

7. Мерлин В.С. Формирование индивидуального стиля деятельности в процессе обучения [Текст] / В.С. Мерлин, Е.А. Климов // Советская педагогика. – 1967. – № 4. – С. 110–118.

8. Муздыбаев К. Психология ответственности [Текст] / К. Муздыбаев. – М., 1980. – 240 с.

9. Психологические особенности поведения работников милиции в конфликтных ситуациях [Текст] // [ Г.Г.Романович ] // Научно-практическое пособие. – Мн., 1988. – 66 с.

10. Столбовий В.П. Професійний ризик в оперативно-розшуковій діяльності [ Текст ] / В.П. Столбовий, І.В. Сервецький // Бюллетень з обміну досвідом роботи МВС України. – 2000. – № 126. – С.46–48 (Фаховий, таємний (інв. № 9 – 369)).

11. Столяренко А.М. Прикладная юридическая психология [ Текст ] // А.М.Столяренко. – М., 2000. – 365 с.

### **ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ В СИТУАЦИИ ПОСТАНОВКИ РЕБЕНКУ ДИАГНОЗА ДЦП**

**УДК: 159.922.761:316.614.5**

*Душка А.Л.,*

*Мартынюк Ю.А.*

*В статье рассматриваются проблемы семей, оказавшихся перед фактом диагноза у ребенка - детский церебральный паралич. Раскрываются кризисные этапы семьи ребенка с ДЦП и способы помощи таким семьям. Раскрыты факторы, влияющие на увеличения количества детей с инвалидизирующей патологией центральной нервной системы, психической сферы и пороков развития.*

**Ключевые слова:** *особый ребенок, кризисные этапы семьи ребенка с ДЦП, психологическая помощь семье, патология психической сферы, порок развития.*

### **НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СІМ'Ї В СИТУАЦІЇ ПОСТАНОВКИ ДИТИНИ ДІАГНОЗА ДЦП**

*Душка А.Л., Мартынюк Ю.А.*

*В статті розглядаються проблеми сімей, які опинилися перед фактом постановки дитині діагнозу – дитячий церебральний параліч. Розкриваються психологічні особливості кризових етапів в родині дитини з ДЦП і способи допомоги таким родинам. Розкрито фактори, що впливають на збільшення кількості дітей з інвалідізуючою патологією центральної нервової системи, психічної сфери та пороків розвитку.*

**Ключові слова:** *особлива дитина, кризові етапи сім'ї дитини з ДЦП, психологічна допомога сім'ї, патологія психічної сфери, порок розвитку.*

## RENDERING OF THE PSYCHOLOGICAL HELP TO A FAMILY IN A SITUATION OF DIAGNOSING CHILDREN'S CEREBRAL PARALYSIS AT A CHILD

*Dushka A.L. , Мартынюк Ю.А.*

*Problems of the families which have appeared before the fact of diagnosing children's cerebral paralysis at the child are considered in the article. Crisis stages of a family of the child with CCP and ways of the help to such families reveal. The factors influencing increases of quantity of children with a pathology of the central nervous system, mental sphere and developmental anomalies are opened.*

**Keywords:** *the special child, crisis stages of a family of the child with children's cerebral paralysis, the psychological help to a family, a pathology of mental sphere, developmental anomaly.*

Оказание психологической помощи семье в ситуации постановки диагноза может стать едва ли не ключевым моментом в самом процессе реабилитации особого ребенка. Ведь не смотря на то, что родители не обладают должным уровнем медицинской или психологической подготовки, они являются одним из самых важных звеньев реабилитационного процесса. Педагог, психолог или медик оказывают профессиональную помощь, а родители создают ту атмосферу, основу, фон, который станет либо усиливать коррекционное воздействие либо, наоборот, снижать его.

С развитием общечеловеческих ценностей - милосердия, гуманизма - наметилась положительная динамика в изменении отношения общества к особым детям. В концепции гуманистического социально ориентированного общества главной ценностью является Человек, воплощающий в себе противоречивое единство биологического, культурного и социального; защищается его достоинство и права независимо от уровня интеллектуального, физического развития и общественного положения.

Медики, педагоги и психологи обязаны осуществлять для всех новорожденных, независимо от степени тяжести нарушения, лечебные и реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление, формирование и развитие психических функций, процессов, способностей, позволяющих детям овладеть необходимыми умениями и навыками, которые помогут им усвоить культурно-исторический опыт человечества и адаптироваться в обществе в будущем.

Но, несмотря на то, что правовое обеспечение защиты детства, матери и ребенка является одним из самых разработанных направлений в нашей стране, эффективность и качество предлагаемой помощи пока еще остаются довольно низкими.

В связи с распространением гуманистических идей большинство родителей принимают решение воспитывать ребенка с диагнозом ДЦП в семье, но при этом родители самостоятельно не справляются с задачами по воспитанию такого ребенка и испытывают необходимость в профессиональной педагогической помощи.

Практическая коррекционно-педагогическая помощь детям с диагнозом ДЦП оказывается в основном в системе государственных учреждений, в то

время как многими учеными и практиками давно доказано, что семья является первым социальным институтом для ребенка раннего возраста, способным максимально индивидуализировать процесс воспитания и воздействовать на развитие духовной культуры, мотивы поведения ребенка и развитие личности.

В научной литературе выделяется целый ряд направлений в работе с семьей, воспитывающей ребенка с диагнозом ДЦП: социально-правовое, медицинское, психологическое, педагогическое. И только в последнее десятилетие педагогическое консультирование стало рассматриваться как отдельный и самостоятельный вид помощи семье, воспитывающей особого ребенка. Заложены основные принципы работы педагогов-дефектологов с семьей, определены закономерности поведения родителей в процессе педагогического консультирования (З.М. Дунаева, С. Д. Забрамная, Г.А. Мишина, Е.А. Стребелева [ 9,10,18,12 ] и др. ).

Существующие формы работы специалистов с семьей, направленные на обучение родителей эффективным и развивающим способам взаимодействия с ребенком в бытовых и учебных ситуациях, стали теоретической и практической основой для создания новых организационных форм помощи семье в реабилитации особого ребенка раннего возраста (Е.Р. Баенская, М.В. Ипполитова, Э.И. Леонгард, М.М. Либлинг, О.С. Никольская, Л.И. Солнцева, С.М. Хорош [2,13,6,20,26] и др. ).

Инновации в медицинской практике привели к появлению большого объема научных исследований, которые позволили выявить причины, приводящие к рождению детей с диагнозом ДЦП (Л.О. Бадалян, М.В. Ипполитова., Э.С. Калижнюк, И.И. Кириченко, К.А. Семенова, Л.М. Шипицына [1,13,14,16,25,29] и др. ). Было установлено, что на возникновение инвалидирующей патологии центральной нервной системы, психической сферы и пороков развития ребенка наиболее сильное влияние оказывает ряд социально-гигиенических, медико-организационных и биологических факторов.

Фактор нестабильности: экономической, политической, ценностной. Процесс реализации экономических и социальных реформ привел к снижению уровня жизни широких слоев населения. Подверглись сокращению государственные расходы на здравоохранение, образование, культуру. Для многих семей становятся недоступными профилактические мероприятия, консультации у детских специалистов, число детских садов, домов отдыха, санаториев резко сократилось, а стоимость услуг в них выросла (В.В. Бойко [4] и др. ).

Ухудшение экологической обстановки. Многие научные данные приводят к тревожному выводу, что 40-60 % заболеваний у человека обусловлено влиянием факторов окружающей среды (П. Ревель, Ч. Ревель [ 22 ] и др. ).

Одним из факторов возникновения патологии также являются стрессовые воздействия, с которыми сталкивается современная женщина до и во время беременности. Стресс может оказать свое неблагоприятное влияние из-за возникающих на его фоне изменений нейроэндокринного статуса, иммунной системы и поведения беременной женщины и предопределить исход беременности (Т.П.Висковатова, Н.Н. Ваганов, И.А. Кельмансон [ 5,3,15 ] и др. ).

Отсутствие культуры планирования деторождения, характерное для страны в целом. Современные пренатальные технологии, ориентированные на семью, по-прежнему медленно внедряются в практику деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Позднее обращение в учреждения здравоохранения следовательно, поздняя диагностика развития плода во время беременности. Как известно, состояние здоровья ребенка во многом зависит от его внутриутробного развития. Эмбриональное развитие любого организма - чрезвычайно сложный, многоступенчатый процесс, протекающий нормально лишь при заданном сочетании внешних и внутренних условий. Если по каким-либо причинам на данном этапе происходит задержка развития, ребенок рождается с той или иной патологией, с признаками незрелости и гипотрофии. Увеличение числа родов с различными осложнениями, являющихся следствием общего состояния здоровья женщин. Частота нормальных родов снизилась с 55,8 % в 1985 году до 36 % в 1995 году. Весьма значителен процент затяжных (20,5 %) и стремительных (4,8 %) родов, что небезопасно для новорожденного. Осложненное течение беременности и родов обуславливает определенный процент (14,8 %) вмешательств во время ведения родов: стимуляция родовой деятельности, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстратора, выполнение кесарева сечения и т.п. (В.М. Сидельникова [ 27 ] и др.).

Результатом этого является рождение детей с тяжелой патологией: 10% детей признаются нежизнеспособными без вмешательства медицины и сразу после рождения переводятся в отделения экстренной реанимации, а 25 % детей попадают в детские стационары в специализированные отделения по выхаживанию недоношенных детей и отделения патологии новорожденных для дальнейшей реабилитации. Следует отметить, что учреждением, ставшим первичной инстанцией по диагностике заболеваний, можно считать стационар детской больницы, так как именно там большинству детей с перинатальной патологией (65,6%) проводится наиболее полное обследование, лечение, даются необходимые рекомендации, а у части детей устанавливается диагноз - органическое поражение центральной нервной системы (А.А. Баранов, М.Я. Сгуденикин Т.В. [3, 23] и др.).

Указанный контингент детей должен стать объектом приоритетного внимания медиков, педагогов-дефектологов, детских психологов, так как уже на ранних стадиях развития у этих детей имеются отклонения в психомоторном развитии, отмечается незначительная положительная динамика, и, как правило, у многих из них предполагается отдаленный неблагоприятный прогноз в психическом развитии (Т.Ю. Моисеева [ 19 ] и др.).

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это заболевание центральной нервной системы, при котором происходит поражение одного (или нескольких) отделов головного мозга, в результате чего развиваются не прогрессирующие нарушения двигательной и мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, а также речи и психики. Основные причины ДЦП связаны с гипоксией, то есть с недостаточностью снабжения головного мозга плода во время беременности или новорожденного в родах кислородом. Форму ДЦП и степень тяжести заболевания устанавливает врач-невропатолог. При легкой степени ребенок обучаем, способен самостоятельно

передвигаться, владеет навыками самообслуживания. Средняя степень требует дополнительной помощи со стороны взрослых. Дети с тяжелым течением ДЦП полностью зависят от окружающих, интеллектуальное развитие колеблется между умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости.

Родителям ребенка с ДЦП надо быть готовыми к тому, что самыми первыми проблемами, с которыми столкнется их ребенок, будут:

- выраженные нарушения в двигательной сфере;
- недостаточное речевое развитие, а в некоторых случаях и полное отсутствие речи;
- маленький запас знаний о явлениях окружающего мира.

Конечно, в одиночку семье будет очень трудно справиться с выпавшим на ее долю испытанием, и успех реабилитации во многом будет зависеть от слаженности и согласованной работы разных специалистов. Однако они занимают позицию консультантов и помощников, а ведущая роль в этом трудоемком и продолжительном процессе все же отводится самым близким и родным для ребенка людям.

Исследованиями проблем семьи, в которой проживает особый ребенок, занимались многие отечественные и зарубежные ученые и исследователи, в частности Л.С. Выготский, И.М. Балинский, В.М. Мясищев и др. Из современных ученых значительный вклад в разработку данной темы внесли Р.А. Зачепитский, Г.Е. Сухарева, Л.А. Петровская, К.А. Семенова, М.В. Ипполитова, Е.М. Мاستюкова [ 11,28,21,25,13,17 ] и др. ).

У отечественных и зарубежных исследователей накоплен достаточно обширный опыт различных видов помощи детям с ДЦП. Но, как показало изучение этого опыта, в нем не получило достаточного отражения привлечение педагогических возможностей окружения ребенка с особыми нуждами и прежде всего его семьи. А ведь именно здесь для наиболее полной и целесообразной помощи ребенку необходимо использовать все возможности социально-педагогической реабилитации и социальной работы, сущность которой, как справедливо подчеркивает Б. З. Вульф, - «помочь семье сформироваться, сохраниться, или реабилитироваться как педагогическому субъекту. Главное средство - раскрытие способностей семьи на самопомощь и взаимопомощь» [ 7, с. 156 ].

Появление ребенка с ДЦП в семье приводит к различным социальным и психологическим внутрисемейным явлениям, которые далеко не всегда благоприятно сказываются на семье и на самом ребенке. Одни родители замыкаются в себе, впадают в депрессию; другие начинают обвинять друг друга; третьи расходятся, и ребенок, как правило, остается с матерью; многие семьи и не распадаются, и не живут вместе, при этом создается ситуация, когда одна мать вынуждена решать все проблемы при полном отсутствии поддержки и помощи со стороны других членов семьи. Начальный период считается наиболее тяжелым в личных отношениях членов семей, имеющих ребенка с ДЦП.

Обычно с рождением ребенка с особыми нуждами в семье возникает целый ряд сложных психологических проблем, которые приводят не только к дезадаптации родителей, но нередко и к распаду семьи. По данным статистики, около половины таких детей воспитываются одним из родителей, в

большинстве случаев, матерью. Независимо от развития ситуации, почти во всех случаях тяжесть забот ложится на плечи матерей (в случае полной семьи мужа, как правило, заботятся об экономическом благополучии).

Ребенок с ДЦП требует постоянного ухода. Обычно одному из родителей приходится жертвовать своей карьерой, интересами и все свое время посвящать ему. Чаще всего это мать. Бывает, что ни один из супругов не готов на подобные жертвы. Тогда ребенок превращается в яблоко раздора между ними. Существует вероятность, что в данной ситуации ребенка могут отдать в специализированный интернат. В таком случае его судьба оказывается в руках сотрудников этого образовательного учреждения. Ребенок лишается родительской любви, ласки, семейного тепла, что негативно сказывается на его развитии и воспитании.

Райт [ 31 ] (Wright, 1976) процесс формирования родителями своего отношения к ребенку в связи с выявлением факта, что он относится к категории с особыми нуждами (ограниченными возможностями), делит на 6 этапов и определяет их следующим образом: шок, отрицание, вина и гнев, стыд и мученичество, депрессия, а затем принятие.

Тер Хорст [ цит. по 23 ] (Ter Horst, 1983) придерживается другого мнения. В своей теории лабиринта он подчеркивает, что фаза принятия не наступает. Рождение такого ребенка, по его мнению, это вход в лабиринт, путь в котором изменяется в зависимости от принятого родителями решения.

Дункан [ цит. по 23 ] (Duncan, 1977), исследуя тему принятия ребенка, пишет о 5 этапах: отрицание, ведение переговоров, гнев, депрессия и затем принятие.

В своих работах Калхоун и Хавишер [30 ] (Calhoun, Hawisher, 1979), затрагивая детско-родительские отношения сразу же после рождения ребенка, говорят о замешательстве родителей в случае возникновения у ребенка сложностей при сосании или глотании. Препятствовать проявлению родительской ласки может внешность ребенка, отсутствие у него улыбки и лепета. Тем самым ребенок лишается так необходимой полноценной связи с родителями.

В данном случае мы сталкиваемся с изначальным нарушением модели детско-родительских отношений, которое может повлечь за собой серьезные последствия.

Как показал личный опыт работы с семьями, в которых появился ребенок с ДЦП, для большинства из них постановка такого диагноза является неожиданностью. Обобщение наиболее кризисных этапов, через которые проходит семья после рождения ребенка с ДЦП, позволило определить их следующим образом: состояние шока, отторжение диагноза ребенка, разочарование, отчаянье, депрессия, замкнутость, переживание вины, безысходность.

1. Состояние шока. В момент определения диагноза ребенка - детскийце-ребральный паралич - родители переживают сильнейший стресс. Родители глубоко потрясены. Стрессовое состояние затягивается на длительное время.

2. Отторжение диагноза ребенка. Родители не хотят смирииться с поставленным диагнозом. Они не признают его, считают ошибкой врачей. Отторжение диагноза родителями может продолжаться даже тогда, когда у ребенка наблюдаются характерные признаки ДЦП.

3. Разочарование. Данное чувство испытывают родители, наиболее глубоко переживающие то, что они не смогли произвести здорового ребенка.

4. Отчаяние. Неопределенность ситуации, страх за будущее ребенка, возникшие сложности в межличностных, внутрисемейных отношениях приводят к тому, что чувство отчаяния начинают испытывать один или сразу оба члена семьи.

5. Депрессия. Сложное положение, в котором оказались родители, приводит к появлению депрессии, которая затягивается на длительное время. Данное состояние особенно характерно для матерей. Личный опыт общения с матерями детей с ДЦП показывает, что у них депрессивное состояние протекает намного тяжелее, чем у отцов.

6. Замкнутость. Необходимость постоянного ухода за ребенком, его патология, негативно принимаемая обществом, ограничение возможностей в профессиональной деятельности и личной жизни, а также затянувшаяся депрессия, способствуют появлению у родителей состояния отчуждения и замкнутости.

7. Переживание вины. Существуют семьи или родители, которые обвиняют себя в случившемся с ребенком. Чувство вины сохраняется продолжительное время, со временем может произойти его усиление.

8. Безысходность. Отсутствие своевременной социально-педагогической помощи семье и ребенку или ее некомпетентность, сложное социально-психологическое состояние родителей приводят к тому, что они не видят выхода из сложившейся ситуации, и постепенно у них формируется чувство безысходности.

Данные особенности исключительно важно учитывать специалисту в работе с родителями. Они помогают избежать новых стрессовых ситуаций, после которых работа с родителями становится невозможной.

### **Выводы:**

1. Анализ литературы по проблеме семьи с особым ребенком позволяет констатировать, что в ряде случаев семья в силах справиться с последствиями, возникающими в результате рождения ребенка с ДЦП, но это возможно лишь с учетом полученного в процессе совместного проживания опыта, способности сплотить свои усилия.

2. Как показал личный опыт работы с семьями, в которых появился ребенок с ДЦП, для большинства из них постановка такого диагноза является неожиданностью, и семья, как правило проходит ряд этапов в осознании диагноза: состояние шока; отторжение диагноза ребенка; разочарование; отчаяние; депрессия; замкнутость; переживание вины; безысходность.

3. Выявлена потребность в задействовании потенциала родителей при решении психокоррекционных задач.

4. Наши исследования показали, что психокоррекция такой семьи должна проводиться в следующих направлениях:

- коррекция неадекватных методов воспитания ребенка с целью преодоления его микросоциальной запущенности;
- формирование продуктивных видов взаимоотношений ребенка с семьей;

- формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного вовлечения родителей в психокоррекционный процесс.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О. и др. Детские церебральные параличи. - Киев, 1988.
2. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутично-го ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет //Альманах ИКП РАО. - 2001. - № 3.
3. Баранов А. А.; Валиуллина С. А.; Ваганов Н. Н.; Карпухин Е. В. Пути оптимизации стационарной помощи детям: Выпуск 2. Серия: Социальная педиатрия. Издательство: ЛИТТЕРРА . – 2007. - 208 с.
4. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. — М.: Информационно-издательский дом «Филинъ», 1996. — 472 с.
5. Висковатова Т. П. Проблема генезиса, диагностики и психолого- педагогической коррекции задержки психического развития у детей (на примере неблагоприятного влияния природных и антропогенных факторов): Дис. д-ра. психол. наук: 19.00.08 / Южноукраинский гос. педагогический ун-т им. К.Д.Ушинского. - О., 1997. - 521 л. - Бібліогр.: л. 403-462.
6. Венгер А. А., Выгодская Г. Л., Леонгард Э. И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. - М.: Просвещение, 1972 - 143 с.
7. Вульфов Борис Зиновьевич. Основы педагогики в лекциях, ситуациях, первоисточниках [Текст] : учеб. пособ. / Борис Зиновьевич Вульфов, Валерий Дмитриевич Иванов. - М.: Изд-во Урао, 1997. - 284 с.
8. Выготский Л. С. Психология развития ребенка / Л. С. Выготский. — Москва: Эксмо, 2004. — 512 с.
9. Дунаева З.М. Комплексный подход к обследованию ребенка в условиях консультативно-диагностических учреждений, «Дефектология» № 3 за 2003 год, - С. 19-24.
10. Забрамная С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей : пособие для психол.-мед.-пед. комис. — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005. — 32 с. (Коррекционная педагогика).
11. Зачепитский Г.Е. Социально-психологические особенности семьи, воспитывающей ребенка с ДЦП. — М.: 2001. - 156 с.
12. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Введение, Пояснительная записка / Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. — М.: Просвещение, 2003.
13. Ишполитова М.В. К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом // Специальная школа. - 1967. - № 3.
14. Калижнюк Э.С. Клиническое обоснование принципов коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольниками, страдающими церебральными параличами. - М., 1978.
15. Кельмансон И.А. Психология аномального развития ребенка. Хрестоматия. Том II. Антология. Издательство МГУ, 2002 г. - 818 с.
16. Кириченко Е.И. Роль биологических и социальных факторов в механизмах патологического формирования личности при детских церебральных параличах // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1983. - № 9.



17.Мастюкова Е.М. Развитие начальных навыков самообслуживания у детей с ДЦП в семье // Дефектология. - 1985. - № 2.

18.Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф. дис. канд. пед. наук / Г. А. Мишина. — М., 1998. — 18 с.

19.Моисеева Т.Ю. ЛФК и массаж в реабилитации недоношенных детей с перинатальной патологией нервной системы. - №1 2002. - С.13-15.

20.Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи.— М.: Теревинф, 2000.— (Особый ребенок). — 336 с.

21. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально- психологического тренинга. - М., 1982.

22.Ревелль П., Ревелль Ч., Среда нашего обитания. Книга 3. Энергетические проблемы человечества. - Издательство: Мир, 296 с.

23.Сгуденикин Т.В. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы. - М.: 2002. — 176 с.

24. «Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии» / Е. М. Мастюкова, А.Г. Москвина. — Москва, 2004.

25.Семенова К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных с детским церебральным параличом. - Ташкент, 1979.

26.Солнцева Л. И., Хорош С. М. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста: 3-е издание. - М., 2003.

27.Сидельникова В.М. «Привычная потеря беременности» — М.: 2000. - 304 с.

28.Сухарева Г.Е. (к 80-летию со дня рождения)//Дефектология. - 1972. - № 1. - С.88.

29.Шишicina Л. М. Социальная реабилитация с детей аутизмом / Л. М. Шишicina, И. Л. Первова. — СПб. : Дидактика Плюс, 2001. — 135 с.

30. Calhoun M.L., Hawisher M. Teaching and learning strategies for physically handicapped Students. Baltimore, 1987.

31.Robert Wright. Why we are the way we are: The new science of evolutionary psychology - N.-Y.: Pantheon Books, 1994.

## ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКІ ВІДНОСИНИ ЯК ФАКТОР УСПІШНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ

УДК: 37.013.77

Душка А.Л.

*В статье рассматриваются детско-родительские отношения, проводится теоретический анализ литературы по данной теме, выделены типичные группы, отличающиеся по уровню социально-педагогических возможностей и желанию к их реализации. Семьи, воспитывающие особого ребенка, имеют свои особенности и качества. Но существуют также общие тенденции в устройстве жизни таких семей, которые условно можно разделить на три категории.*

**Ключевые слова:** детско-родительские отношения, семьи, воспитывающие особого ребенка, психологическая помощь семье.