АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВОСПИТАНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ В ПРИЁМНЫХ СЕМЬЯХ И ОСОБЕННОСТИ ИХ АДАПТАЦИИ

Дмитриев Дмитрий Александрович, Иванов Александр Геннадьевич

Тверской государственный медицинский университет, 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4

E-mail: stoma79@bk.ru

Ключевые слова; девочки-подростки; приёмные семьи; адаптация

Введение. Состояние физического и психического здоровья девочек-подростков, уровень их воспитания, привитой морали и полученного образования — являются важнейшими критериями социального благополучия государства, института семьи и материнства.

Ранее дети-сироты воспитывались преимущественно в закрытых и полузакрытых интернатах и детских домах, но с 1990-х годов в России получили развитие семейные формы устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Приемная семья **—** это одна из форм устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на основании договора о передаче ребенка на воспитание в семью между органом опеки и попечительства с приемными родителями-опекунами с целью *создания оптимально комфортных условий для социальной адаптации детей-сирот в благоприятной семейной обстановке*.

Затруднения в социальной адаптации подростков в приёмных семьях связаны с их бытовой неприспособленностью, отсутствием обыденных навыков самообслуживания, сосуществования и повседневного взаимодействия. Это вносит дополнительное напряжение и наделяет их тревожностью, с которой они зачастую не могут совладать. Другая неблагоприятная особенность детей, принятых в приемную семью — трудность образования эмоциональной привязанности как к людям, так и к месту, в силу чего они с трудом переживают и выражают эмпатию, благодарность, готовность к кооперации и помощи, что затрудняет их семейную социализацию, особенно если это произошло в подростковом возрасте.

Цель исследования. Проанализировать результаты тестирования девочек-подростков 15–17 лет, находящихся в статусе «опекаемый ребенок», по тестовым методикам и выявить особенности воспитания и адаптации в приёмных семьях.

Материалы и методы. Было обследовано (протестировано) 39 девочек-подростков, находящихся на лечении в ГБУЗ МО ПБ № 4 по следующим причинам: агрессия, отказ выполнять возлагаемые на них обязанности, отказ от посещения школы или неуспеваемость, табакокурение, прием алкоголя, наркотиков, частые конфликты в семье, половая распущенность, бродяжничество, реакции протеста, сложность воспитания, психическая патология, социальная дезадаптация.

Нами использовались тестовые методики:

1) тест «Подростки о родителях-ПОР»;

2) тест «Шкала семейного окружения»;

3) тест «Шкала социально-психологической адаптации».

Результаты. *В* большинстве приёмных семей наблюдается положительное отношение как к ребёнку, так и ребёнка к опекунам, а именно: происходит удовлетворение насущных проблем ребёнка на должном уровне. *Однако о*пекуны при воспитании достаточно строги и стеничны, дети воспитываются в режиме гиперопеки, при этом режим гиперопеки является причиной скрытых конфликтов, враждебности и реакций протеста. Характерна резкая смена стилей воспитания и определенная непоследовательность воздействия, что может быть продиктовано отсутствием генетического родства и жесткой системой контроля и директивности.

Между опекаемым ребёнком и опекунами по причине наличия статуса «опекаемый ребёнок» в большей части случаев близости не происходит, что обусловлено возмездной основой воспитания, директивностью, гиперопёкой, отсутствием генетического родства и гендерной составляющей для мужчин, однако это развивает способность к самостоятельной жизни.

Для женщин-опекунов (42%), особенно в неполных семьях (80%), характерна дизгармоничная модель воспитания: высокая непоследовательность, резкая смена стилей воспитания, высокий родительский контроль, жёсткие требования, низкий позитивный интерес к ребёнку. Всё это приводило к отчуждению, скрытому или явному конфликту, подавлению, гиперопеке. В результате выявлены такие модели воспитательной практики, как дисгармонично-непоследовательная, враждебно-подавляющая и отвергающе-отстранённая. Оценка воспитательной практики мужчин-опекунов показал, что в 38% это дисгармоничные моделями. Ведущими факторами дисгармонии явились следующие: низкое позитивное отношение, низкий фактор близости, высо-

кая директивность, высокий контроль. Всё это приводило к скрытому или явному конфликту, подавлению, гиперопеке. В результате мы получили враждебно-подавляющую модель негативной воспитательной практики. Дисгармоничные модели воспитания приводят к нарушению формирования ролевого поведения, принятию семейных норм и правил.

Анализ «показателей отношений» выявил, что ведущими факторами снижения этих показателей являются: короткий срок нахождения под опёкой, наличие психической патологии у ребёнка, необходимость перевоспитания ребёнка и привитие ему новых ценностных ориентиров, которое происходит в режиме директивности и гиперопеки.

Низкие показатели «личностного роста» обусловлены наличием неполной семьи, при этом морально-нравственные аспекты прививаются на высоком уровне как в полной, так и неполной семье, ориентация ребенка на достижения достаточно высока, а это способствует *всестороннему развитию личности ребенка*.

Система воспитания приёмного ребенка (показатели «организация») имеет высокие организационные показатели и высокие показатели контроля, при этом сниженные показатели наблюдаются в многодетных семьях.

Почти половина обследуемых лиц (44%) находится в эмоциональном дискомфорте, они охарактеризовали семейные отношения как неудовлетворительные, следовательно, имеется проблема налаживания эффективных форм общения и сотрудничества с приёмными родителями в результате повышенной директивности и гиперопеки.

Более одной трети девочек-подростков (36%) субъективно не контролирует происходящие события. Иными словами, дезадаптация приводит к потери субъективного контроля происходящих событий, такие лица полностью зависимы от опекунов и у них формируется привычка к «пошаговому выполнению чужих указаний».

Показатель «ведомость» среди девочек-подростков достаточно высок и составляет 69%, что следует рассматривать как неблагоприятные последствия гиперопеки и директивности, а это в свою очередь формирует у воспитуемого отсутствие воли и пошаговому выполнению инструкций и указаний и не способствует самостоятельному принятию решений.

У 56% тестируемых лиц встает вопрос о принятии опекунов как родителей и собственном статусе в семье в рамках самоопределения, в результе чего эти дети находятся в трудной жизненной ситуации. *Формирование у ребенка позитивного «Я-образа» и позитивного опыта семейного взаимодействия происходит не на должном (высоком) уровне.*

Заключение. В целом приёмные семьи эффективнее справляются с задачей воспитания девочек-подростков, чем детские дома, однако данная модель не лишена недостатков, над которыми стоит работать. В них происходит как снижение, так и повышение некоторых показателей, что объяснимо самой сутью и моделью приёмной семьи, поставленной задачей, «статусом опекаемый ребенок», психической патологией, высокими показателями дезадаптации детей с психической патологией. Ведущими факторами, снижающими показатели адаптации, являются: неполная семья, психическая патология, малый срок пребывания в приёмной семье, непринятие опекунов как родителей, гиперопека, высокая директивность, непоследовательность и резкая смена стилей воспитания, перевоспитание, дисгармоничные модели воспитания.

Для решения данной проблемы необходимо увеличение роли медицинской психиатрической службы в помощи приёмным семьям в виде консультативно-диагностической и лечебной, консультации детского и подросткового психиатра, клинического психолога, психотерапевта по снижению конфликтности, повышению стрессоустойчивости и улучшению семейных взаимоотношений, тестированию семей по определённым методикам, выявлению и устранению перекосов и дисгармоничных моделей воспитания. Медицинская психиатрическая служба должна выполнять, прежде всего, профилактическую работу, направленную на предотвращение дезадаптации как по причине психической патологии, так по причине дисгармоничных форм воспитания, а в случае её выявления, оказать медицинскую и психологическую помощь. И последнее, предпочтительнее предоставлять опеку девочкам- подросткам с психической патологией и выраженной дезадаптацией полным семьям.