

ИСТОРИЯ И ТЕОРИЯ

Моделирование успешной приёмной семьи

Наталья Вознюк,

начальник информационно-методического отдела Самарского областного центра социальной помощи семье и детям

На этапе подбора приёмных семей основная задача специалистов комплексного сопровождения состоит в определении потенциально более перспективных и менее перспективных приёмных семей с учётом реальных условий. Деятельность приёмной семьи как субъекта сопровождения (с учётом внешних субъектов сопровождения) направлена на удовлетворение потребностей ребёнка, оставшегося без попечения родителей. Вопросы формализации потребностей ребёнка (будущего воспитанника приёмной семьи) достаточно подробно изложены в литературе (Лангмейер И., Матейчик Э., Ослон В.Н., Холмогорова А.Б., Bowlby J., Братусь Б.С, Спиваковская А.С, Прихожан А.М, Толстых Н.Н., Корчак Я., Реан А.А.).

В настоящее время формализованы в правовом отношении ряд процессов по удовлетворению потребностей детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Так, в законе «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» (от 24.06.1998 № 124 — ФЗ //Российская газета № 147 от 05.08.1998) введены следующие понятия:

- **социальная реабилитация ребёнка** — мероприятия по восстановлению утраченных ребёнком социальных связей и функций, восполнению среды жизнеобеспечения, усилению заботы о нём;
- **социальная адаптация ребёнка** — процесс активного приспособления ребёнка, находящегося в трудной жизненной ситуации (к ней относятся и сиротство), к принятым в обществе правилам, нормам поведения, а также процесс преодоления психологической или моральной травмы.

Формализованы также признаки успешной приёмной семьи в подзаконных правовых актах («Положения о приёмной семье», утвержд-

И С Т О Р И Я И Т Е О Р И Я

дённое Постановлением Правительства РФ от 17 июля 1996 г. № 829 //Российская газета № 154 от 15.08.1996 г.).

Согласно данному документу число детей в приёмной семье (включая родных детей) не должно превышать, как правило, восьми человек. Приёмные родители могут быть только совершеннолетние лица, за исключением лиц, признанных недееспособными (ограниченными в дееспособности); отстранённых от родительских прав по отношению к ранее усыновлённому ребёнку или от обязанностей опекуна, приёмного родителя; а также лиц осуждённых и лиц, имеющих заболевания.

В данном документе указано, что в установленном порядке (органами здравоохранения), будущим приёмным родителям предоставляется заключение о состоянии здоровья, физического и умственного развития ребёнка.

Минимизация всех фактов, описывающих потребности ребёнка, может быть достигнута при помощи теории потребностей (Маслоу А., 1954). Она комбинирует центральное понятие теоретиков о самореализации с теорией об основополагающих потребностях человека, которые образуют иерархию потребностей: «физиологические», «безопасности», «надёжности», «в оценке и солидарности», «в уверенности в себе», «в самореализации».

Под понятием «самореализации» — центрального в психологии гуманистов — понимается возможность человека развивать и реализовывать свои собственные ресурсы, понимать и признавать себя самого и уметь создавать баланс между различными потребностями. Самореализация динамический процесс. Поэтому роль психологической службы — установить первичный (на входе) уровень «самореализации» приёмного ребёнка и определить вероятность её развития (динамику) с учётом как внутренних, так и внешних факторов.

Таким образом, приёмную семью и внешнее психологическое сопровождение по отношению к ребёнку можно рассматривать как окружающую среду, а их системную организацию как ресурсы.

Необходимые исходные составляющие приёмной семьи:

- приёмная семья должна решать задачи по удовлетворению потребностей ребёнка при адекватно организованном внешнем сопровождении;
- приёмная семья и приёмный ребёнок находятся в непрерывном развитии (динамическая система);
- внешнее психологическое сопровождение приёмной семьи гибкая динамическая система (в системе комплексного сопровождения).

С чем мы столкнулись при организации работы специалистов по прогнозированию динамических процессов развития приёмной семьи как субъекта по удовлетворению потребностей приёмного ребёнка?

Во-первых, это осознание того, что процессы которые моделируют пути развития приёмной семьи, приёмного ребёнка являются вероятностными.

Н. Вознюк. Моделирование успешной приёмной семьи

Во-вторых, уровень вероятности благоприятного исхода может быть определён на конкретных временных периодах развития приёмной семьи, как непрерывного динамического процесса.

В-третьих, благоприятный исход вероятностного процесса зависит от многих факторов, в том числе: от приёмной семьи, биологической семьи, специалистов, приёмного ребёнка, школы, лечебного учреждения, органов опеки, жителей населённого пункта. Все эти факторы рассматриваются как системные динамические образования, составляющие единую целостность.

Логическое свёртывание (минимизация факторов) достигается при определении их значимости. Эта работа носит индивидуальный характер. Поглощение одних факторов другими (ведущими) возможно только в сплочённых комплексах, когда они стремятся к одной цели. Объективно (как мы уже говорили) цели субъектов сопровождения не всегда совпадают. Достижения эффекта сплочённости (поглощения) достаточно ёмкая социально-психологическая задача (интерактивное взаимодействие, конформизм, конфликты, сотрудничество).

Конструктивный выход, как показывает наш опыт, заключается в синтезе по критерию оптимальности (определение характеристик, обеспечивающих максимальный эффект). Необходимо отметить, что в условиях неопределённости синтез возможен на промежутках до 3 месяцев пребывания ребёнка в приёмной семье, до 6 месяцев пребывания ребёнка в приёмной семье, до 12 месяцев пребывания ребёнка в приёмной семье и т.д. (Ослон В.Н., Холмогорова А.Б. «Психологическое сопровождение замещающей профессиональной семьи» // Вопросы психологии, № 4, 2001. С.48 – 50).

Составляющими элементными базами будут субмодели: модель виртуальной ресурсоёмкости; модель функций связи; модель расхода ресурсов по времени; модель изменений в приёмной семье; модель изменений в биологической семье; модель профессиональной адаптации приёмного ребёнка; модель жизнеустройства приёмного ребёнка.

Практика показывает, что реализация идеи прогнозирования (создание динамичной модели развития приёмной семьи и самоактуализации приёмного ребёнка) достигается нормально-директивным методом, суть которого заключается в увеличении одних и уменьшении других компонентов (факторов), обеспечивающих сопровождение приёмной семьи.

Психологические факторы, обеспечивающие успешность приёмной семьи

Будем исходить из того, что приёмная семья имеет достаточные ресурсы, которые прогностически обеспечивают реализацию её успешности как социального института профессиональной замещающей семьи.

Первая группа факторов относится к семейной системе приёмной семьи. В настоящее время мы её исследуем по методике, предложенной Ослоном В.Н.

ИСТОРИЯ И ТЕОРИЯ

и Холмогоровой А.Б. Топография семейной системы исследуется на уровне микродинамики (семейные роли, паттерны взаимодействия, стили эмоциональной коммуникации, триангуляции; функции членов семьи, особенности информационного обмена и, как вывод, — адаптивный потенциал семьи). Необходимо учитывать объективное изменение связей и иерархий при входе приёмного ребёнка в семью, а также всех характеристик семьи.

Сопротивления семейной системы изучается на уровне макродинамики (семейные истории и эволюция семьи, ресурсы устойчивых изменений, общий и культурный контекст развития семьи, вероятность кризисов).

При создании института приёмной семьи одна из проблем (обусловленная объективными факторами убеждений, предрассудков, стереотипов) — нереализованные социальные ожидания (Майерс Д. «Социальная психология», СПб, 2001). Известно, что нереализованные социальные ожидания — факторы фрустраций. В настоящее время (в соответствии с методикой В.Н. Ослон, А.Б. Холмогоровой) мы выделяем компоненты модели психологического сопровождения приёмной семьи (обеспечивающие её успешность): семейные идеологии (семейные нормы и правила, требования и ожидания); мифы и легенды, верования и традиции; ценности семьи и этнические особенности ментальности. Например, семьи с мусульманскими традициями и православными традициями имеют различные взгляды на развитие социального «Я». Мы столкнулись с практическим подтверждением известного в социальной психологии феномена, что специалистам в области психического здоровья легче консультировать, чем действовать (Леннер-Аксельсон Б.). Данный феномен сложный и его нельзя объяснить только отсутствием знаний и опыта специалиста.

Личность, в отличие от других процессуальных действий, в системе комплексного сопровождения обладает решающей силой и её действия базируются на совокупности знаний, интуиции, опыта, реальности, фантазии, сознательного и бессознательного (Винникот, 1965).

Для решения вопросов, обусловленных данным феноменом, мы разработали комплекс стратегий деятельности профессионального психолога в службе семьи, материнства и детства как супервизора.

В настоящее время в качестве интегрального показателя динамики жизненно важных функций семьи мы рассматриваем психологическое здоровье семьи.

Психологическое здоровье семьи детерминировано многими группами факторов; в том числе психологических. Эти группы факторов находятся во взаимной связи. Важнейшими детерминантами являются физическое, психическое и психологическое здоровье членов семьи. Концепция психологического здоровья семьи сопоставима с концепцией здоровья как состояния полного физического, психического, духовно-

Н. Вознюк. Моделирование успешной приёмной семьи

го и социального благополучия, а не только отсутствия болезней или физических дефектов (Устав Всемирной организации здравоохранения, «Психология детей и подростков», В.А. Аверин, монография, СПб, 1994. С. 3).

Стратегии оказания психологической помощи в контексте психологии здоровья определены гармоничным сочетанием работы с позитивными и негативными сторонами объекта. Крайне важно устранить то, что мешает, но не менее важно развить то, что обогащает (Ананьев В.А. «Психология здоровья: синтез знаний о личностном росте» //Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, Консорциум «Социальное Здоровье России» № 3, 1995. С.61).

В настоящее время нами обстоятельно осмыслены интерсубъективные условия психологического здоровья детей (Слободчиков В.М., Шувалов А.В. «Антропологический принцип в психологии здоровья» //Вопросы психологии № 4, 2001. С. 91 – 104).

Согласно классификации «значимого взрослого» (по В.М. Слободчикову, А.В. Шувалову), в основу положены две существенные характеристики значимого взрослого: показатели кровного родства — «родной — чужой» и показатели духовной близости — «близкий — чуждый». Для специалиста важно понять и уяснить, что значимые взрослые составляют естественное человеческое окружение ребёнка и эволюция отношений в контексте «значимый взрослый — ребёнок» идёт по линии духовной близости (Слободчиков В.М., Шувалов А.В. «Антропологический принцип в психологии здоровья» //Вопросы психологии № 4, 2001. С. 97). Авторы предлагают две тенденции: первая — взаимное понимание, принятие, доверие; вторая — взаимное несогласие, разобщение, отчуждение.

Необходимо отметить, что феномен приёмных семей в Самарской области (среди них нет ни одного ребёнка с аддитивным поведением и не зарегистрировано случаев деликвентного поведения, что значительно меньше чем среди родных детей, проживающих в своих биологических семьях, в пересчёт на относительные показатели) объясняется умением продуктивно работать в контексте духовной близости ребёнка и взрослого. Такое отношение, очевидно, есть любовь к человеческому в человеке. Эта любовь осуществляется через «со-бытие» в духовной практике ребёнка (Слободчиков В.М., Шувалов А.В. «Антропологический принцип в психологии здоровья» //Вопросы психологии № 4, 2001. С. 98).

Норма психологического здоровья семьи характеризуется согласованностью и разумным удовлетворением потребностей всех членов семьи (Торохтий В.С., 1996). Для комплексной оценки психологического здоровья семьи Торохтий В.С. предлагает оценивать следующие свойства:

- сходство семейных ценностей (совпадение ориентацией, взглядов, отношений каждого из членов семьи к нормам, правилам человеческого бы-

ИСТОРИЯ И ТЕОРИЯ

тия (для математической обработки данных используют коэффициент сходства семейных ценностей);

- функционально-ролевая согласованность семьи (отражение текущего и потенциального уровней готовности членов семьи к согласованным действиям (для статистической обработки используют коэффициент функционально-ролевой согласованности);
- социально-ролевая адекватность членов семьи, которая обусловлена ролевой структурой семьи: мужа — отца; матери — заботливой жены; ребёнка — наследника, опоры родителей (при статистической обработке применяется коэффициент социально-ролевой активности);
- адаптивность в семейных отношениях (способность членов семьи приспособиваться к неизбежным изменениям в семейной ситуации и наличие у каждого члена семьи способности сохранять стабильность отношений (статистически выражается коэффициентом внутрисемейной адаптивности);
- эмоциональная удовлетворённость членов семьи (характеризуется переживаниями: «ожидания — достижения», «лучше — хуже», «сейчас — раньше», а также удовлетворённостью браком, удовлетворённостью детьми); эмоциональная удовлетворённость коррелирует с семейной идеологией, уровнем образования, традициями (статистически выражается коэффициентом эмоциональной удовлетворённости);
- устремлённость на семейное долголетие (отражает устойчивость семейных отношений в динамическом развитии семьи и её способность сохранять гомеостаз при изменениях связей, в том числе и в случае вхождения приёмного ребёнка в семью, что объективно приведёт к изменениям системной структуры семьи (статистически выражается коэффициентом устремлённости на семейное долголетие);
- психолого-педагогическая готовность семьи к принятию чужого (приёмного) ребёнка (характеризуется духовной близостью членов семьи, личностной зрелостью родителей, локусом контроля, толерантностью).

Данный подход даёт возможность рассматривать семейные структуры динамично, так как психологическое здоровье дифференцировано по показателям и меняется в соответствии с изменениями в семейных холистических целостностях (родительской, детской), а также их подвижность отражает влияние внешних воздействий (в том числе и субъектов внешнего сопровождения семьи).

Целостность и компенсационность психологического здоровья семьи поддерживается компенсационными возможностями ситуативно-значимых показателей. Условия поддержания целостности (нормального психологического здоровья): устойчивость супружеских отношений, социальная активность членов семьи, психологическая совместимость членов семьи, наличие навыков внутрисемейной коррекции, адекватность семейных ролей, духовная близость членов семьи.

Н. Вознюк. Моделирование успешной приёмной семьи

Смысл жизни и профессиональная деятельность приёмных родителей

Продуктивным, по нашим наблюдениям, является вопрос «смысла жизни» в моделировании приёмной семьи. В изучении феномена приёмной семьи как профессиональной мы исходим из того, что **СМЫСЛ ЖИЗНИ** не просто идея, цель, убеждение. Это особое психологическое образование (Краткий психологический словарь. /редакторы Петровский А.В., Ярошевский М.Г., Карпенко Л.А., М., Р-Д; 1998.). Феномен смысла жизни включает значения «смысла»: первое — суть, главное, основное в данном предмете, явлении и второе — личностная значимость этой сути для человека. Таким образом, для поиска смысла жизни важно не только определить смысловую доминанту, но и установить насколько она продуктивна или в какой мере она способствует позитивному развитию. Так, по мнению Б.С. Братуся, смысл жизни — это насущная потребность, которая зиждется на фундаментальном противоречии между ограниченностью индивидуального бытия и родовой сущностью человека (*Братусь Б.С. «Аномалии личности», М., «Мысль», 1998.*).

При формировании приёмной семьи перед специалистами стоит задача определить уровень адекватности поступка — взять на воспитание ребёнка — к смысловым потребностям приёмных родителей.

Генеральную линию жизни В.Э. Чудновский предлагает называть оптимальным смыслом жизни (*Чудновский В.Э. «Психологические составляющие смысла жизни» // Вопросы психологии № 3, 2003. С. 3 — 13*). По мнению автора, законы общечеловеческой нравственности — первооснова оптимального смысла жизни. Если рассматривать в единстве оптимальной смысл жизни и профессиональную деятельность, то они находятся в органическом сочетании, для достижения желательной жизненной цели и удовлетворения, получаемого человеком, от самого процесса её реализации («Современные проблемы смысла жизни и акме» // материалы 6 — 7 симпозиумов ПИ РАО, Самара, 2002).

Исследуя приёмных родителей по тесту «Уровень жизненной удовлетворённости», мы пришли к выводу о наличии устойчивых зависимостей между успешными приёмными семьями и жизненными ориентирами приёмных родителей. Одна из стратегий повышения уровня удовлетворённости приёмного родителя, по мнению наших специалистов, — формирование имиджа приёмного родителя (*Петрова Е.В. «Счастье, смысл жизни и имидж человека» // Современные проблемы смысла жизни и акме; материалы 6 — 7 симпозиумов ПИ РАО, Самара; 2002.*). Предметом психологического изучения является: адекватность — не адекватность имиджа приёмного родителя и его социальной роли. Аспекты оптимального смысла жизни (по Чудновскому В.Э):

- возрастной аспект смысла жизни;
- ситуационный аспект смысла жизни;
- деятельностный аспект смысла жизни;
- поведенческие аспекты смысла жизни;

ИСТОРИЯ И ТЕОРИЯ

- смысл жизни и социальное положение;
- смысл жизни и инвалидность.

Наблюдения (300 успешных приёмных семей) подтверждают вывод Чудновского В.Э., что для успешных приёмных семей смысл жизни — быть профессиональным родителем — является ведущим компонентом в структуре жизненных ориентаций как осознанная необходимость родительства, а не просто воспитания, как деятельности.

Демографические и социальные признаки успешной приёмной семьи и здоровье детей

В 1999 — 2000 годах в Самарской области было проведено исследование по выявлению зависимостей между демографическими признаками приёмной семьи, месту проживания приёмных родителей, образованию приёмных родителей.

Для анализа показателей успешности приёмных семей как интегрального фактора, обеспечивающего оптимальное удовлетворение потребностей приёмного ребёнка (процесс социальной реабилитации) были взяты следующие признаки: пол, возраст, группа здоровья, физическое и психическое развитие, педиатрическая, неврологическая и психическая патология. В ходе работы была изучена динамика развития 1523 приёмных детей. В основном (78,6% детей), до помещения в приёмную семью, данные дети воспитывались в учреждениях интернатного типа. Эти дети были с отягощённым социальным и психологическим анамнезом, адекватно описанным в литературе (Матейчик З, Лангмейэр И.).

Анализ распределения детей показал что, 74,5% из них проживают в сельской местности в условиях приёмной семьи и, соответственно, 25,5% в городах области. Среди приёмных детей, ранее проживающих в сельской местности (до помещения в приёмную семью), было 31,6%. То есть в приёмных семьях сельских жителей почти в половине случаев проживают дети, имеющие родственников в городе и опыт жизни в городе. Приёмные дети проживали в приёмных семьях от 6 месяцев до 4,5 лет, в том числе от 3,5 лет до 4,5 лет — 37,5% детей. По возрасту приёмные дети распределились следующим образом: 0 — 3 года — 8,6% детей, старше 14 лет — 8,5% детей. Были сопоставлены группы физического здоровья детей в динамике на всех возрастных периодах и сроках пребывания ребёнка в приёмной семье. В ходе факторного анализа (нейросетевой метод) было установлено, что дети с первой группой здоровья доминируют в двух возрастных группах: 11 — 13 лет (29% случаев после двух и более лет воспитания в приёмной семье) и старше 14 лет (24% случаев после двух и более лет воспитания в приёмной семье). В то же время лучшие показатели динамики физического здоровья отмечены в возрастной группе 8 — 10 лет (после двух лет воспитания в приёмной семье) и 11 — 13 лет (соответственно в 25,0% случаев и в 36,0% случаев). Низкие показатели физического развития детей в приёмных семьях выявлены в возрасте 3 — 4 года и 7 — 8 лет (21,0%

Н. Вознюк. Моделирование успешной приёмной семьи

случаев и 24,0% случаев соответственно). В то же время, положительная динамика физического развития в группе возраста 3–4 года наблюдается в 63,6% случаев и в группе возраста 7–8 лет в 27,6% случаев.

Распределение психических нарушений показало, что наиболее массово они проявляются у приёмных детей возраста 4–7 лет (27,0%) и наименее массово — у детей старше 14 лет (73,0%). В то же время углублённое неврологическое обследование показывает, что наибольший процент поражения центральной нервной системы диагностируется у детей до трёхлетнего возраста (в 54,0% случаев). Анализ расстройств центральной нервной системы показал, что в 94,6% случаев они носят характер минимальных мозговых дисфункций.

При определении потенциально предпочтительного возраста для передачи в приёмную семью детей из интернатных учреждений (по признакам устойчивых положительных динамик здоровья) является возраст 3–7 лет (детей в возрасте 0–2 года в приёмных семьях единицы). Частота заболеваний детей (по данным педиатрических осмотров и обращений в больницы) в соответствии с длительностью пребывания ребёнка в приёмной семье составляет 23%, если ребёнок живёт в семье шесть месяцев; 17%, если ребёнок живёт в семье до 2,5 лет и 13% для детей проживающих в семье 3,5 года.

Установлено, что ведущими факторами, обеспечивающими высокую динамику комплексного (психологического, педагогического и медицинского) сопровождения приёмных семей и приёмных детей, является не только состояние здоровья ребёнка до принятия его в приёмную семью и возраст ребёнка, но и демографический тип семьи (полная семья, имеющая одного-двух родных детей), место проживания приёмной семьи (село), образование приёмных родителей (среднее специальное или высшее) и возраст приёмной матери (30–45 лет).

На основании данных исследований мы внесли соответствующие коррективы в стратегии организации работы с приёмными семьями, учитывающие как демографические характеристики семьи, её место проживания, возраст приёмных родителей и их образование, так и возраст, состояние здоровья приёмного ребёнка. На основе данных исследования мы также разработали программы подготовки детей для передачи их в приёмные семьи.