

Серия «Специальная психология»

В.В. Ткачёва

**СЕМЬЯ РЕБЕНКА  
С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ  
ДИАГНОСТИКА И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**



Москва  
2014

ББК 88  
Т48

**Научный руководитель серии И.Ю. Левченко,  
доктор психологических наук, профессор**

Рецензенты:

*И.Ю. Левченко*, доктор психологических наук, профессор,  
заведующая кафедрой специальной педагогики и специальной  
психологии МГГУ им. М.А. Шолохова

*В.Г. Петрова*, доктор психологических наук, профессор

**Ткачёва В.В.**

Т48 Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья:  
диагностика и консультирование. — М.: Национальный книж-  
ный центр, 2014. — 160 с. (Специальная психология.)  
ISBN 978-5-4441-0057-8

В пособии изложены теоретические основы диагностической и кон-  
сультативной помощи семье ребенка с ограниченными возможностями  
здоровья. Раскрыты особенности внутрисемейных условий, в которых  
воспитываются такие дети. Описаны технологии психологического кон-  
сультирования (направления и этапы, приемы взаимодействия психолога с  
близкими ребенка), основные направления и методы психологического изу-  
чения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья, представ-  
лены схема экспресс-диагностики и модель психологического заключения.

Книга сопровождается электронным приложением, в котором содер-  
жатся материалы к диагностическому комплексу, бланки, тесты, анкеты,  
сводные таблицы, иллюстрации.

Адресовано психологам, студентам дефектологических, психологиче-  
ских и педагогических факультетов вузов, слушателям курсов повыше-  
ния квалификации и переподготовки. Может использоваться в системе  
среднего специального и высшего образования при чтении лекционных  
курсов «Специальная психология», «Психология аномального разви-  
тия», «Специальная педагогика», «Психолого-педагогическая диагности-  
ка», «Организация и содержание специальной психологической помощи».

**ББК 88**

---

Дополнительные материалы к пособию вы можете скачать на страни-  
це сайта [www.nbcmedia.ru/download](http://www.nbcmedia.ru/download)

**ключ:** 5444100578

---

© Ткачёва В.В., 2013

© Оформление. ООО «Национальный  
книжный центр», 2014

ISBN 978-5-4441-0057-8

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>СОДЕРЖАНИЕ</b> . . . . .	<b>3</b>
<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> . . . . .	<b>5</b>
<b>ГЛАВА 1. Цели, задачи и принципы диагностической и консультативной помощи семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>ГЛАВА 2. Особенности внутрисемейных условий, в которых воспитываются дети с ограниченными возможностями здоровья.</b> . . . .	<b>13</b>
Дефект в развитии ребенка как доминирующая причина травматизации психоэмоциональной сферы его родителей . . . . .	13
Личностные особенности детей с ограниченными возможностями здоровья и характер детско-родительских отношений . . . . .	25
Уровни деформации внутрисемейных взаимоотношений и социальных контактов . . . . .	30
Особенности ценностных ориентаций и мотивационных установок родителей . . . . .	38
Психологические портреты родителей детей с ограниченными возможностями здоровья . . . . .	45
Модели воспитания в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья . . . . .	49
Влияние социума на отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья членов его семьи . . . . .	56

<b>ГЛАВА 3. Технологии психологического консультирования семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья . . . . .</b>	<b>61</b>
Основные направления консультирования семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья . . . . .	.61
Процедура консультирования семьи. . . . .	.62
Особенности консультирования родителей и других близких ребенка с ограниченными возможностями здоровья (бабушек, нянь, гувернантов) . . . . .	.68
<b>ГЛАВА 4. Технологии психологического изучения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья . . . . .</b>	<b>75</b>
Основные направления психологического изучения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья . . . . .	.75
Методы психологического изучения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья . . . . .	.79
Схема экспресс-диагностики семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья и составление психологического заключения . . . . .	.88
Список рекомендуемой литературы . . . . .	.95
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ. . . . .</b>	<b>97</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Документация психолога по изучению семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья . . . . .</b>	<b>.99</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Диагностический комплекс методик психологического изучения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья . . . . .</b>	<b>.110</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Данная книга посвящена крайне актуальной социальной и психологической проблеме оказания помощи семье, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии. Эта проблема для отечественной науки не является новой. Еще в XIX веке клиницисты и педагоги (В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, Вс.П. Кащенко, И.В. Маляревский и др.) использовали благотворное влияние родителей на состояние больного ребенка. Семья содействовала врачу и педагогу в правильном выборе метода и создавала соответствующую обстановку для его использования. Но, к сожалению, к середине XX столетия эти гуманистические подходы были в значительной степени утрачены. Система дифференцированного обучения, активно развивавшаяся в СССР в 60–80-е годы прошлого века, предполагала, что вопросами воспитания детей в условиях специального сада и школы занимаются специалисты, и семьи были практически отстранены от воспитательного процесса. Однако ряд ученых продолжили разрабатывать рекомендации для родителей, справедливо полагая, что их влияние на развитие проблемного ребенка должно быть определяющим (С.Д. Забрамная, Е.М. Мастюкова и др.).

Ситуация коренным образом изменилась в 90-е годы XX столетия. Современные гуманистические подходы к воспитанию и адаптации в социум детей с проблемами в развитии предполагают активное участие семьи в процессе развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Но технологии работы с семьей разработаны крайне недостаточно. Большинство публикаций ограничиваются рекомендациями по развитию или формированию тех или иных знаний и навыков. Современная служба практической психологии в образовании ориентирована на сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии.

Книга В.В. Ткачевой практически первое пособие, которое достаточно полно раскрывает основные направления, этапы, содержание и организационные условия деятельности психолога, работающего с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии. Эта книга обобщает 20-летний опыт экспериментальной работы, организованной В.В. Ткачевой сначала на базе московских специальных образовательных организаций, а затем и в разных регионах страны.

Книга состоит из четырех глав и приложений.

В первой главе изложены теоретические основы диагностической и консультативной помощи семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья, изложены ее цели, задачи и принципы.

Во второй главе раскрыты особенности внутрисемейных условий, в которых воспитываются дети с ограниченными возможностями здоровья.

Третья глава представляет описание технологий психологического консультирования семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья, включая основные направления и этапы консультирования, а также приемы взаимодействия психолога с близкими ребенка (мать, отец, бабушка, няня) в процессе их консультирования.

Четвертая глава посвящена вопросам психологического изучения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В ней изложены основные направления и методы психологического изучения семьи, представлена схема экспресс-диагностики и модель психологического заключения.

В приложения включены практические материалы, необходимые психологу при осуществлении консультирования и изучения проблем семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а именно: документация психолога при проведении коррекционной работы с родителями воспитанников; диагностический комплекс методик психологического изучения семьи ребенка с нарушениями в развитии.

В ряде специальных образовательных учреждений России широко используются предложенные В.В. Ткачевой диагностические и коррекционные программы. Их эффективность несомненна.

Выражаем надежду, что психологи, работающие в школах, детских садах, реабилитационных центрах и консультациях, найдут в этой книге ответы на многие острые вопросы, связанные с психологической помощью родителям, воспитывающим ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

*Заведующая кафедрой специальной  
педагогике и специальной психологии МГГУ  
и.м. М.А. Шолохова,  
доктор психологических наук,  
профессор И.Ю. Левченко*

# ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Семья — микросоциум, в котором не только протекает жизнь ребенка, но и формируются его нравственные качества, отношение к людям, представления о характере межличностных связей. В современных исследованиях выявлена прямая зависимость особенностей развития ребенка от семейного фактора: чем сильнее проявляется семейное неблагополучие, тем более выражены нарушения развития у ребенка.

Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), рассматривает ее как реабилитационную структуру, изначально обладающую потенциальными возможностями к созданию максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка (С.Д. Забрамная, И.Ю. Левченко, Э.И. Леонгард, Н.В. Мазурова, Г.А. Мишина, Е.М. Мастюкова, Л.И. Солнцева, В.В. Ткачёва и др.). Семья рассматривается как системообразующая детерминанта в социально-культурном статусе ребенка, предопределяющая его дальнейшее психофизическое и социальное развитие.



Семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ, — реабилитационная структура, обладающая потенциальными возможностями к созданию благоприятных условий для развития и воспитания ребенка

Под специальной коррекционно-развивающей средой в семье понимаются внутрисемейные условия, которые создаются родителями и обеспечивают оптимальное развитие ребенка с психофизическими недостатками. При этом особое внимание уделяется положительному влиянию близких на ребенка с проблемами в развитии, созданию адекватных условий для его обучения не только в специальном учреждении, но и в обра-

зовательной организации общего профиля, а также и дома. Внутрисемейная атмосфера рассматривается как коррекционная среда, которая своим гармоничным воздействием развивает ребенка, формирует в нем положительные нравственные качества, доброе отношение к миру.



Коррекционно-развивающая среда в семье – это внутрисемейные условия, создаваемые родителями и обеспечивающие оптимальное развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Нарушения личностного развития детей с психофизическими недостатками возникают как следствие взаимодействия двух факторов: наследуемых особенностей личности ребенка, преломленных через его дефект (биологическая составляющая); неблагоприятных условий воспитания, создаваемых психоэмоционально травмированными родителями (социальная составляющая).



Нарушения личностного развития детей с ограниченными возможностями здоровья – результат взаимодействия биологического и социального факторов:

- наследуемых от родителей характерологических черт, преломленных через дефект ребенка;
- неблагоприятных условий воспитания, создаваемых психоэмоционально травмированными родителями

Комплексное изучение личностных особенностей родителей детей с ОВЗ и разработка конкретных форм психолого-педагогической и психокоррекционной помощи этим лицам позволяют оказать им существенное содействие в преодолении сложностей социального приспособления и нахождения «социальной ниши» как для себя, так и для своих детей.

Родительская неадекватность в принятии ребенка с проблемами в развитии, недостаточность эмоционально-теплых отношений провоцируют развитие у детей дисгармоничных форм взаимодействия с социальным окружением и формируют дезадаптивные характерологические черты личности. В качестве доминирующих личностных тенденций у детей выявляются тревожность, агрессивность, отгороженность.

К факторам, определяющим характер внутрисемейной атмосферы, прежде всего относят особенности межличност-



ных контактов и взаимоотношений с детьми, которые, в свою очередь, обусловлены конституциональными чертами личности родителей, характером и условиями их собственного воспитания.

Личностные деформации родителей проявляются в виде поведенческих дезадаптаций и неадекватных форм взаимодействия с внешним миром, включая ребенка (сильный стрессовый фактор). Это, в свою очередь, и объясняет травматизацию личности ребенка с ОВЗ родителями, отсутствие в семье необходимых специальных коррекционных условий для его развития, нарушение процесса его социальной адаптации.

Все это в совокупности обуславливает острую необходимость оказания семьям, воспитывающим детей с ОВЗ, специальной психологической помощи.

Реализация комплексного подхода к осуществлению психологической помощи семьям с детьми с ОВЗ позволяет через оптимизацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию межличностных, супружеских, родительско-детских и детско-родительских отношений решать проблемы дифференциальной и адресной помощи проблемному ребенку.

Работа с семьей становится, таким образом, одним из важнейших направлений в системе медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья.



Работа с семьей — одно из важнейших направлений в системе медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ

Система комплексной психологической помощи включает следующие направления работы: **психологическое изучение, консультирование и психокоррекцию**



Психологическое изучение, консультирование и психокоррекция — основные направления системы комплексной психологической помощи семьям, воспитывающим детей с ОВЗ

**Диагностическая и консультативная работа** с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ, предполагает системный подход, включающий определение как основных целей, задач, принципов изучения семьи ребенка с ОВЗ, так и направлений ее психологической диагностики.

**Основная цель** диагностической и консультативной работы — выявление причин, препятствующих адекватному развитию ребенка с ОВЗ и нарушающих гармоничную внутрисемейную жизнедеятельность.

Во время психологической диагностики и консультативной работы с семьями решаются следующие **задачи**:

- ▶ определение степени соответствия условий, в которых растет и воспитывается ребенок дома, требованиям его возрастного развития;
- ▶ выявление внутрисемейных факторов как способствующих, так и препятствующих гармоничному развитию ребенка с ОВЗ в семье;
- ▶ определение причин, дестабилизирующих внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения;
- ▶ определение неадекватных моделей воспитания и деструктивных форм общения в семье;
- ▶ определение путей гармонизации внутрисемейного климата;
- ▶ определение направлений социализации как детей с ОВЗ, так и их семей.

При проведении психодиагностических мероприятий специалисты должны руководствоваться следующими **принципами**.

*Принцип комплексного и многоаспектного изучения проблем семьи.* На современном этапе в качестве субъекта исследования уже не может рассматриваться только ребенок с нарушениями в развитии. В спектр диагностических мероприятий включаются все лица и факторы, влияющие на его развитие. К диагностической работе привлекаются родители, бабушки, дедушки, братья, сестры, няни, другие близкие ребенка. Выбор психодиагностического инструментария должен также отвечать поставленным требованиям.

*Принцип оказания ранней помощи семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья* позволяет обеспечить организованную психолого-педагогическую и социальную поддержку семей, имеющих детей раннего возраста с выявленными нарушениями развития или риском возникновения нарушений развития, для адаптации детей в обществе и содействия их оптимальному развитию.

*Принцип системного подхода в реализации психолого-педагогического сопровождения семьи ребенка с ограниченными*

*ми возможностями здоровья* дает возможность представить семью как дифференцированное целое, подсистемы которого оставляют отдельные члены или несколько членов семьи. Использование системного подхода дает возможность реконструировать структуру семьи в процессе коррекционных мероприятий и привести к позитивным изменениям взаимоотношений между ее членами.

*Принцип психолого-педагогического сопровождения семьи на разных возрастных этапах жизни ребенка, подростка, молодого человека с ограниченными возможностями здоровья, взрослого инвалида* предполагает, что специализированная реабилитационная помощь семье должна осуществляться с момента установления диагноза ребенку с ограниченными возможностями здоровья и не ограничиваться рамками детского или подросткового возраста, а продолжаться в юношеский и взрослый период.

*Принцип выявления реабилитационных возможностей семей детей с ограниченными возможностями здоровья.* Этот принцип, представленный многоаспектно, позволяет выявить потенциал семей, определяющий гармоничное развитие ребенка, а также факторы, оказывающие позитивное влияние на членов семьи и внутрисемейные отношения.

Среди перечисленных выше критериев одним из приоритетных является также *принцип учета психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с нарушениями в развитии, или лиц их замещающих.* Осуществление этого принципа позволяет наметить пути коррекции негармоничных типов воспитания, деструктивных форм общения в семье, нейтрализовать конфликты, смягчить проявление личностных акцентуаций членов семьи, в целом, гармонизировать атмосферу в семье и отношение ее здоровых членов к проблемному ребенку.

*Принцип гуманного и чуткого отношения к членам семьи и к самому ребенку* — важнейший принцип, оптимизирующий решение проблем семьи на разных этапах ее развития. Исследовательская работа не должна быть направлена на «потрясение» семьи и ухудшение взаимоотношений между ее членами. Напротив, она должна включать кроме диагностических и психокоррекционные, психотерапевтические аспекты. Этот принцип, в свою очередь, обязывает следовать другому критерию — *принципу единства диагностики и коррекции.* В соответствии с последним принципом, точное

выявление причины нарушений предполагает и возможность ее максимально успешного исправления.

Огромное значение для установления адекватного контакта с семьей приобретает *принцип конфиденциальности и профессиональной этики психолога*. Этот принцип позволяет создать между членами семьи и психологом необходимые доверительные отношения. Информация личного характера, которую сообщают психологу близкие ребенка, не может быть разглашена или использована против членов семьи и ребенка с ОВЗ.

Принципы психологического изучения и консультирования семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья в развитии:

- принцип комплексного и многоаспектного изучения; проблем семьи;
- принцип оказания ранней помощи семье;
- принцип единства диагностики и коррекции;
- принцип системного подхода в реализации психолого-педагогического сопровождения семьи;
- принцип психолого-педагогического сопровождения семьи на разных возрастных этапах жизни ребенка, подростка, молодого человека с ограниченными возможностями здоровья, взрослого инвалида;
- принцип выявления реабилитационных возможностей семей;
- принцип учета психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с нарушениями в развитии, или лиц их замещающих;
- принцип гуманного и чуткого отношения к членам семьи и к самому ребенку
- принцип конфиденциальности и профессиональной этики психолога.

## **ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ УСЛОВИЙ, В КОТОРЫХ ВОСПИТЫВАЮТСЯ ДЕТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

### **Дефект в развитии ребенка как доминирующая причина травматизации психоэмоциональной сферы его родителей**

В качестве психотравмирующего фактора, определяющего характер личностных переживаний родителей детей с ОВЗ, выступает комплекс психических, сенсорных, речевых, двигательных и эмоционально-личностных расстройств, характеризующих ту или иную аномалию детского развития. Безусловно, выраженность нарушений, их стойкость, длительность и необратимость влияют на глубину переживаний родителей больных детей. Следует также отметить, что психическая травматизация родителей, вызванная нарушениями в развитии ребенка, оказывается более глубокой в том случае, если они сами психически здоровы и не имеют психофизических дефектов. Предметом нашего изучения являются особенности психоэмоционального состояния именно такой категории родителей.

По нашим наблюдениям, если сами родители имеют такие же дефекты, как и их ребенок (в первую очередь, сенсорные или психические), например, мать или отец страдают глухотой или умственной отсталостью, нарушения развития ребенка их практически не травмируют. В этом случае родители идентифицируют дефект ребенка со своим собственным, так что в их сознании он воспринимается как норма. К сожалению, дифференциация переживаний родителей в зависимости от характера нарушений у детей затруднена в силу отсутствия валидного диагностического инструментария.

## Умственно отсталые дети

Специфика нарушений психического здоровья умственно отсталых детей характеризуется, в первую очередь, *тотальным недоразвитием высших корковых функций, инертностью психических процессов, тотальным недоразвитием познавательной деятельности при выраженном стойком дефиците абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения* (Т.А. Власова, Г.М. Дульнев, М.С. Певзнер, С.Я. Рубинштейн, Ж.И. Шиф).

Исследования В.И. Лубовского, А.Р. Лурия, М.С. Певзнер и других ученых показали, что у умственно отсталых детей имеются довольно грубые изменения в условно-рефлекторной деятельности. Им также свойственна несбалансированность в протекании процессов возбуждения и торможения. Все это определяется органическими причинами нарушений психического развития умственно отсталых детей, включая не только процессы познания, но и эмоции, волю и личность в целом.

Предметом глубоких эмоциональных переживаний родителей и близких умственно отсталых детей являются особенности их психофизических нарушений и, в первую очередь, недостаточность интеллектуальной деятельности. В связи с этим тяжесть патогенного воздействия нарушений развития умственно отсталых детей на психику их родителей зависит от таких характеристик умственной отсталости, как стойкость (т.е. необратимость), длительность, степень выраженности (тяжесть, глубина поражения) и характер интеллектуального дефекта.

Интеллектуальный дефект умственно отсталых детей, рассматриваемый как ведущий, оказывает особое дестабилизирующее, угнетающее воздействие на психику их родителей (Р.Ф. Майрамян, В.В. Ткачёва). Именно ведущий дефект является для родителей и близких умственно отсталых детей психотравмирующим фактором, так как данная аномалия, несмотря на имеющийся потенциал к развитию позитивной динамики, в целом исключает возможность полного выздоровления ребенка, его социально-трудовой адаптации и самостоятельной полноценной жизни в социуме.



Интеллектуальный дефект является для родителей и близких умственно отсталых детей тяжелым и длительным психотравмирующим фактором

Рождение ребенка с интеллектуальным дефектом дестабилизирует психологическое состояние родителей еще и потому, что в бытовом сознании это событие часто воспринимается как признак наличия несвойственных человеку характеристик, как отсутствие принадлежности ребенка к человеческому роду («Он не такой, как все», «Он не похож на нас — значит, он не человек»). У родителей такого ребенка окружающие начинают «выискивать» нарушения от нормы и воспринимать их как психически больных лиц. Это естественно возводит невидимую стену между семьей и социальным окружением. Родители умственно отсталых детей чрезвычайно страшатся и стыдятся диагноза, поставленного их ребенку. Они используют все возможности для его изменения на другой, по их мнению, более приемлемый и «щадящий» (ранний детский аутизм, детский церебральный паралич и др.).

Умственно отсталый ребенок, подросток или взрослый воспринимается как близкими людьми, так и в обществе чаще негативно, с насмешкой, хотя в отдельных случаях такое отношение сопровождается избирательной жалостью или снисхождением. Даже в среде специалистов термины «умственная отсталость», «олигофрения», «дебильность», что, по сути, означает то же самое, что и диагноз любого соматического заболевания, используются для негативных, унижительных, дискриминирующих характеристик детей и их близких («олигофрен», «дебил», что означает в бытовом понимании «дурак»). Эта ситуация не повторяется ни с какой другой категорией детей с нарушениями в развитии.

Стереотип негативного восприятия умственно отсталого человека, согласно данным В.В. Юртайкина и О.Г. Комаровой, А.Г. Московкиной, Е.В. Пахомовой, А.В. Абрамовой, оказывается устойчивым, ригидным образованием. Анализ результатов исследований, проведенных этими авторами, показал, что умственно отсталый ребенок воспринимается различными социальными группами испытуемых, в том числе и родителями, негативно.

Отношение матерей к умственно отсталым детям имеет противоречивый характер (О.Б. Чарова, Е.А. Савина). С одной стороны, матери проявляют жалость к детям. Несостоятельность умственно отсталых детей заставляет матерей опекать и контролировать их. С другой стороны, у матерей умственно отсталых детей часто проявляется усталость, раздражение, желание наказать ребенка, игнорировать интересы ребенка

в силу их примитивности. Эмоциональное состояние матерей характеризуется депрессией, чувством вины, горя, стыда и страдания (Р.Ф. Майрамян).

Нарушения в психофизическом развитии детей раннего возраста рассматриваются не только как возможное следствие органических и функциональных нарушений, но и как вторичные проявления, обусловленные дефицитом общения и отсутствием адекватных способов сотрудничества родителей с детьми. Среди них: неумение создавать ситуацию совместной деятельности, неэмоциональный характер сотрудничества, неадекватность позиции по отношению к ребенку и неадекватный стиль воспитания, недостаточная потребность в общении с ребенком (Г.А. Мишина).

О тяжести и глубине психотравмирующего влияния дефекта ребенка на психику родителей (особенно если этот дефект характеризуется как выраженный) свидетельствует и факт более низкой социальной активности родителей умственно отсталых детей по сравнению с родителями других категорий детей. Так, в настоящее время существуют ассоциации, объединяющие родителей аутичных детей, детей с сенсорными нарушениями (с синдромом Ушера) и др. Высокую активность проявляют родители детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, сотрудничая с различными отечественными и зарубежными инвалидными обществами и организациями. Как показывает практика, родители умственно отсталых детей демонстрируют более пассивную социальную позицию, стремление быть «в тени». Они избегают декларирования проблем ребенка, особенно связанных с его интеллектуальным дефектом.

## **Дети с детским церебральным параличом**

Детский церебральный паралич (ДЦП) характеризуется *сочетанием триады расстройств: двигательных, психических и речевых, с сопутствующими нарушениями зрения, слуха и сенсорной чувствительности* (Л.А. Данилова, М.В. Ипполитова, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, Н.В. Симонова).

Первый опыт изучения влияния тяжелой двигательной патологии ребенка на психоэмоциональное состояние родителей в отечественной науке осуществили в рамках медицинских исследований Б.А. Воскресенский, В.А. Вишневецкий,



И.А. Скворцов и др. В работах этих авторов рассматривались различные формы реагирования матерей на проблему нарушения развития ребенка в разные периоды его жизни.

Наиболее фрустрирующими психику родителей детей с ДЦП оказываются двигательные расстройства. Во-первых, они сопровождаются заметными признаками «внешнего калечества»: обезображенная фигура ребенка, гримасы, характерные нарушения речи, модуляции голоса, постоянная саливация. По свидетельствам родителей, это привлекает постоянное внимание окружающих и, таким образом, травмирует сознание близких ребенка (В.В. Ткачёва).

Во-вторых, обездвиженность или особые трудности при передвижении предполагают необходимость постоянной физической помощи больным детям, постоянного ухода за ними, что требует от самих родителей особых усилий. Поиск, покупка и использование специальных средств для передвижения приводят к повышенным материальным затратам родителей, что тоже входит в спектр их переживаний и забот. Даже те дети, у которых в минимальной степени нарушено передвижение, все равно вызывают у родителей глубокие эмоциональные переживания. Это объясняется тем, что темп движения у таких детей медленный, походка неустойчивая, отдельные элементы передвижения требуют дополнительных приспособлений (например, при подъеме и спуске по лестнице, входе и выходе из общественного транспорта). Любой спешащий по своим делам пешеход на улице или в метро может нечаянно задеть, толкнуть ребенка и, не желая того, нанести ему вред. Тяжелые переживания вызывают у родителей и нарушения коммуникации с ребенком при дизартрических расстройствах, особенно при анартрии, а также проблемы в познавательной сфере при снижении уровня интеллектуальной деятельности.



Психику родителей детей с ДЦП фрустрируют двигательные и сопутствующие психические расстройства: речевые и интеллектуальные

Преобладающим стилем воспитания в семьях, в которых растут дети и подростки с детским церебральным параличом, является гиперопека (И.И. Мамайчук, В.Л. Мартынов, Г.В. Пятакова, В.С. Чавес). Этот тип взаимоотношений проявляется в чрезмерной родительской заботе о ребенке, в необычайной преданности ему. Такое отношение к ребенку

сопровождается возникновением у родителей эмоционально-волевых проблем (тревожности, фрустрированности), матери фиксируются на физической и психической беспомощности их детей. Известно, что такая модель воспитания приводит к психопатическому развитию личности больного ребенка, формирует в нем эгоцентрические установки, отрицательно сказывается на становлении чувств ответственности и долга. Как правило, родители, проявляющие этот стиль воспитания, снижают свою трудовую и социальную активность.

Среди семей, воспитывающих детей с двигательной патологией, существуют и такие, в которых имеет место эмоциональное отвержение больного ребенка, проявляющееся в жестком обращении.

## Аутичные дети

Современная наука рассматривает ранний детский аутизм (РДА) как *первазивное* (*pervasive с англ.* — всепроникающее, всеохватывающее) расстройство психики. Симптоматика нарушений при раннем детском аутизме отличается большим полиморфизмом. В настоящее время широкое применение получил термин «расстройства аутистического спектра (РАС)», объединяющий широкий спектр нарушений различной этиологии со сходными характеристиками эмоционально-волевой сферы, речевой деятельности и потенциальных возможностей детей к социальной адаптации.

Отечественная дефектологическая школа (В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, С.С. Морозов, О.С. Никольская) рассматривает в качестве первичного нарушения при РДА особую дефицитарность эмоционально-волевой и коммуникативно-потребностной сфер, а именно: сенсоаффективную гиперстезию и слабость энергетического потенциала (К.С. Лебединская, 1992), проявляющихся в отсутствии или значительном снижении потребности в контактах с окружающим миром.

Нарушения эмоционально-волевой сферы аутичных детей представлены в классификации О.С. Никольской, которая выделила четыре варианта аутистического дизонтогенеза.

Специфика коммуникативно-потребностной сферы аутичного ребенка проявляется не только в нарушениях акта коммуникации, но и в особенностях речи его (мутизм, речевые

штампы, эхолалии, аутодиалоги), а также в факторах, сопровождающих речевое высказывание (несформированность мимики и жестов). Недостаточность структурных компонентов коммуникативной сферы сопровождается при аутизме несформированностью или отсутствием у детей мотивации к общению. Это, в свою очередь, объясняет недостаточность навыков социально-бытовой ориентации и влечет за собой острую потребность в формировании навыков самообслуживания и создании особых условий приема пищи.

Своеобразие сенсорной сферы и недостаточность развития предметной деятельности предопределяют особенности интеллектуального развития аутичных детей. Большая группа детей имеет интеллектуальные расстройства, часть из них — выраженные. У некоторых детей развивается парциальная одаренность в какой-либо из областей знаний.

Специфические особенности в развитии личностной сферы возникают в самом начале жизненного пути аутичного ребенка. Уклонение от глазного контакта с матерью и близкими, отсутствие или вялость «комплекса оживления», нежелание (вплоть до полного избегания) вступать в речевой контакт, отсутствие местоимения «я», речевая стереотипность, препятствующая критичной самооценке, и многие другие нарушения определяют личностное своеобразие аутичного ребенка или подростка. Особое негативное влияние на формирование личностной зрелости аутичного ребенка оказывает несформированность «системы Я», отражающаяся в нарушении идентификации себя с речевым знаком — местоимением первого лица (В.В. Ткачёва).

Травмирующим фактором, влияющим на эмоциональный статус родителей, безусловно, является нарушение способности ребенка к установлению адекватного контакта с окружающим социумом и с ними лично. Впоследствии эта черта ребенка проявляется в виде социально-бытовой неприспособленности и нарушении социальной адаптации. Родители тяжело страдают из-за отсутствия потребности у ребенка в адекватном контакте: прижаться, приласкаться к матери или отцу, посмотреть им в глаза, побеседовать.



Фактором, травмирующим эмоциональный статус родителей аутичного ребенка, является нарушение у него способности к установлению адекватного контакта с окружающим социумом и с ними лично

Холодность и безразличие аутичных детей даже к близким часто сочетаются с повышенной ранимостью и эмоциональной хрупкостью. Дети пугаются резких звуков, громкого голоса, малейших замечаний в свой адрес, что особо затрудняет взаимодействие близких с ребенком и требует постоянного создания специальных условий для его жизнедеятельности (Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг).

Особая недостаточность энергетического потенциала ребенка травмирует личность родителя, повышает его собственную ранимость и часто *превращает родителя в эмоционального донора*.

Для родителей особой психотравмирующей проблемой является отсутствие специального вида коррекционных учреждений для аутичных детей. В настоящее время роль таких учреждений выполняют Центры психолого-медико-социального сопровождения, специализирующиеся на оказании помощи аутичным детям и их родителям. Однако число их невелико и расположены они, как правило, в столице или крупных городах. В силу сложившихся обстоятельств большинство аутичных детей получают помощь в различных специальных коррекционных образовательных организациях, преимущественно, VIII вида для умственно отсталых детей, часть аутичных детей с нормальным интеллектуальным развитием и без особых поведенческих расстройств интегрируются в массовые организации. Аутичные дети, живущие на периферии, лишены и этой помощи.

Перечисленные особенности аутичных детей требуют от родителей создания дома специфических условий внутрисемейного быта и формирования особых моделей взаимодействия и воспитания.

## **Дети с задержкой психического развития с выраженными психопатоподобными расстройствами поведения**

В последние годы значительно расширился круг специалистов, занимающихся изучением детей с задержкой психического развития (Н.Ю. Борякова, М.А.Касицына, Г.А. Бутко, Т.Н. Волковская, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, И.Ф. Марковская, У.В. Ульяновка, О.В. Лебедева, С.Г. Шевченко и др). В научно-методической литературе

активно обсуждаются вопросы обучения и воспитания детей данной категории. Дети с задержкой психического развития имеют более благоприятные прогнозы на будущее, чем дети других категорий. Возможная «обратимость» возникших нарушений при условии проведения соответствующих коррекционных мероприятий предопределяет временный характер трудностей и делает эту категорию детей одной из перспективных для сознания родителей.

Однако сопутствующие нарушения, возникающие у детей с психогенной и органической задержкой, вызывают у родителей особые проблемы социального характера. К таким проблемам относятся выраженные и стойкие психопатоподобные расстройства поведения, которые развиваются у детей на почве особой биологической дефицитарности. Эти нарушения свидетельствуют о наличии тенденции к аномальному развитию личности по типу психической неустойчивости (Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев). Они наблюдаются, в первую очередь, при задержке психогенного происхождения, которая возникает в результате патологического влияния социального окружения на ребенка с первых дней его жизни. Несомненно, что родительское отношение и внутрисемейная атмосфера играют при этом основную роль. Как правило, психогенная задержка возникает как результат социальной депривации ребенка, когда семейная среда либо отсутствует по каким-то причинам, либо использование родителями неадекватных моделей воспитания оказывает деформирующее воздействие на неокрепшую детскую личность. Результаты подобного влияния близких проявляются незамедлительно в виде искажения коммуникативного взаимодействия с социальным окружением, в первую очередь — с самими родителями.

В связи с этим особое фрустрирующее воздействие на родителей этой группы имеют различные формы нарушения детского поведения: бессмысленное упрямство, немотивированная грубость, злобность и агрессивность, постоянное желание быть в центре внимания, ярко выраженный эгоизм. *Патологическое развитие личности, проявляющееся в постоянных конфликтах, социальной неадекватности и социально неприемлемых формах поведения детей, вызывает у родителей чувство безысходности и полной потери связи с ребенком.*

Особую категорию представляют дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), которые в силу

определенных нарушений испытывают огромные трудности в плане социального приспособления с раннего возраста (Н.Н. Заваденко). Трудности коммуникативного контакта, высокая возбудимость и гиперактивность детей требуют от родителей повышенного внимания и напряжения. Особенности ребенка как бы поглощают внутренний энергетический потенциал родителя, истощают его психическое состояние.



Особое напряжение и повышенное внимание у родителей детей с задержкой психического развития вызывают проблемы, связанные с усвоением учебного материала, личностная незрелость, патология поведения и соматической сферы, трудности коммуникативного характера, высокая возбудимость и гиперактивность детей

Тяжело переживают состояние здоровья своих детей и родители детей с длительно протекающими инвалидизирующими соматическими заболеваниями (пороки внутренних органов, рак, ВИЧ-инфекция).

## Дети с речевой патологией

Особенности речевой деятельности детей с алалией, афазией, анартрией, заиканием и другими тяжелыми речевыми нарушениями, а также расстройства речи детей с умственной отсталостью, с детским церебральным параличом, задержкой психического развития и аутизмом являются отягощающими для психики родителей. Именно нарушение речи или ее полное отсутствие является предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в родительско-детских отношениях.



Нарушения речи или ее полное отсутствие являются предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в родительско-детских отношениях

Для специалистов, работающих с различными категориями детей с речевой патологией, взаимодействие с родителями приобретает все большую значимость (Т.Н. Волковская, Л.М. Крапивина, Ю.В. Микляева, Н.А. Гегелия, Г.А. Волкова). Важную роль играет сотрудничество между логопедическим

детским садом и семьей. В публикациях последних лет описываются основные формы работы с родителями, проводимые в специализированных организациях, приводятся методические рекомендации, которыми следует руководствоваться родителям в домашних условиях.

## Дети с сенсорными нарушениями

Психологические особенности детей с сенсорными нарушениями изучены практиками и представлены в научной литературе наиболее полно (Т.И. Басилова, Р.М. Воскис, Л.П. Григорьева, В.З. Денискина, М.В. Жигорева, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева, Л.И. Тигранова и др.).

В группе родителей детей с нарушениями слуха можно выделить две категории: родители с нормальным слухом и родители, страдающие нарушением слуховой функции. Вторая группа родителей, согласно исследованию Н.В. Мазуровой, не испытывает особых переживаний в силу идентификации нарушений ребенка с их собственными.

Для родителей первой группы нарушение слуха у ребенка является фрустрирующим препятствием к установлению естественного социального контакта и межличностных связей. Это влечет за собой искажение внутрисемейных отношений и родительских (в первую очередь отцовских) позиций, провоцирует негативное отношение глухих детей к близким и оказывает деформирующее влияние на развитие их личности (Н.В. Мазурова, Т.Г. Богданова).

Родительско-детские отношения в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения, также характеризуются как неадекватные (В.З. Денискина, Л.И. Солнцева, С.М. Хорош). В результате у детей формируются инфантильные и эгоистические черты личности, наблюдается неповиновение взрослым или «эмоциональная» глухота к потребностям близких.



Для родителей детей с сенсорными расстройствами, которые сами не страдают подобными дефектами, нарушения слуха или зрения у ребенка, или обоих анализаторов одновременно, являются фрустрирующим препятствием к установлению с детьми естественного социального контакта и межличностных связей

Предметом особого беспокойства для родителей детей с нарушениями зрения являются трудности пространственной

ориентировки детей и длительно неформирующаяся личностная зрелость, вследствие чего одной из наиболее важных становится транспортная проблема. Родители постоянно тревожатся о том, как их дети смогут преодолевать эту проблему самостоятельно.

Специфические проблемы воспитания таких детей даны в пособии «Психология воспитания детей с нарушениями зрения», вышедшем под редакцией Л.И. Солнцевой и В.З. Денискиной (2004). Авторы излагают родительские позиции и приводят практические приемы коррекции недостатков психического развития детей с нарушениями зрения в процессе их социализации и вхождения в жизнь.

По мнению практиков, в сознании не каждого слышащего и зрячего родителя формируется потребность к усвоению специальных форм взаимодействия (дактилологии и жестовой речи) с ребенком, имеющим бисенсорный дефект. В некоторых случаях отсутствие таких навыков (например, при синдроме Ушера) может ограничивать как контакты самого ребенка с окружающим миром, так и возможные формы взаимодействия с ним родителей. Это также обуславливает возникновение коммуникативного барьера между ребенком и его родителями (И.В. Соломатина).

Выраженные нарушения сенсорных функций, отягощенные интеллектуальными расстройствами, вызывают особо тягостные переживания родителей. У детей со сложной структурой дефекта оказывается стабильно нарушена возможность взаимодействия с окружающим миром и, следовательно, возможность развития. Чаще всего такие дети помещаются в специальные организации интернатного типа (г. Сергиев Посад) или же в организации социальной защиты. Некоторые семьи длительно не решаются принять подобное решение и оставляют ребенка дома. Отдельные родители, преодолев многие как внутренние, так и внешние преграды, устраиваются на работу по месту обучения и проживания ребенка.

Итак, анализ родительских жалоб, включающих переживания по поводу основного дефекта ребенка, раскрывает характер и глубину травматизации их личности.



## Личностные особенности детей с ограниченными возможностями здоровья и характер детско-родительских отношений

В психолого-педагогических исследованиях Л.И. Божович, А.И. Захарова, М.И. Лисиной, В.С. Мухиной и др. подчеркивается, что на протяжении дошкольного возраста (от трех до семи лет) стремительно структурируются отношения ребенка с ближайшим окружением. Одновременно под воздействием социального окружения и отношения к ребенку значимых близких лиц в структуре его личности формируются доминирующие характерологические черты (А.Я. Варга, А.С. Спиваковская).

Недостаточность познавательных процессов у детей с нарушениями в развитии является причиной своеобразия формирования их эмоционально-волевой, личностной и поведенческой сфер (Ж.И. Шиф). Не следует также забывать об особенностях конституциональных характеристик личности, которые каждый ребенок наследует от своих родителей. Становление вышеупомянутых сфер у детей с ОВЗ в развитии происходит на измененной основе, что, несомненно, ведет к качественным отличиям. С другой стороны, недостаточность и неадекватность взаимодействия родителей с детьми в эмоциональном плане усугубляет дефект ребенка, искажает его личностное развитие и снижает возможности социально-приспособительных характеристик.

Можно выделить *общие черты* личностного развития детей и их отношений с родителями.

Все дети, включая в первую очередь и детей с ОВЗ, испытывают потребность в постоянных эмоционально-положительных контактах с родителями, их тепле и близости.

В беседах дети тепло отзываются о родителях, часто скрывая их холодность и недостаток внимания и любви. В 92% случаев дети высказывают острую потребность в теплых аффилиативно-насыщенных отношениях с родителями. Об этом свидетельствуют примеры из протоколов и дневников наблюдений за детьми.

Из беседы с Мишей П.: «Я бы хотел, чтобы мама чаще бывала дома...». Из беседы с Костей Н.: «Я хочу пойти с папой».

в парк, но он все время в командировке. Поэтому я всегда хожу гулять с тетей Таней (гувернанткой)».

У части детей доминирующие отношения складываются лишь с каким-то одним родителем (чаще матерью), что, как правило, свидетельствует об отсутствии второго родителя в семье или о его холодном отношении к ребенку.

Особую настороженность вызывают данные о том, что у части детей образ отца в ответах отсутствует. Некоторые дети вообще не дифференцируют образы отца и матери, а родители воспринимаются ими как нечто абстрактное (см. шкалу «Родители как чета» по методике Р. Жила).

В случае недостаточности или неадекватности родительско-детского общения имеет место феномен «переориентации» аффилиативных чувств детей к тем лицам, которые находятся в этот момент или длительно рядом с ними (контакты с родителями замещаются на контакты с другими субъектами).

Результаты анализа выполнения детьми экспериментальных заданий показывают, что в случае искажения детско-родительских и родительско-детских отношений в качестве самых близких им людей могут выступать не родители, а другие лица: бабушки, дедушки, братья, сестры, друзья, учителя, а также домашние животные и предметы (игрушки). Это свидетельствует об изменении направленности детских аффилиативных контактов и искажении детско-родительских отношений. Примером может служить форма обучения ребенка в специальной коррекционной образовательной организации, которая несомненно влияет на развитие взаимоотношений членов семьи с детьми. Обучение ребенка вдали от дома (интернатная форма обучения) не позволяет сформировать необходимую глубину привязанности детей к родным. Однако потребность в проявлении человеческого тепла и любви у детей не исчезает. Возникает феномен «переориентации» аффилиативных чувств к тем людям, которые находятся в этот момент рядом с ребенком. Ими оказываются учителя и воспитатели интернатного учреждения. Ситуация может стать и трагичной, когда ребенок оказывается под влиянием лиц, ведущих асоциальный образ жизни.

Отсутствие родительского тепла изменяет личностную сферу ребенка, формируя вместо позитивно устойчивых черт характера, необходимых для успешной адаптации в социуме, неадекватные личностные характеристики.

Взаимодействие детей с социальной средой без родительской любви и поддержки приобретает неадекватные формы и ведет к возникновению коммуникативных проблем. Отношения с людьми окрашиваются в сознании ребенка в неблагоприятные оттенки: отгороженность, тревожность, агрессию.

Общие черты личностного развития детей:

- все дети, включая в первую очередь и детей с ОВЗ, испытывают потребность в постоянных эмоционально-положительных контактах с родителями;
  - в случае недостаточности или неадекватности родительско-детского общения имеет место феномен «переориентации» аффилиативных чувств детей к тем лицам, которые находятся в этот момент или длительно рядом с ними (контакты с родителями замещаются на контакты с другими субъектами);
  - взаимодействие детей с социальной средой без родительской любви и поддержки может приобретать неадекватные формы и ведет к возникновению коммуникативных проблем.
- Отношения с людьми окрашиваются в сознании ребенка в неблагоприятные оттенки: отгороженность, тревожность, агрессию

Ценную информацию об особенностях сферы общения детей со значимыми близкими дают рисуночные тесты, «Фильм-тест» Р. Жила и методика «Два дома». Доминирующие позиции в личностной сфере занимают отгороженность, тревожность и агрессия.

В рисунках четко проявляется отсутствие контакта и *отгороженность* детей от близких взрослых. Одной из характеристик, отражающей в рисунках детей особенности межличностной и коммуникативной сфер, является *изолированное изображение себя*, проявляющаяся довольно разнообразно:

► отсутствие себя на рисунке или дорисовывание себя после дополнительного вопроса психолога (А где ты? Разве ты не член семьи? Почему ты забыл нарисовать себя?);

► изоляция себя от родителей и других членов семьи (изображение себя в отдельном доме, в другой комнате, на другом этаже дома или в стороне от близких);

▶ расположение себя в отдельной группе с кем-либо из детей (братом, сестрой, друзьями) или домашним животным, игрушкой;

▶ изображение членов семьи как бы уходящими от ребенка (члены семьи уезжают в легковой машине, ребенок остается один);

▶ изображение себя уходящим от всех в никуда или умершим (изображение себя повесившимся — вариант проектируемого суицида).

Результаты психолого-педагогического наблюдения показывают, что *тревожность* детей проявлялась уже при первом контакте. Об этом свидетельствуют: выражение глаз ребенка (сензитивность, отказ от зрительного контакта), робость, осторожность и неуверенность в осуществлении поведенческих актов, неуверенная осанка (сгорбленность, сутулость), стремление спрятаться за спиной взрослого.

В рисунках детей *тревожность* проявляется:

▶ в печальной позе (руки опущены, волосы изображены ниспадающими линиями), в печальном выражении лица и глаз;

▶ в фигуре человека, занимающей весь лист;

▶ в прорисовке глаз (отсутствует важнейший элемент, осуществляющий контакт, — зрачок или глаз полностью закрашен темной краской, т.е. вместо живого зрачка пустая темная дыра);

▶ в изображении плотно сомкнутых губ (отсутствие потребности в контакте).

*Агрессивность* детей чаще выражается в импульсивности реакций, стремлении подчинить себе детский коллектив, вербальных угрозах, неадекватных поведенческих действиях.

В рисунках *агрессивные тенденции* проявляются:

▶ в характерном изображении позы ребенка (сжатые кулаки, широко расставленные ноги);

▶ в выражении лица (наглое, агрессивное, насмешливое);

▶ в обильной прорисовке острых линий (зубов, торчащих волос, ногтей).

Агрессивность и авторитарность родителей в отношениях с детьми также находят свое отражение в детских рисунках. Родители изображаются детьми с использованием агрессивной символики: руки подняты вверх, размер ладоней увели-

чен, на пальцах когти или острые ногти, большой рот открыт, видны зубы.

Результаты, полученные с помощью методик «Лесенка для детей», «Два дома» и рисуночных тестов, показывают, что значимость родителей в сознании ребенка уменьшается, если их отношение приобретает неадекватные формы.

Итак, представленные выше примеры демонстрируют факт того, что дети, неосознанно ранжируя качество отношения к себе разных людей, в том числе и родителей, могут оставлять их в иерархии межличностных контактов на последнем месте.

Оценивая личностные и межличностные особенности детей, следует отметить, что формирование характерологических черт личности обусловлено двумя факторами:

— конституциональными особенностями, т.е. чертами, унаследованными от родителей;

— воздействием значимого социального окружения, т.е. условиями, адекватными или неадекватными возрастным потребностям развития ребенка.

В случае детей с ограниченными возможностями здоровья формирование характеристик биологической составляющей (конституциональные личностные черты) усугубляется под влиянием первично нарушенных функций ребенка. Базовая составляющая структуры личности (конституциональные особенности) преломляется через первичный дефект. Так, у слепых в результате воздействия первичного дефекта в личностных контактах доминирует неуверенность, робость, тревога. Следствием сенсорного нарушения в личностной сфере глухих является импульсивность, истеричность, агрессия.

С другой стороны, социальная ситуация, в которую оказывается включен ребенок и в которой осуществляется его коррекционно-воспитательный процесс, не соответствует цели воспитания гармоничной личности. Это происходит в силу того, что у самого родителя, осуществляющего взаимодействие с ребенком, в сложившихся обстоятельствах под влиянием психотравмирующей ситуации обостряются личностные черты (развиваются акцентуации характера). Родители, как правило, не имеют достаточных знаний об особенностях воспитания ребенка с ОВЗ и не демонстрируют стремления к их обретению. Многие из родителей ориентиру-

ются в этом вопросе на традиции семьи и игнорируют возможность получения педагогических знаний через специалистов.

Перечисленные причины, несомненно, негативно влияют на ребенка и искажают его личностное развитие.

Итак, два фактора, определяющие формирование личности ребенка с ОВЗ, оказываются неоптимальными:

— биологическая составляющая (конституциональные особенности ребенка, преломляющиеся через его дефект);

— социальная составляющая (воспитание детей осуществляется психотравмированными родителями, имеющими низкий уровень психолого-педагогических знаний).

Все это в совокупности обуславливает стойкую предрасположенность к нарушению личностного развития детей и в связи с этим острую необходимость оказания им психологической помощи.

Родительская неадекватность в принятии ребенка с проблемами в развитии, недостаточность эмоционально-теплых отношений провоцируют развитие у детей негармоничных форм взаимодействия с социальным миром и формируют дезадаптивные характерологические черты личности. Вместо смягчения проблем, имеющих у ребенка, путем формирования гармоничных личностных черт в результате родительской любви взрослые отягчают путь вхождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в мир сложных социальных отношений.

## **Уровни деформации внутрисемейных взаимоотношений и социальных контактов**

В результате рождения ребенка с ОВЗ отношения внутри семьи, а также контакты с социумом искажаются. Причины нарушений связаны с психологическими особенностями состояния больного ребенка, а также с колоссальной эмоциональной нагрузкой, которую несут члены его семьи в связи с длительно действующим психотравмирующим фактором. Многие родители в сложившейся ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как *«внутренний» (психологический) и «внешний» (социальный) тупик.*

Согласно результатам исследований отечественных и зарубежных авторов и анализа полученных нами эксперимен-

тальных данных, качественные изменения, имеющие место в семьях данной категории, проявляются на психологическом, социальном и соматическом уровнях.



В результате рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья отношения внутри семьи, а также контакты с социумом искажаются. Деформации проявляются на психологическом, социальном и соматическом уровнях.

## Психологический уровень

Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья воспринимается его родителями как величайшая трагедия. Факт появления на свет «не такого, как у всех» ребенка является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь матерью. Стресс, имеющий пролонгированный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и становится исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшегося в семье жизненного уклада. Под жизненным укладом понимается:

- сложившийся стиль внутрисемейных взаимоотношений;
- система отношений членов семьи с окружающим социумом;
- особенности миропонимания и ценностных ориентаций каждого из родителей ребенка с ОВЗ.

Все надежды и ожидания, которые испытывали члены семьи в связи с будущим ребенка, оказываются тщетными и обрушиваются в один миг, а осмысление происшедшего и обретение новых жизненных ценностей растягивается порой на длительный период. На наш взгляд, это может быть обусловлено многими причинами, среди которых:

- личностные особенности самих родителей, их способность или неспособность принять больного ребенка;
- наличие комплекса расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития, степень их выраженности;
- отсутствие положительно-поддерживающего воздействия социума в контактах с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Распределение обязанностей между мужем и женой, отцом и матерью в большинстве семей носит традиционный характер. Проблемы, связанные с внутренним состоянием и обеспечением жизнедеятельности семьи (хозяйственные, бытовые), а также с воспитанием и обучением детей, в том числе и с нарушениями в развитии, в основном ложатся на женщину. Мужчина — отец больного ребенка — обеспечивает, в первую очередь, экономическую базу семьи. Он не оставляет и не изменяет профиль своей работы из-за рождения больного ребенка и, таким образом, не выбывает, как мать ребенка, из привычных социальных отношений. Его жизненный стереотип, согласно нашим эмпирическим наблюдениям, не столь сильно подвергается изменениям, так как большую часть времени он находится в той же социальной среде (на работе, с друзьями и т.д.). Отец в силу занятости на работе и в соответствии с традиционным пониманием своих семейных обязанностей меньше, чем мать, проводит времени с больным ребенком. Поэтому его психика не подвергается патогенному воздействию стресса столь же интенсивно, как психика матери больного ребенка. Приведенные характеристики, как правило, являются наиболее распространенными. Но, безусловно, есть и исключения из правил.

Эмоциональное воздействие стресса на женщину, родившую больного ребенка, неизмеримо значительнее. Сам факт того, что именно она произвела на свет «вместо чуда это больное существо», заставляет ее невыносимо страдать. У матерей часто наблюдаются истерики. Страхи, одолеваящие женщин по поводу будущего ребенка, рождают чувство одиночества, потерянности и ощущение «конца» жизни. Матери находятся с детьми-инвалидами постоянно. Обилие повседневных забот, связанных с ребенком, ведет к повышению физической и моральной нагрузки, подтачивает силы, вызывает утомление, астенизацию и депрессивные настроения. Часто у матерей наблюдается снижение психического тонуса и самооценки, что проявляется в отказе от реализации собственных творческих планов и карьерного роста, в потере интереса к себе как женщине и личности, в потере «вкуса» к жизни.

По нашим наблюдениям, выраженные психофизические нарушения ребенка, а также личностная незрелость матери, проявляющаяся в неспособности перенести такой жизненный удар, могут служить источником материнской депривации.



Любовь к ребенку, как специфическое чувство, возникает у женщины еще в период беременности. Но именно это светлое чувство укрепляется и расцветает в ответ на эмоциональную взаимность ребенка: его улыбку, комплекс оживления при появлении матери и др. Депривация материнских чувств может инициироваться недостаточностью этих социальных качеств ребенка, находящихся в стадии формирования.

Вследствие того, что рождение больного ребенка, а затем его воспитание, обучение и, в целом, общение с ним является длительным патогенно действующим психологическим фактором, личность матери может претерпевать существенные изменения (В.А. Вишневский). Депрессивные переживания могут трансформироваться в невротическое развитие личности.

## Социальный уровень

После рождения ребенка с проблемами в развитии его семья, в силу возникающих многочисленных трудностей, становится малообщительной и избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и даже родственников по причине характерных особенностей состояния и развития больного ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей (страх, стыд).

Испытание подобного рода оказывает деформирующее воздействие и на взаимоотношения между родителями больного ребенка. Одним из самых печальных проявлений, характеризующих состояние семьи после рождения ребенка с ОВЗ, является *развод*. Не всегда причиной развода называется больной ребенок. Чаще всего семейная пара, объясняя причину разрыва отношений, ссылается на испортившийся характер партнера по браку, отсутствие взаимопонимания в семье, частые ссоры и, как следствие, охлаждение чувств.

Тем не менее объективным стрессором, фрустрирующим психику членов семьи, является сам факт рождения больного ребенка и состояние его здоровья в последующий период. Сложившаяся новая ситуация становится испытанием для проверки подлинности чувств как между супругами, так и между каждым из родителей и больным ребенком. Известны случаи, когда подобные трудности сплывали семью. Однако часть семей не выдерживают такого испытания и распада-

ются, что оказывает отрицательное воздействие на процесс формирования личности ребенка с нарушениями в развитии.

Из-за чувства одиночества, которое испытывает мать, воспитывающая ребенка с ОВЗ, а также в силу других причин (часто генетических — правомерный страх перед рождением еще одного аномального ребенка), некоторые семьи отказываются от рождения других детей.

Есть семьи, в которых воспитывается еще один или два здоровых ребенка. В большинстве из них ребенок с нарушениями развития является последним из родившихся. В таком случае имеется больше благоприятных возможностей для нормализации психологического состояния этих родителей по сравнению с объективными возможностями родителей, воспитывающих единственного ребенка-инвалида. Родители, у которых здоровые дети родились после больных или здоров один ребенок из двойни, составляют немногочисленную группу.

Могут ухудшаться не только отношения между супругами. Отношения между матерью ребенка с ОВЗ и ее родителями или родителями ее мужа также могут изменяться не в лучшую сторону. Дефект ребенка трудно принять неподготовленному человеку. Отношение прародителей к внуку и его матери может поначалу определяться чувством жалости. Однако с возрастом силы слабеют, бабушки и дедушки уже не могут делать то, с чем успешно справлялись на протяжении многих лет. Иногда со стороны бабушек и дедушек звучат горькие укоры в сторону ребенка с ОВЗ и его матери («Ты виноват в том, что бабушка за тобой столько ухаживала, а теперь болеет» или «Ты виновата в том, что у меня нет здоровых внуков» и др.).

Различны образовательные уровни родителей. Согласно нашему исследованию (1999), среднее или среднее специальное имеют 61,8% родителей, а высшее образование — 38,2%, в том числе матери с высшим образованием составляют 19,4%.

Однако часть матерей после рождения больного ребенка вынуждена изменить профиль своей работы или же вообще оставить ее. Уход женщины с работы лишает ее заработка, изменяет ее социальный статус и ставит в зависимое положение от супруга или родителей. Таким образом, в лице матери больного ребенка в связи с невозможностью для нее продолжать работу по избранной до рождения ребенка специальности общество теряет квалифицированного специалиста.

По мере взросления ребенка с ограниченными возможностями здоровья изменяется и направленность социальных контактов его семьи. Потребность решать проблемы здоровья, обучения и воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья включает в близкий круг социальных контактов семьи врачей, педагогов и других специалистов. С момента определения ребенка в специальную образовательную организацию семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья расширяет круг своих знакомств за счет общения с такими же семьями. Этому также способствуют и современные средства связи — интернет.

Заслуживает внимания также тенденция, проявившаяся у отдельных матерей, воспитывающих детей с множественными и выраженными дефектами развития. В связи с тем, что потребность воспитания и обучения такого ребенка не всегда обеспечивается системой государственного образования, некоторые матери находят в себе силы и возможности для получения специального образования и используют новые знания для развития и обучения как своего ребенка, так и других детей.

Длительное изучение проблем, возникающих в семьях воспитанников специальных учреждений, и наблюдение за их разрешением позволяет нам выявить еще одну особенность, характеризующую социальную позицию значительной части родителей в отношении воспитания, развития и преодоления проблем больного ребенка. Эту позицию можно назвать *иждивенческой* или *безынициативной*. Родители считают, что их ребенком должны заниматься сотрудники организации, в котором он воспитывается, обучается или продолжительно лечится и живет.

## Соматический уровень

Стресс, возникший в результате отклонений в развитии ребенка или комплекса необратимых психических расстройств, может сыграть роль пускового механизма соматических заболеваний у его родителей. Образуется патологическая цепочка: недуг ребенка вызывает психогенный стресс у его родителей, что, в той или иной степени, провоцирует возникновение у них психосоматических заболеваний. Таким образом, заболевание ребенка, его психическое состояние может являться психогенным и соматогенным для организма и психики родителей. Подобные явления имеют место в первую очередь в сомати-

ческом состоянии матерей (Ф.В. Бассин, В.А. Вишневский, М.М. Кабанов, В.В. Ковалев, Б.А. Лебедев, Р.Ф. Майрамян, В.Н. Мясичев, В.В. Николаева и др.).

Ухудшение соматического здоровья матерей больных детей имеет следующие проявления: колебание артериального давления, бессонница, частые и сильные головные боли, нарушение терморегуляции. Чем старше становится ребенок (т.е. чем длительнее психопатогенная ситуация), тем в большей степени у некоторой части матерей проявляются нарушения здоровья. Возникают расстройства менструального цикла и ранний климакс; частые простуды и аллергия; сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания; выраженное или тотальное поседение; проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом, гастриты, язвы (Р.Ф. Майрамян). Наши наблюдения свидетельствуют о том, что матери больных детей часто жалуются на общую усталость, отсутствие сил, а также отмечают состояние депрессии и тоски.

Безусловно, и физическая нагрузка таких родителей чрезвычайно велика, особенно это касается родителей, воспитывающих детей с ДЦП (постоянная помощь ребенку при его перемещении по дому, еженедельная перевозка ребенка различными видами общественного транспорта из дома в школу и назад, особенно при отсутствии надлежащих вспомогательных средств). Трудности, с которыми в этом плане сталкиваются родители умственно отсталых детей, имеют свою специфику, например, ежедневное сопровождение ребенка в школу (если это не школа-интернат) и домой в большом городе требует больших временных затрат, иной раз сопоставимых с продолжительностью рабочего дня.

Тем не менее первостепенную роль в ухудшении соматического состояния родителей играет не огромная физическая нагрузка, а психологический фактор и ничем не измеримая тяжесть переживаемых ими чувств. Для родителей больных детей патогенными являются переживания, в первую очередь связанные с перечисленными ранее психологическими особенностями развития их детей (признаки интеллектуального недоразвития, внешнее калечество, двигательные, речевые, сенсорные и другие нарушения). Чувство страха, неуверенности в себе, различные формы депрессий — эти болезненные состояния родителей являются ответной реакцией на травми-

рующее переживание не только их личности, но и всего их биологического организма.

Среди осложнений или отдаленных последствий перенесенного стресса некоторые авторы усматривают возможность изменения нервно-психической реактивности организма родителей *«вследствие повышения психогенной «ранимости»* даже после однократно перенесенного психогенного заболевания и возможность возникновения *«резидуальных невротических состояний»* (В.В. Ковалев).

Особо значимым в данном контексте является воздействие на отдельных матерей повторных психотравм, уже не связанных непосредственно с состоянием здоровья и аномалией развития их ребенка. К таким травмам могут относиться как относительно легкие — конфликты в транспорте или в магазине, конфликт с начальством, увольнение с работы, ссора с родственниками, страх перед исключением ребенка из учебного учреждения по причине неуспеваемости, так и более тяжелые — развод, уход мужа в другую семью, смерть близкого человека.

Новая травмирующая ситуация оценивается такими матерями как более тяжелая, длительная и глубокая. Они как бы принимают от жизни удар за ударом, и каждый новый травмирующий их психику стресс низвергает их все ниже и ниже.

По мере взросления больных детей переживания их матерей могут лишь несколько сглаживаться, однако это вовсе не означает, что переживание завершается и отключается от настоящего, как это имеет место в некоторых случаях у больных неврозами.

Длительная психотравма ведет к нарушению эмоциональной регуляции и смещению уровней аффективного реагирования. При развитии психогенного процесса дезадаптационные механизмы проявляются в различной последовательности и в зависимости от того, в каком звене эмоциональной системы имело место перенапряжение. При развитии психосоматических процессов эмоционально-социальный стресс нейтрализуется процессами психологической защиты, невротизация не развивается, а перенапряжение суммируется и проявляется в дезадаптации физиологического уровня реагирования, приводящей к нарушению соматического здоровья.

## Особенности ценностных ориентаций и мотивационных установок родителей

В развитой форме потребности, мотивы и ценностные ориентации родителей могут быть представлены следующим образом: родительские установки и ожидания, родительское отношение, родительские чувства, родительские позиции, родительская ответственность, стиль семейного воспитания. Ценностные ориентации объединяют семью, определяют перспективы ее развития и пути воспитания детей в семье. Сходство семейных ценностей понимается как социально-психологическое качество, отражающее единство взглядов супругов на общечеловеческие нормы, правила, принципы формирования и развития семьи как малой социальной группы. Качественные характеристики супругов как родителей проявляются в виде родительских установок и ожиданий.

*Родительские установки* — это определенный взгляд родителя на свою роль, включающий репродуктивный компонент, основанный на когнитивном, эмоциональном и поведенческом аспектах. *Родительские ожидания* тесно связаны с родительскими установками (Р.В. Овчарова). Они дают родителям право ожидать от других признания их ролевой позиции как родителей. Родительские установки и ожидания включают три уровня презентации:

- репродуктивные установки супругов в аспекте их отношений (мы — родители);
- установки в родителско-детских отношениях (мы — родители нашего ребенка);
- установки и ожидания в отношении ребенка (детей).

Любая семья создается ради рождения ребенка. То, каким он будет, имеет для любого родителя особый смысл. Главное, о чем мечтают родители, — это здоровье и счастье ребенка. В большинстве мировых культур ребенок — одна из высочайших ценностей, которой наградила человека природа. Что ценно для родителя в ребенке? Во-первых, то, что он есть. Во-вторых, важно также и то, что это — его ребенок, его кровь и плоть, его творение и продолжение рода. Это возможность воплощения себя в ребенке, продолжение после смерти своих идей и мыслей в жизни ребенка. Наконец, ребенок дает возможность передать через него другим поколениям созданные родителем как материальные, так и духовные ценности.

Родители мечтают о том, чтобы в их ребенке воплотились те качества и черты, которые они считают в себе лучшими. Важную роль при этом приобретает феномен «копирования», когда внешность ребенка имеет большое сходство с кем-либо из родителей, а также когда ребенок наследует от родителей какие-нибудь черты характера или способности. Родителям льстит то, что ребенок похож на них («Он моя копия», «Да, он вылитый отец») или обладает теми же личностными чертами («Мой сын — душа компании, так же как и я»).

Ценность ребенка для родителей связана и с возможностью развития в нем желаемых качеств и способностей. Наследуемые ребенком способности устроены таким образом, что при организации особых развивающих условий они многократно умножают свои качества. Одним из примеров может служить передача профессиональных способностей от отцов и матерей к детям в семейных династиях музыкантов, художников, скульпторов, учителей, мастеров прикладных искусств и др.

Свое взаимодействие с ребенком родители строят на основе традиций той культурной среды, носителями которой сами являются. Именно родители в процессе взаимодействия с ребенком формируют в нем те качества, которые затем вырастают в его личностные свойства.

Согласно нашим наблюдениям, потребность в рождении ребенка в семьях, как правило, достаточно высокая. А вот мотивация на осуществление воспитательных действий присутствует не у всех родителей. Согласно традициям русской культуры, родители должны осуществлять целенаправленное воспитание ребенка. Однако многие семейные пары ограничивают свои обязанности лишь материальными заботами. В силу занятости на работе родители предпочитают решать вопрос о воспитании детей путем передачи своих педагогических обязанностей близким лицам (бабушкам, дедушкам), гувернантам, репетиторам, образовательным учреждениям. В отношении ребенка мотивация родителя определяется задачей контроля в выполнении рекомендаций специалистов. Отсутствие потребности к осуществлению воспитательских целей не формирует в родителях и мотивации к повышению своей педагогической компетентности, уважения к личности ребенка.

Успешность овладения ребенком знаниями, профессией рождает в родителе чувство самоуважения, гордости и удовлетворения («Он весь в меня»). Эти эмоции возникают у

родителей в зависимости от того, какими способностями и талантами наделены их сын и дочь и в какой степени они в них развиваются.

В семье, в которой родился ребенок с ограниченными возможностями здоровья, ценностные ориентации и мотивационные установки родителей смещаются и деформируются. Об этом свидетельствует анализ родительских сочинений «История жизни с проблемным ребенком». Матери пишут: «Я мечтала, что мой ребенок будет самым счастливым, самым успешным...», «Когда я его носила, я думала, что он будет самым умным, самым красивым, самым, самым...» Практически каждое родительское сочинение начинается с подобных мыслей.

В том случае, если мать или отец принимают дефект ребенка и особенности его развития, в их сознании возникает мотивация на оказание помощи ребенку, на преодоление тех недугов, которыми он страдает (из родительского сочинения матери Тани М.: «Когда дочери исполнилось пять лет, я поняла, что у нее есть проблемы с речью, поэтому мы обратились к логопеду»). При этом переживание чувства боли за ребенка, страх, возникающий перед его будущим, формируют в родителе мотивацию на поиск средств, позволяющих преодолевать проблемы ребенка, на адаптацию окружающей среды к его возможностям. Как правило, этот тип мотивации возникает у авторитарных и психосоматичных родителей.

Сила любви к ребенку, проявление отцовских и материнских чувств зависят и от особенностей личности родителя. Любящий, но тревожный, сензитивный родитель постесняется появиться с проблемным ребенком в общественном месте, хотя и поначалу может испытывать в этом высокую потребность. Родитель с завышенной самооценкой почувствует унижение, встречая жалеющие или любопытствующие взгляды соседей или прохожих на улице, и откажется от прогулки. Чувство стыда может оказаться сильнее, чем потребность в оказании помощи ребенку. В суете повседневных забот эта потребность может постепенно «раствориться».

Наш практический опыт показывает, что родители, не готовые принять недостатки в развитии ребенка, испытывающие стыд из-за того, что у них родился больной ребенок, пользуются мотивацией отказа. Такие родители часто скрывают наличие в семье ребенка с нарушениями развития. Его ценность открыто или подсознательно ими отвергается.





В семье, в которой родился ребенок с нарушениями развития, ценностные ориентации и мотивационные установки родителей смещаются и деформируются. Репродуктивные установки супругов и их ожидания в отношении ребенка вступают в конфликт с установками социальной среды. Этот внутренний конфликт окрашивается негативными эмоциональными переживаниями. Ценность ребенка с проблемами в развитии может откровенно или подсознательно отвергаться его родителями

У части родителей может наблюдаться и другая тенденция: отец не принимает ребенка с психофизическими нарушениями и постепенно отдаляется от семьи. Он холодно относится к ребенку, унижает его мать. В контактах отца с больным ребенком и бывшей женой часто доминирует мораль общества, дискриминирующая положение лиц с ограниченными возможностями здоровья. Такой отец отказывает ребенку в своей любви и поддержке. Следует отметить, что, с другой стороны, любовь матери к ребенку с нарушениями развития обеспечивается биологическими механизмами материнского инстинкта (Г.Г. Филиппова). Мать протестует против дефекта ребенка, свой протест она связывает именно с нарушениями ребенка, а не с ним самим.

В зависимости от личностных характеристик (жесткости, грубости или мягкости и альтруизма), культурных и семейных традиций родители могут испытывать чувства жалости или стыда по поводу состояния ребенка. Но ценность и значимость этот ребенок как человек для них теряет.

Это подтверждается экспериментальными данными, полученными с помощью методики АТАТ (см. приложение 2). Родителям предлагалось ответить на несколько вопросов и написать небольшой рассказ по каждой из шести предложенных картинок, на которых изображены дети-инвалиды в различных жизненных ситуациях. Анализ рассказов родителей показал, что в их оценке отсутствуют оптимизм, уверенность в будущем ребенка, перспективы его трудоустройства и личной жизни. Отношение родителей к изображенным на картинках детям-инвалидам не однозначно. Одни родители сожалеют о том, что дети страдают такими недугами (из родительского сочинения мамы Никиты П.: «Ребенок лишен многих красок жизни. Ему очень горько!»). Другие считают, что у ребенка такая судьба и ничего здесь изменить нельзя (из родительско-

го сочинения мамы Павла Т.: «Паша родился таким, никто не виноват в этом. У него такая судьба»). Большинство родителей возмущены отношением людей к детям-инвалидам. Они осуждают жестокость здоровых взрослых и детей по отношению к больным детям. В своих рассказах по картинкам родители жалеют детей-инвалидов, но одновременно подчеркивают ущербность их позиции в обществе. Они считают, что будущее инвалидов неясно и, вероятно, трагично.

У многих родителей проявляется позиция отстраненности от положения детей-инвалидов. Они рассматривают ситуацию, изображенную на картинке, не связывая ее с возможным будущим и своего ребенка. На вопрос «Как, вы считаете, относятся к детям-инвалидам, изображенным на картинках, их родители?» часть родителей отвечают отрицательно, остальные, что жалеют.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии практически у половины родителей детей с ограниченными возможностями здоровья мотивации на принятие дефекта ребенка. Именно смысловое содержание этой характеристики (принятие или отвержение ребенка с нарушениями в развитии) и определяет в итоге особенности родительского отношения к ребенку с ОВЗ и модель его воспитания. В его основе, видимо, лежит ригидный конструкт, связанный с идеальным представлением о человеке, его здоровье, способностях и возможностях. Родительские ожидания проявляются в максимальном соответствии идеальному представлению о ребенке. Смысл родительской потребности выражается в следующей фразе: «Хочу, чтобы у меня был здоровый ребенок!» Но далее возникает вопрос: «А если ребенок не соответствует принятой в социуме норме идеала? Что тогда? Тогда он не Ваш?»

Потребность в принятии дефекта помогает любить ребенка таким, каков он есть. Отсутствие потребности к принятию дефекта ребенка приводит к явному или скрытому его отвержению.

По нашим наблюдениям, родители, принявшие недостатки ребенка, проявляют удивительные личностные качества, позволяющие создать для него оптимальные условия развития. Многие из них, преодолевая огромные препятствия на своем пути, организуют общественные организации, новые образовательные организации для детей с тяжелыми нарушениями развития. Такие родители, несмотря на колоссальные трудности, испытывают огромное счастье от контактов

со своим ребенком. Они благодарят судьбу за этого, именно такого, ребенка (из родительского сочинения папы Лены К., страдающей детским церебральным параличом: «Я благодарен судьбе, что у меня есть Лена-Леночка-Ленуся»).

В семье с ребенком, имеющим нарушения развития, возникают также изменения ценностных ориентаций супругов в их межличностных взаимоотношениях. Часто обесценивается значимость каждого из них друг для друга. Так, в сознании отца ребенка с ОВЗ, в силу ранее возникших репродуктивных установок, резко снижается оценка его жены, которая родила такого ребенка, как женщины.

Традиционно супруги оценивают друг друга, используя различные критерии, как социальные, так и биологические. Подсознательно или же осознанно женщине дается оценка как матери (как ухаживает за ребенком, как его воспитывает) и как родительнице (кого родила: мальчика или девочку, здорового или больного ребенка), оцениваются также ее качества как жены и спутницы жизни и т.д. В случае рождения ребенка с нарушениями в развитии преобладает резко сниженная оценка женщины как родительницы. Репродуктивные установки супруга качественно изменяют его отношение к матери ребенка с психофизическими недостатками. Причем это отношение не может изменить даже высокая социальная оценка женщины как матери, посвятившей свою жизнь больному ребенку. В большинстве знакомых нам случаев даже полное посвящение себя ребенку с нарушениями развития женщиной не сохраняет прежней любви и уважения к ней со стороны супруга и не возвращает ей утерянный статус в отношениях с ним.

Подобная позиция отца ребенка, к сожалению, является отражением взглядов общества на лиц с психофизическими нарушениями, бытующих и по сей день в сознании наших современников. Изменившаяся вследствие психологического стресса ценностная установка отца приводит к охлаждению чувств, разводу и уходу из семьи. В отдельных случаях (это, как правило, зависит от уровня культуры взаимоотношений бывших супругов) на месте остывших чувств может возникнуть жалость к жене, понимание ее трудностей, терпение.

Негативное отношение со стороны близкого человека травмирует личность матери ребенка, снижает ее самооценку, формирует невротичные и психосоматичные черты личности. С другой стороны, в сознании матери снижается статус супруга

как отца ребенка. Неприятие отцом нарушений ребенка становится причиной отчуждения жены от мужа. Женщина стремится восполнить своим материнским теплом отсутствие любви и заботы со стороны отца. Посвящая свою жизнь ребенку, она постепенно отдаляется от супруга, что также приводит к разрыву супружеских взаимоотношений и разводу.



В семье, где растет ребенок с нарушениями в развитии, обесценивается значимость супругов друг для друга.

В сознании отца ребенка в силу ранее сложившихся репродуктивных установок резко снижается оценка его жены, которая родила больного ребенка, как женщины.

Отец отдаляется от ребенка и от семьи. Мать также протестует против дефекта ребенка, однако свой протест она связывает именно с нарушениями ребенка, а не с ним самим.

Для матери важно то, что это ее ребенок, а не то, какой он

Отношения между супругами могут измениться в лучшую сторону, если в семье появится здоровый ребенок, и они могут не ухудшиться до такой степени, если в семье уже растет здоровый ребенок. Дополнительные страдания приносит матери больного ребенка ситуация, когда у мужа есть здоровые дети от первого брака или когда после развода он создает другую семью и у него рождается здоровый ребенок.

Родительские сочинения «История жизни с проблемным ребенком» являются ярким свидетельством отчаяния многих матерей, вызванного невозможностью осуществить ранее сформировавшиеся у них репродуктивные установки и ожидания в отношении их ребенка.

Анализ данных по изучению мотивационно-потребностной сферы и ценностных ориентаций родителей свидетельствует о возникновении внутреннего конфликта в родительских установках и ожиданиях. Уровни презентации репродуктивных установок супругов и ожидания в отношении ребенка вступают в конфликт с установками социальной среды. Этот внутренний конфликт окрашивается негативными эмоциональными переживаниями. По сути он и определяет качественные характеристики снижения внутренней самооценки большинством родителей. Одновременно этот конфликт определяет особенности родительско-детских отношений и стиль родительского воспитания.

## Психологические портреты родителей детей с ограниченными возможностями здоровья

Проведенные экспериментальные исследования (В.В. Ткачёва, 1999, 2005) позволили выделить три психологических типа родителей как варианты акцентуаций, возникших в результате длительной психотравмирующей ситуации: авторитарный, невротичный, психосоматичный.

### Портрет родителя авторитарного типа

Эта группа родителей характеризуется активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны (советам родственников или специалистов). К родителям авторитарного типа мы относим две категории. Первые, узнав о дефекте ребенка, могут от него отказаться, оставив в роддоме. Вторая категория, представленная преобладающей частью родителей, проявляет стойкое желание найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка. На предложение отказаться от ребенка такие родители реагируют как на личное оскорбление. Позиция родителей авторитарного типа характеризуется *феноменом «вытеснения» негативных переживаний*, связанных с проблемами ребенка. Это значительно оптимизирует их состояние.

Родителям авторитарного типа, принявшим дефект ребенка, свойственно стремление преодолевать проблемы, возникающие у ребенка, и облегчать его участь. Такие родители направляют свои усилия на поиски лучшего врача, лучшей больницы, лучшего метода лечения, лучшего педагога, знаменитых экстрасенсов и народных целителей. Они обладают умением не замечать преграды на своем пути и уверенностью в том, что когда-нибудь может произойти чудо и с их ребенком.

Авторитарные родители создают родительские ассоциации и общества, устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Эти родители упорно преследуют цель оздоровления, обучения и социальной адаптации своего ребенка и таким образом решают проблему ребенка в целом.

Отрицательные свойства данной категории родителей проявляются в неумении сдерживать свой гнев и раздражение, в отсутствии контроля за импульсивностью собственных поступков, в склонности к участию в ссорах и скандалах, в откровенном противопоставлении себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, не принявшим их ребенка). «Пусть общество приспосабливается к нам и нашим детям, а не мы к нему» — может оказаться девизом некоторых из них.

В отношениях с ребенком отдельные авторитарные родители используют достаточно жесткие формы взаимодействия вплоть до холодности или отстраненности от его проблем. Поведение таких родителей может перерасти иногда и в неприятие индивидуальности ребенка в целом. Многим из авторитарных родителей свойственен неравномерный характер применения воспитательных мер. Довольно часты жесткие формы наказаний (окрик, подавление личности, избиение). При этом сами родители не испытывают никаких угрызений совести. Такая форма взаимодействия с ребенком становится причиной возникновения у него тиков, энуреза (иногда энкопреза) и формирования пониженной самооценки. Авторитарные родители часто, не оценивая возможности ребенка реально, выдвигают к нему неадекватные требования.

Другая часть этой категории родителей проявляет тенденцию к отказу замечать особенности в развитии ребенка. Они считают, что специалисты завышают требования к их ребенку, в то время как его недостатки лишь характеризуют своеобразие индивидуального развития. «Не все дети одинаковые» или «Не всем же быть учеными», — считают они. Такие родители чрезмерно опекают своих детей. У них формируется неправильное понимание возможного пути развития больного ребенка. Настойчивое стремление всегда ориентироваться только на свои личностные жизненные установки (вопреки мнению значимого окружения) не позволяет им увидеть реальные перспективы развития ребенка.

## Портрет родителя невротичного типа

Этому типу родителей свойственна пассивная личностная позиция, которую можно сформулировать следующим

образом: «Уж что есть, то и есть. Ничего не переделаешь. Каким ребенок родился, таким и будет!» У таких родителей не формируется способность к принятию проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению. Эта категория родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое состояние.

Родители невротичного типа оправдывают собственную бездеятельность в отношении развития ребенка отсутствием прямых указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать: «А нам никто не говорил о том, что с ребенком нужно заниматься. Мы ничего и не знали!» Практически во всем эти родители следуют жизненной формуле: пусть все идет в жизни, как идет. Им недоступно понимание того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а их собственной родительской, педагогической несостоятельности.

Часть родителей, относящихся к данной группе, стремятся оградить ребенка от всех возможных проблем и даже от тех из них, которые он может решить собственными силами. Такие родители удовлетворяются тем, что ребенок обучается делать что-то сам, и считают, что нечего от него ожидать большего.

В плане воспитания невротичные родители также проявляют свою несостоятельность. Они испытывают объективные трудности в достижении послушания ребенка. Это объясняется как проявлением инертности и нежелания соприкоснуться с проблемами ребенка, так и собственной слабостью характера при реализации поставленной воспитательной цели. Такие родители непоследовательны и в использовании приемов поощрения или наказания ребенка. В их взаимоотношениях с ребенком отсутствует требовательность, а порой и необходимая строгость. Они во всем идут на уступки ребенку, «заласкивают» его, а иногда их «сверхнежные» отношения переходят в сюсюкание. Межличностные связи «родитель–ребенок» в таких семьях могут приобретать симбиотический характер.

В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Это проявляется в избегании трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях — и в отказе от решения проблем. У части таких родителей постоянно сохраняется тревожный фон настроения, присутствуют излишние опасения чего-либо,

что может повредить ребенку. В свою очередь это передается ребенку и становится одной из причин формирования в нем невротичных черт характера.

Невротичные родители некритично оценивают возможности своего ребенка, подсознательно стремятся скрыть его дефект и выдать желаемые результаты развития за действительные.

Часто встречается и противоположная позиция родителей этого типа: они гиперболизируют проблемы своего ребенка. Собственное эмоциональное бессилие не позволяет таким родителям оценить позитивно свое будущее и будущее ребенка. Прожитая жизнь воспринимается ими как несложившаяся, несчастливая, загубленная рождением в семье аномального ребенка. У невротичных матерей часто наблюдаются истерики, подавленное настроение, затяжные депрессивные состояния, стремление уйти от принятия решения, снижение социального статуса, примитивизация поведения. Такие матери воспринимают все в трагических красках, себя — чаще всего как несостоявшегося, не сумевшего реализоваться в детях, в семье, в профессии человека, а будущее ребенка рисуется ими как бесперспективное и малоинтересное.

### **Портрет родителя психосоматического типа**

Это самая многочисленная категория родителей. У таких родителей проявляются черты, присущие родителям как первого, так и второго из описанных выше типов. У некоторых из них в большей степени проявляется тенденция к доминированию, как и у авторитарных родителей, но аффективное реагирование на стресс не выносится во внешний план. В поведении, как правило, проявляется нормативность. Они ведут себя корректно и сдержанно, иногда замкнуто. Проблема ребенка, часто скрываема от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. Канал отреагирования на проблему, фрустрирующую психику, у данной категории родителей переведен во внутренний план переживаний, в то время как у первых двух типов родителей он проявляется во внешнем плане (у невротичных — слезы, истерики, у авторитарных — скандалы, агрессия, окрик). Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере, что и обусловило название данной категории родителей.



Для этих родителей характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка». Все усилия направляются на оказание ему помощи. Порой такие матери работают со своими детьми, максимально напрягая и изнуряя себя. Они практически не отдыхают, как авторитарные, и не жалуются на потребность в отдыхе, как невротичные. Порой кажется, что желание отдохнуть у них отсутствует даже при большой нагрузке и возникшей усталости (особенно в первые годы жизни ребенка). Психосоматичным родителям, так же как и невротичным, свойственно пожалеть ребенка, оказать ему помощь, услугу, а иногда и сделать за него даже то, что он может сделать сам. Они склонны гиперопекать своих детей.

Психосоматичные родители, так же как и авторитарные, стремятся найти лучших специалистов. В некоторых случаях они сами становятся таковыми для собственного ребенка, активно включаясь в его жизнь: участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, повышают свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребенка. Некоторые матери данного типа, приобретая дефектологическое образование, становятся высоко профессиональными специалистами и оказывают помощь не только своим, но и чужим детям.

Выделенные особенности родителей являются основополагающими для определения позиции родителя и семьи по отношению к больному ребенку. На них затем наслаиваются мировоззренческие, культурные, социальные и другие характеристики. Представленная типология личностных деформаций родителей позволяет определить выбор средств психокоррекционной помощи семьям.

## **Модели воспитания в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья**

В семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в силу описанных выше причин родителями часто используются неправильные типы воспитания. Ниже приводятся их характеристики.

*Гиперопека.* Родители стремятся сделать за ребенка все, даже то, что он может сделать сам. Ребенка как бы помещают в «тепличные» условия: он не обучается преодолевать трудности, у него не формируются навыки самообслуживания. Жалея ребенка и стремясь оказать ему помощь, родители сами ограничивают возможности его развития. Однако родителям ребенка с ОВЗ, как правило, трудно определить, что ребенок может сделать сам, а в чем ему необходимо помочь. Тип воспитания «гиперопека» часто встречается у родителей детей с ОВЗ. Тяжелый дефект (при детском церебральном параличе, умственной отсталости, раннем детском аутизме) провоцирует родителей на использование неадекватного воспитательного подхода.

*Противоречивое воспитание.* Ребенок с ОВЗ может вызывать у членов семьи разногласия в использовании воспитательных средств. Так, например, родители ребенка могут быть сторонниками жесткого воспитания и предъявлять к нему соответствующие требования. Одновременно бабушка и дедушка, живущие в семье, могут занимать слишком «мягкую» позицию и поэтому разрешать ребенку делать все, что ему захочется. При таком воспитании у ребенка не формируется адекватной оценки своих возможностей и качеств, он обучается «лабиринтировать» между взрослыми и часто сталкивается друг с другом.

*Воспитание по типу повышенной моральной ответственности* ведет к возникновению у ребенка хронического перенапряжения. Родители или другие близкие постоянно возлагают на ребенка такие обязанности и такую ответственность, с которыми ребенку с ОВЗ, в силу имеющихся нарушений, трудно справиться. У ребенка возникает повышенная утомляемость, отсутствует адекватная оценка своих возможностей. Он всегда не дотягивает до оптимального результата, поэтому постоянно неуспешен. Его часто ругают, и он чувствует себя виноватым, что, несомненно, формирует у него заниженную самооценку.

*Авторитарная гиперсоциализация.* К этому типу воспитания чаще тяготеют родители, которые сами имеют высокие социальные установки. Они все время завышают возможности ребенка, стремясь с помощью собственных авторитарных усилий развить у него социальные и другие навыки. Родители,

использующие такой тип воспитания, как правило, переоценивают возможности своего ребенка.

*Воспитание в «культе» болезни.* Многие родители формируют в семье отношение к ребенку как к «больному». При таком характере взаимоотношений ребенку свойственны мнительность, страх перед любым недугом (ребенок никогда не ест мороженого, так как боится простудиться; не играет со сверстниками во дворе в «классики», так как боится сломать при прыжках ногу, и т.п.). Ребенок относится к себе, как к «больному», поэтому у него формируется представление о себе, как о слабом, не способном к большим достижениям человека. Его внутренняя позиция всегда ближе к отказу от решения проблемы, чем к ее преодолению.

*Симбиотический тип воспитания* развивает у родителей полное «растворение» в проблемах ребенка. Чаще подобный воспитательный подход встречается у матерей больных детей, воспитывающих их в неполных семьях. Такие матери создают для своих детей особую атмосферу внутри семьи — атмосферу абсолютной любви к ребенку. Они практически полностью забывают о собственных проблемах, профессиональной карьере и личностном росте. Такая материнская любовь искажает возможности не только собственной личности, но и личностного развития ребенка. В результате такого воспитания формируется эгоистическая личность, не способная к проявлению любви.

*Тип воспитания «маленький неудачник».* Родители, использующие этот воспитательный подход, приписывают своему ребенку социальную несостоятельность и уверены в том, что он никогда не добьется успеха в жизни. Родители испытывают чувство досады и стыда из-за того, что дети постоянно проявляют неуспешность и неумелость. Некоторые рассматривают жизнь с таким ребенком как непосильную ношу, как «крест» на всю жизнь.

*Гипоопека.* Этот тип воспитания чаще встречается в семьях с низким социальным статусом (в семьях наркоманов, алкоголиков, ведущих асоциальный образ жизни) или в семьях, где ребенок с нарушениями в развитии не имеет ценности в силу этих отклонений. Родители практически не осуществляют за ним уход, ребенок может быть неопрятно одет, плохо накормлен. Никто не следит за соблюдением условий, обеспечиваю-

щих его развитие. Обычно в таком же положении находятся и его здоровые братья и сестры.

*Отвержение ребенка.* Отсутствие любви к ребенку бывает в семьях не только с низким, но и с высоким социальным статусом. Отвержение ребенка может быть сопряжено в сознании родителей с идентификацией себя с дефектом ребенка. Чаще это встречается у отцов. В случае материнского отвержения ребенка ситуация объясняется незрелостью личностной сферы матери и несформированностью материнского инстинкта.

Психологическая травматизация родителей детей с ОВЗ, особенности личности, «тупиковость» социальной позиции часто не позволяют им рационально использовать воспитательные приемы. Родители нервничают, стремясь преодолеть трудности ребенка, и чаще всего ошибаются в выборе правильного воспитательного подхода. Доказательством этому служат материалы, полученные с помощью наблюдения и экспериментального изучения моделей воспитания в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья.

С этой целью чаще используются следующие методики: методика PARI (Шефер и Белл), методика ОРО («Опросник родительского отношения», А.Я. Варга, В.В. Столин), методика АСВ («Анализ семейного воспитания», Э.Г. Эйдемиллер) и разработанная нами анкета «Определение воспитательских умений у родителей детей с нарушениями в развитии».

Особенности внутрисемейной жизни и особенности родительско-детских отношений оцениваются с помощью методики PARI. Следует отметить, что данный опросник определяет внутренние позиции родителей по обоим исследуемым проблемам и дает субъективную (родительскую) оценку измеряемым параметрам.

Анализ взаимоотношений между родителями свидетельствует о том, что большинство обследованных лиц считают свои семьи семьями с низким уровнем интегрированности. Члены семей не демонстрируют общности интересов и целей, во взаимоотношениях преобладают существенные расхождения в понимании семейных ролей между мужем и женой, родителями и детьми подросткового или юношеского возраста, отсутствуют чувства духовной близости. Родители признают, что могут использовать неадекватные приемы воспитания, вплоть до жестоких. Лишь около трети родителей оценивают свои семейные отношения как имеющие нормальный уровень интегрированности. Среди родителей детей с ОВЗ практиче-

ски полностью отсутствуют лица, которые оценили бы уровень взаимоотношений в своей семье как высокий.

Можно увидеть связь между моделью воспитания и психологическим типом родителя. Эмоциональной насыщенностью, пониманием проблем ребенка, любовью к нему характеризуется отношение психосоматичных родителей. Гиперопекающее отношение в наибольшей мере проявляется у авторитарных и психосоматичных родителей. Гипоопекающее отношение доминирует у невротичных и у незначительной части авторитарных родителей. Эти факты свидетельствуют о том, что родители психологических типов «психосоматичный» и «авторитарный» имеют максимально выраженные возможности для осуществления обучения и воспитания своих больных детей. Эти родители настроены на установление оптимальных отношений с детьми. В то же время невротичные родители подобную возможность демонстрируют неустойчиво.

Изучение моделей воспитания с помощью теста-опросника родительского отношения (ОРО) показывает, что у части родителей во взаимодействии с ребенком доминирует отвержение. Эти родители озлоблены, их раздражение и обида направлены на ребенка. Они не уважают интересы ребенка и его личность. В целом ребенок воспринимается родителями как неуспешный и неприспособленный. Небольшая часть родителей признается в беседах, что согласилась бы поместить ребенка в хороший интернат закрытого типа. О неблагополучии использования педагогических методов в домашнем воспитании детей с ОВЗ свидетельствуют и такие факты: более трети родителей больных детей воспринимают своего ребенка как «маленького неудачника», а около половины родителей подвергают своих детей авторитарной гиперсоциализации. Они стараются во всем навязать детям свою волю, пристально следят за их достижениями.

Симбиотические связи с детьми проявляются у небольшой группы родителей. Эти родители стремятся во всем слиться с ребенком, удовлетворять его потребности, ограждать от трудностей. Чаще эта неправильная модель воспитания формируется у матерей.

Лишь 2% родителей, по данным методики ОРО, используют правильную модель воспитания, сотрудничая с ребенком (шкала «кооперация»).

Исследование родительских моделей воспитания с помощью методики АСВ подтверждает доминирование выделенных выше родительских позиций по методикам PARI и ОРО. Так, модель

воспитания «эмоциональное отвержение» коррелирует с данными шкалы «тенденция к гипоопеке» по методике PARI. Эта модель оказывается достаточно популярной, т.к. каждый пятый родитель, в соответствии с данными двух методик, ее активно использует. Такие родители рассматривают отчужденность от проблем ребенка и отрицание меры воздействия на него как одну из составляющих средств воспитания. Они чаще уповают на то, что ребенок сам все поймет и сам всему научится. В результате у ребенка не формируются аффилиативные чувства к родителям и искажается восприятие характера личностных взаимоотношений между людьми.

Данные по шкале АСВ «повышенная моральная ответственность» коррелируют с данными, полученными по шкале ОРО «авторитарная гиперсоциализация». Тип воспитания «повышенная моральная ответственность» (АСВ) характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с пониженным вниманием к его потребностям. Результаты, полученные по шкале АСВ «потворствующая гиперпротекция», соотносятся с данными, полученными по шкале PARI «гиперопека» и данными шкалы ОРО «симбиотическая связь».

Качественная оценка всего фактического материала позволяет обобщить параметры воспитательского отношения родителей к детям и выделить две модели воспитания, доминирующие в этих семьях, а именно:

— *модель «сотрудничество»*, которая означает контакт и помощь родителя ребенку;

— *модель «отказ от взаимодействия»*, которая свидетельствует об отвержении ребенка самыми близкими людьми.

Завершая анализ моделей воспитания, используемых родителями детей с ОВЗ, следует отметить, что отношения, которые устанавливает родитель с больным ребенком, осуществляются чаще всего в виде воспитательного процесса. Поэтому выбор родителем форм контакта с ребенком и определяет модель его воспитания. Если родители принимают ребенка, его дефект заставляет их как приспосабливаться к особенностям ребенка, так и адаптировать его к окружающей жизни и к своим требованиям. Отсюда преобладание гиперопеки как формы ухода за ребенком с ОВЗ. Собранный нами огромный фактический материал свидетельствует о том, что там, где рождается желание помочь, чаще формируется гиперопека, а там, где возникает страх или неприятие недуга ребенка, вырастает отчуждение (гипоопека). Поэтому модель «сотрудничество» может включать неправильные типы воспитания: гиперопеку,

авторитарную гиперсоциализацию, симбиоз. В то же время модель «отказ от сотрудничества» представлена неправильными типами воспитания, такими как гипоопека, «эмоциональное отвержение» или «маленький неудачник».



В семьях с детьми, имеющими нарушения в развитии, обычно доминируют две модели воспитания:

- ▶ модель «сотрудничество», которая означает контакт и помощь родителя ребенку;
- ▶ модель «отказ от взаимодействия», которая свидетельствует об отвержении ребенка самими близкими людьми.

Модель «сотрудничество» может включать неправильные типы воспитания: гиперопеку, авторитарную гиперсоциализацию, симбиоз.

Модель «отказ от взаимодействия» также может быть представлена неправильными типами воспитания: гипоопекой, «эмоциональным отвержением» или типом «маленький неудачник»

Возможно установление связи между психологическим типом родителей и моделью воспитания, которую они избирают. Эта связь достаточно условна, однако некоторые тенденции все же можно проследить. В связи с тем, что в основе воспитательного влияния родителей лежат особенности их взаимодействия с детьми, включающие принятие или неприятие дефекта ребенка, доминирующие (качественные) характеристики конкретного психологического типа могут влиять на определение родителями модели воспитания.

Сопоставительный качественно-количественный анализ психологических особенностей родителей и моделей воспитания ребенка («сотрудничество», «отказ от взаимодействия») позволил установить следующие тенденции. Наиболее способными к оказанию помощи детям с ОВЗ являются родители, относящиеся к авторитарному типу. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что родители с такими психологическими характеристиками демонстрируют самые высокие количественные показатели (в 60,1% случаев) по установлению оптимальных взаимоотношений с ребенком (модель «сотрудничество»). Это объясняется тем, что в основе авторитарного психологического типа лежит стеническая реакция на стресс, качественные характеристики которой предполагают возможность преодоления и разрешения различных проблем, в том числе и проблем ребенка с ОВЗ.

Родители, относящиеся к невротичному типу, демонстрируют самые высокие показатели по установлению неадекватных взаимоотношений с ребенком (в 86% случаев). Эти родители используют воспитательную модель «отказ от взаимодействия». Невротичный психологический тип опирается на особенности гипостенического реагирования на стресс, что объясняет причину низкого уровня потенциальных возможностей невротичных родителей к преодолению проблем ребенка и его адекватному воспитанию.

Психосоматичному типу присуще смешанное реагирование на стрессовые факторы, что обуславливает наличие у лиц этой группы как стенических, так и гипостенических характеристик.

## **Влияние социума на отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья членов его семьи**

Последнее десятилетие характеризуется значительными переменами в отношении к детям с ограниченными возможностями здоровья. Во всех основных нормативно-правовых документах последнего времени (Конституция Российской Федерации; Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ; Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка»; Федеральный закон «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»; Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ; Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» 1998 г.; Семейный кодекс Российской Федерации; «Национальная доктрина образования РФ до 2025 года»; Указ Президента РФ от 5 мая 1992 г. «О мерах по социальной поддержке многодетных семей» № 143 и др.) содержатся раздел, посвященные проблемам семей с ограниченными возможностями здоровья, описываются меры оказания им всесторонней помощи. В настоящее время даже дети с тяжелыми нарушениями развития могут получить доступное их психофизическому состоянию образование. Возникли новые как государственные, так и негосударственные организационные формы обучения. Кроме специальных коррекцион-



ных образовательных школьных и дошкольных организаций существуют реабилитационные и психолого-медико-социальные центры различного профиля. Создана сеть диагностических организаций. В качестве базовых критериев в работе специальных организаций используются принципы раннего выявления и коррекции нарушений, принцип коррекционной направленности обучения. Педагогические вузы страны занимаются подготовкой специалистов (дефектологов, коррекционных педагогов, специальных психологов). Негосударственная система образования, представленная разнопрофильными центрами, ассоциациями, негосударственными образовательными учреждениями, гимназиями, колледжами и т.д., расширяет возможности обучения детей самых различных категорий. Следует отметить также, что в последние годы активно развиваются интеграционные процессы, позволяющие включать в систему инклюзивного образования детей с различными нарушениями развития.

Эти положительные изменения имеют огромное значение для развития и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья, включая и детей с выраженными нарушениями.

В истории развития человечества взаимоотношения семьи и общества прошли путь от диктата социума, предписывающего избавляться от неполноценных младенцев, до понимания необходимости оказания помощи и поддержки семьям с такими детьми. Это колоссальный путь. Однако неприязнь и страх перед психическим или физическим недугом сохраняются в виде рудиментарных отголосков в сознании и наших современников. В целом наше общество очень медленно избавляется от пренебрежительно-снисходительного отношения к инвалиду и его семье. На бытовом уровне популярно мало-осознаваемое людьми отношение отчуждения к такой семье. Страх перед «передачей» недуга, как и во времена Спарты, живет в сознании обывателя. Конкретная помощь семье оказывается, но в известных пределах. Вероятно, это последствия той эпохи, когда наличие инвалидов и детей с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями у нас в стране отрицалось.



Социум крайне медленно избавляется от пренебрежительно-снисходительного отношения к инвалиду и его семье. На бытовом уровне популярно малоосознаваемое людьми отношение отчуждения к такой семье, страх и боязнь, восприятие ее проблем как обузы для общества.

Подобное отношение общества к проблеме инвалидности оказывает негативное влияние на внутренний климат семьи и, что самое существенное, на позицию родителей в отношении принятия или отвержения ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Мотивационно-потребностная сфера родителей, как система факторов, определяющих поведение индивида в целом, оказывается в ситуации сильнейшего психологического давления со стороны социума по поводу нормативности и соответствия психофизического статуса ребенка ценностям данного общества.

Подводя итоги представленным в данной главе материалам, позволим сделать следующие выводы. В семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, формируются неадекватные межличностные отношения в силу различных причин. К факторам, нарушающим внутрисемейную атмосферу и социальные контакты семьи, влияющим на развитие неконструктивных моделей детско-родительских и родительско-детских взаимоотношений и, самое главное, определяющим условия воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в семье, мы относим следующие:

- ▶ характер и степень выраженности нарушений у ребенка, их необратимость, длительность и внешние проявления психофизической недостаточности (например, при умственной отсталости, детском церебральном параличе, расстройствах аутистического спектра, сложных нарушениях и др.);
- ▶ личностные особенности родителей (лиц, их замещающих), которые обостряются в травмирующей психику ситуации (проявление тенденций к развитию акцентуаций или аномалий характера);
- ▶ ценностные ориентации родителей (лиц, их замещающих) и специфический характер влияния родительских установок на процесс воспитания, их зависимость от семейных, национально-этнических традиций, социально-культурного уровня и педагогической компетентности родителей; при этом

важное значение в выборе родителями модели воспитания («сотрудничество» или «отказ от взаимодействия») имеют их психологические особенности (авторитарный, невротичный, психосоматический тип);

▶ социальную среду и условия, которые способствуют или препятствуют реализации родителями своих воспитательных задач (например, социально-экономические катаклизмы, имеющие место на современном этапе развития российского общества, позиция социума по отношению к инвалидам).



## ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

### Основные направления консультирования семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Консультирование семей с проблемными детьми может осуществляться в следующих направлениях:

- психолого-педагогическое консультирование;
- семейное консультирование;
- профориентированное консультирование.

Психолого-педагогическому консультированию может предшествовать *медико-генетическая консультация*, которая осуществляется в рамках оказания медицинской помощи семьям с детьми, имеющими нарушения в развитии. Главной задачей медико-генетической консультации является определение причин нарушения психофизического развития ребенка и установление возможности дальнейшего рождения в семье здоровых и полноценных детей.

*Психолого-педагогическое консультирование и семейное консультирование* осуществляются в рамках единой консультативной процедуры. Объединение этих видов консультирования объясняется тем, что главной проблемой, с которой семьи обращаются к психологу, являются вопросы, связанные с обучением и воспитанием ребенка с ОВЗ. Однако в процессе психолого-педагогического консультирования возникает потребность в разрешении и многочисленных внутрисемейных проблем. Вопросы, связанные с отношением родителей к дефекту ребенка, к позиции социума (в лице родственников, соседей, знакомых, сотрудников социальных служб и т.п.), с взаимоотношениями внутри семьи и другие, решаются в рамках семейного консультирования.

В профессиональном становлении молодого человека особое значение имеет семья, ее позиция по отношению к его возможностям, понимание профессиональных перспектив лица с ограниченными возможностями здоровья.

Основные направления психологического консультирования семьи ребенка с ОВЗ:

- ▶ психолого-педагогическое консультирование;
- ▶ семейное консультирование;
- ▶ профориентированное консультирование

В качестве основных задач *профориентированного консультирования* членов семей выступают:

- понимание родителями основных целей профессиональной реабилитации их ребенка;
- формирование адекватных ожиданий относительно прогноза профессиональных перспектив ребенка;
- формирование единой родительской позиции в отношении оказания помощи ребенку по профориентации и планированию будущей карьеры;
- повышение психолого-педагогической и профориентационной компетентности родителей;
- ознакомление с результатами профориентационного психодиагностического изучения подростка с ОВЗ.

## Процедура консультирования семьи

Процедура консультирования семьи включает следующие этапы:

- ▶ знакомство, установление контакта;
- ▶ определение проблем семьи со слов родителей;
- ▶ психолого-педагогическая диагностика особенностей развития ребенка с ОВЗ;
- ▶ определение модели воспитания, используемой родителями, и диагностика их личностных характеристик;
- ▶ оценка результатов диагностики и формулирование психологом реальных проблем, существующих в семье;
- ▶ определение способов, с помощью которых проблемы могут быть решены;
- ▶ подведение итогов

Консультирование семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, включает не только советы и рекомендации психолога, но и

процедуру ее психологического изучения. Психологическое консультирование семьи имеет определенную организационную форму.

***Первый этап:** знакомство, установление контакта и достижение необходимого уровня доверия и взаимопонимания.*

Первое впечатление о психологе оказывает огромное влияние как на дальнейший ход исследования, так и на возможность достижения положительного результата консультации. Тональность первой фразы, выразительность мимики, движений, открытость улыбки — это те невербальные средства, которые используют психологи для установления контакта и вхождения в мир проблем семьи ребенка с ОВЗ. Родители и ребенок с первой минуты общения могут находиться в некотором напряжении. Об этом свидетельствуют выражения лиц, позы, интонационные особенности. Не стоит забывать, что для членов семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья это еще одно испытание в череде попыток найти помощь, исцеление и покой. Поэтому ободряющее приветствие психолога, позитивная тональность беседы, которую он организует («Добрый день! Как добрались? Долго ли ждали своей очереди? Как приятно видеть всю семью вместе! Я вас внимательно слушаю...») позволяют снять напряженность и приступить к изучению семьи.

***Второй этап:** определение проблем семьи со слов родителей или лиц, их замещающих.*

Вначале психолог беседует со всеми членами семьи, выясняя проблемы, которые их волнуют. Он внимательно слушает родителей ребенка и лишь изредка ставит вопросы для уточнения деталей. Затем беседа продолжается без ребенка отдельно с каждым взрослым (беседа с матерью и отцом проводится обязательно).

Ниже приводится перечень проблем, с которыми родители детей с ОВЗ обычно обращаются к психологу:

- трудности, возникающие в процессе обучения ребенка;
- проблемы, связанные с воспитанием ребенка;
- проблемы взаимоотношений со сверстниками (здоровые дети стесняются больных брата или сестру, подвергают их насмешкам и унижениям; в школе, в детском саду, на улице здоровые дети показывают на больного ребенка пальцем или

пристально, с повышенным интересом рассматривают его физические недостатки; сверстники обижают больного ребенка, не хотят с ним дружить и др.);

— межличностные контакты больного ребенка с близкими, их отношение к нему (в одних случаях родственники жалеют больного ребенка, гиперопекают и «заласкивают» его, в других — например мать ребенка, жалуется, что «бабушка и дедушка не желают поддерживать с больным ребенком отношения»; со стороны больного ребенка может проявляться грубость или агрессия по отношению к близким);

— заниженная оценка возможностей ребенка специалистами образовательной организации (родители жалуются, что воспитатель или учитель недооценивает возможности их ребенка, в домашних условиях ребенок показывает лучшие результаты успеваемости);

— нарушенные супружеские отношения между матерью и отцом ребенка, возникшие из-за дефекта ребенка;

— эмоциональное отвержение кем-либо из родителей ребенка с ОВЗ, а в крайних случаях даже отказ от его материального обеспечения;

— сравнительная оценка матерью (отцом) отношения супруга (супруги) к ребенку с ОВЗ и к нормальным детям (позитивная или негативная, возможно проявление чувств ревности, гнева, агрессии и др.).

В индивидуальной беседе с родителями психолог собирает информацию о семье. Он знакомится с историей жизни семьи, уточняет ее состав, выясняет анамнестические сведения о ребенке, изучает предоставленную родителями документацию (результаты клинических и психолого-педагогических исследований, характеристики из образовательных организаций), анализирует творческие и контрольные работы ребенка.

На этом этапе у психолога формируется *первичное обобщенное представление о проблемах ребенка и его семьи*. Например:

— у ребенка в действительности имеются проблемы в психофизическом здоровье, и ему необходима специализированная помощь;

— родители используют неадекватные модели воспитания, которые искажают личностное развитие ребенка;



— члены семьи травмированы состоянием здоровья ребенка, в первую очередь, его дефектом; между ними накопилось много проблем, которые они не могут решить своими силами.

***Третий этап: психолого-педагогическая диагностика особенностей развития ребенка.***

На этом этапе консультирования на беседу и обследование приглашается ребенок. Психолог осуществляет диагностику интеллектуальных и личностных особенностей ребенка, прогнозирует его возможности к обучению по определенной программе. Если у ребенка познавательные способности оказываются резко сниженными и психофизические недостатки развития имеют выраженную степень, то диагностика может осуществляться в присутствии кого-нибудь из близких (чаще матери или бабушки).

В процессе диагностики психолог изучает как уровень сформированности высших психических процессов у ребенка в соответствии с возрастными нормами развития, так и его личностные характеристики, особенности аффективной и коммуникативно-поведенческой сфер.

Следует отметить, что если родители консультируются у специалиста организации, в которой уже обучается их ребенок, то они могут быть ознакомлены с результатами психологического изучения ребенка, основная часть которого была проведена заранее в рамках коррекционно-диагностических мероприятий образовательной организации.

***Четвертый этап: определение модели воспитания, используемой родителями, и диагностика их личностных характеристик.***

Необходимым и важным этапом консультирования и изучения семьи является определение характера межличностных взаимоотношений родителей с ребенком и модели его воспитания. Особенности этих взаимоотношений во многом определяются личностными характеристиками (психологическим типом) самих родителей.

Предложение психолога о проведении обследования самих родителей может вызвать у некоторых из них негативную реакцию. В этом случае психолог должен объяснить, что, безусловно, участие родителей в психологическом обследовании является добровольной процедурой и родители имеют полное право от нее отказаться. Однако тогда вряд ли

удастся определить истинные причины внутрисемейных проблем и затем их разрешить. Психолог доказывает родителям важность психологического изучения атмосферы, в которой ребенок живет дома. Он мягко, но настойчиво убеждает родителей в необходимости их участия в диагностическом обследовании. В том случае, если соглашается только один родитель (например, мать ребенка), это необходимо принять. Не следует нагнетать напряженность, требуя прямого согласия родителей, можно предложить ответить на вопросы одной или нескольких анкет.

Одновременно родителям сообщается, что вся информация, которую они доверяют психологу, строго конфиденциальна и никогда не будет использована во вред ребенку или его семье, что предписано этическим кодексом и профессиональными обязанностями психолога.

В начале обследования с целью снятия опасений и лишних сомнений родителям предлагается тест М. Люшера и методика «Моя семья», а потом — опросники, предполагающие значительное число ответов — СМОЛ (СМИЛ-ММПИ), ОРО, АСВ и другие. Чтобы родители не волновались по поводу правильности их ответов, психолог напоминает о том, что отвечать на вопросы нужно сразу, долго не раздумывая. Для итоговой оценки не столько существенна «правильность ответа», сколько важна их позиция по тому или иному вопросу.

В качестве домашнего задания родителям предлагают методику «История жизни с проблемным ребенком», подробно объяснив инструкцию к ее выполнению.

Обследование родителей при первичном консультировании продолжается не более 50 минут (по нашим эмпирическим оценкам, именно такое количество времени большинство родителей соглашается «потратить» на обследование). В том случае, если возникает необходимость в дополнительной информации, семья приглашается на повторное консультирование.

***Пятый этап:** оценка результатов диагностики и формулирование психологом реальных проблем, существующих в семье.*

Этот этап посвящен обсуждению с родителями реальных проблем, которые были выявлены в беседе и в процессе психологического изучения ребенка и его семьи. Психолог уточняет проблему, а при необходимости и переформулирует ее. Задача

психолога заключается в том, чтобы обратить внимание родителей ребенка на действительно существенные и значимые стороны проблемы. Он подводит родителей к нахождению возможного выхода из проблемной ситуации, а в случае неверной ими трактовки проблемы стремится показать неправильность их позиции.

Психолог руководствуется тактикой «малых шагов» и, используя в качестве доказательства своей позиции полученные результаты психологического изучения ребенка, постепенно изменяет взгляд родителей на постановку проблемы. Это самая сложная и энергоемкая для психолога часть консультирования, так как не всегда получается (а иногда и совсем не удается) во время первичной консультации переубедить родителя и изменить его позицию. Поэтому чаще выбирается компромиссное решение и родителям предоставляется возможность оценить предлагаемый психологом способ решения проблемы не сразу, а обдумывая его в течение определенного времени.

*Шестой этап: определение способов, с помощью которых проблемы могут быть решены.*

Основные проблемы семей, воспитывающих детей с ОВЗ, разрешаются в результате осуществления следующих мер:

- ▶ выбор для ребенка подходящих программ обучения и вида специальной (коррекционной) образовательной организации;
- ▶ организация коррекционной работы с ребенком в домашних условиях;
- ▶ выбор адекватной модели воспитания и обучение родителей ребенка практическим воспитательным приемам;
- ▶ формирование у ребенка адекватных отношений с членами семьи и другими значимыми взрослыми (родственниками, учителями и пр.);
- ▶ изменение мнения родителей о «бесперспективности» развития их ребенка;
- ▶ установление адекватных взаимоотношений между членами семьи и формирование на этой основе благоприятного психологического климата.

Одновременно психолог осуществляет поиск дополнительных мер, которые будут способствовать разрешению основных проблем.

Психолог дает подробные разъяснения по поводу того, что необходимо делать и как осуществлять работу с ребенком в ходе каждого из перечисленных выше мероприятий. Он подготавливает родителей к возможности отсроченного решения проблем, т.е. получения отдаленного результата от предлагаемых к реализации мер. Одновременно психолог предупреждает родителей о том, что если не следовать принятому пути, ситуация может ухудшиться. Настраивает на то, что кропотливый и тяжелый труд родителей обязательно приведет к успеху, и их дети смогут (частично или полностью) адаптироваться к самостоятельной жизни, будут нужными и любимыми в своей семье. Если же родители не демонстрируют согласия с позицией психолога или же сомневаются в том, что способны осуществить намеченный план, им предлагается посещение коррекционных обучающих занятий с ребенком.

*Седьмой этап: подведение итогов, резюмирование, закрепление понимания проблем в формулировке психолога.*

Завершая консультирование, психолог заново формулирует проблемы семьи, предлагает родителям свою интерпретацию существующих трудностей и указывает способы их разрешения. При этом учитывается, что для достижения понимания данной психологом интерпретации семейных проблем родителям необходимо время для обдумывания и формирования нового взгляда. У родителей может возникнуть неудовлетворенность результатами консультирования, особенно если их позиция подвергалась сомнению. В таком случае семья (или один из родителей и ребенок) приглашается на дополнительное консультирование.

## **Особенности консультирования родителей и других близких ребенка с ограниченными возможностями здоровья (бабушек, нянь, гувернантов)**

Тактика психолога в процессе консультирования:

- ▶ установление контакта на уровне «обратной связи»;
- ▶ коррекция понимания родителем проблемы ребенка с ОВЗ;
- ▶ коррекция межличностных (родитель–ребенок с ОВЗ и ребенок с ОВЗ–родитель) и внутрисемейных (мать ребенка с ОВЗ–отец ребенка с ОВЗ; ребенок с ОВЗ–здоровые братья, сестры и др. члены семьи) отношений

При проведении психологического исследования семьи и ее консультировании важную роль играет тактика, которую избирает психолог при взаимодействии с каждым из ее членов. Как совокупность средств и приемов для достижения намеченной цели, тактику психолога во время общения с родителями определяют три взаимосвязанные задачи:

- установление контакта на уровне «обратной связи»;
- коррекция понимания родителем проблемы ребенка;
- коррекция межличностных (родитель–ребенок с ОВЗ и ребенок с ОВЗ–родитель) и внутрисемейных (мать ребенка с ОВЗ — отец ребенка с ОВЗ и ребенок с ОВЗ–здоровые братья, сестры и др. члены семьи) отношений.

### **Установление контакта на уровне «обратной связи»**

Главная тактическая задача психолога при установлении контакта на уровне «обратной связи» заключается в том, чтобы в результате консультирования семья смогла разрешить свои проблемы и чтобы процесс их преодоления приобрел конструктивный характер. Поэтому при необходимости важнейшим условием конструктивного взаимодействия психолога с семьей становится *продолженное консультирование*. Оно может длиться столько времени, сколько это необходимо семье, т.е. два, три, а иногда и более сеансов. В особо сложных случаях консультирование постепенно переводится в стадию психологического сопровождения семьи.

С целью достижения максимально позитивного результата консультирования формируется доверительный контакт с родителями на уровне «обратной связи». Его цель — убедить родителей в том, что их понимают, им сочувствуют и пытаются помочь. Уровень эмпатического сопереживания и достижения сочувствия должен быть достаточно высоким, таким, чтобы родитель ощутил весомую психологическую поддержку и взаимопонимание.

«Обратная связь» — это специфический психотерапевтический прием, который позволяет всем участникам процесса взаимодействия (членам семьи и психологу) устанавливать более глубокий уровень понимания друг друга и раскрывать те области осмысления проблемы, которые для родителей до контакта с психологом оставались неизвестными и скрытыми. Действие эффективной «обратной связи» позволяет снизить активность защитных психологических механизмов родите-

лей, создать атмосферу доброжелательности и условия для высвобождения негативных эмоциональных переживаний.

### **Коррекция понимания родителем проблем ребенка**

Процесс адекватного понимания родителями проблем ребенка (его дефекта, адаптации, будущего трудоустройства и личной жизни) становится возможным лишь в случае нейтрализации или снижения степени выраженности фрустрирующего воздействия эмоционального стресса, в котором находятся родители с момента определения у ребенка нарушений развития. Адекватное понимание проблемы возникает после того, как родительское восприятие проблемы переводится с эмоционального уровня на рациональный. Особенно значительное фрустрирующее воздействие эмоциональный стресс оказывает на мать ребенка. Снижение напряженности переживаний у матери больного ребенка достигается при ее переключении с предмета переживаний («У меня родился больной ребенок», «Мой ребенок не такой, как все») на деятельность, направленную на преодоление данной проблемы.

Для родителей ребенка с ОВЗ такой деятельностью становится коррекционный образовательный процесс, способствующий развитию их ребенка. Приобщение родителей к коррекционно-развивающей работе со своим ребенком дает им возможность личного участия в формировании его будущего и позволяет реализовать свой духовный потенциал. Творческое осуществление родителями педагогической деятельности служит повышению их самооценки и способствует снижению эмоционального напряжения.

С другой стороны, педагогический процесс является той формой взаимодействия, в рамках которой формируется общение между родителями и ребенком, психологом и ребенком, психологом и родителями ребенка. Конструктивное общение является универсальным механизмом коррекционного воздействия, которое оказывает психолог на родителей проблемного ребенка.

Только в атмосфере позитивного эмоционального контакта психолог может ожидать от родителей взаимопонимания и выполнения его советов. С целью укрепления этого контакта и для реализации задач, направленных на коррекцию дефекта ребенка, родителям (или только матери) предлагается посетить несколько индивидуальных коррекционных

занятий с ребенком. Это позволит не только решать проблемы социальной реабилитации ребенка, но и оказывать действенную психокоррекционную помощь его родителям, а затем и семье в целом.

Организация пролонгированного консультирования, в рамках которого проводятся подобные индивидуальные коррекционные занятия, осуществляется, в первую очередь, для родителей тех детей, которые испытывают особые трудности в социальной адаптации и в учебном процессе.

Одновременно коррекция понимания проблемы ребенка проводится с учетом материнской и отцовской позиций родителей ребенка.

### **Особенности консультирования отцов**

Как показывает практика, у отцов детей с ОВЗ чаще проявляется следующая позиция: стремление скрыть существование больного ребенка, желание «не видеть» и не замечать наличие отклонений в его развитии, а в некоторых случаях наблюдается даже отказ от обсуждения этой проблемы. Следует отметить, что до настоящего времени, к сожалению, не проводилось сравнительного изучения родительских позиций отцов и матерей по отношению к ребенку с проблемами в развитии. Однако опыт подсказывает, что в отличие от материнской отцовская позиция характеризуется большей «закрытостью» и отсутствием желания идентифицировать себя с больным ребенком. Это, видимо, связано с ролью отца в традиционном для нашей культуры патриархальном типе семьи. Отец — глава семьи. Он осуществляет взаимосвязь между членами семьи различных поколений и эпох. В том случае, если рождается больной ребенок, для отца эта связь нарушается.

Переживания отца чаще направляются на сокрытие тяжести проблем ребенка. Затем этот процесс у некоторых отцов трансформируется в отчуждение от переживаемого, далее в отчуждение от проблемы и может завершиться полным отчуждением от самого ребенка. Такие отцы обычно стремятся исправить свою личную жизненную ситуацию с помощью рождения другого ребенка или заключения нового брака, а о том, что случилось, стараются забыть.

Учитывая сложность и многоаспектность проблемы принятия отцами «дефектного» ребенка, процесс консультирования должен быть направлен:

— на поддержку и развитие у отца ребенка потребности к сохранению семьи или, если развод неизбежен, на формирование ответственности за содержание и материальное обеспечение ребенка с ОВЗ и его матери;

— щадящее отношение к переживаниям отцов относительно будущего больного ребенка, снижение уровня травмированности по поводу психической и физической «дефектности» ребенка;

— развитие стремления к оказанию помощи матери ребенка с ограниченными возможностями здоровья, пониманию ее трудностей, к оказанию ей психологической поддержки;

— привлечение отца к общению с ребенком (воскресные прогулки, возложение ответственности за физическое развитие ребенка, совместный отдых, семейные праздники и др.).

Чрезвычайно актуальная для отцов проблема наследования решается через ознакомление с международными правовыми нормативными актами в отношении прав детей-инвалидов.

## Особенности консультирования матерей

Главное отличие материнской позиции от отцовской проявляется в том, что дефект ребенка воспринимается подавляющим большинством матерей как данность, с которой нужно научиться жить. Матери принимают проблему ребенка качественно иначе, чем отцы. Активный или пассивный протест матерей прежде всего направляется против самого дефекта. *Матери не принимают диагноз ребенка, связанный с его дефектом, но они не могут не принять самого ребенка, своего ребенка.* В этом проявляется основное свойство материнского инстинкта — сохранить зародившуюся жизнь, а затем постоянно оберегать, защищать и растить свое дитя, каким бы оно ни было.

В связи с этим тактика психолога в работе с матерями проявляется:

— в снятии напряженности в контактах с ребенком и социумом;

— в обсуждении проблем конкретной семьи как проблем, существующих у многих подобных семей, а также и в семьях, воспитывающих здоровых детей.

В процессе ведения консультирования больного ребенка и его матери ставятся следующие задачи:



— формирование продуктивных форм взаимоотношений с ребенком в семье и в социуме;

— коррекция позиции матери, исключающей наличие проблем у ее ребенка («Мой ребенок — такой как все, у него нет проблем. Вот подрастет, и все само собой пройдет»);

— коррекция позиции матери, направленной на гиперболизацию проблем ребенка, бесперспективность его развития («Из него никогда ничего не получится!»);

— коррекция позиции матери, минимизирующей проблемы ребенка, ожидающей чуда, которое внезапно сделало бы ребенка совершенно здоровым.

### **Особенности консультирования бабушек (других лиц, осуществляющих уход за ребенком)**

В отдельных семьях родители перепоручают свои воспитательские обязанности другим лицам — бабушкам, няням, гувернантам. Обычно бабушки в своем взаимодействии с ребенком опираются на «домостроевские» правила воспитания. На консультациях они, как правило, объясняют, что просто «сидят» с ребенком, когда его родители на работе. Нельзя забывать и о том, что в силу возрастных особенностей бабушки быстро устают и не в состоянии осуществлять полноценный уход за проблемным ребенком.

Однако есть и другие примеры, когда помощь бабушек и дедушек по уходу за ребенком-инвалидом при отсутствии надлежащего отношения родителей позволяет переломить негативный ход событий и направить развитие ребенка в позитивную сторону.

Оценивая ситуацию, связанную с приглашением няни или гувернанты для ребенка, также следует предостеречь родителей от излишних радужных надежд. Няня может быть очень порядочным человеком и, более того, стремиться расширить свои педагогические знания, однако не в ее силах заменить ребенку родителей (воздействие тепла материнских или отцовских рук, родительской улыбки и т.д. неоценимо).

Перепоручая свои воспитательские обязанности другим лицам в силу сложившихся в семье обстоятельств, родители должны помнить, что бабушки и дедушки, няни и гувернанты могут только помочь, однако ответственность за развитие и воспитание ребенка с ОВЗ лежит на родителях. Именно им

необходимо создать в семье адекватные условия для развития ребенка с психофизическими недостатками.

**Коррекция межличностных  
(родитель — ребенок с ОВЗ и ребенок с ОВЗ — родитель)  
и внутрисемейных  
(мать ребенка с ОВЗ — отец ребенка с ОВЗ и ребенок  
с ОВЗ — здоровые братья и сестры, другие члены семьи)  
отношений**

Коррекция взаимоотношений в диаде «родитель–ребенок», «ребенок–взрослый» может строиться только на воспитании родителями в ребенке чувства любви и привязанности к дому, близким, родителям, на формировании адекватных поведенческих форм общения и навыков самообслуживания.

Психолог раскрывает родителю секреты воспитательных приемов и способов управления больным ребенком. Он формирует у родителя установку на создание адекватных, взаимно-теплых отношений с ребенком.

Нарушение супружеских взаимоотношений корректируется психологом постепенно, по мере выявления каждым из супругов особенностей своей позиции в семье. Роль коррекционной среды для родителей играют групповые занятия, в процессе которых их ценностные ориентации подвергаются позитивным изменениям.

Консультирование не всегда может завершиться разрешением всех проблем семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ. Подчас эти проблемы лишь определяются в процессе консультирования, а разрешение их требует длительного времени и совместных усилий консультируемых и психолога. Для оказания максимально возможной помощи семье целесообразно рекомендовать родителям посещение специальных психокоррекционных занятий (индивидуальных с ребенком и родителями, а также групповых для родителей). Занятия такого рода позволяют вскрыть глубинные личностные противоречия в семье и изменить отношение каждого из ее членов к субъективно неразрешаемому конфликту.

## ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

### Основные направления психологического изучения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья



Психологическое изучение семьи включает диагностику личностных особенностей членов семьи: ребенка с нарушениями в развитии, его родителей, близких родственников, а также особенностей социального окружения семьи с проблемным ребенком.

Психологическое изучение семьи включает диагностику личностных особенностей членов семьи (родителей, близких родственников) ребенка с ОВЗ, что связано с определением индивидуальных психологических характеристик лиц, находящихся под воздействием длительно действующего психотравмирующего стресса. Психологическая диагностика осуществляется для изучения специфики внутрисемейного климата, характера взаимодействия родителей с проблемным ребенком, моделей воспитания, используемых родителями, особенностей родительского восприятия проблем ребенка (А.С. Спиваковская).

Огромное значение в плане будущей успешной жизнедеятельности семьи имеет изучение личностных качеств ребенка, имеющего нарушения в развитии. Известно, что у всех детей с ОВЗ имеются нарушения в эмоционально-волевой и личностной сферах (Л.С. Выготский, Ж.И. Шиф). Личность ребенка, особенности его контактов с социальным окружением, в первую очередь с близкими и значимыми людьми, во многом определяют возможности и степень его профессионально-трудовой и социальной адаптации в будущем. Правильное воспитание

ребенка и формирование адекватных личностных качеств в целом позволят облегчить бремя семьи и, в свою очередь, гармонизировать ее внутрисемейную атмосферу.

Следует подчеркнуть особую актуальность изучения личностных особенностей родителей больного ребенка. Именно личностные характеристики родителей во многом определяют степень социализации и адаптации ребенка в жизни, т.е. его будущее. Характерологические особенности родителей позволяют определить, насколько они могут обладать стрессоустойчивыми качествами, необходимыми для поддержания, воспитания и социального сопровождения ребенка в течение всей жизни.

Именно процедура психологического изучения личностных особенностей родителей и значимых близких детей с ОВЗ позволяет установить те «слабые» зоны в области межличностных внутрисемейных контактов, в отношении к проблемному ребенку, в реагировании его близких на стресс, которые нуждаются в дальнейшем психокоррекционном воздействии.

Определение характеристик этого спектра проблем дает возможность предупредить ухудшение микросоциальной ситуации, в которой растет и развивается ребенок с психофизическими недостатками, а также установить «прогноз» развития каждой конкретной семьи.

В связи с полисубъективностью исследования (дети и их родители) и вариативностью возможных нарушений, диагностика «проблемной» семьи проводится в *трех направлениях*: психологическое изучение ребенка с ОВЗ; психологическое изучение родителей (лиц, их замещающих) и членов семьи ребенка с ОВЗ; психологическое изучение социального окружения семьи ребенка с ОВЗ и факторов, влияющих на его социальную адаптацию и успешную интеграцию в социум.

## **Психологическое изучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья**

Необходимо обратить внимание на множество факторов, влияющих на развитие ребенка с психофизическими нарушениями, и изучить:

- ▶ особенности личности различных категорий детей с ОВЗ;
- ▶ факторы, определяющие личностное развитие детей, подростков и молодежи с ОВЗ на разных возрастных этапах;

▶ особенности взаимодействия ребенка с ОВЗ со сверстниками, с друзьями, братьями, сестрами и их влияние на его развитие;

▶ эмоционально-волевую сферу детей;

▶ причины, препятствующие формированию адекватной личностной самооценки у ребенка;

▶ особенности формирования «системы Я»;

▶ потребности ребенка с ОВЗ и внутрисемейные факторы, их определяющие;

▶ межличностные отношения в малых социальных группах, состоящих из лиц с нарушениями в развитии (в классе коррекционной школы, в группе профессионального училища, в трудовом коллективе и др.);

▶ формирование мотивации к труду в условиях семьи;

▶ формирование мотивации к профессиональной деятельности в трудовом коллективе.

В каждом конкретном случае могут рассматриваться и другие аспекты диагностики.

### **Психологическое изучение родителей (лиц, их замещающих) и членов семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья**

Знание психологических особенностей родителей (лиц, их замещающих) и членов семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, позволит оптимизировать условия жизни ребенка и привлечь значимых для него взрослых к активному и плодотворному участию в коррекционно-развивающем процессе. Поэтому рекомендуется изучать:

▶ личностные особенности родителей и членов семьи, воспитывающих ребенка;

▶ внутрисемейный климат и межличностные контакты в семье;

▶ факторы, влияющие на родительские позиции (отцовскую и материнскую) по отношению к ребенку;

▶ уровень воспитательской и педагогической компетентности родителей;

▶ воспитательские качества и способности родителей;

▶ профессиональные умения родителей, выступающих в качестве педагогов своих детей;

- ▶ социально-культурные условия жизни семьи на разных возрастных этапах развития ребенка;
- ▶ ценностные ориентации родителей различных социально-культурных групп в отношении ребенка;
- ▶ основные типы взаимодействия в семьях с проблемным ребенком;
- ▶ модели воспитания в семьях, воспитывающих детей, страдающих различными аномалиями развития;
- ▶ формы родительского участия в формировании навыков социальной и трудовой адаптации ребенка;
- ▶ влияние родительской позиции на формирование личности ребенка;
- ▶ мотивационно-потребностную сферу родителей;
- ▶ особенности внутренних личностных переживаний родителей (близких лиц), связанных с нарушениями развития ребенка;
- ▶ влияние присутствия в семье ребенка с психофизическими недостатками на развитие и контакты его здоровых братьев и сестер;
- ▶ особенности отношения здоровых братьев и сестер к ребенку с нарушениями в развитии;
- ▶ динамику родительско-детских и детско-родительских отношений под воздействием психокоррекции;
- ▶ родительские позиции отцов и матерей детей — и провести сравнительный анализ;
- ▶ родительское отношение к ребенку в зависимости от религиозных и культурных традиций семьи — и провести сравнительный анализ.

В каждом конкретном случае могут возникнуть и другие направления диагностики.

### **Психологическое изучение социального окружения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья и факторов, влияющих на его социальную адаптацию**

Знание социального окружения семьи позволяет определить факторы, позитивно влияющие на социальную адаптацию ребенка. Поэтому необходимо изучать:

► отношение различных социальных групп населения к детям, подросткам и взрослым с психофизическими нарушениями;

► влияние здоровых сверстников на характер и динамику развития ребенка с психофизическими недостатками;

► макросоциальные условия, определяющие развитие и социально-трудовую адаптацию детей, подростков и молодых людей с психофизическими недостатками;

► макросоциальные условия, определяющие максимально возможную реабилитацию семей, в которых воспитываются и живут дети, подростки и молодые люди с психофизическими недостатками.

Спектр проблем, представленных в третьем блоке, может быть включен в разряд междисциплинарных исследований. Он может изучаться не только психологом, но и социальным педагогом и социальным работником.

## **Методы психологического изучения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья**



Основные методы психологического изучения семьи: наблюдение и эксперимент.

Основными методами психологического изучения семьи являются наблюдение и эксперимент. В качестве дополнительных методов традиционно используют беседу-интервью, изучение документации об исследуемых, анализ продуктов их деятельности и др.

Проведение экспериментального психологического исследования требует привлечения достаточного числа диагностических методик в рамках того или иного метода. В силу этой причины применяются как стандартизированные, так и неформализованные методики. В качестве конкретного психодиагностического инструментария могут использоваться известные методики, изучающие особенности личностной и межличностных сфер членов семьи ребенка с ОВЗ. Некоторые из методик были нами адаптированы с учетом особенностей

объекта исследования. Часть методик являются авторскими (см. приложение 2).

## **Наблюдение**

Наблюдение — это один из наиболее древних психодиагностических методов. Его достоинством является нестандартизированность процедуры и отсутствие необходимости согласия испытуемого на ее проведение. Психолого-педагогическое наблюдение осуществляется в соответствии с целями исследования. В ходе наблюдения психолог занимается отбором нужных фактов, пользуется определенной системой регистрации и записи результатов.

### **Параметры психолого-педагогического наблюдения за эмоционально-личностными особенностями детей с ограниченными возможностями здоровья**

В процессе психолого-педагогического наблюдения за детьми учитываются особенности их коммуникативно-поведенческой, эмоционально-волевой и личностной сфер, а именно:

- ▶ стремление ребенка к контакту со взрослыми членами семьи (родителями, прародителями, опекунами и др.);
- ▶ стремление ребенка к контакту с детьми (братьями, сестрами, сверстниками);
- ▶ стремление ребенка к контакту с чужими лицами (гувернерами, воспитателями, учителями и др.);
- ▶ характер взаимодействия (доброжелательность/негативизм, инициативность в осуществлении контакта);
- ▶ преимущественная форма контакта (вербальная, тактильная, зрительная, опосредствованная, т.е. через кого-то или через что-то);
- ▶ ситуации, вызывающие коммуникативные трудности у ребенка;
- ▶ наличие/отсутствие паралингвистических средств общения (жестов, мимики, поз и др.);
- ▶ особенности и характер поведенческих проявлений (оптимизма, тревожности, застенчивости, агрессивности, истеричности, отгороженности и замкнутости);



- ▶ особенности выражения глаз и лица (тревожность, страх, радость, агрессия, отстраненность);
- ▶ особенности преобладающего эмоционального фона (оптимистический, нейтрально-деловой, тревожный, депрессивный, неуверенный, мрачный и др.);
- ▶ характер и содержание высказываний (оптимистичные, неуверенные, агрессивные, мрачные);
- ▶ наличие/отсутствие переживания дефекта и формы его проявления (депрессия, тревожность, агрессия и др.).

### **Параметры психолого-педагогического наблюдения за родителями (лицами, их заменяющими) детей с ограниченными возможностями здоровья**

При наблюдении за родителями и опекунами детей учитываются:

- ▶ наличие/отсутствие стремления к установлению адекватных контактов с ребенком и другими близкими;
- ▶ форма и характер взаимодействия с ребенком (другими близкими);
- ▶ особенности коммуникативного поведения во взаимодействии с детьми и другими лицами (доброжелательность, жесткость, грубость, безразличие и др.);
- ▶ использование паралингвистических средств (мимики, жестов, поз) и ситуаций для общения с ребенком (игр, экскурсий, прогулок, вечеров чтения и др.);
- ▶ выбор преимущественной формы контакта с ребенком (вербальная, тактильная, зрительная, опосредствованная).

При изучении семей, воспитывающих детей с ОВЗ, с помощью метода наблюдения оцениваются эмоционально-личностные особенности обследуемой группы детей, а также индивидуально-психологические характеристики их родителей. На основании наблюдаемых личностных реакций, тональности разговора, вибрации (дрожания) голоса и других признаков, наиболее значимых в повседневном общении, подтверждаются или опровергаются данные о характерологических изменениях личности, поведенческих реакциях, полученные путем использования формализованных методик.

## Экспериментальное изучение особенностей эмоционально-личностной сферы ребенка с ОВЗ и его межличностных контактов

В процедуре экспериментального изучения эмоционально-личностной сферы детей, их взаимоотношений с родителями и другими субъектами внешнего мира используются разнообразные проективные и частично стандартизированные методики (В.В. Ткачёва, 2006). При изучении подростков, взрослых инвалидов, а также их родителей могут использоваться разнообразные виды опросников.

*Личностные опросники* позволяют изучить особенности, которые характеризуют кардинальные черты личности — психические свойства индивида. Выявление этих качеств позволяет определить направленность личности, в рамках которой раскрываются особенности ее потребностей, мотивов и целей. К психическим свойствам относят также темперамент, характер и способности личности (Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов).

*Проективные методики* — это методики, которые позволяют, опосредствованно моделируя некоторые жизненные ситуации и отношения, исследовать свойства личности, выступающие прямо или в виде различных установок, таких как «значащие переживания», «личностные смыслы» и др. Проективные методики (лат. *projectio* — «выбрасывание вперед») основаны на феномене проекции, который состоит в приписывании другим лицам и объектам свойств, присущих самому индивиду. В качестве стимульного материала в проективных методиках используется картинка, содержание которой испытуемый должен описать, давая оценку изображенной ситуации в соответствии с собственными переживаниями.

Ниже приведено краткое содержание методик, которые могут применяться для реализации обозначенной цели (см. приложение 2).

### Методика «Фильм-тест» (Р. Жиль)

Методика Р. Жилья «Le Test-Film» в адаптированном варианте предназначена для исследования социальной приспособленности ребенка, особенностей его межличностных

отношений, некоторых поведенческих характеристик и черт личности. По данным авторов адаптированного варианта методики (И.Н. Гильяшева, Н.Д. Игнатьева, 1994), она может быть использована для детей с нормальным психическим развитием в возрасте от четырех-пяти лет и до одиннадцати-двенадцати лет. Преимущество методики состоит в том, что она является визуально-вербальным проективным тестом и может применяться при изучении детей с задержкой психического развития с шести-семи лет, а при изучении детей с легкой степенью умственной отсталости — с девяти-десяти лет (В.В. Ткачёва, 2005, 2006). Слабовидящим детям стимульный материал по этой методике предъявляется в увеличенном размере.

В соответствии с инструкцией ребенку предлагается либо выбрать себе место среди изображенных людей, либо идентифицировать себя с персонажем, занимающим то или иное место в группе. С помощью ответов можно получить информацию об отношении ребенка к окружающим людям и выяснить характерные варианты его поведения в некоторых типичных ситуациях. Методика позволяет оценить следующие параметры личностной сферы ребенка:

▶ особенности его взаимоотношений со значимым окружением (матерью, отцом, родителями, бабушкой, дедушкой, братьями, сестрами и другими родственниками, друзьями, учителями и воспитателями);

▶ характерологические особенности ребенка (любопытность, лидерство, общительность, конфликтность, тревожность и отгороженность).

С помощью полученных данных выстраивается профиль доминирующих личностных тенденций в системе отношений ребенка с его ближайшим окружением и поведенческих характеристик. Полученные при подсчете количественные показатели соотносятся с числовыми значениями в процентах, которые затем для удобства анализа ранжируются по трем уровням:

— низкий уровень сформированности отношений или личностных черт — 0–30% ;

— средний уровень сформированности отношений или личностных черт — 30–60% ;

— высокий уровень сформированности отношений или личностных черт — 60–100% .

## **Методика «Два дома» (И. Вандвик и П. Экбланд)**

Методика используется для изучения особенностей общения ребенка с членами своей семьи (Т.Д. Марцинковская, 1997). С помощью этой методики определяется характер взаимоотношений близких людей с ребенком и выявляется его оценка этих отношений (см. приложение 2).

### **Рисуночные тесты**

В качестве психодиагностических методик используются следующие рисуночные тесты: «Рисунок человека», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи», «Дом, дерево, человек». Эти методики применяются при обследовании детей в возрасте от четырех лет (см. приложение 2). В отдельных случаях перечень методик дополняется «Кинетическим рисунком семьи».

Рисунки детей по своему содержанию многозначны. Особенно это проявляется в плане изучения внутрисемейного климата и характера межличностных отношений. При исполнении рисуночных тестов ребенку не нужно вербализовать характеристики этих отношений, а достаточно их изобразить. Другим важным преимуществом рисуночных тестов является то, что в любом детском рисунке может быть отражено содержание межличностного и внутрисемейного конфликта. При этом ребенок может быть и не наделен художественным талантом или у него может страдать качество графического изображения. Но и в этом случае рисунок ребенка отражает взгляд маленького человека на сложные взаимоотношения взрослого мира.

С целью интерпретации детских рисунков мы рекомендуем использовать тестовые показатели, разработанные А.Л. Венгером (2002, с. 142–153).

## **Методика «Лесенка для детей» (В.В. Ткачёва)**

Методика «Лесенка» используется для изучения детской самооценки (Т.Д. Марцинковская, 1997). Содержание методики было адаптировано нами для исследования проблем семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ (см. приложение 2). В результате модификации методики стало возможным ее применение

в психодиагностической работе как с детьми («Лесенка для детей»), так и с родителями («Лесенка для родителей»).

### **CAT (Children's Apperception Test) — Детский апперцептивный тест (Л. Беллак)**

С целью дополнения информации об испытуемых, используется методика САТ — «Детский апперцептивный тест», предложенная Л. Беллаком для обследования детей в возрасте от трех до десяти лет (Тесты детской апперцепции, 2000). С помощью этой методики оценивается уровень тревожности детей и особенности их взаимоотношений со значимым социальным окружением. Ребенку предлагается посмотреть на картинки и рассказать о том, что там происходит.

### **Экспериментальное изучение личностных особенностей, внутрисемейных отношений, ценностных ориентаций и воспитательских позиций родителей**

С целью определения характера реакций родителей на сложившуюся психогенную ситуацию (рождение в семье ребенка с недостатками в развитии) используются методики, направленные на изучение их психических свойств.

### **Анкета «Психологический тип родителя» (В.В. Ткачёва)**

Анкета позволяет быстро определить психологический тип родителя путем простого подсчета баллов. В анкете содержатся утверждения, которые позволяют дифференцировать свойства личности родителей в соответствии с выделенными психологическими типами (см. приложение 2).

### **Социограмма «Моя семья» (В.В. Ткачёва)**

Эта методика является адаптированным вариантом теста «Семейная социограмма» Э.Г. Эйдемиллера. Мы модифицировали методику в соответствии с задачами исследования семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ (см. приложение 2). В новом варианте методика включает изучение трех этапов жизни семьи: до рождения ребенка с ОВЗ, сразу после его рождения и на момент обследования. Такой подход позволяет определить

характер динамики (позитивный или негативный) в развитии каждой конкретной семьи.

### **Тест-опросник родительского отношения — ОРО (А.Я. Варга, В.В. Столин)**

Эта методика ориентирована на изучение родительской позиции матери или отца по отношению к своему ребенку. Она состоит из пяти шкал: «Принятие–отвержение», «Кооперация», «Симбиоз», «Авторитарная гиперсоциализация», «Маленький неудачник» (В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова, 2004).

### **Адаптированный Тематический апперцептивный тест (В.В. Ткачёва)**

Адаптированный Тематический апперцептивный тест — это модифицированный нами Тематический апперцептивный тест (ТАТ) Х. Моргана, Г. Мюррея. Основным содержанием диагностической процедуры ТАТ является анализ интерпретации картин, предъявляемых испытуемому (Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов, 2000).

С целью изучения психологических переживаний родителей, их установок и потребностей в отношениях с детьми, имеющими нарушения в развитии, родителям предлагается специальный перечень вопросов и иллюстративный материал: шесть картин, изображающих детей с ОВЗ. Перед родителями ставится задача: описать каждую из картинок и определить свое отношение к изображенным на них детям и перспективам их будущего (см. приложение 2).

### **Методика «История жизни с проблемным ребенком» (В.В. Ткачёва)**

Методика «История жизни с проблемным ребенком» — письменная форма изложения проблем семьи в интерпретации кого-либо из родителей ребенка, чаще его матери. Это — вспомогательный диагностический инструментальный, с помощью которого удастся уточнить основную проблему, волнующую конкретного родителя и характер его субъективных переживаний по этому поводу, дополнив или опровергнув данные, полученные экспериментальным путем (см. приложение 2).

## **Беседа-интервью и другие дополнительные методы**

В качестве дополнительного метода в процессе диагностической процедуры используется беседа-интервью. Существенно важным для проведения беседы-интервью с родителями детей с ОВЗ является то, что предметом взаимодействия, определяющим отношения психолога и обследуемых, избирается внутренний мир последних. Беседа-интервью — это один из специальных методов анализа уникальной ситуации субъекта с целью создания для него альтернативного варианта переживания значимой проблемы и определения возможного выхода из «тупиковой ситуации».

В качестве диагностического метода беседа используется при изучении как взрослых, так и детей. Как часть диагностической процедуры беседа включается в процесс консультирования семьи. В соответствии с известными методическими рекомендациями (И.Ю. Левченко. *Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков*, 2002), в беседе выделяются вступительная, основная и заключительная части. Во вступительной части беседы-интервью устанавливаются доверительные отношения с ребенком или его близкими, а также определяется перечень проблем, которые их волнуют. В основной части беседы, проводимой с ребенком или с его родителями, обсуждаются заявленные проблемы. Конечная цель беседы-интервью предполагает изменение или проявление тенденции к позитивному изменению ценностных ориентаций родителя по отношению к больному ребенку.

Беседа с ребенком, как правило, направлена на выявление уровня сформированности его представлений об окружающем мире, особенностей познавательной и эмоционально-личностной сфер, интересов, включая межличностные связи и социальные контакты. В процессе беседы формулируется предварительный «гипотетический» диагноз ребенка, который затем подтверждается, уточняется или опровергается в ходе его дальнейшего психолого-педагогического изучения.

В качестве дополнительных методов изучения используется также анализ документации на детей, включающей медицинскую, социальную и психолого-педагогическую информацию, и анализ продуктов их деятельности.

# Схема экспресс-диагностики семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья и составление психологического заключения

Схема экспресс-диагностики семьи имеет три раздела. Первый раздел включает общие сведения о семье. Второй позволяет изучить психологические особенности ребенка и детско-родительские отношения. Третий направлен на определение психологического типа родителей и избранной ими модели воспитания в семье.

## **Первый раздел. Сведения о семье**

Сведения о семье могут быть получены из документации о ребенке, в процессе беседы с родителями, а также в результате наблюдения.

### **1. ФИО ребенка с ОВЗ (указать дату рождения)**

**Состав семьи:** полная, неполная, родители в разводе (нужное подчеркнуть, отметить);

отец	(Н, А)*;	мать	(Н, А);
бабушка	(Н, А);	бабушка	(Н, А);
дедушка	(Н, А);	дедушка	(Н, А).
брат	(Н, А);		
сестра	(Н, А);		

другие лица, если имеется отклонение от нормального психофизического развития

**2. Материальное благосостояние семьи** (нужное подчеркнуть, отметить):

2.1. Проживает в коммунальной, отдельной одно-, двух-, трехкомнатной квартире, отдельном доме (особняке) с/без прародителями (указать, чьи — отца или матери — родители проживают с семьей ребенка с ОВЗ).

2.2. Работающие члены семьи:

отец;

мать;

другие члены семьи.

\* Здесь и далее Н — норма, А — аномалия.



2.3. Оформлена ли инвалидность на ребенка, какие из льгот заявлены, но ребенок ими не пользуется (машина, путевки, талоны на такси и др.), получает ли пенсионное пособие.

2.4. Кто является опекуном ребенка с ОВЗ, подростка с ОВЗ, молодого человека с ОВЗ:

мать;

отец;

родственник (указать ФИО, профессию, место работы и др.);

чужое лицо (указать ФИО, профессию, место работы и др.).

2.5. Средний достаток семьи (выше или ниже прожиточного минимума в расчете на одного человека).

2.6. Имеются ли в семье транспортные средства:

у мужа;

у жены

2.7. Есть ли в семье другие инвалиды (указать кто, если есть)

### 3. Социально-культурный уровень членов семьи:

3.1. Образование (указать профиль полученного образования — гуманитарное, педагогическое, дефектологическое, техническое; название образовательного учреждения):

	Отец	Мать
Высшее		
Среднее специальное		
Среднее		

3.2. Кем работает (указать должность):

отец;

мать

3.3. Каких религиозно-философских воззрений придерживаются родители:

	Отец	Мать
Православие		
Католицизм		
Мусульманство		
Иудаизм		
Атеизм		
Другое		

### 3.4. Культурные интересы и предпочтения:

отец;

мать

**4. Особенности общения** по наблюдению (нужное подчеркнуть, отметить):

#### 4.1. Во время консультации:

	Отец	Мать
Поведение:		
корректное		
некорректное (в чем проявляется)		
скрытность		
тревожность		
держит дистанцию		
склонность к конфликтам		
стремление к контакту		
другое		

#### 4.2. Отношения в семье (с точки зрения каждого из родителей):

	Отец	Мать
Конфликтные		
Отчужденные		
Псевдосолидарные		
Адекватные		
Гармоничные		

## **Второй раздел. Оценка личностных особенностей детей и детско-родительских отношений**

Данные для второго и третьего разделов могут быть получены только экспериментальным путем. В зависимости от поставленных задач и практического опыта психолога перечень и число методик может меняться. Ниже приводятся примерные характеристики, которые могут быть получены по результатам исследования диагностическим комплексом методик.

**Методика «Фильм-тест» (Р. Жиль):** определяется характер детско-родительских отношений (низкий уровень сформированности отношений или личностных черт — 0–30%; средний уровень сформированности отношений или личностных черт — 30–60%; высокий уровень сформированности отношений или личностных черт — 60–100%).

**Рисуночные тесты:** определяется характер внутрисемейной атмосферы (доброжелательная, недоброжелательная, отчужденная, враждебная); дается оценка отношений и контактов ребенка с окружающими (оптимальные, недостаточные, фрустрирующие, симбиотические и др.).

**Методика «Два дома» (И. Вандвик и П. Экбланд):** определяются приоритеты ребенка в отношениях с близкими и значимыми лицами (в красном домике со мной будут жить ...; в другом домике останутся ...).

**Методика «Лесенка для ребенка» (В.В. Ткачёва):** определяются предпочтения в социальных контактах ребенка.

**САТ — Детский апперцептивный тест (Л. Беллак)** определяются особенности межличностных отношений ребенка со значимыми близкими (родителями, сестрами, братьями и др.).

### **Третий раздел. Определение структуры семьи, психологического типа родителей, особенностей внутрисемейных отношений, преобладающей модели воспитания в семье**

**Анкета «Психологический тип родителя» (В.В. Ткачёва):** определяется психологический тип родителя (невротичный, авторитарный, психосоматичный).

**Социограмма «Моя семья» (В.В. Ткачёва):** определяются динамика развития семьи, изменения в ее структуре, связанные с рождением ребенка с ОВЗ.

**Опросник родительского отношения — ОРО (А.Я. Варга и В.В. Столин):** определяется характер родительского отноше-

ния к ребенку (принятие — отвержение, кооперация, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация, маленький неудачник).

**Адаптированный тематический аппцептивный тест — АТАТ (В.В. Ткачёва)** определяют ценностные ориентации родителей в отношении ребенка с ОВЗ.

**Методика «История жизни с проблемным ребенком» (В.В. Ткачёва)** — определяют причины субъективных переживаний родителей.

Психолог-практик, работающий с семьями воспитанников учреждения, может включить в схему (второй и третий разделы) только те методики, которые он считает наиболее валидными или дополнить/заменить другими методиками. Однако в целом желательно сохранить предлагаемую схему обследования, т.к. она облегчает итоговый сравнительный анализ полученных экспериментальных данных.

### **Модель психологического заключения по результатам диагностики**

Психологическое заключение по результатам диагностики традиционно пишется в свободной форме. Однако в нем должны быть отражены следующие аспекты: характер взаимоотношений между членами семьи, особенности внутрисемейного климата и модели воспитания ребенка, избранные родителями, и, главное, — причины, дестабилизирующие адекватное психофизическим возможностям развитие ребенка.

*В первой части* заключения кратко отражаются общие сведения о семье конкретного ребенка, излагаются жалобы, опасения и потребности родителей.

*Вторая часть* отражает собственно результаты психологического изучения семьи, которые включают основные характеристики, определяющие внутрисемейную атмосферу:

— основная причина конфликтной ситуации в семье (трудности, связанные с воспитанием ребенка с ОВЗ, разногласия между родителями по вопросам обучения и воспитания ребенка, развод, отчужденность от ребенка, неприятие его дефекта или другое);

— характер внутрисемейных взаимоотношений (гармоничные, конфликтные, псевдосолидарные, отчужденные, адекватные); ролевая структура семьи, определение лидера;

— индивидуально-личностные характеристики ребенка (тревожность, истеричность, агрессивность, любознательность, отгороженность, лидерство, другое); предпочтения, интересы, круг общения;

— особенности отношения ребенка к каждому из родителей и другим членам семьи (любящие, теплые, уважительные, холодные, отчужденные);

— психологический тип каждого из родителей ребенка (невротичный, авторитарный, психосоматичный), степень выраженности личностных нарушений (норма — акцентуация);

— ценностные ориентации родителя в отношении ребенка, оценка ребенка каждым из родителей, отношение к его личности, прогноз будущего;

— особенности взаимных контактов с ребенком и модели воспитания, используемые каждым из родителей (модель «сотрудничество», модель «отказ от взаимодействия», гиперопека, симбиоз, гипоопека, эмоциональное отвержение, жестокое обращение, повышенная моральная ответственность и др.);

— влияние прародительской семьи на внутрисемейные отношения и модель воспитания ребенка.

Каждый из испытуемых — ребенок, отец, мать (или лица, их замещающие) — характеризуется отдельно.

*В третьей части* заключения по результатам психологического изучения устанавливается «семейный диагноз». Внутрисемейная атмосфера конкретной семьи может квалифицироваться как *гармоничная* или *дисгармоничная*, а внутрисемейные условия развития ребенка с ОВЗ как благоприятные или неблагоприятные. При выявлении более 50% отрицательных факторов семья может быть отнесена к категории семей *социального риска*. Также определяется вероятностный «прогноз» развития семьи: *благоприятный* или *неблагоприятный*.

Примеры психологических заключений представлены в приложении 1.

Психологическое заключение также включает рекомендацию специалиста по преодолению имеющихся в семье проблем, отдельно для ребенка и отдельно для его родителей. Кроме

того, даются рекомендации к проведению психокоррекционной работы с семьей. В рекомендациях указываются конкретные психокоррекционные мероприятия для каждого из близких ребенка и для него самого. Чаще всего предлагается посещение психокоррекционных занятий и определяется их форма (индивидуальные или групповые).

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

*Бурлачук Л.Ф.* Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. — СПб., 2000. — 528с.

*Венгер А.Л.* Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер. — М., 2002. — 160с.

*Левченко И.Ю., Приходько О.Г.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. завед. — М., 2001. — 192 с.

*Левченко И.Ю., Ткачёва В.В.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие. — М., 2008 — 239 с.

*Марцинковская Т.Д.* Диагностика психического развития детей : пособ. по практ. психологии / Т.Д. Марцинковская. — М., 1997. — 176с.

Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: хрестоматия. — СПб., 2007. — 400 с.

Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. — М., 2003. — 320с.

Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья: Учеб. для студ. учреждений высш. проф. обр. / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. — 6 изд. перераб. и доп. — М., 2011. — 336 с.

Тесты детской апперцепции (САТ, САТ-Н, САТ'S): справочное руководство. — М., 2000. — 35с.

*Ткачёва В.В.* Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачёва. — М., 2004. — 192с.

*Ткачёва В.В.* Психолого-педагогическое сопровождение современной семьи. — М., 2008. — 131с.

*Ткачёва В.В.* Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачёва. — М., 2006. — 320 с.

*Филиппова Г.Г.* Психология материнства: Учебное пособие. — М., 2002. — 320с.

*Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. — СПб., 2003. — 336с.





# Приложения

Условные обозначения: \_\_\_\_\_



— Приложение на сайте [www.nbcmmedia.ru](http://www.nbcmmedia.ru)

**Документация психолога по изучению семьи,  
воспитывающей ребенка с ограниченными воз-  
можностями здоровья**

**АНКЕТЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**



**Анкета 1**

Фамилия, имя ребенка, класс (школа №...), в котором обучает-  
ся \_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество матери (лица, ее замещающего) \_\_\_\_\_

Возраст матери \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Занимаемая должность \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество отца ребенка (лица, его замещающе-  
го) \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Занимаемая должность \_\_\_\_\_

**Состав семьи** (указать лиц, страдающих психическими и  
хроническими соматическими заболеваниями)

ребенок с ОВЗ \_\_\_\_\_

другие дети в семье, которые родились

до него (возраст, пол, имя) \_\_\_\_\_

после него (возраст, пол, имя) \_\_\_\_\_

брат или сестра-близнец, если он ребенок с нарушениями в развитии, является одним из двойни (возраст, пол, имя) \_\_\_\_\_

мать \_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_

бабушка \_\_\_\_\_

дедушка \_\_\_\_\_

другие родственники \_\_\_\_\_

**Материальные условия проживания семьи** (ниже прожиточного уровня, удовлетворительные, хорошие) \_\_\_\_\_

## Анкета 2

*Уважаемый родитель!*

*Просим Вас ответить на перечисленные ниже вопросы. При ответе долго не задумывайтесь, отвечайте сразу. Нужный ответ отметьте галочкой.*

Вопросы	Варианты ответов
1. Как Вы считаете, что оказывает большее влияние на формирование личности вашего ребенка?	Семья <input type="checkbox"/>
	Детский сад, школа <input type="checkbox"/>
2. Необходимо ли Вашей семье взаимодействовать со специалистами?	Да <input type="checkbox"/>
	Нет <input type="checkbox"/>
3. Как часто Вы общаетесь с психологом по поводу проблем воспитания ребенка?	При первой необходимости <input type="checkbox"/>
	Редко <input type="checkbox"/>
	Никогда <input type="checkbox"/>
4. Возникают ли конфликтные ситуации между Вами (членами Вашей семьи) и специалистами?	Да <input type="checkbox"/>
	Нет <input type="checkbox"/>

5. Какие формы работы, предлагаемые психологом Вашей семье, Вы считаете наиболее предпочтительными?	Беседа	<input type="checkbox"/>
	Общение по телефону	<input type="checkbox"/>
	Консультирование	<input type="checkbox"/>
	Семинары-практикумы	<input type="checkbox"/>
	Психологические тренинги	<input type="checkbox"/>
6. Оцениваете ли Вы помощь психолога, оказываемую Вам, как эффективную?	Да	<input type="checkbox"/>
	Нет	<input type="checkbox"/>
7. Уверены ли Вы в достаточной компетенции психолога?	Да	<input type="checkbox"/>
	Нет	<input type="checkbox"/>

### Анкета 3

*Уважаемый родитель!*

*Просим Вас ответить на перечисленные ниже вопросы. Нужный ответ отметьте галочкой.*

Вопросы	Варианты ответов
1. Считаете ли Вы, что родители должны активно участвовать в обучении и воспитании своего ребенка (или этот вопрос полностью должен решаться образовательными учреждениями)?	Да <input type="checkbox"/>
	Затрудняюсь ответить <input type="checkbox"/>
	Нет <input type="checkbox"/>
2. Считаете ли Вы, что недостатки в развитии Вашего ребенка являются серьезной проблемой (или вас это не беспокоит)?	Да <input type="checkbox"/>
	Затрудняюсь ответить <input type="checkbox"/>
	Нет <input type="checkbox"/>
3. Какие, по Вашему мнению, трудности могут возникнуть у Вашего ребенка в жизни из-за нарушений в его развитии?	Ограничение в выборе профессии <input type="checkbox"/>
	Трудности в обучении <input type="checkbox"/>
	Трудности социальной адаптации <input type="checkbox"/>
	Никаких <input type="checkbox"/>
4. Считаете ли Вы необходимыми консультации у специалистов образовательного учреждения?	Да <input type="checkbox"/>
	Затрудняюсь ответить <input type="checkbox"/>
	Нет <input type="checkbox"/>

5. Как Вы относитесь к выполнению домашних заданий, которые дают специалисты (учитель, логопед, психолог)?	Выполняю с ребенком постоянно	<input type="checkbox"/>
	Выполняю с ребенком время от времени, когда свободен	<input type="checkbox"/>
	Не выполняю никогда	<input type="checkbox"/>

## ДАнные О РАЗВИТИИ РЕБЕНКА (заполняет специалист)



Фамилия, имя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Заключение ПМПК \_\_\_\_\_

Какое учреждение посещает или посещал (ДООУ, школа, класс, реабилитационный центр) \_\_\_\_\_

Особенности протекания беременности и родов \_\_\_\_\_

Раннее развитие и перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Состояние интеллекта \_\_\_\_\_

Состояние речи \_\_\_\_\_

Состояние двигательной сферы \_\_\_\_\_

Состояние эмоционально-волевой сферы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Особенности личности и межличностных отношений \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Сводная таблица результатов  
первичного обследования родителя  
(матери/отца), воспитывающего ребенка  
с ограниченными возможностями здоровья**



Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

**Методики**<sup>1</sup> (кратко представить результаты, полученные при обследовании)

1. Анкета «Психологический тип родителя» \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Социограмма «Моя семья» \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. АТАТ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Родительское сочинение «История жизни с проблемным ребенком» \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ОРО (может быть заменена на АСВ или PARI) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Предлагаемые ниже методики зависят от выбора психолога.

**Психологический тип:** \_\_\_\_\_

**Модель взаимодействия с ребенком (нужное подчеркнуть):**

- «сотрудничество»;
- «отказ от взаимодействия».

**Коррекционная группа:** \_\_\_\_\_

**Сводная таблица результатов  
повторного обследования родителя (матери/отца),  
воспитывающего ребенка  
с ограниченными возможностями здоровья**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Методики<sup>1</sup>:** (кратко представить результаты, полученные при обследовании)

1. Анкета «Психологический тип родителя» \_\_\_\_\_

2. Социограмма «Моя семья» \_\_\_\_\_

3. АТАТ \_\_\_\_\_

4. Родительское сочинение «История жизни с проблемным ребенком» \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> При повторном обследовании после проведенной психокоррекции должны быть обязательно использованы те же методики, которые применялись при первичной диагностике.



5. ОРО (может быть заменена на АСВ или PARI) \_\_\_\_\_

Общий результат психокоррекции: \_\_\_\_\_

Модель взаимодействия с ребенком (нужное подчеркнуть):

- «сотрудничество»;
- «отказ от взаимодействия».

## ОБРАЗЦЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

### Заключение

по результатам психологического изучения семьи Петрова  
Серези, воспитанника Реабилитационного центра

Петров Сереза, 7,5 лет (... года рождения).

Диагноз: органическое поражение ЦНС, умственная отсталость, девиантное поведение.

Мать: Наталья Николаевна Петрова, 31 год, стоматолог, в декретном отпуске в связи с рождением второго ребенка (девочка, 1 год 2 месяца).

Отчим: Михаил Васильевич Пищенко, 28 лет, строитель.

Сереза Петров посещает коррекционные занятия в Реабилитационном центре второй год. Обучается по вспомогательной программе, темп усвоения знаний медленный. По мнению педагогов, особые проблемы представляет поведение ребенка: малоконтактен, агрессивен, всегда стремится настоять на своих требованиях. Использование моральных средств воздействия малопродуктивно из-за интеллектуальной недостаточности.

Родители Серези Петрова (мать и отчим) были приглашены на консультацию к психологу, в ходе которой было

проведено экспериментальное изучение особенностей внутри-семейных взаимоотношений.

#### Объективное обследование Петрова Сережи

Изучение личностных особенностей и межличностной сферы Сережи Петрова по наблюдению показало: мальчик лучше контактирует с матерью (прижимается к ней, тянет за рукав, устанавливает вербальный контакт), с отчимом отношения прохладные (в его сторону не смотрит). Рисунок семьи выполнить отказался. Выполнение заданий по другим методикам также затруднено в силу выраженных проявлений негативизма у ребенка.

Со слов матери было установлено, что отец Сережи отношений с сыном не поддерживает. В настоящее время функции отца выполняет отчим. Однако Сережа не слушается никого. Часто ведет себя агрессивно, пытается ударить, уколоть, смеется, когда видит, что другому человеку больно. На вопрос, какие воспитательные меры используются в семье, мать четко ответить не может, теряется, говорит: «Он ведь больной. Как его воспитывать?» Наталья Николаевна считает, что в семье является лидером.

Объективные исследования. Однако экспериментальное изучение личностных особенностей Натальи Николаевны не подтверждает наличие у нее лидерских характеристик, напротив, выявлен высокий уровень невротизации. Психологический тип — невротичная, модель воспитания — гиперопека. Скрывает наличие постоянных конфликтов с матерью, из-за которых в семье установилась напряженная атмосфера.

В беседе с отчимом установлено, что, по его мнению, Сережу балуют и мать, и бабушка (теща). Михаил Васильевич считает, что к Сереже необходимо проявлять не только любовь, но и строгость. Он как отец (так себя и называет) пытается установить с мальчиком хорошие отношения, однако этому мешает теща, т.к. ей кажется, что Михаил Васильевич может обидеть Сережу.

Объективное исследование показало: Михаил Васильевич имеет психосоматический психологический тип, модель воспитания Сережи — гипоопека. В структуру семьи интегрирован слабо, но стремится занять лидирующие позиции. Для себя важнейшим предметом заботы называет дочь, т.к. «она маленькая» и его первый ребенок.

Итак, в результате изучения было выявлено, что внутри-семейные условия воспитания Петрова Сережи квалифицируются как *неблагоприятные* для него. Отношения между взрослыми в семье псевдосолидарные: часты конфликты, мать жены расстраивает отношения между супругами. В семье фактически используется *модель противоречивого воспитания*, что неблагоприятно сказывается на личностном развитии ребенка. У ребенка развивается *тенденция к формированию агрессивных и эгоистических личностных черт*.

### ***Рекомендации***

Петрову Сереже рекомендуется посещение психокоррекционных занятий у психолога. Родителям (Петровой Н.Н. и Пищенкову М.В.) рекомендуется пролонгированное консультирование у психолога с дальнейшим посещением индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий.

Психолог \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

### **Заключение**

по результатам психологического изучения семьи  
Корякиной Лены, учащейся 2 класса школы №... VI вида

Корякина Лена, 8 лет (... года рождения).

В школу поступила, пройдя городскую ПМПК.

Диагноз: ДЦП, спастическая диплегия, осложненная ЗПР органического генеза, дизартрия, интеллект — норма.

Мать — Корякина Светлана Ивановна, менеджер. Семья неполная, разведена.

Мать девочки вызвана психологом школы на беседу в связи со снижением успеваемости Лены и ухудшением ее состояния в целом. Девочка находится на «пятидневке», в течение недели ее не забирают, а после выходных она часто приходит без выполненных домашних заданий, иногда в неопрятной одежде.

Во время беседы была выявлена потребность матери в длительном консультировании.

Со слов матери следует, что ее волнует будущее дочери. Она возлагает большие надежды на учреждение, намерена всячески поддерживать контакты со специалистами и выполнять их рекомендации. Во время беседы ведет себя адекватно, социально-культурный уровень высокий. Однако жалуется, что на воспитание дочери у нее остается слишком мало времени, т.к. нужно устраивать свою личную жизнь.

#### Объективное обследование Корякиной Лены

Двигательные нарушения у девочки выражены в умеренной степени: передвигается по помещению школы самостоятельно, но с помощью специальных костылей, в школу ее привозит мать на машине. Речь характеризуется малой разборчивостью (спастико-паретическая дизартрия), голос недостаточной силы и звонкости, снижена амплитуда голосовых модуляций. Интеллект сохранный.

В личностной сфере выявлены высокий уровень фрустрированности и потребность находиться рядом с матерью (Р. Жиль). Лена постоянно говорит о том, что хочет домой, в беседе подчеркивает стремление быть с матерью. Негативные предпочтения не выявлены («Два дома», «Лесенка»). Рисуночный тест девочка выполнить не смогла: сплошное черкание. Эмоциональный фон тревожный, малообщительна, дружит только с одной девочкой в классе (Симаковой Таней). В беседе сообщает, что чаще грустит, чем веселится, что подтверждается экспериментально (выбирает картинки с грустными или печальными выражениями лиц детей). Дефект осознает, реагирует депрессивно.

#### Объективное обследование Корякиной Светланы Ивановны

Выявленные по наблюдению и экспериментально характеристики позволяют отнести данного родителя к невротичному типу; Светлана Ивановна демонстрирует низкую интегрированность в семью, в качестве модели воспитания избирает либо гипоопеку (PARI), либо «маленький неудачник» (А.Я. Варга, В.В. Столин). Представления о семье расплывчаты (в социограмме «Моя семья в настоящее время» говорит, что не знает, как выполнить тест), занята устройством личной жизни.

Итак, в результате изучения внутрисемейных отношений было выявлено, что внутрисемейные условия воспитания

Корякиной Лены могут быть квалифицированы как *неблагоприятные* для нее. Мать девочки полностью занята своими личными проблемами, девочке внимания не уделяет, тяготится ее дефектом. Такое отношение близкого взрослого *фрустрирует личность ребенка*. У девочки развивается тревожность.

### ***Рекомендации***

Корякиной Лене рекомендуется посещение психокоррекционных занятий у школьного психолога. Корякиной С.И. рекомендуется пролонгированное консультирование у психолога с дальнейшим посещением индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий.

Психолог \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

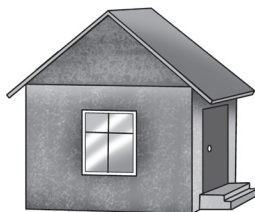
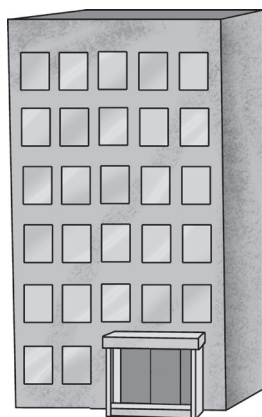
## Диагностический комплекс методик психологического изучения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья

### Методика «Два дома» (И. Вандвик и П. Экблад)

Иллюстративным материалом методики служит предварительно подготовленный рисунок. Вверху альбомного листа помещается многоэтажный дом, нарисованный простым карандашом. Внизу располагаются два других дома: один в виде коттеджа, большой и красивый, выполненный в красном цвете, а другой — поменьше, обычный, нарисованный простым карандашом (см. следующую страницу).

Вначале психолог беседует с ребенком о его семье и выясняет ее состав. Затем он показывает ребенку рисунок и просит переселить членов его семьи из многоэтажного дома в новые дома, расположенные в нижней части листа. Ребенку сообщают, что в большом красном доме поселится он сам. В свой дом он может взять с собой тех близких, кого захочет. Всех остальных можно поселить в маленьком сером домике, который расположен рядом. В конце беседы психолог задает ребенку вопрос: «Кого из членов семьи ты возьмешь в свой новый дом, а кого поселишь рядом, в сером домике?»

При анализе результатов, в первую очередь, обращается внимание на то, всех ли членов семьи ребенок разместил в «своем» доме. Если он кого-то «забыл» или переселил в маленький домик, то это свидетельствует о неоднозначном или негативном отношении ребенка к этому члену семьи. Важно также оценить быстроту ответа. Чем больше ребенок думает, тем менее достоверным расценивается его ответ. Если в семье доминируют гармоничные отношения и ребенок чувствует любовь близких, то в этом случае он располагает в «своем» домике всех близких.



## РИСУНОЧНЫЕ ТЕСТЫ

В качестве психодиагностических методик используются следующие рисуночные тесты: «Рисунок человека», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи», «Дом, дерево, человек». Эти методики применяются при обследовании детей в возрасте от четырех-пяти лет. В отдельных случаях перечень методик дополняется «Кинетическим рисунком семьи».

Рисунки детей по своему содержанию многозначны. Особенно это проявляется в плане изучения внутрисемейного климата и характера межличностных отношений. Особенностью рисуночных тестов является то, что ребенку не нужно вербализовывать характеристики этих отношений, а достаточно их изобразить. Другим важным преимуществом рисуночных тестов является то, что в любом детском рисунке может быть отражено содержание межличностного и внутрисемейного конфликта. При этом ребенок может быть лишен художественного таланта или у него может страдать качество графического изображения. Во всех случаях рисунок ребенка отражает взгляд маленького человека на взрослый мир.

Исследование межличностных контактов ребенка в семье с помощью методики «Рисунок семьи» осуществляется следующим образом. В начале психолог проводит беседу с ребенком о его семье, выясняя ее состав. Затем перед ребенком кладут чистый лист бумаги, цветные карандаши и просят нарисовать свою семью. На вопросы ребенка о том, кого рисовать, психолог отвечает: «Рисуй тех, о ком сейчас рассказывал». После завершения рисования психолог продолжает беседу с ребенком и просит рассказать, кого он изобразил на листе бумаги. При этом вопросы типа: «Это мама? А это папа?» исключаются. Задаются лишь вопросы: «Кто это? А это кто?» Если ребенок умеет писать, его просят подписать изображенных на рисунке лиц, если он этого не умеет, эту функцию выполняет психолог. Также он фиксирует очередность в изображении членов семьи с помощью цифровки.

С целью интерпретации детских рисунков мы рекомендуем пользоваться тестовыми формальными показателями, разработанными А.Л. Венгером (2002, с. 142–153). Они представлены ниже.



## Формальные показатели

### *Нажим на карандаш — показатель психомоторного тонуса*

- *Слабый нажим, местами линия едва видна* — астения; пассивность; иногда депрессивное или субдепрессивное состояние (с четырехлетнего возраста).
- *Сильный нажим, карандаш глубоко продавликает бумагу* — эмоциональная напряженность; ригидность; импульсивность (с четырехлетнего возраста).
- *Сверхсильный нажим, карандаш рвет бумагу* — конфликтность; гиперактивность; иногда агрессивность; острое возбуждение, пограничное или психотическое состояние.
- *Нажим сильно варьирует* — эмоциональная лабильность (с четырехлетнего возраста).
- *Колебания нажима особо сильны* — эмоциональная неустойчивость; иногда острое состояние.

### Особенности линий

- *Штриховые линии* — тревожность как черта личности.
- *Множественные линии* — тревога как состояние на момент обследования; стрессовое состояние; иногда импульсивность.
- *Эскизные линии*: сначала проводятся слабые линии, затем наиболее удачная наводится более жирной — стремление контролировать свою тревогу, держать себя в руках.
- *Промахивающиеся линии, не попадающие в нужную точку* — импульсивность; органическое поражение мозга; иногда гиперактивность (с пятилетнего возраста).
- *Линии, не доведенные до конца*, — астения; иногда импульсивность (с пятилетнего возраста).
- *Искажение формы линий* — органическое поражение мозга; импульсивность; иногда психическое заболевание (с пятилетнего возраста).

### Размер рисунков

- *Увеличенный размер*: рисунок человека занимает более 2/3 листа по высоте, несуществующее животное — весь лист — тревога как состояние на момент обследования; стрессовое состояние; иногда импульсивность; гиперактивность.
- *Уменьшенный размер*: рисунок занимает менее 1/3 листа по высоте — депрессия; низкая самооценка.

• *Размер рисунков сильно варьируется* — эмоциональная лабильность.

### ***Расположение рисунка на листе***

• *Смещен вверх, расположен в верхней половине листа, но не в углу* — иногда повышение самооценки, возможно, компенсаторное; стремление к высоким достижениям.

• *Смещен вниз, расположен в нижней половине листа* — иногда снижение самооценки.

• *Смещен вбок* — иногда органическое поражение мозга.

• *Выходит за край листа* — импульсивность; острая тревога; иногда пограничное, невротическое или психотическое состояние.

• *Помещен в углу листа* — иногда депрессия или субдепрессия.

### ***Тщательность и детализированность рисунков***

• *Большое количество разнообразных деталей* — демонстративность; живое воображение, творческая направленность.

• *Особая тщательность, большое количество однотипных деталей* — ригидность; тревожность; иногда перфекционизм; эпилептоидная акцентуация; органическое поражение мозга.

• *Малое количество деталей, схематичность* (в отношении к возрастной норме) — астения; импульсивность; низкая эмоциональность; негативизм; отрицательное отношение к обследованию; интровертность, замкнутость; иногда депрессия или субдепрессия; шизоидная акцентуация; сниженный уровень умственного развития.

• *Небрежность* (в отношении к возрастной норме) — импульсивность; низкая мотивация; иногда органическое поражение мозга; негативизм; отрицательное отношение к обследованию.

*Тщательность и детализированность рисунков сильно варьируются* — эмоциональная лабильность; разное эмоциональное отношение к разным изображаемым персонажам:

— *увеличение числа и разнообразия деталей* — положительное отношение;

— *увеличение числа однообразных деталей* — напряженное отношение;

— бедность деталей, схематичность, небрежность — отрицательное отношение.

### **Дополнительные особенности рисунков**

• *Стирание и исправление линий* — тревога как состояние на момент обследования; стрессовое состояние; эмоциональная напряженность; тревожность, неуверенность в себе; иногда перфекционизм.

• *Штриховка рисунка простым карандашом* — тревожность как личностная черта; тревога как состояние на момент обследования; иногда художественный прием у людей, обучающихся или обучавшихся рисованию (в этих случаях не интерпретируется);

— *размшистая штриховка, местами выходящая за контур рисунка* — острая тревога; импульсивность (с шестилетнего возраста);

— *особо тщательная штриховка* — тревожность, неуверенность в себе; ригидность; иногда перфекционизм;

— *штриховка с сильным нажимом; зачернение всего рисунка или его части* — эмоциональная напряженность; острая тревога; иногда пограничное или психотическое состояние.

• *Отклонение от вертикали* — органическое поражение мозга; иногда ощущение своей психологической неустойчивости, плохой приспособленности к жизни или неустойчивого невротического состояния; нарушения умственного развития (с пятилетнего возраста).

• *Нарушения симметрии* — органическое поражение мозга; импульсивность; иногда негативизм; острое состояние (с пятилетнего возраста).

• *Двигательные perseverации* — органическое поражение мозга; иногда психическое заболевание; интеллектуальное нарушение (с четырехлетнего возраста).

• *Распад формы, неопределенный, часто незамкнутый контур* — интеллектуальное нарушение; органическое поражение мозга; пограничное невротическое состояние; психическое заболевание (с пятилетнего возраста).

• *Не относящиеся к основному сюжету линии и штрихи, заполняющие весь лист,* — импульсивность, острая тревога; пограничное невротическое состояние; иногда психотическое возбуждение (с четырехлетнего возраста).

• *Грубое искажение формы и/или пропорций* — интеллектуальное нарушение; органическое поражение мозга; негативизм; сниженная конформность, нарушения социализации; пограничное невротическое состояние; психическое заболевание (с пятилетнего возраста).

### **Поведение обследуемого Высказывания**

• *Положительная оценка своих результатов* — демонстративность; гиперкомпенсация сниженной самооценки.

• *Отрицательная оценка своих результатов* — тревожность; завышенный уровень притязаний.

• *Автобиографические высказывания* — экстравертность; вербализм; гиперактивность.

• *«Люблю такие занятия...»* — демонстративность, направленность на сотрудничество.

• *«Не люблю такие занятия...»* — негативизм; тревожность.

• *Уточнения инструкции* — тревожность; перфекционизм.

• *Интерес к оценке проверяющего* — тревожность; демонстративность.

• *Попытки отказа от выполнения задания; мотивировка:*

— *неспособность к данной деятельности* — тревожность, тенденция к уходу от трудностей; сниженная самооценка;

— *«не люблю», «надоело», «скучно»* — низкая социализованность; негативизм;

— *усталость* — астения; стремление уйти от обследования;

— *отказ без мотивировки* — трудности в общении.

### **Темп работы**

• *Высокий* — высокий уровень активности.

• *Сверхвысокий* — импульсивность; гиперактивность; иногда негативизм.

• *Сниженный* — пассивность; астения; депрессия или субдепрессия; ригидность; тревожность.

• *Сильно варьирует* — эмоциональная лабильность.

## Рисунок семьи

- *Отсутствие:*
  - *себя* — чувство своей отверженности в семье;
  - *другого члена семьи* — его малая значимость для ребенка; конфликт; негативное (амбивалентное) отношение.
- *Наличие членов семьи, отсутствующих в реальности,* — восприятие своей семьи как недостаточной, ущербной.
- *Включение домашних животных* — недостаток общения, потребность в эмоциональном тепле.
- *Отношения «выше–ниже» (по росту или местоположению)* — отношения доминирования, подчинения.
- *Особо мелкое изображение:*
  - *себя* — подавленность или заброшенность; гиперопека;
  - *родителя* — представление о его малой значимости в семье;
  - *брата или сестры* — конкурентные отношения.
- *Особо крупное изображение:*
  - *себя* — претензия на главенствующую роль в семье;
  - *родителя* — представление о его большой значимости в семье;
  - *брата или сестры* — представление о его (ее) доминирующей роли в семье, ревность.
- *Обращенность членов семьи друг к другу, пространственная близость, контакт рук* — тесные эмоциональные контакты в семье.
- *Сверхплотное расположение фигур* — сверхтесные связи в семье; потребность в эмоциональной близости.
- *Удаленность:*
  - *всех членов семьи друг от друга* — разобщенность членов семьи, слабость эмоциональных контактов между ними;
  - *одного из членов семьи от других* — его слабая связь с остальными;
  - *себя от остальных* — ощущение своей изолированности в семье.
- *Расположение детей и взрослых отдельными группами* — ослабленность эмоциональных связей между детьми и родителями.
- *Изолированность:*
  - *изображения семьи от остального пространства листа* — замкнутая жизнь семьи, ее изолированность от социального окружения;

- *всех членов семьи друг от друга: разделение линиями, расположение в разных комнатах* — серьезное нарушение внутрисемейных контактов;
- *одного из членов семьи: отделение линией, расположение в другой комнате* — конфликтные отношения с этим членом семьи; его очень высокая изолированность в семье;
- *себя* — ощущение своей отверженности в семье.
  - *Поза и выражение лица члена семьи, детали* — интерпретируются, как и в «Рисунке человека», применительно к восприятию ребенком этого члена семьи.
  - *Изображение члена семьи со спины или в профиль, отвернувшись от остальных* — конфликтные отношения с этим членом семьи.
  - *Изображение себя отвернувшись от остальных* — конфликтное отношение к семье в целом; чувство отвержения себя другими членами семьи.
  - *Небрежное или схематическое изображение* (в сравнении с «Рисунком человека»):
    - *всех членов семьи или большинства из них* — отсутствие эмоциональной привязанности к семье; конфликтное отношение;
    - *одного из членов семьи* — отрицательное или конфликтное отношение к этому члену семьи;
    - *себя* — ощущение своей малой значимости в семье, отверженности.
  - *Штриховка, штриховые или множественные линии, стирания, исправления, повышенный нажим* (в сравнении с «Рисунком человека») при изображении:
    - *всех членов семьи или большинства из них* — напряженная эмоциональная атмосфера в семье;
    - *одного из членов семьи* — напряженное, конфликтное или амбивалентное отношение к этому члену семьи;
    - *себя* — неблагоприятное эмоциональное самоощущение в семье.
  - *Агрессивная символика: кулак, поднятая крупная ладонь, острые ногти, оружие или острое орудие в руках* — агрессивное поведение данного члена семьи; *зубы* — вербальная агрессия данного члена семьи.
  - *Большое количество предметов: мебели, вещей* — недостаточность эмоционального общения в семье.

## Методика «Лесенка для детей» (В.В. Ткачёва)

Методика «Лесенка для детей» используется с целью определения оценки ребенком его взаимоотношений с близкими в семье и значимыми лицами. Первый вопрос, на который отвечает ребенок («С кем тебе чаще приходится общаться?»), определяет степень его близости с окружающими людьми. Второй вопрос («Кто лучше к тебе относится и кто больше тебя ценит?») оценивает характер и качество этих отношений. Ребенок сам устанавливает иерархию связей и определяет глубину чувств, которые, по его мнению, испытывают к нему значимые близкие.

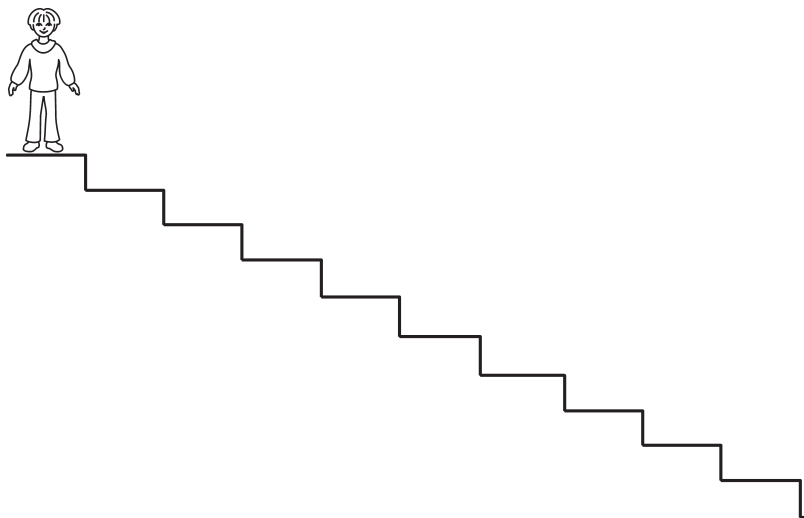
В начале исследования, при беседе с ребенком, у него выясняют состав его семьи, определяют друзей и любимых учителей. Затем перед ребенком кладут бланк, на котором изображена первая лесенка. Ребенку объясняют, что на верхней ступеньке лесенки находится он сам. Затем вводится инструкция, и ребенка просят расположить на лесенке членов его семьи и близких людей. После ответа на первый вопрос ребенку предлагают второй бланк. Теперь он должен оценить чувства близких людей, которые они испытывают к нему.

Бланк методики «Лесенка для детей»  
(В.В. Ткачёва)



**Первая инструкция:**

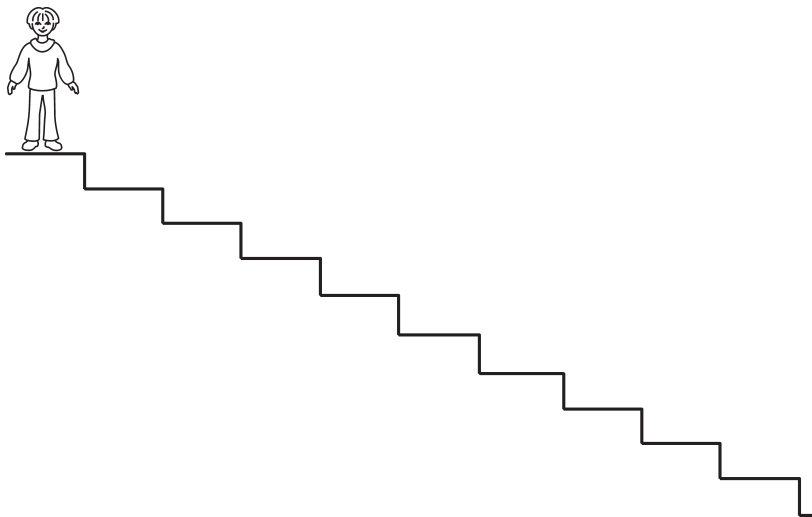
— Перед тобой лесенка. На ее верхней ступеньке находишься ты. Расставь на ступеньках лестницы членов твоей семьи и близких тебе людей, отвечая на вопрос «С кем тебе чаще приходится общаться?».





**Вторая инструкция:**

— Действуя тем же способом, определи, кто лучше к тебе относится и кто больше тебя ценит?



## Анкета «Психологический тип родителя» (В.В. Ткачёва)

Данная анкета позволяет в течение короткого времени установить психологический тип родителя без использования трудоемких, а иногда и недоступных методик (ММРІ, УНП, Р. Кеттелл и др.). Содержание вопросов анкеты воспроизводит во многом содержание личностных опросников ММРІ, УНП.

### Правила пользования анкетой

Для определения психологического типа родителя необходимо подсчитать сумму баллов в каждой из колонок.

Ответы под номерами 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19 определяют психосоматический тип родителя (П).

Ответы под номерами 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 выявляют невротичный тип родителя (Н).

Авторитарный тип родителя (А) определяется ответами под номерами: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21.

Доминирующий психологический тип определяется по наибольшей сумме положительных баллов (+), полученной в одной из колонок. Если во всех трех колонках сумма окажется одинаковой, то это значит, что эмоциональная реакция родителя на дефект ребенка лежит в плоскости нормативного отношения к проблеме, и психологический тип (акцентуация характера) родителя не выделяется.

Психосоматичный	Невротичный	Авторитарный
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
всего	всего	всего

Бланк анкеты «Психологический тип родителя»  
(В.В. Ткачёва)



**Инструкция:**

— В анкете содержатся утверждения, которые помогут определить некоторые свойства Вашей личности. Прочтите каждое утверждение и оцените его как верное или неверное по отношению к Вам. В том случае, если оно верное, отметьте слово «Да», если неверное, то слово «Нет». В анкете нет правильных или неправильных ответов. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

1. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.

Да Нет

2. Мне часто кажется, что у меня комок в горле.

Да Нет

3. Я всегда полон (полна) энергии.

Да Нет

4. Я придерживаюсь принципов нравственности и морали более строго, чем большинство других людей.

Да Нет

5. Жизнь с ребенком, имеющим нарушения в развитии, всегда связана для меня с напряжением.

Да Нет

6. Я верю в перспективу развития моего ребенка.

Да Нет

7. У меня часто возникают боли в сердце, когда я расстраиваюсь из-за проблем ребенка.

Да Нет

8. Когда я думаю о ребенке, меня никогда не покидают тревожные мысли.

Да Нет

9. Родитель не виноват, если ребенок своим поведением вынудил наказать его физически.

Да Нет

10. Когда я волнуюсь, у меня дрожат руки или меня тошнит.

Да Нет

11. Я всегда стремлюсь ограждать моего ребенка от трудностей и обид.

Да Нет

12. Ребенок всегда зависит от родителя и должен его слушаться.

Да Нет

13. Я заработал (заработала) язву из-за постоянных проблем с ребенком.

Да Нет

14. Ребенок с психофизическими недостатками — обуза для родителя.

Да Нет

15. Все дети должны воспитываться в строгости.

Да Нет

16. Считаю, что ребенок с нарушениями в развитии постоянно нуждается в особом уходе и внимании со стороны родителей.

Да Нет

17. Моя жизнь изменилась в худшую сторону из-за проблем развития моего ребенка.

Да Нет

18. Если у ребенка слишком много проблем со здоровьем, его можно поместить в учреждение социальной защиты (интернат с постоянным проживанием) или от него лично отказаться.

Да Нет

19. Родители всегда ответственны за будущее своих детей.

Да Нет

20. Мой ребенок всегда берет «верх» надо мной в спорных ситуациях.

Да Нет

21. Я не остановлюсь ни перед чем в достижении целей, поставленных в отношении ребенка.

Да Нет

## Социограмма «Моя семья» (В.В. Ткачёва)

Эта методика является адаптированным вариантом теста «Семейная социограмма» Э.Г. Эйдемиллера. Мы модифицировали методику в соответствии с задачами исследования семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ. В новом варианте методика включает изучение трех этапов жизни семьи: до рождения ребенка с ОВЗ, сразу после его рождения и в настоящий момент. Такой подход позволяет определить характер динамики в развитии конкретной семьи (позитивный или непозитивный). В связи с этим испытуемый заполняет три бланка: «Моя семья до рождения проблемного ребенка», «Моя семья после рождения проблемного ребенка», «Моя семья в настоящее время». На каждом из бланков нарисован круг диаметром 100 мм.

Методика «Моя семья» проста и удобна в пользовании. Родителя просят обозначить членов своей семьи в каждом круге поочередно. Никаких других пояснений к выполнению задания не дают. Такая инструкция обязывает испытуемого, кроме выбора значимых для себя лиц, которых он относит к членам семьи, указать еще и связи между ними.

Критериями оценки служат:

- определение членов семьи, то есть тех лиц, которых родитель относит к данной категории, и очередность их изображения (например, себя рисует первым или последним);
- пространственное расположение кружков — характер взаимоотношений между членами семьи;
- размер кружков — значимость данного члена семьи для испытуемого.

Как правило, испытуемые располагают кружки, указывая членов семьи, в трех вариантах:

- 1) в линейном порядке, что свидетельствует о формальном подходе к испытанию или отсутствию теплых отношений;
- 2) в виде матрешки или круга в круге, что выражает тенденцию к симбиотическим связям между членами семьи;
- 3) в свободном расположении кружков в различной удаленности друг от друга, что свидетельствует об определенной степени близости между членами семьи.

Матери часто как бы «прилепляют» к своему кружку маленький кружок, изображающий больного ребенка, а кружок бывшего супруга и отца ребенка может оказаться за большим кругом, то есть за пределами семьи, или вообще исчезнуть. Встречаются также варианты, когда в кружок помещается лицо члена семьи, таким образом, формальная схема очеловечивается.

Размер кружков указывает на иерархию отношений и степень значимости членов семьи: взрослый — ребенок; старейший член семьи — другие лица.

Изображение членов семьи на трех этапах ее жизни позволяет определить структуру семьи и выявить тех лиц, которые не выдержали трудностей, связанных с уходом за больным ребенком. Важным преимуществом этой методики также является короткое время, в течение которого можно получить результат и составить представление об изучаемой семье.

Рекомендуется обозначать кружок, указывая не только имя, но и родственные отношения, очередность представления членов семьи фиксировать с помощью цифровки.

## Бланк социогаммы «Моя семья» (В.В. Ткачёва)

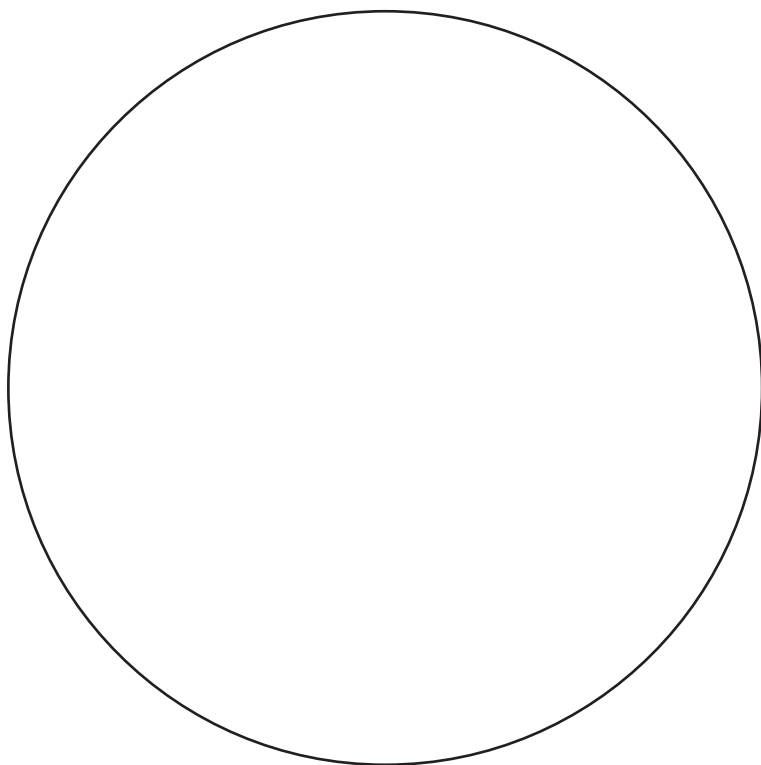


### *Инструкция:*

— Перед Вами три круга. Каждый из них изображает Вашу семью на определенном этапе ее жизни. Нарисуйте в каждом из кругов себя самого и членов своей семьи в форме кружков и надпишите их, указав не только имя, но и родственные отношения. В верхней части листа поставьте Вашу фамилию и число.

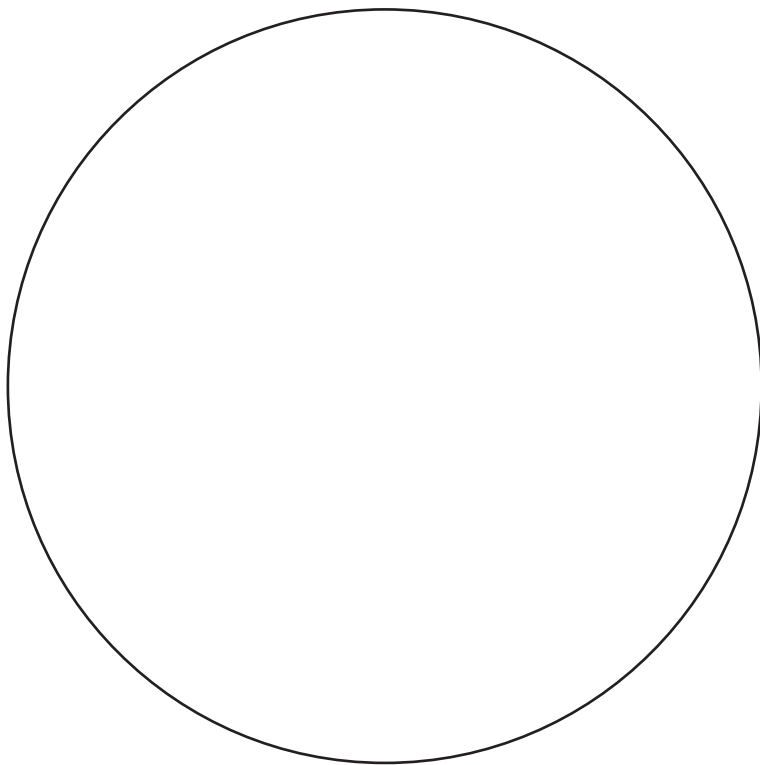
### *Первый круг*

Моя семья до рождения проблемного ребенка



## ***Второй круг***

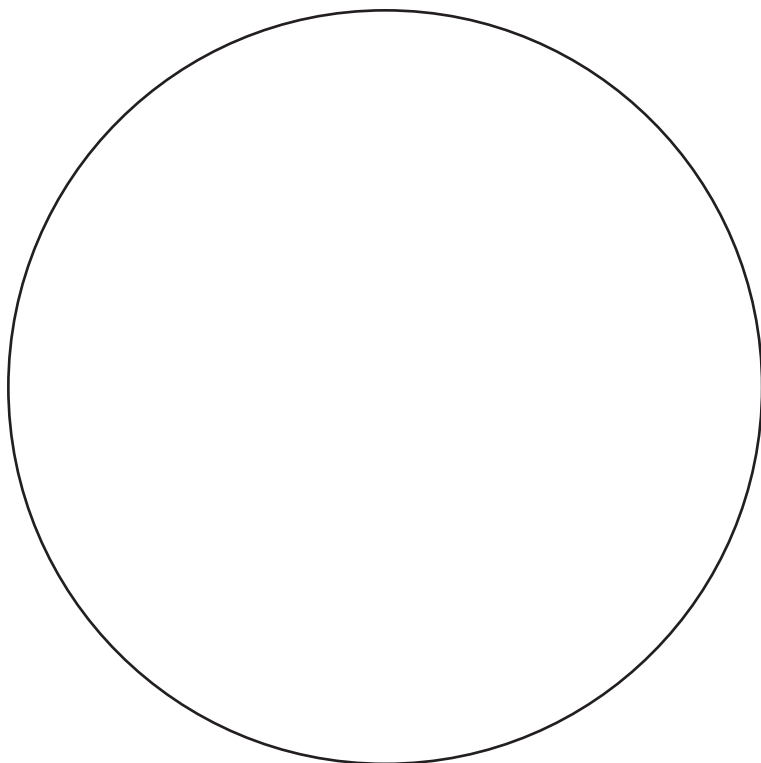
Моя семья после рождения проблемного ребенка





### *Третий круг*

Моя семья в настоящее время



## Тест-опросник родительского отношения — ОРО (А.Я. Варга, В.В. Столин)

Тест-опросник родительского отношения (ОРО) представляет собой методику, ориентированную на выявление отношения родителей к детям старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера, личности и поступков ребенка.

### Структура опросника

Опросник состоит из пяти шкал.

1. *«Принятие–отвержение»*. Шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку.

Содержание одного полюса шкалы: ребенок нравится родителю таким, какой он есть. Родитель уважает индивидуальность ребенка, симпатизирует ему. Родитель стремится проводить много времени с ребенком, одобряет его интересы и планы.

На другом полюсе шкалы: родитель воспринимает ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым. Ему кажется, что ребенок не добьется успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума, дурных наклонностей. По большей части родитель испытывает в отношении ребенка злость, досаду, раздражение, обиду. Он не доверяет ребенку и не уважает его.

2. *«Кооперация»* — социально желательный образ родительского отношения.

Содержательно эта шкала раскрывается так: родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, сочувствует ему. Родитель высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него. Он поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Родитель доверяет ребенку, старается встать на его точку зрения в спорных вопросах.

3. *«Симбиоз»* — шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. При высоких баллах по этой шкале можно считать, что родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком.

Содержательно эта тенденция описывается так: родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, ребенок ему кажется маленьким и беззащитным. Тревога родителя повышается, когда ребенок начинает автономизироваться волей обстоятельств, так как по своей воле родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда.

4. *«Авторитарная гиперсоциализация»* — отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. При высоком балле по этой шкале в родительском отношении данного родителя отчетливо просматривается авторитаризм.

Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он старается во всем навязать ребенку свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявление своеволия ребенка сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами.

5. *«Маленький неудачник»* — отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. При высоких значениях по этой шкале в родительском отношении данного родителя имеются стремления инфантилизировать ребенка, приписывать ему личную и социальную несостоятельность.

Ребенок представляется родителю младше реального возраста. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся родителю детскими, несерьезными. Ребенок представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребенку, досаждает на его неуспешность и неумелость. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

### Текст опросника

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, что думает мой ребенок.
3. Я уважаю своего ребенка.

4. Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.

5. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.

6. Я испытываю к ребенку чувство расположения.

7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.

8. Мой ребенок часто неприятен мне.

9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.

10. Бывают случаи, когда издевательское отношение к ребенку приносит ему большую пользу.

11. Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку.

12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.

13. Мне кажется, что дети потешаются над моим ребенком.

14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые кроме презрения ничего не заслуживают.

15. Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый.

16. Мой ребенок ведет себя плохо специально, чтобы досадить мне.

17. Мой ребенок впитывает в себя все дурное, как губка.

18. Моего ребенка трудно научить хорошим манерам при всем старании.

19. Ребенка следует держать в жестких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек.

20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.

21. Я принимаю участие в своем ребенке.

22. К моему ребенку «липнет» все дурное.

23. Мой ребенок не добьется успеха в жизни.

24. Когда в компании знакомых говорят о детях, мне немного стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как мне хотелось бы.

25. Я жалею своего ребенка.

26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям.

27. Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время.

28. Я часто сожалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким.

29. Я часто ловлю себя на враждебном отношении к ребенку.

30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего того, что мне не удалось в жизни.

31. Родители должны приспособливаться к ребенку, а не только требовать этого от него.
32. Я стараюсь выполнять все просьбы моего ребенка.
33. При принятии семейных решений следует учитывать мнение ребенка.
34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.
35. В конфликте с ребенком я часто могу признать, что он по-своему прав.
36. Дети рано узнают, что родители могут ошибаться.
37. Я всегда считаюсь с ребенком.
38. Я испытываю к ребенку дружеские чувства.
39. Основная причина капризов моего ребенка — эгоизм, упрямство и лень.
40. Невозможно нормально отдохнуть, если проводить отпуск с ребенком.
41. Самое главное, чтобы у ребенка было спокойное и беззаботное детство.
42. Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.
43. Я разделяю увлечения своего ребенка.
44. Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.
45. Я понимаю огорчения своего ребенка.
46. Мой ребенок часто раздражает меня.
47. Воспитание ребенка — сплошная нервотрепка.
48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.
49. Я не доверяю своему ребенку.
50. За строгое воспитание дети благодарят потом.
51. Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.
52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.
53. Я разделяю интересы своего ребенка.
54. Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.
55. Мой ребенок вырастет неприспособленным к жизни.
56. Мой ребенок нравится мне таким, каков он есть.
57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья своего ребенка.
58. Нередко я восхищаюсь своим ребенком.
59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.
60. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.
61. Очень желательно, чтобы ребенок дружил с теми детьми, которые нравятся его родителям.

### **Ключи к опроснику**

1. Шкала «**Принятие–отвержение**»: 3, 4, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 55, 56, 58, 60.

2. Шкала «**Кооперация**»: 6, 9, 21, 25, 31, 33, 34, 35, 36.

3. Шкала «**Симбиоз**»: 1, 5, 7, 28, 32, 41, 57.

4. Шкала «**Авторитарная гиперсоциализация**»: 2, 19, 30, 48, 50, 59.

5. Шкала «**Маленький неудачник**»: 13, 17, 22, 23, 51, 54, 61.

### **Порядок подсчета тестовых баллов**

При подсчете тестовых баллов по всем шкалам учитывается ответ «верно».

Высокий тестовый балл по соответствующим шкалам интерпретируется так:

- отвержение,
- кооперация,
- симбиоз,
- гиперсоциализация,
- инфантилизация (инвалидизация).

Тестовые нормы проводятся в виде таблиц процентильных рангов тестовых баллов по соответствующим шкалам = 160.

1-я шкала: «**Принятие–отвержение**»

«сырой» балл	0	1	2	3	4	5	6	7	8
процентильный ранг	0	0	0	0	0	0	0,63	3,79	12,02

«сырой» балл	9	10	11	12	13	14
процентильный ранг	31,01	53,79	68,35	77,21	84,17	88,60

«сырой» балл	15	16	17	18	19	20
процентильный ранг	90,50	92,40	93,67	94,30	95,50	97,46

«сырой» балл	21	22	23	24	25	26
процентильный ранг	98,10	98,33	98,73	99,36	100	100
«сырой» балл	27	28	29	30	31	32
процентильный ранг	100	100	100	100	100	100

**2-я шкала: «Кооперация»**

«сырой» балл	0	1	2	3	4	5		
процентильный ранг	1,57	3,46	5,67	7,88	9,77	12,29		
«сырой» балл	6		7		8		9	
процентильный ранг	19,22		31,19		48,82		80,93	

**3-я шкала: «Симбиоз»**

«сырой» балл	0	1	2	3	4	5	6	7
процентильный ранг	4,72	19,53	39,06	57,96	74,97	86,63	92,93	96,65

**4-я шкала: «Авторитарная гиперсоциализация»**

«сырой» балл	0	1	2	3	4	5	6
процентильный ранг	4,41	13,86	32,13	53,87	69,30	83,79	95,7

**5-я шкала: «Маленький неудачник»**

«сырой» балл	0	1	2	3	4	5	6	7
процентильный ранг	14,55	45,57	70,25	84,81	93,04	96,83	99,37	100

**Анкета «Определение воспитательских умений  
у родителей детей с ограниченными  
возможностями здоровья» (В.В. Ткачёва)**



**Инструкция:**

— В анкете содержатся вопросы, которые помогут определить Ваши способности как воспитателя своего ребенка. Прочтите каждое утверждение и оцените его как верное или неверное по отношению к Вам. В том случае, если оно верное, отметьте слово «ДА», если неверное, то слово «НЕТ». В анкете нет правильных или неправильных ответов. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

1. Трудно ли вам угадывать желания и настроения вашего ребенка?

Да Нет

2. Принимаете ли вы своего ребенка таким, каков он есть, со всеми его недостатками и проблемами?

Да Нет

3. Любите ли вам проводить с ребенком свободное время: играть, читать книги, совершать прогулки, отдыхать и др.?

Да Нет

4. Проявляете ли вы к ребенку нежность и ласку в обращении? (прижимаете к себе, гладите по головке, качаете на руках и др.)?

Да Нет

5. Сопереживаете ли вы ребенку, если он ушибся, ударился или расстроен чем-то?

Да Нет

6. Есть ли у вас с ребенком эмоциональный контакт?

Да Нет

7. Нравится ли вам улыбка вашего ребенка?

Да Нет

8. Довольны ли вы тем, что у вас такой ребенок?

Да Нет

9. Понимаете ли вы, что в развитии вашего ребенка имеются проблемы, может быть и значительные?

Да Нет



10. Считаете ли вы возможным разрешение этих проблем только собственными усилиями?

Да Нет

11. Нуждаетесь ли вы как родитель в профессиональной помощи педагогов и других специалистов учреждения, в котором обучается ваш ребенок?

Да Нет

12. Читаете ли вы педагогическую литературу? Если да, то укажите, как часто и какую.

Да Нет

13. Считаете ли вы, что обучение вашего ребенка в специальном учреждении поможет преодолеть проблемы в его развитии?

Да Нет

14. Как вы считаете, повлияют ли на позитивную динамику развития ребенка ваше личное участие и помощь?

Да Нет

15. Понимаете ли вы, что будущее вашего ребенка, в силу имеющихся у него нарушений, будет отличаться от будущего других детей?

Да Нет

16. Считаете ли вы себя ответственным за воспитание ребенка?

Да Нет

17. Считаете ли вы, что процесс воспитания, оказывает положительное воздействие не только на вашего ребенка, но и на вас?

Да Нет

18. Считаете ли вы возможным наказывать ребенка за провинность физически (ремнем, шлепком и др.)?

Да Нет

19. Проявляете ли вы терпение, если ребенок капризничает или не послушен?

Да Нет

20. Часто ли вы хвалите ребенка?

Да Нет

21. Повышаете ли вы голос на ребенка?

Да Нет

22. Оставляли ли вы ребенка одного в темной комнате в качестве наказания?

Да Нет

23. Уважительно ли вы относитесь к личности ребенка?

Да Нет

24. Какой тип поощрения ребенка вы используете:

— подарок (материальный),

— похвалу (моральный),

— проявление ласки, нежности (эмоциональный).

### ***Правила пользования анкетой:***

Воспитательские умения родителей детей с отклонениями в развитии оцениваются по трем шкалам.

Шкала «Эмоциональное принятие - отвержение ребенка» включает ответы на первые восемь вопросов.

Ответы на вопросы с 9 по 17 соответствуют шкале «Рациональное понимание — непонимание проблем ребенка». Соответственно в вопросах с 18 по 24 раскрывается содержание шкалы «Адекватные — неадекватные формы взаимодействия».

### ***Положительными считаются следующие ответы:***

«ДА» — 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 23;

«НЕТ» — 1, 10, 18, 21, 22.

На 24 вопрос дается дифференцированный ответ.

## Методика «Лесенка для родителей» (В.В. Ткачёва)

Модификация методики «Лесенка для родителей» также включает два этапа. На первом этапе родитель дает оценку своим личностным качествам, распределяя черты характера по принципу доминирования. В перечень этих характеристик входят:

- жизнерадостность,
- застенчивость,
- решительность,
- нежность к супругу (супруге),
- терпеливость,
- обидчивость,
- зависть,
- холодность,
- вспыльчивость.

На втором этапе родитель оценивает факторы, определяющие стабильность семьи. К ним относятся:

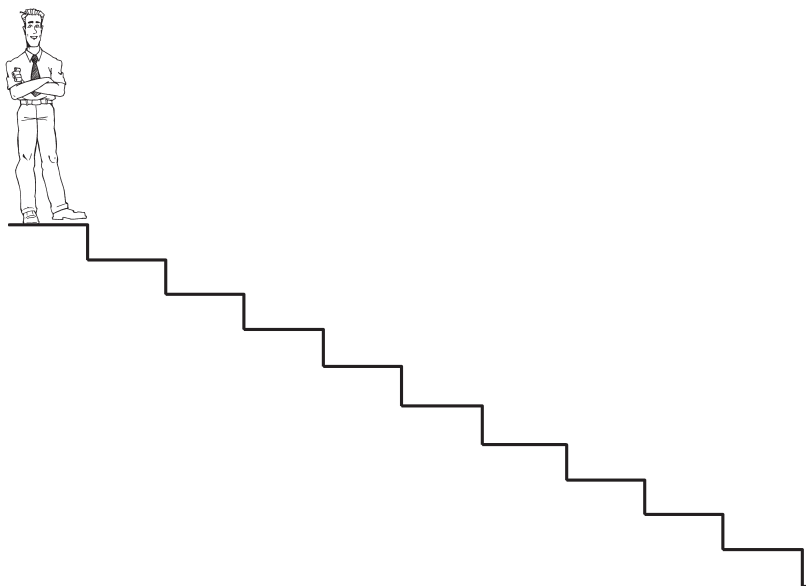
- здоровье членов семьи,
- собственное здоровье,
- любовь к ребенку,
- ваш ум,
- счастье,
- материальное благополучие,
- работа и карьера супруга (супруги);
- ваша работа и карьера,
- отношения с супругом (супругой).

Бланк методики «Лесенка для родителей»  
(В.В. Ткачёва)



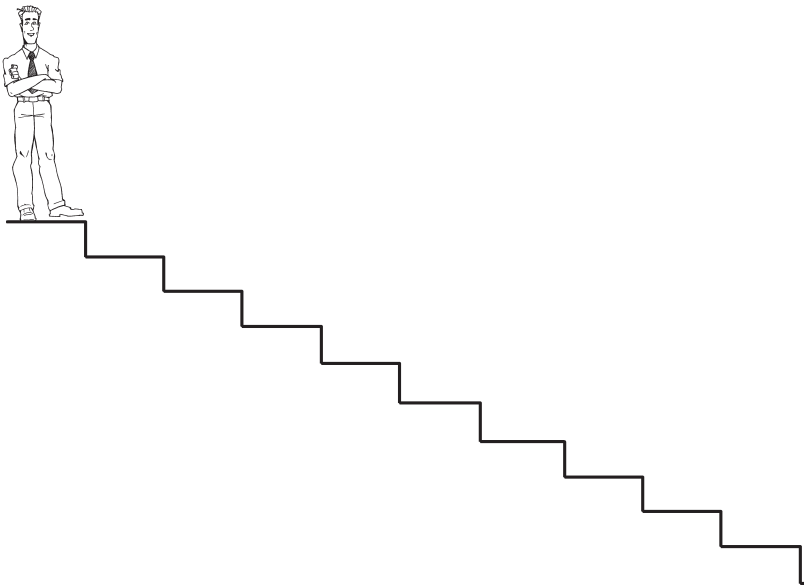
**Первая инструкция:**

— Оцените Ваши личностные качества, распределив их по принципу доминирования. Вот их перечень: жизнерадостность, застенчивость, решительность, нежность к супругу (супруге), терпеливость, обидчивость, зависть, холодность, вспыльчивость.



**Вторая инструкция:**

— Оцените также по принципу доминирования факторы, влияющие на вашу семейную атмосферу: здоровье членов семьи, собственное здоровье, материальное благополучие, любовь к ребенку, ваш ум, счастье, работа и карьера супруга (супруги); ваша работа и карьера, отношения с супругом (супругой).



## **Адаптированный тематический апперцептивный тест — АТАТ (В.В. Ткачёва)**

Проективная методика Тематический апперцептивный тест (ТАТ) создана Х. Морган и Г. Мюрреем в 1935 г. Основным содержанием диагностической процедуры является анализ интерпретации картин, предъявляемых испытуемым (Бурлачук, Морозов, 2000).

Проекция личных переживаний и индентификация с кем-либо из героев сочиненного рассказа позволяет определить сферу конфликта, фон настроения, позицию личности, трудности социальной адаптации, патологические проявления.

С целью изучения психологических переживаний родителей, их установок и потребностей в отношениях с детьми, имеющими нарушения в развитии, нами был разработан Адаптированный Тематический Апперцептивный Тест — АТАТ. Он используется для изучения внутренней позиции родителей детей с отклонениями в развитии, их отношения к дефекту ребенка и перспективам его будущего.

### ***Инструкция:***

— На картинках, которые вы будете рассматривать, изображены дети с различными нарушениями: интеллектуальными, двигательными, зрительными, слуховыми. Напишите небольшой рассказ по каждой из шести предложенных картинок, отвечая на изложенные ниже вопросы. Просьба не использовать известные сюжеты из книг или кинофильмов, придумать свой рассказ.

### ***Вопросы:***

1. Опишите, что происходит на картинке. Кто эти дети?
2. О чем они думают, и что чувствуют?
3. Что привело к этой ситуации и чем она закончится?
4. Каково, на ваш взгляд, будущее детей, изображенных на картинке?
5. Как, по вашему мнению, относятся здоровые дети к детям-инвалидам?
6. Как относятся к детям-инвалидам, изображенным на картинках, их родители?
7. Как бы вы относились к такому ребенку, если бы оказались его родителем?

### **Оценка результатов**

Для удобства анализа письменных ответов родителей в виде мини-рассказов были выделены следующие **критерии оценки** по предложенным вопросам.

#### **Вопросы:**

1. Опишите, что происходит на картинке. Кто эти дети?
  - Имеет ли место отчуждение здоровых детей от ребенка-инвалида.
  - Имеет ли место попытка к контакту детей-инвалидов и здоровых детей друг с другом.
  - Присутствует ли тесный контакт между ребенком-инвалидом и здоровыми детьми.
  
2. О чем они думают, и что чувствуют?
  - Чувствуют ущербность, обиду.
  - Испытывают равнодушие к окружающему.
  - Чувствуют радость, желание общения, стремятся к активным взаимодействиям.
  
3. Что привело к этой ситуации и чем она закончится?
  - Врожденное, приобретенное заболевание, несчастный случай. Ребенок останется инвалидом на всю жизнь.
  - Причины могут быть разные, но ему будет трудно в жизни, вряд ли ему кто-либо будет помогать.
  - Это случайность, несмотря на болезнь, у него будет много друзей, и он будет включен в активную жизнь.
  
4. Каково, на ваш взгляд, будущее детей, изображенных на картинке?
  - Эти дети обречены.
  - Им необходимо дальнейшее лечение и реабилитационная помощь.
  - Они смогут жить полноценной жизнью с пользой для общества.
  
5. Как, по вашему мнению, относятся здоровые дети к детям-инвалидам?
  - Отрицательно.
  - Безразлично.
  - Положительно.

6. Как относятся к детям-инвалидам, изображенным на картинках, их родители?

- Проявляется откровенное неприятие не только проблем ребенка, но и его самого.
- Имеется место отчаяние и пассивная забота о ребенке, проблемы ребенка воспринимаются как непомерный груз.
- Родители демонстрируют к ребенку нежные чувства, заботятся о нем, стремятся решать все его проблемы.

7. Как бы вы относились к такому ребенку, если бы оказались его родителем?

- Родительская позиция оценивает жизнь ребенка как бесперспективную
- Родители считают, что все само собой разрешится, демонстрируют пассивную родительскую позицию в отношении такого ребенка
- Проявление родительской любви к ребенку, стремление сделать все возможное для его выздоровления и реабилитации.



**Результаты изучения родительско-детских отношений  
по методике — АТАТ**

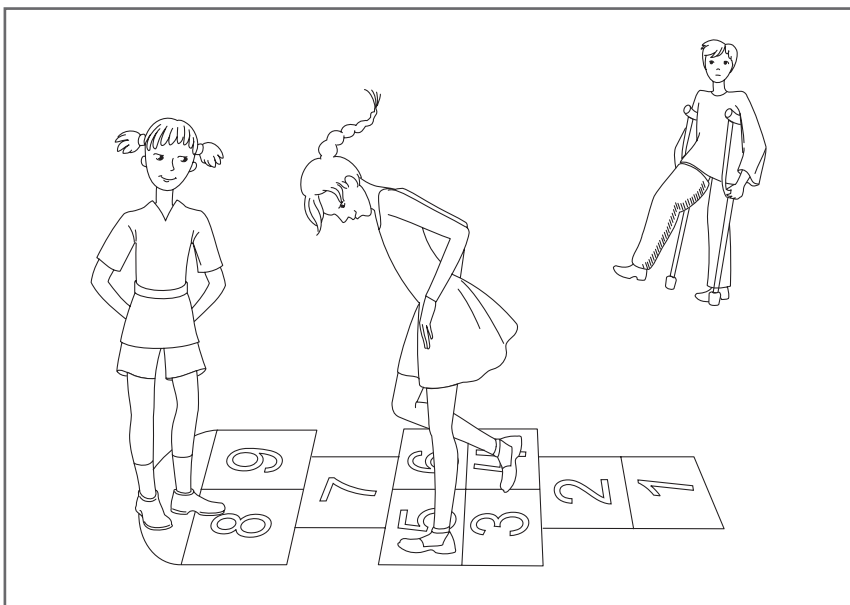


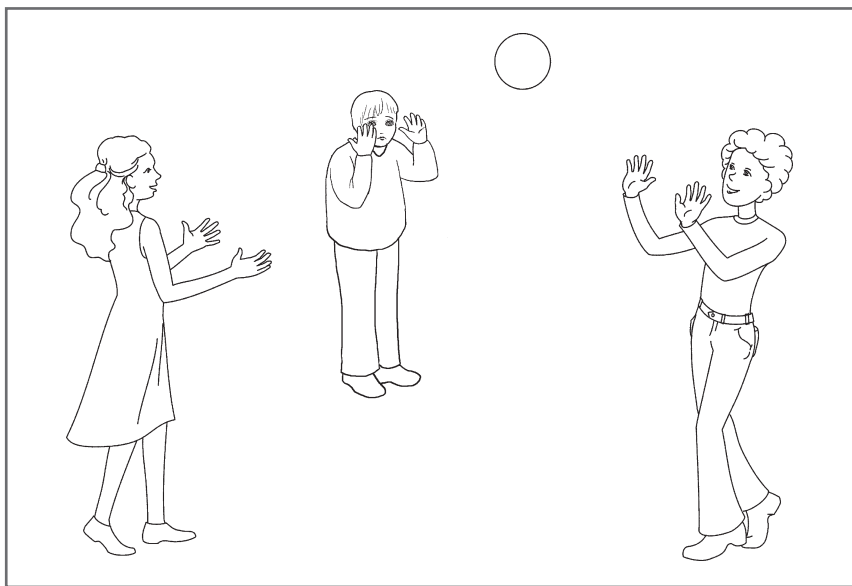
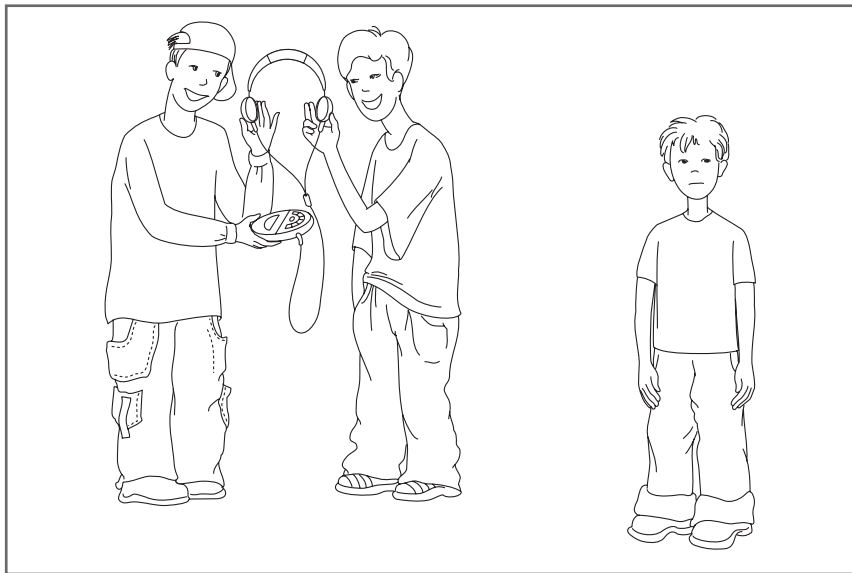
Таблица

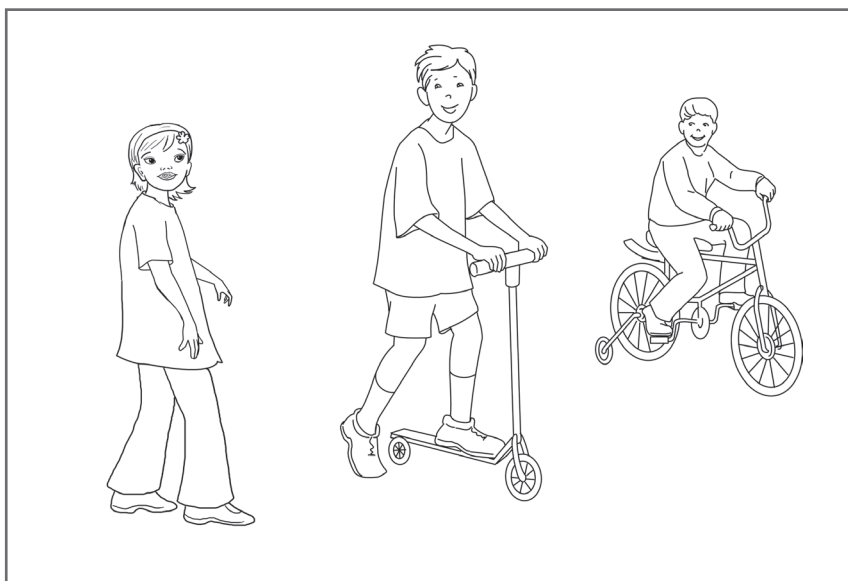
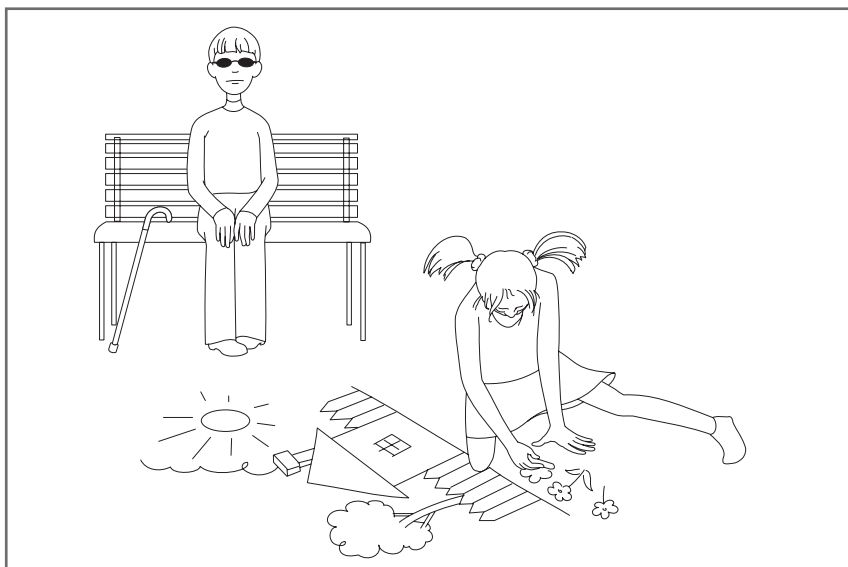
Вопрос	Критерии	Номер картинки												Всего ответов		
		1		2		3		4		5		6		аб. ч	%	
		аб. ч	%	аб. ч	%	аб. ч	%	аб. ч	%	аб. ч	%	аб. ч	%			
Что происходит на картинке? Кто эти дети?	1															
	2															
	3															
Затруднились с ответом																
Не указали																
Всего																
О чем они думают и что чувствуют?	1															
	2															
	3															
Затруднились с ответом																
Не указали																
Всего																
Что привело к этой ситуации?	1															
	2															
	3															
Затруднились с ответом																

Вопрос	Критерии	Номер картинки														
		1		2		3		4		5		6		Всего ответов		
		аб.ч	%	аб.ч	%	аб.ч	%	аб.ч	%	аб.ч	%	аб.ч	%	аб.ч	%	
Не указали																
Всего																
Каково, на ваш взгляд, будущее детей, изображенных на картинке?	1															
	2															
	3															
Затруднились с ответом																
Не указали																
Всего																
Как, по вашему мнению относятся здоровые дети к детям-инвалидам?	1															
	2															
	3															
Затруднились с ответом																
Не указали																
Всего																
Как относятся к детям-инвалидам, изображенным на картинках, их родители?	1															
	2															
	3															
Затруднились с ответом																
Не указали																

Вопрос	Критерии	Номер картинки												Всего ответов					
		1		2		3		4		5		6							
		аб.ч	%	аб.ч	%	аб.ч	%	аб.ч	%	аб.ч	%	аб.ч	%			аб.ч	%		
Всего																			
Как бы вы относились к такому ребенку, если бы оказались его родителем?	1																		
	2																		
	3																		
Затрудились с ответом																			
Не указали																			
Всего																			







## **Методика «История жизни с проблемным ребенком» (В.В. Ткачёва)**

Методика «История жизни с проблемным ребенком» является вспомогательным диагностическим инструментарием, с помощью которого удастся уточнить основную проблему, волнующую конкретного родителя, и характер его субъективных переживаний по этому поводу.

Психолог обращается к каждому родителю с просьбой изложить в письменном виде проблемы, связанные с особенностями развития проблемного ребенка, или описать любые другие, на возникновение которых в той или иной степени, по мнению родителя, повлиял дефект ребенка.

Подчеркнем преимущества такой формы работы, так как она предоставляет родителю возможность (как правило, впервые) изложить свои переживания по поводу здоровья ребенка и межличностных отношений в семье.

Такой подход, во-первых, позволяет открыто высказать свою боль и сомнения, а во-вторых, дает возможность психологу установить необходимый уровень обратной связи с родителем. Для достижения полной глубины взаимопонимания и открытости родителя психолог сообщает ему о том, что изложенная им информация необходима для определения проблем семьи с целью их разрешения и что она строго конфиденциальна.

