

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное  
учреждение высшего образования  
**«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**ЛЕСОСИБИРСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –  
филиал Сибирского федерального университета**

Педагогика и психологии  
факультет  
Психологии развития личности  
Кафедра

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

44.03.02 Психолого-педагогическое образование»  
профиль 44.03.02.05 Психология и социальная педагогика  
код и наименование направления подготовки

Социально-педагогическое и психологическое обеспечение  
статусного положения ребенка инвалида в системе детско-  
родительских отношений.

Руководитель

  
\_\_\_\_\_ дата  
подпись, дата

В. Н. Шурдукалов  
инициалы, фамилия

Выпускник

 16.06.2017  
\_\_\_\_\_ дата  
подпись, дата

О. В. Иванова  
инициалы, фамилия

Лесосибирск 2017

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования

«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ЛЕСОСИБИРСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –  
филиал Сибирского федерального университета

Педагогика и психологии  
факультет  
Психологии развития личности  
Кафедра

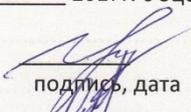
**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

44.03.02 Психолого-педагогическое образование»  
профиль 44.03.02.05 Психология и социальная педагогика  
код и наименование направления подготовки

Социально-педагогическое и психологическое обеспечение  
статусного положения ребенка инвалида в системе детско-  
родительских отношений.

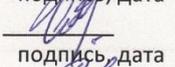
Работа защищена «16» июня 2017г. с оценкой «хорошо»

Председатель ГЭК

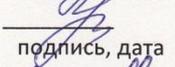
  
подпись, дата

Ломсское И.О.  
инициалы, фамилия

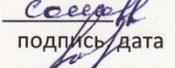
Члены ГЭК

  
подпись, дата

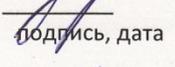
Шурдукалов В.Н.  
инициалы, фамилия

  
подпись, дата

Маламекская Н.В.  
инициалы, фамилия

  
подпись, дата

Соловьев Ю.В.  
инициалы, фамилия

  
подпись, дата

Лутышкис В.М.  
инициалы, фамилия

Руководитель

  
подпись, дата

В. Н. Шурдукалов  
инициалы, фамилия

Выпускник 31712-015917  
код (номер) группы

  
подпись, дата

О. В. Иванова  
инициалы, фамилия

## Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретическое изучение влияния социально-педагогического и психологического обеспечения статусного положения ребёнка-инвалида в семье .....	6
1.1. Статусное положение ребёнка-инвалида в системе детско-родительских отношений.....	6
1.2. Помощь специалистов в организации образования и воспитания ребёнка-инвалида в семье .....	14
Глава 2. Практическое изучение влияния социально-педагогического и психологического обеспечения статусного положения ребёнка-инвалида в семье.....	20
2.1. Описание методик практического исследования.....	20
2.2. Анализ результатов исследования.....	26
2.3. Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений при помощи социально-педагогической и психологической поддержки в семьях, воспитывающих детей-инвалидов .....	36
Заключение .....	44
Литература .....	46
Приложения .....	51

## **Введение**

В деятельности психологов и педагогов, работающих с детьми-инвалидами, особо выделяется проблема поддержки семей, воспитывающих ребёнка с ограниченными возможностями здоровья. Проблема эта особенно актуальна в связи с тем, что в последние годы возрастает количество семей, воспитывающих ребёнка с ограниченными возможностями здоровья. По данным Минздравсоцразвития России, численность детей-инвалидов в России составила 545 тыс. человек, почти 78% из них проживают в настоящее время в семьях. Эти цифры ясно показывают актуальность обсуждаемой проблемы и в теоретическом, и в практическом отношении. Изучению взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей-инвалидов, посвящены многие отечественные и зарубежные исследования.

В трудах, М. Куна, А.Роуз,С.Москович и др. прослеживается концепция социальных представлений, согласно которой, благодаря правильно выстроенному социальному партнерству родители могут способствовать как социальной адаптации своего ребёнка, так и здоровому отношению общества, формируя у людей сочувствие и желание оказывать им помощь [2].

В работах А.Г. Асмолова, Б.С. Братуся, Ф.Е. Василюка, Т.Б. Карцевой, Р.Х. Шакурова, В. Франкла и др.рассматривается изменение личности родителя ребёнка-инвалида в отношении к себе, социуму и деятельности [3], [5], [7].

В психолого-педагогических исследованиях, проведённых В.А. Вишневым, Б.А. Воскресенским, Р.Ф. Майрамян, И.А. Скворцовым, Л.М. Шипициной и др. описывается психотравмирующее влияние ребёнка с отклонениями в развитии на отношения в семье и возникновение в связи с этим психопатологических расстройств у матерей.

Все семьи, воспитывающие ребёнка с ограниченными возможностями, нуждаются как в психологической поддержке, направленной на повышение самооценки родителей, оптимизацию психологического климата в семье, так и в педагогической помощи, которая связана с овладением необходимыми знаниями и навыками по воспитанию ребёнка.

Исходя из выше сказанного, **объектом нашего исследования** явились детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих ребёнка-инвалида.

**Предметом исследования** стали виды социально-педагогического и психологического обеспечения статусного положения ребёнка-инвалида в семье.

**Цель исследования** заключалась в выявлении влияния социально-педагогической и психологической поддержки на статусное положение ребёнка-инвалида в семье.

Для достижения поставленной цели были определены **задачи исследования:**

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по теме исследования.
2. Определить ряд проблем, наиболее часто возникающих в семьях, воспитывающих ребёнка-инвалида.
3. Определить влияние социально-педагогического и психологического обеспечения на статусное положение ребёнка-инвалида в семье.
4. Дать рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений в семье, воспитывающей ребёнка-инвалида.

**Гипотеза исследования:** мы предполагаем что, своевременная и грамотно организованная социально-педагогическая и психологическая поддержка положительно повлияет на статусное положение ребёнка-инвалида в системе детско-родительских отношений.

**Методы исследования:** анализ, синтез, беседа, «тест-опросник родительского отношения» (ОРО) А.Я.Варга, В.В.Столина.

**Практическое значение** работы заключается в том, что знание выявленных закономерностей дает возможность эффективнее корректировать взаимоотношения в системе "родитель-ребёнок". Таким образом, представленные результаты могут быть полезны в педагогической деятельности учителей и воспитателей, также для классных руководителей в работе с семьёй и для педагогов-психологов образовательных учреждений (как дошкольных, так и школьных).

**Структура работы:** работа состоит из введения, двух глав, заключения, перечня используемой литературы, приложения.

# **Глава 1. Теоретическое изучение влияния социально-педагогического и психологического обеспечения статусного положения ребёнка-инвалида в семье**

## **1.1. Статусное положение ребёнка-инвалида в системе детско-родительских отношений**

Каждый человек в социальной системе занимает определённую позицию. Л.Д.Столяренко говорит о том, что каждая из этих позиций, предполагающая определённые права и обязанности, называется статусом. Человек может иметь несколько статусов. Но чаще всего только один определяет его положение в обществе. Социальный статус отражается как во внешнем облике и поведении, так и во внутренней позиции (установках, ценностных ориентациях, мотивациях). Л.Д. Столяренко даёт следующее определение статуса: «Статус обозначает конкретное место, которое занимает индивид в данной социальной системе (обществе)» [46].

Г.М. Коджаспирова в педагогическом словаре определяет статус личности как положение человека в системе межличностных отношений и меру его психологического влияния на членов группы. А.В.Петровский и М.Г.Ярошевский в «Психологическом словаре» дают своё видение понятия «статус». Статус (от лат. status – положение) – это положение субъекта в системе межличностных отношений, определяющее его права, обязанности и привилегии. Важными характеристиками статуса являются авторитет (влияние, основанное на занимаемом человеком положении, должности) и престиж (престиж - мера признания обществом заслуг индивида) [45].

Статусное положение ребёнка, по мнению Т.А. Репиной, это истинное положение ребёнка в группе сверстников, совокупность его места в системе собственно-личностных отношений и в системе оценочных, и деловых отношений (собственно-личностные отношения - это отношения, которые проявляются в общении в виде чувства симпатии, безразличия и неприязни; непосредственные и эмоционально окрашенные оценочные отношения - это отношения осознанные, опосредованные целями и задачами

совместной деятельности)[43].

Семья, как известно, является для ребёнка наименее ограничивающим, наиболее мягким социальным окружением. Ситуация, когда в семье есть ребёнок с особенностями развития, может привести к созданию более жёсткого окружения, необходимого членам семьи для выполнения своих функций. Присутствие ребёнка с нарушениями в развитии в сочетании с другими факторами может сократить возможности для заработка и отдыха. Увеличение нагрузки на одну из функций или ролей сказывается на множестве других функций или ролей членов семьи. Необходимо различать желание родителей и их подготовленность к определённой роли.

Одной из наиболее известных моделей семейных взаимодействий является циркулярная модель Олсона. Эта модель включает в себя два основных параметра: *сплочённость* и *гибкость* в виде двух взаимно-перпендикулярных осей и дополнительный параметр - *коммуникацию* [34].

Выделяют *четыре уровня сплочённости*, отражающей степень эмоциональной близости между членами семьи:

- низкий - *разобщённый*;
- низкий к умеренному - *разделённый*;
- умеренный к высокому - *связанный*;
- чрезмерно высокий - *запутанный (переплетённый)* [43].

Семейная гибкость (адаптивность) характеризуется количеством изменений в семейном руководстве, в семейных ролях и правилах, определяющих взаимоотношения.

Выделяют *четыре уровня гибкости* (адаптивности) семейных взаимоотношений:

- *ригидный* - очень низкий;
- *структурированный* - низкий к умеренному;
- *гибкий* - умеренный;
- *хаотичный* - чрезмерно высокий.

*Центральные уровни сплочённости и гибкости* считаются

сбалансированными и обеспечивающими оптимальное функционирование семьи. *Крайние значения* по этим шкалам рассматриваются как проблемные. Установлено, что семьи, приходящие на консультацию к психологу, обычно относятся к крайним типам.

Если уровень сплоченности членов семьи слишком *высок (запутанный)*, то в такой семье крайне высоки требования эмоциональной близости и лояльности. Поэтому члены семьи не могут действовать самостоятельно. В таких семьях внешние границы жесткие, а внутренние между подсистемами и индивидуумами слабые.

Другая крайность - это разобщенные семьи с *низким уровнем сплоченности*. Члены такой семьи мало привязаны друг к другу, имеют разные интересы и разных друзей.

Возможно, что члены такой семьи неспособны к установлению близких взаимоотношений и испытывают тревогу при сближении с другими людьми.

Члены семей *сбалансированных типов* способны, с одной стороны, быть достаточно независимыми, а с другой - иметь тесные связи со своей семьей.

Члены семьи с *разделенным* типом взаимоотношений имеют некоторую эмоциональную разделенность, но она не является такой крайней как в разобщенной семье.

*Связанный* тип семьи характеризуется эмоциональной близостью во взаимоотношениях. Члены семьи часто проводят время вместе, однако их сплоченность не достигает степени запутанности, когда неприемлемы малейшие различия во мнениях.

Семейная система становится *ригидной*, когда она перестает отвечать на жизненно важные задачи, возникающие при продвижении семьи по стадиям жизненного цикла. Например, семья отказывается меняться и приспосабливаться к изменившейся ситуации (рождение, смерть). И, наоборот, хаотичное состояние может приобретаться в момент семейного кризиса. Такое состояние может приобретать любая семья, но проблемным такое состояние становится лишь в том случае, если система застревает в нём

надолго.

Благоприятным является *структурированный* тип семьи, при котором имеется демократическое руководство, учитывающее мнение всех членов семьи, в том числе мнение детей. Роли и внутрисемейные правила стабильны, но с возможностью их изменения.

*Гибкий* тип семейной системы также характеризуется демократическим типом руководства, активно включающим детей. Роли разделяются с другими членами семьи и меняются при необходимости. Очень важным является то, что члены семьи общаются между собой.

*Коммуникация* - это процесс передачи информации в семье, при котором важно умение активно слушать других, способность ясно выражать свои мысли и оказывать эмоциональную поддержку собеседнику.

Коммуникация может быть *закрытой, открытой и случайной*.

Наиболее оптимальным вариантом является *открытая* коммуникация.

Семья с *закрытой* коммуникацией характеризуется отсутствием дискуссий и скудным выражением эмоций.

При *случайной* коммуникации в семье все вопросы без исключения бурно обсуждаются.

Изменения в жизненном цикле семьи играют роль катализатора, изменяющего природу и качество семейных отношений. Как показывает опыт, более успешно функционируют те семьи, которым удаётся избегать крайностей, поддерживать баланс между стабильностью и переменами, эмоциональным единством и автономностью, между закрытой и случайной коммуникацией.

В зависимости от *соотношения сплочённости, гибкости и коммуникации* семьи подразделяются на сбалансированные, среднесбалансированные и несбалансированные.

*Сбалансированные* семьи достаточно сплочённые и в то же время гибкие, с доступной всем членам семьи коммуникацией, в целом легче справляются с семейными кризисами и стрессами, чем несбалансированные.

Сбалансированность не является абсолютным показателем, так как, приспосабливаясь к обстоятельствам, сбалансированные семьи могут временно переходить в разряд *среднесбалансированных* несбалансированных. Однако лишь застревание надолго на крайних позициях приводит к нарушению функционирования.

Объективно складывающиеся взаимоотношения в семье характеризуют семейную целостность. В здоровой семейной структуре устанавливается подвижное равновесие, проявляющееся в оформлении психологических ролей каждого члена семьи, формирование семейного «мы», способности членов семьи самостоятельно решать противоречия и конфликты.

В *несбалансированных* семьях нарушается равновесие во взаимоотношениях, супруги стараются избежать изменений - развития семейного цикла и связанных с этим возможных тревог и потерь, либо, наоборот, взаимодействуют разобщенно, хаотично.

Т.М. Мишина выделяет три основных типа нарушений супружеских взаимодействий «невротических супружеских пар»: с отношением соперничества, псевдосотрудничества и изоляции.

*Соперничество.* Структура отношений носит противоречивый, дружелюбно-враждебный характер. Оба партнера характеризуются незрелостью, несформированностью семейной роли и оказываются не в состоянии принимать на себя ответственность. Конфликты могут быть представлены как противоречия главным образом в сферах заботы и опеки.

*Псевдосотрудничество.* С внешней стороны отношения этого типа выглядят ровными и согласованными. Поводы к возникновению конфликтов в семье лежат во внесемейной сфере и связаны с индивидуальными трудностями и неудачами, касающимися работы или общения.

*Изоляция.* В совместной деятельности супруги остаются эмоционально обособленными, оказываются не заинтересованными друг в друге как в муже и жене[36].

В основе семейных конфликтов, т. е. дисгармоничного взаимодействия,

лежит неадекватность восприятия (Д.А. Петровская), незрелые отношения, служащие удовлетворению и поддержанию «невротических» потребностей в соперничестве, доминантности, защите, опеке (Т.М. Мишина).

Семьи с нарушенными отношениями не могут самостоятельно решать возникающие в семейной жизни противоречия и конфликты.

В результате длительно существующего конфликта у членов семьи наблюдается снижение социальной и психологической адаптации, отсутствие способности к совместной деятельности (неспособность к согласованности в вопросах воспитания детей). Уровень психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию, приводя к эмоциональным нарушениям, неврастеническим реакциям её членов, возникновению чувства постоянного беспокойства у детей.

Таким образом, дисгармония в супружеских отношениях создаёт *неблагоприятный фон* для эмоционального развития ребёнка.

Помимо воздействия на развитие ребёнка в семье со стороны супружеских отношений многими авторами изучались непосредственно детско-родительские отношения, типы воспитания в семье, позволяющие говорить о дисгармонии семейного воспитания.

Психологами были выделены четыре родительские установки соответствующие им типы поведения:

*Принятие и любовь;*

*Явное отвержение;*

*Излишняя требовательность;*

*Чрезмерная опека.*

Между поведением родителей и поведением детей прослеживается определённая зависимость: «*принятие и любовь*» порождают в ребёнке чувство безопасности и способствуют нормальному развитию личности, «*явное отвержение*» ведёт к агрессивности и эмоциональному недоразвитию. В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Д.Н. Исаев считают, что решающим фактором, который формирует личностные черты,

предрасполагающие к возникновению неврастенических реакций у детей, является неправильное воспитание[12].

Среди неправильных типов воспитания, встречающихся в семьях с детьми-инвалидами, отмечают:

*Отвергающее.* Оно обусловлено рядом осознаваемых и чаще неосознаваемых моментов. Суть его заключается либо в чрезмерной требовательности, жёсткой регламентации и контроле, либо в недостатке контроля на почве попустительства.

*Гиперсоциализирующее.* Возникает на почве мнительности родителей в отношении здоровья ребёнка и других членов семьи, социального статуса ребёнка среди сверстников и особенно его успехов в учёбе, равно как и в отношении к социальному статусу других членов семьи.

*Эгоцентрическое.* Наблюдается в семьях с низким уровнем ответственности, когда ребёнку навязывают представление «я большой» в качестве самодовлеющей ценности для окружающих.

А.И. Захаровым при исследовании семей, в которых дети страдали различными заболеваниями, выделены следующие *параметры воспитательного процесса*:

*Интенсивность эмоционального контакта* родителей по отношению к детям:

- а) гиперопека;
- б) опека;
- в) приятие;
- г) неприятие.

*Параметр контроля:*

- а) разрешительный;
- б) допускающий;
- в) ситуативный;
- г) ограниченный.

*Последовательность -непоследовательность.*

*Аффективная устойчивость -неустойчивость.*

*Тревожность -нетревожность[19].*

В общем виде выделяются следующие *черты патогенного воспитания:*

1. *Низкая сплочённость и разногласия* членов семьи по вопросу воспитания.
2. *Высокая степень противоречивости,* непоследовательности, неадекватности.
3. *Выраженная степень опеки* и ограничительства в каких-либо сферах жизнедеятельности детей.
4. *Повышенная стимуляция возможностей* детей, в связи с этим частое применение угроз, осуждений.

В работе А.Я. Варги описаны три неблагоприятных для ребёнка-инвалида *патогенных типа родительского отношения:*

*Симбиотический.*

*Авторитарный.*

*Эмоционально отвергающий[8].*

Последний характеризуется приписыванием ребёнку болезненности, слабости, личностной несостоятельности. Это тип воспитания с отношением к ребёнку как к «маленькому неудачнику».

Понимание семьи как системы приводит, в свою очередь, к пониманию необходимости применения комплексного подхода к организации клинико-психолого-педагогической коррекции отклонений в развитии детей, психофизиологической системы мать-ребёнок, всей семейной системы в целом.

**Таким образом,** мы рассмотрели понятие «семья» в свете теории семейных систем. Обозначили типы детско-родительских отношений и указали на необходимость социально-педагогической и психологической поддержки семьям, воспитывающим ребёнка с ОВЗ.

## **1.2 Помощь специалистов в организации образования и воспитания ребёнка-инвалида в семье**

Ребёнок с дефектом развития является для родителей не только источником отрицательных эмоциональных переживаний. Его появление вносит существенные коррективы в привычный быт семьи, изменяет отношение к другим детям. Часто семьи тратят немало сил, чтобы как-то приспособиться к своему несчастью.

Появление ребёнка с ограниченными возможностями в семье ставит родителей перед фактом расширения социальных контактов с различными учреждениями, организациями и службами. Осознавая свою ответственность перед малышом, родители должны, не теряя времени, начинать действовать, проявляя соответствующую активность с целью создания необходимых условий для организации полноценного развития и воспитания ребёнка. Такая активность полезна в двух отношениях. Во-первых, она позволит родителям легче пережить депрессивное состояние, вызванное появлением ребёнка с дефектом развития, во-вторых, разумная активность может дать позитивный импульс для своевременного его лечения, воспитания и развития.

В своих исследованиях И.В. Селиванов указывает на то, что прежде всего родителям следует побеспокоиться о проведении своевременной диагностики состояния здоровья и развития ребёнка. Те дети, у которых дефект развития очевиден и не вызывает сомнения, попадают в поле зрения специалистов сразу после их рождения. Однако нарушения в развитии ребёнка могут быть многоплановыми и затрагивать различные сферы жизнедеятельности: умственную, двигательную, сенсорную, речевую или же несколько сфер одновременно. Причём они могут иметь разные формы и разную степень выраженности, появляться и после рождения, что предполагает необходимость их углубленного обследования. Поэтому диагностика отклонений в развитии ребёнка должна всегда носить

комплексный характер. Структура дефекта может быть правильно определена только при участии в обследовании ребёнка врача, психолога, коррекционного педагога, а при необходимости и других специалистов[43].

Не меньшее значение имеет помощь специалистов в организации ухода за ребёнком, в его лечении и воспитании. Круг этих специалистов, в зависимости от структуры дефекта, может быть достаточно широк. К ним относятся специалисты узкого профиля из соответствующих центров и лечебных учреждений, в которых дети состоят на диспансерном учёте, а также детский врач, психолог, специалист по социальной реабилитации, логопед, коррекционный педагог, которые являются главными консультантами по многим вопросам, связанным с течением заболевания и развитием ребёнка. В случае необходимости родители могут обратиться за помощью в *психолого-медико-педагогическую консультацию (комиссию) (ПМПК)*, где работают специалисты разных профилей.

Л.И. Акатов указывает на необходимость оказания услуг соцработника: «У родителей больного ребёнка нередко возникает необходимость в помощи социального работника, чтобы получить информацию о нужных для его лечения и реабилитации специалистах, подобрать информацию о возможных пособиях, льготах, дотациях, выбрать соответствующее образовательное учреждение для ребёнка. Он также может представлять интересы семьи в различных государственных и общественных фондах, учреждениях, организациях, подыскать няню или учителя для ребёнка, познакомиться с семьями, которые успешно решают те же задачи, собрать документы для решения вопросов, актуальных для семьи и ребёнка, делать необходимые закупки продуктов и лекарств и др.» [1].

Кроме названных учреждений и лиц, к которым при необходимости можно обратиться, нужно иметь информацию и о тех организациях, где родители также могли бы получить требуемую помощь. К ним можно отнести:

- территориальные или районные *центры социального обслуживания*

*или социальной защиты населения.* В названном центре можно зарегистрировать семью и ребёнка, стать постоянным его клиентом и пользоваться услугами, перечень которых достаточно широк;

*-реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья,* в задачу которых входит оказание медицинской, социальной и психолого-педагогической помощи детям;

*- городские или районные комитеты по защите прав материнства и детства.* В них можно получить консультацию о льготах, фондах помощи и другим вопросам;

*-специальные образовательные учреждения:* детские сады, школы, интернаты;

*-ассоциации и другие объединения родителей,* имеющих детей с ограниченными возможностями, которые предназначены для оказания семьям необходимой эмоциональной поддержки, передачи опыта воспитания детей, защиты прав семей и др.

В.Л. Соколова указывает на трудности, которые могут возникнуть у родителей при устройстве ребёнка на обучение в школу. В законе Российской Федерации «Об образовании» сказано, что «право граждан на получение образования является одним из основных и неотъемлемых конституционных прав граждан Российской Федерации». В нём есть статьи, в которых особо отмечены законодательные положения в отношении детей с отклонениями в развитии, предусматривающие создание условий для получения образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов, организации специальных образовательных учреждений, обеспечивающих лечение, содержание, воспитание и обучение, социальную адаптацию и интеграцию в общество.

Родители часто стоят перед выбором, куда направить ребёнка на обучение - в обычную общеобразовательную школу или же в специальное учреждение. Их волнения не напрасны. Дело в том, что в деятельности

многих специальных образовательных учреждений роль родителей в восстановлении жизненного потенциала ребёнка, к сожалению, во внимание практически не принимается. Вызвано это тем, что специальные учреждения часто территориально отдалены от семьи. Нередко, из-за незнания или отсутствия реальной возможности выбора типа и вида образовательного учреждения родители вынуждены использовать единственный путь - сдавать ребёнка в государственные специализированные учреждения.

Вместе с тем, даже в этих случаях, родители должны позаботиться о том, чтобы ребёнка подготовить к школе. Подготовка к обучению в школе практически начинается с самого его рождения. Если у родителей возникают сомнения в том, на чём делать акцент — на лечении ребёнка или на его образовании, то надо иметь в виду, что дети, которые испытывали дефицит в воспитании и образовании, бывают менее приспособленными к жизни, беспомощными даже в обычных жизненных ситуациях. Поэтому, какими бы тяжёлыми ни были нарушения в развитии ребёнка, надо решать вопрос в пользу образования, не исключая, безусловно, и лечения[44].

Если же ребёнок, имеющий дефект в развитии, определяется в общеобразовательную школу, по мнению В.Л. Соколовой, родителям следует наладить самый тесный контакт с учителями и классным руководителем. Важно рассказать им об индивидуальных особенностях своего ребёнка, выработать с ними индивидуальную программу развития с учётом специфики дефекта, регулярно отслеживать изменения в психике и личности, происходящие под воздействием обучения и воспитания, посещать классные родительские собрания[44, 56].

М.И. Лисина приводит результаты исследования, проведённого в Москве в 1994 году институтом социологии РАН по программе Е.Ф. Ачельдиевой и Л.В. Ясной, с целью оценки условий функционирования семьи, воспитывающей ребёнка с особыми проблемами. Это исследование показало, что с возникновением новой ситуации большая часть (80 процентов) всех опрошенных матерей находятся в основном дома,

ухаживая за своим ребёнком. По этой причине материальное положение семей, имеющих детей с особыми проблемами, оценивается следующим образом: 34,6 процента респондентов оценили свое материальное положение как плохое, и 11,7 процента как очень плохое.

В числе наиболее важных и трудных проблем родителями были названы такие, как: невозможность обучения детей в обычной школе (34,5%); трудности в организации летнего отдыха (41%); трудности в организации общения со сверстниками (40%). Наибольшее беспокойство вызывало будущее больного ребёнка: трудности с получением профессии (43,3%), с трудоустройством (40%).

В ходе исследования выяснилось, что 35 процентов детей с особыми проблемами посещают обычную школу, 25 процентов - школу специализированную по профилю болезни, 7 процентов детей посещают школы с углубленным изучением различных предметов, около 23 процентов детей обучаются на дому. К тем детям, которые занимаются на дому, в 73 процентах случаев приходят на дом учителя, в 39 процентах семей мать или другие члены семьи занимаются с ребёнком по программе школы, 8,5 процента нанимают педагогов частным образом.

Многие из родителей не удовлетворены организацией обучения детей. По их мнению, наиболее благоприятный вариант обучения - в классе с небольшим числом учеников (45%); обязательное условие - индивидуальный подход (28%), 27% опрошенных высказались за обучение ребёнка в обычной школе[31].

Чтобы больше узнать об особенностях развития психики ребёнка и его недуге, несомненно, нужны консультации у специалистов, однако этого недостаточно. Если родители хотят по-настоящему счастья своему ребёнку, они должны со всей ответственностью заняться своим образованием и самообразованием, овладеть основными технологиями по воспитанию. В настоящее время издается немало литературы по проблемам воспитания и развития детей, но в этом огромном потоке информации несведущему

человеку бывает трудно найти то, что ему действительно необходимо. Оказать квалифицированную помощь в выборе литературы и в составлении программы самообразования родителей могут профессионально подготовленные люди: психолог, специалист по социальной реабилитации, врач, социальный работник, педагог и другие.

**Таким образом,** мы рассмотрели конкретные трудности, возникающие у родителей, воспитывающих детей-инвалидов. К основным проблемам мы отнесли выбор школы для ребёнка-инвалида; отдалённость специализированных учреждений от дома, трудности с получением профессии и дальнейшим трудоустройством. И перечислили специалистов и учреждения, способные оказать помощь семьям, с детьми с ОВЗ. Центры социального обслуживания или социальной защиты населения, реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, комитеты по защите прав материнства и детства, ассоциации и другие объединения родителей, специальные образовательные учреждения.

## **Глава 2. Практическое изучение влияния социально-педагогического и психологического обеспечения на статусное положение ребёнка-инвалида в семье**

### **2.1. Описание методик экспериментального исследования**

Для подтверждения гипотезы исследования было проведено практическое изучение типов детско-родительских взаимоотношений и определение статуса ребёнка в семье на базе ДООУ № 46 г. Красноярск. Это детский сад для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Для участия в исследовании были взяты дети подготовительной группы (6-7 лет) в количестве 10 человек. Краткая характеристика анамнестических данных на детей, принимавших участие в эксперименте, представлена в таблице №1.

Таблица № 1

#### **Характеристика состава группы детей, участвующих в эксперименте**

№	Ф.И. ребёнка	Возраст	Диагноз	Нарушение интеллекта	Дополнительная помощь специалистов
1.	Алеша К.	6,5 л.	Дцп	Нет	Логопед
2.	Алеша Л.	6,5л.	Дцп	Нет	Дефектолог
3.	Андрей Г.	7л.	Дцп	Нет	Психолог, логопед
4.	Аня А.	6,5л.	Дцп	Нет	Психолог, логопед
5.	Аня М.	7л.	Дцп	Нет	Логопед
6.	Арина Е.	6,9л.	Дцп	Нет	Соц. работник центра реабилитации
7.	Виталий К.	7л.	Полиомелит	Нет	Не оказывается
8.	Даша К..	7л.	Полиомелит	Нет	Психолог
9.	Денис З.	6,8л.	Полиомелит	Нет	Не оказывается
10.	Полина К.	7л.	Дцп	Нет	Логопед, психолог

Из приведённой таблицы видно, что 100% детей с интеллектом в норме, 80% получают дополнительную психологическую и

педагогическую помощь, из них помощь психолога оказывается 40%, логопеда – 50%, дефектолога – 10%, социальный работник – 10%. 20% опрошиваемых дополнительной помощи не получают.

Дадим краткое описание методик, с помощью которых проводилось экспериментальное изучение влияния типов родительских отношений на статусное положение ребёнка-инвалида.

В работе использовался «Тест – опросник родительского отношения» А.Я.Варга, В.В.Столина.

Целью данного опросника является изучение родительского отношения к конкретному ребёнку. Опросник предлагали родителям, дети которых участвовали в эксперименте. Предлагаемый опросник содержал 61 утверждение о воспитании детей. Все утверждения были пронумерованы. Родителю предлагалось прочитать по очереди утверждения опросника. Если родитель, в общем, соглашался с утверждением, то он обводил номер утверждения в кружок. Если же родитель не соглашался с утверждением – зачеркивал этот же номер. В опроснике нет правильных или неправильных утверждений. Родители отвечали так, как сами думали.

Структура опросника. Опросник состоял из 5 шкал.

1. «Принятие-отвержение». Шкала отражает эмоциональное интегральное отношение к ребёнку. Содержание одного полюса шкалы: родителю нравится ребёнок таким, какой он есть. Родитель уважает индивидуальность ребёнка, симпатизирует ему. Родитель стремится проводить много времени вместе с ребёнком, одобряет его интересы и планы. На другом полюсе шкалы: родитель воспринимает своего ребёнка плохим, неприспособленным, неудачливым. Ему кажется, что ребёнок не добьётся успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума, дурных наклонностей. По большей части родитель испытывает к ребёнку злость, досаду, раздражение, обиду. Он не доверяет ребёнку и не уважает его.

2. «Кооперация» - социально желательный образ родительского

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

3. «Симбиоз»- шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребёнком. При высоких баллах по этой шкале можно считать, что родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребёнком. Содержательно эта тенденция описывается так - родитель ощущает себя с ребёнком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребёнка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребёнка, ребёнок ему кажется маленьким и беззащитным. Тревога родителя повышается, когда ребёнок начинает автономизироваться в силу обстоятельств, так как по своей воле родитель не предоставляет ребёнку самостоятельности никогда.

4. «Авторитарная гиперсоциализация»- отражает форму и направление контроля за поведением ребёнка. При высоком балле по этой шкале в родительском отношении данного родителя отчётливо просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребёнка безоговорочного послушания и дисциплины. Он старается навязать ребёнку во всём свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявления своеволия ребёнка сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребёнка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами.

5. «Маленький неудачник»- отражает особенности восприятия и понимания ребёнка родителем. При высоких значениях по этой шкале в родительском отношении данного родителя имеются стремления инфантилизировать ребёнка, приписать ему личную и социальную

несостоятельность. Родитель видит ребёнка младшим по сравнению с реальным возрастом. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребёнка кажутся родителю детскими, несерьезными. Ребёнок представляется не приспособленным, не успешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребёнку, досадует на его неуспешность и неумелость. В связи с этим родитель старается оградить ребёнка от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

Обработка результатов проводилась следующим образом: после текста опросника прилагались ключи к опроснику. За каждой шкалой закреплены определенные номера вопросов.

#### Ключи к опроснику.

1. «Принятие – отвержение»:

«да» - 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 23, 24, 26, 29, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 49, 51, 52, 55, 60.

«нет» - 3, 20, 27, 37, 38, 43, 45, 53, 56.

Баллы за положительные и отрицательные ответы суммировались.

По остальным шкалам учитывались только положительные ответы.

2. «Социальная желательность поведения»: 6, 9, 21, 25, 31, 34, 35, 36.

3. «Симбиоз»: 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

4. «Авторитарная гиперсоциализация»: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

5. «Маленький неудачник»: 9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61.

#### Порядок подсчёта тестовых баллов.

При подсчёте тестовых баллов по всем шкалам учитывался ответ «верно». Высокий тестовый балл по соответствующим шкалам интерпретировался следующим образом:

- отвержение,
- социальная желательность,
- симбиоз,

- гиперсоциализация,
- инфантилизация.

Дадим описание методики «Кинетический рисунок семьи» (КРС) Р. Бернс, С.Кауфман.

Тест "Кинетический рисунок семьи" Р.Бернса и С.Кауфмана даёт информацию о субъективной семейной ситуации ребёнка. Он помогает выявить взаимоотношения в семье, вызывающие тревогу у ребёнка, показывает, как он воспринимает других членов семьи и своё место среди них.

Используя тест КРС, следует иметь в виду, что каждый рисунок является творческой деятельностью, не только отражающей восприятие своей семьи, но и позволяющей ребёнку анализировать, переосмысливать семейные отношения. Поэтому рисунок семьи не только отражает настоящее и прошлое, но также направлен на будущее: при рисовании ребёнок интерпретирует ситуацию, по-своему решает проблему актуальных семейных отношений.

Тест КРС состоит из 2 частей: рисование своей семьи и беседы после рисования. Для выполнения теста ребёнку даётся стандартный лист бумаги для рисования, карандаш (твёрдость 2М) и ластик.

**Инструкция:** "Пожалуйста, нарисуй свою семью так, чтобы каждый занимался каким-нибудь делом".

На все уточняющие вопросы следует отвечать без каких-либо указаний, например: "Можешь рисовать, как хочешь".

Во время рисования следует записывать все спонтанные высказывания ребёнка, отмечать его мимику, жесты, а также фиксировать последовательность рисования. После того, как рисунок закончен, с ребёнком проводится беседа по следующей схеме:

- 1) кто нарисован на рисунке, что делает каждый член семьи;
- 2) где работают или учатся члены семьи;
- 3) как в семье распределяются домашние обязанности;

4) каковы взаимоотношения ребёнка с остальными членами семьи.

В системе количественной оценки КРС учитываются формальные и содержательные аспекты рисунка. Формальными особенностями рисунка считается качество линии рисующего, положение объектов рисунка на бумаге, стирание рисунка или его отдельных частей, затушёвывание отдельных частей рисунка. Содержательными характеристиками рисунка являются изображаемая деятельность членов семьи, представленных на рисунке, их взаимодействие и расположение, а также отношение вещей и людей на рисунке.

При интерпретации КРС основное внимание обращается на следующие аспекты:

1) анализ структуры рисунка семьи (сравнение состава реальной и нарисованной семьи, расположение и взаимодействие членов семьи на рисунке);

2) анализ особенностей рисунка отдельных членов семьи (различия в стиле рисования, количество деталей, схема тел отдельных членов семьи);

3) анализ процесса рисования (последовательность рисунка, комментарии, паузы, эмоциональные реакции во время рисования).

Для теста КРС разработана система количественной оценки. Было выделено пять симптомокомплексов:

1) благоприятная семейная ситуация;

2) тревожность;

3) конфликтность в семье;

4) чувство неполноценности;

5) враждебность в семейной ситуации.

Подробная разбалловка на каждый симптомокомплекс дана в таблице Приложения №2.

## 2.2. Анализ результатов исследования

Проанализировав данные результатов опросника родительского отношения, мы составили малые таблицы № 2-6 полученных баллов и процентальных рангов по каждой шкале родительского отношения.

Таблица №2

### Результаты опросника родительского отношения по шкале «Принятие-отвержение»

1 шкала Принятие- отвержение	«Сырой» балл	Процентальный ранг (%)
1. Алеша К.	11	68,35 %
2. Алеша Л.	12	77,21
3. Андрей Г.	14	88,60
4. Аня А.	11	68,35 %
5. Аня М.	16	92,4
6. Арина Е.	17	93,67
7. Виталий К.	12	77,21
8. Даша К.	10	53,79
9. Денис З.	9	31,01
10. Полина К.	9	31,01

**Таким образом,** анализ ответов по шкале «Принятие-отвержение» указывает высокий процент семей, в которых преобладает высокий показатель данной шкалы. Только в семьях двоих детей (Дениса З. и Полины К.) показатель данных отношений ниже 50%.

Таблица №3

**Результаты опросника родительского отношения по  
шкале «Кооперация»**

2 шкала Кооперация	«Сырой» балл	Процентальный ранг(%)
1. Алеша К.	8	48.82
2. Алеша Л.	7	31.19
3. Андрей Г.	8	48.82
4. Аня А.	7	31.19
5. Аня М.	4	9.77
6. Арина Е.	4	9.77
7. Виталий К.	7	31.19
8. Даша К.	4	9.77
9. Денис З.	6	19.22
10. Полина К.	7	31.19

Выводы по таблице №3: анализ ответов по шкале «Кооперация» указывает на низкий процент семей, в которых преобладает высокий показатель данной шкалы. Только в семьях двоих детей (Алёши К. и Андрея Г.) показатель данных отношений около 50% (48.82).

Таблица №4

**Результаты опросника родительского отношения  
по шкале «Симбиоз»**

3 шкала Симбиоз	«Сырой» балл	Процентальный ранг(%)
1. Алеша К.	4	74.97
2. Алеша Л.	2	39.06
3. Андрей Г.	5	86.63
4. Аня А.	5	86.63

5. Аня М.	4	74.97
6. Арина Е.	4	74.97
7. Виталий К.	2	39.06
8. Даша К.	5	86.63
9. Денис З.	3	57,96
10.Полина К.	6	92.93

Выводы по таблице №4: анализ ответов по шкале «Симбиоз» указывает на высокий процент семей, в которых преобладает высокий показатель данной шкалы. Только в семьях двоих детей (Алёши Л. и Виталия К.) показатель данных отношений ниже 50%.

Таблица №5

**Результаты опросника родительского отношения по шкале  
«Авторитарная гиперсоциализация»**

4 шкала Авторитарная гиперсоциализация	«Сырой»балл	Процентальный ранг(%)
1. Алеша К.	2	32.13
2. Алеша Л.	4	69.30
3. Андрей Г.	4	69.3
4. Аня А.	5	83.79
5. Аня М.	7	100
6. Арина Е.	6	95.76
7. Виталий К.	4	69.30
8. Даша К.	5	83.79

9. Денис З.	3	53.87
10.Полина К.	5	83,79

Выводы по таблице №5: анализ ответов по шкале «Авторитарная гиперсоциализация» указывает на высокий процент семей, в которых преобладает высокий показатель данной шкалы. В семье одного ребёнка (Ани М.) данный показатель достигает 100%.

Таблица №6

**Результаты опросника родительского отношения  
по шкале «Маленький неудачник»**

5 шкала Маленький неудачник	«Сырой» балл	Процентальный ранг(%)
1. Алеша К.	2	70.25
2. Алеша Л.	3	84.81
3. Андрей Г.	1	45.57
4. Аня А.	4	93,04
5. Аня М.	2	70.25
6. Арина Е.	5	96.83
7. Виталий К.	0	14.55
8. Даша К.	5	96.83
9. Денис З.	2	70.25
10.Полина К.	1	45.57

Выводы по таблице №6: анализ ответов по шкале «Маленький неудачник» указывает на низкий процент семей, в которых преобладает высокий показатель данной шкалы.

Далее мы определили, какой тип родительского отношения преобладал в семьях детей, участвующих в исследовании, после чего составили таблицу №7 преобладающих типов родительских отношений на всех детей.

Таблица №7

**Преобладающие типы родительских отношений**

Имя ребёнка	Преобладающий тип родительского отношения	Описание типа родительского отношения
1.Алеша К.	Кооперация	Родители заинтересованы в делах ребёнка, стараются ему во всём помочь, высоко оценивают интеллектуальные и творческие способности ребёнка, поощряет инициативу, самостоятельность.
2.Алеша Л.	Кооперация	Родители заинтересованы в делах ребёнка, стараются ему во всём помочь, они высоко оценивают интеллектуальные и творческие способности ребёнка, испытывают чувство гордости за него, поощряют инициативу и самостоятельность ребёнка, стараются быть с ним на равных, доверяют ему.
3.Андрей Г.	Кооперация, симбиоз	Родители заинтересованы в делах ребёнка, стараются ему во всём помочь, они высоко оценивают интеллектуальные и творческие способности ребёнка, испытывают чувство гордости за него; ощущают себя с ребёнком

		единым целым, стремятся удовлетворить потребности ребёнка, оградить от трудностей жизни.
4. Анна А.	Кооперация, симбиоз	Родители заинтересованы в делах ребёнка, стараются ему во всём помочь; ощущают себя с ребёнком единым целым, стремятся удовлетворить потребности ребёнка, оградить от трудностей жизни.
5. Аня М.	Кооперация	Родители заинтересованы в делах ребёнка, стараются ему во всем помочь, высоко оценивают интеллектуальные и творческие способности ребёнка, поощряют инициативу, самостоятельность.
6. Арина Е.	Кооперация, симбиоз,	Родители заинтересованы в делах ребёнка, стараются ему во всём помочь; ощущают себя с ребёнком единым целым, стремятся удовлетворить потребности ребёнка, оградить от трудностей жизни.
7. Виталя К.	Принятие-отвержение, маленький неудачник	Родители воспринимают своего ребёнка плохим, неудачливым, им кажется, что ребёнок не добьётся успеха в жизни из-за низких способностей, дурных наклонностей, недоверие ребёнку; Родители стремятся инфантилизировать ребёнка, не доверяют ему, контролируют действия ребёнка, ребёнок

		представляется неудачливым, открытым для дурных влияний, родители не доверяют ребёнку и стараются оградить его от трудностей жизни.
8. Даша К.	Симбиоз, маленький неудачник	Родители ощущают себя с ребёнком единым целым, стремятся удовлетворить потребности ребёнка, оградить от трудностей жизни, ощущают тревогу за ребёнка, ребёнок кажется им беззащитным и маленьким, минимум самостоятельности; родители стремятся инфантилизировать ребёнка, не доверяют ему, контролируют действия ребёнка.
9. Денис З.	Принятие-отвержение, Авторитарная гиперсоциализация, Маленький неудачник	Родители воспринимают своего ребёнка плохим, неудачливым; родители требуют от ребёнка послушания и дисциплины; стремление инфантилизировать ребёнка, недоверие, контроль над действиями ребёнка.
10. Полина К.	Авторитарная гиперсоциализация	Здесь чётко просматривается авторитаризм – послушание и дисциплина. Родители пристально следят за достижениями ребёнка, пытаются навязать свою волю.

**Таким образом,** мы выяснили, что в семьях детей, участвовавших в исследовании, чаще всего встречался тип родительских отношений «Кооперация»; встречался в исследовании 6 раз. «Симбиоз» и «Маленький

неудачник» в трёх семьях. Наименее популярные типы – «Принятие-отвержение» и «Авторитарная гиперсоциализация» встречались по 2 раза.

Для определения статуса ребёнка-инвалида в семье мы провели анализ результатов Кинетического рисунка семьи и составили таблицу.

Таблица №8

### Статус ребёнка в семье

№	Имя, Фамилия	Симптомокомплекс
1.	Денис З.	Тревожность
2.	Андрей Г.	Благоприятная семейная ситуация
3.	Арина Е.	Чувство неполноценности
4.	Аня А.	Благоприятная семейная ситуация
5.	Виталий К.	Враждебность семейной ситуации
6.	Даша К.	Благоприятная семейная ситуация
7.	Алеша К.	Тревожность
8.	Полина К.	Благоприятная семейная ситуация
9.	Алеша Л.	Конфликтность в семье
10.	Аня М.	Тревожность

Таким образом, у 4-х детей (Андрей Г., Аня А., Даша К., Полина К.) благоприятная семейная ситуация, у 3-х детей тревожность (Денис З., Алёша К., Аня М.). Такие симптомостатусы как чувство неполноценности, враждебность семейной ситуации и конфликтность в семье встречаются по 1 разу.

Для наглядности результаты изучения внутрисемейных отношений с точки зрения ребёнка представлены в Диаграмме 1 Приложение №3.

Результаты двух методик (опрос родителей и рисунок ребёнка) мы поместили в сводную таблицу.

Таблица №9

**Сводная таблица результатов «Теста – опросника родительского отношения» А.Я.Варга, В.В.Столина и Кинетического рисунка семьи**

Фамилия, имя	Помощь специалистов	Преобладающий тип родительского отношения	Симптомокомплекс
1. Алёша К.	Логопед	Кооперация	Тревожность
2. Алёша Л.	Дефектолог	Кооперация	Тревожность
3. Андрей Г.	Психолог, логопед	Кооперация, симбиоз	Благоприятная семейная ситуация
4. Аня А.	Психолог, логопед	Кооперация, симбиоз	Благоприятная семейная ситуация
5. Арина Е.	Соц. работник центра реабилитации	Кооперация, симбиоз	Чувство неполноценности
6. Виталий К.	Не оказывается	Принятие-отвержение, маленький неудачник	Враждебность семейной ситуации
7. Даша К.	Психолог	Симбиоз	Благоприятная семейная ситуация
8. Денис З.	Не оказывается	Авторитарная гиперсоциализация	Тревожность
9. Денис З.	Не оказывается	Принятие-отвержение, Авторитарная гиперсоциализация, Маленький неудачник	Конфликтность в семье

10.Полина К.	Логопед, психолог	Авторитарная гиперсоциализация	Благоприятная семейная ситуация
--------------	----------------------	-----------------------------------	------------------------------------

**Итак**, на основании вышесказанного можно констатировать, что существует корреляционная зависимость, определяющая влияние типов родительских отношений на статусное положение ребёнка в семье.

Проведённое исследование позволило установить влияние социально-педагогической и психологической поддержки на установление положительных типов родительских отношений.

У 5 детей (Алёша К., Алёша Л., Андрей Г., Аня А., Арина Е.) (50%) с благоприятным симптомокомплексом преобладающим оказался тип родительского отношения «Кооперация», который характеризуется родительской заинтересованностью в делах и планах ребёнка, старанием во всём ему помочь. Кроме того, у 3 из этих 5 детей (Арина Е., Аня А., Андрей Г.) с благоприятным статусным положением, равнозначно выявлено влияние такого типа родительского отношения, как «Симбиоз». Содержательно этот тип родительского отношения описывается так: родители стремятся удовлетворить потребности ребёнка, родители и ребёнок – единое целое, родители стремятся оградить ребёнка от трудностей и неприятностей жизни. Остальные типы родительских отношений («принятие-отвержение», «маленький неудачник», «авторитарная гиперсоциализация») в группе детей с благоприятным симптомокомплексом почти не проявились.

У 2 детей (Виталий К., Денис З.) (20%), попавших в неблагоприятную статусную категорию преобладал тип родительских отношений «Принятие-отвержение», отражающий отношение родителей, которые не доверяют ребёнку и не уважают его, воспринимают своего ребёнка неудачливым.

Тип родительского отношения «Авторитарная гиперсоциализация» наблюдается у двоих детей из семей с неблагоприятным статусным положением (Полина К., Денис З.). В родительском отношении отчетливо

просматривается авторитаризм, родители требуют безоговорочного послушания и дисциплины от ребёнка.

Шкала «Маленький неудачник» 1 ребёнок (Виталий К.). Отражает стремление родителей приписать ребёнку личную и социальную несостоятельность, стремление инфантилизировать ребёнка.

«Симбиоз» и «кооперация» не преобладали в этой группе детей. Показательно, что именно эти два ребёнка по ряду причин были лишены профессиональной помощи логопеда, психолога и социального работника.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в семьях, получающих социально-педагогическую и психологическую помощь, в большинстве случаев установлены положительные типы родительских отношений. Симптомокомплекс в таких семьях характеризуется как благоприятная семейная ситуация.

**Итак, на** основании вышесказанного можно констатировать, что существует корреляционная зависимость, определяющая влияние социально-педагогического и психологического обеспечения на определение типов родительских отношений и на статусное положение ребёнка-инвалида в семье.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в семьях, своевременно получающих социально-педагогическую и психологическую поддержку преобладающий тип родительских отношений - «симбиоз», «кооперация». Благоприятный социальный статус этих детей характеризовался большей активностью, в играх эти дети занимали главные роли, умели договариваться, сотрудничать, сопереживать, понимать чувства других детей, проявлять инициативу, стремление помочь другим детям.

2 семьи не получали дополнительной помощи специалистов. Дети, в этих семьях, определили свой симптомокомплекс как «враждебность семейной ситуации» и «конфликтность в семье». А типы родительских отношений в этих семьях «принятие-отвержение», «маленький неудачник», «авторитарная гиперсоциализация».

Неблагоприятный социальный статус этих детей характеризовался недостатком развития игровых умений и навыков, а также неумением строить взаимоотношения со сверстниками, что выражалось в неприятии мнения других детей, агрессивном поведении, повышенном тоне при общении с другими детьми.

### **2.3. Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений при помощи социально-педагогической и психологической поддержки в семьях, воспитывающих детей-инвалидов**

Известие о рождении ребёнка, который будет «не таким, как все» обрушивается шквалом на родителей, которые провели долгие девять месяцев в счастливом ожидании. Важно выбрать правильное направление в прохождении этого нелёгкого пути. На сегодняшний день существует большое количество центров и объединений специалистов, способных оказать психолого-педагогическую поддержку. Приведём ряд советов, способных направить родителей ребёнка-инвалида по пути преодоления и облегчения стандартных проблем. По материалам книги «Дорога любви. Путеводитель для семей с особыми детьми», составленной специалистами учебно-реабилитационного центра «Джерело» г. Львов [43].

**1. Поиск информации. Понимание.** Чрезвычайно важно хорошо понимать, в каком состоянии находится ребёнок и какая помощь возможна. Поэтому, прежде всего, семья должна знать достоверный диагноз, установленный компетентным врачом. Следовательно, родители должны найти таких специалистов, которые могли бы качественно обследовать ребёнка, провести дифференцированную диагностику и затем объяснить родителям состояние ребёнка. Необходимо выделить достаточно времени для того, чтобы поговорить с родителями, чтобы была возможность не только объяснить им результаты осмотров, и особенности ребёнка, но и выслушать их вопросы и, если это относится к компетенции врача, ответить на них. Проконсультировать родителей относительно помощи, которая требуется ребёнку и места, где можно её получить.

Мать и отец должны стать компетентными, образованными родителями. И в этом им могут помочь специалисты, книги, интернет-источники, фильмы и т.п. Однако важно, чтобы родители относились критически к почерпнутой информации, поскольку значительная её часть

может оказаться непроверенной: это могут быть гипотезы, которые подаются, как доказанные факты, или же коммерческая реклама определённых методов лечения, эффективность которых не доказана.

**2. Обеспечение в партнёрстве со специалистами необходимого лечения и реабилитации.** После того как родители узнают, что у ребёнка та или иная форма ограничений, перед ними встают следующие важные задачи: решить, что делать дальше, как и где лечить ребёнка, какие методы использовать и т.п. Во многих случаях современные реабилитационные методики дают возможность достичь значительного прогресса и существенно помочь ребёнку в развитии. Тем не менее, сделать выбор довольно сложно, так как существует множество противоречивых идей и предложений. Прежде всего, следует обратиться к объективным, не связанным с сомнительными коммерческими проектами специалистам, которые объяснят родителям, какие методы действенны, научно доказаны и могут помочь в конкретном случае.

Как правило, большинство современных реабилитационных методик требуют непосредственного участия родителей. Развитие ребёнка происходит не только на занятиях у логопеда, реабилитолога или психолога, но и в повседневной жизни, в общении с родителями и в контакте со своим окружением.

Для реализации общей реабилитационной программы родителям нужна команда специалистов-партнёров. И крайне важная задача – найти такую команду и установить с ней партнёрские отношения. Так как проблемы ребёнка с особыми потребностями не решаются за год или за два во время того или иного курса реабилитации, родителям важно найти специалистов, которые готовы идти по этому долгому пути рядом с ними, готовы делиться информацией, вместе осуществлять нужные вмешательства. С определённого возраста образование ребёнка, выбор подходящего места и учебной программы, эффективное сотрудничество с педагогами становятся

ключевыми факторами дальнейшего развития и социальной интеграции ребёнка.

**3. Внутренняя переориентация: нужно настроиться на действительно долгий путь, на жизнь в новой реальности.** И осознать, что цель состоит не в том, чтобы дойти до какой-то точки, когда «болезнь будет вылечена», а в том, чтобы жить каждый день максимально полноценно. Это очень тяжёлая внутренняя работа – переосмысление жизни, ценностей, ориентиров. В процессе этой работы многие родители утверждают, что они внутренне меняются и открывают для себя новую философию жизни. В ней важно не утраченное, а имеющееся. В ней ребёнок принят и любим таким, какой он есть. И его значимость не в достижениях и социальном статусе, она безусловна. Согласно этой новой философии, ребёнок воспринимает себя не с позиции жертвы, а с позиции творца жизни. Эта внутренняя переориентация постепенно приводит и к изменению жизни человека, его отношений с внешним миром: от отрицания реальности – к принятию, от чувства вины/обиды – к прощению себя и других, от отчаяния – к надежде, от страха – к доверию, от изоляции – к отношениям, от истощения – к обновлению, от бессодержательности – к пониманию смысла.

**4. Воспитание ребёнка.** Часто за нуждами лечения и реабилитации забывается, что ребёнок с ограниченными возможностями остается, прежде всего, ребёнком с такими же потребностями, как и у других детей, просто у него есть ещё и свои особые нужды. А значит, важно, чтобы родители обеспечивали их, т.е. любили ребёнка, научили его дисциплине, создали возможность развивать свои способности и т.п. Вместе с тем родители должны помочь ребёнку понять себя и свои ограничения, сформировать положительную самооценку, воспитать в себе личность.

**5. Необходимость строить семью, беречь отношения.** Болезнь ребёнка является испытанием для всех членов семьи. Поэтому так важно, чтобы в этом испытании муж и жена, дети могли открыто общаться и поддерживать друг друга, активно перераспределять роли, помнить о

потребностях каждого: родителей, других детей. Семейные отношения, как и все другие, нужно беречь. Тогда испытание болезнью сделает семью более прочной, более дружной – и, как ни странно, более счастливой.

**6. Сохранение и развитие отношений с родственниками, друзьями, социальным окружением.** Так важно, чтобы семья, в которой есть ребёнок с особыми потребностями, не оказалась за глухими стенами, в изоляции от своей социальной среды! Так важно выстраивать и поддерживать отношения с родственниками, друзьями! Ведь сила семьи не только в её единстве, но и в её связи с окружением, которое создаёт сеть добра, взаимоподдержки, солидарности.

**7. Социальная интеграция ребёнка с раннего возраста.** Важно с раннего возраста воспитывать в ребёнке принадлежность к социальному сообществу, противодействовать тем нездоровым тенденциям из прошлого, когда людей с ограниченными возможностями стремились изолировать от остального общества. И эта интеграция начинается с детской площадки, продолжается в детском саду, школе, трудовом коллективе. Этот процесс нелёгкий, порой на его пути бывает столько травматичных столкновений и препятствий, что не раз может возникать желание отгородиться от всех. Однако мы понимаем, что каждый ребёнок, независимо от формы болезни, является полноправным членом общества, и ему нужно помочь занять в нём надлежащее место. Интегрируя, а не отбрасывая людей с ограниченными возможностями, мы имеем шанс стать качественно другим обществом, живущим по принципам гуманности, человечности, обществом цивилизованным и здоровым.

**8. Реабилитация общества (общественная деятельность, объединение с другими).** Общество должно проложить дорогу интеграции, устранить препятствия – от бытовых для людей в коляске, до невидимых препятствий – предубеждений и негативного восприятия лиц с ограниченными возможностями. Поэтому, реабилитация ребёнка – это лишь одна составляющая помощи ему. Реабилитация общества не менее

существенна, и мы должны понимать, что общественные изменения могут открыть намного больше возможностей для полноценной жизни людям с особыми потребностями. Это изменения и в общественном сознании, и в государственной политике, и в системе образования, и в создании сети услуг. Поэтому нужно, чтобы родители объединялись и вставали на защиту прав своих детей, активно добиваясь содействия общественных институтов. Заняв такую позицию, родители больного ребёнка смогут увидеть, что множество людей готовы стать рядом, откликнуться и поддержать.

**9. Общение с другими родителями детей с ОВЗ.** Иным важным источником поддержки для семьи, где есть ребёнок с особыми потребностями, могут быть другие родители. Общаясь между собой, они могут найти друг в друге источник понимания, помощи, мудрости.

**10. Забота о себе.** Родители также должны понимать, что воспитание ребёнка с особыми потребностями сопровождается многими стрессами, связанными как непосредственно с нарушениями его развития, необходимостью лечения, отрывом от работы, изменением обычного течения жизни и круга общения, так порой и с семейными конфликтами, финансовыми проблемами, реакциями социальной среды и прочего. Поэтому, выработка «антистрессовой» программы, умения заботиться о себе, восстанавливать собственные силы, является крайне важной задачей для родителей.

## Групповая форма работы.

Для родителей с типом родительского отношения «Авторитарная гиперсоциализация» рекомендуются тренинговые упражнения.

Проводится ритуал приветствия. Знакомство с правилами.

### *Игра «Приветствие»*

*Цель:* создание положительного эмоционального состояния, настрой на работу.

*Ход игры:* каждый участник должен за 30 секунд поприветствовать как можно большее число участников: рукопожатием; хлопком по ладони; взяв за плечи; кивком головы; объятием.

Ведущий контролирует время и сигналом «стоп» останавливает участников по истечении времени. После спрашивает: «Кто успел поприветствовать всех участников? Похлопаем друг другу, поблагодарим всех».

### *Игра «Почувствуй взаимомассаж»*

*Цель:* создание положительного настроения, взаиморелаксации, снятие зажимов.

*Ход игры:* участники встают в круг друг за другом и по команде ведущего поглаживают по спине впереди стоящего участника, затем похлопывают быстро, но не сильно. Затем кончиками пальцев постукивая по спине, изображают дождь, заканчивают снова поглаживанием.

### *Игра «Мама (папа) ругается»*

*Цель:* формирование чувства уверенности в себе, дать возможность родителям почувствовать себя в роли ругаемого ребёнка.

*Ход игры:* участники делятся на пары и обыгрывают ситуацию по выбору, в которой «родитель» ругается, требует, запрещает. Сначала мама (папа) ругает

малыша, а когда тот плачет - жалеет его.

### *Игра «Фанты»*

*Цель:* преодоление чувства неуверенности в себе.

*Ход игры:* участники встают в круг и передают в любом направлении две кегли. Тот участник, у которого оказались в руках одновременно обе кегли кладет в центр круга свой «фант» и выходит за круг. Оставшийся последний участник загадывает задания каждому «фанту». Ведущий детям помогает, подсказывает загадать задание поинтересней. Затем каждый участник выполняет доставшееся ему задание.

Затем подводятся итоги занятия, и проводится ритуал прощания.

Для родителей с типом родительского отношения «Маленький неудачник» рекомендуются игры:

### *Игра «Расскажи о себе хорошее»*

*Цель:* развитие умения думать о себе в позитивном ключе и не стесняться говорить о себе в присутствии других.

*Ход игры:* каждый участник должен рассказать о себе положительное, о том, что он любит, ценит, принимает в себе.

### *Игра «Волшебный стул»*

*Цель:* формирование взаимопонимания, чувства эмпатии, сочувствия и причастности к группе.

*Ход игры:* участники образуют круг. Один садится в центр, остальные говорят о нем добрые, ласковые слова, комплименты. Можно погладить сидящего, обнять, поцеловать. Каждый из участников должен побывать на «волшебном стуле».

### *Игра «Паровозик»*

*Цель:* формирование положительного настроения, сплочение группы. Формирование чувства уверенности в себе, чувства успешности.

*Ход игры:* все участники выстраиваются в цепочку. Ведущий - паровоз показывает, как преодолеваются различные препятствия, и участники повторяют движения, стараясь не нарушить целостности поезда. Каждый участник должен побывать в роли паровоза.

Затем подводятся итоги занятия, и проводится ритуал прощания.

## Заключение

Квалифицированная помощь со стороны семьи детям с особенностями в развитии существенно дополняет комплекс лечебно-педагогических мероприятий. В настоящее время издается достаточно репрезентативной литературы для родителей. Однако было бы неверно полагать, что, прочитав эту литературу, родители смогут самостоятельно овладеть всеми необходимыми приёмами и навыками без помощи и поддержки специалистов.

В большинстве случаев родителям, не получившим специальную подготовку, очень трудно оценить возможности ребёнка и ситуацию [34, 2].

В настоящее время социально приемлемым является воспитание «особых» детей в семье с самого их рождения.

Специалисты имеют уникальную возможность опереться в своей работе на самых заинтересованных в её успешности людей - родителей, которые становятся их партнерами.

Родители, в свою очередь, овладевают инструментарием, необходимым для эффективной помощи собственным детям.

Полученные в ходе нашего исследования данные свидетельствуют о том, что в семьях, которые не получают социально-педагогическую и психологическую поддержку, преобладают типы родительского отношения «принятие-отвержение», «авторитарная гиперсоциализация», «маленький неудачник». Дети в этих семьях оценивают свой симптомокомплекс как негативный. Неблагоприятный статус этих детей характеризовался недостатком развития игровых умений и навыков, а также неумением строить взаимоотношения со сверстниками, что выражалось в неприятии мнения других детей, агрессивном поведении, повышенном тоне при общении с другими детьми.

У шести детей попавших в благоприятную статусную категорию в семьях преобладали такие типы родительских отношений как: кооперация и симбиоз, характеризующиеся заинтересованностью родителей в делах

ребёнка, старании ему во всем помочь, родители высоко оценивали способности ребёнка, поощряли инициативу и самостоятельность. Родители воспринимали себя и ребёнка единым целым.

Благоприятный симптомокомплекс этих детей характеризовался большей активностью, в играх эти дети занимали главные роли, умели договариваться, сотрудничать, сопереживать, понимать чувства других детей, проявлять инициативу, стремились помочь другим детям.

**Итак**, мы подтвердили гипотезу исследования о том что, **социально-педагогическое и психологическое обеспечение влияет на тип родительского отношения, определяет статусное положение ребёнка-инвалида в семье. Таким образом**, реализовали задачи и достигли поставленной цели исследования.

## Литература

1. *Аверин В., Смирнова Е.* Развитие личности ребенка от рождения до года. Издательство: Рама Паблишинг, 2010 г
2. *Акатов Л.И.* Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит.изд. центр ВЛАДОС, 2013, с. 368.
3. *Алвин Дж., Уорик Э.* Музыкальная терапия для детей с аутизмом. Пер. с англ. Ю.В.Князькиной. Издательство: М.: Теревинф, 2008.— 208 с.— (Особый ребенок).
4. *Андреева Г.М., Богомолова Н.Н., Петровская Л.А.* Зарубежная социальная психология XX столетия: Теоретические подходы: Учеб. пособие для вузов. -- М.: Аспект Пресс, 2002. - 287 с.
5. *Аппе Ф.* Введение в психологическую теорию аутизма. Пер. с англ. Д. В. Ермолаева. М: Теревинф, 2006. – 216с. – (Научная серия).
6. *Архипов Б.А., Максимова Е В., Семёнова Н.Е.* Нарушения восприятия "себя" как основная причина формирования искаженного психического развития особых детей. –М.: Диалог-МИФИ, 2012. -213 с.
7. *Асмолов А.Г.* Психология личности: принципы общепсихологического анализа. - М.: «Смысл», ИЦ «Академия», 2002. - 416 с.
8. *Ахутина Т.В., Пылаева Н.М.* Преодоление трудностей учения: нейropsихологический подход. СПб.: Питер, 2008, с.320.
9. *Баенская Е.Р.* Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). М.: Теревинф, 2007. – (Особый ребенок). – 112 с.
10. *Бациев В., Дименштейн Р., Кантор П., Ларикова И.* Образование и реабилитация особого ребенка в условиях «монетизации льгот». — М.: Теревинф, 2007. – 112 с.

11. *Беркович М.* Нестрашный мир. – Спб.: Сеанс, 2009. – 288 с.
12. *Бирте Б., Кристер Л., Гуннар Ф.* Эпилепсия. Вопросы и ответы. — Минск: БелАПДИ, 2011
13. *Борисов А.* Кандидат на выбраковку. М.: Третья смена. 2008. – 336 с.
14. *Василюк Ф.Е.* Понимающая психотерапия как психотехническая система / Ф.Е. Василюк // Московская психологическая школа: История и современность: в 4 т. Т. 4 / Под общ.ред. действ. чл. РАО, проф. В.В. Рубцова.- М.: МГППУ, 2007.- С. 45-61.
15. *Визель Т.Г.* Аномалии речевого развития. (В помощь родителям). Издательство: М., В. Секачѐв, 2011, с.46.
16. *Гальего Р.* Я сижу на берегу... М.: Лимбус Пресс, 2005. - 356 с
17. *Захаров АЛ.* Неврозы у детей и психотерапия. - С.-Пб., 2000.
18. *Кравцова А., Кукуруза А., Михановская Н.* Развивающие игры и упражнения для детей с особыми потребностями. Издание 3-е. Харьков, 2007, с.62.
19. *Лешли Д.* Работа с маленькими детьми. Поощрять их развитие и решать их проблемы. Кн. Для воспитателей дет. сада./Пер. с англ. -М.,1991. Учебник.- СПб, 2001.
20. *Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. / Под ред. В.И.Селиверстова. - М.:Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. - 408 с.
21. *Мишина Г.А.* Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребёнка раннего возраста с нарушением психофизического развития // Дефектология. - 2001. - № 1.
22. *Морозова С.С.* Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах. Издательство: Владос, 2010, с. 176
23. *Набойкина Е. Л.* Сказки и игры с "особым" ребенком. Речь, 2006 ., с. 144.

24. Нетрадиционные методы в коррекционной педагогике. Феникс, 2006, с. 349.
25. Неутомимый наш ковчег. Опыт преодоления беды. Сост. С. Бейлезон. – М.: Центр "Нарния", 2007. – 128 с.
26. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребенок. Пути помощи— М.: Теревинф, 2000.— (Особый ребенок).— 336 с.
27. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С.* Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. Изд. 2-е – М.: Теревинф, 2008.— (Особый ребенок).— 224 с.
28. *Ньюмен Сара.* Игры и занятия с особым ребенком. Пер. с англ. Н.Л. Холмогоровой.— М.: Теревинф, 2004.— 240 с.— (Особый ребенок).
29. Опыт социальной работы в рамках реализации концепции независимой жизни в деятельности неправительственных организаций / Авторы-составители Ким Б.Н., Колков В.В., Мухина М.Б. СПб., 2001.
30. Особое детство: шаг навстречу переменам. М.: Теревинф, 2006. – 168 с. – (Опыт работы Центра лечебной педагогики).
31. Педагогика, которая лечит: опыт работы с особыми детьми. Сост. Дименштейн М.С. – М.: Теревинф, 2008. – 240 с.
32. *Романчук О.И.* Дорога любви. Путеводитель для семей с особыми детьми и тех, кто идет рядом. - М.: Генезис, 2010. - (Родительская библиотека). - 160 с.
33. *Романчук О.И.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей". Пер. с украинского. — М.: Генезис, 2010.
34. *Самощенко И.В.* "Глухой ребенок: Воспитание и обучение: Опыт матери и сурдо- педагога". М.: 000 «Издательство АСТ»; Донецк: «Сталкер», 2013.
35. *Сансон П.* Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми. М.: Теревинф, 2007. –208 с.
36. *Саутолл А.* Пусть шарик летит. М.: ОГИ, 2002. – 132 с. – (Мы вместе).

37. *Селигман М., Дарлинг Р.* Обычные семьи, особые дети. Перевод с английского Н.Холмогорова. М., Теревинф, 2009, 368 с.
38. Специальная семейная педагогика. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. Издательство: Владос, 2009, с. 358
39. *Триггер Р.Д.* «Психологические особенности социализации детей с задержкой психического развития» СПб ПИТЕР, ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ, 2012,
40. ЦПП Особое детство: шаг навстречу переменам. М.: Теревинф, 2016. – 168 с.
41. *Цыганок А.А.* Нейропсихолог в реабилитации и образовании. М.: Теревинф, 2012. – 400 с.
42. *Шац И.К.* «Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. Монография». Издательство: Речь, 2010, с. 192.
43. *Шипицына Л.М., Защиринская О.В.* Невербальное общение у детей при нормальном и нарушенном интеллекте. – М.: Речь, 2009, с. 128.
44. *Юсупова А. Ю.* Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей. Издательство: ВЛАДОС, 2016, с.175.
45. *Юханссон И.* Особое детство. Перев. Рожанская О. Б. Теревинф, 2010 г., с. 160
46. *Янушко Е.* Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. М.: Теревинф, 2004, 136 с. – (Особый ребенок).
47. *Янушко Е.* Помогите малышу заговорить! Развитие речи детей 1,5–3 лет. М.: Теревинф, 2008. – 232 с.
48. *Ясина И.* Человек с человеческими возможностями. Издательство: Эксмо, 2010, с. 88.

## Приложения

### Приложение №1

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

1. Я всегда сочувствую своему ребёнку.
2. Я считаю своим долгом знать всё, что думает мой ребёнок.
3. Я уважаю своего ребёнка.
4. Мне кажется, что поведение моего ребёнка значительно отклоняется от нормы.
5. Нужно подольше держать ребёнка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
6. Я испытываю к ребёнку чувство расположения.
7. Хорошие родители ограждают ребёнка от трудностей жизни.
8. Мой ребёнок часто неприятен мне.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребёнку.
10. Бывают случаи, когда издевательское отношение к ребёнку приносит ему большую пользу.
11. Я испытываю досаду по отношению к своему ребёнку.
12. Мой ребёнок ничего не добьётся в жизни.
13. Мне кажется, что дети потешаются над моим ребёнком.
14. Мой ребёнок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят.
15. Для своего возраста мой ребёнок немножко незрелый.
16. Мой ребёнок ведёт себя плохо специально, чтобы досадить мне.
17. Мой ребёнок впитывает в себя все дурное как «губка».
18. Моего ребёнка трудно научить хорошим манерам при всем старании.
19. Ребёнка следует держать в жёстких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек.
20. Я люблю, когда друзья моего ребёнка приходят к нам в дом.
21. Я принимаю участие в своем ребенке.
22. К моему ребёнку «липнет» всё дурное.

23. Мой ребёнок не добьётся успеха в жизни.
24. Когда в компании знакомых говорят о детях, мне немного стыдно, что мой ребёнок не такой умный и способный, как мне бы хотелось.
25. Я жалею своего ребёнка.
26. Когда я сравниваю своего ребёнка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям.
27. Я с удовольствием провожу с ребёнком все своё свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребёнок растёт и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким.
29. Я часто ловлю себя на враждебном отношении к ребёнку.
30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребёнок достиг всего того, что не удалось мне в жизни.
31. Родители должны приспосабливаться к ребёнку, а не требовать этого от него.
32. Я стараюсь выполнять все просьбы моего ребёнка.
33. При принятии семейных решений следует учитывать мнение ребёнка.
34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребёнка.
35. В конфликте с ребёнком я часто могу признать, что он по-своему прав.
36. Дети рано узнают, что родители могут ошибаться.
37. Я всегда считаюсь с ребёнком.
38. Я испытываю к ребёнку дружеские чувства.
39. Основная причина капризов моего ребёнка - эгоизм, упрямство и лень.
40. Невозможно нормально отдохнуть, если проводить отпуск с ребёнком.
41. Самое главное, чтобы у ребёнка было спокойное и беззаботное детство.
42. Иногда мне кажется, что мой ребёнок не способен ни на что хорошее.
43. Я разделяю увлечения своего ребёнка.
44. Мой ребёнок может вывести из себя кого угодно.
45. Я понимаю огорчения своего ребёнка.
46. Мой ребёнок часто раздражает меня.
47. Воспитание ребёнка - сплошная нервотрёпка.

48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.
49. Я не доверяю своему ребёнку.
50. За строгое воспитание дети благодарят потом.
51. Иногда мне кажется, что ненавижу своего ребёнка.
52. В моём ребёнке больше недостатков, чем достоинств.
53. Я разделяю интересы своего ребёнка.
54. Мой ребёнок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно; а если и сделает, то обязательно не так.
55. Мой ребёнок вырастет не приспособленным к жизни.
56. Мой ребёнок нравится мне таким, какой он есть.
57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребёнка.
58. Нередко я восхищаюсь своим ребёнком.
59. Ребёнок не должен иметь секретов от родителей.
60. Я не высокого мнения о способностях моего ребёнка и не скрываю этого от него.
61. Очень желательно, чтобы ребёнок дружил с теми детьми, которые нравятся его родителям.

## Приложение №2

Таблица симптомокомплексы Кинетического рисунка семьи

Симптомокомплекс	Симптом	Балл
1. Благоприятная семейная ситуация	1. Общая деятельность всех членов семьи	0,2
	2. Преобладание людей на рисунке	0,1
	3. Изображение всех членов семьи	0,2
	4. Отсутствие изолированных членов семьи	0,2
		0,1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Отсутствие штриховки</li> <li>6. Хорошее качество линии</li> <li>7. Отсутствие показателей враждебности</li> <li>8. Адекватное распределение людей на листе</li> <li>9. Подчёркивание отдельных деталей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0,1</li> <li>0,2</li> <li>0,1</li> <li>0,1</li> </ul>
2. Тревожность	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Штриховка</li> <li>2. Линия основания - пол</li> <li>3. Линия над рисунком</li> <li>4. Линия с сильным нажимом</li> <li>5. Стирание</li> <li>6. Преувеличенное внимание к деталям</li> <li>7. Преобладание вещей</li> <li>8. Двойные или прерывистые линии</li> <li>9. Подчёркивание отдельных деталей</li> <li>10. Другие возможные признаки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0, 1, 2,</li> <li>3</li> <li>0,1</li> <li>0,1</li> <li>0,1</li> <li>0,1; 2</li> <li>0,1</li> <li>0,1</li> <li>0,1</li> <li>0,1</li> </ul>
3. Конфликтность в семье	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Барьеры между фигурами</li> <li>2. Стирание отдельных фигур</li> <li>3. Отсутствие основных частей тела у некоторых фигур</li> <li>4. Выделение отдельных фигур</li> <li>5. Изоляция отдельных фигур</li> <li>6. Неадекватная величина отдельных фигур</li> <li>7. Несоответствие вербального описания и рисунка</li> <li>8. Преобладание вещей</li> <li>9. Отсутствие на рисунке некоторых членов семьи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0,2</li> <li>0,1; 2</li> <li>0,2</li> <li>0,2</li> <li>0,2</li> <li>0,2</li> <li>0,1</li> <li>0,1</li> <li>0,2</li> <li>0,1</li> </ul>

	10. Член семьи, стоящий за спиной 11. Другие возможные признаки	
4. Чувство неполноценности в семейной ситуации	1. Автор рисунка непропорционально маленький 2. Расположение фигур на нижней части листа 3. Линия слабая, прерывистая 4. Изоляция автора от других 5. Маленькие фигуры 6. Неподвижная по сравнению с другими фигура автора 7. Отсутствие автора 8. Автор стоит спиной 9. Другие возможные признаки	0,2 0,2 0,1 0,2 0,1 0,1 0,2 0,1
5. Враждебность в семейной ситуации	1. Одна фигура на другом листе или на другой стороне листа 2. Агрессивная позиция фигуры 3. Зачёркнутая фигура 4. Деформированная фигура 5. Обратный профиль 6. Руки раскинуты в стороны 7. Пальцы длинные, подчёркнутые 8. Другие возможные признаки	0,2 0,1 0,2 0,2 0,1 0,1 0,1

