

# Особенности психологического состояния родителей, воспитывающих дошкольников с нарушениями ОВЗ

*Е. В. Зубова, педагог-психолог, детский сад компенсирующего вида № 242, г. Москва, [jenulyaz@mail.ru](mailto:jenulyaz@mail.ru)*

Появление в семье ребенка с выраженными нарушениями в развитии всегда связано с эмоциональными переживаниями родителей и близких родственников. Родители таких детей часто испытывают огромные психологические трудности в общении с другими людьми из-за воздействия длительной, травмирующей психику ситуации, явившейся результатом переживания по поводу нарушений развития у ребенка. Целью нашего исследования стало изучение личностных характеристик матерей детей с выраженными нарушениями. В исследовании приняло участие 36 матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, а именно детей с ДЦП, умственной отсталостью и ранним детским аутизмом, расщелиной мягкого и твердого неба и глухотой, обучающихся в детском саду компенсирующего вида №242 и посещающих индивидуальные и групповые занятия в Лекотеке на базе этого учреждения, а также детей с нейросенсорной тугоухостью, посещающих индивидуальные и групповые занятия в Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции (ЦППРиК) «Благо» г. Москвы. В отборе семей мы пользовались методом случайной выборки.

**Ключевые слова:** психотравмирующая ситуация, комплексного сопровождения семьи, ребёнок с особенностями развития, коррекционная педагогика и психология, сотрудничество семьи и специалистов.

Известно, что пролонгированная психотравмирующая ситуация оказывает психогенное фрустрирующее воздействие на психику родителей больных детей и опосредствованно может негативно влиять на их отношение к ребенку.

В последнее время вопросами комплексного сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка с особенностями развития, занимается всё большее число исследователей. В этих работах указывается на то, что участие семьи в коррекционном процессе обязательно. Рассматриваются самые различные аспекты этого участия (Г. В. Бурменская, Н. Л. Белопольская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова, Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина, О. С. Никольская, Т. Н. Павлий, Е. В. Фисун, Л. Л. Микаэлян, Р. Кочюнас и др.). И всё же необходимо признать, что сотрудничество специалистов и семьи не всегда продуктивно. До сих пор недостаточно представлен опыт родителей или опыт сотрудничества семьи и специалистов, который может препятствовать так называемым вторичным, третичным отклонениям в развитии аномального ребёнка [7]; [10].

Современный этап развития коррекционной педагогики и психологии характеризуется поиском новых путей повышения социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья. Социализация этих детей не может быть достигнута без приобщения к этому процессу членов его семьи и, в первую очередь, родителей.

Исследования и практико-ориентированные методические пособия, посвящённые семейному воспитанию детей с особыми образовательными потребностями, появившиеся в разные годы, подтверждают актуальность роли семьи в воспитании этих детей [2]; [3]; [4]; [5]; [8].

Появление в семье ребенка с выраженными нарушениями в развитии всегда влечет за собой эмоциональные переживания родителей и близких родственников. Поэтому проблема социальной адаптации в обществе имеет большое значение не только для детей, имеющих разные проблемы со здоровьем, но и для членов семьи, в которой они воспитываются. Родители таких детей часто испытывают огромные психологические трудности в общении с другими людьми из-за воздействия длительной травмирующей психику ситуации, явившейся результатом переживания по поводу нарушений развития у ребенка [1]; [6].

Одни родители реагируют на воздействие стресса в большей степени, а другие – в меньшей.

Мы предположили, что при сходных вариантах фрустрационной нагрузки реактивные способности и адаптационные возможности у разных родителей детей с ОВЗ проявляются различно. В связи с этим представляет интерес выделение групп родителей, характеризующихся сходными типологическими особенностями в сходных травмирующих психику ситуациях, а также характер их взаимодействия с детьми.

Целью нашего исследования стало изучение личностных характеристик матерей детей с выраженными нарушениями.

В исследовании приняли участие 36 матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, а именно детей с ДЦП, умственной отсталостью и ранним детским аутизмом, расщелиной мягкого и твердого неба и глухотой, обучающихся в ГБОУ д/с компенсирующего вида №242 и посещающих индивидуальные и групповые занятия в Лекотеке на базе этого учреждения, а также детей с нейросенсорной тугоухостью, посещающих индивидуальные и групповые занятия в ЦППРиК «Благо» г. Москвы. В отборе семей мы пользовались методом случайной выборки.

Большинство матерей, принявших участие в нашем обследовании, воспитывали детей с нарушением слуха; 10 семейных пар также имели выраженные нарушения слуха, а 26 – слышали нормально (табл.1.).

### **Таблица 1.**

Структура нарушений у детей, матери которых принимали участие в исследовании

|   |  |  |            |  |
|---|--|--|------------|--|
| <b>Врожденная<br/>нейросенсорная<br/>тугоухость</b> | <b>Умственная<br/>отсталость<br/>и ранний<br/>детский<br/>аутизм</b> | <b>Расщелина<br/>мягкого и<br/>твердого неба и<br/>нейросенсорная<br/>тугоухость</b> | <b>ДЦП</b> | <b>Задержка<br/>психического<br/>развития и<br/>врожденная<br/>нейросенсорная<br/>тугоухость</b> |
| 13  | 3  | 3  | 2          | 5  |
| Итого: 26   |  |  |            |  |

Социальный статус матерей и состояние их слуха отображены в табл.2.

**Таблица 2.**

Социальный статус и состояние слуха 36 матерей, принявших участие в исследовании

| п/№  | Социальный статус матерей   | Состояние слуха |         |
|------|---|-----------------|---------|
|      |   | Слышащие        | Глухие. |
| 1.   | Матери-одиночки   | 20              | 7       |
| 2.   | Матери, у которых ребенок с ОВЗ является единственным                             | 19              | 7       |
| 3.   | Матери, у которых есть другие здоровые дети                                       | 7               | -       |
| 4.   | Матери, у которых второй здоровый ребенок родился после больного                  | 3               | -       |
| 5.   | Матери с ОВЗ, у которых не единственный ребенок с ОВЗ                             |                 | 3       |
| 6.   | Матери с высшим образованием  | 5               | -       |
| 6.1. | Матери с высшим образованием, работающие по специальности                         | 1               | -       |
| 6.2. | Матери с высшим образованием, не работающие по специальности                      | 1               | -       |
| 6.3. | Матери, уже получившие или получающие второе высшее дефектологическое образование | 3               | -       |
| 7.   | Матери со средним образованием.   | 21              | 10      |
| 7.1. | Матери со средним образованием, работающие по специальности.                      | 10              | 4       |
| 7.2. | Матери со средним образованием, не работающие по специальности                    | 11              | 6       |

|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 8. | Матери, являющиеся сотрудниками учреждений, в которых воспитываются их дети | 3 | - |
| 9. | Матери-домохозяйки  | 9 | 6 |

### Методики исследования

В исследовании мы использовали *малоформализованные методики* и *методики высокого уровня формализации*.

В качестве основных малоформализованных диагностических методов применялся метод наблюдения и интервью. С помощью наблюдения были оценены эмоционально-личностные особенности обследуемой группы детей, а также некоторые индивидуально-психологические характеристики их родителей. На основании наблюдаемых личностных реакций последних, тона разговора, вибрации (дрожания) голоса, работоспособности и других качеств, наиболее часто встречавшихся в повседневном общении, подтверждались данные о характерологических изменениях личности, поведенческих реакциях, силе/слабости, уравновешенности/подвижности нервных процессов, полученные путем использования формализованных методик.

В процессе нашего исследования было проведено более 90 интервью, имеющих чаще всего свободную или частично стандартизированную форму. Мы отказались от полностью стандартизированного интервью, т.к. испытуемыми такое интервью чаще всего отвергалось. Наша практика свидетельствует о том, что в процессе реализации такой формы интервью необходимые доверительные отношения, раскрытие наболевшей проблемы психологу, потребность направить свои усилия на поиск альтернативного выхода, а также и на ожидаемый результат не достигаются.

Частичное структурирование интервью осуществлялось в плане определения тем для обсуждения. Психолог на втором этапе выводил беседу с родителем на нижеследующие темы, включая и ту, с которой он пришел (обычно родители аномальных детей приходят к психологу с проблемами обучения и воспитания их детей):

По результатам наблюдения и интервью нами была составлена шкала оценки эмоционально-личностных особенностей детей с отклонениями в развитии. Она составляла из 9 блоков показателей, каждый из которых оценивается по четырехбалльной системе (0,1,2,3).

Такой подход позволяет раскрыть особенности взаимоотношений между детьми с тяжелыми отклонениями в развитии и значимыми для них взрослыми, а также помогает определить возможную динамику в наиболее сензитивной сфере воздействия на данную категорию детей по ряду параметров.

В качестве формализованных методик нами применялись личностные опросники:

- СМЛ (СМОЛ) – модифицированный вариант стандартизированного личностного опросника ММРІ;
- шестнадцатифакторный личностный опросник Р.Кеттелла;
- методика аутоидентификации акцентуаций характера по словесным характерологическим портретам Э.Г.Эйдемиллера;
- методика PARY, позволяющая охарактеризовать как внутрисемейные, так и родительно-детские отношения.

### **Результаты исследования стандартизированным многофакторным личностным опросником СМОЛ (СМЛ-ММРІ)**

Психологическое исследование стандартизированным многофакторным методом СМОЛ (СМЛ-ММРІ) позволило выделить несколько преобладающих личностных тенденций у обследуемой категории лиц (рис. 1). Было установлено, что

- по доминирующим личностным тенденциям матери больных детей, принявших участие в обследовании, разделились на импульсивных (30,9%), оптимистичных (21,8%) и пессимистичных (16,3%). В меньшей степени были представлены подверженные сверхконтролю (10,9%), ригидные (7,2%), тревожные (5,4%), эмоционально-лабильные и индивидуалистичные (3,6%);
- суммарное число лиц, у которых в личностных характеристиках преобладают импульсивно-инертные черты (группы импульсивных, ригидных и оптимистичных, представленные соответственно шкалами 4, 6, 9), составляет 60% (23 человека) от общего числа родителей;
- остальные лица имеют разнонаправленные тенденции с преобладанием лабильности или тормозных проявлений (группы подверженных сверхконтролю, пессимистичных, эмоционально-лабильных, тревожных и индивидуалистичных представленные соответственно шкалами 1, 2, 3, 7, 8) и составляют 40% (13 человека).

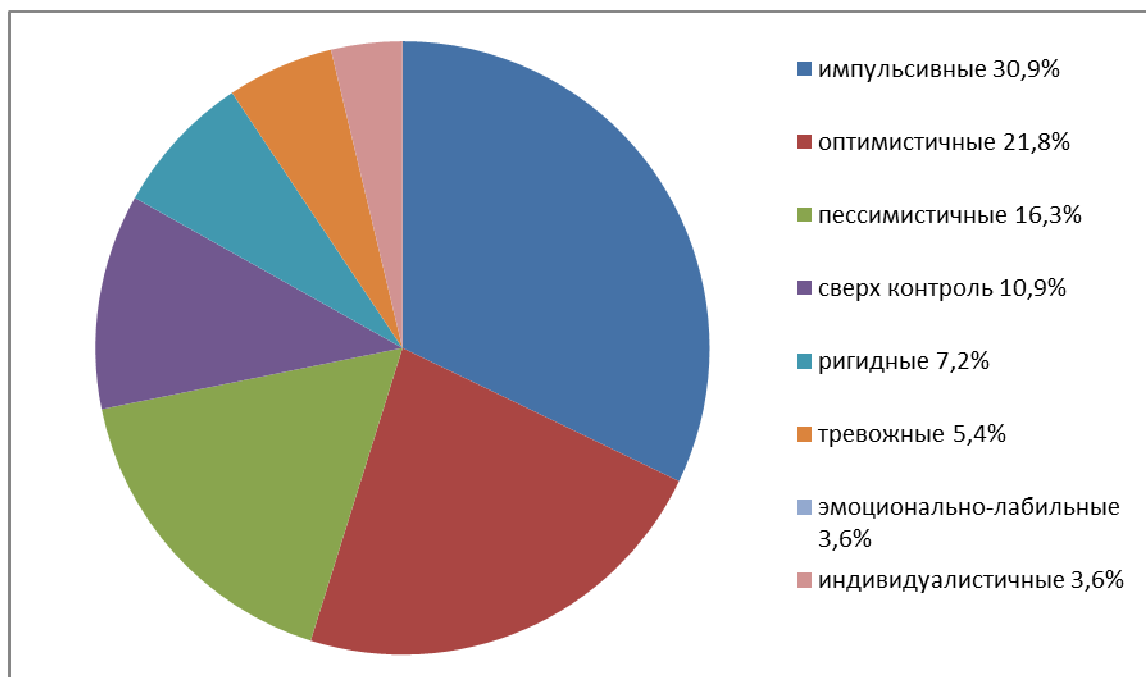


Рис. 1. Распределение матерей по доминирующим личностным тенденциям согласно данным выполнения методики СМОЛ

Высокий процент группы импульсивно-инертных, видимо, объясняется своеобразием реакции испытуемых на сильный, длительно действующий стресс, в основе которого лежат их конституциональные особенности. Это своеобразие может проявляться как реакция безразличия на отрицательные воздействия социума в целом, а при усилении подобных воздействий, в случае приобретения ими негативного характера и как параллельное усиление противодействия внешней среде.

Высоким оказался уровень лиц группы риска. Акцентуации характера, выявляющие тенденцию к патохарактерологическому развитию личности, составили 27,2% (15 человек). Приоритетными в этом плане оказались

- группа импульсивных, у 41,1% (11 человек) которых выявлена гипертимная акцентуация;
- группа ригидных, у 75% (4 человека) которых выявлена эпилептоидная акцентуация;
- группа пессимистичных, у 33,3% (6 человека) которых выявлена гипотимная акцентуация;
- группа тревожных, у 33,3% (2 человек) которых выявлена психастеническая акцентуация;
- группа подверженных сверхконтролю, у 16,6% (3 человек) которых выявлена ипохондрическая акцентуация.

Результаты обработки данных по программе СМОЛ-скрининг представлены в табл. 3, свидетельствуют о том, что

- потребность в обращении к специальной врачебной помощи максимально выражена у акцентуированных импульсивных (3 чел.) и депрессивных (2 чел.) родителей;
- проблемы неврологического уровня наблюдаются в большей степени у импульсивных (3 чел.) и ригидных (2 чел.) родителей;
- помощь психолога и психотерапевта нужна, в первую очередь, оптимистичным (2 чел.) в силу их эмоциональной незрелости, а также импульсивным (3 чел.), пессимистичным (2 чел.) и сверхточным (2 чел.) родителям;
- большая предрасположенность к нормативным показателям выявлена у оптимистичных (50%) родителей.

**Таблица 3.**

Результаты клинического обследования по программе СМОЛ-скрининг

| Шкалы СМОЛ  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1. Показана консультация психиатра  | -  | 2ч | -  | 3ч | -  | -  | -  | -  | -  |
| 2. Показано дополнительное обследование у психолога и психотерапевта      | 1ч | 1ч |    | 3ч | -  | 2ч | -  | 1ч | -  |
| 3. Рекомендуются дополнительное обследование у психолога и психотерапевта | 2ч | 3ч | -  | 3ч | 1ч | 1ч | -  | 1ч | 2ч |
| 4. Показатели в норме   | 2ч | 1ч | 2ч | 2ч | -  | -  | 2ч | -  | 2ч |

### **Результаты исследования по методике УНП**

Целью диагностического исследования являлось установление у обследуемых родителей уровней невротизации и психопатизации с помощью профилированной методики УНП, в соответствии со шкалами, включенными в опросник, а также выделение среди родителей лиц группы риска, предрасположенных к той или иной форме нервно-психической патологии.

Анализ шкал УНП показывает, что с помощью **шкалы невротизации** выделяются такие характерные проявления невротических состояний, как быстрая утомляемость, нарушения сна, ипохондрическая фиксация на неприятных соматических ощущениях, снижение настроения, депрессия, повышенная раздражимость, слезливость, возбудимость, наличие страхов, тревоги и неуверенности в себе.

Данные по результатам обследования методикой УНП представлены в табл.4.

**Таблица 4.**

Результаты исследования уровней невротизации и психопатизации по методике УНП

| СМОЛ                      | УНП   |  |
|---------------------------|---|--|
|                           | ШКАЛА Н   | ШКАЛА П  |
| 1. Сверхконтроль          | 3 Н – (невротизация)<br>1 Н > N (стабильность)<br>2 Н З.Н.Д.            | 1 П – (психопатизация)<br>1 П = N<br>2 П > N (стабильность)<br>2 П З.Н.Д.  |
| 2. Депрессивные           | 8 Н – (невротизация)<br>1 Н = N   | 3 П – (психопатизация)<br>3 П = N<br>1 П > N (стабильность)<br>2 П З.Н.Д.  |
| 3. Эмоционально-лабильные | 1 Н = N<br>1 Н > N (стабильность)                                       | 1 П – (психопатизация)<br>2 П > N (стабильность)                           |
| 4. Импульсивные           | 2 Н – (невротизация)<br>2 Н = N<br>8 Н > N (стабильность)<br>4 Н З.Н.Д. | 10 П – (психопатизация)<br>2 П > N (стабильность)<br>3 П = N<br>1 П З.Н.Д. |
| 6. Ригидные               | 2 Н – (невротизация)<br>1 Н = N<br>1 > N (стабильность)                 | ОП – 3 П = N<br>1 П > N (стабильность)<br>2 П = N<br>1 П З.Н.Д.            |
| 7. Тревожные              | 2 Н = N<br>1 Н З.Н.Д.   | 2 П = N<br>1 П З.Н.Д.  |
| 8. Индивидуалистичные     | 1 Н – (невротизация)<br>1 Н З.Н.Д.                                      | 2 П > N  |
| 9. Оптимистичные          | 3 Н – (невротизация)<br>6 Н = N<br>2 Н > N (стабильность)<br>1 Н З.Н.Д. | 3 П – (психопатизация)<br>3 П = N<br>5 П > N (стабильность)<br>1 П З.Н.Д.  |
| Итого: 24 чел. – 67%      | 13 Н – (невротизация)<br>34.5%  | 11 П – (психопатизация)<br>32.7%   |

В соответствии с результатами обследования родителей больных детей методикой УНП невротизация была выявлена у 13 лиц, а психопатизация – у 11 лиц, что составляет 34,5% и 32,7% соответственно (рис. 2).



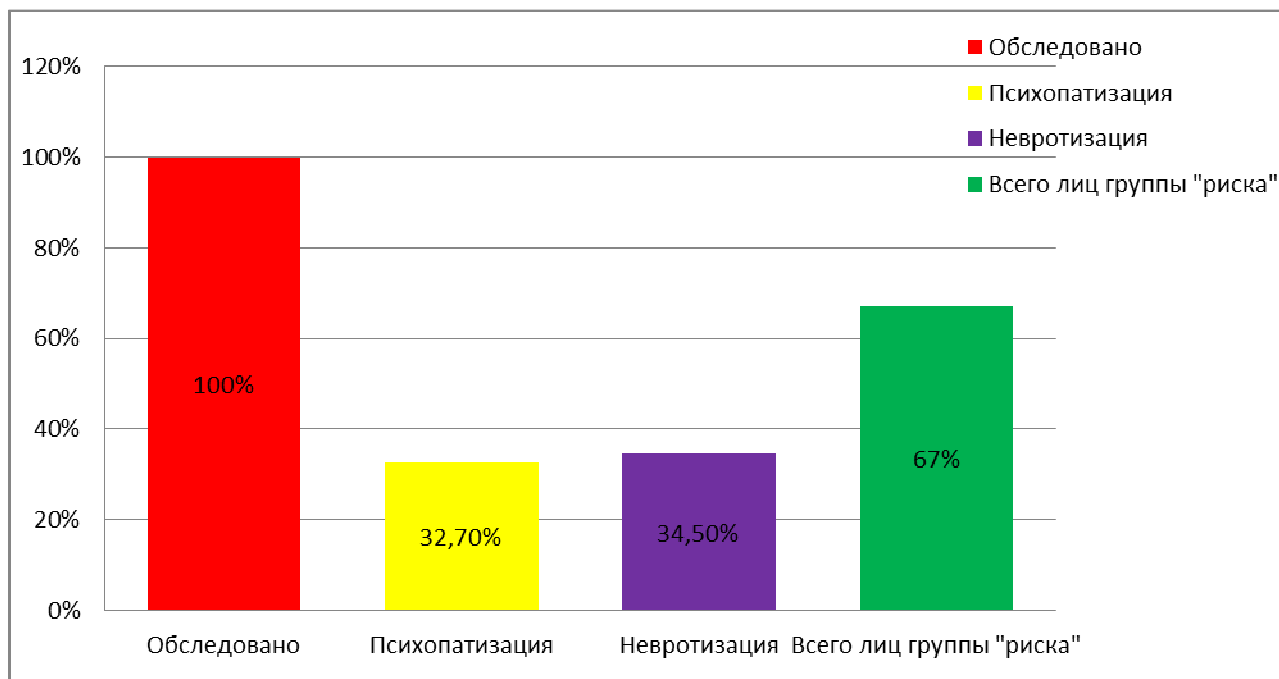


Рис. 2. Сводные данные по выявлению родителей группы риска по результатам методики УНП

Столь высокие показатели (67%) характеризуют обследуемую группу как группу лиц риска, предрасположенных к развитию пограничных форм нервно-психической патологии.

В большей степени отрицательные оценки по шкале невротизации (8 выборов) были выявлены у родителей, относимых к группе пессимистичных. В 3 случаях из 8 они совпали с акцентуациями по гипотимному типу.

У обследуемых лиц, получивших высокие отрицательные оценки по шкале невротизации, может наблюдаться выраженная эмоциональная возбудимость, продуцирующая различные негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность). Чаще всего лица с отрицательными оценками по шкале невротизации безынициативны, что формирует у них переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний. Им свойственны как застревание на неприятных соматических ощущениях, так и переживание своих собственных недостатков. Это способствует формированию в них чувства неполноценности, затрудненности в общении, робости и зависимости.

У одной из родительниц, страдающей артрогрипозом, обнаружилось постоянное раздражение и сформировалась навязчивая идея сравнения характеристик дефекта у обоих аномальных детей и отношения к ним близких. Тяжесть депрессивных переживаний матери больного ребенка выразилась в категоричной формуле ее высказывания. Степень выраженности невротизации у одной из родительниц характеризуется очень низкой оценкой ( $H = -57$ ). Одновременно при обследовании с помощью СМОЛ у женщины с этой оценкой ( $H = -$

57) выявилась акцентуация по гипотимному типу. Ее личностные особенности характеризуются тенденцией к длительному застреванию на негативных переживаниях и истероидно-ипохондрических ощущениях, связанных как с состоянием дочери, так и с собственным здоровьем.

Тяжелые переживания отмечались еще у одной из родительниц. По ее мнению, все окружающие считают, что она неверно воспитывает своего единственного сына. При этом она не умеет адекватно реагировать на справедливые замечания специалистов о том, что мало предоставляет сыну самостоятельности. Принять замечание как совет, как руководство к действию, а не как приговор ей не представляется возможным.

В связи с этим эта мама периодически занимается самобичеванием, испытывает чувство неполноценности и зависимости от окружающих. Она часто впадает в депрессию. Ее личностные особенности характеризуются заострившимися в максимальной степени тревожно-мнительными чертами и эмоциональной незрелостью. Степень выраженности невротизации у этой родительницы характеризуется также низкой оценкой ( $H = -38$ ). При обследовании по СМОЛ у нее выявлена акцентуация по гипотимному типу.

Преобладающее число (10 выборов) отрицательных оценок по шкале П было выявлено у родителей, относимых к группе импульсивных. В 5 случаях они совпали с акцентуациями по гипертимному типу.

У обследуемых родителей, получивших высокие оценки по шкале психопатизации, чаще всего наблюдается беспечность и легкомыслие, холодное, а иногда и жесткое отношение к близким, напористость, упрямство в межличностных отношениях. Характерной чертой для них является тенденция к проявлению асоциальных форм поведения, неадекватных поведенческих реакций, непредсказуемости поступков и тенденция к созданию конфликтных ситуаций.

Другую родительницу раздражает излишняя жалость (иногда граничащая просто с любопытством) чужих людей на улице по отношению к ее ребенку. Это напоминает ей о проблемах дочери. В том случае, если ситуация вынуждает маму сдерживаться, у нее проявляется затаенная враждебность и желание «вылить» наружу (на близких или на ребенка) переполняющие ее негативные эмоции (о чем она сама рассказывает). Оценка по шкале психопатизации низкая ( $P = -8$ ). Одновременно при обследовании с помощью СМОЛ у родительницы выявлена акцентуация по гипертимному типу.

Еще одна из родительниц также имеет акцентуацию по гипертимному типу. Ведущей потребностью ее личности является осознание себя нужной своим сыновьям. Она с большой холодностью говорит о бывшем муже, его близких и обвиняет в болезни сына только их. Потребность быть полезной своим сыновьям и раскаяние – ведущие мотивы ее высказываний. При обследовании по УНП у нее выявлен высокий уровень психопатизации ( $P = -5$ ).

Однако остается невыясненным следующий вопрос: возможно ли выявление одновременно у одного и того же лица отрицательных показателей по обеим

шкалам (невротизации и психопатизации)? Таких случаев в группе пессимистичных три, причем один из них совпадает с акцентуацией по гипотимному типу.

### **Результаты выполнения методики аутоидентификации словесных характерологических портретов (13 СХП)**

Для удобства осуществления сравнительного анализа данных методики 13 СХП с результатами других методик словесные портреты характерологических типов были нами условно разделены на две подгруппы.

В группу словесных портретов, которые характеризуют импульсивно-инертные черты личности, вошли: Б – гипертимный, В – циклоидный, З – шизоидный, И – паранойяльный, К – эпилептоидный.

Группа словесных портретов, объединяющая тревожно-сензитивные характеристики личности, включает: А – меланхолический, Г – эмоционально-лабильный, Д – неврастенический, Е – сензитивный, Ж – психастенический, Л – истерический, М – неустойчивый, Н – конформный.

Ранжирование результатов проводилось в соответствии со шкалами СМОЛ (1 – 9), а также в соответствии со шкалами невротизации и психопатизации УНП. Анализ результатов выборов по данной методике свидетельствует о том, что

- преимуществом практически у всех групп родителей (кроме импульсивных и оптимистичных) пользовались словесные портреты, объединяющие тревожно-сензитивные характеристики личности или близкие к ним (лабильные);
- лица, относимые к группе импульсивных и частично оптимистичных (половина), идентифицировали себя, выбирая словесные портреты с импульсивно-инертными чертами личности;
- лица, относимые к группе ригидных, не идентифицировали себя с группой импульсивно-инертных, что не соответствует, с одной стороны, результатам, полученным по СМОЛ, а с другой, подтверждается высокими отрицательными оценками по шкале невротизации (УНП).

Так, одна из родительниц из группы подверженных сверхконтролю, сильная и энергичная женщина, предпочитает воспринимать себя как слабую, впечатлительную, нуждающуюся в помощи и поддержке личность (выбор – эмоционально-лабильная). А другая родительница (группа импульсивных) считает себя сильной, эмансипированной женщиной, таков и ее выбор (гипертимная).

В связи с тем, что данная методика относится к проективным методикам, в основе которых используется прием истолкования испытуемыми утверждений или ситуаций, преднамеренно заданных в тексте, можно заключить, что **все результаты выборов, сделанные родителями больных детей, характеризуют их восприятие собственной личности**. Большинство обследуемых родителей предпочитают видеть и воспринимать себя преимущественно в качестве

**тревожных и предрасположенных к сензитивности или лабильности личностей.** Возможно, что выявление большей частью родителей в себе таких личностных особенностей связано с выраженной потребностью в оказании им помощи и поддержки.

### **Результаты, полученные при использовании опросника Р. Кеттелла**

Исследование родителей с помощью методики Р. Кеттелла, с одной стороны, подтверждает данные, полученные по СМОЛ, а с другой, расширяет спектр личностных характеристик обследуемых.

Анализ полученных результатов позволил установить параллели между характеристиками личностных особенностей родителей, определяемыми шкалами СМОЛ (ММРІ) и факторами методики Р. Кеттелла, а также дополнить эти характеристики.

**В группе приверженных к сверхконтролю** выделяется в качестве максимально выраженных признаков общительность, добросердечность, непринужденность и естественность в общении (фактор А+), склонность к соблюдению норм и правил поведения, тенденция к точности, аккуратности и ответственности (фактор G+), а также к высокому самоконтролю и целенаправленности в деятельности, принятию и выполнению социальных норм (фактор Q3+).

В связи с тем, что максимальная выраженность признаков падает на факторы G (100%), Q3 (66,6%) и А (50%), можно заключить, что шкала сверхконтроля (СМОЛ) и факторы G+, А+, Q3+ характеризуют сходные свойства личности.

В других группах родителей, ранжированных согласно шкалам СМОЛ, максимальная выраженность признаков характеризует рядом факторов.

**Группа пессимитичных** характеризуется лицами, проявляющими сдержанность и пессимистичность в восприятии действительности (фактор F+). У обследуемых выявляется тревожность и депрессивность (фактор O+), а также чувствительность и зависимость (фактор I+).

**В группе эмоционально-лабильных** в 100% случаев у обследуемых выявляется общительность и открытость (фактор А+).

**Группа импульсивных** характеризуется лицами с максимальной эмоциональной устойчивостью (фактор С+), наличием у обследуемых общительности (фактор А+), смелости (фактор Н+), высокого самоконтроля (фактор Q3+) и доминирования (фактор Е+).

**В группе ригидных** выделяется в 75% случаев эмоциональная устойчивость и высокая нормативность поведения (факторы G+ и С+).

**В группе тревожных** в 100% случаев у обследуемых лиц выявляется высокая нормативность поведения (фактор G+) и эмоциональная устойчивость

(фактор С), а также, но в меньшей степени, тревожность, депрессивность (фактор О+) и потребность в эмпатии и чувствительность (фактор I+).

**В группе индивидуалистичных** максимально (100%) выражен (фактор М+), что выявляет в обследуемых лицах мечтательность, развитое воображение и идеалистичность представлений об окружающем мире.

Главной характеристикой, свойственной **группе оптимистичных**, является открытость и общительность испытуемых (фактор А+), в меньшей степени (36,7%) определяются отдельные характеристики – застенчивость и чувствительность (факторы Е+ и I+), а также тревожность (фактор О+). Выявляется небольшое число (18,2%) радикально настроенных, смелых лиц (факторы Н+ и Q1).

### Методика PARI

В связи с тем, что методика PARI позволяет оценить специфику организации внутрисемейной жизни и особенности родительско-детских отношений, полученные результаты были проанализированы в соответствии с двумя этими направлениями. Следует отметить, что данный опросник определяет внутренние позиции родителей по обоим исследуемым проблемам, которые могут и не всегда соответствовать реальному положению дел.

Первый блок выявляемых отношений характеризовался с помощью изучения особенностей интегрированности семьи (табл. 5.) В нём выделялись три позиции: низкая, средняя и высокая интегрированность семьи. Под интегрированностью семьи понимается внутренняя сплоченность данной социальной группы, выражаемая в ценностно-ориентационном единстве членов семьи. Особенности семейной жизни раскрывались путем анализа межсупружеских и хозяйственно-бытовых отношений, педагогических позиций родителей.

**Таблица 5.**

Оценка родителями своей семейной сплоченности по методике PARI

| Число лиц               |      | 4  | 5 | 2  | 10 | 2  | 3  | 2  | 8  | 36    | 100%  |
|-------------------------|------|----|---|----|----|----|----|----|----|-------|-------|
| PARI                    | СМОЛ | HS | D | HY | PD | PA | PT | SE | MA | ВСЕГО | в %   |
| Интегрированность семьи |      |    |   |    |    |    |    |    |    |       |       |
| Низкая                  |      | 3  | 5 | 1  | 8  | 2  | 2  | 2  | 7  | 30    | 83,6% |
| Средняя                 |      | 1  |   | 1  | 2  |    | 1  |    | 1  | 6     | 16,4% |
| Высокая                 |      |    |   |    |    |    |    |    |    |       | 0%    |

Второй блок выявлял особенности, свойственные родительно-детским отношениям (табл.6). В этом блоке нами были выделены следующие позиции: понимание родительской позиции как оптимальной; понимание родительской позиции как оптимальной с тенденцией к гиперопеке; понимание гиперопекаемых отношений к ребенку как правомерных; понимание отношений с ребенком как неуравновешенных; понимание собственной жесткой позиции как правомерной (гипоопекаемой).

**Таблица 6.**

Оценка родителями особенностей родительно-детских отношений по методике PARI

| PARI  | СМОЛ | HS | D | HU | PD | PA | PT | SE | MA | ВСЕГО | В%    |
|---|------|----|---|----|----|----|----|----|----|-------|-------|
| Оптимальный эмоциональный контакт                           |      | 1  |   | 2  | 6  | 2  | 1  |    | 4  | 16    | 43.6% |
| Оптимальный эмоциональный контакт с тенденцией к гиперопеке |      | 1  | 1 |    |    | 1  |    | 1  | 3  | 7     | 20%   |
| Гиперопека  |      | 1  | 1 |    | 1  |    | 1  |    | 1  | 5     | 14.5% |
| Неуравновешенные отношения                                  |      | 1  | 3 |    |    | 1  | 1  | 1  |    | 7     | 20%   |
| Гипоопека   |      |    |   |    | 1  |    |    |    |    | 1     | 1.8%  |
| Число лиц   |      | 4  | 5 | 2  | 8  | 4  | 3  | 2  | 8  | 36    | 100%  |

В соответствии с проведенным анализом внутрисемейных и родительно-детских отношений, полученные результаты ранжировались согласно шкалам СМОЛ.

**Анализ данных по первому блоку взаимоотношений** свидетельствует о том, что большинство обследованных лиц (83,6%) считают, что они живут в семьях, члены которых не демонстрируют общности интересов и целей, в которых преобладают существенные расхождения понимания семейных ролей между мужем и женой и в которых могут использоваться неадекватные приемы воспитания. Такие взаимоотношения характеризовались родителями как соответствующие низкому

уровню интегрированности (46 выборов). Оценили свои семейные отношения как имеющие нормальный уровень интегрированности 16,4% (9 выборов) родителей. Полностью среди обследуемых отсутствуют лица, которые могли бы оценить взаимоотношения в своей семье как имеющие высокий уровень интегрированности.

**Исследуемым родительско-детским отношениям** оказались свойственны следующие характеристики:

- 43,6% (16 лиц) рассматривают свои взаимоотношения с ребенком как теплые, оптимальные, эмоционально-насыщенные;
- 20% (7 лиц) считают правомерным оказание дополнительной помощи ребенку при имеющихся у него трудностях и проявляют тенденцию к гиперопеке;
- 14,5% (5 лиц) откровенно гиперопекают своих детей, стремятся во всем им помочь, не позволяя детям реализовать собственные возможности;
- 20% (7 лиц) рассматривают свои отношения с ребенком как неуравновешенные, характеризующиеся зависимостью родителя от дефекта ребенка.
- 1 мать отказалась от общения со своим ребенком (гипоопека).

Так, эмоциональной насыщенностью, пониманием проблем ребенка, любовью к нему характеризовались отношения между одной из родительниц и ее дочерью (группа подверженных сверхконтролю), у другой родительницы с сыном (группа эмоционально-лабильных), еще у двух родительниц с дочерьми (группа импульсивных), у мальчика с его мамой (группа ригидных), у двух мальчиков с их мамами (группа оптимистичных).

Неуравновешенные отношения с тенденцией к гиперопеке существуют между тремя родительницами и их детьми (группа пессимистичных), двумя детьми и их мамами (группа тревожных) и др.

Анализ данных по второму блоку изучаемых отношений показывает, что родители, рассматривающие свои отношения как оптимальные, преобладают среди импульсивных (12) и оптимистичных (6). Дополнительную помощь с тенденцией к гиперопекаемым отношениям считают правомерной лица, подверженные сверхконтролю (3) и оптимистичные (5). Явно гиперопекаемые отношения характеризуют позиции части родителей, относящихся к импульсивным (4). Неуравновешенные отношения максимально выражены у пессимистичных (7). Только один случай гипоопеки выявлен в группе импульсивных. Мама Саши С. отказалась навестить его в школе, хотя и пришла туда для беседы с психологом.

Полученные результаты со всей очевидностью свидетельствуют о том, что лица из групп импульсивных и оптимистичных (рис. 3-4) имеют максимально выраженные возможности для осуществления обучения и воспитания своих больных детей. Лица, имеющие пессимистическую настроенность или другие личностные тенденции, подобную возможность не продемонстрировали.

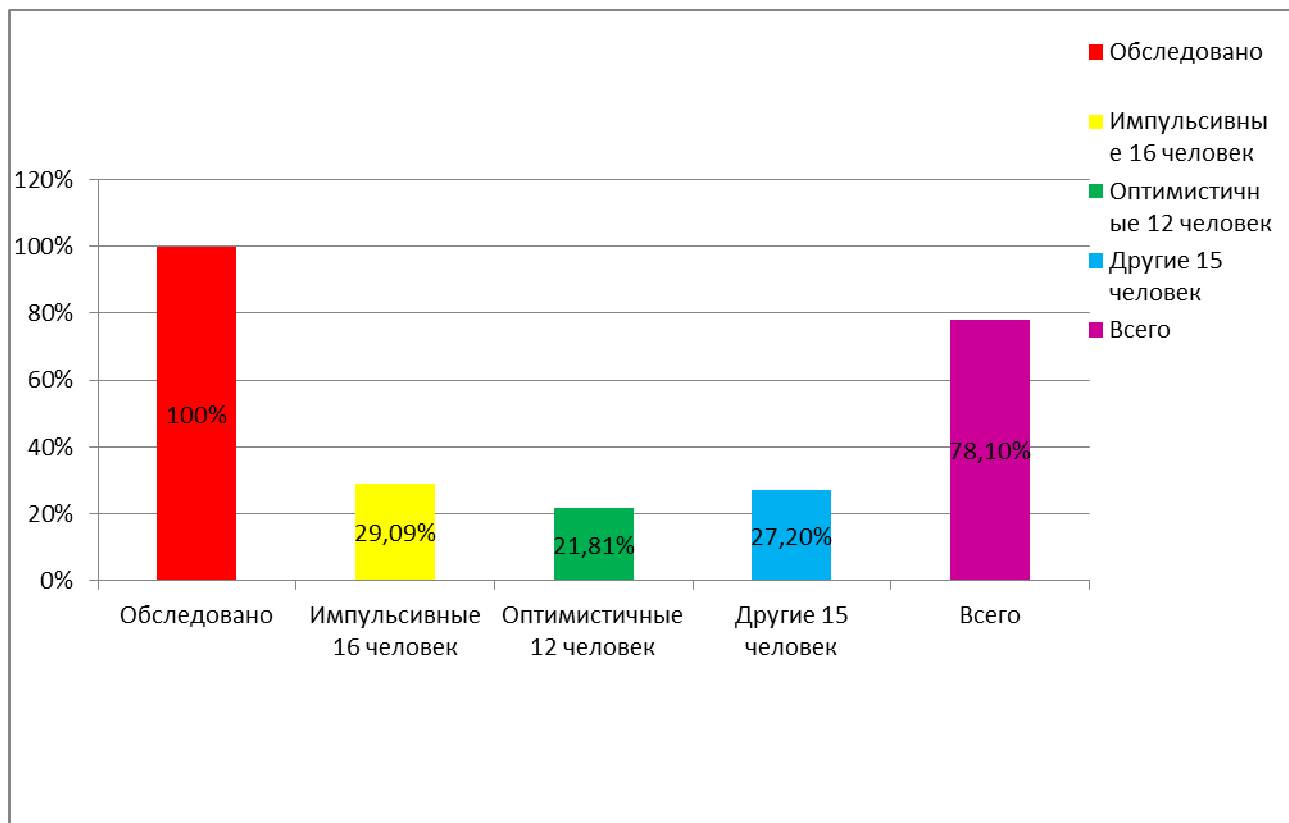
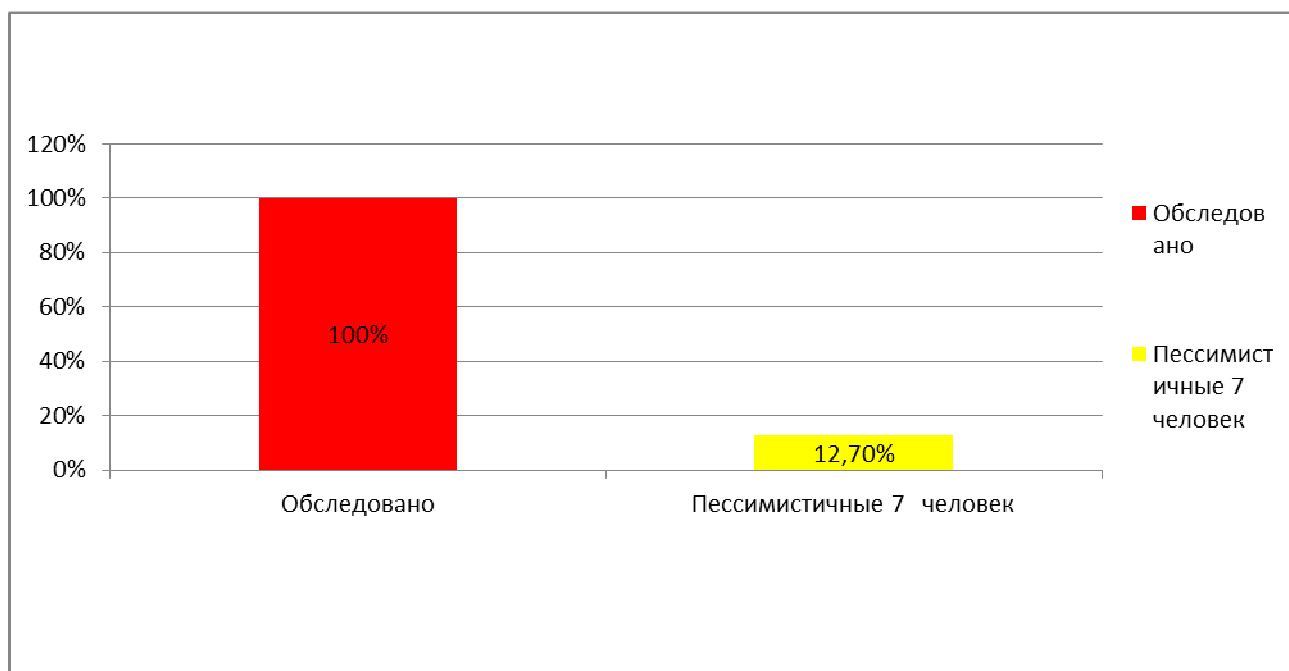


Рис. 3. Личностные особенности родителей, позитивно оценивающих свои взаимоотношения с ребёнком





*Рис. 4. Личностные особенности родителей, оценивающих свои взаимоотношения с ребёнком как неуравновешенные*

Сопоставительный анализ данных, полученных в ходе исследования, включающий все методики, позволил выявить группы лиц со сходными типологическими особенностями.

Первая группа родителей характеризуется тревожно-сензитивными личностными тенденциями, вторая – поведенчески асоциальными личностными тенденциями, у третьей проявляется предрасположенность к соматическим заболеваниям и черты, присущие как первой, так и второй группам.

## Литература

1. *Басилова Т.А., Александрова Н.А.* Как помочь малышу со сложным нарушением развития. М., 2008.
2. *Богданова Т.Г.* Сурдопсихология: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. М., 2002.
3. *Добровольская Т.А.* Психологические особенности детей с сенсорными нарушениями: [По данным изучения детей с нарушениями слуха и зрения]. Актуальные вопросы теории и практики коррекционной педагогики. - М., 1997.
4. *Захаров А.И.* Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М., 1993.
5. Не говори ребенку - ты плохой: о воспитании ребенка для педагогов и родителей: По опубликованным и неопубликованным работам Б.Д. Корсунской и воспоминаниям о ней / Авт.-сост. Э.А. Корсунская. М., 2003.
6. *Левченко И.Ю.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева М., 2008.
7. *Мастюкова Е.М.* Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина. М., 2003.
8. *Спиваковская А.С.* Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций / А.С.Спиваковская // Семья и формирование личности / под ред. А.А. Бодалева. М., 1981.
9. *Семаго М.М.* Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. 2-е издание, исправленное и дополненное. М., 2001.

10. *Семаго М.М.* Особенности коррекционной работы с семьёй в процессе консультирования ребёнка с отклоняющимся в развитии// Школа здоровья. 1996. №3.

# Peculiarities of psychological condition of parents with preschoolers with disabilities

*E. V. Zubova, educational psychologist, compensatory type kindergarten №242, Moscow, [jenulyaz@mail.ru](mailto:jenulyaz@mail.ru)*

---

Birth of a child with expressed disabilities in development is always connected with emotional experiences of parents and close relatives. Parents of such children often experience great psychological difficulties in communication with other people because of the influence of longtime psycho-traumatic situation caused by the child's development disorders. The aim of our research was the examination of personal characteristics of mothers of children with disabilities, in particular children with infantile cerebral paralysis, mental retardation and early child's autism, [uranostaphyloschisis](#) and deafness, studying in comensatory type kindergarten №242 and participating in individual and group classes in Lekoteka of this institution, as well as children with neuro-sensorial hypoacusis, participating in individual and group classes in the Moscow Center of psychological and educational rehabilitation and correction "Blago". The families were selected randomly.

**Keywords:** psycho-traumatic situation, complex family support, child with disabilities, correctional pedagogics and psychology, cooperation between family and specialists.

---

## Literature

1. *Basilova T.A., Aleksandrova N.A.* Kak pomoch' malysyu so slojnym narusheniem razvitiya. M., 2008.
2. *Bogdanova T.G.* Surdopsihologiya: uchebnoe posobie dlya studentov vysshih pedagogicheskikh uchebnyh zavedenii. M., 2002.
3. *Dobrovol'skaya T.A.* Psihologicheskie osobennosti detei s sensornymi narusheniyami: [Po dannym izucheniya detei s narusheniyami sluha i zreniya]. Aktual'nye voprosy teorii i praktiki korrekcionnoi pedagogiki. - M., 1997.
4. *Zaharov A.I.* Kak predupredit' otkloneniya v povedenii rebenka. M., 1993.
5. Ne govori rebenku - ty plohoi: o vospitanii rebenka dlya pedagogov i roditelei: Po opublikovannym i neopublikovannym rabotam B.D. Korsunskoi i vospominaniyam o nei / Avt.-sost. E.A. Korsunskaya. M., 2003.
6. *Levchenko I.Yu.* Psihologicheskaya pomosch' sem'e, vospityvayushei rebenka s otkloneniyami v razvitii: metodicheskoe posobie / I.Yu. Levchenko, V.V. Tkacheva M., 2008.

7. *Mastyukova E.M.* Semeinoe vospitanie detei s otkloneniyami v razvitii / E.M. Mastyukova, A.G. Moskovkina. M., 2003.
8. *Spivakovskaya A.S.* Obosnovanie psihologicheskoi korrekcii neadekvatnyh roditel'skih pozicii / A.S.Spivakovskaya // Sem'ya i formirovanie lichnosti / pod red. A.A. Bodaleva. M., 1981.
9. *Semago M.M.* Problemnye deti: osnovy diagnosticheskoi i korrekcionnoi raboty psihologa. 2-e izdanie, ispravlennoe i dopolnennoe. M.,2001.
10. *Semago M.M.* Osobennosti korrekcionnoi raboty s sem'ei v processe konsul'tirovaniya rebenka s otklonyayuschimsya v razvitiem// Shkola zdorov'ya. 1996. №3.