он отмечал, что дезадаптивные детско-родительские отношения имели связь с социально-психологической адаптивностью детей-инвалидов. Опираясь на проведенное исследование, можно сделать вывод, что взаимодействия с ребенком, которые считаются неадаптивным для объективного формирования личности и интеграции в социальной среде у здорового ребенка, может способствовать социальной и психологической адаптации ребенка с патологиями. Таким образом, противоречие, присущее самой природе родительских отношений, обостряется в ситуации атипичного развития ребенка.

Существует два основных типа отношения родителей к ребенку с ВРГиН:

1. полный контроль жизни и максимальная самоотдача к потребностям ребенка (симбиоз);
2. родительская отрешенность, избегание своих обязанностей по воспитанию ребенка, полная или частичная передача ответственности за его развитие различным институтам, по типу: детский дом, передача под опеку бабушкам или другим родственникам (отвержение ребенка, игнорирование потребностей).

В то же время в семье, имеющей ребенка с ВРГиН увеличивается контроль и роль детско-родительских отношений. Это связано с тем, что данные семьи, имеют большую потребность в отношениях с обществом. Они вынуждены посещать больницы, реабилитационные центры, после посещать детские учреждения и учреждения доп.образования, а после школу и т. д.).

Таким образом, семья для ребенка является значимым фактором интеграции его в мире и превышает по влиянию все другие общественные образования. Касаясь роли родителей для ребенка с ВРГиН, то она значительно возрастает. В связи с наличием расщелины у ребенка, он нуждается в повышенном внимании, общении, формировании особого образа жизни. Его семье выпадает большая ответственность и значимость при воспитании и образовании их ребенка, что неизбежно сопровождается повышением уровня стресса. Во многих семьях, родителям тяжело эмоционально принять ребенка, они воспринимают его как недоразвитого, не достигший успеха, несостоятельный в социальных и личностных аспектах, они игнорируют его потребности, отвергают. В то же время в семьях отмечаются симбиотические отношения: родители стремятся оградить ребенка от каждого возникшего затруднения, чрезмерно опекают и контролируют его, испытывают большую тревогу в ситуациях, требующих его независимости.

1.4.2 Особенности семей, воспитывающих детей с атипичной внешностью

Очень часто во внутреннее пространство семьи, в которой есть ребенок с атипичной внешностью, входят люди, которые ему помогают. Это могут быть медсестры, врачи, социальные работники, учителя, родственники, те, кто регулярно навещают ребенка. Другими словами, границы семьи, в которой есть ребенок с атипичной внешностью, могут включать в себя посторонних, которых привлекают, чтобы помочь ему.

В своей работе И.М. Марковская указывает, что возможны потеря и снижение социального статуса в семье. Известно, например, если у ребенка есть косметический дефект, то часто сама семья теряет свой статус, потому что на нее падает определенное подозрение, обвинение. Возникает стигматизация, то есть семья приобретает особый статус, особенно когда подозревается ее наследственная природа [31].

Среди многообразия черт характера и личности родителей описаны потенциально неблагоприятные для воспитания ребенка. А. И. Захаров [19] обобщает неблагоприятные личностные черты матери и отца в следующие группы: слабая личность, ригидность личности (гиперсоциальность), закрытость идентичности, конфликтность личности.

После представителей гуманистического подхода А. С. Спиваковская, обозначает важность не столько характерологических черт личности родителей, а сколько особенности принятия этих черт. С ее точки зрения, самостоятельное принятие обеспечивает два значимых фактора для адекватного выполнения родительских функций: способность принимать ребенка таким какой он есть и способность воспринимать его адекватно, без искажений, преуменьшений или преувеличений. Не принимающий себя родитель, в соответствии с общей неудовлетворенностью и искаженным представлением о себе и о ребенке, не может обеспечить ребенку эти важные условия.

Можно сделать вывод, что эти черты являются неблагоприятными только тогда, когда они затрудняют восприятие родителем личностных особенностей

ребенка, его возрастных изменений. Родитель, ставивший свои собственные проблемы не в центре своей жизни делают жестким его общение с ребенком [43].

Рождение ребенка с расщелиной во многих семьях приводит к разочарованию, стрессу, сопровождается длительным шоком, отсутствием взаимной поддержки. В соответствии с этим информационная подготовка и поддержка приобретает большое значение в жизни родителей, она позволяет родителям понять особенности их ребенка, устранить широко распространенные заблуждения, ошибки и подготовиться к предстоящим трудностям.

Узнав о расщелине во время беременности, родители могут решить прервать беременность. После рождения ребенка с расщелиной губы и/или неба мать может услышать негативные высказывания про своего ребенка от медицинского персонала, родственников, близкого человека. По статистике, семьи, в которых родился ребенок с атипичной внешностью, в 20-25% случаев распадаются. Примерно в таком же соотношении случаев родители отказываются от ребенка, после чего его помещают в дом малютки.

Родители очень редко, не смотря на рождение ребенка с расщелиной губы и/или неба испытывают позитивную реакцию. Обычно после рождения ребенка они чувствуют вину и стыд. В период беременности родителям становится психологически сложно рассказать близким о выявленном дефекте у ребенка, им тяжело показывать малыша с ВРГиН родственникам, друзьям, обществу, они скрывают его дефект, как нечто постыдное, скрывая расщелину зимой, например, за шарфом.

По истечению времени стресс у родителей не снижается, а наоборот может увеличиваться, это связано с сильными страхами за ребенка и родительским пессимизмом по поводу его будущего (С.И. Блохина; А.В. Калюш) [8]. Очень часто родители выражают по отношению к своему ребенку реакцию эмоционального отторжения, функция этой реакции заключается в защите себя от возникающих чувств привязанности, страха перед операциями, трудностями воспитания и социальной адаптации [38], а не редко выражают и скрытое эмоциональное отвержение, которое может привести к мысли о прерывании

беременности или отказе от ребенка. Все это указывает на необходимость психологического сопровождения семьи, в которой родился или ожидается ребенок с атипичной внешностью.

Согласно исследованиям Р.Ф. Майрамян и О.К. Агавелян, рождение ребенка с ВРГиН неизбежно влечет за собой семейный кризис [4]; [27]. Для этого периода характерно состояние потерянности, беспомощности, страха. Они задают вопрос: «Почему именно это случилось со мной?», возникают мысли: «можно ли сделать аборт, пока не стало слишком поздно, или можно ли будет оставить ребенка в детском доме?» Часто родители просто не могут принять произошедшее. Возникает чувство вины, обвинения себя в случившемся, и чувство собственной неполноценности. Состояние шока позже переходит на вторую фазу психологического состояния родителей, как фаза: негативизм, отрицание диагноза, играющая защитную функцию. Эта функция защиты направлена на поддержание определенного стабильного уровня надежды и чувства стабильности перед фактом, который может разрушить повседневную обычную жизнь. Это желание избавиться от эмоциональной депрессии и беспокойства возникает на бессознательном уровне родителя.

Крайней фазой для принятия диагноза ребенка, относится фаза негативизма – отказ от обследований ребенка и проведения каких-либо корректирующих мероприятий. Некоторые родители, неоднократно обращаются в медицинские учреждения, чтобы опровергнуть поставленный диагноз, «ищут чудесного исцеления». Постепенно они начинают принимать и осознавать поставленный диагноз их ребенка, и начинают погружаться в глубокую печаль - «хроническую грусть», частично понимая с чем им необходимо будет справляться. Синдром глубокой печали, формируется в результате полной и постоянной зависимости членов семьи от потребностей ребенка, из-за отсутствия видимых положительных изменений, не прекращение чувства вины и стыда из-за осознания дефективности ребенка, который находится только в начале своего жизненного пути.

Начало активного приспособления индивида к условиям социальной среды (формирование зрелой адаптации), начинается тогда, когда сами родители начинают принимать и обращаются за помощью к тем, кто поставил первоначальный диагноз. В это время родители реально оценивают сложившуюся ситуацию, готовы соблюдать и учитывать интересы и потребности ребенка, создавать отношения со специалистами приводящие к доверию, адекватные эмоциональные контакты и полностью выполнять все рекомендации специалистов (О.Б.Чарова, Е.А.Савина) [23].

Семьи, имеющие ребенка с атипичной внешностью испытывают трудности, значительно отличающиеся от обычных, повседневных забот в семьях с нормотипичным ребенком. Рождение ребенка с атипичной внешностью структурно деформирует семью, вследствие большой психологической нагрузки, которую несут ее члены. Многие родители в сложившейся стрессовой ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как внутренний, психологический, и внешний, социальный тупик. Преобладающие изменения в семьях с атипичным ребенком проявляются на 3 уровнях: психологическом, социальном и соматическом.

1. Психологический уровень

В семьях рождение ребенка с ВРГиН воспринимается его родителями как сильное потрясение. Выявление у ребенка расщелины губы и/или неба во время беременности или во время появления на свет, в первую очередь для матери, является стрессовым фактором, испытываемого родителями. Пролонгированное течение стресса структурно деформирует психику родителей и является фундаментальным условием резкого травмирующего изменения, сформировавшегося в семье жизненного уклада.

В семьях, имеющих ребенка с ВРГиН деформируются привычные до рождения ребенка факторы:

1. стиль внутрисемейных взаимоотношений;
2. система отношений членов семьи с окружающим социумом;
3. личностные особенности

4. особенности миропонимания и ценностных ориентаций каждого из родителей ребенка.

В один миг все ожидания и надежды родителей по поводу будущего их ребенка, разрушаются, а принятие ситуации рождения атипичного ребенка и приобретение новых жизненных ценностей занимает порой достаточно времени. Это может быть вызвано многими причинами, в том числе, на это влияют психологические особенности личностей самих родителей, их способность принять или не принять больного ребенка; и изменение или отсутствие положительно поддерживающего воздействия социума в контактах с семьей, воспитывающей атипичного ребенка.

Как правило, в период с рождения до полутора лет, обычно матери находятся с ребенком в декрете, то есть все свое свободное время находятся со своими детьми. Эмоциональное проявление стресса на мать ребенка с ВРГиН несравненно значительнее, по сравнению влияния на других членов семьи. Она сильнее подвержена беспокойству, ведь именно она родила ребенка с расщелиной, беспокоится о наследственном характере дефекта. Часто у матерей отмечается плаксивость, истерические реакции, злость, депрессивные состояния. Страхи, сформированные по поводу дальнейшей жизни ребенка, порождают чувство одиночества, утраты смысла жизни и ощущение, что жизнь на этом остановилась.

У матерей появляется много ежедневных забот и обязанностей, связанных с ребенком, что приводит к повышенному моральному, психологическому и физическому истощению, вызывает напряжение и усталость, снижает силы. Они часто склонны к снижению психического тонуса, склонны к повышенной тревожности, формированию низкой самооценки, агрессии, депрессии, что отражается на ограничении полноты жизни, снижении перспектив в профессиональной сфере, неспособности реализовать собственные желания, потеря интереса к себе как к женщине и личности [22].

В хрестоматии коллективных авторов отмечается, что дефекты детей, а также личностные особенности их матерей могут быть началом материнской

депривации. Во время беременности у женщин возникает любовь к ребенку как специфическое чувство. Но именно это радостное ощущение усиливается и расцветает в ответ на эмоциональное проявление ребенка: комплекс оживления при появлении матери, его улыбку, смех, и т.д. Отсутствие материнского инстинкта, чувств может происходить из-за отсутствия у ребенка социальных, физических и психологических проявлений. После рождения мать видит атипичную внешность своего ребенка, в результате чего и происходит депривация.

2. Социальный уровень

Семья после рождения ребенка с расщелиной из-за многих стрессовых факторов, многочисленных возникающих трудностей становится избирательной в контактах и менее общительной. В семье сужается круг ее привычного общения, даже снижается общение с родственниками из-за характерных особенностей состояния и развития ребенка, из-за личностных особенностей и установок самих родителей (страх, стыд), а также из-за социального маркирования данных семей.

Обобщающим фактором, меняющий психическое состояние родителей, является факт рождения ребенка с ВРГиН, наличие у ребенка особенностей здоровья и расщелины губы. Новая ситуация для старшего поколения становится проверкой их взаимоотношений, а также отношений между каждым из членов семьи (родители, бабушки, дедушки и т.д.) и ребенком. Обычно родители не справляются с испытаниями и вынуждены расторгнуть отношения, что негативно сказывается на процессе формирования личности ребенка. Но все же это происходит не часто и бывают ситуации, когда тяжелые жизненные обстоятельства, в виде рождения аномального ребенка наоборот сплочают семью. Семья, где ребенка с расщелиной губы и/или неба воспитывает один из родителей, составляет от 30 до 40 % [22].

Из-за одиночества матерей, воспитывающих ребенка с расщелиной губы и/или неба, а также других причин, среди которых могут быть генетические причины (страх родить еще одного ребенка с расщелиной), в некоторых семьях

отказываются рожать других детей. В таких семьях ребенок – единственный, родители больше не хотят иметь детей. В тех семьях, где воспитываются еще один или два нормотипичных ребенка, в большинстве из них последним рождается ребенок с врожденной расщелиной губы и/или неба. Тем не менее в таких семьях имеются более благоприятные шансы на формирование нормального психологического состояния родителей по сравнению с объективными возможностями родителей, воспитывающих ребенка с ВРГиН в одиночку. Родители, у которых дети без расщелины губы и неба родились после рождения ребенка с ВРГиН или являются одним ребенком из двойни, составляют небольшую группу.

Неподготовленному человеку трудно принять особенности ребенка. Жалость бабушки длительное время может понижать взаимоотношения к своему внуку и ее дочери или сыну. Со стороны бабушек, дедушек, сестер и т.д. часто звучат упреки в сторону ребенка с ВРГиН и его матери.

3. Соматический уровень

В своих работах Вишневецкий, Ковалев отмечают, появление соматических заболеваний, которые вызываются в эмоционально трудных ситуациях сопровождаемых шоком или длительным стрессом [54].

Наличие расщелины губы и неба у ребенка может спровоцировать появление хронического стресса, которые является пусковым механизмом и способен вызвать различные соматические заболевания у его родителей. В основном у матерей наличие у ребенка дефекта вызывает психогенный стресс, который в той или иной степени приводит к возникновению соматических или психических заболеваний, это так называемая патологическая цепочка образования соматических и психологических заболеваний. Таким образом, наличие дефекта у ребенка, его психическое и физическое состояние могут быть психогенной ситуацией для родителей, особенно для матерей.

По данным М.М. Кабанова и Б.Б. Ковалева все соматические заболевания у родителей детей с ВРГиН имеют следующие особенности: скачки артериального давления, нарушения сна (бессонница), частые и сильные боли в

голове, нарушения показателей температуры тела. Чем дольше по времени у родителей, то есть чем взрослее становится ребенок, происходит психологическая патогенная ситуация, тем чаще у некоторых из них ухудшается состояние здоровья. Возникают: частые простудные заболевания и аллергические реакции; нарушения сердечно-сосудистой и эндокринной системы; частичное или полное поседение волос; алопеция; проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом (запоры) [27]. У женщин обычно возникает нарушение менструального цикла или может рано начаться менопауза. Выделяют так же, что матери, имеющие ребенка с ВРГиН часто испытывают бессилие, общую усталость, а также отмечают состояние дистимности и общей депрессии [50].

Для родителей детей с ВРГиН наличие внешних дефектов и нарушения речи образуют в первую очередь патогенетические состояния. Чувства страха, стыда, тревожность, неуверенность в себе, различные формы депрессии – все эти болезненные состояния родителей являются не только их реакцией на стрессовые события, но и реакцией всего организма.

На основании выше изложенного, можно обобщить и сделать вывод, что психологическое ведение семей, имеющих ребенка с ВРГиН становится более актуальнее.

Таким образом, проводя анализ проблем, возникающих у родителей, воспитывающих ребенка с расщелиной губы и неба, определены основные направления в работе психологов и смежных специалистов:

1. обучение методам психологической коррекции: аутогенной тренировке, библиотерапии (терапия сказкой, басней, рассказом и т.д.), игротерапии;
2. установление доверительных отношений между ребенком и родителями;
3. физическая и психологическая помощь в адекватной оценке возможностей ребенка;

4. оказание помощи родителям, в связи с рождением ребенка с ВРГиН в решении их личных проблем (нивелирование личностных особенностей).

Психологом сопровождение для семьи с атипичным ребенком можно рассматривать как тонкую форму его специализации, обращенную на благо оказания помощи таким детям, как выбор адаптивных способов поведения, актуализации нравственного поступка и принятии верных решений в ходе его личностного роста [29].

Психологическая диагностика и анализ особенностей семей, развитие системы психологической помощи родителям (формирование «здорового» отношения к дефекту (принятие ребенка), коррекция эмоционального состояния; помощь в создании коррекционно-развивающей среды; преодоление кризисных и сложных ситуаций, установление и расширение связей с обществом; мобилизация ресурсов семьи – все это является важными составляющими при психологическом сопровождении в работе психолога.

В структуру психологического сопровождения могут включаться: психолого-педагогическая диагностика, социально-психологическое консультирование, психообразование, психологическая профилактика, психолого-педагогическая коррекция и психотерапия.

По мнению Р.В. Овчаровой психологическое сопровождение осуществляется на трех уровнях (мотивационный, эмоциональный, поведенческий):

1. на мотивационном уровне происходит оказание помощи родителям в принятии ребёнка и его диагноза, помощь в желании начать работу по коррекции дефекта, развития и адаптации ребёнка;

2. на эмоциональном уровне происходит обучение родителей навыкам снятия эмоционального напряжения;

3. на поведенческом уровне – формирование адаптивных знаний навыков и умений в преодолении сложных стрессовых жизненных ситуаций [39].

Применение комплексного, систематического подхода, для формирования зрелой личности ребенка является одним из основных аспектов

психологического сопровождения семей. Клинический психолог, педагог-психолог, воспитатель должен обладать специальными знаниями и иметь большой опыт практической работы для полноценного, грамотного применения современных систем психолого-педагогической диагностики нарушений развития, техник психолого-педагогической коррекции нарушений развития, психологического консультирования, информирования, психотерапии и др.

Выводы по первой главе

ВРГиН является серьезным отклонением в развитии челюстно-лицевой области, возникает из-за нарушений плода во внутриутробном развитии в период с 3 до 12 недель. В России в среднем с ВРГиН рождается один ребенок на 500 новорожденных. Всех детей с расщелинами верхней губы и неба в зависимости от диагноза разделяют по классификации ММСИ в России на пять групп: врожденные расщелины верхней губы; расщелины мягкого неба: скрытые, неполные, полные; расщелины мягкого и твердого неба: скрытые, неполные, полные; расщелина верхней губы с полной расщелиной мягкого, твердого неба и альвеолярного отростка (одно- или двусторонние); и последняя группа – расщелина верхней губы с расщелиной альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба.

В отношении данных семей, существуют определенные негативные стереотипы в обществе, но чаще всего они являются слишком обобщенными и не редко агрессивными, поэтому большинство семей и детей с ВРГиН испытывают трудности связанные со стигматизацией общества из-за его деления на «полноценное большинство» и «неполноценное меньшинство».

Психологические факторы стигматизации семей, воспитывающих ребенка с ВРГиН, детерминируются личностными особенностями родителей, которые заостряются в психотравмирующей ситуации (проявление склонности к развитию акцентуаций или аномалий характера); и специфическим характером (стилем) детско-родительского отношения. У матерей отмечаются депрессивные

состояния, истерики, частые смены настроений, повышенная тревожность. В отношении к ребенку они проявляют симбиотические, гиперопекающие отношения, игнорируют его эмоциональные потребности, потребность в общении, отвергают его.

Таким образом, с учетом описанных проблем, возникающих у родителей, воспитывающих ребенка с ВРгиН, основные направления в работе специалистов представляются следующими: установление правильных детско-родительских отношений; помощь в адекватной оценке психо-речевых возможностей ребенка; помощь в нивелировании личностных особенностей родителей, которые обостряются в травмирующей психику ситуации; обучение методам релаксации.

2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СТИГМАТИЗАЦИИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С АТИПИЧНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

2.1 Материалы и методы исследования

Характеристика выборок исследования:

В рамках исследования было проведено:

Пилотажное исследование, в котором приняло участие 567 человек, жителей г. Екатеринбурга.

Экспериментальное исследование, в котором приняло участие 239 семей, имеющих ребенка с атипичной внешностью. Исследования проводились в 2020г.

Процедура проведения происходила посредством ГуглФорм, в связи с эпидемиологической обстановкой в мире и в стране (коронавирусная инфекция).

Для анкетирования общественности на предмет отношения к лицам с ВРГиН и их семьям была создана анкета, включающая в себя 10 вопросов (см. приложение 1).

Для диагностики семей, воспитывающих ребенка с ВРГиН была так же создана ГуглФорма, которая включала: «Опросник родительского отношения» (ОРО) А.Я.Варга и В.Б.Столин, методика «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Эйдемилер и В.Юстицкис, «Сокращенный многофакторный опросник исследования личности» (СМОЛ) и Тест - опросник Г.Шмишека, К.Леонгарда. ГуглФорма в период с 10.10.2020 по 4.11.2020гг. была разослана семьям, воспитывающим ребенка с ВРГиН. После обработки результатов, каждая семья получила обратную связь в виде заключения и рекомендаций.

Методики исследования: В пилотажном исследовании для целей получения первичной информации по проблеме стигматизации использовалось анкетирование общественности на предмет отношения к лицам с ВРГиН и их семьям.

В основной части констатирующего эксперимента использовались диагностические методики для родителей, воспитывающих ребенка с ВРГиН.

Детско-родительские отношения исследовались с помощью методик: тест-опросник родительского отношения А. Я. Варга, В. Б. Столин, методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э. Эйдемилер, В. Юстицкис.

Методика Эйдемилера Э.Г. и Юстицкиса Б.В. «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) позволяет определить, каким образом родители воспитывают ребенка в семье.

Опросник родительского отношения (ОРО) разработан В.В. Столиным и А.Я. Варга, позволяет выявить тип родительского отношения, как воспитывают и общаются с ребенком. В.Б. Столин и А.Я. Варга под отношениями родителей к своему ребёнку понимают систему разных чувств и эмоций родителей, закономерностей в поведении ребенка при воспитании, особенностей восприятия и понимания поступков и характера личности ребенка [56].

Методики диагностирующие личностные особенности родителей были взяты следующие: тест - опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда и сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ). И были исследованы показатели: тревожность, гипертимность и депрессия.

Тест Шмишека-Леонгарда – личностный опросник, предназначенный для диагностики акцентуированных личностей.

Методика «СМОЛ» ориентирована на выявление часто используемых личностных расстройств при стрессовых ситуациях.

Методы математической обработки данных:

Для получения достоверных данных, материалы были обработаны с помощью статистически – математических методов. В качестве статистических методов был использован статистический пакет IBM SPSS Statistics 10.0.

- ранговая корреляция Спирмена;
- критерий ϕ^* -угловое преобразование Фишера
- факторный анализ

2.2 Описание и анализ результатов исследования

2.2.1 Описание результатов пилотажного исследования

В диссертации Е.С. Набойченко «Психологическое сопровождение развития детей и подростков с атипичными особенностями внешности» в 1999-2009гг. указано, что ведущую роль в возникновении стигматизации и негативного восприятия ребенка с ВРГиН играет общественное мнение.

В 2020 г. повторно было проведено пилотажное исследование, которое посвящено изучению общественного мнения по отношению к лицам с ВРГиН и их семей (см. приложение 1). В анкетировании приняло участие 562 жителя г. Екатеринбурга (155 мужчин и 407 женщин) в возрасте от 16 до 60 лет. Из них средне-специальное образование имеет 131 респондент (23,3%), высшее образование имеют 247 опрошенных респондентов (44%). Это свидетельствует о том, что больше половины (67%) респондентов имеют образование, и могут адекватно оценивать другого человека в обществе.

Перед прохождением анкетирования респондентам демонстрировалась фотография ребенка, имеющего ВРГиН, до уранопластики и хейлопластики.

Было выявлено, что почти половина респондентов не имеют сознательного представления о том, что это за недостаток, главное, что образ атипичного ребенка тесно переплетается с различными тяжелыми степенями тяжести патологии.

Более пятидесяти процентов респондентов считают, что детей с ВРГиН в Свердловской области не много, под понятием «не много», подразумевают – несколько сотен.

В отношении детей с ВРГиН у 45% респондентов доминируют четыре чувства: агрессивность, настороженность, сочувствие и жалость. 15% респондентов отметили, что не испытывают каких-либо чувств, так как проблемы личного характера их сейчас беспокоят больше. Почти половина опрошенных (41%) считают, что дети с ВРГиН относятся с настороженностью к

детям без ВРГиН, 10,5% опрошенных уверены, что дети с ВРГиН относятся к детям без ВРГиН с обидой, неприязнью.

72,8% опрошенных отнеслись нормально если бы с ним учился/работал человек с ВРГиН, 7% респондентов избегали бы общения с ними.

Так же был задан вопрос, относительно мыслей, возникающих по отношению к семье, воспитывающей ребенка с ВРГиН. Были получены следующие ответы:

- 50 человек отметили, что чувствовали бы жалость к такой семье;
- 20 человек задались вопросом: «зачем рожать было вообще?»;
- 13 человек отметили, что было бы лучше сделать аборт или оставить ребенка в детском доме;
- 70 человек пожелали семье терпения, сил;
- 30 человек отметили «родители молодцы, что не отказались от ребенка, как, вероятно, могли сделать многие другие»;
- 40 человек проявляют сочувствие к семье.

Некоторые респонденты высказались следующим образом: «мать сама виновата в том, что ребенок такой»; «семья в прошлом либо наркоманы, либо алкоголики»; «уроды»; «не повезло с ребенком, такой страшенький»; «наверно мать пила во время беременности»; «лучше бы сделали аборт, чем ребенку всю жизнь мучиться и стараться скрыть расщелину».

Подводя итог, можно сделать вывод о том, что общество стигматизирует детей с ВРГиН и их родителей. Оно не готово и не хочет понимать и принимать семью с ребенком атипичной внешности, отличающегося внешне и внутренне от человека «нормотипичного». Об этом свидетельствует большое количество неэмоционально окрашенных ответов по типу «не знаю», «затрудняюсь ответить».

Можно сделать вывод что, в обществе прослеживается разделение общества на «Мы» (полноценная часть общества) и «Они» (неполноценная его часть).

Хоть эти стереотипы и существуют в сознании людей, они слишком обобщены, поэтому большинство семей и детей с ВРГиН не могут быть охарактеризованы таким образом, но через призму стигматизации общество все еще не воспринимает эту категорию семей как «полноценную». Подобные установки создают негативный социально-психологический фон как для семьи, так и для ребенка с ВРГиН. Это давление на семьи вынуждает их принять этот статус, и они действительно начинают отождествлять себя с «неполноценной» категорией общества. Как правило, стигматизированные люди придерживаются тех же установок, что и люди, которые их стигматизируют, поэтому они соответствуют стереотипам и ожиданиям, то есть принимают на себя эту стигматизацию, и начинают самостигматизироваться.

2.2.2 Описание результатов экспериментального исследования

При исследовании психологических факторов стигматизации: личностных особенностей родителей и детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с ВРГиН, семьи были разделены на две группы по классификации ММСИ:

К 1 группе относятся родители, имеющие ребенка ВРГиН легкой структуры дефекта (расщелина верхней губы; расщелина мягкого неба и расщелина мягкого и твердого неба) – 135 человек;

Ко 2 группе относятся родители, имеющие ребенка с тяжелой структурой дефекта ВРГиН (расщелина верхней губы с полной расщелиной мягкого, твердого неба и альвеолярного отростка, или с расщелиной альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба) – 104 человека.

Нами было произведено сравнение двух групп: 135 человек и 104 человека соответственно.

Детальный анализ разброса индивидуальных значений позволяет зафиксировать следующие результаты, представленные в таблице 1,2.

Данные показателей детско-родительского отношения, представленные в таблице 1, позволяют сделать следующие выводы:

По шкале **«принятие-отвержение ребенка»** в 1 группе наблюдается тенденция к преобладанию высоких значений по уровню выраженности. (96%). Факт свидетельствует, о том, что почти все родители данной группы принимают своего ребенка. 4% родителей отвергают. Однако, было установлено, что 30% семей показали по шкале лжи не достоверные результаты, что может свидетельствовать о скрытом эмоциональном отвержении. Разумом и волей родители подавляют в себе эмоциональное отвержение к детям как недостойное и обычно происходит компенсация в виде гиперопекающего поведения, заботы, утрированного внимания, о чем свидетельствуют высокие значения по показателям «симбиоз» и «гиперпротекция». Во 2 группе установлено, что только 73 родителя (70%) принимают своего ребенка. То есть 30% родителей отвергают ребенка.

По шкале **«симбиоз»** в 1-й группе наблюдается тенденция к преобладанию высоких значений по степени выраженности (61,4%). Во второй группе выявлено, что 58 родителей (55,7%) имеют высокие показатели по уровню выраженности. Этот факт свидетельствует о том, что, несмотря на выраженность ВРГиН у ребенка, родители устанавливают между собой и ребенком значительную психологическую дистанцию и мало заботятся о нем.

По шкале **«гиперпротекция»** в 1-й группе наблюдается тенденция к преобладанию высоких значений по степени выраженности (48%). Во 2-й группе установлено, что 66 родителей (63,2%) имеют высокие показатели по уровню выраженности. Этот факт свидетельствует о том, что, несмотря на структуру дефекта ВРГиН у ребенка, более половины родителей чрезмерно опекают и заботятся о ребенке, используют директивный стиль взаимодействия с ним, лишая ребенка самостоятельности.

По шкале **«гипопротекция»** в 1-ой группе выявлены средние значения у 32 родителей (23,7%). Во 2-ой группе выявлено, что 29 родителей (27,8) имеют средние значения этого показателя.

По шкале **«игнорирование потребностей ребенка»** в 1-ой группе наблюдается тенденция к преобладанию высоких значений по уровню

выраженности (92,5 %). Во 2 группе установлено, что высокие значения по этому показателю имеют 66 родителей (63,4%). Несмотря на структуру дефекта ВРГин у ребенка, родители не достаточно стремятся к удовлетворению духовных, эмоциональных потребностей ребенка.

По шкале «**фобия утраты ребенка**» в 1-й группе установлено, что 88 родителей (65,1%) имеют низкие значения этого показателя. Более половины родителей не боятся потерять ребенка. То есть почти половина родителей испытывает фобию утраты ребенка. Во 2 группе наблюдается тенденция к преобладанию средних, а не низких значений по степени выраженности (48,0%). Этот факт свидетельствует о том, что во 2 группе 48% родителей боятся потерять ребенка.

Таблица 1. Показатели по методикам: тест-опросник родительского отношения А. Я. Варга, В. В. Столин, методика «АСВ» Э. Эйдемиллер, В.

Юстицкис.

	низкие значения	средние значения	высокие значения
принятие отвержение ребенка			
группа 1	0 родителей (0%)	5 родителей (3,70%)	130 родителей (96,20%)
группа 2	0 родителей (0%)	31 родителей (29,70%)	73 родителя (70,10%)
симбиоз			
группа 1	1 родитель (1%)	39 родителей (28,80%)	83 родителя (61,40%)
группа 2	6 родителей (5,70%)	40 родителей (38,4)	58 родителей (55,7)
гиперпротекция			
группа 1	20 родителей (14,80%)	48 родителей (35,40%)	65 родителей (48%)
группа 2	13 родителей (12,40%)	25 родителей (24%)	66 родителей (63,20%)
гипопротекция			
группа 1	89 родителей (65,90%)	32 родителя (23,7)	0 родителей (0%)
группа 2	68 родителей (65,30%)	29 родителей (27,8)	1 родитель (0,90%)
игнорирование потребностей ребенка			
группа 1	0 родителей (0%)	9 родителей (6,60%)	115 родителей (92,50%)
группа 2	3 родителей (2,80%)	27 родителей (25,90%)	66 родителей (63,40%)
фобия утраты ребенка			
группа 1	88 родителей (65,10%)	46 родителей (33,90%)	1 родитель (0,70%)
группа 2	43 родителя (41,30%)	50 родителей (48%)	3 родителя (2,80%)

Данные показателей личностных особенностей родителей, представленные в таблице 2, позволяют сделать следующие выводы:

По шкале «**депрессия**» в 1 группе наблюдается тенденция к преобладанию средней выраженности (48,7%). То есть данным родителям свойственна дистимность. Во 2 группе наблюдается предрасположенность к развитию депрессии (53,8%), яркая выраженность отмечается у 30 родителей (29,1%). Факт свидетельствует о том, что почти половина родителей 2 группы имеют предрасположенность к депрессии или ее начальный этап.

Таблица 2. Показатели личностных особенностей по методикам: тест - опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда и сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ)

	не выражено	средняя выраженность	предрасположенность к развитию	яркая выраженность
депрессия				
группа 1	56 родителей (41,20%)	66 родителей (48,70%)	13 родителей (10,1%)	0 родителей (0%)
группа 2	10 родителей (9,50%)	8 родителей (7,60%)	56 родителей (53,80%)	30 родителей (29,1%)
тревожность				
группа 1	40 родителей (29,50%)	42 родителя (31%)	40 родителей (29,50%)	13 родителей (10%)
группа 2	16 родителей (15,30%)	31 родитель (29,70%)	37 родителей (35,50%)	20 родителей (20,50%)
гипертимность				
группа 1	31 родитель (22,90%)	40 родителей (29,6%)	50 родителей (36,90%)	14 родителей (10,6%)
группа 2	26 родителей (24,80%)	27 родителей (25,90%)	24 родителя (23,4%)	27 родителей (25,90%)

По шкале «**тревожность**» в 1 группе наблюдается предрасположенность к развитию (29,5%), средняя выраженность отмечается у 42 родителей (31%). Во 2 группе наблюдается предрасположенность к развитию (35,5%), ярко выраженные показатели имеют 20 родителей (20,5%). Несмотря на структуру дефекта ВРГиН, у родителей отмечается тревожная акцентуация личности, которая характеризуется повышенной тревожностью, подозрительностью и постоянными сомнениями.

По шкале «**гипертимность**» в 1 группе наблюдается предрасположенность к развитию (36,9%), средняя выраженность отмечается у 40 родителей (29,6%). Во 2 группе наблюдается ярко выраженные показатели

(25,9 %), предрасположены к развитию гипертимности 24 родителя (23,4%). Несмотря на структуру дефекта ВРГиН у ребенка, родители имеют гипертимную акцентуацию личности и характеризуются частой необоснованной сменой настроений и решений, бывают вспыльчивы и часто впадают в гнев по пустякам, легко поддаются чужому влиянию.

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод:

Семьи, воспитывающие ребенка с ВРГиН имеют нарушения детско-родительского отношения по показателям: «принятие-отвержение ребенка», «симбиоз», «гиперпротекция», «гипопротекция», «игнорирование потребностей ребенка». По шкале «фобия утраты ребенка» родители, воспитывающие ребенка с тяжелой структурой дефекта ВРГиН проявляют повышенную неуверенность, боятся ошибиться, преувеличивают представления о болезненности и хрупкости ребенка.

Показатели личностных особенностей родителей в 1 группе проявляют предрасположенность к развитию по шкалам «тревожности» и «гипертимности». Во 2 группе выявлены ярко выраженные показатели по шкалам «тревожность», «гипертимность» и «депрессия». Это свидетельствует о том, что родители, воспитывающие ребенка с тяжелой степенью ВРГиН сильнее подвержены стигматизации общества и имеют, в связи с этим ярко выраженные личностные особенности, которые обострились в травмирующей психику ситуации.

Таблица 3. Сравнительные показатели детско-родительских отношений и личностных особенностей родителей

Критерий Φ^* -угловое преобразование Фишера (Таблица данных 1)			
По перем. группа Отмеченные критерии значимы на уровне $p < ,05000$			
	$\Phi^*_{эмп}$	$\Phi^*_{критич}$	p-уров.
принятие-отвержение ребенка	2,65	2,31	$p < ,05$
Симбиоз	1,846	2,31	$p < ,05$
Гиперпротекция	1,652	2,31	$p < ,05$
Гипопротекция	0,975	2,31	$p < ,05$
игнорирование потребностей ребенка	5,370	2,31	$p < ,05$
фобия утраты ребенка	2,212	2,31	$p < ,05$
Депрессия	5,137	2,31	$p < ,05$
Тревожность	9,252	2,31	$p < ,05$
Гипертимность	3,982	2,31	$p < ,05$

Следующим этапом исследования является математико-статистический анализ данных. Для сравнения показателей детско-родительских отношений и личностных особенностей родителей в выделенных группах мы применяли критерий ϕ^* -угловое преобразование Фишера (см. таблица 3). Верхний предел в критерии ϕ отсутствует - выборки могут быть сколь угодно большими.

Данные представленные в таблице 3, позволяют сделать вывод, что показатели детско-родительских отношений и личностных особенностей родителей в выделенных группах имеют статистически значимые различия по критерию ϕ^* -угловое преобразование Фишера.

Независимо от структуры дефекта ВРГиН у ребенка, в семьях, можно выделить общую тенденцию:

В отношениях с ребенком родители проявляют симбиотические отношения; испытывают противоречивые чувства, используют неустойчивый тип воспитания «гиперопеку» - «гипоопеку».

Так же можно выделить различия в детско-родительских отношениях и личностных особенностях родителей (таблица 3):

Семьи 1 группы, статистически достоверно ($p < 0,05$) отличаются от семей, 2 группы и имеют сдвиги по показателям: «принятие-отвержение ребенка», «игнорирование потребностей ребенка», «депрессия», «тревожность», «гипертимность».

По шкале **«принятие-отвержение ребенка»** методики «опросник родительских отношений» группа 1 статистически достоверно ($p < 0,05$) отличается от группы 2. Можно сделать вывод, что родители, воспитывающие ребенка с тяжелой структурой дефекта ВРГиН проявляют по отношению к своему ребенку скрытое эмоциональное отвержение.

По шкале **«игнорирование потребностей ребенка»** методики «анализ семейных взаимоотношений» группа 1 статистически достоверно ($p < 0,05$) отличается от группы 2. Это свидетельствует о том, что родители, воспитывающие ребенка с тяжелой структурой дефекта ВРГиН недостаточно

стремятся к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребность в эмоциональном контакте.

По шкалам «**депрессия**» и «**тревожность**» группа 1 статистически достоверно ($p < 0.05$) отличается от группы 2. Можно сказать, что в группе 2 у родителей отмечается повышенное депрессивное состояние и тревожность. Возможно, это связано с тем, что родители 2 группы, имеющие детей с ВРГиН, больше подвержены стигматизации со стороны общества из-за ярко выраженных косметических дефектов у их ребенка, и именно поэтому, они пытаются скрыть ребенка от окружающих, в результате повышается тревожность и появляется депрессия. По шкале «**гипертимность**» группа 1 статистически достоверно ($p < 0.05$) отличается от группы 2. Можно сказать, что родителям 2 группы присуще систематически демонстрировать активный экстравертированный гипертимный тип реагирования, с частой сменой настроений, эмоциональной лабильностью, гневливостью, зависимостью от мнения других.

Для выявления взаимосвязи личностных особенностей родителей с детско-родительскими отношениями в семьях, воспитывающих ребенка с ВРГиН в двух выделенных нами группах был выбран непараметрический методы обработки данных, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Данный выбор был обусловлен тем, что эмпирические данные не подчиняются нормальному закону распределения, что является одним из главных условий отвержения параметрических методов и принятия непараметрических.

Результаты проведенного исследования взаимосвязи личностных особенностей родителей с их детско-родительским отношением в 1 группе родителей представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, у семей 1 группы отдельные параметры детско-родительских отношений имеют значимые прямые связи с показателями личностных особенностей родителей.

При использовании корреляционного анализа выявилось, что показатель особенности личности «депрессия» прямо пропорционально связан с таким родительским отношением как: «игнорирование потребностей ребенка»

($p < 0,05$). «Тревожность» как особенность личности родителя прямо пропорционально связана с таким родительским отношением как: «симбиоз», «гиперпротекция», «игнорирование потребностей ребенка» и «фобия утраты ребенка» ($p < 0,05$).

Показатель особенности личности «депрессивность» имеет прямую связь с показателем детско-родительского отношения «игнорирование потребностей ребенка» ($r = 0,21$). Такой результат дает основание предположить, что чем больше родитель находится в состоянии депрессии, имеет при этом заниженную самооценку и проявляет негативные эмоциональные реакции, тем больше он неспособен быть в близком контакте со своим ребенком, игнорируя его духовные потребности, потребность в эмоциональном контакте, и общение.

По показателю особенности личности «тревожность» выявлена прямая связь с показателями детско-родительского отношения «симбиоз» ($r = 0,24$) и «гиперпротекция» ($r = 0,21$).

Данная связь указывает на то, что, чем сильнее родитель не может отдалиться от ребенка, удерживает его рядом с собой, лишает его независимости (это часто объясняется желанием оградить ребенка от неприятностей и трудностей). Родитель преуменьшает возможности и потенциал ребенка, что приводит к максимальному контролю и ограничениям, желанию сделать все за него, защитить его от трудных ситуаций. Тем больше родитель испытывает тревогу, внутреннее беспокойство, если есть ощущение, что ребенок отдаляется или может справиться самостоятельно.

По показателю особенности личности «тревожность» выявлена прямая связь с показателем детско-родительского отношения «игнорирование потребностей ребенка» ($r = 0,21$).

Данная связь свидетельствует о том, что родитель склонен повышено тревожиться по малым поводам, имея при этом повышенную неуверенность в себе, обеспечивает ребенку в соответствии с этим ненадлежащий уход и этим эмоционально недоступен по отношению к нему. То есть игнорируется его духовные потребности, потребность в эмоциональном контакте, общении.

По показателю особенности личности «тревожность» выявлена прямая связь с показателем стиля детско-родительского отношения «фобия утраты ребенка» ($r=0,21$). Это свидетельствует о том, что чем сильнее родитель склонен переживать сильную тревогу по сравнительно небольшим поводам, имеет повышенную неуверенность и боится совершить ошибку, тем больше он проявляет мысли о предполагаемой опасности и преувеличивает представление о хрупкости «ребенка» и его болезненности.

Таблица 4. Коэффициенты корреляционного анализа по 1 группе (по методу Spearman, $n=140$)

Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных1) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
	депрессия	тревожность	гипертимность
принятие-отвержение ребенка	0,051	0,008	-0,030
Симбиоз	0,148	0,232	-0,039
Гиперпротекция	0,070	0,212	0,098
Гипопротекция	0,044	-0,07	-0,116
игнорирование потребностей ребенка	0,210	0,210	0,021
фобия утраты ребенка	0,075	0,208	0,161

1. $r_{крит} = 0,166$ при $p \leq 0,05$; $r_{крит} = 0,217$ при $p \leq 0,01$;
2. Жирным курсивом выделены коэффициенты корреляции при $p \leq 0,05$

Результаты проведенного исследования взаимосвязи личностных особенностей с детско-родительским отношением у родителей 2 группы представлены в таблице 5.

Как видно из таблицы 5, у 2 группы отдельные показатели личностных особенностей родителей имеют значимые прямые и обратные связи с показателями стилей детско-родительских отношений.

При использовании корреляционного анализа выявилось, что показатель особенности личности «депрессия» прямо пропорционально связан с такими детско-родительскими отношениями к ребенку как: «отвержение ребенка» и «игнорирование потребностей ребенка». «Тревожность» как особенность

личности родителя прямо пропорционально связана с таким родительским отношением как: «игнорирование потребностей ребенка» и «фобия утраты ребенка» ($p < 0,05$). «Гипертимность» как особенность личности родителя прямо пропорционально связана с такими стилями детско-родительского отношениями как «гипопротекция» и «игнорирование потребностей ребенка» ($p < 0,05$).

Показатель «депрессия» имеет обратную связь с показателем «принятие-отвержение» ($r = -0,21$).

Данная корреляция свидетельствует о том, что особенность личность «депрессия» связана с таким проявлением родительского отношения как «отвержение», чем больше трудностей испытывает депрессивная мать при установлении интерактивных взаимодействий с ребенком, не могут отделить свои потребности от потребностей ребенка, тем это сильнее приводит к неэффективному родительскому отношению, которое проявляется в недостатке или отсутствии эмоциональной поддержки и отклика от родителя, отмечается нечувствительность родителя к потребностям ребенка.

Показатель особенности личности «депрессия» имеет прямую связь с показателем стиля детско-родительского отношения «игнорирование потребностей ребенка» ($r = 0,29$).

Данная связь свидетельствует о том, что родитель, находящийся в депрессивном состоянии, имея негативную самооценку и угнетенное эмоциональное состояние оказывается неспособен быть в тесном контакте со своим ребенком, то есть больше игнорирует потребность ребенка в эмоциональном контакте, общении.

По показателю особенности личности «тревожность» выявлена прямая связь с показателем стиля детско-родительского отношения «игнорирование потребностей ребенка» ($r = 0,22$).

Данная связь свидетельствует о том, что родитель склонен переживать без каких-либо поводов тревогу, имеет повышенную неуверенность обеспечивает ребенку в соответствии с этим неполноценный, надзорный уход, и этим

эмоционально недоступен по отношению к нему. То есть игнорируется его потребность в эмоциональном контакте с родителями и окружающими.

По показателю особенности личности «тревожность» выявлена прямая связь с показателем стиля детско-родительского отношения «фобия утраты ребенка» ($r=0,25$).

Эта связь свидетельствует о том, что чем больше мать склонна переживать сильную тревогу по относительно малым поводам, имея при этом повышенную неуверенность и боязнь совершить ошибку, тем она больше проявляет мысли о предполагаемых опасностях и преувеличивает представление о хрупкости «ребенка» и его болезненности.

По показателю особенности личности «гипертимность» выявлена обратная связь с показателями стиля детско-родительского отношения «гипопротекция» ($r=0,21$) и игнорирование потребностей ребенка ($r=0,39$).

Данная связь свидетельствует о том, что родитель, имеющий гипертимную личность систематически демонстрирует стеничный экстравертированный гипертимный тип реагирования, которому присуща частая необоснованная смена настроений, частая необоснованная смена решений, бывают вспыльчивы и часто впадают в гнев по пустякам, легко поддаются чужому влиянию. Оказывается, не способен быть в контакте со своим ребенком, проявлять к нему заботу и удовлетворять его потребность в эмоциональном контакте, общении.

Таблица 5. Коэффициенты корреляционного анализа по 2 группе (по методу Spearman, $n=100$)

Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных1) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
	депрессия	тревожность	гипертимность
принятие-отвержение ребенка	-0,215396	-0,172761	0,012207
симбиоз	-0,018973	0,046624	-0,049060
Гиперпротекция	0,165477	0,128769	-0,114117
Гипопротекция	0,111853	0,083040	0,209753
игнорирование потребностей ребенка	0,294255	0,227898	0,394977
фобия утраты ребенка	0,182011	0,249485	-0,116466

1. $r_{крит}=0,197$ при $p \leq 0,05$; $r_{крит}=0,256$ при $p \leq 0,01$;

2. Жирным курсивом выделены коэффициенты корреляции при $p \leq 0,05$

Таким образом, выявилось, что в 2-х выделенных нами группах особенность личности «депрессия» имеет связь с показателем «игнорирование потребностей ребенка». Это свидетельствует о том, что родители, несмотря на структуру дефекта ВРГиН у ребенка, систематически демонстрируют неактивный, интровертированный тип реагирования. Им характерна пассивная личностная позиция, избегание неудач, высокий уровень осознания существующих проблем через призму неудовлетворенности и пессимистической оценки своих перспектив, склонность к раздумьям, неуверенность в себе, в своих возможностях. Они недостаточно стремятся к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребности в эмоциональном контакте, общении с родителями, в их любви.

Особенность личности «тревожность» имеет связь с показателями «игнорирование потребностей ребенка» и «фобия утраты ребенка». Родители не смотря на структуру дефекта ВРГиН у ребенка, склонны переживать сильную тревогу по относительно малым поводам, имея при этом повышенную неуверенность и боязнь совершить ошибку, у них возникают негативные мысли об опасностях и преувеличивание представлений о болезненности и хрупкости ребенка, и в соответствии с этим игнорируя его потребность в эмоциональном контакте, общении.

С целью выявления места личностных особенностей и детско-родительского отношения в структурных компонентах стигматизации семей, воспитывающих ребенка с легкой и тяжелой структурой дефекта ВРГиН нами был применен факторный анализ.

Матрица интеркорреляций родителей 1 группы была подвергнута факторному анализу. Получено 3 фактора, вклад которых в общую дисперсию составил около 58%. Поэтому после операции вращения факторов по методу варимакс были проанализированы 3 фактора. Учитывались нагрузки более 0,4.

Изучение места личностных особенностей и детско-родительского отношения в структурных компонентах стигматизации 1 группы родителей, позволило зафиксировать следующие особенности (факторная структура представлена в таблице 6):

Таблица 6. Факторный анализ 1 группы родителей

Фактор.нагрузки (Варимакс нормализ.) (Таблица данных) Выделение: Главные компоненты (Отмечены нагрузки >,400000)			
	Фактор - 1	Фактор - 2	Фактор - 3
принятие-отвержение ребенка	-0,117501	-0,125119	-0,864618
Симбиоз	0,155386	0,526520	0,161940
Гиперпротекция	0,651949	0,317754	0,058937
Гипопротекция	-0,302725	-0,209418	0,586904
игнорирование потребностей ребенка	0,593329	0,106378	0,117672
фобия утраты ребенка	0,684850	0,082190	-0,076757
Депрессия	0,055603	0,001581	-0,024565
Тревожность	0,142892	0,800069	-0,024229
Гипертимность	0,596722	-0,497774	-0,001318
Общ.дис.	27,554	18,509	11,956

Данные, представленные в таблице 6, позволили выявить следующие факторы:

Первый фактор «Фобия утраты ребенка». В него входят переменные «фобия утраты ребенка» (0,68), «гиперпротекция» (0,65), «игнорирование потребностей ребенка» (0,59) и «гипертимность» (0,59).

Данный фактор отражает матерей повышено неуверенных, имеющие боязнь ошибиться, преувеличиваю хрупкость своего ребенка, его болезненность. Отношение к ребенку формируется под воздействием страха потерять его. Этот страх заставляет прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их или мелочно опекать. Недостаточно удовлетворяют потребности ребенка в духовном, эмоциональном контакте, игнорируют потребность ребенка в самоуважении и уважении. Для таких родителей

характерно систематическое проявление стенично-экстротертированного гипертимного типа реагирования, которому присуща частая смена настроений, частая необоснованная смена решений, вспыльчивость, они часто впадают в гнев по пустякам, легко поддаются чужому влиянию.

Второй фактор «Тревожность матери». В него входят переменные «тревожность» (0,80), «симбиоз» (0,52) и «гипертимность» (-0,49).

Данный фактор отражает матерей, отличающихся ощущением беспокойства, внутренней напряженности, имеющие склонность ожидать неприятности. Они постоянно сомневаются в правильности своих мыслей и поступков, стремятся к сглаживанию и избеганию конфликтов любой ценой. Связаны с ребенком в симбиотической связи, стремятся удовлетворить все его потребности, оградить от неприятностей и трудностей жизни. Ребенок кажется беззащитным и маленьким, ощущают тревогу за него. Характерна систематическая демонстрация астеничного интровертированного типа реагирования. Существенными чертами являются скрытность, отгороженность от окружающего мира, нежелание или неспособность устанавливать контакт, снижается потребность в общении, характерны чрезмерные привязанности и немотивированные антипатии.

Третий фактор «Отвержение ребенка». В него входят переменные «принятие-отвержение ребенка» (-0,86) и «гипопротекция» (0,58).

Данный фактор отражает матерей, которые демонстрируют недостаток или отсутствие эмоционального контакта с ребенком, нечувствительны к потребностям ребенка. Мать воспринимает своего ребенка как плохого, неадаптированного, неудачливого. Ей кажется, что ребенок не добьется успеха в жизни из-за его атипичной внешности, низких способностей, проблем с речью. В основном испытывает злость, досаду, раздражение, обиду на ребенка. Не доверяет и не уважает ребенка. Ребенку не хватает внимания, «руки не доходят до него», родитель не «до него дотягивается», часто он выпадает из поля зрения.

Далее матрица интеркорреляций 2 группы родителей была подвергнута факторному анализу. Получено 3 фактора, вклад которых в общую дисперсию

составил около 53%. Поэтому после операции вращения факторов по методу варимакс были проанализированы 3 фактора. Учитывались нагрузки более 0,4.

Изучение места личностных особенностей и детско-родительского отношения в структурных компонентах стигматизации 2 группы родителей, позволило зафиксировать следующие особенности (факторная структура представлена в таблице 7):

Таблица 7. Факторный анализ 2 группы родителей

Фактор.нагрузки (Варимакс нормализ.) (Таблица данных) Выделение: Главные компоненты (Отмечены нагрузки >,400000)			
	Фактор - 1	Фактор - 2	Фактор - 3
принятие-отвержение ребенка	0,150344	0,245736	-0,817637
Симбиоз	-0,033754	0,623146	0,209422
Гиперпротекция	-0,020418	0,765673	-0,075266
Гипопротекция	0,595807	-0,479840	0,004140
игнорирование потребностей ребенка	0,662289	-0,214378	0,026495
фобия утраты ребенка	0,283498	0,527363	-0,177647
Ложь	-0,212581	-0,095020	0,607492
Депрессия	0,653271	0,265972	-0,243792
Тревожность	0,620263	0,219230	0,459487
Гипертимность	-0,775280	-0,228300	0,106496
Дисперсия	21,4	17,69	14,012

Данные, представленные в таблице 7, позволили выявить следующие факторы:

Первый фактор «Дистимность матери». В него входят переменные «гипертимность» (-0,77), «игнорирование потребностей ребенка» (0,66), «депрессия» (0,65), «тревожность» (0,62), «гипопротекция» (0,59).

Данный фактор отражает матерей, которые систематически демонстрируют астенический интровертированный тип реагирования. Им характерна пассивная личностная позиция, избегание неуспеха, высокий уровень осмысления имеющихся проблем через призму недовольства и негативной оценки своего будущего, склоны к размышлениям, неуверенность в себе, в своих

возможностях. Они недостаточно стремятся к удовлетворению потребностей ребенка, при этом духовные потребности страдают чаще, особенно потребности в эмоциональном контакте, потребность в общении и любви. Ребенок предоставлен сам себе, родители не интересуются им. Рождение ребенка для таких матерей – нечто вызывающее дискомфорт, разрушающее привычный распорядок. Они не готовы изменять свой образ жизни, распорядок дня, привычки, поэтому ребенок остается без должного внимания.

Второй фактор «Гиперпротекция». В него входят переменные «гиперпротекция» (0,76), «симбиоз» (0,62), «фобия утраты ребенка» (0,52) и «гипопротекция» (-0,47).

Данный фактор отражает матерей, повышено контролирующих поведение ребенка, ограничивающих ребенка от «нежелательного» в его жизни, чрезмерно опекающих и заботящихся, лишаящие ребенка самостоятельности. Их отношение формируется под воздействием накопленного страха утраты ребенка. Страх утраты ребенка заставляет их беспокойно прислушиваться к каждому его желанию, спешить с его выполнением или мелочно опекать его. Главный фактор, лежащий в основе их поведения, это нечувствительность к личностным границам. Родитель находится с ребенком в тесной взаимосвязи и чувствует себя с ним единым целым, ограждает ребенка от всех трудностей и неприятностей жизни и стремится удовлетворить все его потребности. Постоянно ощущает тревогу за ребенка, ведь он кажется маленьким и беззащитным. Характеризуются повышенной неуверенностью в себе, своих силах, в ребенке; боятся ошибиться, преувеличивают представление о хрупкости «ребенка», его болезненности.

Третий фактор «Отвержение ребенка». В него входят переменные «принятие-отвержение ребенка» (-0,81), «ложь» (0,61), «тревожность» (0,45)

Этот фактор отражает матерей, которые в основном испытывают к своему ребенку только негативные чувства: раздражение, досаду, гнев, иногда даже ненависть. Они считают своего ребенка неудачником, у них нет веры в его счастливое и хорошее будущее, способности ребенка оцениваются низко и им

часто пренебрегают. Для них характерно внутреннее напряжение, чувство тревоги, склонность ожидать неприятностей. Постоянные сомнения в правильности своих действий и мыслей, стремление сгладить и избежать конфликтов любой ценой. В связи с этим эти матери стремятся «быть лучше» в глазах других людей, выстраивают социально желаемый образ себя. Они сознательно приукрашивают себя и показывают «в лучшем свете».

Резюмируя, вышеизложенные результаты исследования личностных особенностей и детско-родительских отношений в факторной структуре стигматизации семей, воспитывающих ребенка с легкой и тяжелой степенью дефекта ВРГиН, можно выделить следующие особенности:

Независимо от выделенных групп в структурных компонентах стигматизации можно выделить такие параметры как «отвержение ребенка», «фобия утраты ребенка» «гиперпротекция», «игнорирование потребностей ребенка», «гипопротекция», «тревожность», «дистимность»

У родителей 1 группы, в содержании компонентов стигматизации выявлена личностная особенность: гипертимность.

У родителей 2 группы, в содержании компонентов стигматизации выявлена личностная особенность: депрессия.

	Психологические факторы
Общие психологические факторы стигматизации	«отвержение ребенка», «гиперпротекция», «гипопротекция», «игнорирование потребностей ребенка», «фобия утраты ребенка» «тревожность», «дистимность»
Отличия в психологических факторах стигматизации	«гипертимность» - 1 группа родителей «депрессия» - 2 группа родителей

Вывод по второй главе:

Проведенное пилотажное и экспериментальное исследование, позволяет сделать следующие выводы:

В результате изучения общественного мнения по отношению к лицам с ВРГиН и их семей выявилось, что в общественном мнении прослеживается разделение общества на «Мы» (полноценная часть общества) и «Они»

(неполноценная его часть). Данные установки создают негативный социально-психологический фон как для семьи, так и для ребенка с ВРГиН.

Перед нами возник вопрос, зависит ли мнение и отношение родителей к ребенку с ВРГиН только лишь от общественной стигматизации или есть значимая зависимость от особенностей детско-родительских отношений и особенностей личности самих родителей.

Выявлено, что, семьи, имеющие ребенка с ВРГиН имеют нарушения детско-родительского отношения по шкалам: «принятие-отвержение ребенка», «симбиоз», «гиперпротекция», «игнорирование потребностей ребенка».

Показатели личностных особенностей родителей в 1 группе проявляют предрасположенность к развитию по шкалам «тревожности» и «гипертимности». Во 2 группе выявлены ярко выраженные показатели по шкалам «тревожность», «гипертимность» и «депрессия». Это свидетельствует о том, что родители, воспитывающие ребенка с тяжелой степенью ВРГиН сильнее подвержены стигматизации общества и имеют, в связи с этим ярко выраженные личностные особенности которые обострились в травмирующей психику ситуации.

В двух обозначенных группах по критерию угловое преобразование Фишера можно выделить общую тенденцию: в отношениях с ребенком родители проявляют симбиотические отношения; используют противоречивое воспитание, проявляя то гиперопеку, то гипоопеку. Так же выявлены различия в детско-родительских отношениях и личностных особенностях родителей, в двух группах по шкалам «принятие-отвержение ребенка», «игнорирование потребностей ребенка», «тревожность», «депрессивность», «гипертимность».

В двух выделенных группах обнаружены значимые корреляционные связи между психологическими факторами стигматизации семьи: личностными особенностями и детско-родительскими отношениями, что позволяет говорить об их тесной взаимосвязи. Однако, содержательная характеристика взаимосвязей при разных группах ВРГиН имеет специфические особенности.

В факторной структуре психологических факторов стигматизации отражены личностные особенности родителей и детско-родительские

отношения, представленность которых в различных компонентах стигматизации семей, воспитывающих ребенка с разной группой ВРГиН неодинакова.

Независимо от структуры дефекта ВРГиН у ребенка в структурных компонентах стигматизации семей, можно выделить такие параметры как: «отвержение ребенка», «гиперпротекция», «гипопротекция», «игнорирование потребностей ребенка», «фобия утраты ребенка», «тревожность», «дистимность»

У родителей 1 группы, в содержании компонентов стигматизации выявлена личностная особенность: гипертимность.

У родителей 2 группы, в содержании компонентов стигматизации выявлена личностная особенность: депрессия.

Таким образом выдвинутая нами гипотеза подтвердилась.

Следовательно, можно утверждать, что для данных семей необходимо разработать программу сопровождения. На основе полученных данных далее разработана программа психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с атипичной внешностью.

3. ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С АТИПИЧНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

Обоснование программы: Одной из задач Государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» от 15.04.2014г. является «создание благоприятных условий для жизнедеятельности семьи, функционирования института семьи...». Данная задача обусловлена назревшей в обществе необходимостью в поддержке семьи, в особенности, имеющей ребенка с ВРГиН.

На основе выявленных психологических факторов стигматизации и полученных результатов пилотажного исследования была разработана программа сопровождения, направленная на работу с семьями, воспитывающих ребенка с ВРГиН.

Данная категория семей является уязвимой в процессе общественной интеграции, что зачастую приводит к самоизоляции членов семьи, изменению их эмоциональных проявлений и личностных черт. По мнению Е.С. Набойченко (2018), семья, где только родился ребенок с расщелиной, находится в условиях острой ситуации, травмирующей психику.

Занятия по программе рекомендовано проводить в семьях, имеющих ребенка с врожденной расщелиной губы и/или нёба.

Данная программа является компилятивной и составлена на основе работ: Н.В. Дубровиной, Е.С. Набойченко, В.В. Ткачевой [21]; [41]; [51].

Программа актуальна, поскольку является комплексной, вариативной. Предполагает создание условий для оптимизации личностных особенностей родителей и коррекцию детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ВРГиН, позволяет эффективно помочь родителям, находящимся в кризисном эмоциональном состоянии, стрессовой ситуации, вызванных рождением ребенка с ВРГиН и стигматизацией общества через предложенные тренинги.

Целью разработки программы психологического сопровождения семьи, имеющей ребенка с атипичной внешностью (в данном случае, имеющей ВРГиН) является создание условий для оптимизации личностных особенностей родителей и коррекция детско-родительских отношений, позволяющих эффективно помочь родителям, находящимся в кризисном эмоциональном состоянии, стрессовой ситуации, вызванной рождением ребенка с ВРГиН и стигматизацией общества.

В соответствии с целью, были поставлены следующие **задачи**:

1. повышение психолого-педагогических знаний и информационная помощь семье, воспитывающей ребенка с ВРГиН;
2. помощь в оптимизации личностных особенностей, связанных с появлением ребенка с ВРГиН;
3. установление правильных детско-родительских отношений;
4. помощь в адекватной оценке возможностей ребенка, особенности его психоречевого развития;
5. способствование расширению контактов семьи с социумом, обеспечить возможность общения родителей, имеющих детей со схожими проблемами;
6. повышение компетентности врачей, педагогов и социальных работников.
7. информирование родителей о социальных возможностях.

Участники программы сопровождения: ребенок с ВРГиН, родители ребенка, психолог, врачи, педагоги, социальные работники, социум.

Формы: Индивидуальная (консультации), малогрупповая и парная (занятия в диаде «родитель-ребенок»), групповая (тренинги, беседы и др.)

Структура: Выделение элементов программы сопровождения позволило разбить ее на 4 этапа: подготовительный, диагностический, основной и заключительный. В совокупности этапы образуют четырехуровневую структуру,

характеризуются определенными особенностями и ролью в реализации исследуемого процесса (см. рисунок 1).

Этап	Цель	Содержание	Формы работы
Подготовительный	Установление полного контакта и связи с семьей, мотивация члена/членов семьи на работу	Установление контакта со всеми участниками сопровождения.	Консультирование
Диагностический	Диагностика личностных особенностей родителей и стиля детско-родительского отношения	Диагностическое сопровождение семьи ребенка с ВРГиН: диагностика личностных особенностей родителей и типа детско-родительского отношения	Диагностика
Основной	Внедрение программы сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ВРГиН	Реализация трех разработанных блоков программы сопровождения. Оказание необходимой помощи и поддержки родителям.	Индивидуальные и групповые тренинговые программы
Заключительный	Определение эффективности программы сопровождения семей, воспитывающих ребенка с ВРГиН	Анализ эффективности деятельности и результатов программы сопровождения семьи: <ul style="list-style-type: none"> - удовлетворенность родителей программой сопровождения; - успешность в овладении адекватными возрастному этапу и особенностями ребенка психоречевого развития; - позитивные изменения в оптимизации личностных особенностей и детско-родительских отношений. - сформированность толерантности общества к семьям и детям с атипичной внешностью. 	Повторная диагностика, анкетирование, обратная связь

Рисунок 1. Этапы программы психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ВРГиН

Второй диагностический блок модели включает в себя методики для диагностики, подобранные с учетом реализуемых задач по психологическому блоку программы сопровождения. Методики направлены на выявление компонентов личностных особенностей родителей и детско-родительских отношений (см. рисунок 1).

Основной этап включает в себя программу сопровождения семей, имеющих ребенка с ВРГиН, состоящую из трех блоков. Составляющие блоков представлены в рисунок 2.

Компоненты процесса	Функция		
	<i>Педагогический блок</i>	<i>Психологический блок</i>	<i>Социально-профилактический блок</i>
Цель	– развитие компетентности родителей в вопросах психоречевого развития их детей	– формирование адекватных детско-родительских отношений и оптимизация личностных особенностей родителей	– формирование психологической, педагогической компетентности и толерантности у социума
Задачи	– формирование у родителей представлений о психоречевых особенностях ребенка с ВРГиН; – обучение и проведение совместных упражнений; – формирование у родителей знаний, умений и навыков в процессе самостоятельной работы с ребенком;	– коррекция детско-родительских отношений; – оптимизация личностных особенностей родителей, связанных с появлением ребенка с ВРГиН	– нивелировать отношение микро и макро социума к семьям, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью – нивелирование самостигматизацией семей посредством психообразовательного обучения
Принципы	конфиденциальности и профессиональной этики, гуманного и чуткого отношения к членам семьи, учета особенностей родителей и детей, комплексности изучения семьи, единства диагностики и коррекции, дифференциации и индивидуализации, адекватности и вариативности психологических воздействий, выявления психологических факторов стигматизации, оказывающих негативное воздействие на семью и развитие ребенка		
Методы	словесные, наглядные упражнения, психологический тренинг, анализ конкретных ситуаций		
Формы организации	Индивидуальная (консультации), малогрупповая и парная (занятия в диаде «родитель-ребенок»), групповая (тренинги, беседы и др.)		

Позиция ребенка	Равноправный субъект деятельности		
Позиция родителя	Равноправный субъект деятельности		
Позиция психолога	Соуправленческая с опорой на инициативу, исходящую от родителя и ребенка		
Результат	Компетентность родителей в вопросах воспитания и психоречевого развития детей	Оптимизация личностного потенциала родителей, улучшение детско-родительских отношений	Компетентность социума и толерантность по отношению к семьям, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью и уменьшение самостигматизации у родителей

Рисунок 2. Программа сопровождения семей, имеющих детей с ВРГиН

1 блок – педагогический. Повышение психолого-педагогической и информационной компетентности семьи, воспитывающей ребенка с ВРГиН.

Цель – развитие компетентности родителей в вопросах психо-речевого развития детей с ВРГиН.

В данном блоке необходимо донести до родителей, что раннее начало коррекции нарушенного речевого развития у детей с ВРГиН имеет очень важное социальное, психологическое и педагогическое значение для нормализации речи, что предотвратит в дальнейшем трудности в обучении и выборе профессии.

Родители должны понимать и отдавать себе отчет в том, что оперативное исправление расщелины губы и неба не обеспечивает формирование нормальной речи у ребенка, а только создает полноценные анатомо-физиологические условия для воспитания правильного произношения.

Для развития речевой активности родителям необходимо организовывать игровую деятельность в зависимости от возраста ребенка. Развитие у ребенка речевой активности и речи необходимо начинать на ранних этапах онтогенеза.

В период от рождения до года логопеды и психологи предлагают:

1. Активизирование эмоциональной реакции и звукового отклика при взаимодействии с окружающими людьми, развитие слухового восприятия и визуального интереса к предметам, к людям, стимулирование положительных эмоций ребенка от контакта с окружающими людьми, необходимо постоянно вовлекать ребенка в диалог с родителями, особенно при выполнении совместной деятельности.

2. Использование традиционных погремушек, а также различные звучащие игрушки, предметы, с помощью которых получают звуковые комбинации, например, стук различных горошин в коробочке и звуки, например, стук по ксилофону, звон от щелчка по стеклу или стеклянному предмету.

3. Начиная с трехмесячного возраста необходимо ребенка обязательно вовлекать в контакт с окружающими его людьми, например, приветствовать родных и друзей, когда и ребенок, и родные и близкие искренне радуются общению.

4. Перед зеркалом с ребенком на руках строить различные гримасы, в это время показывать и называть где находятся у малыша губы, щеки, сравнивать их с губами, щеками родителя; можно так же выполнять действия: улыбнуться, высунуть язык, надуть щеки, облизать губы и т.д.

5. Поднести к маминому/папиному рту ладошку малыша и подуть на нее, ребенок должен почувствовать теплый поток воздуха. Попробовать положить ребенку на кончик языка что-нибудь сладкое/горькое, или капнуть каплю сока/лекарства, чтобы он попробовал вкус – облизал или выплюнул.

6. В возрасте шести-девяти месяцев, когда ребенок начинает издавать звуки, родителям полезно проявлять эмоциональную реакцию, «петь» вместе с малышом, повторять его звуки, при этом ребенок должен почувствовать внимание и поддержку родных, что они рады, когда ребенок издает звуки.

7. Использование дыхательных упражнений на основе разделения вдоха и выдоха с минимальным привлечением ребенка, а позднее – на основе ассоциативных действий с предметами, дышать в такт.

8. Важно развитие координационно-двигательной активности и выполнение координационных упражнений (ползание, подтягивание ребенка на пальцах родителей и т.д.)

7. Использование игровой гимнастики с тактильным и зрительным контролем, активация мышц мимики и мышц артикуляционного аппарата, рекомендовано поощрять подражательные движения губ, экспериментировать с артикуляцией ребенка.

В возрасте от года до двух лет логопеды и психологи рекомендуют:

1. Развивать слуховое и зрительное восприятие, обучать ребенка узнаванию и ассоциации звуков, определению направления звука, соотнесению собственных действий и звука.

2. Развивать умение правильно произносить согласные по месту образования звуков, и если ребенок способен, то еще и развитие правильного артикуляционного способа образования звуков, ориентируясь на символичные значения звуков и имитирующие звукоподражания с использованием тактильной и зрительной стимуляции. Добиваться идеального правильного повторения, чистого произношения звуков можно не добиваться, особенно если у ребенка имеется небо-глочная недостаточность, но необходимо стремиться к правильной артикуляции по месту образования звука и поощрять попытки ребенка.

3. Формирование направленности выдоха ртом, воспитание умения удерживать за щеками воздух, не раздувая щек, дуть, озвучивать согласные и беззвучно произносить их.

4. Поощрение употребления правильно произносимых согласных в звукоподражании и в словах.

В возрасте от двух до трех лет логопеды и психологи рекомендуют:

1. Воспитание умения различать чистую речь от назализованной, развитие зрительного и слухового восприятия, различать качества звуков, соотносить предметы и звуки, реальные и нереальные звуки, а также их источники.

2. Необходимо развить умение смыкать губы, фиксировать положение языка в ротовой полости, показывать язык, раздувать щеки. Поощряйте правильное произношение согласных, требующих достаточно высокого внутреннего ротового давления, для этого.

3. Развивать навык различения слов с верно произносимыми звуками и выделение этих звуков, отождествлять согласные в разных позициях в словах, закреплять верное произношение.

4. Стимулирование координации вдоха с началом фонации, развитие способности дифференцировать по длине и силе вдох-выдох, применение стимуляции на тактильную и зрительную опору, использование стихийно складывающихся приемов подражания, основанных на включении в игровую деятельность.

В результате данного блока родители сформируют компетентность в вопросах психо-речевого развития ребенка.

2 блок -психологический.

Это очень важный блок в программе, формируемый на основе полученных результатов исследований. Целью данного блока является формирование оптимальных детско-родительских отношений, и оптимизация личностных особенностей родителей.

Независимо от выраженности ВРГиН у ребенка в семьях были выявлены следующие психологические факторы: личностные особенности (тревожность и дистимность) и детско-родительские отношения (отвержение ребенка, симбиоз, гиперпротекция, гипопротекция, игнорирование потребностей ребенка, и фобия утраты ребенка). В связи с чем, программу можно будет проводить не зависимо от группы родителей, а также можно проводить в двух разных группах, в зависимости от структуры дефекта ВРГиН у ребенка, используя упражнения по выявленным показателям в конкретной группе.

Таким образом оптимизация личностных особенностей родителей, коррекция детско-родительских отношений является базовой основой успешной реабилитации ребенка с ВРГиН.

1. Личностная особенность – тревожность.

Задачами по оптимизации тревожности является: формирование возможности управлять своим эмоциональным состоянием и развитие адекватных форм эмоционального поведения и реагирования, снижение уровня тревожности, обучение приемам релаксации, аутогенным тренировкам, для снятия стрессового состояния.

Тематический план занятий

№	Цели занятия	Содержание занятия
1	<ul style="list-style-type: none"> Расширение информации о собственной личности родителей и об внутриличностных проблемах Знакомство с миром эмоций и их ролью в жизни человека 	Знакомство с участниками группы и беседа о роли эмоций в жизни человека; Упражнения: «Обозначь ситуацию», «Эмоциональный барометр»
2	<ul style="list-style-type: none"> Активизация самосознания, самовыражения Развитие способности выражения чувств вербально, расширение словарного запаса для выражения эмоциональных состояний 	Упражнения: «Что это за эмоция», «Рефлексия прошлого занятия», «Мозаика чувств», Релаксационное упражнение «Сад», «Заключительный круг»
3	<ul style="list-style-type: none"> Развитие способности к позитивному самовосприятию Снижение тревожности, связанной с самооценкой Формирование позитивного самоощущения 	Упражнения: «Список проблем», «Кто похвалит себя лучше всех», «Волшебный магазин», «Дополнение предложений» (Я могу...), Аутогенная тренировка «Колокол»
4	<ul style="list-style-type: none"> Развитие способности к самоанализу, самосознанию Снижение тревожности, связанной с ситуацией конфликта Развитие уверенности в себе, умения отстаивать свою точку зрения 	Упражнения: «Я в тебе уверен», «Комплименты» «Кто последний», «Обсуждение домашнего задания», «Список черт»,
5	<ul style="list-style-type: none"> Формирование адекватной самооценки путем принятия положительной обратной связи от других Снижение тревожности, связанной с межличностным общением 	Упражнения: «Я и другие», Аутогенная тренировка «Купание», «Молодец».

2. Личностная особенность – дистимность, депрессия.

Задачи по оптимизации дистимности, депрессии: Расширить знания родителей о чувствах и эмоциях, создать условия для выражения чувств, эмоциональных реакций и развитие умения принимать чувства без их оценки и

формировать адекватные мысли, исходя из реального понимания ситуаций, адаптивного поведения, приводящих к снижению депрессивных симптомов.

Тематический план занятий

№	Цели занятия	Содержание занятия
1	<ul style="list-style-type: none"> • Знакомство родителей с различными чувствами; • Способствование развитию положительных эмоций; • Развитие навыков преодоления негативных эмоциональных состояний. • Формирование собственной культуры самопознания, саморазвития и самовоспитания. 	Упражнения: «Мои эмоции» «Чувства бывают разные» «Управление эмоциями» «Я не одинок в этом мире»
2	<ul style="list-style-type: none"> • Осознание целей, ценностей, придающих человеку смысл жизни, их осознание. • Создание условий для осознания родителями ценности жизни; формирование умения находить решения жизненных проблем. • Знакомство с причинами повышенной и заниженной самооценки. • Осознание ценности понятия «внутренний мир», собственных жизненных ценностей. Развитие адаптационных способностей. 	Упражнения: «Мои ценности» «Поверь в себя» «Мир начинается с тебя» «Любой внутренний мир ценен и уникален»
3	<ul style="list-style-type: none"> • Осознание и проработка страхов. 	Упражнения: «Мои страхи»

3. Личностная особенность – гипертимность.

Задачи по оптимизации гипертимности: осознание своих личностных особенностей, «проблемных зон»; развитие волевой регуляции поведения; снижение проявлений вербальной агрессии, гнева; развитие чувства эмпатии.

Тематический план занятий

№	Цели занятия	Содержание занятия
1	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ и осознание родителем личностных «проблемных зон». • Формирование адекватной самооценки. 	Упражнения: 1. «Я идеальное, я реальное». 2. «Без ложной скромности». 3. «Лестница успеха». 4. «Свободный микрофон». 5. «Волшебный стул».
2	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение враждебности во взаимоотношениях • Развитие навыков общения 	Упражнения: 1. Беседа об эффективном общении. 2. «Три закона общения». 3. «Умение слушать». 4. «Моя проблема в общении». 5. Беседа об умении слушать. 6. «Рукопожатие».

3	<ul style="list-style-type: none"> Осознание связи мыслей, чувств и поведения. Формирование умения брать ответственность на себя 	Упражнения: 1. «Ответственность». 2. «Дрожащее желе». 3. «Значение воли в жизни». 4. «Я мыслю, я чувствую...». 5. «Цветопись»».
4	<ul style="list-style-type: none"> Развитие умения наблюдать, слушать и понимать других людей. Формирование и развитие чувства эмпатии. 	Упражнения: 1. «Пойми другого». 2. «Любящий взгляд». 3. «Отражение чувств». 4. «Эпитеты». 5. «Телефонный разговор»
5	<ul style="list-style-type: none"> Развитие волевой регуляции поведения Осознание значения воли в жизни человека. 	Упражнения: 1. «Моя мотивация» 2. «Я хочу – я буду». 3. «А почему бы нет?». 4. Рефлексия «Дерево настроения»».

4. Коррекция детско-родительских отношений.

Целью данного этапа является объединение родителей и детей, оптимизация детско-родительских отношений, создание семейной творческой работы, помощь в принятии ребенка.

Задачи: повышение понимания родителями собственного ребенка, особенностей и закономерностей его развития; создание условий для раскрытия личности родителя и ребенка, возможности выразить себя, свои чувства и эмоции; достижение способности сопереживать, понимать состояния, переживания и интересы друг друга; развитие навыков адекватного и равноправного общения, умение предотвращать и разрешать межличностные конфликты; содействие сближению ребенка и родителя в эмоциональном плане.

Тематический план занятий

№	Цели занятия	Содержание занятия
1	<ul style="list-style-type: none"> Воспитание у детей и взрослых положительного эмоционального отношения к другим детям, к самим себе. Формирование общепринятого понимания особенностей детского воспитания. 	1. Упражнение «Что в моем имени?» 2. Игра «Паутинка» 3. Игра «Папа, мама, ребенок может» 4. Игра без правил «Я думаю, что ты не любишь» 5. Упражнение «Да – Нет» 6. Рефлексия «Клубок»
2.	<ul style="list-style-type: none"> Развитие и проработка навыков самостоятельного контроля и умения слушать и слышать друг друга Развитие взаимопомощи, умения чувствовать друг друга. 	1. Упражнение «Клубок»: «Для меня важно, чтобы мои родители-ребенок ...» 2. Игра «Волчок кружится» 3. Рисунок «Герб семьи» 4. Упражнение «Сиамские близнецы»

	<ul style="list-style-type: none"> • Стимулирование родителей к совместной деятельности с ребенком. 	5. Игра «Коробка радости» 6. Рефлексия
3.	<ul style="list-style-type: none"> • Создание обстановки взаимопринятия и взаимопонимания между родителем и ребенком. • Укрепление уверенности детей и родителей, в том, что их любят • Развитие навыков и умений показывать свои чувства. 	1. Упражнение «Клубок»: «Я люблю...» 2. Игра «Веселый паровозик» 3. Упражнение «Мы тебя любим» 4. «Установление доверительных взаимоотношений» 5. Упражнение «Колокол» 6. Рефлексия
4.	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование чувства близости, принятие ребенка, развитие чувства безопасности, • Развитие способности сопереживать, понимать чувства других, доверять друг другу. • Развитие способности действовать вместе, быть командой, понимать намерения и действия другого. 	1. Упражнение «Клубок»: «Я могу...» 2. Игра «Испорченный телефон» 3. Игра «Перышко» 4. Игра без правил «Я могу доверить тебе...» 5. Игра «Ежик» 6. Рефлексия
5.	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие у ребенка чувства свободы, независимости при общении с родителем. • Приобретение навыков равноправного общения. • Формирование умения высказывать свое мнение. • Развитие взаимопомогающих отношений между родителями и детьми. 	1. Упражнение «Доброе животное» 2. Упражнение «Цветок распускается» 3. Игра без правил «Каким ты будешь через 5 лет...» 4. Общий рисунок 5. Рефлексия 6. Упражнение «Волна»

В результате данного блока программы сопровождения произойдет оптимизация личностных особенностей родителей и улучшение детско-родительских отношений.

Третий блок – социально-профилактический.

Работа в данном блоке предполагает два направления: просветительская деятельность, социальное просвещение и психообразовательная работа с родителями.

Цель: формирование психологической, педагогической компетентности и толерантности.

Задачи:

1. нивелирование стигматизацией через просветительскую деятельность;

2. нивелирование самостигматизации посредством профилактической и психообразовательной работы с семьей;

3. информирование родителей о социальных возможностях.

I. Профилактическая, просветительская работа с микро и макросоциумом (работники детских учреждений, школ, дополнительного образования, врачи, соц. работники, общество)

Родители, которые приходят со своим ребенком в больничное отделение, детский сад, доп. образовательные учреждения должны встретиться прежде всего с таким отношением со стороны общества, которое бы не поддерживало стигматизирующих тенденций семьи и которое было бы похоже на отношение к родителю, не имеющего атипичной черты внешности у своего ребенка. Такое нейтральное и уважительное отношение, проявляемое врачами, социальными работниками, педагогами, воспитателями уменьшит настороженность и данные семьи будут меньше самостигматизироваться.

Этапы профилактической работы с микро и макросоциумом:

1. Донести до общества достоверную информацию об скрытых, возможных отличия, особенностях, потребностях детей с ВРГиН, формирование общественного мнения, соответствующего позитивным социальным тенденциям.

2. Разработка наглядных информирующих материалов, с помощью которых люди без анатомической аномалии могут подробно узнать о жизни людей с ВРГиН.

3. Разработка эффективных методик психологической помощи семье с ВРГиН с привлечением специалистов.

4. Создание и проведение тренингов по толерантности к семьям, имеющих детей с ВРГиН для врачей, педагогов, социальных работников, психологов.

5. Психологическое просвещение общества, а также работа по формированию толерантного отношения к лицам с врожденной расщелиной губы и/или неба.

II. Профилактика самостигматизации семьи

Психообразовательная работа с родителями, направленная на формирование адекватного представления о ВРГиН у своего ребенка.

Психообразовательная модель помощи семьям, воспитывающих ребенка с ВРГиН	
Пассивное обучение	<ul style="list-style-type: none"> - чтение литературы на тему ВРГиН - просмотр рекомендованных фильмов, например, Дети горы и др. - Использование сайтов помощников, например, ulybki.info «улыбки наших детей» и др. - публикация брошюр, листовок с информацией о ВРГиН и видах помощи для данной категории граждан - посещение лекций, мероприятий по психообразованию, включение родственников
Активное обучение	<ul style="list-style-type: none"> - участие в группах поддержки и тренингах личностного роста и социальной коммуникации - обсуждение плана реабилитации с врачом - посещение мероприятий, посвященных детям с ВРГиН, профилактика стигматизации.

Осуществление психообразования в семье, ребенка с ВРГиН может осуществляться через различные формы деятельности. Это может быть вовлечение семьи в группы взаимопомощи, тренинговые группы, родительские клубы. Групповой тренинг позволяет родителям устанавливать новые взаимоотношения, получать поддержку от других родителей и психолога, развивает чувство уверенности к другим людям. Основной целью группового тренинга для семьи, имеющей ребенка с ВРГиН может быть предупреждение появления социальной изоляции, а также стимулирование социальной активности.

При проведении психообразовательной программы необходимо акцентировать внимание и изменить отношение родителей и близких родственников о наследственной природе заболевания, главной целью является сохранение устоявшегося образа жизни, свободного времени, деятельности и сохранения привычных взаимоотношений между каждым членом семьи. Включение родителей в активную общественную жизнь позволит им осознавать, что они ничем не отличаются от других семей, имеют такие же права, как и другие члены общества себя полноправным членом общества и улучшит их

навыки общения и поможет сформировать адекватное восприятие мира и поможет сформировать новое хобби.

III. Информирование родителей о социальных возможностях:

1. Можно оформить инвалидность на ребенка с ВРГиН. Эта инвалидность назначается медико-социальной экспертизой (МСЭ) федерального уровня. Направление в МСЭ оформляется в медицинском учреждении по месту жительства ребенка его участковым педиатром. Основанием для регистрации является нарушение одной из жизненно важных категорий жизнедеятельности, в данном случае-функции пищеварения, сосания и глотания. Детям с врожденными челюстно-лицевыми патологиями обычно дают инвалидность до тех пор, пока не произойдет устранение всех функциональных нарушений, вызванных дефектом, обычно в период до 3-7 лет. Получать пенсию по инвалидности семья может, если она зарегистрирована в органах специального обеспечения, а также может получать ежемесячную компенсационную выплату если один из родителей является неработающим трудоспособным лицом, ухаживающий за ребенком-инвалидом.

2. Помимо ежемесячных компенсационных выплат детям-инвалидам и их родителям или опекунам государство предоставляет широкий спектр социальных льгот:

1. У ребенка, имеющий статус инвалида, есть право использовать общественный транспорт бесплатно. На маршруты между городами предоставляется скидка 50% в период с 1 октября по 15 мая.

2. При поступлении в детские учебные заведения имеют приоритет. Могут обучаться в школе по индивидуальной программе. Если есть необходимость, могут посещать специализированные учебные заведения, где им будет оказана необходимая педагогическая поддержка и помощь.

3. При предъявлении рецепта на таблетки или специальные технические средства необходимые для лечения инвалидности, им предоставляются бесплатно.

В результате третьего блока сопровождения происходит снятие с семьи роли «стигматизируемых», происходит их более адаптивное отношение к негативным общественным реакциям и навязываемым общественным стереотипами «стигматизированного» поведения, что, в свою очередь, приводит к снижению влияния общества на семью с ребенком имеющего атипичную внешность.

Вывод по третьей главе

В третьей главе была разработана программа сопровождения семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью. Целью данной программы сопровождения выступило создание условий для оптимизации особенностей личности родителя и детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ВРГиН, позволяющего эффективно помочь родителям, находящимся в кризисном эмоциональном состоянии, стрессовой ситуации, вызванных рождением ребенка с ВРГиН и стигматизацией общества.

Созданная программа, состоит из 4 этапов: подготовительный этап (установление контакта с семьей), диагностический этап (диагностика личностных особенностей и детско-родительских отношений), основной этап (реализация программы сопровождения) и заключительный этап (определение эффективности программы сопровождения). В совокупности этапы образуют четырехуровневую структуру, характеризуются определенными особенностями и ролью в реализации исследуемого процесса.

Основной этап включает в себя программу сопровождения данных семей, которая состоит из 3 блоков (педагогический, психологический и социально-профилактический блоки). Каждый из блоков имеет свои цели и задачи. В результате данной программы повысится уровень социально-психологической адаптированности семьи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Расщелины верхней губы и неба являются наиболее распространенными врожденными пороками головы и шеи. По частоте занимают 2-3 место среди врожденных пороков развития человека и встречаются в 0,6-1,6 случаев на 1000 новорожденных. Диагностируется данный порок развития с 15 недели беременности, помимо очевидного косметического дефекта, в раннем возрасте он ведет к проблемам с дыханием, приемом пищи, нарушается речь. Рождение ребенка с расщелиной губы и неба становится для родителей тяжелым событием.

Настоящее исследование производилось с целью углубления знаний о недостаточно изученном, на данный момент, явлении стигматизации семей, воспитывающих ребенка с ВРГиН.

В данной работе к психологическим факторам стигматизации были отнесены: детско-родительские отношения и личностные особенности родителей. Отдельно мы рассмотрели роль общественного мнения и его влияние на психологическое состояние семьи, имеющей ребенка с ВРГиН.

В результате изучения общественного мнения по отношению к лицам с ВРГиН и их семей выявилось, что почти половина респондентов не имеют представления о том, какой это недостаток, главное, что образ такого ребенка тесно переплетается с различной степенью тяжести патологией и уродствами. В их отношении доминируют три чувства: сочувствие, жалость, настороженность. Так же респондентам был задан вопрос, относительно мыслей, возникающих по отношению к семье, воспитывающей ребенка с ВРГиН.

Как можно видеть, в общественном мнении прослеживается разделение общества на «Мы» (полноценная часть общества) и «Они» (неполноценная его часть). Подобные установки создают негативный социально-психологический фон как для семьи, так и для ребенка с ВРГиН. Стереотипы существующие в представлении людей, являются слишком обобщёнными, поэтому большинство семей и детей с ВРГиН так охарактеризовать нельзя, но сквозь призму стигматизации общество все равно не воспринимает данную категорию семей,

как «полноценную». Стигматизированные люди придерживаются все тех же установок, что и люди, которые их стигматизируют, поэтому соответствуют стереотипам и ожиданиям, то есть принимают на себя данную стигму.

Перед нами возник вопрос, зависит ли мнение и отношение родителей к ребенку с ВРГиН только лишь от общественной стигматизации или есть значимая зависимость от особенностей детско-родительских отношений и особенностей личности самих родителей.

При исследовании психологических факторов стигматизации: детско-родительских отношений и личностных особенностей родителей в семьях, имеющих детей с ВРГиН, были разделены на две группы.

Нарушения детско-родительского отношения выявлены следующие: «принятие-отвержение ребенка», «симбиоз», «гиперпротекция», «игнорирование потребностей ребенка».

Показатели личностных особенностей родителей в 1 группе проявляют предрасположенность к развитию по шкалам «тревожности» и «гипертимности». Во 2 группе выявлены ярко выраженные показатели по шкалам «тревожность», «гипертимность» и «депрессия». Это свидетельствует о том, что родители, 2 группы сильнее подвержены стигматизации общества и имеют, в связи с этим ярко выраженные личностные особенности которые обострились в травмирующей психику ситуации.

Независимо от выделенной группы, в семьях можно выделить общую тенденцию: в отношениях с ребенком родители проявляют симбиотические отношения; используют противоречивое воспитание, проявляя то гиперопеку, то гипоопеку; у них присутствует страх – потерять своего ребенка. Так же выявлены различия по шкалам: «принятие-отвержение ребенка», «игнорирование потребностей ребенка», «тревожность», «депрессивность», «гипертимность».

В двух выделенных группах обнаружены значимые корреляционные связи между психологическими факторами стигматизации семьи: личностными особенностями и детско-родительскими отношениями, что позволяет говорить

об их тесной взаимосвязи. Однако, содержательная характеристика взаимосвязей при разных группах ВРГиН имеет специфические особенности.

На стигматизацию родителей, воспитывающих детей с ВРГиН влияют их личностные особенности и детско-родительские отношения, представленность которых в различных компонентах - неодинакова.

Независимо от степени тяжести ВРГиН в структурных компонентах стигматизации семьи можно выделить такие параметры как: «отвержение ребенка», «фобия утраты ребенка» «гиперпротекция», «игнорирование потребностей ребенка», «гипопротекция», «тревожность», «дистимность»

У родителей 1 группы, содержание компонентов стигматизации так же определяет личностная особенность: гипертимность.

У родителей 2 группы, содержание компонентов стигматизации определяет личностная особенность: депрессия.

На основе результатов проведенного исследования была разработана программа сопровождения, направленная на работу с семьями, воспитывающих ребенка с ВРГиН.

Цель данной программы сопровождения состоит в создании условий для оптимизации личностного потенциала родителя и детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ВРГиН, позволяющего эффективно помочь родителям, находящимся в кризисном эмоциональном состоянии, стрессовой ситуации, вызванных рождением ребенка с ВРГиН и стигматизацией общества.

Были поставлены следующие задачи: повышение психолого-педагогической и информационной помощи семье, воспитывающей ребенка с ВРГиН; помощь в оптимизации личностных особенностей, связанных с появлением ребенка с ВРГиН; установление правильных детско-родительских отношений; помощь в адекватной оценке возможностей ребенка (как физических, так и психологических); способствование расширению контактов семьи с социумом, обеспечить возможность общения родителей, имеющих детей

со схожими проблемами; повышение психологической и педагогической компетентности врачей, педагогов и социальных работников.

Таким образом цель исследования выполнена, были выявлены психологические факторы стигматизации семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью и предложена программа психологического сопровождения данных семей.

Выдвинутая нами гипотеза о том, что рождение ребенка с атипичной внешностью выступает для семьи как стрессогенный фактор, а общественные «мифы» играют роль в формировании стигматизации, детерминированной следующими психологическими факторами: личностными особенностями, такими как тревожность и дистимность, а также нарушенными детско-родительскими отношениями подтвердилась.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Kernahan D.A., Stark R.B. *Plast. And Rec. Surg.* - 1958. - 22. - 435 p.
2. Neumann H.J. Development of lip, jaw, palatal and uvular clefts. / *Zahntechnik (Berl)*. 1990. –23(6) – P. 271–274.
3. Speltz M. L., Richman L. Editorial: Progress and Limitations in the Psychological Study of Craniofacial Anomalies / *J. of Pediatric Psychology*. 1997. Vol. 22, Nr.4.
4. Агавелян, О.К. Общение детей с нарушениями умственного развития: автореферат дис. доктора психологических наук: 19.00.10. / О.К. Агавелян. – М., 1989.
5. Асмолов, А.Г. Личность как предмет психологического исследования/ А.Г. Асмолов. – М.: Изд-во МГУ. – 1984.
6. Беляков, Ю.А. Стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов/ Ю.А. Беляков – М.: Медицина, 1993.
7. Блохина, С.И. Медико-социальная реабилитация больных с врожденными расщелинами лица и нёба в условиях специализированного центра: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.00.21. / С.И. Блохина. – Москва, 1992.
8. Блохина, С.И. Детские реабилитационные центры нового типа в России сегодня и завтра / очерки медико-социальной реабилитации семей, имеющих детей с проблемами здоровья/ С.И. Блохина, В.П. Козлова. Екатеринбург: НПО «Бонум», 1995.
9. Булатовская, Б.Я. Опыт комплексного лечения детей и подростков с врожденными расщелинами лица и неба в условиях централизованной диспансеризации: Аврореф. дисс. докт.мед.наук. / Б.Я. Булатовская. – Пермь, 1974.
10. Бурмистрова, Е.В. Семья с «Особым ребенком»: психологическая и социальная помощь/ Е.В. Бурмистрова. // *Вестник практической психологии образования*, 2008. – №4. С.32-37.

11. Васильева, Е.Е. Ринолалия. Учебное пособие / Е.Е. Васильева. – М. 2007.
12. Василюк, Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. – М.: Издательство Московского университета, 1994.
13. Гончаков, Г.В. Комплексная реабилитация детей с врождёнными расщелинами губы и нёба в НПЦ медицинской помощи детям. /Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения // Г.В. Гончаков. – М.: МГМСУ, 2006.
14. Гуцан, А.Э. Тенденция частоты, география и сезонность расщелин губы и неба в МССР / А.Э. Гуцан. – Здравоохранение Кишинёва. –1977. №1. – С. 33-34.
15. Давыдов, Б.Н. Состояние полости рта и комплексное лечение больных с расщелинами лица / Б.Н. Давыдов, О.А. Гаврилова, Максимова В.В., А.В. Зернов. Тверь. Детская стоматология. 2000. № 3-4. С. 53-56.
16. Дубровина, Н.А. Психолого-педагогическое сопровождение семей, на этапе подготовки к школе детей с двигательными нарушениями / Н.А. Дубровина. – автореферат дис. Екатеринбург, 2019.
17. Егорова, Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: Учеб.пособие / Т.В.Егорова. – Балашов: Николаев, 2002.
18. Захаров, А.И. Неврозы у детей и психотерапия / А.И. Захаров. – СПб. 1998.
19. Зерницкий, О.Б. Исследование взаимосвязи родительского отношения с психоэмоциональными состояниями детей с тяжёлыми соматическими заболеваниями: автореферат дис. кандидата психологических наук: 19.00.07 / О.Б. Зерницкий. – Моск. психол.-соц. ин-т. – М. 2005.
20. Инклюзивное образование. Выпуск 1. Москва. Центр «Школьная книга». Сост. Алехина С.В., Семаго Н.Я., Фаина А.К. Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010

21. Ипполитова, А.Г. Открытая ринолалия: Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / А.Г. Ипполитова, Усанова О.Н. – М.: Просвещение, 1983.
22. Коллектив авторов. Хрестоматия. Психология семьи и больной ребенок – СПб. Речь, 2007.
23. Корсак, А.К., Врожденные пороки развития челюстнолицевой области у детей / А.К. Корсак, Т.Н. Терехова, А.Н. Кушнер – Минск, 2005.
24. Кошелева, Е.П. Социально-психологическая помощь детям из неблагополучных семей / Е.П. Кошелева. – М: МГПИ, 2013.
25. Кудайбергенова, С.К. Исследование родительского отношения к детям с ограничениями в развитии (патология психического развития) / С.К. Кудайбергенова. – Вестн. Том. гос. ун-та. 2007.
26. Кухарчук, О.В. Психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья / О.В. Кухарчук, К.В. Игнатъева. – Прага. 2016.
27. Майрамян, Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок. Дисс. канд.мед.наук. [Текст] / Р.Ф. Майрамян. – М. 1976.
28. Маллер, А.Р. Новое в оказании помощи детям-инвалидам / А.Р. Маллер. – Дефектология № 1, 1998.
29. Маллер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями, книга для родителей / А.Р. Маллер. – М: Педагогика-пресс. 1996
30. Мамедов, А.А Врожденная расщелина неба и пути ее устранения / А.А. Мамедов. – Екатеринбург, 1998.
31. Марковская, И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. Цели, задачи и основные принципы / И.М. Марковская. – СПб, «Речь», 2005.
32. Мессина, В. М. Врожденные расщелины неба (этиология, клиника, лечение) Автореф. докт. дис. / В.М. Мессина. – М., 1975.
33. Набойченко, Е.С. Исследование физического и психического развития детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / Е.С. Набойченко

// Известия Уральского государственного университета. Сер. 1, Проблемы образования, науки и культуры. – Екатеринбург, 2009.

34. Набойченко, Е. С. Влияние общественного мнения на стигматизацию ребенка с атипичной внешностью / Е.С. Набойченко // Специальное образование. – Екатеринбург, 2018.

35. Набойченко, Е.С. Психологическое сопровождение развития детей и подростков с атипичными особенностями внешности: дис. доктора псих. наук / Е.С. Набойченко. – Екатеринбург, 2009.

36. Набойченко, Е.С. Создание формирующего пространства как условие развития социальной компетентности детей с врожденной челюстно-лицевой патологией /Е.С. Набойченко// Известия Уральского гос. университета. Серия 1. Проблемы образования науки и культуры. –Екатеринбург, 2004.

37. Назаренко, Е.В. / Врожденные пороки развития на примере расщелин губы и неба, 2006.

38. Обухова, Н.В. Формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба как педагогическое условие предупреждения недоразвития речи / Н.В. Обухова. – Екатеринбург, 2015.

39. Овчарова, Р. В. Психология родительства / Р.В. Овчарова, С.И. Ожегов. – Учебное пособие. М.: «Академия», 2005.

40. Осипова, А.А. Общая психокоррекция / А.А. Осипова. – Учебное пособие. М.: Сфера, 2002.

41. Смирнова, Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями / Е.Р. Смирнова. – Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы № 2, 1997.

42. Спиваковская, А.С. Клиническая психология / А.С. Спиваковская Е.Ю. Балашова, А.Ш. Тхостов. – М.: Акрополь, 2006.

43. Спиваковская, А.С. Профилактика детских неврозов / А.С. Спиваковская. – М., 1988.

44. Ткачева, В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование / В.В. Ткачева, И.Ю. Левченко. – М.: Издательство «Книголюб», 2008.
45. Ткачева, В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие / В.В. Ткачева. – М.: АСТ; Астрель, 2007.
46. Учебное пособие для студентов Медицинского института / Под ред. Н.А. Авдеева, Е.А. Шамрова. – Саранск Референт, 2014.
47. Фролова, Л.Е. Классификация расщелин верхней губы и неба. Актуальные проблемы стоматологии детского возраста / Л.Е. Фролова. – М., 1982.
48. Шебанец, Е.Ю. Ребенок-инвалид как отягчающий фактор положения женщины-матери в семье: психолого-педагогический аспект / Е.Ю. Шебанец, Ф.Р. Хатит // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология, 2015.
49. Шмидт, В.Р. Психологическая помощь родителям и детям: тренинговые программы / В.Р.Шмидт. – М.: Творческий Центр «Сфера», 2007.
50. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб, 2002.
51. Эриксон, Э. Трагедия личности / Э. Эриксон. – М.: Эксмо, Алгоритм 2008.

Анкета пилотажного исследования

Посмотрите на фото, на котором изображен ребенок с врожденной расщелиной губы и неба (ВГРиН) и заполните анкету



Ваш пол?

- Мужской
- Женский

Ваш возраст?

- 16-20 лет
- 21-25 лет
- 26-40 лет
- 41-60 лет

Какое у вас образование?

- Высшее
- Неоконченное высшее
- Средне-специальное
- Среднее

- Неоконченное среднее

Род вашей деятельности?

- Учусь в школе
- Работаю
- Студент
- Безработный
- Самозанятость

Смотря на фото, вы считаете, что это...?

- Человек с ограниченными возможностями
- Несчастный человек
- Человек, которому требуется помощь

• Обычный человек, такой же, как я

Встречали ли вы в своей жизни людей с ВРГиН?

- Да
- Нет
- Не помню

Как думаете сколько таких людей в нашем городе? (Екатеринбург)

- Несколько сотен
- Несколько тысяч
- Несколько сотен тысяч
- Не задумывался
- Свой вариант _____

Ваше отношение к людям с ВРГиН?

- Жалость, сочувствие
- Неприязнь
- Безразличие
- Доброжелательно
- Свой вариант _____

Как вы считаете – как относятся люди с ВРГиН к «здоровым» людям?

- С неприязнью, обидой
- Безразлично
- Доброжелательно
- Насторожено
- Свой вариант _____

Как бы вы отнеслись, если бы с вами работал/учился человек с ВРГиН?

- Вполне нормально. Постараюсь с ним подружиться
- Настороженно, надо будет присмотреться
- Отрицательно
- Свой вариант

Ваши мысли, если бы вы встретили на улице молодую маму с ребенком, имеющим расщелину губы и/или неба?

Таблица 1. Сравнительные показатели детско-родительских отношений и личностных особенностей родителей

Критерий Φ^* -угловое преобразование Фишера (Таблица данных1) По перем. группа Отмеченные критерии значимы на уровне $p < ,05000$			
	$\Phi^*_{эмп}$	$\Phi^*_{критич}$	p-уров.
принятие-отвержение ребенка	2,65	2,31	$p < ,05$
Симбиоз	1,846	2,31	$p < ,05$
Гиперпротекция	1,652	2,31	$p < ,05$
Гипопротекция	0,975	2,31	$p < ,05$
игнорирование потребностей ребенка	5,370	2,31	$p < ,05$
фобия утраты ребенка	2,212	2,31	$p < ,05$
Депрессия	5,137	2,31	$p < ,05$
Тревожность	9,252	2,31	$p < ,05$
гипертимность	3,982	2,31	$p < ,05$

Таблица 2. Коэффициенты корреляционного анализа по 1 группе родителей (по методу Spearman, $n=140$)

Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных1) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
	депрессия	тревожность	гипертимность
принятие-отвержение	0,051	0,008434	-0,030298
симбиоз	0,148	0,232	-0,039
гиперпротекция	0,070	0,212	0,098
гипопротекция	0,044	-0,077	-0,116
игнорирование	0,210	0,210	0,021
фобия утраты	0,075	0,208	0,161

1. $r_{крит} = 0,166$ при $p \leq 0,05$; $r_{крит} = 0,217$ при $p \leq 0,01$;
2. Жирным курсивом выделены коэффициенты корреляции при $p \leq 0,05$

Таблица 3 – коэффициенты корреляционного анализа по 2 группе родителей (по методу Spearman, n=100)

Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных1) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
	депрессия	тревожность	гипертимность
принятие-отвержение	-0,215	-0,172	0,012
симбиоз	-0,018	0,046	-0,049
гиперпротекция	0,165	0,128	-0,114
гипопротекция	0,111	0,083	0,209
игнорирование	0,294	0,227	0,394
фобия утраты	0,182	0,249	-0,116

1. $r_{крит}=0,197$ при $p \leq 0,05$; $r_{крит}=0,256$ при $p \leq 0,01$;

2. Жирным курсивом выделены коэффициенты корреляции при $p \leq 0,05$.

Таблица 4. Факторный анализ 1 группы родителей

Фактор.нагрузки (Варимакс нормализ.) (Таблица данных) Выделение: Главные компоненты (Отмечены нагрузки $>,400000$)			
	Фактор - 1	Фактор - 2	Фактор - 3
принятие-отвержение ребенка	-0,117	-0,125	-0,864
Симбиоз	0,155	0,526	0,161
гиперпротекция	0,651	0,317	0,058
гипопротекция	-0,302	-0,209	0,586
игнорирование потребностей ребенка	0,593	0,106	0,117
фобия утраты ребенка	0,684	0,082190	-0,076
депрессия	0,055	0,001581	-0,024
тревожность	0,142	0,800	-0,024
гипертимность	0,596	-0,497	-0,001
Общ.дис.	27,554	18,509	11,956

Таблица 5. Факторный анализ 2 группы родителей

Фактор.нагрузки (Варимакс нормализ.) (Таблица данных) Выделение: Главные компоненты (Отмечены нагрузки >,400000)			
	Фактор - 1	Фактор - 2	Фактор - 3
принятие-отвержение	0,150	0,245	-0,817
симбиоз	-0,033	0,623	0,209
гиперпротекция	-0,020	0,765	-0,075
гипопротекция	0,595	-0,479	0,004
игнорирование	0,662	-0,214	0,026
фобия утраты	0,283	0,527	-0,177
ложь	-0,212	-0,095	0,607
депрессия	0,653	0,265	-0,243
тревожность	0,620	0,219	0,459
гипертимность	-0,775	-0,228	0,106
Дисперсия	21,4	17,69	14,012

Выпускная квалификационная работа выполнена мной самостоятельно.
Использованные в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Отпечатано в _____ экземплярах.

Библиография _____ наименований.

Один экземпляр сдан на кафедру.

« _____ » _____ 2021 г.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)