

К. Б. Вовненко К. В. Vovnenko
Россия, Москва Russia, Moscow

**ПРОФИЛАКТИКА ОТКЛОНЕНИЙ
В РАЗВИТИИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
(НА ПРИМЕРЕ САХАРНОГО
ДИАБЕТА I ТИПА)**

**PROPHYLAXIS OF DEVIATIONS IN
PERSONALITY DEVELOPMENT OF
JUNIOR SCHOOL-AGE
CHILDREN WITH HEALTH
PROBLEMS (ON THE EXAMPLE OF
DIABETES OF THE I TYPE)**

Аннотация. Описаны цели, задачи, направления и формы организации психопрофилактической работы с детьми младшего школьного возраста с сахарным диабетом I типа, их семьей и социальным окружением (школа, медицинский персонал). Для эффективной работы по формированию адекватного отношения к болезни и предупреждению социально-психологической дезадаптации предложен дифференцированный подход в психопрофилактике в зависимости от типа отношения ребенка к своему заболеванию.

Ключевые слова: психопрофилактическая работа, отношение к болезни, социально-психологическая адаптация

Сведения об авторе: Вовненко Ксения Борисовна, кандидат психологических наук.

Место работы: старший преподаватель кафедры психолого-педагогических основ специального образования, Институт специального образования и комплексной реабилитации, ГБОУ ВПО г. Москвы «Московский городской педагогический университет».

Контактная информация: e-mail: vkb2003@mail.ru

Социальная ситуация развития, осложненная хроническим соматическим заболеванием, напри-

Abstract. Goals, tasks, directions and forms of psycho-prophylactic work with children of junior school age with diabetes of the I type are described, as well as work with their family and social surrounding (school, doctors). Differentiated approach is suggested for effective work on development of adequate attitude to the disease and prevention of social and psychological disadaptation.

Key words: psycho-prophylactic work, attitude to disease, social psychological adaptation.

About the author: Vovnenko Ksenia Borisovna, Candidate of Psychology.

Place of employment: Senior Lecturer of the Chair of Psychological and Pedagogical Foundations of Special Education, Institute of Special Education and Complex Rehabilitation, Moscow City Pedagogical University, Moscow.

мер, таким как сахарный диабет I типа, обуславливает риск нарушения социально-психологической

адаптации ребенка. В процессе взросления в условиях хронической болезни у детей складывается определенное отношение к своему заболеванию, формируются особенности эмоционально-личностной сферы и поведения. Своеобразие и выраженность данных особенностей зависят от типа отношения к болезни. Без профилактики и своевременной специальной помощи неадекватное отношение к болезни приводит к нарушениям социально-психологической адаптации [2]. У одних детей это проявляется в игнорировании требований, выполнение которых позволяет сохранять удовлетворительное соматическое состояние при активной полноценной жизни. У других детей может развиваться сверхконтроль своего состояния с тревожно-фобическим отношением к заболеванию.

Профилактика отклонений в развитии личности детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) должна проводиться в нескольких направлениях: работа с семьей, с ребенком, с учителями, с медицинским персоналом.

Психопрофилактическая работа с семьей ребенка с ОВЗ является важнейшим направлением, поскольку развитие детей с сахарным диабетом 1 типа (СД), их социально-психологическая адаптация во многом определяется типом родительского отношения к болезни ребенка, степенью включенности заболевания в социальную ситуацию развития и стилем семейного воспитания. Переживания роди-

телей чаще вызывают у детей с ОВЗ сходные чувства и реакции, которые во многом определяют тип отношения к болезни. У любого ребенка с отклонениями в развитии имеются нарушения во взаимодействии с родителями [1; 3; 5].

Целями психопрофилактической работы с семьей ребенка с ОВЗ являются:

- профилактика неадекватной реакции родителей на постановку ребенку диагноза;

- предупреждение неконструктивных действий при начале лечения (отказ, поиск альтернативного лечения и т.д.);

- формирование у родителей адекватного отношения к заболеванию ребенка и его проблемам, связанным с переживанием болезни;

- снижение эмоционального дискомфорта у родителей в связи с болезнью ребенка;

- снижение тревоги и предупреждение развития чувства вины из-за развития у ребенка СД;

- контроль собственного эмоционального состояния;

- установление адекватных детско-родительских отношений и стилей семейного воспитания;

- укрепление уверенности родителей в возможностях ребенка.

Нормализация семейных взаимоотношений и преодоление актуальных психотравмирующих проблем (реакция на болезнь ребенка, госпитализацию, изменение образа жизни в связи с СД и др.) способствует успешной социально-психологической адаптации ребенка с ОВЗ через гармоничное эмоционально-лич-

ностное развитие и формирование адекватного отношения к болезни.

Достижение этих целей в рамках психопрофилактической работы с родителями возможно в индивидуальных и групповых беседах с психологом, а также при вступлении родителей детей с ОВЗ в ассоциации, общественные организации, клубы занимающиеся проблемами детей с ОВЗ и их родителей. В этих организациях оказывается взаимная поддержка, происходит обмен информацией, проходят познавательные, развлекательные, творческие мероприятия для детей с ОВЗ и их родителей. В одной из таких организаций нами были проведены групповые занятия с родителями на темы: «Сахарный диабет и наша семья», «Наши эмоции и страхи наших детей», «Идем в школу», «Младший школьник. Особенности возраста», «Активный образ жизни с СД», «Готовимся к переходному возрасту» и др.

Во время индивидуальных консультаций, проводимых в детском отделении Эндокринологического научного центра, в Московской диабетической ассоциации за психологической помощью обращались родители и дети с широким спектром проблем, которые условно можно разделить на три группы.

К первой группе относятся вопросы, связанные в большей степени с состоянием родителей: реакция на постановку диагноза ребенку, обвинение себя в развитии у ребенка СД и как следствие чувство вины перед ребенком или/и супругом (ой); растерянность, подав-

ленность, отчаяние; страх за здоровье, жизнь и будущее ребенка; трудности в объяснении необходимости режима, диеты, инъекций и других лечебных мероприятий, беспомощность в ситуации «воровства» сладостей.

Ко второй группе относятся вопросы, связанные с пребыванием ребенка с СД в школе: непонимание учителями проблем ребенка, объективно связанных со здоровьем, преодоление межличностных проблем в классе, чувство неуверенности ребенка с СД среди сверстников. К этой же группе вопросов можно отнести проблему получения выгоды от собственной болезни – пропуски школы из-за «плохого» самочувствия.

К третьей группе относятся вопросы, связанные с развитием ребенка: возрастные кризисы, недостаточное понимание родителями изменений, связанных с взрослением ребенка, особенности протекания СД во время подросткового возраста, отношения детей с родителями, со сверстниками своего и противоположного пола, сложности профориентации и др.

Как было сказано выше, разделение этих проблем на группы условно, и на практике, как правило, они не встречаются изолированно. Многие из проблем обусловлены неправильным типом семейного воспитания.

Вторым направлением психопрофилактической работы, равноценным по значимости и неотделимым от первого, является *непосредственное воздействие на личность*

ребенка: формирование адекватного отношения к болезни и коррекция отклонений в развитии эмоционально-личностной сферы и поведения.

Основная цель психологической помощи детям с проблемами в развитии – это гармонизация их личностного и интеллектуального потенциала, исправление имеющихся нарушений в психическом развитии, профилактика возможных отклонений в развитии, обусловленных как внутренней спецификой психического дисонтогенеза, так и внешней [6].

Эмоциональные проблемы, выявленные у всех детей младшего школьного возраста с СД, нарушают произвольную регуляцию действий – постановку цели, планирование, оценку и самоконтроль. Решение эмоциональных проблем будет способствовать преодолению нарушений поведения и формированию навыков саморегуляции у детей с СД.

Целью психопрофилактической работы с детьми младшего школьного возраста с сахарным диабетом I типа является предупреждение отклонений в развитии эмоционально-личностной сферы и создание условий для формирования адекватного отношения к болезни.

Задачами психопрофилактической работы с детьми с ОВЗ являются:

- предупреждение невротических и психосоматических реакций и непродуктивной психологической защиты личности ребенка при постановке диагноза и начале лечения;

- преодоление / предупреждение развития чувства собственной

неполноценности, тревоги и страха перед настоящим и будущим;

- профилактика неадаптивного поведения;

- формирование саморегуляции;

- профилактика неадекватной самооценки;

- развитие самостоятельности ребенка;

- формирование адекватных межличностных отношений.

Отдельной проблемой являются страхи ребенка перед инъекциями и контролем гликемии (измерение глюкозы в крови), чаще всего связанные с первым отрицательным опытом, неправильными действиями медперсонала, боязнью невротических реакций самих родителей, транслирующих это состояние ребенку. Страх гипо- и гипергликемии (низкого и высокого уровня глюкозы в крови) также требует срочных действий по его преодолению, поскольку постоянная сосредоточенность ребенка на собственном состоянии мешает полноценной активной жизни и негативно сказывается на его психофизическом и социальном развитии.

Состояния «усталости» от заботливости, потеря веры в будущее встречаются как в подростковом и юношеском, так и в следующих возрастных периодах. Как правило, эти состояния имеют преходящий характер, однако без своевременного оказания психологической помощи усиливается угнетенность, нарушается деятельность, в том числе, связанная с самоконтролем проявлений СД.

Одной из форм работ по социально-психологической адаптации

детей с СД является организация спортивно-оздоровительных лагерей. Программы таких лагерей направлены на формирование и совершенствование навыков самоконтроля в разных условиях. Участие в таких лагерях способствует развитию ответственности и повышает у детей уверенность в себе, а у родителей – веры в то, что ребенок самостоятельно может вполне успешно следить за своим здоровьем. Это способствует перестройке отношений: родители от ведущей, определяющей роли в контроле СД, переходят к роли «советников», «наблюдателей», выстраивая партнерские отношения с детьми. Важно, чтобы это произошло до начала кризиса подросткового возраста, иначе полем обретения независимости, экспериментов и даже способом давления на родителей может стать СД, отказ от медицинского контроля, пропуск инъекций и т.д.

Конкретные формы работы с детьми зависят от их отношения к болезни. Нами были выделены три типа отношения к заболеванию: недооценка его тяжести, переоценка и фиксация на заболевании, адекватное отношение [2].

Главным направлением *психопрофилактической работы с детьми младшего школьного возраста с ОВЗ с недооценкой тяжести заболевания* является коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции. Развитие и совершенствование саморегуляции и самоконтроля имеют огромное значение для дости-

жения компенсации СД. Частый контроль глюкозы крови, адекватная инсулинотерапия, соблюдение режима питания, физических нагрузок – все это включается в понятие «самоконтроль» – контроль собственного состояния, самочувствия, здоровья. Осуществление самоконтроля и достижение компенсации возможно при соответствующей мотивации, высоком уровне ответственности, самодисциплины, осознании своей болезни, включенности в ее лечение. Без самоконтроля невозможно полноценное развертывание деятельности по сохранению здоровья при СД.

Для формирования адекватного отношения к болезни детям с недооценкой тяжести заболевания необходимо осознать СД как часть их жизни. Этому способствует усвоение доступной по возрасту и уровню развития информации, создание установки на сотрудничество с врачом и участия в лечении. Важно ослабить сверхактуализацию будущего, поскольку это мешает детям выполнять все необходимые действия по сохранению здоровья в настоящее время.

Всем детям независимо от типа отношения к болезни и их родителям необходимо регулярно проходить «Школу диабета», но для детей с недооценкой тяжести болезни это является одним из важнейших условий преодоления неадекватного отношения к СД.

Обучение самоконтролю должно происходить как на специальных семинарах для детей и родителей – «Школе диабета», так и дома,

при выполнении режимных моментов. Чем успешнее ребенок с диабетом овладеет навыками самоконтроля и саморегуляции, тем продуктивнее и увереннее он осуществляет контроль своего состояния здоровья без ущерба для учебы, общения со сверстниками, активных игр и т.д. Посещение занятий в «Школе диабета» повышает адаптационные возможности личности, формирует продуктивные установки для решения проблем, возникающих у детей с недооценкой тяжести собственного заболевания и их родителей.

С детьми этой группы необходимо проводить работу по преодолению эмоциональных и поведенческих проблем, которые в основном проявляются в рамках межличностных отношений. Пациенты отличаются повышенной возбудимостью, агрессивностью, импульсивностью в процессе общения, особенно со сверстниками. Негативные эмоциональные реакции этих детей могут возникнуть по любому незначительному поводу. Психологическая помощь при эмоциональных и поведенческих нарушениях связана с психологическим воздействием, направленным на смягчение эмоционального дискомфорта, повышение активности и самостоятельности, устранение негативных личностных реакций.

Психопрофилактическая работа с детьми младшего школьного возраста с ОВЗ с фиксацией на болезни основывается на формировании адекватного отношения к болезни. Детям с фиксацией на за-

болевании необходимо осознать СД в качестве фактора, который воздействует, но не определяет жизненный путь. В ходе индивидуальной и групповой работы совместно с родителями и отдельно с детьми возможна коррекция ложных представлений о болезни, преодоление специфических страхов, свойственных детям этой группы. С этими детьми необходима работа по расширению сферы интересов и развитию навыков общения.

Поскольку дети с фиксацией на болезни имеют тревожно-фобическое отношение к собственному заболеванию и воспринимают СД как препятствие к реализации собственных потребностей, у них вероятность формирования низкой самооценки выше, чем у остальных детей с диабетом. Формирование заниженной самооценки, чувства некомпетентности может происходить при чрезмерной требовательности окружающих к ребенку по вопросам, связанным с СД, из-за того, что по тем или иным причинам ребенок еще не в состоянии разобраться в собственном заболевании и допускает ошибки в самоконтроле. Также формированию неадекватной самооценки и усилению тревожности способствует позиция родителей, которые склонны опекать и ограничивать ребенка, подчеркивать его «особенность».

Для детей с фиксацией на болезни диабет является хронической психической травмой, воздействие которой приводит к внутриличностному конфликту, усилению которого могут способствовать неадекват-

ные родительские установки и дисгармоничный стиль семейного воспитания. Конфликт занимает центральное место в жизни ребенка, оказывается для него неразрешимым и создает эмоциональное напряжение. Эта ситуация обостряет противоречия, повышает неустойчивость и возбудимость, углубляет и болезненно фиксирующие переживания. Разрешение этого конфликта является одной из важнейших задач психопрофилактического воздействия, поскольку преувеличение переживаний в связи с болезнью мешает активному осознанному управлению диабетом и затрудняет социально-психологическую адаптацию. Выбор методов и тактики психокоррекционной работы зависит от индивидуальных особенностей эмоционально-личностной сферы и возраста ребенка с ОВЗ.

Психопрофилактическая работа с детьми младшего школьного возраста с ОВЗ с адекватным отношением к болезни. Несмотря на то что дети с адекватным отношением к болезни имеют значительно меньше проблем в развитии эмоционально-личностной сферы, чем дети с другими типами отношения к СД, у них выявляется повышенный уровень тревожности, страхи осложнений и опасения, связанные с возможной инвалидизацией в будущем. У большинства из них СД компенсирован или субкомпенсирован, что объясняется именно адекватным отношением к заболеванию. В психопрофилактической работе с этими детьми важно акцентировать внимание на ус-

пешности, подчеркивая, что они знают, как управлять СД и что им это удастся, а значит, и в будущем диабет им ничем не помешает. Работа по преодолению специфических страхов, связанных с СД, например, осложнений, возможна в «Школе диабета» через объяснение причин их развития. При этом необходимо подчеркивать, что наличие СД не является обязательным условием для развития осложнений. Для повышения уверенности детей этой группы в себе и своем будущем их можно привлекать к активному участию и проведению занятий в «Школе диабета», поездкам в специализированные спортивно-оздоровительные лагеря.

Следующее направление психопрофилактической работы психолога – *работа с представителями образовательных учреждений* – в первую очередь связано с расширением знаний о психофизическом и эмоционально-личностном развитии детей с ОВЗ и учетом этих особенностей в их обучении и воспитании.

Повышение психологической культуры педагогов может осуществляться путем проведения индивидуальных и групповых консультаций, участием психолога в педсоветах, методических объединениях и т.д. [4].

Учителю необходимо знать, что резкие нарушения внимания, темпа мыслительной деятельности, эмоционального состояния и поведения от агрессивности, неадекватных реакций до апатии и астении, быстрые смены эмоциональных состояний у ребенка с СД могут быть связаны с

колебаниями гликемии – уровня глюкозы крови. Такие состояния, особенно гипогликемия (резкое снижение уровня глюкозы в крови), имеют преходящий характер и при адекватном самоконтроле бывают нечасто и протекают относительно легко. Эти состояния как несущие угрозу здоровью и жизни должны быть купированы самим ребенком или, в тяжелых случаях, медицинской сестрой школы, врачом скорой помощи.

Однако потенциальная возможность развития гипо- или гипергликемии не должна быть оправданием снижения требований к ребенку с СД в учебе, предъявляемых ко всем детям в классе. Подобная реакция учителей закрепляется в сознании ребенка и провоцирует спекуляции на собственном здоровье. Формируются негативные черты личности, такие как иждивенчество, безответственность, нетребовательность к себе и своим поступкам, повышенные ожидания и требования к другим людям и т.д. Получение выгоды из собственного заболевания становится устойчивым и привычным способом существования человека с СД в дальнейшем и в своей основе имеет неадекватное отношение ближайшего социального окружения ребенка к его болезни. Поэтому отклонение от требований дисциплины в классе для ребенка с СД может заключаться лишь в некоторой свободе выбора времени приема пищи, особенно экстренного – при развитии гипогликемии; измерении гликемии и введении инсулина тогда, когда это необхо-

димо ребенку независимо от ситуации (урок, перемена, внеклассное мероприятие и т.д.); выборе физической нагрузки, исходя из актуального самочувствия. В случае, когда отношение учителей связано со снижением требований в учебном процессе, созданием «оберегающей» обстановки, оправданием лени, безответственности и т.д. соматическим состоянием ученика с СД, велика вероятность негативной реакции остальных детей в классе по отношению к ребенку с СД. Это ухудшит его положение среди сверстников, приведет к нарушению межличностных отношений и изменению статуса в группе, повысит риск агрессивного поведения одноклассников по отношению к ребенку с СД вплоть до физической агрессии.

Основной и наиболее трудной задачей для учителя, имеющего в своем классе ученика с СД, является поиск баланса между созданием психологически комфортной обстановки для ребенка и отношением, не выделяющим его из коллектива сверстников на основании того, что у него тяжелое хроническое соматическое заболевание.

Не менее важным направлением деятельности психолога является *работа с медицинским персоналом*, связанная с повышением психологической компетентности по таким вопросам, как возрастные психологические особенности детей с ОВЗ; взаимосвязь соматического и психического; особенности эмоционально-личностного развития ребенка с ОВЗ; типы отношения к болезни у

детей и их учет во взаимодействии врача с ребенком и его семьей; роль лечащего врача в формировании адекватного отношения к болезни у ребенка и его родителей; влияние медицинского персонала на адаптацию ребенка к больнице и принятию своей болезни и т.д.

Проведение психопрофилактической работы по предложенным выше направлениям, а при необходимости – организация своевременной психокоррекционной работы именно в младшем школьном возрасте – будут способствовать нормальному личностному развитию ребенка с ограниченными возможностями здоровья, и проблемы, связанные с диабетом, не усложнят пубертатный период, непростой и для здоровых детей.

Литература

1. Богданова Т. Г., Мазурова Н. В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников / Т. Г. Богданова, Н. В. Мазурова // Дефектология. – 1998. – №3.
2. Вовненко К. Б. Исследование внутренней картины болезни детей младшего школьного возраста, больных сахарным диабетом I типа / К. Б. Вовненко // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2008. – №12 (88).
3. Дубровина И. В. Школьная психологическая служба. М., 1991.
4. Дубровина И. В. Практическая психология образования / И. В. Дубровина. – СПб., 2009.
5. Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – М., 2008.
6. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб., 2001.