



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

БРАЗГУН ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Специальность 19.00.10. Коррекционная психология

Научный руководитель:
доктор психологических наук, профессор
Ткачева Виктория Валентиновна

Москва - 2021

Оглавление

Введение	4
Глава 1. Теоретико-методологические основы изучения межличностных отношений в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья....	17
1.1 Понятия «личность» и «межличностные отношения» в психологии.....	17
1.2 Основные подходы к изучению межличностных отношений в семье	23
1.3 Психологические особенности членов семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья	31
1.4 Влияние межличностных отношений на формирование характера и поведения ребенка с ограниченными возможностями здоровья	39
1.5 Особенности развития детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития	50
Выводы по главе 1	53
Глава 2. Организация и методы исследования особенностей межличностных отношений в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья	55
2.1 Общая характеристика участников и организация исследования	55
2.2 Диагностический комплекс изучения личностных особенностей и характера межличностных отношений в семьях участников исследования	61
Выводы по главе 2	77
Глава 3. Результаты сравнительного исследования личностных особенностей и межличностных отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, и в семьях здоровых детей.....	79
3.1 Изучение характера межличностных отношений взрослых членов семей, участвовавших в исследовании	79
3.2 Изучение характерологических и поведенческих особенностей детей, участников исследования.....	103

3.3 Изучение влияния особенностей межличностных отношений в семье на поведение и личностные особенности ребенка	109
3.4 Обсуждение результатов.....	113
3.5 Рекомендации по организации, содержанию и процедуре консультирования семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья.....	120
Выводы по главе 3	132
Заключение	136
Список литературы	142
Приложения	155
Приложение 1. Показатели статистической обработки экспериментальных данных	155
Приложение 2. Диагностический комплекс	161
Приложение 3. Продукты деятельности участников	171

Введение

Актуальность исследования. Проблема всестороннего изучения семей детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) вызывает с каждым годом все больший интерес как отечественных, так и зарубежных ученых. Внимание специалистов обусловлено как тенденцией к росту числа детей с ограниченными возможностями здоровья, часть из которых составляют дети-инвалиды, так и все большим включением таких детей в систему ранней помощи, дошкольного и школьного образования, профессионального обучения и необходимостью, в связи с этим, разработки дифференцированных направлений, содержания и форм психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ. В соответствии с данными Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» по состоянию на 1 ноября 2020, года в Российской Федерации зарегистрировано 703190 детей-инвалидов, что превышает аналогичный показатель за все предшествующие годы.

Изучением межличностных отношений в семье нормально развивающегося ребенка занимались как отечественные (Г.М. Андреева, А.А. Бодалев А.Я. Варга, В.Н. Дружинин, А.Е. Личко, В.Н. Мясичев, Н.Н. Обозов, В.В. Столин, Э.Г.Эйдемиллер и др.), так и зарубежные ученые (Л. Берталанфи, М. Боуэн, У.Бронфенбреннер, С. Минухин, В. Сатир, Р. Хилл).

В отечественной науке проблема отношений раскрывается в теоретическом наследии В.Н. Мясичева, который понимал личность как ансамбль отношений, как систему связей человека с различными сторонами действительности: отношение к себе, отношение к людям, отношение к окружающему миру (В.Н. Мясичев, 1995)

Опираясь на концептуальные положения основоположника отечественной теории отношений В.Н. Мясичева и его последователей (Б.Д. Карвасарский, Э.Г. Эйдемиллер и др.), под межличностными отношениями понимают совокупность взаимодействий между людьми различного характера, эмоционально-личностная окраска которых и определяет их особенности. Межличностными называют

отношения с теми людьми, с которыми индивид взаимодействует лично в повседневном общении. Межличностные отношения рассматриваются в рамках малой группы, так как для их возникновения необходимо наличие контактов между людьми.

Кризисное состояние семьи, связанное с рождением ребенка с нарушениями в развитии, представлено в работах И.С. Багдасарьян, Т.А. Басиловой, Т.Г.Богдановой, Н.П. Болотовой, О.В. Гусевой, Е.Я. Диденко, А.В. Закрепиной, И.Ю. Левченко, Н.В. Мазуровой, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюковой, Е.А.Стребелевой, В.В. Ткачевой, Н.Ш. Тюриной, Е.В. Устиновой, Е.Ю. Фирсовой, Е.В. Шабановой, Л.М. Шипицыной, M. Bettelheim, G.B. Mesibov, M. Rutter, M. Stone и др.

Авторы с различных сторон исследуют характер и особенности родительско-детских и детско-родительских отношений в процессе воспитания и обучения ребенка с нарушениями развития. Исследования показывают, что появление в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья часто приводит к значительному нарушению ее функционирования по многим показателям: качеству жизни, финансовым критериям, профессиональной занятости, распределению гендерных ролей, состоянию здоровья ее членов, уровню стресса и др. (J.M. Lewis, S. Shulman).

Родители особых детей часто используют дисгармоничные модели воспитания, в связи с чем у ребенка формируются специфические характерологические черты, которые снижают возможности его успешного обучения и дальнейшей адаптации в обществе (В.В. Ткачева, Е.В. Устинова, Е.Ю.Фирсова).

Педагоги и психологи, работающие в специальных коррекционных образовательных учреждениях, дают родителям разъяснения по поводу особенностей развития ребенка и некоторые рекомендации по коррекционной работе с ним в условиях семьи. Однако материалы научных исследований свидетельствуют о том, что эти рекомендации и разъяснения часто оказываются недостаточными, так как родители не придают им должного значения или же

вовсе игнорируют. Это объясняется специфическими личностными изменениями и установками родителей, возникающими в результате длительного психопатогенного стресса, связанного с рождением в семье ребенка с отклонениями в развитии. В результате в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ, отсутствуют необходимые специальные коррекционные условия для воспитания и обучения ребенка, формирования и развития навыков социального взаимодействия (В.В. Ткачева, 2007, 2017).

Семья ребенка с ОВЗ часто не может самостоятельно справиться с возникающими проблемами и нуждается в помощи специалистов для нормализации внутрисемейных отношений и оптимизации процессов воспитания, что позволяет создать гармоничные условия для развития ребенка в семье. Значимость обсуждаемых вопросов и недостаточность научных исследований, посвященных изучению особенностей межличностного взаимодействия в семье ребенка с ОВЗ обуславливает актуальность нашего диссертационного исследования.

Изучение общей и специальной литературы, обобщение собственного практического опыта работы с родителями данной категории детей, позволили выделить ряд **противоречий** между:

- потребностями практики в сравнительном изучении особенностей межличностных и внутрисемейных отношений в семьях детей с ОВЗ и в семьях нормально развивающихся детей, включая не только родительско-детские и детско-родительские отношения, но и отношения между родителями, взаимоотношения, затрагивающие представителей старшего поколения семьи, а также влияние межличностных отношений в семье на формирование личностных особенностей ребенка с ОВЗ, и малочисленностью методических разработок и рекомендаций по нормализации межличностных отношений в семье для создания оптимальных условий развития ребенка с ОВЗ, что во многом обусловлено дефицитом научных исследований в этой области;
- необходимостью участия родителей в создании условий семейного воспитания, адекватных возможностям и потребностям ребенка с ОВЗ, и

потребностью в коррекции дисгармоничных воспитательских родительских позиций, особых родительских установок и ожиданий, а также недостаточной психолого-педагогической компетентностью членов семьи.

Представленные противоречия позволили сформулировать **проблему исследования**, которая заключается в необходимости проведения сравнительного изучения особенностей межличностных и внутрисемейных отношений в семьях детей с ОВЗ и в семьях нормально развивающихся детей с целью выявления и анализа особенностей межличностных отношений в семье ребенка с ОВЗ и их влияния на формирование характерологических черт ребенка для успешного его развития, обучения и дальнейшей адаптации в обществе.

Значимость обсуждаемых вопросов и недостаточность научных исследований, посвященных изучению особенностей межличностного взаимодействия в семье ребенка с ОВЗ, подтверждает актуальность нашего исследования.

Цель исследования: сравнительное изучение особенностей межличностных отношений в семьях детей с ОВЗ и в семьях нормально развивающихся детей, включающее детско-родительские, родительско-детские, супружеские, отношения прародителей с внуками, для определения влияния на них рождения и воспитания в семье ребенка с ОВЗ, а также разработка рекомендаций по организации, содержанию и процедуре консультирования семей с детьми с ОВЗ с целью оптимизации межличностных отношений и процессов воспитания детей с ОВЗ в семье.

Объект исследования: процессы межличностного взаимодействия в семьях детей с ОВЗ и в семьях нормально развивающихся детей: детско-родительские, родительско-детские, супружеские, прародительско-детские отношения.

Предмет исследования: особенности межличностных отношений и условия воспитания в семьях детей с ОВЗ и в семьях нормально развивающихся детей.

Гипотеза исследования заключается в предположении о том, что

-сравнительное изучение особенностей межличностных отношений в семьях детей с ОВЗ и межличностных отношений в семьях, воспитывающих нормально развивающихся детей, позволит выявить их дифференцирующие характеристики и определить особенности не только родительско-детских и детско-родительских отношений, но и отношений между родителями, взаимоотношений, затрагивающих представителей старшего поколения семьи, а также влияние межличностных отношений на формирование личностных особенностей ребенка с ОВЗ;

-анализ и обобщение полученных в ходе исследования данных позволит определить и разработать рекомендации по организации, содержанию и процедуре консультирования семьи, что в значительной степени обеспечит оптимизацию межличностных отношений, формирование воспитательских компетенций у взрослых членов семьи; создаст условия для гармоничного личностного развития ребенка с ОВЗ, реализации его потенциала в обучении и социальной адаптации.

В соответствии с проблемой, целью, объектом, предметом и выдвинутой гипотезой, были определены **задачи исследования:**

1. Провести анализ современных научных данных, с целью установления параметров, определяющих характер межличностных отношений в семье ребенка с ОВЗ.

2. Составить диагностический комплекс, направленный на изучение семей участников исследования с целью выделения особенностей межличностных отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ, по сравнению с семьями здоровых детей.

3. Осуществить сравнительное изучение семей, воспитывающих детей с ОВЗ, и семей, воспитывающих здоровых детей. Определить дифференцирующие характеристики функционирования семьи ребенка с ОВЗ по сравнению с семьей здорового ребенка.

4. Изучить влияние характера межличностных отношений в семье на поведение и личностные особенности ребенка с ОВЗ, выделить характерологические и поведенческие особенности детей с ОВЗ, оказывающие негативное влияние на процесс обучения, воспитания и социальной адаптации воспитанников.

5. Определить пути помощи и разработать рекомендации по организации, содержанию и процедуре консультирования семьи для оптимизации межличностных отношений и процессов воспитания детей с ОВЗ в семье.

Теоретико-методологическую основу исследования составили фундаментальные труды отечественных и зарубежных ученых:

- культурно-историческая теория развития психики, философские концепции, положения общей и специальной психологии и педагогики (Л.С.Выготский, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев);
- деятельностный подход к пониманию важнейших детерминант развития и воспитания ребенка (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л.Рубинштейн);
- теория отношений личности В.Н. Мясищева и его последователей (Б.Д. Карвасарский, Э.Г. Эйдемиллер и др.);
- системный подход к рассмотрению семьи как целостной самоорганизующейся системы, реализующей совокупность функций и обеспечивающей удовлетворение потребностей всех членов семьи; фундаментальные труды по психологии семейных отношений, изучающие особенности межличностных отношений в семье нормально развивающегося ребенка отечественных (Г.М. Андреева, Н.В. Александрова, Ю.Н. Алешина, А.А.Бодалев, А.Я. Варга, К. Витакер, А.Г. Лидерс, А.Е. Личко, Н.Н. Обозов, Р.В.Овчарова, В.В. Столин, Э.Г. Эйдемиллер и др.) и зарубежных исследователей (Л. Бертаданфи, М. Боуэн, У. Бронфенбреннер, С. Минухин, В. Сатир и др.);
- концепция психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии (И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюкова, В.В. Ткачева и др.);

- исследования, направленные на изучение кризисного состояния семьи в связи с рождением ребенка с нарушениями в развитии (И.С. Багдасарьян, Т.А.Басилова, Т.Г. Богданова, Н.П. Болотова, О.В. Гусева, Е.Я. Диденко, О.Б.Дудко, А.В. Закрепина, И.Ю. Левченко, Н.В. Мазурова, И.И.Мамайчук, Е.М.Мастюкова, Г.А. Мишина, В.В. Сазонова, Л.Э. Семенова, Е.А. Стребелева, О.В. Суворова, В.В. Ткачева, Н.Ш. Тюрина, Е.В. Устинова, Е.Ю. Фирсова, Е.В.Шабанова, Л.М. Шипицына, О.В. Югова, М. Bettelheim, G.B. Mesibov, M. Rutter, M. Stone и др.).

Методы исследования. Для реализации поставленных задач и подтверждения исходных положений исследования были использованы следующие методы исследования:

теоретические: изучение и анализ психологической, медицинской, педагогической литературы, работ отечественных и зарубежных авторов по проблеме исследования;

эмпирические: наблюдение, изучение и систематизация данных медицинской и психолого-педагогической документации, анализ данных анкетирования, опросов и другие методов психологической диагностики, включая использование комплекса экспериментально-психологических методик;

математической обработки данных: коэффициент корреляции Пирсона, критерий Стьюдента, критерий χ^2 (хи-квадрат), критерии Манна-Уитни.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

- изучены в сравнительном плане особенности межличностных и внутрисемейных отношений в семьях детей с ОВЗ и в семьях здоровых детей, включая родительско-детские и детско-родительские отношения, а также отношения между родителями, взаимоотношения представителей старшего поколения семьи с внуками, для чего был составлен и апробирован диагностический комплекс;

- выделены специфические особенности межличностных отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ, по сравнению с семьями здоровых детей,

включающие повышение уровня «гибкости», в том числе за счет снижения уровня дисциплины, контроля и уровня «сплоченности» (сцепленности), как степени близости членов семьи;

- подтверждено положение, выдвинутое отечественными и зарубежными исследователями, о снижении уровня функционирования семьи ребенка с ОВЗ по сравнению с семьей здорового ребенка, в результате сравнительного анализа данных, полученных с помощью методик психологической диагностики с применением методов математической статистики;

- получены данные о влиянии дисфункциональности семьи на процесс формирования характерологических и поведенческих особенностей детей с ОВЗ, включающих в себя более частые проявления непослушания, отказ от выполнения просьб, поручений, соблюдения запретов, а также агрессивное поведение, направленное против взрослых (чаще родителей, в особенности матери), что, в целом, снижает возможности воспитанников в обучении, воспитании и социальной адаптации.

Теоретическая значимость исследования обусловлена тем, что:

- расширены современные представления о специфике межличностных отношений в семьях детей с ОВЗ: семьи детей с ОВЗ демонстрируют большую степень неудовлетворенности семейной системой и отношениями по сравнению с семьями здоровых детей, являются менее сбалансированными и имеют более низкий уровень функционирования; члены семей активно стремятся соответствовать потребностям ребенка с ОВЗ, что свидетельствует о формировании детоцентрической модели взаимоотношений в семье ребенка с нарушениями развития, характеризующейся вседозволенностью и низким уровнем требований по отношению к детям;

- дополнены описания факторов, оказывающих влияние на формирование и развитие личности, социальных и поведенческих стереотипов ребенка с ОВЗ: выявлена связь между низким уровнем контроля,

требовательностью со стороны родителей и возникновением у ребенка с ОВЗ таких вариантов проблемного поведения как непослушание и агрессия в отношении взрослых;

- описаны характерные трудности воспитания и развития личности ребенка с ОВЗ, возникающие в связи с формированием неблагоприятных межличностных отношений в семье: низкий уровень дисциплины и контроля в семьях детей с ОВЗ, гиперопекающий стиль воспитания свидетельствуют о проблемах в формировании иерархии родительно-детских отношений в семье, связанных с трудностями родителей устанавливать для ребенка правила поведения и следить за их выполнением, руководить поведением ребенка, соотносить его с нормами, принятыми в социуме для нормально развивающихся детей;

- раскрыты подходы к определению путей помощи и разработке рекомендаций по организации, содержанию и процедуре консультирования семьи для оптимизации межличностных отношений и процессов воспитания детей с ОВЗ в семье (индивидуализированный подход, учитывающий ресурсы семьи: персональные, внутрисемейные, внешние).

Практическая значимость исследования определяется

- возможностью использования специально сконструированного диагностического комплекса для изучения особенностей межличностных отношений между взрослыми членами семьи и детьми с ОВЗ;

- разработкой содержания и форм психолого-педагогического консультирования семьи ребенка с ОВЗ, методических рекомендаций для родителей по коррекции проблемного поведения ребенка с ОВЗ и преодоления трудностей в его воспитании и обучении.

- использованием в работе психологов и педагогов полученных в исследовании данных о влиянии межличностных отношений в семье на формирование характерологических и поведенческих особенностей ребенка с ОВЗ для оказания комплексной помощи семье с целью предупреждения и

коррекции проблемного поведения ребенка, препятствующего процессу его обучения, воспитания и социальной адаптации.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Функционирование семьи ребенка с ОВЗ характеризуется наличием проблем, связанных с особенностями внутрисемейного взаимодействия. Нарушения межличностных отношений обусловлены становлением дисгармоничных форм взаимоотношений между членами семьи в результате рождения ребенка с ОВЗ.

2. Дисгармоничный характер межличностных отношений в семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ, оказывает неблагоприятное влияние на условия его развития, обучения, воспитания и социальной адаптации, способствует формированию патологических черт характера и закреплению проблемного поведения ребенка.

3. Наиболее эффективными в плане личностного развития ребенка с ОВЗ, формирования моральных и нравственных качеств, представлений о нормах социального взаимодействия ребенка с ОВЗ, могут быть признаны семьи, в которых родители и другие члены семьи сочетают эмоциональное принятие ребенка с достаточным уровнем требовательности и контроля за выполнением установленных правил поведения и обязанностей.

Достоверность и обоснованность диссертационной работы обеспечивается теоретико-методологическим подходом к проблеме исследования, опирающимся на фундаментальные теоретические и методологические положения отечественной дефектологической науки, использованием современных достижений специальной психологии и коррекционной педагогики, применением комплекса взаимодополняющих методик, достаточной выборкой участников (60 детей, 114 взрослых, всего 174 человека), длительностью наблюдения, личным участием автора на всех этапах экспериментальной работы, количественным и качественным анализом и статистической обработкой результатов (коэффициент корреляции Пирсона, критерий Стьюдента, критерий χ^2 (хи-квадрат), критерии Манна-Уитни).

Организация и эмпирическая база исследования.

Диссертационное исследование носило теоретико-экспериментальный характер и проводилось в три этапа в течение четырех лет (с 2016 по 2020 г. включительно).

Первый этап (2016–2018) – теоретический - был направлен на изучение, обобщение и анализ литературы по проблеме исследования, определение теоретико-методологических основ исследования, конкретизацию гипотезы, целей и задач исследования.

Второй этап (2017–2019) – включал составление диагностической программы изучения особенностей межличностных отношений в семьях участников исследования с целью выделения специфических особенностей межличностных отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ, по сравнению с семьями здоровых детей.

Третий этап (2018–2020) – аналитический - включал обработку данных, полученных в ходе сравнительного исследования особенностей межличностных отношений в семьях детей с ОВЗ и семьях, воспитывающих здоровых детей; изучение влияния характера межличностных отношений в семье на поведение и личностные особенности ребенка с ОВЗ; выделение характерологических и поведенческих особенностей детей с ОВЗ, неблагоприятно влияющих на процесс обучения, воспитания и социальной адаптации ребенка; выбор средств коррекционного воздействия и разработку рекомендаций для родителей по оптимизации межличностных отношений в семье и воспитания ребенка; формулирование выводов и оформление текста диссертации.

В качестве базы нашего исследования были избраны структурные подразделения (школа и детский сад) ГБОУ школа № 1206 г. Москвы, в которых воспитываются и обучаются дети с ОВЗ.

В исследовании приняли участие 60 семей (100%): 30 семей, воспитывающих детей с ОВЗ в возрасте от 6 до 14 лет, а также группа сравнительного анализа, состоящая из 30 семей здоровых детей того же возраста. Всего в исследовании участвовало 174 человека.

Апробация и внедрение результатов исследования. Результаты исследования обсуждались и докладывались на заседаниях кафедры специальной психологии и реабилитологии факультета клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО Московского государственного психолого-педагогического университета, на методических объединениях, семинарах и конференциях ГБОУ школы № 1206 и других образовательных организаций г. Москвы.

Основные результаты исследования были представлены в виде докладов на международных и российских научно-практических конференциях:

1. «Диагностика межличностных отношений в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья», XIII Международная научно-практическая конференция «Специальное образование». ГАОУ ВО ЛО Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург, 26-27 апреля 2017 г.

2. «О некоторых подходах к изучению межличностных отношений в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья», III Межвузовская конференция молодых ученых "От детства к взрослости: вариации нормы и особенности развития". ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва, 12 мая 2017 года

3. «Межличностные отношения и проблемы функционирования в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья», Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы образования лиц с ОВЗ». ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва, 19-21 апреля 2018 года.

4. «Влияние межличностных внутрисемейных отношений на личностное становление ребенка с ОВЗ», Международная «Социальная психология семьи». ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва, 28-29 марта 2019 года.

Публикации. Результаты исследования отражены в 10 печатных работах, из них три в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, списка литературы. Объем основного текста 177 страниц. Диссертация содержит три приложения, используемых автором в качестве иллюстрации к основному тексту. Список литературы включает 124 источника, в том числе 25 на иностранном языке.

Глава 1. Научно-теоретические основы изучения межличностных отношений в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья

1.1. Понятие личность и межличностные отношения в психологии

Рассмотрение проблемы межличностных отношений в семье ребенка с нарушениями развития невозможно без определения одного из центральных, и в то же время наиболее сложных понятий общей психологии понятия личность. Многообразие подходов к изучению личности, ее свойств, структуры и методов исследования обуславливает существование множества определений личности, ни одно из которых не является полным и общепризнанным.

Г.Олпорт в 1937 г. изучив около 50 различных определений личности, сформулировал определение: личность есть динамическая организация тех психофизических систем в индивиде, которая определяет его поведение и мышление [4].

В.Н.Дружинин предлагает свое общее схематическое определение личности, в соответствии с которым, личность это «многомерная и многоуровневая система психологических характеристик, которые обеспечивают индивидуальное своеобразие, временную и ситуативную устойчивость поведения человека» [26].

Наиболее известно определение личности данное С.Л.Рубинштейном, в соответствии с которым личность представляет собой совокупность внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия [4].

В отечественной психологии дискутируется проблема соотношения понятий «личность», «индивид» и «индивидуальность». Понятие «индивид» чаще всего подразумевает представление о человеке как об отдельном живом существе, биологической единице. Понятие «индивидуальность» в общем случае предполагает наличие особых качеств, составляющих своеобразие определенного человека и позволяющих дифференцировать его от других людей. В противовес понятию «индивид», понятие «личности» предполагает возникновение в человеке

новых социальных качеств, приобретаемых человеком в процессе его социального развития.

Изучением природы и механизмам развития личности посвящено огромное количество отечественных и зарубежных исследований. В настоящий момент в психологии сосуществуют множество альтернативных теорий описывающих личность как единое целое и в то же время объясняющих многообразие отличий между людьми. Теория личности с одной стороны объясняет причины поступков, реакций человека, с другой стороны позволяет предсказать его поведение.

Наиболее известные на сегодняшний день теории личности содержат представления о характере движущей силы развития личности и структуре личности, описывают доминирующие процессы в структуре личности, а также отдельные свойства личности, которые в зависимости от используемого подхода называются чертами, характеристиками, особенностями характера.

Проблема **отношений** в отечественной психологии была разработана в трудах основоположника теории отношений В.Н. Мясищева, в частности в работе «Психология отношений», вышедшей свет 1995 году. Отношение, по мнению В.Н. Мясищева «это не часть личности, а потенциал ее психической реакции в связи с каким-либо предметом, процессом или фактом действительности». Отношения существуют между личностью человека и объектами его отношений: предметами и явлениями внешнего мира, другими людьми и самим собою, и представляют собой «целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности» [55].

Помимо понятия «отношение», в качестве объекта которого может выступать сам субъект, другой человек, предметы и явления окружающего мира или социальная группа, в психологии рассматривают более узкое понятие «межличностное отношение», которое охватывает область отношений между людьми.

Проблема межличностных отношений в отечественной психологии была разработана в трудах основоположника теории отношений В.Н. Мясищева, в

работах отечественного ученого Н.Н.Обозова, а также иностранных авторов Т.Хустона и Г.Левингера (Huston, Levinger, 1978).

По определению Н.Н.Обозова межличностные отношения представляют собой «объективно переживаемые, в разной степени осознаваемые взаимосвязи между людьми» [56]. В их основе лежат разнообразные эмоциональные состояния взаимодействующих людей и их психологические особенности (Н.Н.Обозов, 1979) [56].

Традиционно в структуре межличностных отношениях выделяют три компонента: когнитивный, эмоциональный (аффективный) и поведенческий.

Когнитивный компонент отвечает за формирование представлений об особенностях объекта межличностных отношений, что требует участия всех психических процессов (внимания, памяти, мышления). Адекватность, объективность представлений обуславливается индивидуальными психическими особенностями человека.

Эмоциональный компонент является ведущим в структуре межличностных отношений и представлен различными эмоциональными переживаниями человека по поводу субъекта отношений. Обозов указывает, что эмоциональный компонент включает такие проявления как «положительные и отрицательные эмоциональные состояния, конфликтность состояний (внутриличностная, межличностная), эмоциональная чувствительность, удовлетворенность собой, партнером, работой и т. д.» (Н.Н.Обозов, 1979).

Наконец, поведенческий компонент представляет собой интеракции (действия и поступки) по отношению к объекту отношений и включает также мимику, жесты, речь и пр. Конкретные формы интеракции обусловлены уровнем социально-культурного развития индивида, нормами и правилами поведения, усвоенными индивидом в процессе воспитания [57].

Очевидно, что на формирование межличностных отношений оказывают влияние, как субъективные особенности индивида, так и внешние условия, и обстоятельства.

К особенностям личности, обуславливающим характер межличностных отношений относятся: пол, возраст, национальность, темперамента и др. характеристики.

Половые различия существенно влияют на межличностные отношения. В исследовании (N.Chodorow, 1989; J.Miller, 1986) показано, что женщины придают большее значение отношениям между людьми, что проявляется в большей для женщин важности общения. Более того, женщинам не импонирует рациональность и прямолинейность мужчин, поэтому они охотнее вступают в разговоры по душам друг с другом. В межличностном общении женщины ценят возможность раскрыть себя, поделиться проблемами, переживаниями, пожаловаться на одиночество (Кон, 1987).

Мужчины легче вступают в контакты, участвуют в коллективных мероприятиях. Круг их общения гораздо шире, чем у женщин. В то же время, межличностные отношения мужчин характеризуются большей эмоциональной сдержанностью, предметностью и практичностью.

Характер общения претерпевает значительные изменения в различные *возрастные периоды*, начиная с младенчества и заканчивая преклонным возрастом. В младенческом возрасте потребность в общении с родителями, особенно с матерью, выражена наиболее ярко. У детей от двух до шести месяцев проявляется потребность в доброжелательном внимании, позже в сотрудничестве, тогда взрослый становится для ребенка партнером по игре, образцом для подражания.

Подростковый возраст характеризуется чередованием периодов «закрытости», проявляющейся в стремлении подростка оградить свой внутренний мир от внешнего воздействия, и «открытости», когда подростку необходимо о своих проблемах, переживаниях [36].

С возрастом постепенно утрачивается открытость общения, сужается круг контактов, интересы приобретают конкретный, практический характер (профессиональный рост, воспитание детей). В зрелом возрасте, когда дети подросли, межличностные отношения снова расширяются. Особую значимость

межличностные отношения приобретают в преклонном возрасте, когда активная трудовая деятельность заканчивается, круг общения резко сужается.

Существует ряд исследований, свидетельствующих и влиянии *темперамента* на формирование межличностных отношений. Известно, что холерики и сангвиники легко устанавливают контакты, а флегматики и меланхолики испытывают определенные затруднения. Установление межперсональных связей в парах «холерик с холериком» «сангвиник с сангвиником» и «холерик с сангвиником» затруднено, и, напротив, устойчивые межличностные отношения образуются в парах «меланхолик с флегматиком», «меланхолик с сангвиником» и «флегматик с сангвиником» (Н.Н.Обозов, 1979).

Состояние здоровья. С одной стороны, физические недостатки, как правило, негативно сказываются на «Я-концепции» и, в конечном счете, влияют на самооценку субъекта отношений. С другой стороны, некоторые заболевания влияют на личностные качества человека, вызывая повышенную возбудимость, раздражительность, тревожность, что негативно влияет на межличностные отношения.

Asch and Wasserman (2005) приводит данные о том, что наличие физического или интеллектуального дефекта в объекте отношений, снижает вероятность дальнейшего развития отношений и перехода их от знакомства на качественно более высокий уровень. По мнению авторов, дефект партнера начинает доминировать в сознании здорового человека и заслоняет иные качества личности партнера важные для формирования прочных межличностных отношений. Исследования показывают, что большинство людей все еще не готовы относиться к физическому или интеллектуальному дефекту как к одной из множества характеристик, которые могут быть присущи человеку.

Адекватная *самооценка* позволяет личности выработать такой стиль и способ взаимодействия, который бы соответствовал собственным индивидуальным особенностям и потребностям, а также индивидуальным особенностям и потребностям партнера.

Завышенная самооценка вносит в межличностные отношения элементы надменности. Заниженная самооценка заставляет личность включаться в такие отношения, которые не соответствуют ее ожиданиям и потребностям, препятствуют самореализации и развитию.

Психологическая совместимость. Можно предположить, что успешность и стабильность межличностных отношений, может быть обеспечена высоким уровнем психологической и психофизической совместимости партнеров.

Однако исследования отмечают как совпадение, так и расхождение партнеров по ряду личностных характеристик. А.Н.Волкова (1979), например, указывает, что тенденцию к расхождению имеют черты, обусловленные психофизическими особенностями личности, общительность, тревожность, доминантность. Характеристики, зависящие от приобретенного социального опыта, например, практичность, интеллектуальность, сходны. Исследования степени совместимости брачных партнеров, проведенные Н.Н.Обозовым и А.Н.Обозовой (1981, 1982) отчасти подтвердили эти данные, однако по ряду факторов было выявлено расхождение [36].

Тем не менее, можно сделать вывод о том, то межличностная совместимость партнеров в большей степени обусловлена единством социокультурных взглядов и позиций, таких как, отношение к семейным ценностям, распределение ролей, мотивы социального поведения.

При оценке характера межличностных отношений мы можем использовать определенные *качественные параметры* (направленность, модальность, интенсивность, валентность, уровень развития и другие), позволяющие описать уровень развития отношений. Таким образом, мы можем определить три уровня (вида) межличностных отношений: отрицательные, индифферентные и положительные.

Отрицательный вид отношений характеризуется направленностью личности на самого себя, отсутствием принятия и понимания партнера, предпочтение негативной информации в процессе интеграции, оценкой партнера

на основании собственных эталонных представлений, низким уровнем развития гуманных межличностных отношений, неадекватность оценки партнера.

При определенных условиях отрицательный вид отношений может перетекать в индифферентные или нейтральные. Индифферентные или нейтральные отношения характеризуются отсутствием оценочности в восприятии себя и других, поступков и действий, что приводит к отстраненности, созерцательности и безынициативности в построении отношений.

Положительный вид отношений характеризуется направленностью на партнера, амбивалентным восприятием, развитостью механизмов принятия, терпением, осознанностью отношений, высоким уровнем развития гуманных межличностных отношений.

Переход с одного уровня отношений на другой происходит под воздействием определенных внутренних и внешних причин, сложных и даже критических обстоятельств, таких как потеря работы, болезнь, несчастный случай. Положительные изменения в жизни, такие как рождение ребенка, возникновение романтических отношений, также способствуют изменению мировоззрения личности или системы ценностей, и обуславливают переход на более высокий уровень отношений. Смена уровня отношений может происходить под влиянием специального обучения, например, по программам личностного роста [37].

Фундаментальные положения теории о динамической природе межличностных отношений, рассматривающей отношения как процесс, от момента их возникновения до момента распада, были разработаны в трудах В.Н.Мясищева, И.С.Кона и других ученых.

1.2. Основные подходы к изучению межличностных отношений в семье

Особое место в группе межличностных отношений занимают межличностные отношения в семье, изучению которых посвящены работы ряда

отечественных и зарубежных авторов (В.Сатир, Р.Хилл, А.Е.Личко, Э.Г.Эйдемиллер, В.Н.Дружинин, Н.Н.Обозов и др.)

В структуре межличностных отношений в семье традиционно выделяют несколько подсистем:

- брачная, включающая в себя взаимоотношения между мужем и женой;
- родительская, включающая родительско – детские и детско-родительские отношения;
- сиблинговая, включающая отношения между братьями и сестрами.
- межпоколенная, включающая взаимоотношения представителей старшего поколения семьи
- Также выделяют внесемейную подсистему, которая представляет собой взаимодействие с родственниками, друзьями, специалистами и т.п.

В то же время, в рамках системного подхода семья рассматривается как целостная система, которую нельзя свести к совокупности ее членов. Семья как единое целое, больше чем сумма ее частей, изменения, затрагивающие систему, влияют на каждый отдельный элемент, а изменения отдельного элемента системы затрагивают всю систему в целом, поэтому анализ межличностных отношений в семье мы начнем с описания общих положений, касающихся всей семейной системы [10].

Важно отметить, что межличностные отношения раскрываются, реализуются в процессе общения, являются его составной частью и рассматриваются в контексте межличностного взаимодействия. Поэтому исследуя особенности межличностного отношения в семье, психологи рассматривают такие понятия как функции семьи, межличностное взаимодействие, структура семьи, типы семьи, семейные роли, стили воспитания и др., которые опосредуют и наглядно выражают проявления межличностных отношений [10, 25, 99, 100].

Функция семьи определяется как жизнедеятельность семьи, направленная на удовлетворение потребностей всех ее членов, и является одной из ее важнейших характеристик семьи. Отечественные и зарубежные авторы выделяют ряд функций, которые присущи подавляющему большинству семей. Например, Э.Г.Эйдемиллер отмечает такие функции семьи как *воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная функция, функция духовного (культурного) общения, сексуально-эротическая функция* и другие [99]. Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья обуславливает возникновение особых специфических потребностей семьи. В связи с этим специалисты выделяют особые функции, свойственные только семьям детей с ОВЗ. Например, В.В.Ткачева отмечает такие функции семьи ребенка с ОВЗ как *реабилитационно-восстановительная, коррекционно-образовательная, социализирующая, приспособительно-адаптирующая, функцию эмоционального принятия ребенка*. Создание в семье атмосферы любви, признание абсолютной ценности ребенка, вне зависимости от его возможностей и достижений, включенность ребенка в жизнь семьи являются необходимым условием развития и воспитания ребенка, формирования личностной зрелости и устойчивости к неблагоприятным условиям [80].

В зависимости от способности семьи выполнять те или иные возложенные на нее функции, выделяют два основных типа семей: нормально функционирующие и дисфункциональные. Э.Г.Эйдемиллер отмечает, что «нормально функционирующая семья – это семья, которая ответственно и дифференцированно выполняет все свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена» [99, с.42]. С другой стороны, следует отметить, что разные семьи демонстрируют различную устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов, что позволяет говорить о наличии определенных условий, обеспечивающих семье возможность, эффективно справиться с той или иной проблемой.

Изучение отечественной и зарубежной литературы по проблеме нормального функционирования семьи и наш практический опыт свидетельствуют о том, что успешное функционирование семьи в условиях стресса зависит от целого ряда условий, таких как личностные особенности членов семьи (характер, темперамент, ценностные ориентации и т.п.) и особенности взаимоотношений между членами семьи, включающие отношения *власти (руководство жизнедеятельностью семьи)* и *ответственности* за выполнение функционала, обеспечивающего эту жизнедеятельность.

Структура межличностных отношений семьи является одним из базовых понятий межличностных отношений, и согласно М.С.Мацковскому представляет собой «всю совокупность отношений между ее членами, включая, помимо отношений родства, систему духовных, нравственных отношений, в том числе отношений власти, авторитета и т.д.» [51]. Исходя из этого определения структура семьи включает такие составляющие как численный, поколенческий и родственный состав (количество членов семьи, число поколений, наличие супружеских, родительских и родственных отношений), а также структуру власти и ролевую структуру.

В.Н.Дружинин полагает, что в норме существует некая базовая структура отношений в семье, «которая не дает разгораться человеческим страстям и, вместе с тем, предоставляет членам семьи возможности для реализации себя в семье» [26]. И этими основными отношениями, реализующимися в семье, являются: власть, ответственность, эмоциональная близость.

По мнению В.Н. Дружинина семья это в первую очередь структура, в которой реализуется отношение власти: доминирование-подчинение. С доминированием связывают принятие ответственности за группу, обеспечение ее безопасности, определение перспектив развития семьи и координация действий всех ее членов. Доминирование одного из супругов является необходимым условием стабильности семьи. Различают три типа семей: патриархальная семья, где власть принадлежит мужу, матриархальная семья - власть принадлежит жене, эгалитарная семья - власть равномерно распределяется между мужем и женой.

Некоторые психологи утверждают, что наиболее устойчивой является семья, с «демократической» структурой отношений, т.е. такой, при которой власть в семье распределена равномерно. Н.Н.Обозов приводит данные исследования Е.Богардуса, выделившего три типа семей: в 35% семей власть принадлежала мужчине, в 28% женщине и в 37% распределялась относительно равномерно. По оценкам исследователя, среди первого типа семей, счастливы были 61%, во втором типе 47%, в семьях с демократическим типом отношений счастливый брак отмечается в 87% случаев [57].

В.Н.Дружинин, напротив считает, что последний вариант семьи, характерный для сегодняшнего дня, является результатом кризиса семьи и, маскирует распад структуры семьи.

В любом случае, максимальной удовлетворённости браком пара достигнет, при условии единства представлений о том, каким кто должен доминировать в семье.

Доминирование в семье обычно, но не обязательно, коррелирует с понятием ответственность. Обладание властью предполагает целесообразность ее использования для решения ответственных задач.

Ответственность в целом подразумевает, что член семьи может нести ответственность за других отдельных членов семьи (например, жену или мужа, или детей) и за семью. Но роль главы семьи предполагает «ответственность за семью в целом: ее настоящее, прошлое, будущее, деятельность и поведение членов семьи, перед собой и семьей» (В.Н.Дружинин, 2006) [26].

Если раньше традиционно именно мужчина нес ответственность за семью: жену, детей (не важно, кровных или приемных), родителей, родственников, взятых на попечение, то сегодня ситуация не так однозначна. Безусловно, способность принимать ответственность в значительной степени зависит от социального устройства общества, с одной стороны, и от уровня социальной зрелости отдельного человека (мужчины), с другой стороны. Поэтому требуются определенные условия, чтобы сегодня мужчина продолжал нести ответственность

за семью, потому что в отличие от материнской привязанности, у ответственности нет и не может быть биологического механизма.

Еще одним немаловажным условием успешного функционирования семьи является *эмоциональная близость* между членами семьи, которая обусловлена наличием в отношениях таких факторов как доверие, сотрудничество и принятие, осознание ценности партнера, эмпатии.

Для подтверждения важности эмоциональной близости, сопереживания в супружеских отношениях Н.Н.Обозов поставил эксперимент, в котором участвовали оба супруга. Пара выполняла совместное задание, но за ошибку в ходе эксперимента «наказание» получал второй супруг. Эксперимент показал, что супруги с хорошими отношениями сопереживали друг другу больше, чем с плохими отношениями.

Имеются также данные, что в счастливых браках супруги проявляют эмоциональную устойчивость, согласие с окружающими людьми, покладистость, искренность и непринужденность в выражении своих чувств, и наоборот, в несчастливых браках супруги излишне критичны к другим, замкнуты, подозрительны, скованны в выражении чувств, переживаний [57].

В.Н.Дружинин отмечает, что характер эмоциональных взаимоотношений в семье в значительной степени зависит от личностных особенностей партнеров, а степень взаимоотношений, может быть различна: «ребенок может быть «ближе» к матери, чем к отцу и наоборот, родители могут быть ближе друг к другу, чем к ребенку, все могут быть равно близки друг другу и т.д.» [25, с.38]. На одном полюсе шкалы находятся такие качества отношений как терпимость, искренность, эмоциональная устойчивость, непринужденность в выражении своих чувств, на другом, замкнутость, подозрительность, излишняя критичность друг к другу, скованность в выражении чувств и переживаний.

Еще одним важным параметром, описывающим успешность семейных отношений является *удовлетворенность браком*. Существует множество определений этого понятия, в частности, С.И.Голод определяет удовлетворенность браком как «результат адекватной реализации представления

(образа) о семье, сложившегося в сознании человека под влиянием встреч с различными событиями, составляющими его опыт (действительный или символический) в данной сфере деятельности» [2].

В то же время ощущение *неудовлетворенности браком* является результатом расхождения между реальной жизнью семьи и ожиданиями индивида, а также как результат чрезвычайно завышенных ожиданий (О.А.Карабанова, 2001; Э.Г.Эйдемиллер, 1999) [42].

В.Н.Дружинин отмечает, что результатом неудовлетворенности сексуальными или эмоционально-личностными отношениями в браке становятся конфликты, развод, неврозы [26].

По мнению Т.В.Андреевой удовлетворенность браком связана с такими понятиями как стаж семейной жизни, мотивы вступления в брак, удовлетворенность работой, и зависит от количества и возраста детей, а также личностных особенностей человека.

Т.А.Гурко (1987) предположил, что факторы, влияющие на удовлетворенность браком, в целом могут быть отнесены к одной из следующих категорий:

1) *социально-демографические и экономические характеристики семьи*, включая уровень семейного дохода, возраст супругов, число детей и др.;

2) *характеристики внесемейной сферы жизнедеятельности супругов*, например, профессиональная сфера, взаимоотношения супругов с ближайшим социальным окружением и др.;

3) *установки и поведение супругов в основных сферах семейной жизнедеятельности*, например, характер распределения ролей, согласованность представлений об организации семейной жизни и др.;

4) *характеристики межсупружеских отношений*, таких любовь и уважение к партнеру, общие взгляды и интересы, супружеская верность и другое [2].

Другими значимыми показателями оценки функциональности семьи являются параметры *семейной сплоченности, семейной гибкости (адаптации) и коммуникации* предложенные Д.Олсоном и его коллегами в 1983 году [114].

Сплоченность – аспект, который указывает на степень близости между членами семьи с психологической, когнитивной и аффективной точки зрения. Разобщенность представляет собой меру того, насколько каждый член семьи имеет возможность реализовать свои личные особые потребности в рамках семьи, осознает себя как индивид, отличающийся от других в мыслях и действиях. Сплоченность также указывает на готовность согласованно распределять усилия для реализации общих задач. Гибкость указывает на способность изменять структуру семьи на основе событий, которые происходят в течение жизненного цикла семьи, (Olson, Russell & Sprenkle, 1980). Ригидные семьи не меняются в ответ на стресс; хаотические семьи характеризуются нестабильностью и непрерывными переменами. Ригидная семья с трудом приспосабливается к новым условиям жизни, а жесткая фиксация семейных ролей и обязанностей снижает уровень функционирования семьи в новых обстоятельствах. Например, жесткая фиксация на роли «главы семьи», может помешать отцу взять на себя часть обязанностей матери по уходу за ребенком. В хаотичных семьях почти отсутствуют четкие правила, роли часто переходят от одного члена семьи к другому, в семье отсутствует лидер или возможна бесконечная борьба за власть (А.Р.Турнбулл&Турнбулл, 1986). Исследования показывают, что успешное функционирование семьи предполагает наличие баланса между сплоченностью и разобщенностью, гибким реагированием на перемены и чувством стабильности. (J.M.Lewis, 1986) [121].

Уровень коммуникация определяется способами и стили взаимодействия, характером обсуждаемых вопросов, культурой и интенсивностью духовного общения членов семьи. М.С.Мацковский отмечает, что «адекватная структура коммуникаций между родителями и детьми является важной предпосылкой успешного выполнения семьей ее воспитательной функции» [51].

Следующим фактором эффективного функционирования семьи является принятие членами семьи предписанных им ролей. В настоящее время происходят значительные изменения в распределении ролей в семье. На смену традиционным ролевым отношениям, согласно которым женщина вела дом, хозяйство, рожала и

воспитывала детей, а муж был собственником имущества и обеспечивал семье материальный достаток, приходят новые. Теперь все чаще именно женщины берут на себя заботу о материальном благополучии семьи и соответственно именно они влияют на принятие общесемейных решений. И в этом случае оптимальное функционирование семьи достигается при условии единства представлений о том, как должны распределяться роли в семье [26].

Подводя итог, можно сказать, что основными признаками дисфункциональных семей являются: отсутствие согласованной структуры власти, включая иерархию отношений взрослый-ребенок; отсутствие согласованности в распределении ролей; отсутствие баланса показателей семейной сплоченности, семейной гибкости; нарушение коммуникации; отсутствие эмоциональной близости, принятия друг друга.

Одновременно в качестве основных признаков нормально функционирующей семьи выступают: согласованные представления о структуре власти-подчинения, включая иерархию отношений взрослый-ребенок; согласованные представления о распределении ролей; баланс показателей семейной сплоченности, семейной гибкости; достаточный уровень коммуникации; высокий уровень эмоционального общения и принятия друг друга.

Семья, обладающая указанными характеристиками, способна обеспечить оптимальное выполнение функций, связанных с воспитанием и обучением ребенка для его успешного развития и адаптации в обществе (В.Н.Дружинин, С.Минухин, Э.Г.Эйдемиллер, D.Baumrind и др.).

1.3. Психологические особенности семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Первые зарубежные исследования последствий рождения в семье ребенка с нарушениями развития датируются серединой XXв. (M.Stone). В отечественной науке проблеме изучения семьи ребенка с нарушениями развития посвящены

работы таких авторов как И.С.Багдасарьян (2000); Н.П.Болотова (2015); И.Ю.Левченко, В.В.Ткачева (2008); Н.В.Мазурова (2014); В.В.Ткачева (1994, 1999, 2007, 2014, 2017); Е.В.Устинова (2017); А.Ю.Хохлова (2007, 2015) и др.

Было выявлено, что семья ребенка с нарушениями развития уязвима по многим показателям: качеству жизни, распределению гендерных ролей, финансовым показателям и профессиональной занятости, по состоянию здоровья ее членов, уровню стресса, а также по таким демографическим показателям, как развод и рождение другого ребенка.

Современные исследования, посвященные изучению влияния появления в семье ребенка-инвалида отмечают, что степень негативного воздействия на различные сферы жизни семьи может изменяться и зависит от ряда факторов, таких как индивидуальность особого ребенка и вид нарушения, уровень родительского благополучия и степень социальной поддержки, психическое здоровье членов семьи и характер отношений между членами семьи. [115].

Наличие ребенка-инвалида в семье может повышать физические нагрузки на лиц, осуществляющих уход за ребенком, и приводить к увеличению уровня депрессии и тревоги, вызывать общее чувство отчужденности от «нормальной» жизни, влиять на восприятие человеком личного благополучия, а также негативно влиять на физическое здоровье. Влияние наличия ребенка-инвалида зависит от пола, причем женщины более подвержены негативному воздействию, чем мужчины.

Для женщин и мужчин, живущих с детьми, процент людей, заявляющих, что их состояние здоровья плохое или очень плохое, невелик (менее 5% в среднем), но выше для тех, кто живет с детьми-инвалидами (почти вдвое для женщин). Процент людей, декларирующих свое состояние здоровья, как минимум хороший, в среднем составляет около 76% для мужчин и 71% для женщин, но примерно на 10% ниже для родителей, живущих с детьми-инвалидами (64% для мужчин и 60% для женщин).

Исследования показывают, что родители детей-инвалидов обычно подвержены более высокому уровню стресса и имеют более слабое психическое

здоровье, чем другие родители. Но влияние детской инвалидности на семью, как отмечалось выше, связано не только с особенностями ребенка, но и с личными, социальными и экономическими факторами. В отношениях с ребенком уровень стресса зависит от разницы между потребностями, ресурсами и целями человека в разных ситуациях. Paola Di Giulio с соавторами приводят восемь потенциальных причин вызывающих стресс у родителей детей с ограниченными интеллектуальными возможностями: финансовые трудности, сложные эмоциональные отношения, изменение планов и целей семьи, ограниченная социальная жизнь, нехватка времени, обусловленная потребностью в уходе, взаимодействие со специалистами, депрессию, а также типом инвалидности (например, аутизм, Синдром Дауна) [109].

Наличие ребенка-инвалида в семье может повышать физические нагрузки на лиц, осуществляющих уход за ребенком и приводить к увеличению уровня депрессии и тревоги, вызывать общее чувство отчужденности от «нормальной» жизни, влиять на восприятие человеком личного благополучия, а также негативно влиять на физическое здоровье. В целом, женщины более подвержены негативному воздействию, чем мужчины.

Часто обязанности по уходу и воспитанию особого ребенка ложится на плечи старших и пожилых членов семьи, особенно в неполных семьях, когда мать берет на себя обязанности по материальному обеспечению семьи или, когда мать и отец берут на себя заботу о воспитании здоровых детей, а бремя ответственности за особого ребенка передают старшему поколению (чаще бабушкам). В этом случае представители старшего поколения испытывают сильнейшие физические и эмоциональные нагрузки, которые неблагоприятным образом сказываются на их моральном, психическом и соматическом самочувствии (В.В,Ткачева, 2008, 2014) [76].

Наличие ребёнка-инвалида может крайне негативно влиять на отношения семейной пары, могут возникать серьёзные конфликты, и вследствие этого, может значительно снижаться удовлетворённость качеством отношений в семье.

Родители особого ребенка часто испытывают чувства вины, изолированности, страдают от низкой самооценки. В.В.Ткачева пишет: «Разрушенные несостоявшиеся ожидания родителей по поводу рождения здорового малыша формируют у них раздражение и эмоциональную неудовлетворенность, а в дальнейшем – тревогу в отношении супружеских отношений и будущего семьи.» [10, с.34].

В исследовании Zusman E. (1982) высказывается предположение, о том, что, ухаживая за ребенком с нарушениями развития мать, сама того не желая, отдаляется от мужа. В свою очередь, в своей работе Houser & Seligman (1991) отмечают, что муж, чувствуя удаленность от жены, может искать участия и эмоциональную поддержку у других женщин, еще более отдаляясь от семьи [67].

Зачастую это приводит к разрыву отношений, а затем и к разводу. Родители-одиночки, как правило, не редкость, в семьях с ребенком-инвалидом, поэтому полные семьи, независимо от того, являются ли они биологическими родителями детей-инвалидов, не так распространены. Обычно именно мать остается наедине с проблемами характерными для семей с ребенком-инвалидом и его братьями и сестрами, если они есть. В.В.Ткачева указывает: «Особенности внутрисемейных взаимоотношений проявляются в эмоциональной нестабильности, конфликтности, закрытости, ригидности» [80, с.15], могут возникать серьёзные конфликты, и, в следствии этого, может значительно снижаться удовлетворённость качеством отношений в семье, что часто приводит к разрыву отношений, а затем и к разводу.

В тоже время, некоторые родители могут попытаться избежать развода, даже если их отношения испортились, для того чтобы избежать чрезмерных эмоциональных и финансовых издержек, которые должен был бы понести оставшийся родитель в случае развода.

В своей работе Paola Di Giulio с соавторами суммируют данные полученные в рамках программы проводимой под эгидой UNECE (Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций) и нацеленной на исследование ситуации с семьями с детьми-инвалидами в разных странах.

Исследования показывают, что за исключением России дети-инвалиды во всех Европейских странах, скорее всего, будут жить в семье с одним родителем. Самые показательные случаи — это Бельгия и Австрия. Семья с матерью-одиночкой характерное явление для всех семей с детьми-инвалидами, за исключением Литвы и Италии, а семьи, в которых один родитель поддерживает отношения с проживающим отдельно партнером весьма характерны для женщин; причем в России и Болгарии такие отношения более распространены, по сравнению с семьями, воспитывающими здоровых детей. Интересно отметить, что в Италии и Бельгии, в семьях, имеющих ребенка-инвалида распространены случаи, когда именно отцы берут на себя ответственность за ребёнка (а также, братьев или сестер, если таковые имеются) [109].

Изучив литературу, посвященную проблемкам семей детей с нарушениями М.Селигман делает следующие выводы: проблемы, возникающие в семье не обязательно связаны с нарушениями у ребенка, тем не менее, появление особого ребенка может усилить и вывести на поверхность скрытые проблемы семьи; в ряде случаев семьи, особенно с помощью близких или при поддержке социальных служб, успешно справляются с проблемами, но иногда семейные разногласия приводят к распаду семьи [67].

Рождение ребенка-инвалида также может повлиять на решения пары иметь ещё детей. В этом случае возможно два варианта развития ситуации. С одной стороны, неизбежное увеличение времени, энергии и ресурсов, необходимых для ухода за ребенком-инвалидом, может заставить родителей принять решение посвятить все силы ребенку-инвалиду, а также его (её) братьям и сестрам, вместо того, чтобы иметь дополнительных детей. Поэтому шок от появления в семье ребенка-инвалида может выступать в качестве тормозного механизма. С другой стороны, если ребенок-инвалид является первым, родители могут планировать рождение второго ребенка, чтобы таким образом обеспечить ребенку-инвалиду потенциальную поддержку в будущем.

S. Mulroy с коллегами (2008) исследуя семьи в которых наряду с детьми-инвалидами с синдромом Дауна и синдромом Ретта воспитываются здоровые

дети, особое внимание уделили изучению влияния наличия ребенка-инвалида на сиблингов и выявили такие проблемы как недостаток времени, которое родитель может посвятить себе лично и здоровому сиблингу, отсутствие эмоциональной близости между здоровыми сиблингом и ребенком-инвалидом и др. [115].

Общей проблемой, указанный обеими группами семей, было то, что взрослые имели меньше времени для своих обычных детей. Часто это было обосновано большими запросами ребенка-инвалида или потребности в постоянном уходе, а также необходимостью длительное время сопровождать ребенка в больнице или реабилитационном центре. Родители отмечали, что здоровые дети иногда болезненно воспринимает отсутствие внимания.

Результаты исследования свидетельствуют о недостаточной социальной интеграции семьи, связанной с проблемным поведением ребенка-инвалида, как дома, так и в общественных местах, что ограничивает возможности совместных прогулок или совместной игровой деятельности. Кроме того, здоровые сиблинги часто сталкиваются с неприятием особого брата или сестры со стороны своих здоровых сверстников, в связи с чем контакты здорового сиблинга с ровесниками происходят за пределами дома. Оба родителя испытывают сложности с посещением развлекательных или специальных мероприятия из-за особых потребностей детей-инвалидов, и часто вместе не могут поддержать или сопроводить здорового ребёнка на развлекательных или школьных мероприятиях, либо мама, либо папа остаётся с ребёнком инвалидом.

Серьезной проблемой считается неприятие ребенка-инвалида здоровыми сверстниками сиблинга. Родные братья и сёстры детей с нарушениями развития испытывают отрицательные эмоции в связи с проявлениями негативного отношения других детей к особому ребенку. Мать сына с синдромом Дауна говорит о старшей здоровой дочери: «Она предпочитает, чтобы друзья не навещали её дома».

Необходимость соблюдения установленного порядка или ограничений часто подчеркивалась как недостатком как родителями, так и здоровыми сиблингами. Некоторые семьи детей с синдромом Дауна отмечали, что они

вынуждены требовать от здоровых детей «оставлять двери запертыми, держать маленькие игрушки подальше, закрывать двери спальни», чтобы свести к минимуму поведенческие проблемы ребенка с синдромом Дауна. Присущее детям с синдромом Ретта требование сохранять установленный порядок, в том числе в бытовой деятельности или режиме дня, вносило ограниченности и монотонность в жизнь семьи и негативно воспринималось здоровыми сиблингами.

Тяготы, связанные с заботой о ребенке-инвалиде, влияют на эмоциональное состояние родителей и их взаимоотношения с здоровыми детьми. Родители в значительной степени подвержены беспокойству и раздражительности, что негативным образом влияет на сиблингов. S. Mulroy приводит слова одного из родителей: «Мы уязвимы, и «срываемся» на детях, когда причинами являются усталость или беспокойство» [115].

Исследования показывают, что на них может быть возложено дополнительное бремя по уходу за ребёнком с ОВЗ, вынуждая быстрее вступить во взрослую жизнь, самые тяжелые требования возлагаются на старших сестер (Кливленд и Миллер, 1977) [121].

Родители часто подчеркивают отсутствие «нормальных» отношений между детьми как негативный фактор. Особый акцент делается на отношения во время игр и взаимной эмоциональной близости («моя дочь никогда не узнает, как это «делиться тайны с сестрой») [115].

В то же время исследования показывают, что наличие в семье ребенка с особыми проблемами оказывает и несомненное положительное влияние на братьев и сестер. Родители часто отмечали, что их дети стали более терпимы, заботливы и сострадательны. Родители подчеркивают, что здоровый ребенок часто представляется более зрелым и ответственным, чем его сверстники, так как трудности, которые ему пришлось преодолеть в связи с необходимостью ухода за братом или сестрой с инвалидностью положительно сказались на формировании его волевых качеств.

Дж.М.Льюис (1986) отмечает, стресс, связанный с появлением в семье ребенка с ОВЗ, оказывает влияние на организационную структуру семьи. Чтобы

наиболее эффективно соответствовать особым потребностям ребенка с ОВЗ, семья жестко замыкается в узком спектре деятельности, направленной на заботу о ребенке, ограничивая личное пространство и самостоятельность здоровых членов семьи. Но семья, которая объединяется для обеспечения развития ребенка с ОВЗ, часто не может обеспечить достаточные условия для личностного и интеллектуального развития здорового сиблинга, а также препятствует удовлетворению интересов взрослых членов семьи (S.Shulman, M.Klein, 1982) [121].

Кроме того, для семей, демонстрирующих высокий уровень сплоченности, характерен гиперопекающий стиль поведения, который оказывает неблагоприятное влияние на формирование личностных качеств и поведения ребенка-инвалида (S.Minuchin, 1974) [121].

Наличие ребенка-инвалида может побудить семью к принятию традиционных гендерных ролей, когда работа отца является единственным источником доходов в семье, не только потому, что объем предоставляемой помощи обычно недостаточен для обеспечения приемлемого уровня жизни, но также и потому, что роль матери по уходу за ребенком, не может быть легко, достаточно и эффективно реализована другими членами семьи. В связи с этим доля работающих женщин в семьях ребенка-инвалида меньше и, следовательно, процент женщин-домохозяек выше, чем в семьях, где нет детей инвалидов. Кроме того, мужчины, имеющие ребенка-инвалида, сообщают о более низком статусе на рынке труда и чаще говорят о том, что находятся в «другой» категории, которая в основном включает пенсионеров, постоянно больных или неспособных работать.

Paola Di Giulio приводят данные об участии отцов в уходе за ребенком и играх с ним. В среднем отцы более активно участвуют в игре (в среднем почти на 60%), чем в заботе о ребенке, когда он болен (в среднем около 18%), также из-за того, что время, предназначенное для игры, обычно не мешает отцу уделять время работе. Разница между самым высоким и наименьшим уровнем участия отцов в уходе за больными детьми, не имеющими инвалидности составляет около 18,3% (самая высокая доля участия была зарегистрирована в Бельгии и самая низкая в

России); а в уходе за больными детьми-инвалидами разница составляет около 25,1% (самая высокая во Франции, самая низкая в Грузии) [109].

Исследования показывают, что семья с особым ребенком нередко оказывается в социальной изоляции: друзья начинают избегать их общества, а в общественных местах взрослые и дети сторонятся ребенка с выраженными особенностями развития и поведения. В результате родственные, соседские, приятельские контакты, столь необходимые для получения хозяйственной, материальной и эмоциональной поддержки разрушаются, и семья остается один на один со своими проблемами. В некоторых случаях семья, отрезанная от окружающей среды и замкнутая на лечении ребенка-инвалида, воспринимает окружающий мир как враждебный и неприемлемый (Pollner and McDonald-Wilker, 1985; Reiss, 1985) [121].

В изолированной семье вся нагрузка ложится на плечи родителей, бабушек и дедушек, что негативно сказывается на благополучии семьи.

Немаловажной проблемой является нехватка мер государственной поддержки, оказываемых семье ребенка с ОВЗ. Родители нередко жалуются на отсутствие или удаленность предприятий и организаций, предлагающих различные мероприятия для проведения досуга и развлекательных занятий с ребенком-инвалидом, на недостаток советов и рекомендаций специалистов в вопросах обучения и воспитания ребенка [109].

1.4. Влияние межличностных отношений на формирование характера и поведения ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Анализ литературных источников свидетельствует о признании психологами важности влияния семьи на формирование личности ребенка. На протяжении длительного периода, с 1920-х по 1960-е годы, в рамках бихевиоризма, основная роль в развитии ребенка отводилась процессам обучения, осуществляемым социальной средой и в первую очередь родителям. Биологическим факторам, а также физическому состоянию ребенка (голод,

усталость) отводилось второстепенное значение. Примерно в то же время психоаналитические теории развития личности подчеркивали важность ранних детских впечатлений в формировании последующих внутренних конфликтов, а также защитных механизмов ребенка. В последующий период с развитием когнитивной психологии ребенок все больше воспринимался как полноправный участник процесса собственной социализации. В настоящее время специалисты признают необходимость учета как взаимного влияния родителей и детей, так и необходимость изучения широкого спектра факторов, воздействующих на ребенка.

В соответствии с современными представлениями все факторы, влияющие на развитие личности ребенка можно разделить на объективные и субъективные. Первые в свою очередь подразделяются на макросоциальные (уровень экономического и культурного развития общества, традиции), микросоциальные (особенности взаимоотношений в семье, детском коллективе) и биологические или соматические (наследственность, темперамент, особенности пре- и постнатального развития, болезни). Вторые, субъективные факторы относятся к сфере саморазвития ребенка и представляют собой «специфику развития потребностно-мотивационной сферы, особенности формирования его сознания и самосознания, его поведенческого стиля».

На пересечении действия внешних (объективных) и внутренних (субъективных) факторов возникают факторы, обусловленные характером взаимного влияния ребенка и социопредметной среды, выраженные в специфике взаимоотношений ребенка и среды (семьи, школы и пр.) Наиболее верное представление о детерминантах детского развития можно получить, учитывая все представленные факторы, но неоспоримым является предположение о том, что родители и социальная среда оказывают сильнейшее влияние на психологические характеристики детей и направления их дальнейшей жизни [68].

Социум определяет характеристики индивида и особенности его поведения, необходимые для его успешного функционирования в обществе. Причем некоторые из этих параметров практически неизменны для разных культур, а

другие специфичны для данной культуры. Например, в США большое значение придается развитию у детей социальных умений в общении со сверстниками, в Японии от детей ожидают эмоциональной зрелости, послушания и хороших манер [112].

Также было выявлено, что контроль и принятие своих детей у европейских матерей выше, чем у китайских родителей; у китайских родителей контроль выше принятия, причем выраженность этих обоих факторов родительского стиля способствует социальной активности детей. У европейских родителей, напротив, отсутствует корреляция между принятием, контролем и детской социализацией.

Для каждой культуры характерны свои особенности родительского поведения, например, матери англосаксонского происхождения предпочитают словесные объяснения, часто хвалят и поощряют своих детей, а матери в латиноамериканских семьях в большей степени опираются на отрицательное подкрепление, используют физический контроль, шире употребляют зрительную подсказку, простейшее моделирование.

В социальной среде окружающей ребенка можно выделить по крайней мере три уровня, которые влияют на развитие индивида в детстве: семья, группы сверстников, а также, взрослые вне дома, например, воспитатели, учителя.

Подавляющее большинство исследований подчеркивает роль родителей в развитии эмоционально-личностной сферы ребенка, усвоении ребенком моральных и нравственных принципов, следовании нормам социального взаимодействия [10, 23, 25, 76].

Тем не менее, существуют важные аспекты влияния на детей, которые достаточно сложно поддаются выявлению и изучению. Дискуссионным остается вопрос о том, какие параметры личности наиболее чувствительны к родительскому воздействию на ранних этапах жизни и сохраняется ли это влияние на более поздних этапах, с приобретением человеком нового «взрослого» опыта [112].

Массобу Е. отмечает, что существуют также особые моменты, когда члены диады родитель/ребенок наиболее чувствительны друг к другу, когда ребенок,

возможно, в силу столкновения с новой и существенной проблемой, готов и говорить, и слушать. В такой момент родитель может сделать или сказать что-то, что производит глубокое впечатление и может оказывать длительное влияние. И наоборот, нарушенное обещание или явный обман могут нарушить сложившиеся доверительные отношения между ними, изменив природу возможного влияния между ними. Такие моменты уникальны для диады и не могут быть учтены в исследованиях.

Мы уже упоминали, что родители никогда не являются единственным источником влияния на детей, и по мере того, как дети становятся старше, они все больше и больше подвержены влиянию сверстников, школы и учителей, а также телевидения, интернета и других средств информации. Кроме того, есть случайные события, такие как серьезная болезнь или несчастный случай, неожиданный успех, переезд в другое место, которые могут изменить траекторию жизни ребенка способами, которые не имеют ничего общего с воспитанием детей.

Ряд авторов полагает, что установленные исследованиями связи между родительским воздействием и детским откликом незначительны, и как правило, влияют на поведение детей дома и на отношения, которые они развивают со своими родителями, а взаимодействие детей вне дома, например, в школе или детской группе мало зависит от характера отношений в семье ребенка [112].

Другие исследователи критически относятся к интерпретации широко известных результатов Д. Баумрида о том, что дети родителей, демонстрирующих одновременно достаточный уровень теплоты и контроля, социально компетентнее и обладают большими навыками самоконтроля. Такие результаты традиционно интерпретируются как свидетельство того, что авторитетное воспитание детей оказывает благотворное влияние на детей, игнорируя возможность обратной причинно-следственной связи. Фактически, утверждают критики, способные к сотрудничеству и самоконтролю дети, дают возможность их родителям быть твердыми и отзывчивыми, а значит поведение родителей в значительной степени определяется поведением детей, и корреляции между родителем и ребенком

может быть в значительной степени объяснена генетической предрасположенностью ребенка [112].

Нельзя не отметить исследования, проведенные в последние десятилетия, в которых отмечается существенная роль генетических особенностей родителей и детей. Авторы отмечают, что недооценены два существенных фактора: генетическая предрасположенность и влияние сверстников. Полученные данные, впрочем, не умаляют роли родительского влияния. Важно понимать, что все перечисленные факторы неразрывно связаны на всем пути от рождения до зрелости и функционируют совместно.

Понятийный аппарат применяемый при описании характера взаимоотношений в семье в целом и родительско-детских отношений в частности достаточно широк. Наиболее общий характер имеет понятие «родительское отношение», которое представляет собой субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке и определяет выбор определенных приемов и методов воздействия на ребенка. Этому понятию синонимично выражение «родительские установки» или позиции, под которым понимают «совокупность, родительского эмоционального отношения к ребенку, восприятие ребенка родителем и способов поведения с ним». Также широко используются понятия «родительский стиль» или «стиль воспитания», семейные роли и другие [2, 5, 10, 25, 100].

Изначально оценка характера взаимоотношений в семье осуществлялась с применением методов исследования, базирующихся на оценке и самооценке (опросники или анкетирование).

В настоящее время для получения информации используются несколько источников: родители, дети, учителя, с применением различных методов исследования, в том числе, беседы, непосредственного наблюдения за взаимодействиями родителей и детей, родителей и педагогов. Комплексное изучение семьи позволяет с большей достоверностью выявлять зависимости между родительским отношением и формированием личности ребенка.

В литературе описаны многочисленные варианты родительских отношений (позиций), стилей воспитания, а также возможных последствий их влияния на формирование индивидуальных характерологических особенностей ребенка. Широко известна классификация Д. Баумрида (D.Baumrind, 1971, 1991), которая выделила три стиля родительского воспитания [35]:

Авторитетное воспитание, при котором, родитель с одной стороны, демонстрирует отзывчивость к потребностям ребенка, а с другой стороны, требовательность в (установление и объяснение правил поведения и последствий тех или иных проступков). Основой регулирования поведения служат четкие стандарты поведения и дисциплины, основанных на доводах, а не на проявлении власти или демонстрации «отсутствия» любви к ребёнку. Авторитетные родители обеспечивают комфортную домашнюю обстановку, но со строгим поведенческим контролем, с высокой степенью эмоциональной поддержки. В рамках этого стиля воспитания детей побуждают вести себя в соответствии с нормами и правилами поведения, оценивать моральную сторону своих поступков, уважать взрослых и учиться мыслить самостоятельно.

По мнению исследователей, такой стиль воспитания приносит самые лучшие результаты для детей и подростков. В целом дети, воспитанные с помощью такого стиля воспитания, как правило, демонстрируют более высокую степень психологической адаптации, более склонны к самостоятельности, самоконтролю, уверенны в себе, любознательны и креативны [102, 124].

Авторитарное воспитание, при котором родители демонстрирует требовательность (установление и объяснение правил поведения и последствий тех или иных проступков), но в меньшей степени реагирует на потребности ребенка, и с большей вероятностью использует метод властного воспитания, могут использовать демонстративное проявление «нелюбви» к ребёнку, чтобы добиться своих целей. Проявление нелюбви включает в себя демонстративное выражение любви, ласки в качестве награды или инструмента воздействия. Родитель требует: «делай так, как тебе говорят» и редко объясняет, почему те или иные поступки считаются правильными, либо недопустимыми. Также, родители,

практически, не проводят с ребёнком разъяснительные беседы о нормах морали и нравственности. Родители могут демонстрировать некоторую степень теплых отношений к ребёнку, но в основном, требует уважения со стороны ребенка.

Исследования показывают, некоторую степень эффективности этого метода, но также оказывает и негативное влияние. Родительская враждебность и неприятие вызывают ответный протест и агрессию у детей и подростков, что, в свою очередь, приводит к более высокому уровню антисоциального поведения. Дети, как правило, более замкнуты и недоверчивы.

Межкультурные различия влияют на выбор данного метода воспитания. Так некоторые исследования, проведенные в США, показывают, что этот стиль воспитания чаще используется в семьях афроамериканцев, учитывая более высокий уровень риска (например, более низкий социально-экономический статус, и проживание в неблагополучных районах). Однако этот стиль воспитания наиболее эффективен, если родители демонстрируют определенное участие, доверие и заботу. В этом случае у детей развивается здоровая уверенность в себе и чувство собственного достоинства, но сопряженные с более жесткой манерой поведения [110].

Разрешительное (снисходительное) воспитание, характерно высокой степенью отзывчивости, отсутствием требовательности (неспособностью установить, объяснить правила поведения и последствия тех или иных проступков). Родитель демонстрирует слабый контроль над ребенком, устанавливает минимальные нормы поведения и почти не требует их соблюдения. Родитель в основном оказывает поддержку своему ребенку, обращаясь с ним как с равным. Для этого типа родителей более важно, чтобы ребенок их любил, чем обеспечивать порядок в семейных отношениях и соблюдении дисциплины. Родитель позволяет ребенку самостоятельно принимать решения, устанавливать свои собственные правила (например, режим дня или питания).

Это один из наиболее разрушительных стилей воспитания детей. Дети, как правило, менее сдержанны, незрелы и демонстрируют более асоциальное поведение, чем дети, воспитанные с авторитарными родителями. Они делают то,

что хотят, когда хотят, не обращая внимания на права и безопасность других. Представления о нормах морали и правилах социального взаимодействия не были сформированы, поэтому дети более склонны к насилию и асоциальному поведению [110, 118].

Четвертый, *пренебрегающий стиль воспитания* был добавлен Э. Маккоби и Д. Мартином [113]. Родитель демонстрирует минимальные внимание и заботу, а также, минимальный контроль над ребенком. По сути, родитель обеспечивает некоторые или большую часть физических потребностей ребенка, но почти не имеет душевных и ментальных отношений со своим ребенком. Большую часть времени ребенок предоставлен сам себе и в основном отвергается, и игнорируется родителем. Дети, воспитанные с помощью такого стиля воспитания, демонстрируют более высокую степень психологической дезадаптации, часто испытывают депрессию, нарциссизм. Дети и подростки подвергаются наиболее высокому риску развития расстройств поведения, включая антиобщественное поведение и насилие [110, 118].

В отечественной психологии существует множество вариантов классификаций типов неправильного воспитания. Наибольшую известность получила типология, предложенная А.Е. Личко [64]. Изучая подростков А.Е. Личко выявил взаимосвязь между типом неправильного воспитания при акцентуациях характера и возникновении патохарактерологических реакций. Ниже приводится схема, предложенная автором применительно к семьям подростков:

Гипопротекция. Данный тип воспитания отчасти пересекается с уже упомянутым *пренебрегающим стилем воспитания* и характеризуется, в крайней форме безнадзорностью, но чаще недостатком внимания, заботы, руководства и истинного интереса к ребенку, и ограничивается удовлетворении насущных нужд подростка. Авторы отмечают, гипопротекция особенно неблагоприятна при акцентуациях по неустойчивому, гипертимному и конформному типам, и способствует вовлечению подростков в асоциальные компании.

Доминирующая гиперпротекция характеризуется чрезмерной опекой и контролем, системой необоснованных запретов.

Гиперпротекция не приучает к самостоятельности подавляет чувство ответственности и долга. В зависимости от типа личности подростка доминирующая гиперпротекция может приводить либо к резкому обострению реакции эмансипации у гипертимных подростков, либо к усилению астенических черт у подростков с психастенической, сенситивной и астеноневротической акцентуациями черты, способствуя развитию несамостоятельности, неуверенности в себе, нерешительности, неумении постоять за себя.

Потворствующая гиперпротекция в крайнем проявлении представляет собой воспитание по типу «кумир семьи». Родители не только пытаются оградить ребенка от малейших трудностей и опасностей, они также восхищаются мнимыми талантами и преувеличивают действительные способности.

Атмосфера восхищения и похвал, царящая в родительском доме, культивирует в ребенке эгоистическое желание быть и в дальнейшем в центре внимания, вызывать восхищение, лидировать среди сверстников, а отсутствие упорства в достижении цели и умения постоять за себя препятствует осуществлению желаний.

Потворствующая гиперпротекция при истероидной акцентуации толкает к психопатическому развитию поэтому же типу, а при лабильной и гипертимной способствует появлению истероидных черт.

В случае эпилептоидной акцентуации потворствующая гиперпротекция превращает подростков в жестоких семейных тиранов, способных избивать родителей, которые продолжают защищать и выгораживать своих детей.

Потворствующая гипопротекция описана А. А. Вдовиченко. Здесь сочетается недостаток родительского надзора с некритичным отношением к нарушениям поведения у подростка. Подобное воспитание формирует как неустойчивые, так и истероидные черты [2].

Воспитание «в культе болезни» описано Е. С. Ивановым (1980) у детей и подростков с церебральными параличами, но встречается и у детей с

хроническими соматическими заболеваниями или физических дефектах. Ребенок привыкает к мысли, что болезнь дает ему особые права, в результате у ребенка формируются эгоистические черты, рентные установки и завышенные притязания.

При воспитании по типу *эмоциональное отвержение* ребенок постоянно ощущает, что им тяготея, в особенности, если рядом есть более любимый брат или сестра.

Условия *жестких взаимоотношений* обычно сочетаются с эмоциональным отвержением и могут проявляться открыто, или скрываться за безразличие к ребенку.

В условиях воспитания по типу *повышенной моральной ответственности* на ребенка возлагаются большие надежды в отношении его успехов, его способностей и талантов или забота о благополучии младших и беспомощных членов семьи.

Большинство детей обнаруживают достаточную устойчивость в отношении повышенных родительских ожиданий. Исключение составляет психастеническая акцентуация, черты которой резко заостряются и могут приводить к психопатическому развитию или к затяжному обсессивно-фобическому неврозу.

Важно отметить, что в одной семье каждый из родителей может придерживаться собственного стиля воспитания, часто конкурируя или открывая конфликт друг с другом. Подобный тип отношений, названный *противоречивым воспитанием*, пагубен для ребенка и создает риск в отношении слабых сторон его характера.

Изучая семьи детей больных неврозами, В. И. Гарбузов с соавторами (1977) выделили три типа неправильного воспитания [68]:

- Воспитание по типу А (неприятие, эмоциональное отвержение), характеризующееся неприятием индивидуальных особенностей ребенка, попыткой "улучшения", "коррекции" врожденного типа реагирования, сочетающиеся с жестким контролем, регламентацией всей жизни ребенка, с императивным навязыванием ему единственно "правильного" типа поведения.

- Воспитание по типу Б (гиперсоциализирующее), выражающееся в тревожно-мнительной концентрации родителей на состоянии здоровья ребенка, его социальном статусе среди товарищей, на ожидании успехов в учебе и будущей профессиональной деятельности.
- Воспитание по типу В (эгоцентрическое), культивирующее в ребенке представление о том, что он является центром семьи, смыслом жизни всех ее членов, даже в ущерб другим детям или членам семьи.

В работе А.Я.Варги описаны три неблагоприятных для ребенка патогенных типа родительских отношений: симбиотический, авторитарный и эмоционально – отвергающий [11].

В отечественной литературе описана также оптимальная для ребенка модель *сотрудничества*, которая основана, с одной стороны, на безоценочном приятии ребенка родителями, признании, особой значимости того, что он существует, и, с другой стороны, подразумевает достаточную требовательность и дисциплину, основанные на уважении личности ребенка (Ткачева В.В., 2007) [80]. Модель *сотрудничества* в наибольшей степени близка упомянутой выше модели *авторитетного воспитания*.

В целом, все указанные типологии в той или иной степени учитывают два основных фактора важных для формирования характерологических черт ребенка, это *родительский контроль* и *родительская теплота*.

Родительский контроль характеризуется степенью выраженности у родителя запретительных тенденций. Родитель устанавливает для ребенка стандарты ожидаемого поведения и ограничивает проявление собственных побуждений и эмоций. На одном полюсе родители жестко контролируют выполнение ребенком своих обязанностей и соблюдение установленных правил поведения. На другом родители позволяют ребенку следовать собственным побуждениям и минимизируют предъявляемые требования.

Родительская теплота представляет собой степень эмоциональной поддержки, предлагаемой ребенку родителями. «Теплые» родители выражают ребенку любовь и одобрение, часто хвалят и оказывают поддержку. «Холодные»,

напротив, критикуют, игнорируют жалобы и просьбы детей, редко выражают любовь и одобрение.

Анализ литературы свидетельствует о том, что формирование у ребенка навыков самоконтроля и социальной компетентности происходит посредством интериоризации правил и требований, используемых родителями. При этом оптимальная родительская позиция предусматривает сочетание эмоционального принятия с разумной требовательностью и последовательностью, достаточным уровнем коммуникации и непротиворечивостью. В этом случае у ребенка формируется навыки самоконтроля и самостоятельности, адекватная самооценка и достаточный уровень адаптации к требованиям социума [68].

С другой стороны, нарушение отношений в семье обуславливает возникновение проблемного поведения у ребенка, которое выражаться в активной и пассивной форме. Активные поведенческие реакции включают непослушание, грубость, разрушительные действия по отношению к неживым объектам и агрессию. Агрессия как вербальная, так и физическая, может быть направлена и на взрослых (чаще мать или бабушку), и на ровесников.

Непослушание, а также негативизм, когда ребенок отказывается что-либо делать лишь потому, что его об этом попросили, является еще одним довольно распространенным вариантом нарушений поведения у детей. Пассивные реакции могут быть представлены в форме отказа от еды, отказа от речи (мутизма), рвоты и др. Неправильный тип воспитания может также формировать или заострять у ребенка такие патологические черты личности как повышенная тревожность, застенчивость, робость и излишняя покорность, а также эгоизм и ревность.

1.5. Особенности развития детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития

В последние годы возрос интерес к проблемам оказания всесторонней помощи семьям детей с тяжёлыми множественными нарушениями развития (ТМНР). Внимание педагогов и психологов к данной теме обусловлено, с одной

стороны, включением таких детей в систему психолого-педагогической помощи и разработкой дифференцированных направлений, содержания и форм психолого-педагогического сопровождения семей воспитывающих детей с ТМНР, а с другой стороны безусловной тенденцией к росту числа детей с нарушениями развития, среди которых существенная доля принадлежит детям с тяжелыми и множественными нарушениями.

К сожалению, в отечественной специальной литературе по данной проблеме нет более-менее достоверной статистики о распространенности данной группы нарушений. Сложность определения числа детей и взрослых с ТМНР обусловлена не столько проблемой выявления и диагностики нарушений, сколько отсутствием единства при определении понятия и содержания термина, объединяющего несколько первичных дефектов.

В настоящее время по отношению к данной группе нарушений применяются самые различные определения: сложные нарушения, множественные нарушения, комплексные нарушения, комбинированные нарушения развития и другие. В настоящее время в педагогической практике широко используется термин «тяжелые и множественные нарушения развития» (ТМНР), который введен в ныне действующий Федеральный государственный образовательный стандарт образования (ФГОС), представляющий собой совокупность обязательных требований при реализации адаптированных основных общеобразовательных программ в образовательных организациях.

Вопросам изучения и оказания помощи детям с ТМНР посвящены работы, как отечественных, так и зарубежных специалистов (Т.А.Басилова, Л.А.Головниц, М.В.Жигорева, И.Ю.Левченко, Е.М.Мастюкова., А.И.Мещеряков, М.С.Певзнер., И.А.Соколянский, В.Н.Чулков., Ян Ван Дайк и др.).

Несмотря на полиморфность детей с ТМНР, можно выделить общую закономерность – особую отягощенность условий раннего развития, вызванную множественной депривацией. В силу наличия множества первичных нарушений обедняется контакт ребенка с внешним миром, в результате чего страдает формирование предметных действий, моторики, ориентировки, коммуникации.

Это приводит к не только к недоразвитию отдельных функций, но и к общему недоразвитию. Специалисты отмечают, что успешная компенсация возможна при условии включения ребенка в активное взаимодействие с окружающим миром – материально-предметным и социальным.

Т.А.Басилова отмечает, что по уровню адаптации детей этой группы к окружающему миру можно выделить две основные категории: дети с потенциально сохранными возможностями когнитивного и личностного развития, способные к самостоятельной осмысленной деятельности, и дети с выраженными нарушениями познавательной сферы при глубоких поражениях ЦНС, которые нуждаются в постоянном побуждении к активной деятельности [68]. Соответственно каждая категория требуют особых педагогических подходов и условий обучения и воспитания. В то же время основной особенностью коррекционного процесса является его практическая направленность. Программа развития и обучения ребенка с ТМНР предполагает формирование навыков самообслуживания, развитие коммуникации, ориентировки в пространстве, формирование элементарных представлений об окружающем мире, важной задачей является оказание психолого-педагогической помощи семье.

Выводы по главе 1

Современные психологические исследования охватывают различные сферы семейной жизни и используют различные подходы, чтобы со всех сторон и на всех уровнях изучить характер межличностных отношений в семье, и выявить факторы, способствующие успешному функционированию семьи.

Исследования показывают, что создание в семье атмосферы любви, признание абсолютной ценности ребенка, вне зависимости от его возможностей и достижений, являются необходимым условием развития и обучения ребенка.

Одновременно в качестве основных признаков нормально функционирующей семьи выступают: согласованные представления о структуре власти-подчинения, включая иерархию отношений взрослый-ребенок; согласованные представления о распределении ролей; баланс показателей *семейной сплоченности, семейной гибкости*; достаточный уровень коммуникации; высокий уровень эмоционального общения и принятия друг друга.

Семья, обладающая указанными характеристиками, способна обеспечить оптимальное выполнение функций, связанных с воспитанием и обучением ребенка для его успешного развития и адаптации в обществе.

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья изменяет жизнь семьи. Семья, в которой воспитывается ребенок с инвалидностью, уязвима по многим показателям: качеству жизни, распределению гендерных ролей, финансовым показателям и профессиональной занятости, по состоянию здоровья ее членов, уровню стресса, а также по таким демографическим показателям, как развод и рождение другого ребенка.

Изменяется и характер взаимоотношений в семье. Чтобы наиболее эффективно соответствовать особым потребностям ребенка с ОВЗ, семья тесно объединяется для создания наилучших условий для развития ребенка. В то же время чрезмерная сплоченность часто не может обеспечить достаточные условия для личностного и интеллектуального развития здорового сиблинга, а также

препятствует удовлетворению интересов взрослых членов семьи. Для таких семей также характерен гиперопекающий стиль поведения, который оказывает неблагоприятное влияние на формирование личностных качеств и поведения ребенка-инвалида.

Важное место в психологической уделяется изучению вопроса о влиянии характера взаимоотношений в семье на формирование характерологических черт ребенка. В целом, все подходы в той или иной степени учитывают два основных фактора: родительский контроль и родительскую теплоту.

Родительский контроль характеризуется степенью выраженности у родителя запретительных тенденций. Родительская теплота представляет собой степень эмоциональной поддержки, предлагаемой ребенку родителями.

Исследования показывают, что оптимальная родительская позиция характеризуется сочетанием эмоционального принятия с разумной требовательностью и последовательностью. В этом случае у ребенка формируется навыки самоконтроля и самостоятельности, адекватная самооценка и достаточный уровень адаптации к требованиям социума.

Глава 2. Сравнительное изучение особенностей межличностных отношений в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья и в семьях здоровых детей

2.1 Общая характеристика участников и организация исследования

В исследовании приняли участие 174 человека из 60 семей (100%). В *группу семей с детьми с ОВЗ* вошли 89 человек, представляющие 30 семей детей с ОВЗ, воспитанников ГБОУ школы № 1206. Возрастной состав участников: 5 дошкольников, 10 младших школьников и 15 учащихся средней школы в возрасте от 6 до 14 лет, из них 8 девочек и 22 мальчика. Всего 30 детей с ОВЗ.

Данные об уровне развития познавательной сферы, коммуникативных навыках, особенностях эмоционально-личностной сферы и состоянии здоровья детей были получены методом изучения медицинской документации, заключений ЦПМПК и психолого-педагогических характеристик, а также методом наблюдения и другими методами психологической диагностики.

Большая часть (87%) детей с ОВЗ имеют низкий уровень когнитивного развития (14 детей с умеренной степенью умственной отсталости, 12 детей с тяжелой степенью умственной отсталости в сочетании с нарушениями опорно-двигательного аппарата и другими нарушениями, и заболеваниями), 10% детей (3 человека) имеет нормальный уровень когнитивного развития и у 3% (один ребенок) выявлена задержка психического развития.

Патология развития детей с ОВЗ включала следующие особенности: у 10% (3 чел.) детей были выявлены расстройства аутистического спектра (РАС), у 70% (21 чел.) детей представлен сложный дефект (РАС, детский церебральный паралич (ДЦП), эпилепсия в сочетании с тяжелой и умеренной умственной отсталостью), нарушения развития 17 % (5 чел.) детей характеризуются синдромальными формами при умственной отсталости (синдромом Дауна, синдромом Мартина–Белла, туберозный склероз, синдром Вильямса и синдромом Ангельмана), 3% эпилепсия (1 ребенок) .

Большая часть детей с ОВЗ имеют низкий уровень речевого развития: 12 детей СНР в тяжелой степени, 14 СНР в средней степени; двое СНР легкой степени, двое детей имеют нормальный уровень речевого развития.

Все дети прошли ПМПК и обучаются по адаптированным основным образовательным программам (АООП) для различных категорий обучающихся с ОВЗ, в том числе вариантам 6.4. и 8.4, а также по АООП для обучающихся с умственной отсталостью (варианты 1 и 2).

Данные о детях с ОВЗ приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Характеристика детей с ОВЗ, участвовавших в исследовании

№ п/п	Дата рождения	Пол	Заключение врача/ или ПМПК	Уровень когнитивного развития	Уровень речевого развития
1	2	3	4	5	6
1.	18.03.05	ж	G80.3	F72 –тяжелая умственная отсталость	СНР тяжелой степени
2.	20.11.05	ж	G40.2 G80.2	F72	СНР тяжелой степени
3.	25.06.06	м	G80.1 G40.2 G90.8	F72	СНР тяжелой степени
4.	06.02.06	м	G40.3	F72	СНР тяжелой степени
5.	15.02.07	м	G80.4	F72	СНР тяжелой степени
6.	23.04.06	м	G40.3	F72	СНР тяжелой степени
7.	20.04.07	м	Q89.8	F72	СНР тяжелой степени
8.	11.07.12	м	G93.9	F72	СНР тяжелой степени
9.	23.01.06	ж	Q93.5	F72	СНР тяжелой степени
10.	04.07.07	м	G96.9 G93.4	F72	СНР тяжелой степени
11.	19.11.10	ж	Q85.1	F72	СНР тяжелой степени
12.	12.11.09	м	G80.1 G40.2	F72	СНР тяжелой степени
13.	17.02.06	ж	G80.3 G40.1	F71	СНР средней степени
14.	21.12.05	м	Q93.8 F84	F71	СНР средней степени
15.	23.10.05	м	Q90.9	F71	СНР средней степени
16.	19.03.05	м	G80.1	F71	СНР средней степени
17.	12.02.05	м	G93.9 F84	F71	СНР средней степени
18.	17.03.05	м	G93.9 F84	F71	СНР средней степени

Продолжение табл.1

1	2	3	4	5	6
19.	21.06.12	ж	G40.2	F71	СНР средней степени
20.	13.09.06	м	G93.9	F71	СНР средней степени
21.	12.12.11	м	G96.8	F71	СНР средней степени
22.	09.08.10	ж	G80.1 G40.3	F71	СНР средней степени
23.	06.10.10	ж	G96.8	F71.88	СНР средней степени
24.	21.10.11	м	G93.9 F84	F71	СНР средней степени
25.	16.04.10	м	F84	F71	СНР средней степени
26.	22.12.08	м	F84.1	F71	СНР средней степени
27.	03.08.09	м	F84	-	СНР легкой степени
28.	07.07.08	м	F84.8	-	СНР легкой степени
29.	16.02.10	м	F84.1	-	-
30.	14.11.12	ж	G40	-	-

Q85.1 - Туберозный склероз

Q 89.8 - Другие уточненные врожденные аномалии (Синдром Вильямса)

Q90.9 - Синдром Дауна неуточненный

Q93.5 - Другие делеции части хромосомы

Q93.8 - Другие делеции из аутосом

G40.2 - Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия

G80.1 - Спастическая диплегия

G80.3 -Дискинетический церебральный паралич

G80.2 - Детская гемиплегия

G90.8 - Другие расстройства вегетативной нервной системы

G93.9 - Поражение головного мозга неуточненное

G96.8 - Другие уточненные поражения центральной нервной системы

F71 - Умственная отсталость умеренная

F71.88 - Умственная отсталость умеренная с другими нарушениями поведения, обусловленная другими уточненными причинами

F72 – Умственная отсталость тяжелая

F84 - Общие расстройства психологического развития

F84.1 - Атипичный аутизм

F84.8 - Другие общие расстройства развития

Как видно из таблицы, большая часть детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), принимающих участие в нашем исследовании, это дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР), которые отличаются низким уровнем когнитивного развития (умеренная и тяжелая умственная отсталость в сочетании с нарушениями опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра, эпилепсией и другими нарушениями и заболеваниями), значительными трудностями в освоении бытовых и гигиенических навыков, нарушением социального поведения, ограниченной возможностью вступать в контакт и отсутствием или низким уровнем экспрессивной речи.

В исследовании также приняли участие близкие воспитанников (59 чел.), включая родителей (29 матерей и 16 отцов), бабушек (11), дедушек (3).

В группу сравнительного анализа вошли 85 человек, представляющие 30 семей здоровых детей. В исследовании участвовали здоровые дети (4 дошкольника, 11 младших школьников и 15 учащихся средней школы) в возрасте от 6 до 14 лет, из них 10 девочек и 20 мальчиков, а также 55 взрослых членов семей (30 матерей, 17 отцов, 8 бабушек).

Беседа со взрослыми членами семьи и анкетирование позволили нам составить представление о социально-бытовых условиях жизни семьи, составе семьи, гендерных ролях, включая ответственность за воспитание ребенка, образовательном и социальном уровне родителей, а также выявить наличие тех или иных потребностей.

Среди семей, принявших участие в нашем исследовании, были неполные семьи, представленные только матерью или матерью и бабушкой; неполные семьи, где ребенок воспитывается без матери (отец и бабушка); полные семьи с одним ребенком и полные семьи с двумя и более детьми; семьи, в которых

совместно проживают три поколения (родители, дети, бабушки и дедушки); семьи в которых формально присутствуют отец и мать, но ребенок фактически проживает и воспитывается в доме бабушки и дедушки. Семьи также различались по уровню достатка и жилищно-бытовому уровню.

Важно отметить особую роль представителей старшего поколения, и в особенности бабушек, в семье ребенка с нарушениями развития. Если в семье здоровых детей, принимавших участие в нашем исследовании, представители старшего поколения играют скорее вспомогательную роль, выполняя обязанности по приготовлению пищи и сопровождению детей на занятие, то в семьях детей с ОВЗ представители старшего поколения берут на себя значительную долю семейных функций, включая реабилитационно-восстановительную, коррекционно-образовательную, социализирующую, в ряде случаев, фактически замещая родителей.

В 10% семей ребенок либо постоянно, либо большую часть времени проживает отдельно от родителей, поэтому все родительские выполняют представители старшего поколения, чаще бабушки. В этих семьях родители проживают со здоровыми детьми, проводя с особым ребенком выходные или праздничные дни, либо отсутствуют вовсе. В других семьях детей с ОВЗ представители старшего поколения также проводят с ребенком больше времени и оказывают на него большее воздействие, чем в семьях здоровых детей. В связи с особенностями психического развития и ограниченностью социальных контактов, дети в ОВЗ в гораздо меньшей степени подвержены влиянию сверстников, а также телевидения, интернета и других средств информации, и наибольшее воздействие на них оказывает семья, в том числе бабушки, с которыми дети проводят значительную часть времени, пока родители заняты на работе.

Данные о социально-бытовых характеристиках семей детей с ОВЗ и группы сравнительного анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Социально-бытовые характеристики семей

	Группа детей с ОВЗ		Группа сравнительного анализа	
Состав семьи				
Показатель	Количество	%	Количество	%
Полная	20	66	19	63
Неполная	8	27	9	30
Многодетная	2	7	2	7
Взрослый, ответственный за воспитание ребенка				
Показатель	Количество	%	Количество	%
Мать	27	90	30	100
Отец	0	0	0	0
Прародитель	3	10	0	0
Жилищно-бытовые условия семьи				
Показатель	Количество	%	Количество	%
Высокие	2	7	3	10
Средние	23	77	23	77
Низкие	5	16	4	13
Материальный уровень семьи				
Показатель	Количество	%	Количество	%
Высокий	2	7	3	10
Средний	24	80	23	77
Низкий	4	13	4	13

Анализ социально-демографического состава взрослых членов семей выявил широкий разброс в образовательном уровне и профессиональном положении участников исследования. Данные приведены в таблице 3.

Таблица 3 - Социально-демографическая характеристика родителей

	Группа детей с ОВЗ		Группа сравнительного анализа	
Пол				
показатель	количество	%	количество	%
мужской	19	32	17	31
женский	40	68	38	69
Возраст				
показатель	количество	%	количество	%
До 30 лет	5	9	8	15
От 30 до 50	40	67	39	70
Старше 60	14	24	8	15
образование				
показатель	количество	%	количество	%
Высшее	35	59	34	62
Среднее специальное	24	41	21	38
Низкий уровень образования	-	0	-	0
Профессиональное положение				
Рабочий, служащий	32	54	33	60
Руководитель, бизнесмен	-	0	1	2
Интеллигенция	-	0	1	2
Домохозяйка	27	46	20	36

2.2 Диагностический комплекс изучения личностных особенностей и характера межличностных отношений в семьях участников исследования

При изучении межличностных отношений в семье традиционно выделяют несколько подсистем и рассматривают в качестве объекта исследования супружеские, родительско-детские и детско-родительские отношения; взаимоотношения представителей старшего поколения семьи с внуками. В нашем исследовании родители и прародители в отдельных случаях в силу общности выполнения функционала (уход, воспитание, сопровождение, обучение ребенка с ОВЗ) были нами объединены в единую подсистему «взрослые».

Для реализации целей исследования был подобран, сконструирован и теоретически обоснован диагностический комплекс для изучения особенностей функционирования семей. В него вошли следующие методы и методики исследования.

В *диагностический комплекс для детей* с ОВЗ и здоровых детей вошли *проективные методики*: «Рисунок семьи», «Лесенка для детей» (В.В. Ткачёва), «Два дома» (И. Вандвик, П. Экблад) (Приложение 2). Изучение характерологических и поведенческих особенностей детей с ОВЗ и здоровых детей проводилось на основе данных наблюдения, результатов, полученных в ходе диагностического обследования с помощью проективных методик, беседы и анкетирования родителей и прародителей. Диагностика личностных особенностей и функциональных навыков у части детей с ОВЗ, в силу выраженности нарушений развития, основывалась, главным образом, на *наблюдении* за ними в естественных ситуациях, в связи с чем был разработан протокол наблюдений (Приложение 3). Затем полученные данные подвергались статистической обработке с применением критерия χ^2 (хи-квадрат).

В *диагностический комплекс для взрослых* (родители, бабушки, дедушки) вошли следующие методики: методика диагностики межличностных отношений ЛИРИ (Т.Лири); социограмма «Моя семья» (В.В.Ткачева); методика диагностики

сплоченности и гибкости семейной системы FACES-3 (Д.Олсон); опросник родительского отношения (А.Я.Варга, В.В.Столин); опросник «McMaster Family Assessment Device» (FAD) (Приложение 2).

При исследовании взрослых членов семьи ребенка с ОВЗ мы использовали также наблюдение, беседу с родителями, бабушками и дедушками; авторскую анкету для родителей, бабушек и дедушек.

В настоящее время изучение семьи осуществляется с использованием всех возможных методов и методик, применяемых в психологии, а для получения информации используются несколько источников: родители, дети, учителя. Комплексное изучение семьи позволяет с большей достоверностью выявлять зависимости между родительским отношением и формированием личности ребенка.

Одним из основных методов любого исследования *является наблюдение*. Формализованное наблюдение и регистрация проявлений личности в реальных жизненных условиях, называемое естественным наблюдением, позволяет собрать информацию об особенностях поведения человека в его привычном окружении.

Несомненным преимуществом данного метода является возможность изучать человека непосредственно, в привычной для него обстановке, в семье, школе, среди друзей и знакомых. В процессе наблюдения исследователь может не только анализировать происходящее, но и оказывать сознательное влияние на складывающуюся ситуацию с тем, чтобы стимулировать определенные поведенческие реакции обследуемого, в соответствии с задачей исследования, т.е. осуществлять контролируемые экспериментальные наблюдения, сочетающие в себе особенности естественного наблюдения и соответствующего экспериментального контроля [90].

Наблюдение за детьми осуществлялось с помощью специально разработанного протокола и было направлено на выявление наличия и выраженности у ребенка переживаний, тревожности; для оценки преобладающего фона настроения, определения особенностей взаимоотношений со взрослыми и

ровесниками (Приложение 3). Наблюдение за детьми осуществлялось нами по следующим параметрам:

- стремление ребенка к взаимодействию со взрослыми (родителями, учителями) или детьми;
- характер взаимодействия (доброжелательность, конформность, негативизм, инициативность в осуществлении контакта, робость);
- ситуации, вызывающие коммуникативные трудности у ребенка;
- особенности поведения, в том числе, в случае возникновения трудных ситуаций (тревожность, застенчивость, агрессивность).

В силу выраженности нарушений развития у детей, участников исследования, ряд стандартизированных методик, традиционно применяемых для диагностики в детском возрасте, оказались им недоступны, поэтому диагностика личностных особенностей и функциональных навыков ребенка основывалась, главным образом, на наблюдении за ними в естественных ситуациях: учебной, игровой и бытовой деятельности, их взаимоотношениями с родителями, педагогами и другими детьми.

Наблюдение за родителями и представителями старшего поколения семьи детей осуществлялось с целью изучения формы и характера их взаимоотношений в естественных условиях как с ребенком по время совместной деятельности (принятие пищи, одевание, совместная учебная или игровая деятельность, экскурсии), так и с другими взрослыми (педагогами, членами семьи и др.); особенностей коммуникации (доброжелательность, безразличие, жесткость и др.); наличие проблемных ситуаций и способов разрешения таких ситуаций родителями.

Такое наблюдение позволило нам выявить те проблемы взаимоотношений, которые часто остаются за пределами беседы или анкетирования взрослых членов семьи (например, характер взаимоотношений с ребенком при его встрече после занятий: доброжелательность, отстраненность, холодность и др.).

Нами также применялся *метод изучения медицинской документации* для уточнения характера нарушений ребенка и определения форм и методов взаимодействия с ним в ходе проведения диагностических и коррекционных мероприятий.

Метод беседы использовался в процессе наблюдения и изучения анамнеза детей. Он предусматривает прямое или косвенное получение исследователем сведений об испытуемом, и позволяет не только выявить социально бытовые и биографические особенности семьи ребенка с ОВЗ, но и определить присущие членам семьи особенности личностных реакций и отношений к тем или иным явлениям.

Беседа с родителями, бабушками/дедушками, позволила нам установить доверительные отношения с родителями и другими значимыми взрослыми, получить дополнительные сведения о семье ребенка, распределении ролей и характере взаимоотношений, выявить родительские переживания, обсудить потребности семьи и определить перечень основных вопросов, которые будут решаться в ходе диагностической работы.

Нами была составлена *Авторская Анкета для Родителей, бабушек/дедушек*, предназначенная для заполнения членами семьи ребенка с ОВЗ (Приложение 3). Анкета позволяет составить представление о социально-бытовых условиях жизни семьи, составе семьи, гендерных ролях, а также выявить наличие тех или иных потребностей, связанных с воспитанием и обучением ребенка. Среди социально-экономических характеристик чаще всего выделяют жилищные условия и семейный бюджет.

Один из разделов анкеты был посвящен изучению поведенческих и характерологических особенностей детей.

Анкетирование дало возможность выявить еще одну важную для семьи проблему – социальное окружение семьи. С другой стороны, анкетирование позволило определить также наличие факторов, стабилизирующих межличностные отношения в семье, к которым относятся наличие единых ценностей, интересов и способов совместного проведения досуга.

Следующая группа методов исследования характера взаимоотношений в семье базируется на *оценке и самооценке индивидуальных различий* в поведении и опыте людей.

Опросники представляют собой своего рода «самоотчет» испытуемого и предполагают ответы на вопросы или утверждения, касающиеся характера, ценностей, установок, мотивов, чувств, интересов испытуемого. При этом в опросниках нет и не может быть «правильных» и «неправильных» ответов, т.к. они отражают личное отношение человека к тем или иным высказываниям.

Опросники позволяют получить довольно точную, полную и систематизированную информацию об особенностях личности, стандартизация обработки результатов позволяет компенсировать личные предубеждения или пристрастия исследователя. Кроме того, простота метода позволяет использовать его даже человек, имеющему относительно небольшую специальную подготовку.

Несмотря на это применение таких тестов имеет определенные ограничения, которые необходимо принимать во внимание при исследовании. В силу явной для испытуемого направленности опросников, особенно в случае одномерных тестов, бывает затруднительно гарантировать защищенность результатов исследования от преднамеренного обмана, влияния эталонов социальной желательности и установочного поведения (Kleinmuntz, 1982) [90]. Исследователь зависит от готовности испытуемого предоставить о себе достоверную информацию, что в ряде случаев невозможно гарантировать.

При оценке результатов опросников необходимо также учитывать склонность некоторых людей отвечать на вопросы определенным образом независимо от содержания материала, например, одни люди положительно чаще, чем другие. Во избежание искажения результатов исследования личностных особенностей испытуемого необходимо сопоставлять информацию, полученную с помощью личностных опросников, с данными объективной оценки личности и результатами, полученными с помощью проективных методов.

Диагностика *индивидуально-личностных свойств* участников интеракции, которые влияют на процесс общения, широко используется в психодиагностике

для оценки межличностных отношений. Для обеспечения валидности, используемых методик, необходимо выделить те индивидуальные качества и свойства личности, которые влияют на характер межличностных отношений. В настоящее время создано множество тестов и шкал для измерения таких свойств, как стиль лидерства, авторитарность, совместимость, тревожность, личностные ценности и т.д. Большинство исследователей создают методики исходя из выбранного подхода к пониманию влияния тех или иных качеств личности на характер взаимоотношений и конкретных задач исследования.

В нашем исследовании мы остановились на нескольких методиках, позволяющих наиболее полно изучить весь спектр параметров важных для функционирования семейной системы, включая личностные особенности родителей и характер межличностных отношений в семье, включая уровень гибкости и сплоченности, характер коммуникации в семье, аффективную вовлеченность и аффективное реагирование, особенности отношения к ребенку, разнообразие чувств по отношению к нему в процессе осуществления воспитательных мероприятий, степень эмоционального принятия ребенка, уважения и симпатии, уровень контроля и требовательность в соблюдении дисциплины. Важно отметить, что

Методика диагностики межличностных отношений Т.Лири (Leary's Interpersonal Behavior Circle, Interpersonal Circumplex) разработанная американским психологом Тимоти Лири (Timothy Leary) и адаптированная Людмилой Николаевной Собчик в 1970-х годах, предназначена для исследования представлений субъекта о себе реальном и идеальном, и позволяет выявить преобладающий тип отношения к людям в процессе межличностного взаимодействия [69].

В основе лежит разработанная Т.Лири круговая модель (Leary Circumplex), которая является двумерным представлением личности, организованным вокруг двух основных осей, имеющих соответственно четыре полюса: доминирование-подчинение и дружелюбие-агрессивность. Оси разделяют окружность на квадранты, которые для большей детализации могут быть разделены на 16

секторов, но чаще используются октанты, ориентированные вокруг двух главных осей.

Т. Лири утверждал, что многообразие проявлений личности можно рассматривать как сочетание этих двух осей, и каждая человеческая черта может быть отображена как векторная координата внутри этого круга.

Теоретически, личность человека, отличающегося оптимальным характером межличностных отношений, может быть отображена точкой на пересечении двух осей, в то время как индивидуумы, проявляющие крайние черты личности, будут отображаться точкой, расположенной на окружности круга.

Опросник содержит 128 оценочных суждений, которые характеризуют один из восьми типов межличностных отношений (авторитарный, эгоистичный, агрессивный, подозрительный, подчиняемый, зависимый, дружелюбный, альтруистический). При обработке результатов подсчитывается число суждений по каждому из восьми типов отношений. Максимально возможная оценка 16 баллов, но она разделена на четыре степени выраженности отношения:

- 0 - 4 балла: низкая степень выраженности (адаптивное поведение);
- 5 - 8 баллов: умеренная степень выраженности (также адаптивное поведение);
- 9 - 12 баллов: высокая степень выраженности (экстремальное поведение);
- 13 - 16 баллов: экстремальная степень выраженности (экстремальное до патологии поведение).

Диагностика сплоченности и гибкости семейной системы

FACES-3, Олсон Д.

Методика дает возможность определить уровень сплоченности и гибкости семьи и уровень удовлетворенности/неудовлетворенности супругов браком. Ряд исследований показывает, степень удовлетворения браком напрямую связана со сбалансированностью показателей по уровню сплочённости и гибкости семьи (Лидерс А.Г.) [42].

Д.Олсон (Olson, Gorall, 2007) предположил, что разработанная им «круговая модель» (circumplexmodel) функционирования семьи позволяет оценить характер

межличностных отношений в семье. Модель включает три параметра: сплоченность, гибкость (адаптация) и дополнительный параметр - коммуникация.

Сплоченность семьи характеризуется степенью выраженности эмоциональной близости и привязанности членов семьи друг к другу. На одном полюсе шкалы максимальная разобщенность, когда члены семьи мало взаимодействуют друг с другом, редко занимаются делами вместе и склонны решать проблемы самостоятельно, на другом сцепленность, когда члены семьи чрезмерно зависят друг от друга, испытывают давление, вынуждающее их замыкаться на выполнении общей деятельности, игнорируя свои личные особые потребности.

Гибкость — это способность семьи меняться в ответ на стрессовую ситуацию. На этой шкале выделяют полюсы ригидности и хаотичности. Ригидные семьи не меняются в ответ на стресс; хаотические семьи характеризуются нестабильностью и непрерывными переменами. Ригидная семья с трудом может приспособиться к новым условиям, жесткая фиксация семейных ролей и обязанностей может снижать уровень функционирования семьи в изменяющихся условиях жизни. В хаотичных семьях почти нет четких правил, часто в семье отсутствует лидер или возможна бесконечная борьба за власть и частая смена ролей.

Параметры гибкости и сплоченности служат осями системы координат, составляющей графическое выражение данной модели, параметр коммуникация на круговой модели наглядно не представлен. По мнению Д.Олсона, успешное функционирование семьи предполагает наличие баланса между сплоченностью и разобщенностью, гибким реагированием на перемены и чувством стабильности.

Умеренные показатели по обеим осям говорят об успешном функционировании семейной системы, семьи демонстрирующие умеренные показатели являются сбалансированными. Экстремальные значения по той или иной оси по мнению автора свидетельствуют о нарушении функционирования семьи, а семьи считаются экстремальными или несбалансированными [116].

Определение уровня удовлетворенности семейной жизнью. Опросник спроектирован таким образом, что позволяет оценить не только то, как члены семьи воспринимают свою реальную семью, но и то какой бы они хотели ее видеть. Разница между реальной и идеальной оценкой определяет степень удовлетворенности существующей семейной системой. «Идеальная» модель семьи дает представление о потребности в изменении характера взаимоотношений, которую испытывает опрашиваемый. Чем больше расхождение между идеальной и реальной моделью семьи, тем больше степень неудовлетворенности существующей семейной системой [42].

При оценке уровня удовлетворенности браком мы также можем отдельно анализировать такие показатели как степень близости между членами семьи, наличие эмоциональных связей и общих интересов, а также характер взаимоотношений родителей и детей, включая уровень контроля за ребенком и степень требовательности выполнения дисциплинарных норм. Данные показатели существенно влияют как на способность родителей исправляться со стрессом, связанным с рождением особого ребенка, так и на формирование личностных особенностей ребенка.

Исследования показывают, что экстремальный уровень функционирования семьи ассоциирован с определенными проблемами семьи, такими как эмоциональные или сексуальные проблемы, наличие у кого-либо из членов семьи психических отклонений или тяжелых хронических заболеваний, а также асоциальное или противоправное поведение несовершеннолетних членов семьи.

Подавляющее большинство зарубежных исследований по модели Д.Олсона проводились на семьях, представляющих американские или европейские культурные традиции, и актуальность этой модели для других культур детально не проработана. Тем не менее отдельные кросс-культурные исследования показывают, что сбалансированный уровень семейной системы в данной модели оптимален для семей, придерживающихся западных культурных традиций, высоко ценящих автономию и свободу. В то же время другие культуры демонстрируют и поощряют крайнюю степень семейной сплоченности или

ригидности. Например, исследования показывают, что в странах Азии семьи склонны подчеркивать взаимозависимость, гармонию и взаимные обязательства, и именно сплоченный и ригидный тип функционирования является нормативным для восточной культуры [117].

Опросник «*McMaster Family Assessment Device*» (FAD) был разработан Epstein, Baldwin & Bishop в 1983 для оценки особенностей функционирования семейной системы в рамках семейного подхода МакМастера (McMaster Approach to Families) [120].

По сравнению с круговой моделью Д.Олсона, этот подход подразумевает, что для оценки семьи необходимо учитывать множество параметров.

1. Решение проблем. Длительная неспособность преодолеть возникающие трудности свидетельствует о неэффективности функционирования семьи и угрожают ее стабильности.

2. Коммуникация. Уровень вербальной коммуникации в семье оценивается по следующим параметрам: инструментальная, аффективная, прямая или косвенная, открытая или маскированная.

3. Роли. Данный параметр определяют характер распределения обязанностей членов семьи.

4. Аффективная реактивность характеризует выраженность эмоциональных реакций в диапазоне от гнева, с одной стороны, до любви и нежности, с другой.

5. Аффективная вовлеченность — это степень участия членов семьи в жизни друг друга, а также готовности оказать помощь и поддержку.

6. Контроль поведения определяет способность членов семьи устанавливать и поддерживать приемлемые нормы и правила поведения в различных ситуациях.

Нами был переведен и адаптирован вариант опросника состоящий из 53 пунктов, разделенных на семь областей функционирования семьи: способность семьи к решению проблем, коммуникации в семье, семейные роли, аффективную вовлеченность, аффективное реагирование, контроль и общее функционирование.

Опросник предполагает ответы по 4-х балльной шкале (полностью согласен, согласен, не согласен, категорически не согласен). Более высокие значения по шкале соответствуют более успешному уровню функционированию семьи в соответствующей области жизнедеятельности. Надежность опросника была проверена Эпштейном и соавторами в 1983 году на 503 респондентах в возрасте 12 лет [107].

Опросник родительского отношения - ОРО (А.Я.Варга, В.В.Столин) позволяет изучить типы воспитания ребенка с ОВЗ, используемые в семье, особенности родительского отношения, включая поведенческие стереотипы по отношению к ребенку, особенности восприятия характера и поведения ребенка родителями и другими взрослыми в семье, разнообразие чувств по отношению к ребенку. В результате исследования можно выделить следующие компоненты родительского отношения: на когнитивном уровне выявляют степень принятия-отвержения родителем ребенка; на эмоциональном уровне определяют межличностную дистанцию между родителем и ребенком; на поведенческом уровне устанавливают форму и направление контроля за поведением ребенка.

Опросник состоит из пяти шкал:

1. Шкала "Принятие-отвержение" отражает степень эмоционального принятия родителем ребенка.
2. Высокие баллы по шкале "Кооперация" свидетельствуют о формировании оптимального типа родительского отношения, при котором родитель соблюдается баланс между предоставлением самостоятельности ребенку и оказанием ему необходимой помощи.
3. Высокие баллы по шкале "Симбиоз" говорят о наличии симбиотической связи родителя с ребенком.
4. Шкала "Авторитарная гиперсоциализация" описывает степень контроля родителя за поведением ребенка.
5. Высокие баллы по шкале "Маленький неудачник" свидетельствуют о стремлении родителя инфантилизировать ребенка, приписать ему беспомощность, неспособности и оградить от возникающих проблем.

Следующим методом исследования является *проективный метод*. Он возник под влиянием теории психоанализа и первоначально предназначался в помощь клиническим психологам, исследующим эмоциональные нарушения пациентов. В основе метода лежит положение теории Фрейда, согласно которому неосознаваемые процессы обуславливают поведение человека и важны для понимания психопатологии, поэтому именно раскрытие неосознаваемых или не вполне осознаваемых конфликтов личности, ее страхов, переживаний стало целью данного метода. Термин проективный метод был предложен Л.Франком для обозначения методов оценки личности, в которых испытуемым предъявляются нечеткие неопределенные стимулы, позволяющие людям проецировать на неопределенный материал свои установки, потребности и отношения к жизни. Е.Т.Соколова считает, что, будучи ориентированным на изучение неосознаваемых форм мотивации, проективный метод является «едва ли не единственным собственно психологическим методом проникновения в наиболее интимную область человеческой психики» [71].

Внутренние неосознанные переживания человека, определяющие «пристрастность» личности, могут и не выявляться при использовании методов самоотчета или наблюдения, но могут опосредованно выявляться в реакциях на стимулы проективных методик. Стимульный материал, применяемый в проективных методиках, апеллирует к прошлому человека и приобретает для испытуемого особый личностный смысл, обнаруживает индивидуальные значимые переживания личности, раскрывают ее мотивы и ценности.

Е.Т.Соколова отмечает, что проективные методы позволяют выявить такие характеристики личности как стиль взаимоотношений (конформность, лидерство, авторитарность, демократизм), ведущие мотивы и пути их реализации, гармоничность или конфликтность аффективной сферы, самооценку и меры ее осознанности, адекватности [71].

Проективные методы имеют как достоинства, так и недостатки.

Сторонники проективных методов подчеркивают, что неоднозначность тестовых стимулов позволяет скрыть от испытуемого истинную цель

обследования и снизить вероятность фальсифицированных и установочных ответов. С другой стороны, проективные тесты недостаточно стандартизированы, т.к. отсутствует четкая процедура их проведения, оценки и интерпретации. Оценка результатов исследования зависит от опыта и интуиции исследователя, что делает их чрезвычайно ненадежными.

Еще одним серьезным аргументом противников проективных методов является отсутствие достаточно убедительных доказательств валидности проективных тестов (Aiken, 1984; Peterson, 1978) [90]. Таким образом, проективные методы следует применять в контексте комплексной диагностики, включающей помимо проективных тестов и другие методы, такие как наблюдение и тесты самооценки.

Все проективные методики имеют ряд важных особенностей. Все они содержат неопределенные, нечеткие тестовые стимулы, благодаря такой неопределенности испытуемый обладает достаточной свободой в выборе ответов. В инструкции к тестам отсутствует информация о цели исследования и способах оценки результатов, что минимизирует фактор социальной желательности и оценочности решений. Более того, исследователь всегда подчеркивает, что не существует правильных или неправильных ответов, испытуемый вправе отвечать так, как ему хочется.

К достоинствам методик оценки межличностных отношений на основе субъективных предпочтений, несомненно, относятся простота применения, легкость обработки материала и наглядность представления результатов. В тоже время данным методики имеют определенные недостатки, которые необходимо учитывать. Во-первых, сознательная оценка может кардинально изменяться под влиянием социальных установок, отношения к процессу исследования или вследствие психологической защиты. Во-вторых, не выявлены механизмы отражения эмоционального отношения к тому или иному объекту в сознании личности, иначе говоря неясно какие именно психологические реалии выявляются с помощью социометрических техник в каждом отдельном случае.

Наиболее известной методикой, относящейся к данной группе является *Социограмма*, которая представляет собой графическое изображение системы межличностных взаимоотношений, на котором каждый член группы обозначается специальным знаком, например, кругом, с номером внутри, а сами отношения отображаются стрелками разных цветов. Различают индивидуальную социограмму, в которой изображены связи одного члена группы, значок которого располагается в центре, с другими членами группы, значки которых располагаются вокруг на расстоянии пропорциональном порядку выбора.

Э.Г.Эйдемиллер предложил вариант *«Семейная социограмма»* для выявления характера межличностных отношений в семье. В.В.Ткачева модифицировала методику Э.Г.Эйдемиллера в соответствии с задачами изучения семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. В предложенном ею варианте методика предполагает изучение семьи на трех этапах ее существования: до рождения проблемного ребенка, после рождения и в настоящее время. Такой подход позволяет не только проанализировать характер межличностных отношений в семье, но и оценить динамику развития отношений. Именно эту методику, социограмму *«Моя семья»* В.В.Ткачевой, мы использовали при проведении нашего исследования [41].

Диагностика детей с ОВЗ

В настоящее время, для психодиагностики детей широко используются проективные методики, объединенные в группу *«Рисунок семьи»*, который мы также использовали в нашем исследовании. Существуют различные модификации этой методики. Некоторые авторы предлагают ребенку нарисовать свою семью и анализируют последовательность рисования членов семьи, их пространственное расположение, пропускание в рисунке членов семьи и различия в формах и пропорциях [42].

В *диагностический комплекс для детей с ОВЗ* и здоровых детей с целью определения приоритетов ребенка в отношениях с близкими и значимыми людьми вошли *проективные методики*: *«Рисунок семьи»*, *«Лесенка для детей»* (В.В.Ткачёва), *«Два дома»* (И. Вандвик, П. Экблад) [41]. В силу выраженности

нарушений развития у детей с ОВЗ, участников исследования, диагностика личностных особенностей и функциональных навыков основывалась, главным образом, на *наблюдении* за ними в естественных ситуациях, в связи с чем были разработаны протоколы наблюдений. Сравнительный анализ данных о характерологических и поведенческих особенностях детей с ОВЗ и здоровых детей проводился на основе методов наблюдения, беседы и анкетирования родителей.

В исследовательской работе используются методы *статистической обработки данных*: коэффициент корреляции Пирсона, критерий Стьюдента, критерий χ^2 (хи-квадрат), критерии Манна-Уитни.

Задачей индуктивной статистики является определение того, обусловлено ли различие двух распределений действием независимой переменной, или случайностью, связанной с малым объемом выборки. [19].

При этом возможны две гипотезы:

- 1) нулевая гипотеза (H_0), согласно которой разница между распределениями недостоверна, а независимая переменная не оказывает никакого влияния;
- 2) альтернативная гипотеза (H_x), в соответствии с которой различия между двумя распределениями достаточно значимы и обусловлены влиянием независимой переменной.

В гуманитарных науках, и в частности в психологии, принято считать, что нулевую гипотезу можно отвергнуть в пользу альтернативной гипотезы, если по результатам статистического теста вероятность случайного возникновения найденного различия не превышает 5 из 100 ($p \leq 0,05$).

Для оценки вероятности ошибиться, принимая или отвергая нулевую гипотезу, применяют статистические методы, которые должны соответствовать особенностям выборки.

Так, для анализа количественных данных, в случае, если распределения близки к нормальным, используют параметрические методы, основанные на таких показателях, как средняя и стандартное отклонение. Например, для определения

достоверности разницы средних для двух выборок мы применяли метод Стьюдента.

В случае анализа качественных значений выборок, а также если выборки слишком малы используют непараметрические методы. В нашей работе мы использовали критерий χ^2 (хи-квадрат) для качественных данных и критерии Манна-Уитни для качественных (порядковых) данных.

Кроме того, при выборе статистического метода необходимо учитывать, являются ли те выборки, средние которых сравниваются, независимыми (например, взятыми из двух разных групп испытуемых) или зависимыми (представляющими собой результаты одной и той же группы испытуемых до и после воздействия на них определенного фактора или после влияний двух различных факторов).

Выводы по главе 2

1. Составлена группа, включающая 174 человек из 60 семей (100%). В том числе 89 человек экспериментальной группы, представляющие 30 семей детей с ОВЗ, а также 85 человек группы сравнительного анализа, представляющие 30 семей здоровых детей.

2. Подобран, сконструирован и теоретически обоснован диагностический комплекс для изучения особенностей функционирования семей. В него вошли следующие методы и методики исследования.

Наблюдение за детьми с ОВЗ в естественных ситуациях на основе выделенных параметров, которые в силу выраженности нарушений не могли выполнить задания по проективным методикам, в связи с чем был составлен Протокол наблюдения (Приложение 3)

В *диагностический комплекс* для детей с ОВЗ и здоровых детей также вошли экспериментальные проективные методики:

- Методика «Рисунок семьи»
- Методика «Лесенка для детей» (В.В. Ткачёва)
- Методика «Два дома» (И. Вандвик, П. Экблад)

При исследовании взрослых членов семьи ребенка с ОВЗ мы использовали:

- Наблюдение;
- Беседу с родителями, бабушками/дедушками;
- Авторскую Анкету для родителей, бабушек/дедушек.

В диагностический комплекс для взрослых (родители, бабушки, дедушки) вошли такие методики как:

- Методика диагностики межличностных отношений ЛИРИ (Т.Лири);
- Социограмма «Моя семья» (В.В.Ткачева);
- Методика диагностики сплоченности и гибкости семейной системы FACES-3 (Д.Олсон);
- Опросник родительского отношения (А.Я.Варга, В.В.Столин);
- Опросник «McMaster Family Assessment Device» (FAD).

Таким образом, разработанная нами программа комплексного диагностического исследования всех членов семьи ребенка с ОВЗ позволяет *определить, как интегральные характеристики семейных взаимоотношений* (структуру семьи, характер распределения ролей), так и *отдельные феномены отношений в семье* (характер взаимодействия между членами семьи и поведенческие стереотипы родителей по отношению к ребенку). Диагностический комплекс использовался для получения сравнительных данных между результатами изучения семей детей с ОВЗ и семей, воспитывающих здоровых детей.

Глава 3. Результаты сравнительного исследования личностных особенностей и межличностных отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, и в семьях здоровых детей

3.1. Изучение характера межличностных отношений взрослых членов семей, участвовавших в исследовании

Важно отметить, что в процессе проведения диагностической процедуры взрослых членов семьи, мы воспринимали и родителей, и прародителей как единую подсистему, как лиц, участвовавших на равных в воспитании, развитии и социализации ребенка с ОВЗ.

Диагностика характера *отношения к людям* в процессе межличностного взаимодействия (типов межличностных отношений (ТМО)) взрослых членов семей проводилась с помощью методики ЛИРИ. Данные представлены на рисунке 1.

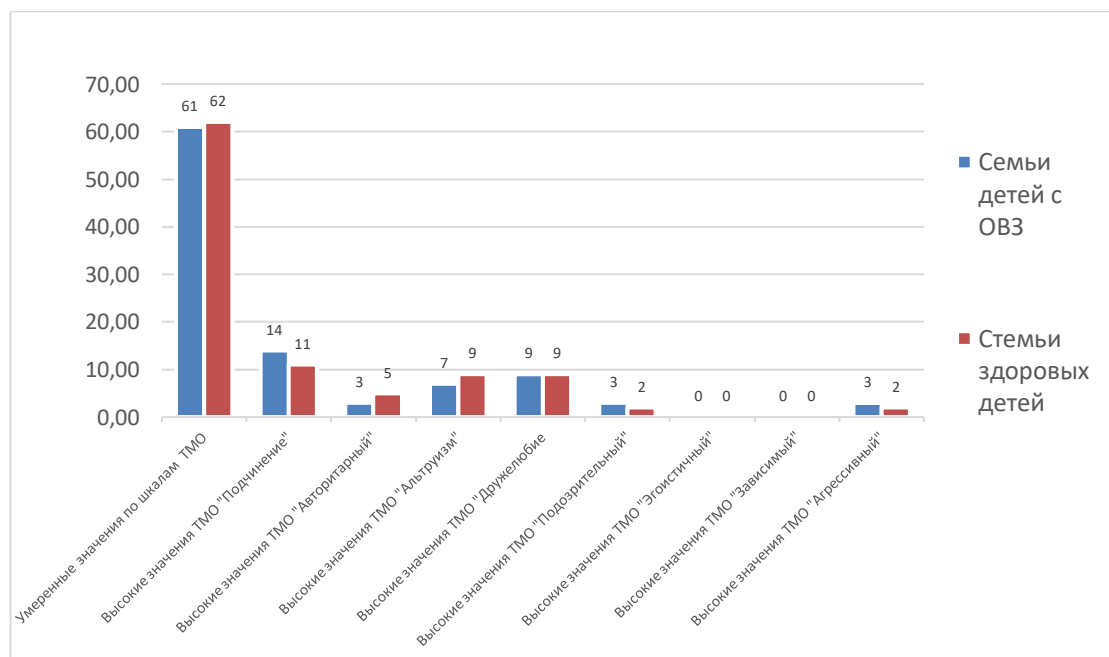


Рисунок 1. Количественные характеристики (в %) типов межличностных отношений в семьях детей с ОВЗ и семьях здоровых детей (методика диагностики межличностных отношений Т.Лири)

Исследование показало, что результаты 39% всех взрослых членов семей детей с ОВЗ по тому или иному типу межличностных отношений (ТМО)

превышают 8 баллов, что свидетельствует об акцентуации свойств, выделяемых данным фактором и обуславливают экстремальный тип поведения (3% по фактору «Доминирование» ТМО «Авторитарный», 3% ТМО «Подозрительный» и «Агрессивный», 14% ТМО «Подчинение», 9% ТМО «Дружелюбие», 7% ТМО «Альтруизм»).

В семьях экспериментальной группы 61% взрослых демонстрируют значения показателей всех типов межличностных отношений (ТМО) менее 8, что свойственно гармоничным личностям и соответствует адаптированному стилю поведения.

Среди семей здоровых детей 38% имеют высокие баллы по тому или иному типу межличностных отношений (ТМО) (5% ТМО «Авторитарный», 2% ТМО «Подозрительный» и «Агрессивный», 11% ТМО «Подчинение», 9% по ТМО «Дружелюбие», 9% по ТМО «Альтруизм»), а 62% взрослых демонстрируют значения показателей всех типов межличностных отношений (ТМО) менее 8, что свойственно гармоничным личностям.

Среди экстремальных типов поведения в обеих группах (детей с ОВЗ и здоровых детей) наибольшее распространение получили ТМО «Подчинение», «Дружелюбие» и ТМО «Альтруизм». Среди участников группы детей с ОВЗ выявлены взрослые с показателями, достигающими уровня 14-16, что свидетельствует о выраженных трудностях социальной адаптации, а также склонности к компромиссам, уступкам, податливости и покорности.

Важно отметить, что экстремальные баллы по шкалам ТМО «Дружелюбие», ТМО «Альтруизм» и ТМО «Подчинение» могут свидетельствовать о податливости и склонности к компромиссам и в последнем случае даже к уступкам и покорности. Данные результаты коррелирует с данными беседы и наблюдения, и демонстрируют отсутствие у родителей волевых лидерских качеств, а также о стремлении подчиняться более сильному партнеру, уступать. Такие особенности взрослых обуславливают трудности с формированием в семье иерархии родитель-ребенок, что препятствует формированию нравственных и волевых качеств

ребенка, усвоению ребенком норм и правил социального взаимодействия и, таким образом, свидетельствует о дисфункциональности семьи.

Выписка

из протокола консультирования семьи Гриши К.

(РАС, умеренная умственная отсталость)

Проживает с отцом и матерью. Отец работает, мать занимается воспитанием сына. Исследование выявило у матери экстремально высокие значения (14 баллов) по шкале ТМО «Подчинение».

С раннего возраста у ребенка выработалась привычка крепко сжимать руку матери и впиваться в нее ногтями. Постепенно мальчик стал наносить матери все более глубокие царапины. Мать никогда не отнимет руку и терпит боль. Она объясняет свое поведение так: «Гриша волнуется, а так он успокаивается, надо дать ему закончить, чтобы он мог совсем успокоиться!». В более старшем возрасте Гриша начал наносить царапины педагогам и воспитателям, особенно в случаях неудач при выполнении заданий или при нежелании следовать режимным моментам.

Только 3% взрослых членов семей экспериментальной группы имеют высокие баллы по фактору «Доминирование» ТМО «Авторитарный», что предполагает наличие у взрослого таких качеств как лидерство, властность, стремление руководить.

Выписка

из протокола консультирования семьи Андрея П. (РАС)

Ребенок проживает с отцом, матерью и бабушкой. Родители имеют высшее образование. В семье доминирует мать, которая демонстрирует экстремальные значения показателей ТМО «Авторитарный», а остальные взрослые (отец и бабушка) в целом согласны с таким характером распределения власти. Отец, имеет высокие баллы по фактору «Дружелюбие» и испытывает определенную эмоциональную отчужденность, но в целом не стремится взять на себя власть и ответственность в семье, и не претендует на влияние на ребенка. В отсутствие матери заботу о ребенке берет на себя бабушка, которая демонстрирует образец подчинения матери: «Вот мама придет, она скажет, как надо».

Ребенок легко и охотно подчиняется требованиям взрослых и правилам дисциплины, агрессию не проявляет. С ровесниками доброжелателен, и чрезвычайно доверчив. В то же время ребенку свойственны такие черты как несамостоятельность, покорность, неумение постоять за себя. В случае возникновения проблемной ситуации стремится получить помощь и защиту взрослого.

Для выявления различий показателей ТМО между взрослыми членами семей детей с ОВЗ и семей здоровых детей мы использовали непараметрический статистический критерий Манна-Уитни. Обоснование применения данного критерия для выявления различий показателей в двух несвязных выборках приведено в приложении (Приложение 1, таблицы 1.1 -1.3).

По критерию Манна-Уитни статистических различий в характере отношений к людям взрослых членов семей детей с ОВЗ и взрослых группы сравнительного анализа *не выявлено*. Представление каждого из восьми типов межличностных отношений, выделенных Т. Лири (авторитарный, эгоистичный, агрессивный, подозрительный, подчиняемый, зависимый, дружелюбный, альтруистический) в обеих группах (семей детей с ОВЗ и семей сравнительного анализа) не имеет статистически значимых различий. Данные приведены в таблице 4.

Таблица 4 - Применение критерия Манна-Уитни к показателям типов межличностных отношений (Т.Лири) взрослых из семей детей с ОВЗ и семей из группы сравнительного анализа

	Автори тарный	Эгоис тичный	Агрес сивный	Подо зритель ный	Подчи нение	Зависи мый	Друже любный	Альтру изм
Статистика U Манна- Уитни	1449,500	1457,000	1606,500	1599,000	1401,500	1289,000	1341,000	1529,500
Статистика W Уилкок сона	3219,500	3227,000	3376,500	3139,000	3171,500	3059,000	3111,000	3299,500
Z	-,988	-,953	-,091	-,134	-1,262	-1,910	-1,607	-,530
Асимпт. знч. (двухсторо нняя)	,323	,341	,927	,893	,207	,156	,108	,596

Диагностика *уровня функционирования* семейной системы проводилась по методике FACES-3, Д.Олсон.

Оценка уровня функционирования семьи осуществлялась с применением методики Д.Олсона на основании совокупных показателей сплоченности и

гибкости, а также отдельных параметров, входящих в состав совокупных показателей.

Оценка удовлетворенности семейными отношениями

Методика предполагает изучение оценки не только *реальной* семейной системы, но и *идеальной*. Расхождение в оценках обеих систем свидетельствует о неудовлетворенности характером функционирования семьи.

Идеальная модель семейной системы представляет собой ожидания взрослых членов семьи относительно межличностных отношений взрослых членов семьи, включая степень эмоциональной близости и поддержки, характер распределения ролей, способы решения проблемных ситуаций, а также характер взаимоотношений с ребенком, в том числе уровень требовательности и опеки по отношению к ребенку. *Реальная* модель — это оценка существующей ситуации в семье. Расхождение между реальной жизнью семьи и ожиданиями индивида и порождает переживание неудовлетворенности как межличностными отношениями в семье, так и браком в целом.

Исследование показало статистически достоверные расхождения в показателях оценки *реальной* семьи и в представлениях участников эксперимента о том, какой должна быть семья *идеальная* семья как для взрослых из семей детей с ОВЗ, так и для взрослых из группы сравнительного анализа по показателям сплоченности, адаптации (гибкости), а также параметрам дисциплины и контроля. Данные приведены в таблицах 5, 6.

Таблица 5 – Различия между реальными и идеальными показателями параметров сплоченности и адаптации (гибкости) по критерию *t* – Стьюдента в семьях детей с ОВЗ

Показатели методики Д.Олсона	Семьи детей с ОВЗ, n=59				t	Достоверность различий, <i>p</i>
	Реальная модель, А		Идеальная модель, В			
	М	δ	М	δ		А/В
Сплоченность	39,9	5,7	44,6	4,9	4,70	p≤ 0,05
Адаптация	32,5	5,1	40,1	5,4	4,00	p≤ 0,05

Обозначения: М – среднее значение, δ – стандартное отклонение

Таблица 6 - Различия между реальными и идеальными показателями параметров сплоченности и адаптации (гибкости) по критерию t – Стьюдента в семьях здоровых детей

Показатели методики Д.Олсона	Семьи здоровых детей, n=55				t	Достоверность различий, p
	Реальная модель, С		Идеальная модель, D			
	М	δ	М	δ		A/B
Сплоченность	39,2	4,6	42,7	5,6	7,68	$p \leq 0,05$
Адаптация	31,5	5,2	36,1	7,3	4,57	$p \leq 0,05$

Обозначения: М – среднее значение, δ – стандартное отклонение

Нами была вычислена разница между реальными и идеальными значениями по обоим показателям (сплоченности и адаптации). Полученная разница представляют собой шкалу, которая получила название «неудовлетворенность семьей» по параметрам сплоченности и адаптации. Чем выше разница между значение реальной и идеальной семьи, тем ниже удовлетворенность семьей. Условно данную шкалу удовлетворенности семьей можно проранжировать, выделив степени «неудовлетворенности»: I легкая, II умеренная, III средняя, IV высокая. Легкая степень неудовлетворенности — это незначительная разница между образом реальной и идеальной семьи, умеренная степень соответствует умеренному различию неудовлетворенности, средняя это существенное расхождение между реальным и идеальным образом семьи, высокая степень свидетельствует о максимальном расхождении.

Исследование показало, что большинство семей детей с ОВЗ имеют высокую (IV) степень неудовлетворенности семейной системой как по показателю гибкости, так и по показателю адаптации, и демонстрируют *большую степень* неудовлетворенности семейной системой по сравнению с семьями здоровых детей. В то же время большинство семей здоровых детей демонстрируют легкую степень неудовлетворенности семейными отношениями. Данные представлены на рисунках 2 и 3.

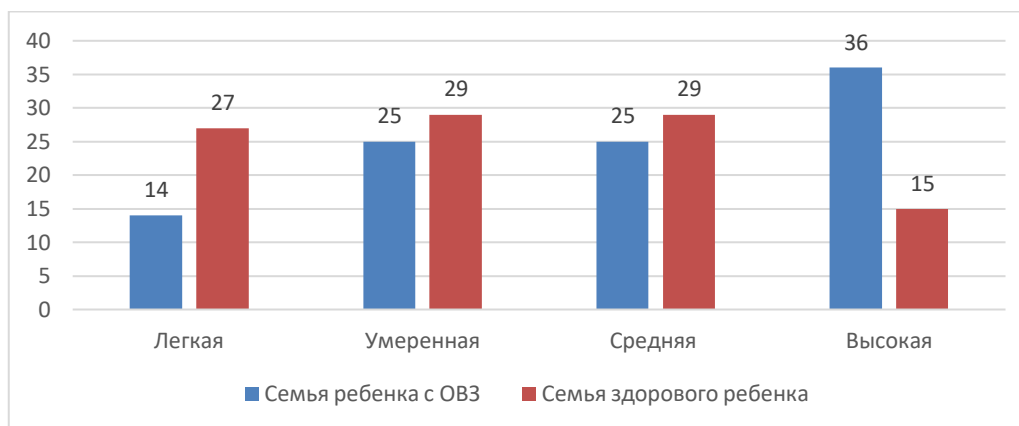


Рисунок 2. Уровни неудовлетворенностью семейной системой по показателю сплоченности в семьях детей с ОВЗ и семьях здоровых детей (в %) (методика FACES-3 (Д.Олсон))

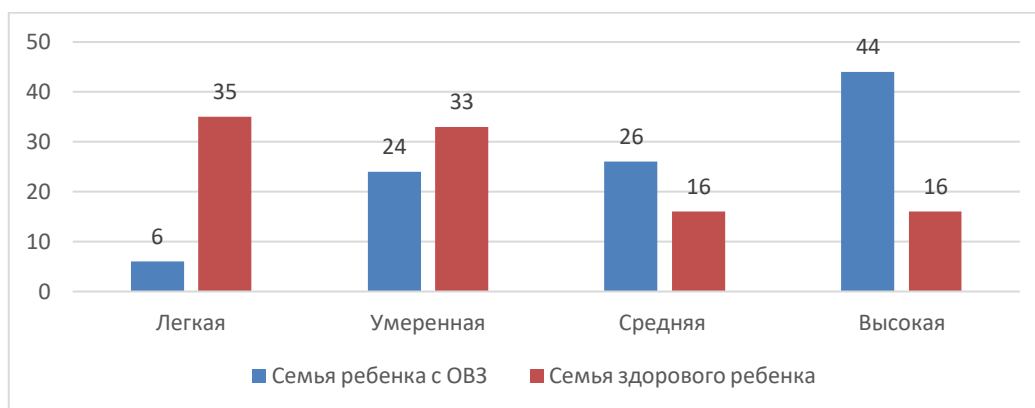


Рисунок 3. Уровни неудовлетворенностью семейной системой по показателю адаптации в семьях детей с ОВЗ и семьях здоровых детей (в %) (методика FACES-3 (Д.Олсон))

Статистический анализ показал достоверные отличия семей детей с ОВЗ и семей здоровых детей по шкале «неудовлетворенность». Данные приведены в таблице 7.

Таблица 7 - Степень неудовлетворенности семейной системой по критерию t – Стьюдента в семьях детей с ОВЗ и группы сравнительного анализа по критерию t – Стьюдента

Показатели методики Д.Олсона	Семьи детей с ОВЗ, n=59		Семьи здоровых детей, n=55		t	Достоверность различий, p
	М	δ	М	δ		
Сплоченность	4,7	4,5	3,5	4,6	1,99	$p \leq 0,05$
Адаптация	7,6	6,5	4,5	6,0	4,02	$p \leq 0,05$

Обозначения: М – среднее значение, δ – стандартное отклонение

Оценка уровня функционирования семьи

Умеренные значения показателей сплоченности и гибкости в методике Д.Олсона говорят об успешном функционировании семейной системы, а семьи демонстрирующие умеренные показатели являются сбалансированными. Экстремальные значения по той или иной оси по мнению автора свидетельствуют о нарушении функционирования семьи, а семьи считаются экстремальными или несбалансированными.

Сбалансированный тип функционирования семьи характеризуется оптимальным соотношением показателей гибкости (адаптации) и сплоченности, при котором достаточный уровень собственной независимости и ценности личных интересов сочетается с участием в общесемейных проектах, принятием совместных решений, помощью и участием в жизни друг друга.

Исследование семейной системы по методике FACES-3, Д.Олсон, показало, что лишь 17% взрослых членов семей детей с ОВЗ имеют сбалансированный тип функционирования, 60% среднесбалансированный и 23% несбалансированный тип функционирования для *«реальной»* модели.

Результаты оценки *«идеальной»* модели семейных отношений семей детей с ОВЗ значительно отличаются от реальной модели в сторону увеличения дисфункциональности. Только 3% взрослых демонстрирует сбалансированный тип функционирования, 41% среднесбалансированный и 56% несбалансированный.

Среди семей здоровых детей результаты распределились следующим образом: для *«реальной»* модели 22% взрослых демонстрируют результаты, соответствующие сбалансированному типу функционирования, 67% среднесбалансированный и 10% несбалансированный, а для *«идеальной»* модели 12%, 51% и 36% соответственно. Данные представлены на рис. 4.

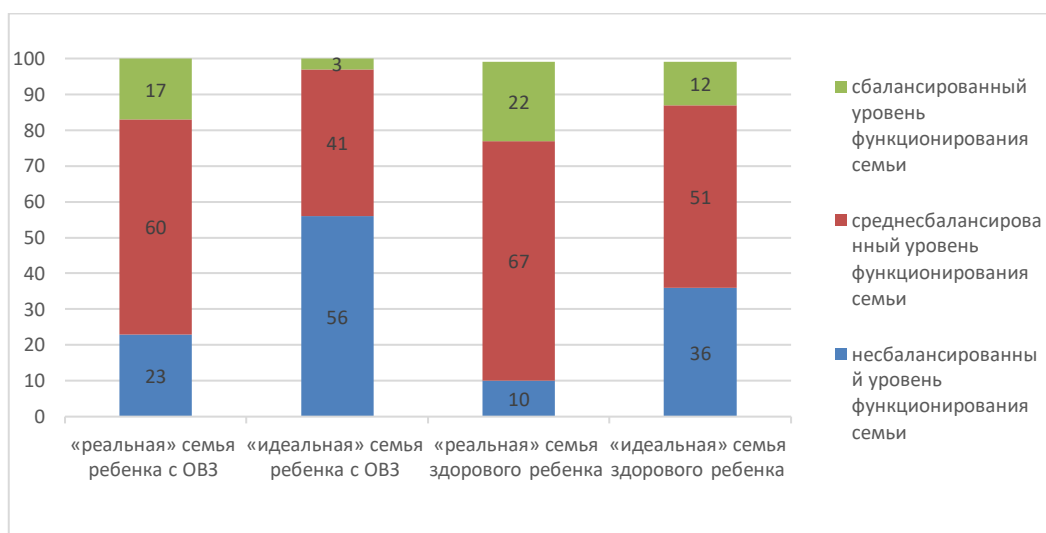


Рисунок 4. Уровни функционирования семьи в семьях детей с ОВЗ и семьях здоровых детей (в %) (методика FACES-3 (Д.Олсон))

Данные о количестве взрослых членов семей, имеющих тот или иной тип функционирования приведены в таблице 8.

Таблица 8 - Тип функционирования семейной системой в семьях экспериментальной и контрольной группы

Тип функционирования	Количество взрослых членов семей ребенка с ОВЗ		Количество взрослых членов семей здорового ребенка	
	Реальная модель, А	Идеальная модель, В	Реальная модель, С	Идеальная модель, D
Сбалансированный	10	2	12	7
Средне сбалансированный	35	24	37	28
Несбалансированный	14	33	6	20

Таким образом исследование показало, что семьи детей с ОВЗ являются менее сбалансированными и *имеют более низкий уровень функционирования* по сравнению с семьями здоровых детей.

Для выявления различия уровня функционирования семьи между взрослыми членами семей детей с ОВЗ и семей здоровых детей мы использовали непараметрический статистический критерий Манна-Уитни. Обоснование применения данного критерия для выявления различий показателей в двух несвязных выборках приведено в Приложении 1 (табл. 2.1).

По критерию Манна Уитни *выявлены статистические различия* между семьями детей с ОВЗ и семьями группы сравнительного анализа по показателю «тип функционирования» для идеальной семейной системы ($p=0,05$), что подтверждает статистически достоверные отличия в функционировании семей детей с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей по показателю «сбалансированность» функционирования семьи в методике Д.Олсона. Данные приведены в таблице 9.

Таблица. 9 - Статистические различия между экспериментальной и контрольной группой по показателю «тип функционирования» по критерию Манна Уитни

	Тип функционирования реальный	Тип функционирования идеальный
Статистика U Манна-Уитни	1389,500	1249,000
Статистика W Уилкоксона	3159,500	3019,000
Z	-1,541	-2,362
Асимпт. знч. (двухсторонняя), p	,123	,018

Оценка уровня сплоченности и гибкости семейной системы

При рассмотрении отдельных параметров функционирования: сплоченности как степени близости или разобщенности членов семьи, а также гибкости (адаптации) как способности семьи меняться в ответ на стрессовую ситуацию, мы обнаружили, что дисфункциональные изменения в идеальных представлениях семей детей с ОВЗ происходят в первую очередь за счет сдвига отношений в направлении сплоченности (сцепленности), а также ухудшение параметров дисциплины и контроля, влияющих на показатели гибкости (хаотичности) семей.

Исследование показало более высокий уровень сплоченности (сцепленности) семьи ребенка с ОВЗ по сравнению с семьей здорового ребенка. Данные представлены на рисунке 5. Тенденции к повышению уровня сплоченности (сцепленности) в семье ребенка с ОВЗ по сравнению с семьей

здорового ребенка с одной стороны соотносится с высокой степенью эмоциональной привязанности членов семьи друг к другу, но с другой стороны, она может свидетельствовать о стремлении к изменению организационной структуры семьи для того, чтобы в наибольшей степени соответствовать потребностям особого ребенка. Однако, подобные изменения могут иметь негативные последствия для семьи, так как способствуют возникновению гиперопекающего стиля воспитания и препятствуют удовлетворению интересов остальных членов семьи, в том числе развитию здорового сиблинга.

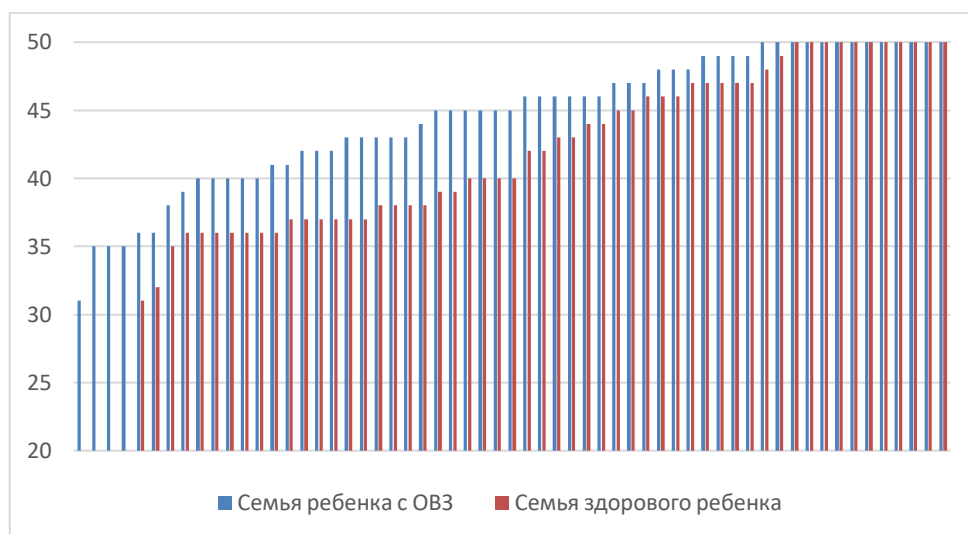


Рисунок 5. Количественные показатели уровня сплоченности в семьях детей с ОВЗ и семьях здоровых детей (методика FACES-3 (Д.Олсон))

Исследование также выявило более *высокий уровень гибкости* (адаптации) семьи ребенка с ОВЗ по сравнению с семьей здорового ребенка, который соответствует «хаотичному» типу функционирования семьи в модели Д.Олсона, и может свидетельствовать об отсутствии фиксированной структуры власти, а также об отсутствии последовательных правил функционирования, особенно в отношении регулирования родительско-детских отношений. Данные представлены на рисунке 6. В хаотичных семьях почти нет четких правил, часто в семье отсутствует лидер или возможна бесконечная борьба за власть и частая смена ролей.

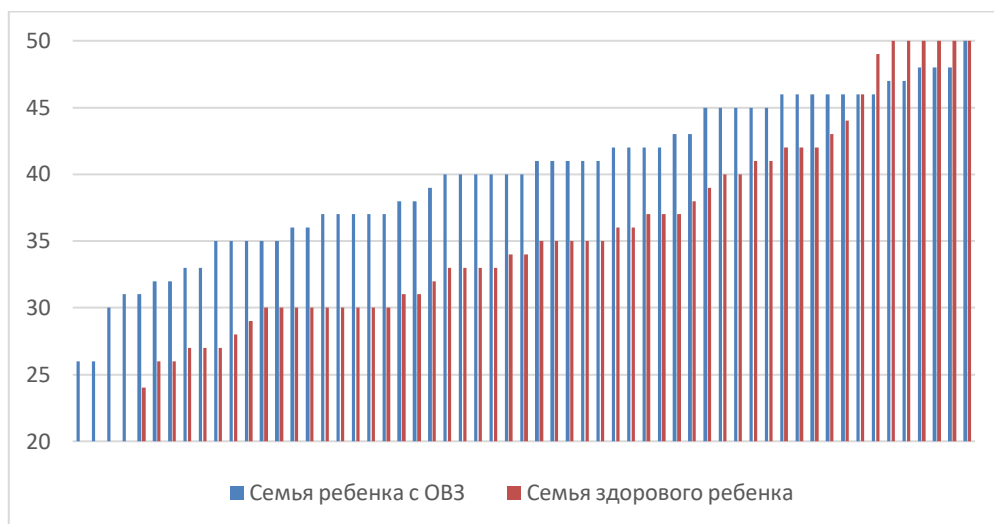


Рисунок 6. Количественные показатели уровня гибкости (адаптации) в семьях детей с ОВЗ и семьях здоровых детей (методика FACES-3 (Д.Олсон))

По критерию Стьюдента *выявляются статистические различия* между взрослыми участниками экспериментальной и контрольной групп в показателях «адаптация» и «сплоченность» для идеальной модели ($p=0,01$). Данные приведены в таблице 10.

Таблица 10 - Различия между экспериментальной и контрольной группой по показателям «сплоченность» и «гибкость» (адаптация) по критерию t – Стьюдента

Показатели	Семьи детей с ОВЗ, n=59				Семьи здоровых детей, n=55				t		Достоверность различий, p	
	Реальная модель, А		Идеальная модель, В		Реальная модель, С		Идеальная модель, D		A/C	B/D	A/C	B/D
	М	δ	М	δ	М	δ	М	δ				
Сплоченность	39,9	39,2	44,6	4,9	39,2	4,6	42,7	5,6	0,74	1,88		*
Адаптация	32,5	31,5	40,1	5,4	31,5	5,2	36,1	7,3	1,02	3,29		*

Обозначения: М – среднее значение, δ – стандартное отклонение, * - $p \leq 0,05$, ** - $p < 0,001$

Изучение иерархии родительско-детских отношений на основании значений параметров «дисциплины» и «контроля»

Исследование показало статистически достоверное превышение показателей дисциплины и контроля в семьях детей с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей для идеальной модели функционирования. Т.к. для

оценки уровня дисциплины и контроля автор использует обратные утверждения, то максимальным баллам в шкале оценок соответствует минимальный уровень дисциплины и контроля. Также было выявлено, что 76% взрослых членов семей ребенка с ОВЗ демонстрирует высокие значения параметра «контроль» (от 8 до 10) баллов при оценке идеальной семейной ситуации, что соответствует низкому уровню контроля. В семьях здоровых детей высокие значения параметра «контроль» (от 8 до 10 баллов) при оценке идеальной семейной ситуации демонстрируют 38% взрослых. Данные представлены на рисунке 7.

При оценке идеальной семейной ситуации 78% взрослых членов семей ребенка с ОВЗ демонстрирует высокие значения параметра «дисциплина» (от 8 до 10) баллов, что соответствует низкому уровню дисциплины. В семьях здоровых детей высокие значения параметра «дисциплина» (от 8 до 10 баллов) при оценке идеальной семейной ситуации демонстрируют 51% взрослых. Данные представлены на рисунке 8.

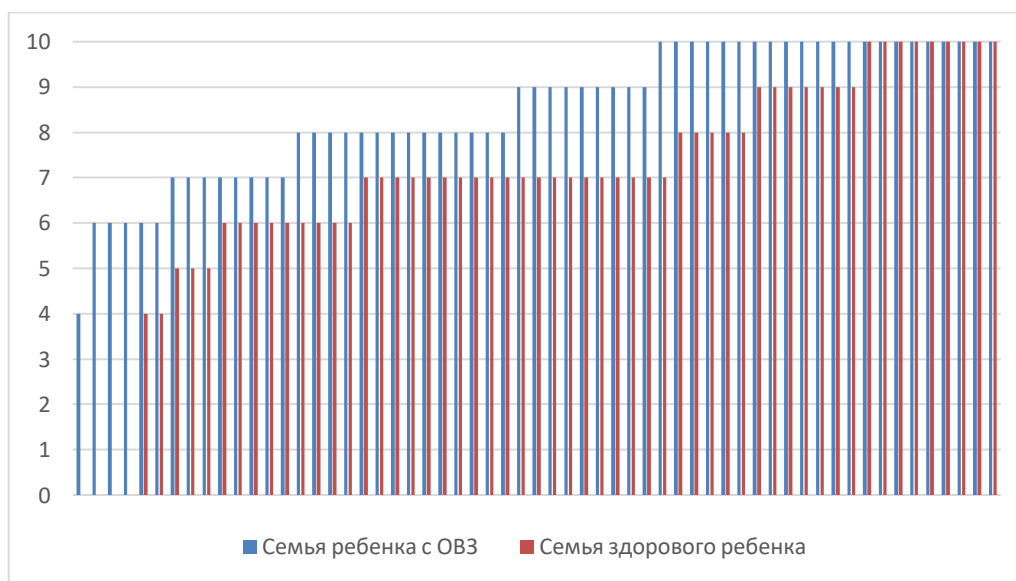


Рисунок 7. Количественные показатели уровня контроля (идеального) в семьях детей с ОВЗ и здоровых детей (методика FACES-3 (Д.Олсон))

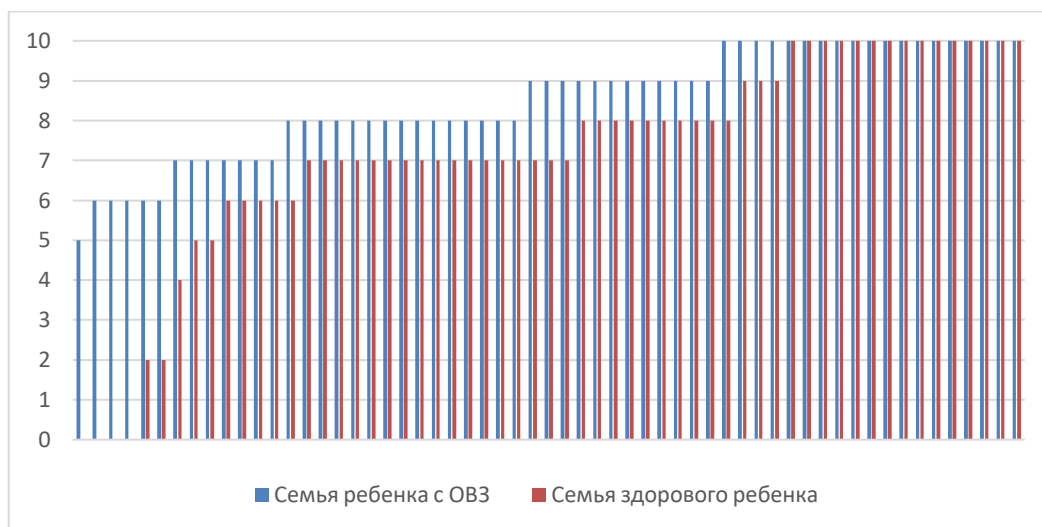


Рисунок 8. Количественные показатели уровня дисциплины (идеальной) в семьях детей с ОВЗ и здоровых детей (методика FACES-3 (Д.Олсон))

Таким образом, высокие (в диапазоне от 8 до 10) значения параметров дисциплины и контроля в семьях детей с ОВЗ, свидетельствуют о проблемах с формированием иерархии родительско-детских отношений в семье, связанных с неспособностью родителей устанавливать для ребенка правила поведения и следить за их выполнением, руководить поведением ребенка, соотносить его с нормами, принятыми в социуме для нормально развивающихся детей. Подобный характер родительско-детских отношений характерен для детоцентрической семьи, основной задачей которой по мнению ряда авторов является обеспечение счастья ребёнка.

Также были определены *статистические различия* между взрослыми участниками экспериментальной и контрольной группы для параметра дисциплина «идеальная» ($p=0,05$) и контроль «идеальный» ($p=0,01$) по критерию Стьюдента. Данные приведены в таблице 11.

Таблица 11 - Различия между экспериментальной и контрольной группой по показателям дисциплина и контроль по критерию t – Стьюдента

Показатели	Семьи детей с ОВЗ, n=59				Семьи здоровых детей, n=55				t		Достоверность различий, p	
	Реальная модель, А		Идеальная модель, В		Реальная модель, С		Идеальная модель, D		A/C	B/D	A/C	B/D
	М	δ	М	δ	М	δ	М	δ				
Контроль	6,85	1,5	8,53	1,5	6,6	1,3	7,5	1,6	0,87	3,72		$p \leq 0,05$
Дисциплина	6,90	1,6	8,51	1,4	6,8	1,4	7,8	1,7	0,29	2,48		$p \leq 0,05$

Обозначения: М – среднее значение, δ – стандартное отклонение

Диагностика особенностей функционирования семьи осуществлялась также по методике «McMaster Family Assessment Device» (FAD). Данный опросник предполагает оценку семи областей функционирования семьи: способность семьи к решению проблем, коммуникации в семье, семейные роли, аффективную вовлеченность, аффективное реагирование, контроль и общее функционирование. Более высокие значения по шкале соответствуют более успешному уровню функционированию семьи в соответствующей области жизнедеятельности.

Исследование показало статистически достоверное превышение показателей уровня коммуникации в семьях детей с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей. Среднее значение показателя «коммуникация» для экспериментальной и контрольной групп составило 3,1315 и 2,9867 баллов соответственно, что свидетельствует о более высоком уровне вербальной коммуникации в семье ребенка с ОВЗ. Более высокий уровень коммуникации предполагает активное слушание, вербализацию чувств и переживаний в процессе общения, умение выразить свои потребности и понять потребности собеседника.

Также было выявлено статистически достоверное превышение показателей уровня аффективной вовлеченности в семьях детей с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей. Среднее значение показателя «аффективная вовлеченность» для экспериментальной и контрольной групп составило 3,3602 и 3,0869 баллов соответственно, что свидетельствует о более высоком уровне интереса членов семьи к друг другу, готовности оказать помощь и проявить участие. Показатель «аффективной вовлеченности» на наш взгляд в некоторой степени близок параметру «сплоченности» семейной системы в методике Д.Олсона, и также предполагает наличие высокой степени эмоциональной близости и участия членов семьи в жизни друг к друга.

Последний показатель «общее функционирование» представляет собой обобщенную оценку всех областей функционирования. Среднее значение результирующего показателя «общее функционирование» экспериментальной группы выше, чем контрольной группы (3,3171 и 3,1271 соответственно). Следует

отметить, что данное превышение определяется в первую очередь более высокими оценками утверждений, соответствующих параметрам «коммуникация» и «аффективная вовлеченность», входящих в состав результирующего показателя.

Таким образом, исследование функционирования семьи с помощью методики «McMaster Family Assessment Device» (FAD) подтверждает результаты, полученные с помощью методики Д.Олсона, о более *высоком уровне сплоченности* семьи ребенка с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей.

По критерию Манна-Уитни выявляются статистические различия между взрослыми участниками экспериментальной и контрольной групп в показателях коммуникация, общее функционирование и в показателе аффективная вовлеченность ($p \leq 0,05$). Данные приведены в таблице 12.

Обоснование применения критерия выявления различий показателей в двух несвязных выборках приведено в Приложении 1 (таблицы 3.1.-3.2).

Таблица 12 - Различия между показателями методики «McMaster Family Assessment Device» (FAD) экспериментальной и контрольной групп по критерию Манна-Уитни

Показатели методики	Семьи детей с ОВЗ, n=59		Семьи здоровых детей, n=55		Достоверность различий, p
	М	δ	М	δ	
Решение проблем	2,8949	0,42565	2,9000	,41231	
Коммуникация	3,1315	0,52695	2,9867	,39482	$p \leq 0,05$
Роли	2,7208	0,41809	2,7282	,45049	
Аффективное реагирование	3,1973	0,59272	3,2102	0,62640	
Аффективная вовлеченность	3,3602	0,31055	3,0869	0,54461	$p \leq 0,05$
Контроль поведения	2,9181	0,39399	2,8587	0,46759	
Общее функционирование	3,3171	0,41334	3,1271	0,51666	$p \leq 0,05$

Обозначения: М – среднее значение, δ – стандартное отклонение

Особенности отношения взрослых членов семьи к ребенку, разнообразие чувств по отношению к нему в процессе осуществления воспитательной деятельности, а также степень эмоционального принятия ребенка, уважения и

симпатии мы оценивали с помощью *опросника родительского отношения* (А.Я.Варга, В.В.Столин). Данные представлены на рисунке 9.

Среди семей детей с ОВЗ 78% всех родителей используют дисгармоничные типы отношений. Только у 22% родителей детей с ОВЗ преобладает модель «принятие-отвержение» с доминированием полюса «принятие», а тип отношения «кооперация» отсутствует.

В семьях здоровых детей 77% родителей используют дисгармоничные типы отношений. Только у 23% родителей преобладает модель «принятие-отвержение» с доминированием полюса «принятие», тип отношения «кооперация» отсутствует.

Исследование выявило преобладание модели *«маленький неудачник»* у 39% родителей детей с ОВЗ и у 32% родителей здоровых детей. При таком характере отношений ребенок представляется неприспособленным и неуспешным, а родители стараются оградить его от возможных трудностей.

В зависимости от личностных особенностей родителей и ребенка, подобные отношения могут приводить либо к гиперопеке и нарушению семейной иерархии, обуславливая недостаточную критичность ребенка по отношению к собственной деятельности и нарушению норм социального поведения; либо формируют робкий, внушаемый тип личности ребенка, обуславливая зависимость от мнения взрослых и заниженную самооценку.

У 23% родителей детей с ОВЗ преобладает «симбиотическая модель» взаимоотношений с ребенком: причем у 8% выявлены высокие значения, и у такого же числа лиц (8%) - пограничные результаты между средними и высокими значениями по данной шкале.

У 12% родителей преобладает «авторитарная модель (контроль)» взаимоотношений с ребенком, при которой родитель требует от ребенка послушания и дисциплины, контролируя не только действия ребенка, но и его мысли и чувства.

Только у 22% родителей преобладает модель «принятие-отвержение» с доминированием полюса «принятие».

Для выявления различий показателей родительского отношения между взрослыми членами семей детей с ОВЗ и семей здоровых детей использовался непараметрический статистический критерий Манна-Уитни. Обоснование применения данного критерия для выявления различий показателей в двух несвязных выборках приведено в приложении (таблицы 4.1.-4.3).

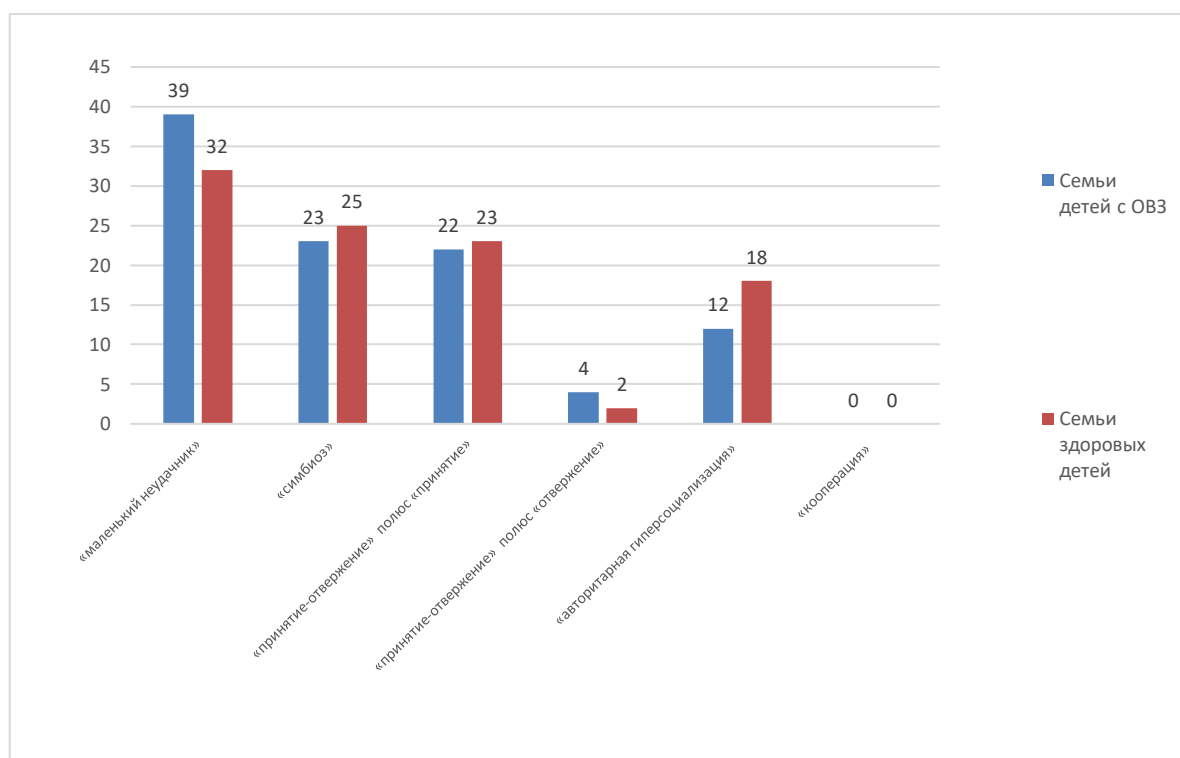


Рисунок 9. Количественные показатели (в %) типов родительского (воспитательского) отношения в семьях детей с ОВЗ и семьях здоровых детей (опросник родительского отношения (А.Я.Варга, В.В.Столин))

По критерию Манна-Уитни статистических различий в характере родительского отношения взрослых экспериментальной и контрольной групп по показателям «принятие», «отвержение», «симбиоз» и «маленький неудачник» *не выявлено*, но выявлена тенденция к различию по показателю «авторитарная гиперсоциализация», что говорит о тенденции к большему контролю родителя за поведением ребенка в группе родителей здоровых детей по сравнению с родителями детей с ОВЗ. Тенденция к снижению уровня контроля в группе семей детей с ОВЗ также может свидетельствовать о стремлении к формированию детоцентрической модели взаимоотношений. Данные приведены в таблице 13.

Таблица 13 - Сравнение показателей родительского отношения по критерию Манна-Уитни ОРО (А.Я.Варга, В.В.Столин)

Показатели методики	Семьи детей с ОВЗ, n=59		Семьи здоровых детей, n=55		Достоверность различий, <i>p</i>
	М	δ	М	δ	
«принятие»	47,2944	33,14045	36,5909	34,51788	
«отвержение»	16,5627	7,37576	16,2080	7,63736	
«симбиоз»	61,4219	19,47042	65,5133	24,79889	
«маленький неудачник»	63,9929	23,77199	66,3738	17,40875	
«контроль»	42,8553	26,24108	54,0751	27,30707	<i>p</i> < 0,1
«сотрудничество»	-	-	-	-	

Обозначения: М – ср. значение, δ – станд. отклонение

Использование проективных методик для изучения особенностей взаимоотношений в семье

Важная информация при изучении особенностей взаимоотношений в семье ребенка с нарушениями в развитии была получена также благодаря использованию проективной методики *социограмма «Моя семья»*, а также наблюдению и беседе.

Результаты исследования показали, что 54% обследуемых взрослых членов семей детей с ОВЗ отнеслись к выполнению методики достаточно формально. Кружки, соответствующие членам семьи, располагались на одном расстоянии друг от друга без учета степени близости или значимости каждого и имели одинаковый размер.

В то же время некоторые взрослые внесли в работу элементы творчества представили кружки в виде солнца, цветка или человечка, например, отец Андрея П. изобразил жену в виде огромного человечка с мрачным лицом, а мама Ильи С. декорировала большой круг, обозначающий семью, солнечными лучами.

Диагностическое значение имело то, как участники исследования оценили свой статус: в одних случаях вне зависимости от социальной роли («я», «муж», «Дима»), в других сделали акцент на роли каждого в семье («мама», «папа», «бабушка»). Степень значимости каждого члена семьи в глазах друг друга мы оценивали в том числе исходя из размера кружочков, а также расстояния между ними.

Наше исследование показало, что диагностика межличностных отношений в семье в ряде случаев может быть существенно дополнена и расширена с применением проективной методики социограмма «Моя семья».

В 14% случаев социограмма продемонстрировала нарушение иерархии родительно-детских отношений в семье.

Выписка

из протокола наблюдения Маши М. (9 лет, туберозный склероз)

На социограмме матери Маши М. кружок, изображающий ребенка, занимает центральное положение и размером превосходит кружки матери и бабушки, что может свидетельствовать о высокой значимости роли ребенка в семье. Результаты наблюдения за поведением ребенка показывают наличие таких черт как плаксивость, тревожность. В общении с одноклассниками и педагогами девочка требует повышенного внимания и заботы, на замечания реагирует слезами.

Выписка

из протокола наблюдения Саши Т. (13 лет, синдром Ангельмана, умственная отсталость в тяжелой степени)

Данные, полученные в результате анализа социограммы бабушки Саши Т., также коррелируют с данными, полученными с помощью других методик. Для Саши Т. характерно общее недоразвитие всех сфер деятельности (познавательной, двигательной, коммуникации, социально-бытовой). Девочка большую часть времени проживает вдвоем с бабушкой, родители и младший брат проживают отдельно и встречаются в выходные и праздничные дни. Основную заботу о ребенке взяла на себя бабушка.

Наблюдение за поведением девочки выявило несформированность навыков послушания, выполнения просьб взрослых. При этом ребенок верно понимал ситуацию, правило или просьбу, т.к. она была привычна и излагалась в доступной наглядной форме. Например, по окончании занятий девочка отказывалась идти домой, тянула бабушку назад в учебное помещение, если бабушка продолжала направлять девочку в сторону выхода, та ложилась на

пол, била по полу ногами, кричала. Чтобы увести девочку из школы, бабушка демонстрировала ей конфеты, а затем угощала ребенка.

Исследование бабушки Саши Т. по методике Т.Лири показало, что бабушка имеет высокие баллы по фактору «Дружелюбие» ТМО «Подчинение», а по методике Д.Олсон - низкие уровни дисциплины и контроля.

На социограмме «Моя семья после рождения ребенка» и «Моя семья в настоящее время» кружок, изображающий ребенка, расположен выше всех остальных кружков в центре, а по размерам значительно превосходит кружки других членов семьи.

Лишь в 8% случаев анализ социограммы свидетельствует о формировании традиционной иерархии отношений в семье. На рисунках кружки, обозначающие родителей, расположены рядом на одном уровне, а кружки, обозначающие ребенка (или детей), расположены чуть ниже на равном удалении от родителей, при этом размеры кружка ребенка меньше кружка родителей. Такое расположение кружков соответствует традиционному распределению ролей в семье: родители главные, они в равной степени заботятся о ребенке и руководят им, а дети слушаются родителей и подчиняются им.

В 14% семей анализ социограммы «Моя семья» показал, что в семье существуют проблемы во взаимоотношениях супругов, члены семьи испытывают недостаток эмоциональной близости и доброжелательности, что коррелирует с данными, полученными в результате наблюдения, беседы и применения опросников.

Выписка

из протокола консультирования семьи Андрея П. (РАС)

Семья *Андрея П. (РАС)* представлена помимо ребенка также отцом, матерью и бабушкой. Применение методов наблюдения и беседы, а также использование опросников свидетельствует о том, что в семье доминирует мать (экстремальные значения показателей ТМО «Авторитарный»), остальные взрослые, в том числе отец Андрея подчиняются авторитету матери.

Отец, имеет высокие баллы по фактору «Дружелюбие». Методика Д.Олсона показала также наличие у отца чувства эмоциональной отчужденности.

Представляя с помощью методики «Моя семья» своих близких в круге «моя семья настоящее время» отец изобразил себя наименьшим кружком в нижней части большого круга.

В центре большого круга расположен кружок «сын» среднего размера, а выше других кружков, соприкасаясь с ним, расположен кружок «жена», имеющий преувеличенные размеры. Кружок «теща» сдвинут к границе большого круга. Таким образом, самым авторитетным членом семьи является жена, которой подчиняются все другие члены семьи, а наибольшую значимость для семьи имеет забота о ребенке. Мать и сын имеют близкие отношения, а отец испытывает определенную эмоциональную отчужденность от сына и значительную отчужденность от жены.

Выписка

из протокола консультирования семьи Вани И.

(синдромом Дауна, умеренная умственная отсталость)

Семья состоит помимо родителей, также из двух дочерей (17 и 15 лет) и здорового сына (8 лет). Отец работает, мать – домохозяйка. Предварительная беседа выявила наличие в семье определенных проблем, которые были уточнены в ходе дальнейшего исследования с помощью специальных методик. Мать сильно травмирована рождением особого ребенка. Говоря о ранних годах мальчика и отношении к нему окружающих, мать плачет, жалуется на плохое самочувствие и нарушения сна, сожалеет о недостаточном участии мужа, о необходимости за всеми следить и все проверять.

В беседе муж в целом благоприятно оценивает семейные отношения. Признает, что старшие дочери «слишком самостоятельны» и совершенно не считаются с мнением родителей. Исследование с помощью опросников показало, что отец в целом доволен функционированием семьи, в то время как мать имеет низкий уровень удовлетворенности браком, особенно разобщенностью между членами семьи: отсутствием близости, эмоциональных связей и общих интересов. Семья имеет несбалансированный тип функционирования, по обоим уровням: разобщенность свидетельствует об отсутствии близости между членами семьи, а хаотичность означает отсутствие установленных правил функционирования. Результаты обследования дочерей также свидетельствуют о разобщенности семьи.

Социограммы матери и отца выявили опосредствованность отношений супругов (через сыновей), а также отсутствие эмоциональной близости между супругами и доминирование матери в семейных отношениях. Как мать, так и отец более всего привязаны к младшему сыну и изображают кружок «младший сын» рядом с собой (в рисунке матери эти кружки сливаются, что говорит о тенденции к симбиозу), а кружок «Ваня» рядом с супругом. Кружки, изображающие старших дочерей расположены на большем расстоянии в стороне от родителей, то есть оба супруга достаточно дистанцированы от старших дочерей, причем мать в большей степени.

Результаты изучения социограмм обеих дочерей также свидетельствуют об эмоциональной отдаленности от родителей и ориентации семьи на младшего сына. Кружки, обозначающие родителей и младших братьев, размещены в центре большого круга. Кружки «Я» изображены ближе к границе большого круга и имеют меньший по сравнению с братьями размер. Таким образом, социограммы всех членов семьи *Вани И.* выявили отсутствие эмоциональной близости между членами семьи и ориентацию семьи на младшего здорового сына.

В 10% случаев степень удаленности кружков (наслоение кружков или нахождение одного кружка внутри другого) свидетельствует о тенденции к формированию симбиотической связи между членами семьи ребенка с ОВЗ.

Выписка

из протокола консультирования семьи Димы С.

(ДЦП, эпилепсия, умеренная умственная отсталость)

Семья состоит из матери, отца, бабушки и старшей сестры. Отец работает. Мать ухаживает за ребенком. В беседе мать жалуется на отсутствие помощи и внимания со стороны близких.

Исследование с помощью *опросника родительского отношения* (А.Я.Варга, В.В.Столин) показало преобладание «симбиотической модели» взаимоотношений с ребенком. Социограмма матери также говорит о наличии симбиотической связи между ребенком и матерью. В центре расположен кружок «мама», внутри которого размещается кружок «Дима». Ниже вне этих кружков расположены маленькие кружочки «папа», «дочь» и «бабушка», что позволяет говорить о недостаточной близости членов семьи. Социограмма показывает, что особый ребенок является для матери особо значимой фигурой, что обусловлено особенностями его развития и желанием оберегать его. При этом отношения с остальными членами семьи опосредствованы проблемами ребенка и подчинены задачам воспитания.

Результаты исследования с помощью методики Д.Олсона показали, что матери свойственен недостаток требовательности и контроля. Наблюдение и беседа с матерью показали, что она обеспокоена состоянием ребенка, опасается возможного эпилептического приступа или падения. Мать чрезмерно опекает ребенка, старается огородить его от возможных неприятностей, просит педагогов проявлять к мальчику повышенную заботу, например, не брать ребенка на прогулки с классом, уделять ему особое внимание на перемене, огородить ребенка от взаимодействия с наиболее активными одноклассниками, уговорить ребенка съесть всю порцию завтрака или обеда. В то же время мама преувеличивает способности и достоинства

мальчика, а сложности с выполнением учебной программы относит на счет низкой квалификации педагогов.

При исследовании уровня развития и эмоционально-личностной сферы ребенка выявлено следующее: навык выполнения норм социально приемлемого поведения и социального взаимодействия не сформирован, санитарно-бытовые навыки ниже возрастной нормы. В отношении взрослых, в особенности матери и бабушки, ребенок демонстрирует непослушание и негативизм, а также физическую агрессию.

Дима часто намеренно старается причинить боль матери или бабушке (например, тянет за волосы) и наблюдает за реакцией взрослых. В этом случае мать просит: «Пожалуйста, отпусти, мне больно!» Поступок ребенка остается безнаказанным. Объясняя агрессию сына, мать поясняет: «Дима, очень добрый мальчик, он не со зла так себя ведет!»

Родители мальчика в беседе признают, что ребенок боится отца и слушается его. Поэтому, чтобы прекратить проблемное поведение Димы, мать грозит пожаловаться отцу на неподобающее поведение мальчика. В школе ребенок слушается только тех педагогов, которые проявляют строгость, у мягких, доброжелательных учителей ребенок отказывается выполнять задания.

В ряде случаев анализ семейной социогаммы в разные моменты времени позволил проследить изменения взаимоотношений, произошедшие в результате появления в семье особого ребенка.

Выписка

из протокола консультирования семьи Кирилла Н.

(эпилепсия, тяжелая умственная отсталость)

Мать Кирилла Н., изображая структуру семьи после появления ребенка, располагала кружочки на некотором расстоянии друг от друга, на последнем рисунке все кружки соединены друг с другом. Исследование представлений матери о характере взаимоотношений в семье с помощью методики Д.Олсона также показало высокий уровень сплоченности семьи, что говорит о высокой степени эмоциональной привязанности членов семьи друг к другу.

Таким образом, анализ социогаммы, а также наблюдение и беседа со взрослыми, в ряде случаев, позволили существенно дополнить и уточнить данные о структуре межличностных отношений в семье ребенка с ОВЗ, полученные с помощью других стандартизированных методов и методик.

3.2. Исследование характерологических и поведенческих особенностей детей, участников исследования

В связи с выраженностью нарушений развития у части детей с ОВЗ, диагностика личностных особенностей и функциональных навыков ребенка в значительной степени основывалась на наблюдении за ним в учебной, игровой и бытовой деятельности. Выполнение проективных методик, таких как «Лесенка для детей», «Два домика» и «Рисунок семьи», было доступно только для некоторой части детей с ОВЗ. В связи с этим сравнительный анализ поведенческих и характерологических особенностей детей с ОВЗ и детей без нарушений проводился на основании результатов наблюдения, а также анкетирования и беседы.

В тоже время для некоторых детей с ОВЗ, принимавших участие в нашем исследовании, использование проективных методик «Лесенка для детей», «Два домика» и «Рисунок семьи» было доступно и достаточно продуктивно. Данные методики использовались также при изучении личностных особенностей детей без нарушений. Анализ рисунков позволил уточнить и расширить представления об особенностях взаимоотношений со взрослыми и ровесниками, выявить чувство одиночества и разобщенности как в семье ребенка с нарушениями развития, так и в семье здорового ребенка.

Наблюдение за поведением детей в учебной, игровой и бытовой ситуациях, их взаимоотношениями с родителями, педагогами и другими детьми, беседа с родителями и педагогами, а также использование авторской анкеты позволили нам выделить ряд особенностей характера и поведения ребенка с ОВЗ, оказывающих влияние на процесс его обучения, воспитания и социальной адаптации. Некоторые дети демонстрировали более одного варианта нарушений поведения и эмоционально-личностной сферы. Данные представлены на рисунке 10.

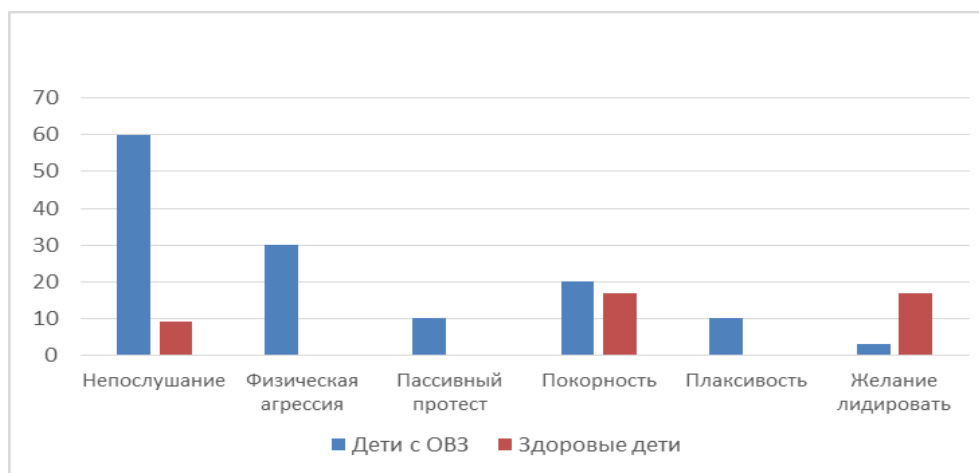


Рисунок 10. Параметры (в %) нарушений поведения и эмоционально-личностной сферы детей с ОВЗ и здоровых детей (метод наблюдения, анкетирование и беседа)

Наиболее распространенной проблемой поведения являлось *непослушание*, выражающееся в отказе от выполнения просьб, поручений, нарушений запретов и правил, а также негативизм, когда ребенок отвечает отказом на любую просьбу и предложение взрослого, желая утвердить свою волю, пойти наперекор взрослому. При этом ребенок верно понимал ситуацию, правило или просьбу, т.к. она была привычна и излагалась в доступной для него форме.

Выписка из протокола наблюдения Димы С.

(ДЦП, эпилепсия, умеренная умственная отсталость).

Дима на любой вопрос или задание учителя по теме урока отвечал: «Нет! Не буду!» Продуктивное взаимодействие было возможно только в игровой ситуации.

Физическая агрессия детей с ОВЗ в большинстве случаев была направлена против взрослых (чаще матери или бабушки). У здоровых детей чаще проявлялась грубость или разрушительные действия, агрессия направлена на ровесников.

Выписка из протокола наблюдения Оли П.

(РАС)

Оля при попытке матери забрать у ребенка игрушку и отвести на занятие бросилась на мать с кулаками.

Реакции *пассивного протеста* проявлялись как способ отказа ребенка от деятельности, т.е. форма непослушания, так и в качестве проявления недовольства, обиды из-за недостатка внимания, дисциплинарных требований или неодобрения со стороны взрослого.

Выписка из протокола наблюдения Максима К.

(ДЦП, умственная отсталость умеренной степени)

Максим К. послушный и доброжелательный мальчик, но отличается конформным поведением и может нарушить дисциплину, копируя поведение более активных одноклассников. В случае замечания педагога, неудачи, ошибки и другой проблемной ситуации ребенок отказывается от деятельности (игр, занятий, еды, прогулок), замолкает или жалуется на усталость и болевые ощущения.

У некоторых детей проявлялись *покорность, неумение постоять за себя, застенчивость.*

Выписка из протокола наблюдения Славы Т.

(ДЦП, умственная отсталость)

Ребенок не мог противиться однокласснице, которая часто трогала Славу за лицо и тянула его за волосы. Мальчик в ответ опускал голову, а затем начинал плакать.

Плаксивость и тревожность проявлялась у детей, которые испытывали волнение и беспокойство в тех ситуациях, которые не несли угрозы и были совершенно безобидны для остальных детей. Реакция ребенка выражалась повышенным беспокойством, возбуждением, и слезами или, напротив, ребенок цепенел и замолкал. Например, Максим К. в ответ на громкий смех одноклассницы, вздрагивал и плакал.

У некоторых детей отмечена выраженная потребность *быть на виду, лидировать, пользоваться вниманием сверстников и взрослых.* Эти дети пытаются устанавливать правила, выбирать игры или задания для других детей, оценивать поступки одноклассников и даже назначать наказания.

Выписка из протокола наблюдения Коли Н.

(эпилепсия, умственная отсталость)

Ребенок делал замечания воспитателям и учителям. Время от времени он подходил к заведующей и жаловался ей на «проступки» воспитателей и учителей, предлагал назначить для них наказания.

Мальчик пытался распоряжаться игрушками, определять кто из детей, может получить ту или иную игрушку

В результате проведенного исследования характерологических и поведенческих особенностей детей с ОВЗ и здоровых детей нами были выявлены:

- *непослушание*, выражающееся в отказе от выполнения просьб, поручений, сознательное нарушений запретов и правил, было свойственно 60% детей с ОВЗ (30% здоровых детей);
- *физическая агрессия*, направленная против взрослых (чаще матери или бабушки) или разрушительные действия были свойственны 30% детей с ОВЗ и 0% здоровых детей. У здоровых детей выявлялись отдельные случаи агрессии по отношению к сверстникам;
- *пассивный протест* как способ отказа ребенка от деятельности, в том числе как проявление недовольства или обиды был свойственен 10% детей с ОВЗ и 0 % здоровых детей;
- *покорность, неумение постоять за себя, застенчивость* отмечались у 20% детей с ОВЗ и 17 % здоровых детей;
- *плаксивость и тревожность* в ситуациях, которые не несли угрозы и были совершенно безобидны для ребенка отмечались в 10% детей с ОВЗ и 0% здоровых детей;
- *выраженная потребность быть на виду, пользоваться вниманием сверстников и взрослых* отмечена у 3% детей с ОВЗ и 17% здоровых детей.

Наше исследование показало, что только у 10% детей с ОВЗ не было выявлено выраженных нарушений поведения и эмоционально-личностной сферы. Подавляющее большинство детей (90%) имеет те или иные проблемы поведения и эмоциональные переживания, которые негативным образом влияют на способность ребенка выстраивать успешные взаимоотношения с другими людьми.

Сравнение группы детей с ОВЗ и группы детей без нарушений

Изучение поведения и эмоционально-личностной сферы детей выявило значительные отличия, в первую очередь, в проявлении непослушания и агрессии. Данные приведены в Приложении 1 (Таблицы 5.1-5.6).

Статистический анализ данных показал, различие в проявлении *непослушания, отказа от выполнения просьб, поручений, соблюдения запретов* в экспериментальной группе по сравнению с контрольной ($p \leq 0,05$). Подобное поведение проявляется чаще в группе детей с ОВЗ (60%), чем в группе здоровых детей (30%), в общей выборке данный тип поведения проявляется 45% случаев. У здоровых детей проявления непослушания и негативизма в отношении распоряжений взрослых были менее выражены.

Статистический анализ данных с применением критерия χ^2 (хи-квадрат) показал различие в проявлении *агрессии* в экспериментальной группе по сравнению с контрольной ($p \leq 0,05$). *Агрессивное поведение* чаще проявляется в группе детей с ОВЗ (30 %), чем в группе здоровых детей (0%), в общей выборке данный тип поведения проявляется 15% случаев.

У здоровых детей физическая агрессия против взрослых отсутствовала, в ряде семей имело место вербальное проявление детской агрессии, (грубость), детская агрессия была направлена только против сверстников.

Наше исследование показало, что в ряде случаев применение проективных методик «Лесенка для детей», «Два домика» и «Рисунок семьи» позволяет получить важную дополнительную информацию о личностных особенностях ребенка и об особенностях взаимоотношений в семье, в том числе представлений ребенка о своем месте в семье, отношении с другими членами семьи, а также наличии у ребенка эмоциональных переживаний (Приложение 4).

Выписка из протокола консультирования семьи Максима Т.

и анализ продуктов деятельности

(синдром Дауна, умеренная умственная отсталость).

Максим - старший ребенок в семье, в семье воспитываются также еще двое здоровых детей от нового брака. Мать сосредоточена на воспитании младших детей, основную заботу о Максиме взяли на себя бабушка и дедушка. Все члены семьи проживают вместе.

Мать на вопрос о том, чем ребенок интересуется и как он проводит время отвечает: «Да, никак, ничем он не занят, ничем не интересуется». Ее общение с сыном ограничивается главным образом подготовкой домашних заданий, посещением лечебных учреждений и официальных мероприятий.

Бабушка, напротив, охотно и много рассказывает о том, как ребенок проводит время, чем увлекается: «Он порядок любит, за всеми убирается. С дедом мастерит. Дед работает, а Максимка смотрит, инструменты подает!»

Наблюдение за ребенком показывает, что ребенок всеми силами старается привлечь к себе внимание взрослых, копируя поведение младших сиблингов и менее успешных одноклассников, демонстрируя нарочитую беспомощность и неумение. В последние несколько лет ребенок все больше демонстрирует отказ от использования имеющихся навыков: ждет, когда его начнут кормить, помогут одеться, возьмут его руку при выполнении графических заданий, помогут артикулировать при устном ответе на вопрос, как помогают его одноклассникам с более выраженными нарушениями развития.

Перед проведением исследования специалист выяснил с ребенком состав его семьи. Затем была выполнена методика «Два домика». Выбирая тех, с кем он будет жить вместе в красном доме, Максим сначала указал мать, затем последовательно бабушку, дедушку и отца. Отдельно в черном домике ребенок «поселил» биологического отца. Брата и сестру ребенок не указал.

В процессе выполнения методики «Моя семья» Максим изобразил сначала мать (в центре листа), затем бабушку, дедушку и отца (в правой части листа), затем рядом с матерью младших брата и сестру (в левой части листа). Себя на рисунке ребенок не изобразил. Однако после уточнения специалиста, что Максим тоже является членом семьи, ребенок нарисовал себя с краю листа справа, но размер его фигуры значительно меньше чем другие.

Таким образом, рисунки ребенка показывают, что мать является для него очень значимым человеком, и в тоже время он чувствует себя отделенным от матери. Больше всего внимания и любви он получает от бабушки и дедушки, однако это не избавляет его от чувства эмоциональной обделенности, одиночества. Дефицит внимания со стороны значимого взрослого ребенок пытается восполнить неконструктивными способами, в частности усилением негативных проявлений: отказом от речи, бытовой и учебной деятельности и др.

Применение проективных методик у детей показывает также конфликты и разобщенность между членами семьи.

Выписка из протокола наблюдения и анализ продуктов деятельности Коли Я.

(поражение центральной нервной системы, умственная отсталость)

Мальчик, выполняя рисунок «Моя семья» разделил лист на две половины – две комнаты. В одной половине листа изобразил бабушку и прокомментировал: «Она обиделась!»; в другой половине мать за просмотром телевизора. Себя ребенок изобразил на одной половине с матерью, на краю листа с комментарием: «Я играю на планшете».

В методике «Лесенка для детей» рядом с собой Коля изобразил одноклассника, с которым у него сложились наиболее близкие отношения, мать изобразил на нижней ступени, а бабушку не изобразил. Социограмма матери также показывает разобщенность между нею и бабушкой. В центре листа изображены два кружка «я» и «сын», а кружок «моя мать» вынесен за пределы большого круга.

В беседе мальчик грубо с пренебрежением отзывается как о матери, так и о бабушке. На замечания взрослых и жалобы одноклассников ребенок отвечает криком, женщин педагогов может ударить. В то же время ребенок охотно выполняет распоряжения педагогов мужчин, подчиняется им и старается угодить.

Можно предположить, что формирование подобного стиля поведения у ребенка является результатом отсутствия положительного образца взаимоотношений в семье, включая образец выстраивания межпоколенной иерархии, взаимного уважения и учета интересов всех членов семьи.

3.3. Изучение влияния особенностей межличностных отношений в семье на поведение и личностные особенности ребенка

Среди семей, принявших участие в нашем исследовании, были неполные семьи, представленные только матерью или матерью и бабушкой; неполные семьи, в которых ребенок воспитывается без матери (отец и бабушка); полные семьи с одним ребенком и полные семьи с двумя и более детьми; семьи, в которых совместно проживают три поколения (родители, дети, бабушки и дедушки); семьи в которых формально присутствуют отец и мать, но ребенок фактически проживает и воспитывается в доме бабушки и дедушки.

Проанализировав данные, полученные в ходе наблюдения, беседы и анкетирования о характере распределения ролей в семье, мы выделили в каждой семье взрослого члена семьи, оказывающего на ребенка наибольшее воспитательное воздействие, проводящего с ним наибольшее время, так называемого, «значимого» взрослого.

Дальнейшая статистическая обработка данных об особенностях влияния межличностных отношений на поведение и личностные особенности ребенка

проводилась с использованием результатов, полученных при исследовании именно «значимого» взрослого.

С помощью статистических методов исследования были проанализированы взаимосвязь проблемного поведения ребенка и особенности межличностных отношений «значимого» взрослого члена семьи. В ходе анализа мы оценивали, как *интегральные характеристики* функционирования, такие как *уровень функционирования семейной системы* в методике Д.Олсона или характер отношения взрослых членов семьи к людям, в процессе межличностного взаимодействия в методике Т.Лири, так и отдельные показатели, входящие в состав обобщенного параметра, например, *уровень дисциплины и контроля*.

Статистический анализ показал связь между наличием проблемного поведения у ребенка и *показателями контроль и дисциплина* в методике Д.Олсона. Данные приведены в таблице 14.

Таблица 14 - Коэффициент корреляции Пирсона r для зависимости между проблемным поведением у ребенка и показателями контроля и дисциплины

Показатели методики	Дети с ОВЗ, n=30		Здоровые дети, n=30	
	Непослушание, А	Агрессия, В	Непослушание, С	Агрессия, D
Контроль реальный	0,39	0,24	0,20	-
Контроль идеальный	0,36	0,11	0,30	-
Дисциплина реальная	0,53	0,13	0,33	-
Дисциплина идеальная	0,39	0,36	0,27	-

Критическое значение корреляции Пирсона r для $p = 0,05$ и $n = 30$ равно 0,35. Поэтому мы наблюдаем достоверную положительную корреляцию между непослушанием и показателями контроль (реальный, идеальный) и дисциплина (реальная, идеальная) для детей экспериментальной группы, а также агрессивного поведения и показателем дисциплина (идеальная) ($p \leq 0,05$).

В методике Д.Олсона высокие (8-10) баллы по шкале «дисциплина» свидетельствуют о неспособности родителя установить и объяснить

необходимость выполнения правил поведения, а также об отсутствии ответственности за последствия тех или иных проступков. Несоблюдение или невыполнение правил не имеет для ребенка серьезных последствий. Родителю скорее важно установление эмоциональной связи с ребенком, нежели обеспечение соблюдения порядка.

Высокие (8-10) баллы по шкале «контроль» соответствуют о неспособности родителя направлять деятельность ребенка. Родитель позволяет ребенку самостоятельно устанавливать правила и принимать решения, в том числе относительно режимных и учебных моментов, например, самостоятельно определять режим питания или выполнения уроков. Для регулирования поведения ребенка родитель часто прибегает к уговорам или манипуляциям.

Исследование показало, что более низкий уровень контроля за поведением детей и требовательности в соблюдении дисциплины ассоциированы с большими проблемами в поведении детей. Таким образом, в ряде случаев проявления проблемного поведения у ребенка с ОВЗ могут быть связаны с формированием детоцентрической модели взаимоотношений в семье ребенка с нарушениями развития.

Выписка из протокола консультирования Миши К.

(РАС, умственная отсталость)

Мальчик проживает с бабушкой и дедушкой. Мать и отец встречаются с ребенком в выходные или в дни каникул. Основную заботу по уходу за ребенком взяла на себя бабушка. По результатам диагностики в методике Д.Олсона бабушка демонстрирует высокие баллы по обоим шкалам (дисциплина – 9, контроль - 10). Результаты наблюдения и экспериментальные данные показывают, что бабушке свойственен недостаток требовательности в отношении ребенка.

Несмотря на лишний вес ребенка, его питание не сбалансированно, мальчик употребляет чрезмерно много сладостей. Дома мальчик самостоятельно достает сладости и мучное. На предложения врачей и педагогов убирать сладости в недоступное для ребенка место, бабушка отвечает: «Невозможно! Он такой ловкий, везде достанет!»

В тоже время семьи, где родители показали умеренные (менее 8) значения показателей дисциплины и контроля в методике Д.Олсона, успешнее справляются

с формированием у ребенка навыков самоконтроля и социальной компетентности. Родители в таких семьях демонстрируют разумную требовательность в установлении и объяснении правил поведения и последствий тех или иных проступков, требуют от детей послушания, а несоблюдение правил влечет за собой меры педагогического воздействия.

У детей в этих семьях отсутствуют выраженные нарушения поведения (агрессия или негативизм в отношении взрослых или ровесников), они адекватно взаимодействуют с педагогами и учащимися, в той степени, в которой это возможно, учитывая характер нарушений и уровень коммуникативного развития. Дети в целом подчинялись требованиям взрослых. Принуждение ребенка к соблюдению дисциплинарных требований может встречать непродолжительный и регулируемый протест со стороны ребенка. На непривычную ситуацию или дискомфорт (боль) ребенок реагирует двигательным возбуждением, плачем, но не агрессией.

***Выписка** из протокола консультирования семьи Саши.Ер.*

(РАС, умеренная умственная отсталость)

Саша проживает с матерью и бабушкой. Родители мальчика развелись, когда ребенку было 4 года. Инициатором развода была мать. Обязанности по уходу и воспитанию возложены на бабушку. По результатам исследования бабушка демонстрирует умеренные значения показателей «дисциплина» и «контроль» (6 и 7, соответственно). Бабушка проявляет к ребенку любовь и заботу, но в то же время направляет его деятельность. Под руководством бабушки ребенок продвинулся в освоении бытовых навыков: самостоятельно обувается, моет руки, ест ложкой. Для мальчика характерно двигательное беспокойство в виде однообразных моторных действий: раскачивание, постукивание, постоянное перемещение по периметру комнаты.

При исследовании когнитивной и личностной сферы ребенка выявлено следующие особенности. Обращенную речь мальчик понимает в контексте привычной ситуации с опорой на жест (садись, нет, положи сюда, дай мне, иди ко мне). Экспрессивная речь представлена вокализациями «и-и-и», «ай-я-яй» без соотнесения с конкретным предметом или действием. Протест выражает криком. Радость и согласие выражает хлопаньем в ладоши и взмахами руками.

При поступлении в школу у ребенка отсутствовали навыки произвольной целенаправленной деятельности и навыки манипуляции с предметами. Ребенок перемещался по

кругу в пределах помещения или лежал на полу. Постепенно ребенок научился садиться за рабочий стол и выполнять некоторые задания по инициативе педагога.

В настоящее время ребенку доступно выполнению заданий, направленных на изучении наглядно действенного мышления (доска Сегена) подбирает простые фигуры (круг, треугольник) путем зрительного соотнесения. Собирает пазлы из 3-4 элементов с помощью. Ребенок соотносит предметы по цвету и форме. При выполнении заданий на зрительное восприятие самостоятельно находит одинаковые изображения из группы 5-6 предметов.

Таким образом, несмотря на объективные трудности в формировании социально-бытовых навыков у ребенка с выраженными нарушениями функционирования, включая нарушения коммуникации и произвольной деятельности, благоприятные установки взрослых членов семьи относительно характера межличностных отношений с ребенком позволили добиться существенных успехов в воспитании и обучении ребенка.

3.4. Обсуждение результатов

Появление в семье ребенка с нарушениями в развитии влияет на все стороны жизни семьи: организационную структуру семьи, отношения между ее членами, физическое состояние членов семьи и семейный бюджет.

Наше исследование позволило определить особенности характера взаимоотношений между взрослыми членами семьи ребенка с ОВЗ, включая степень эмоциональной близости и поддержки, способы решения проблемных ситуаций, а также изменение в структуре родительско-детских отношений и влияние дисгармоничных форм взаимоотношений на формирование патологических черт характера ребенка и закрепление проблемного поведения.

Ряд авторов (Т.Н.Высотина, 2013; И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, 2007, И.И. Мамайчук И.И., 2007, 2009, Миланич Ю.М., 2005, 2013, и др.) отмечают, что появление ребенка с отклонениями является причиной сильнейшего стресса для родителей. Длительный стресс деформирует психику родителей и является причиной серьезных изменений семейного уклада. Изменениям подвергаются все стороны жизни семьи, включая взаимоотношения родителей, отношение членов

семьи с социумом, ценностные ориентиры и иерархию потребностей, а также принципы семейного воспитания [74].

Возникает разрыв между потребностями и ценностями членов семьи особого ребенка и их возможностями. Результатом разрыва между реальной жизнью семьи и ожиданиями ее членов становится чувство неудовлетворенности, которое еще более усугубляет проблемы семьи, усиливает дисгармонию взаимоотношений.

Методика Д.Олсона, которую мы использовали в нашем исследовании предполагает оценку как реальной, так и идеальной модели семейной системы. Расхождение оценок в обеих моделях свидетельствует о неудовлетворенности характером функционирования семьи. Проведенное нами исследование функционирования семейной системы с помощью методики Д.Олсона выявило более высокий уровень *неудовлетворенности семейными отношениями* по всем показателям функционирования семей детей с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей. Полученные данные позволяют дополнить положения о деформации семейных отношений на всех уровнях в результате рождения особого ребенка [74].

В.В. Ткачева и др. замечает, что появление особого ребенка вызывает изменение потребностей, мотивов и ценностных ориентаций взрослых членов семьи, что влияет на их родительские установки и ожидания, родительское отношение, родительские чувства, родительские позиции и определяют пути воспитания детей в семье [74]. Наше исследование представлений об идеальной семейной системе с помощью методики Д.Олсона свидетельствует о возникновении особых потребностей в изменении характера взаимоотношений в связи с появлением особого ребенка в семьях экспериментальной группы.

Сравнительный анализ результатов исследования показал, что «идеальная» модель семьи, к которой стремятся родители детей с ОВЗ, отличается *более низким уровнем функционирования* по сравнению с семьей здорового ребенка, что подтверждается статистическими различиями между экспериментальной и

контрольной группой по показателю «сбалансированный тип функционирования» для идеальной семейной системы в методике Д.Олсона.

Сбалансированный тип функционирования семьи в модели Д.Олсона характеризуется оптимальным соотношением показателей гибкости (адаптации) и сплоченности. *Гибкость* представляет собой способность семьи меняться в ответ на стрессовую ситуацию. Отсутствие гибкости означает невозможность семьи меняться в ответ на стресс. Такая семья с трудом приспосабливается к новым условиям, а жесткая фиксация семейных ролей и обязанностей может снижать уровень функционирования семьи. Чрезмерная гибкость (хаотичность) семьи характеризуются нестабильностью и непрерывными переменами. В хаотичных семьях почти нет четких правил, в семье часто отсутствует лидер или возможна бесконечная борьба за власть и частая смена ролей.

Сплоченность семьи определяется как степень близости или разобщенность членов семьи. Разобщенность означает возможность для каждого из членов семьи реализовать свои личные особые потребности в рамках семьи. Высокий уровень сплоченности означает, что семья замыкается на выполнение определенной деятельности, например, заботу о ребенке, ограничивая личное пространство и самостоятельность других членов семьи.

Проведенное исследование показало, что в семьях детей с ОВЗ происходит снижение уровня функционирования по обоим показателям (гибкости и сплоченности).

Было выявлено *повышение уровня «сплоченности»* для идеальной модели в семьях экспериментальной группы по сравнению с семьями контрольной группы по методике Д.Олсона. Кроме того, более высокий уровень эмоциональной близости и поддержки в семье ребенка с ОВЗ по сравнению с семьей здорового ребенка был установлен и при исследовании функционирования семьи по методике «McMaster Family Assessment Device» (FAD).

Изменение потребностей семей детей с ОВЗ в сторону увеличения сплоченности (повышения взаимных обязательств, большей эмоциональной близости и поддержки) обусловлено, с одной стороны, необходимостью

мобилизации усилий семьи для обеспечения ухода за ребенком, с другой стороны, эмоциональными переживаниями родителей в связи с болезнью ребенка. Полученные результаты позволяют дополнить данные, полученные другими исследователями, изучавшими изменение функционирования и организационной структуры семьи с появлением в ней ребенка с нарушениями [22, 111].

Кроме того, была выявлена тенденция *стремления семьи ребенка с ОВЗ к более высокому уровню гибкости* (адаптации) по сравнению с семьями здорового ребенка в идеальной модели. Высокий уровень гибкости (адаптации) соответствует «хаотичному» типу функционирования семьи, соотносится с отсутствием ответственности и последовательных правил функционирования, особенно в отношении регулирования родительско-детских отношений.

Более детальная оценка изменений гибкости (адаптации) показала, что дисфункциональные изменения в характере родительско-детских отношений в семьях детей с ОВЗ происходят, в первую очередь, за счет сдвига отношений в направлении *снижения уровня дисциплины и контроля* в идеальной модели семейной системы, что свидетельствуют о трудностях с формированием иерархии родительско-детских отношений, установлении правил поведения и ответственности за их выполнение.

Выявление различий данных параметров в «идеальной» модели семьи и отсутствие различий в «реальной» модели семьи обусловлено подходом, на котором базируется методика. Диагностика личностных свойств взрослых участников нашего исследования основана на субъективной *оценке и самооценке* индивидуальных различий в поведении, отношении и опыте индивида. Испытуемый анализирует и оценивает характер взаимодействия, правила поведения, способы принятия решений, т.е. процессы, которые обусловлены не только собственной внутренней мотивацией и ценностными ориентирами, но и влиянием внешних условий, таких как состояние здоровья, материальные условия, а также физические и психологические особенности партнеров. Воздействие этих условий вносит определенные изменения в характер взаимодействия в семейной системе, образуя реальность, которая часто

достаточно сильно отличается от идеальной модели отношений, к которой стремится индивид.

Поэтому, анализируя особенности взаимодействия по результатам оценки «реальной» семейной системы, психолог, часто получает не реальные отношения и установки индивида, а отношения и установки, ограниченные и скорректированные внешним воздействием в формате вынужденной «реальной» модели.

Действительные установки и психологические особенности личности, обеспечивающие особенности его поведения и влияющие на характер взаимоотношений, наиболее ярко проявляются именно при оценке индивидом «идеальной» модели отношений.

Например, оценивая в «реальной» модели такие утверждения как *«При установлении правил поведения учитывается мнение ребенка»* или *«В нашей семье дети могут принимать самостоятельные решения и др.»* родитель ребенка с ОВЗ соотносит ситуацию с реальными возможностями больного ребенка, которые часто весьма малы. В результате, «реальная» модель семьи, характеризуется лишь незначительным влиянием ребенка на родителя, и на семейную систему в целом, и значительной ролью родителя в регулировании деятельности и поведения детей.

Однако рассуждая об «идеальной» модели семьи, родители избавлены от ограничений, наложенных дефектом ребенка, и позволяют своему воображению представить ребенка, обладающего значительно большими возможностями. И в этом случае в «идеальной» модели семьи будут в полной мере проявляться эмоционально-личностные особенности родителя, такие как неспособность или нежелание родителя устанавливать жесткие правила и следить за их выполнением, руководить поведением ребенка, соотносить его с нормами приемлемыми в социуме.

Изучение особенностей отношения взрослых членов семьи к ребенку, а также степень эмоционального принятия ребенка, уважения и симпатии с помощью *опросника родительского отношения* (А.Я.Варга, В.В.Столин)

показало, что 78% всех взрослых членов семей детей с ОВЗ используют дисгармоничные типы отношений. Только у 22% родителей детей с ОВЗ преобладает модель «принятие-отвержение» с доминированием полюса «принятие», а тип отношения «кооперация» отсутствует. Кроме того, была выявлена тенденция к *снижению уровня контроля* в группе семей детей с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей, что подтверждает результаты исследования с помощью методики Д.Олсона.

Такой характер взаимоотношений присущ детоцентрической модели в классификации семейной системы Э.Арутюнянц [26]. При такой модели отношений в центре семьи находится ребенок. Основным приоритетом семьи являются обеспечение счастье ребенка. Деятельность семьи организуется таким образом, чтобы удовлетворить, не только потребности, но и желания, интересы ребенка.

Изучение характерологических и поведенческих особенностей детей с ОВЗ и здоровых детей позволило нам выявить существенные различия, касающиеся проявлений непослушания и детской агрессии. Статистический анализ данных показал, что *непослушание*, отказ от выполнения просьб, поручений, соблюдения запретов чаще проявлялось в группе детей с ОВЗ (60%), чем в группе здоровых детей (30%). *Агрессивное поведение*, направленное против взрослых (чаще родителей, в особенности матери), проявлялось только в группе детей с ОВЗ (30%). У здоровых детей физическая агрессия против взрослых отсутствовала, детская агрессия была направлена только против сверстников; хотя в ряде семей имело место вербальное проявление детской агрессии (грубость).

Одной из задач нашего исследования было выявление особенностей влияния межличностных отношений в семье на формирование характерологических и личностных особенности ребенка с ОВЗ. Статистический анализ полученных данных показал влияние характера межличностных отношений в «реальной» и «идеальной» моделях семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, на формирование характера и поведение ребенка. Нами выявлена связь между показателями *контроль* и *дисциплина* и *непослушанием* детей

экспериментальной группы. А также связь между *агрессивным поведением* детей экспериментальной группы и показателем *дисциплина (идеальная)*.

В то же время исследование не выявило связи между уровнем дисциплины и контроля и проявлениями проблемного поведения здоровых детей, что свидетельствует о резистентности детей к дисфункциональности данных параметров в родительно-детских отношениях. Данный феномен может быть связан с рядом факторов, требующих дальнейшего изучения.

Таким образом, проведенное исследование показало, что стремление взрослых членов семей с детьми с ОВЗ к таким формам взаимоотношений с ними, которые определяются низким уровнем дисциплины и контроля, и демонстрируют неспособность родителей требовать от ребенка выполнение правил поведения, направлять деятельность ребенка, регулировать его поведение, способствует формированию у ребенка с ОВЗ таких проблемных вариантов поведения как непослушание и агрессия по отношению к взрослым.

Подобный характер взаимоотношений близок к *разрешительному (снисходительному)* воспитанию в классификации Д. Баумрида (Baumrind, 1971, 1991), которое характеризуется высокой степенью отзывчивости и поддержки, а также отсутствием требовательности. Родители устанавливают для ребенка минимальные нормы поведения и почти не требуют их соблюдения. Ребенок может самостоятельно принимать решения и устанавливать собственные правила, например, в отношении распорядка дня или режима питания [35].

В тоже время наше исследование показало, что семьи детей с ОВЗ, где родители демонстрируют стремление к разумной требовательности в установлении и объяснении правил поведения, а несоблюдение правил влечет за собой меры педагогического воздействия, успешно справляются с формированием у ребенка с ОВЗ навыков самоконтроля и социальной компетентности. У детей в этом случае отсутствуют агрессия или негативизм в отношении взрослых или ровесников. Дети в целом подчиняются требованиям взрослых, а принуждение ребенка к соблюдению дисциплинарных требований встречает непродолжительный и регулируемый протест со стороны ребенка.

Данный тип функционирования соотносится с *авторитетным* стилем воспитания или принятой в отечественной психологии моделью *сотрудничества*, при которой родитель, с одной стороны, проявляет отзывчивость к потребностям ребенка, а с другой стороны, достаточную требовательность, устанавливая четкие стандарты поведения и дисциплины, основанных на доводах, а не на проявлении власти [80].

Согласно С. Л. Рубинштейну, поведение – это особая форма деятельности: она становится именно поведением тогда, когда мотивация действий из предметного плана переходит в план личностно-общественных отношений. Оба эти плана неразрывны: личностно-общественные отношения реализуются при посредстве предметных.

Учитывая особенности детей с ОВЗ, участников нашего исследования, очевидно, что их поведение во многом определяется особенностями психического развития, но тем не менее, социальная ситуация развития и воздействие близких взрослых не должно усугублять этот процесс, а наоборот стремиться его оптимизировать.

3.5. Рекомендации по организации, содержанию и процедуре консультирования семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья

В результате проведенного исследования были выявлены особенности дисфункциональности семей, воспитывающих детей с ОВЗ, как по отдельным выделенным параметрам, так и по их совокупности. Данные нарушения определили трудности, возникающие перед взрослыми членами семей, связанные с выполнением семейных функций: воспитанием и обучением ребенка с ОВЗ, обеспечением его успешного развития и адаптации. Дальнейшей целью нашей работы стала разработка рекомендаций по организации, содержанию и процедуре консультирования семьи ребенка с ОВЗ, которые позволили бы нормализовать

внутрисемейные отношения и создать оптимальные условия для воспитания и обучения такого ребенка в семье.

При разработке программы консультирования мы опирались на Концепцию психолого-педагогической помощи семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья, положения которой были сформулированы И.Ю.Левченко и В.В. Ткачевой (2008 г.) [41]. В основе концепции лежат базовые положения ряда теорий и исследований о психолого-педагогических закономерностях развития ребенка с психофизическими нарушениями в результате сложного процесса его социализации (Т.А. Власова, Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, Д.Б. Эльконин) и о необходимости создания специальной коррекционно-развивающей среды для развития ребенка в условиях дизонтогенеза (К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, И.Ю. Левченко, В.И.Лубовский, Е.М. Мастюкова, М.С. Певзнер, В.Г. Петрова, С.Я. Рубинштейн, У.В.Ульenkova).

При этом в качестве специальной коррекционно-развивающей среды выступают внутрисемейные условия, которые создаются родителями и обеспечивают оптимальное развитие ребенка с нарушениями развития. Семья ребенка с ОВЗ рассматривается как реабилитационная структура, обеспечивающая не только создание благоприятных условий для нормальной жизни и роста ребенка, но и формирующая его нравственные качества, отношение к людям, гармонизирующая его личностное развитие.

При разработке программы консультирования семьи ребенка в ОВЗ мы опирались на направления, выделенные В.В. Ткачевой (2007).

Проведенное исследование показывает, что чаще всего семья ребенка с ОВЗ обращается к специалисту для решения проблем, связанных с обучением и воспитанием ребенка. В то же время в ходе беседы в ряде случаев возникает потребность в решении вопросов, касающихся взаимоотношения взрослых членов семьи, а также в связи с отсутствием единой позиции членов семьи в оценке нарушений ребенка, стратегии обучения и воспитания. В категорию «взрослые»

были включены не только родители ребенка с ОВЗ, но и прародители, его бабушки и дедушки.

Осуществляя *консультирование* взрослых членов семьи детей с ОВЗ, мы ставили своей целью не только оказать помощь в решении возникших перед ними воспитательных проблем и обучить взрослых специальным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка, но и осуществить коррекцию взаимоотношений между взрослым и ребенком, а также нормализовать взаимоотношения между взрослыми членами семьи. Таким образом, разработанная нами программа консультирования включает два направления: помощь ребенку с ОВЗ и помощь взрослым членам семьи, и осуществляется в форме *психотерапевтической беседы*. Реализуя данное направление работы, мы опирались на разработки В.В. Ткачевой.

Программа консультирования семьи ставит перед собой следующие *цели*:

- создание оптимальных внутрисемейных условий для гармоничного развития ребенка с ОВЗ;
- формирование адекватной системы жизненных ценностей членов семьи ребенка с ОВЗ;
- коррекция детско-родительских, супружеских, родительско-детских, прародительско-детских, детско-прародительских и других отношений между всеми членами семьи;
- формирование психолого-педагогических знаний и умений, повышение педагогической компетентности и коррекция воспитательской позиции членов семьи.

Исходя из поставленных целей, программа консультирования решает следующие *задачи*:

- 1) обучение взрослого специальным методическим приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях;
- 2) обучение взрослого воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка;

3) коррекция внутреннего психологического состояния взрослого и неконструктивных форм его поведения;

4) помощь взрослому в осуществлении личностного роста в процессе взаимодействия со своим ребенком, в процессе его обучения и воспитания.

В процедуре консультирования мы использовали индивидуализированный подход, учитывающий ресурсы семьи (персональные, внутрисемейные, внешние).

Ресурсы семьи - это адаптационные возможности членов семьи, представленные суммарно, которые позволяют семье справиться с проблемной ситуацией или приспособиться к ситуации, которую невозможно изменить.

Под персональными ресурсами мы понимаем когнитивные, эмоциональные, социально-психологические особенности каждого члена семьи, например, эмпатию, оптимизм, уверенность в себе, принятие себя и других. Под внутрисемейными – характер взаимоотношений внутри семейной системы, например, уровень сплоченности и взаимной поддержки, интенсивность коммуникации между членами семьи. Наконец, под внешними ресурсами мы понимаем социальную поддержку семьи, включающую друзей, соседей, а также специальные службы, к которым в первую очередь относятся организации и учреждения, оказывающие адресную психологическую помощь семье ребенка с ОВЗ.

Оказывая психологическую помощь семье ребенка с ОВЗ, мы учитывали, какими ресурсами человек обладает, на какие персональные и внутрисемейные резервы он может опереться, и какова степень и характер нашего участия.

Выписка

*из протокола консультирования Людмилы Петровны П., 42 года,
матери Кирилла П. (7 лет, эпилепсия, тяжелая умственная отсталость)*

Людмила Петровна потеряла сына. Мальчик скончался от асфиксии во время эпилептического припадка.

Сына воспитывала одна. Муж ушел из семьи, когда ребенку было 2 года, а затем уехал из города. Близкие родственники и соседи участия в жизни семьи не принимали, но советовали матери поместить ребенка в учреждение департамента социальной защиты. Женщина

эмоционально и физически истощена, признается в нарушение сна и аппетита, желании уединиться в комнате ребенка, перебирать его фотографии, плакать.

О ребенке:

- Бедный, несчастный Петенька! Как он мучился всю жизнь! За что ему такое!

Рассказывая о своей жизни:

- Никого у меня не было, только Петенька. И никто меня не любил, мама только, но она умерла давно, когда Петенька еще совсем маленький был. В жизни у нас было одно только горе. Этот (муж) меня бил, смеялся надо мной. Соседи говорили, что Петеньку надо сдать.

Женщина обвиняет себя в случившемся:

- Это я виновата! Если бы я рядом была, он бы не умер! Я вот думаю, что мне нужно было хорошего врача найти, лекарства другие давать. Из-за меня он мучился и умер из-за меня.

Для матери ребенок был центром и единственным смыслом ее жизни, вся ее деятельность была связана с уходом за сыном, кроме того, только сын давал ей ощущений эмоциональной близости и привязанности, с ним она чувствовала себя нужной, любимой, поэтому утрата воспринималась ею особенно тяжело.

Результаты беседы и наблюдения показали, что персональные и внутрисемейные ресурсы у матери отсутствуют, и единственной возможностью справиться с горем от утраты ребенка является помощь специалиста.

Нами проводились регулярные беседы, в ходе которых решались следующие задачи:

- повышение самооценки матери (осознание важности и исключительности миссии по воспитанию особого ребенка, которую она успешно выполняла на протяжении многих лет; переоценки личных качеств, которые помогли ей в течение многих лет заботиться о ребенке с тяжелыми нарушениями развития);
- переключение внимания матери на новые виды деятельности, которые позволят справиться с депрессией и избежать самоизоляции (например, решение юридических и бытовых вопросов, усиленная помощь семьям, имеющим детей с аналогичными проблемами);
- создание новых и возобновление имевшихся ранее эмоциональных связей (например, общение с соседями, забота о домашнем питомце,

которого она всегда хотела иметь).

Проведенная работа способствовала выходу Людмилы Петровны из депрессии, смягчила ощущения утраты, помогла сформировать новые жизненные ориентиры.

Процедура проведения консультирования семьи включает следующие этапы:

Первый этап направлен на установление контакта и формирование определенного уровня доверия и взаимопонимания между психологом и родителем/прародителем, которые необходимы для достижения положительного результата консультации. Доброжелательность и использование специалистом приема «эмпатического переживания» позволяет снять напряжение, начиная с первой встречи, и способствует открытому диалогу.

На *втором этапе* взрослый член семьи формулирует суть проблем, которые его волнуют. На этом этапе психолог, внимательно слушая и наблюдая за членами семьи, анализируя полученную информацию, получает данные, позволяющие составить представление об основных трудностях и препятствиях, деструктивно влияющих на жизнь семьи, дополнить представления об особенностях развития ребенка, характере взаимоотношений в семье, личностных характеристиках, родительских установках и ценностях семьи и пр. Далее на основе полученных данных осуществляется выбор путей помощи с использованием индивидуализированного подхода, учитывающего ресурсы семьи: персональные, внутрисемейные, внешние.

По результатам наблюдения за взаимоотношениями взрослого и ребенка и в процессе беседы с родителями (прародителями) нами было установлено, что проявление непослушания и агрессии является одним из наиболее частых вариантов проблемного поведения, с которыми сталкивается семья ребенка с ОВЗ. В то же время родители, бабушки и дедушки редко самостоятельно выбирали эти проблемы в качестве направления для коррекционной работы.

Кроме того, наблюдение за ребенком в течение учебного дня показало недостаточный (не соответствующий физическому и когнитивному развитию

ребенка) уровень сформированности культурно-гигиенических навыков. С другой стороны, наблюдение за взаимодействием взрослых членов семьи и ребенка, а также беседа с родителями, бабушками и дедушками обнаруживали стремление последних выполнить за ребенка или оказать чрезмерную помощь в выполнении гигиенических и бытовых процедур (одеваться, мыть лицо и руки, есть с помощью приборов и др.).

В то же время беседы с взрослыми членами семей показали, что в наибольшей степени родители обеспокоены такими проблемами как:

- сложности с выполнением домашних заданий;
- недостаточные успехи ребенка в освоении учебных программ по развитию речи, навыков чтения и письма, математических представлений;
- отсутствие у ребенка мотивации к учебной деятельности;
- трудности установления контакта с педагогами;
- недоброжелательное отношение к ребенку со стороны здоровых сверстников или посторонних взрослых.

Среди проблем внутрисемейных отношений, решаемых в рамках семейного консультирования, можно выделить такие как:

- неприятие членами семьи болезни ребенка («Он просто избалован, нужно быть с ним строже» или «Эти учителя и врачи все выдумывают»);
- несогласованность воспитательских позиций взрослых членов семьи (некоторые члены семьи гиперопекают ребенка, или наоборот проявляют чрезмерную строгость);
- недостаточное участие некоторых членов семьи в воспитании ребенка и др.

На *третьем этапе* происходила выработка и усвоение практических рекомендаций, направленных на решение проблем с учетом анализа результатов диагностики семьи ребенка с ОВЗ.

На этом этапе консультирования в ходе беседы решаются вопросы построения новой иерархии образовательных и воспитательных задач и

изменения родительских позиций, которые часто бывают искажены в связи с недостаточной критичностью взрослых к поведению ребенка, и формированием у родителей особых установок и ожиданий. Также родителям ребенка с ОВЗ раскрываются цели воспитательного и образовательного процесса, к которым, кроме когнитивного развития, относится становление личности ребенка и повышение уровня самостоятельности для достижения максимально возможного уровня адаптации в современном обществе на каждом возрастном этапе и успешного жизнеустройства во взрослом возрасте.

Важную роль в реализации этих задач играет развитие у ребенка навыков самостоятельной деятельности, которые позволят ему в дальнейшем достигнуть достаточного уровня независимости и комфорта, а также усвоение ребенком норм и правил социально приемлемого поведения, что обеспечит ему в будущем доброжелательное отношение со стороны социума.

В ходе беседы родителям раскрываются особенности механизмов формирования у ребенка с ОВЗ навыков самоконтроля и социальной компетентности, которые не формируются стихийно, путем усвоения внешних образцов, сравнением и интерпретацией собственных качеств и переживаний, как это происходит со здоровым ребенком, а требуют серьезного и планомерного воздействия со стороны взрослых, многократного повторения и постоянной коррекции.

На *заключительном этапе* происходит подведение итогов, которое позволяет оценить степень удовлетворенности результатами беседы, зафиксировать в сознании родителей новые направления деятельности, наметить задачи на ближайшее время, определить критерии успешности воспитательной работы и предусмотреть возможность продолжения консультативной работы.

Ниже представлены отдельные *методические рекомендации*, подготовленные нами в ходе реализации программы консультирования и направленные на коррекцию проблемного поведения ребенка с ОВЗ, преодоление трудностей в его воспитании и обучении.

Большинство семей детей с ОВЗ в той или иной степени сталкиваются с *проблемой непослушания*. Первоочередной задачей является формирование у ребенка на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровне новой системы отношений со взрослыми членами семьи. Основными условиями построения новой системы взаимоотношений с ребенком являются:

- *Поэтапность или постепенность*, которая предполагает выбор одного-двух наиболее характерных или важных для семьи и ребенка проблемных момента, на которых концентрируется коррекционная работа с ребенком. Коррекция последующих проблемных моментов, возможна после успешного завершения работы над предыдущим. Например, мать Полины О. (G96.8, F71.88) в ходе консультации сообщает о наличии ряда проблем с регулированием поведения дочери: нарушение режима питания, конфликты с сестрой, чрезмерное увлечение просмотром мультфильмов и др. Совместно с педагогом принимается решение начать работу с коррекции режима питания.

- *Последовательность или системность*, которая предполагает участие в коррекционной работе всего окружения ребенка (дедушек и бабушек, близких родственников и др.) и соблюдение выработанной стратегии работы всеми членами семьи во всех аналогичных ситуациях. В случае Полины О., правильный режим питания организуется всеми членами семьи, в том числе бабушкой, которая несмотря на то, что проживает отдельно, осуществляет процесс питания внучки, когда мать на работе, во все дни без исключения.

- *Использование различных модальностей и наглядности* при формировании у ребенка представлений о нормах социального взаимодействия означает, что формируемые правила и нормы должны быть не только озвучены и разъяснены ребенку, но и наглядно представлены, и находится в поле зрения ребенка в виде табличек, плакатов. Например, перед родителями Славы Д. (G93.9, F71) поставлена задача сформировать у ребенка навык послушания. Ребенку озвучено правило: «Мама и папа тебя любят и заботятся о тебе. Мама (папа) главная (главный). Маму (папу) надо слушаться». На видных местах в квартире

размещены картинки с изображением большой фигуры «взрослого», и ниже маленькой фигуры «ребенка». При необходимости побудить ребенка выполнить распоряжение взрослого родители после краткого формулирования распоряжения, озвучивают правило, а затем указывают на картинку.

- *Использование ограничений* должно применяться каждый раз, когда ребенок осознанно нарушает установленные правила, демонстрирует проблемное поведение. Ограничения должны быть заранее известно ребенку, и быть достаточно значимым, чтобы эффективно мотивировать ребенка. Например, для Максима У. (Q90.9, F71) наиболее эффективным ограничением является лишение лакомств, а для Славы Д. отсутствие возможности играть с любимой машинкой.

- *Фиксация успехов ребенка*, означает немедленную положительную оценку успехов ребенка в преодолении проблемного поведения, решении поставленной задачи. Например, Слава Д. выполнил просьбу матери и закончил прогулку. Мать громко замечает: «Слава, ты молодец! Ты слушаешься маму!»

- Еще одним важным моментом успешной работы над коррекцией проблем ребенка является *письменная регистрация* взрослым наблюдений за ребенком, не только собственных, но и сделанных другими членами семьи, в результате совместного обсуждения проблем и успехов ребенка. Важные события, успехи или ошибки могут быть упущены, и в дальнейшем не проработаны, и не решены, если не сделать своевременную запись. Кроме того, регистрация достижений ребенка и изменений поведения оказывает на родителей сильнейшее психотерапевтическое воздействие.

Еще одной серьезной проблемой для родителей и представителей старшего поколения являются *трудности с выполнением домашних занятий*. Для решения этой проблемы родителям следует соблюдать основные правила в проведении занятий с ребенком.

- *Использование особой пространственной и временной организации образовательной среды*, предполагает выбор постоянного места и времени для выполнения домашнего задания, а также неизменного хода занятия (например,

сначала просмотр материалов урока, затем выполнение домашнего задания, затем игра). Постоянство учебной среды помогает формировать устойчивую связь между учебной средой и учебной деятельностью и облегчает ребенку саморегуляцию. Наличие собственного «рабочего» места повышают статус учебного процесса в глазах ребенка и создает у него ощущения важности мероприятия.

- Использование *поощрений* создает дополнительную мотивацию к выполнению домашнего задания, но только в том случае, если это поощрение следует в конце занятия в качестве награды за старание. В качестве поощрения рекомендуется использовать непищевые стимулы, например, совместную игру.

- Предъявление *плана занятия* в доступной ребенку форме (предметной или графической, например, в виде рисунка) позволяет ребенку лучше ориентироваться в ходе урока и мобилизовать себя на выполнение очередного этапа работы. По окончании каждого этапа, предмет, соответствующий данному этапу, убирается из поля зрения (рисунок зачеркивается), а взрослый фиксирует внимание ребенка на успешном завершении задания и переходе к следующему этапу.

- Начинать урок лучше с тех заданий, в которых ребенок наиболее успешен, чтобы создать *позитивный настрой* от выполненной работы. Сложные для ребенка задания лучше выполнять в середине урока.

- Выбор *стимульного материала* целесообразно осуществлять в соответствии с увлечениями или особенностями ребенка (например, машинки или животных).

- В поле зрения ребенка на столе не должно быть предметов, способных отвлечь его от работы.

В ходе исследования нами было осуществлено консультирование 15 семей детей с ОВЗ (50%). Проведение консультаций предполагало беседы как с родителями ребенка, так и с представителями старшего поколения (бабушками и

дедушками). Количество консультаций с каждой семьей различалось и варьировалось от одной до четырех встреч.

Подводя итоги консультирования можно отметить, что взрослые члены семьи в целом позитивно оценивали помощь специалиста и проявляли заинтересованность в продолжении консультативной работы. Мы отметили:

- положительные изменения в характере взаимоотношений взрослого и ребенка:
- повышения уровня психолого-педагогической компетентности родителей и представителей старшего поколения в результате просветительской и образовательной работы:
- повышение заинтересованности взрослых в участии в воспитании и обучении ребенка с ОВЗ.

В тоже время анализ результатов консультирования семей детей с ОВЗ показал, что наиболее успешной была работа с родителями и представителями старшего поколения, не имевшими выраженных акцентуаций по типу межличностных отношений в методике Т.Лири. Взрослые, демонстрировавшие высокие баллы по шкалам ТМО «Подчинение», «Дружелюбный», были склонны отрицать наличие проблемного поведения ребенка и деформаций во взаимоотношениях или искать оправдания негативным проявлениям в состоянии здоровья ребенка или в особых семейных обстоятельствах. Данный феномен требует дальнейшего изучения.

Выводы по главе 3

Анализ полученных экспериментальных данных и их обобщение позволили сформулировать следующие выводы по шести позициям.

1. Исследование характера межличностных отношений взрослых членов семей детей с ограниченными возможностями здоровья (методика Т.Лири) показало, что 39% всех взрослых членов семей детей с ОВЗ по тому или иному типу межличностных отношений (ТМО) демонстрируют экстремальный тип поведения. Среди экстремальных типов поведения наибольшее распространение получили ТМО «Подчинение», «Дружелюбие» и ТМО «Альтруизм». Среди участников экспериментальной группы выявлены взрослые с экстремально высокими показателями по данным параметрам, свидетельствующими о выраженных трудностях социальной адаптации, в том числе о податливости, склонности к компромиссам, к уступкам и покорности. Такие особенности взрослых обуславливают сложности с формированием в семье иерархии родитель-ребенок, и препятствуют формированию нравственных и волевых качеств ребенка, а также усвоению ребенком норм и правил социального взаимодействия.

2. Диагностика уровня функционирования семейной системы по методике FACES-3, Д.Олсон.

2.1. В процессе исследования выявлено, что высокую (IV) степень неудовлетворенности семейной системой по показателю гибкости имеют 36% семей детей с ОВЗ, а по показателю адаптации 44% семей детей с ОВЗ. Легкую степень неудовлетворенности по показателю гибкости демонстрируют только 14% семей, по показателю адаптации 6% семей детей с ОВЗ. Среди семей здоровых детей высокая (IV) степень неудовлетворенности по показателю гибкости выявлена у 15% семей, по показателю адаптации 16%. В то же время 27% семей здоровых детей демонстрируют легкую степень неудовлетворенности семейными отношениями по показателю гибкости и 35% по показателю адаптации. Таким образом, семьи детей с ОВЗ демонстрируют большую степень

неудовлетворенности семейной системой по сравнению с семьями здоровых детей.

2.2. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что семьи детей с ОВЗ являются менее сбалансированными и имеют *более низкий уровень функционирования* по сравнению с семьями здоровых детей. Несбалансированный тип функционирования для «реальной» модели имеет 23% взрослых членов семей детей с ОВЗ и 10% взрослых из семей здоровых детей. При оценке «идеальной» модели несбалансированный тип функционирования выявлен у 56% взрослых членов семей детей с ОВЗ и у 36% здоровых детей.

2.3. По критерию Стьюдента выявлены статистические различия между взрослыми участниками экспериментальной и контрольной групп в показателях «гибкость» и «сплоченность» для идеальной модели ($p=0,01$). Более высокий уровень сплоченности семьи ребенка с ОВЗ (среднее значение 44,6) по сравнению с семьей здорового ребенка (среднее значение 42,7), свидетельствующий о стремлении к изменению организационной структуры семьи для максимального соответствия потребностям особого ребенка. Подобные изменения могут способствовать возникновению гиперопекающего стиля поведения, а также препятствовать удовлетворению интересов остальных членов семьи.

Исследование также установило более высокий уровень гибкости (адаптации) в семьях детей с ОВЗ (среднее значение 40,1) по сравнению с семьями здоровых детей (среднее значение 36,1), соответствующий «хаотичному» типу функционирования семьи, который свидетельствует об отсутствии фиксированной структуры власти, а также об отсутствии последовательных правил функционирования, особенно в отношении регулирования родительно-детских отношений

2.4. Исследование показало статистически достоверное превышение показателей дисциплины и контроля в семьях детей с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей для идеальной модели функционирования, которое свидетельствует о низком уровне дисциплины и контроля. Большая часть родителей детей с ОВЗ продемонстрировали стремление к формированию таких

форм взаимоотношений с детьми, которые характеризуются более низким уровнем дисциплины (76%) и контроля (78%) по сравнению с семьями здоровых детей (соответственно 38% и 51%).

3. Исследование функционирования семьи с помощью методики «McMaster Family Assessment Device» (FAD) показало статистически достоверное превышение показателей уровня коммуникации (среднее значение для экспериментальной и контрольной групп 3,1315 и 2,9867 баллов соответственно) и уровня аффективной вовлеченности (среднее значение для экспериментальной и контрольной групп 3,3602 и 3,0869 баллов соответственно) в семьях детей с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей. Таким образом, подтверждая данные методики Д.Олсона о более высоком уровне сплоченности семьи ребенка с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей.

4. Оценка особенностей родительского отношения с помощью опросника родительского отношения (А.Я.Варга, В.В.Столин) показало, что 78% всех родителей детей с ОВЗ используют дисгармоничные типы отношений. Только у 23% родителей преобладает модель «принятие-отвержение» с доминированием полюса «принятие», а тип отношения «кооперация» отсутствует вовсе.

Статистических различий в характере родительского отношения взрослых экспериментальной и контрольной групп *не выявлено*. Выявлена *тенденция* к большему контролю в группе родителей здоровых детей по сравнению с родителями детей с ОВЗ.

5. Сравнительное исследование характерологических и поведенческих особенностей детей с ОВЗ и здоровых детей выявило статистические отличия в проявлении непослушания и агрессии детей экспериментальной и контрольной групп. В группе детей с ОВЗ проявления непослушания и негативизма в отношении взрослых более выражены по сравнению с детьми контрольной группы (в группе детей с ОВЗ 60%, в группе здоровых детей 30%). Агрессивное поведение по отношению ко взрослым проявляется в группе детей с ОВЗ в 30 % случаев, у здоровых детей физическая агрессия против взрослых отсутствует.

6. Исследование влияния особенностей межличностных отношений в семье на поведение и личностные особенности ребенка с ограниченными возможностями здоровья выявило прямую зависимость между показателями контроль и дисциплина и непослушанием детей экспериментальной группы. А также связь между показателем дисциплина (идеальная) и агрессивным поведением для детей экспериментальной группы.

Таким образом более низкий уровень контроля за поведением детей и требовательности в соблюдении дисциплины ассоциирован с большими проблемами в поведении детей.

Заключение

Появление в семье даже здорового ребенка вносит серьезные изменения в семейный уклад: влияет на организационную структуру семьи, отношения между ее членами, физическое состояние членов семьи и семейный бюджет. Постепенно семья адаптируется к появлению нового члена и устанавливается баланс между целями, интересами и возможностями всех участников семьи. Семья ребенка с нарушениями в развитии часто не может самостоятельно справиться с возникающими трудностями и нуждается в помощи специалистов для выявления существующих проблем и нормализации внутрисемейных отношений. В связи с этим особенно важной становится работа по изучению межличностных отношений в семье ребенка с ОВЗ, выявлению существующих проблем, нормализации внутрисемейных отношений, коррекции неэффективных моделей воспитания и обучения ребенка, что, в конечном счете, позволяет создать оптимальные условия развития ребенка в семье.

Наше исследование было направлено на изучение взаимоотношений в семье на следующих межличностных уровнях: супружеские, родительско–детские и детско-родительские отношения; взаимоотношения представителей старшего поколения семьи с внуками.

Для диагностики взаимоотношений взрослых участников исследования был сконструирован диагностический комплекс, включающий различные методы и методики, который позволил определить, как интегральные характеристики семейных взаимоотношений (структуру семьи, характер распределения ролей), так и отдельные феномены семейных отношений (характер взаимодействия между членами семьи и поведенческие стереотипы родителей по отношению к ребенку).

Проверка исследовательских гипотез осуществлялась с применением статистических процедур, позволяющих оценить уровень регистрируемых показателей и их статистические взаимосвязи.

В процессе изучения характера межличностных отношений и характерологических черт нами были выявлены особенности, характерные только для семей детей с ОВЗ.

Исследование функционирования семейной системы с помощью методики Д.Олсона выявило большой уровень неудовлетворенности семейными отношениями по всем показателям функционирования семей детей с ОВЗ по сравнению с семьями здоровых детей.

Сравнительный анализ результатов исследования группы семей детей с ОВЗ и группы семей сравнительного анализа показал, что семьи детей с ОВЗ являются менее сбалансированными и имеют более низкий уровень функционирования по сравнению с семьями здоровых детей.

В исследовании также установлено, что снижение уровня функционирования происходит в первую очередь за счет сдвига отношений в направлении *сплоченности (сцепленности)*, а также *гибкости (адаптации)*.

Более детальная оценка изменений гибкости (адаптации) показала, снижение уровня *дисциплины и контроля* в семьях детей с ОВЗ, что означает неспособность или нежелание взрослых членов семей (родителей, прародителей) устанавливать для ребенка правила поведения и следить за их выполнением, руководить поведением ребенка.

Сравнительное изучение характерологических и поведенческих особенностей детей ОВЗ и здоровых детей позволило нам выявить существенные различия, касающиеся проявлений непослушания и детской агрессии. Исследование показало, что *непослушание*, отказ от выполнения просьб, поручений, соблюдения запретов чаще проявлялось в группе детей с ОВЗ, чем в группе здоровых детей, а *агрессивное поведение*, направленное против взрослых (чаще родителей, в особенности матери), проявлялось только в группе детей с ОВЗ.

Изучение данных об особенности влияния межличностных отношений на поведение и личностные особенности ребенка показало связь между непослушанием и показателями «контроль» (реальный, идеальный) и

«дисциплина» (реальная, идеальная) для детей экспериментальной группы, а также агрессивного поведения и показателем «дисциплина» (идеальная). Таким образом, низкий уровень контроля и требовательности в соблюдении дисциплинарных норм со стороны родителей и прародителей связан с возникновением таких вариантов проблемного поведения у ребенка с ОВЗ как непослушание и агрессия в отношении взрослых.

В тоже время наше исследование показало, что семьи детей с ОВЗ, где взрослые демонстрируют стремление к разумной требовательности в установлении и объяснении правил поведения, когда несоблюдение правил влечет за собой меры педагогического воздействия, успешно справляются с формированием у ребенка с ОВЗ навыков самоконтроля и социальной компетентности.

Результаты проведенного исследования подтвердили правомерность выдвинутой гипотезы, а также верность положений и позволили сделать следующие **выводы**:

1. Теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования подтвердил значимость и влияние межличностных отношений в семье на формирование личностных особенностей ребенка, а также выявил недостаточность экспериментальных исследований, разработок и рекомендаций по нормализации межличностных отношений для создания оптимальных условий развития ребенка с ОВЗ в семье. В качестве основных характеристик нормально функционирующей семьи выступают: согласованные представления о структуре власти-подчинения, включая иерархию отношений взрослый-ребенок; согласованные представления о распределении ролей; баланс показателей семейной сплоченности и семейной гибкости; достаточный уровень коммуникации; высокий уровень эмоционального общения и принятия друг друга.

2. Разработанный и апробированный в исследовании диагностический комплекс позволяет выделить дифференцирующие характеристики межличностных отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ, по сравнению

с семьями здоровых детей, определить особенности не только родительско-детских и детско-родительских отношений, но и взаимоотношений, складывающихся между представителями старшего поколения семьи и ребенком с ОВЗ, а также влияние межличностных отношений на формирование личностных и других особенностей ребенка с ОВЗ.

3. В результате сравнительного анализа параметров функционирования семейной системы в группе семей детей с ОВЗ и в группе семей детей с нормальным развитием экспериментально установлено наличие проблем и снижение уровня функционирования семьи ребенка с ОВЗ по сравнению с семьей здорового ребенка, что определяется усилением показателей «сплоченности» (сцепленности), а также «гибкости» (хаотичности) семей; члены семей активно стремятся соответствовать потребностям ребенка с ОВЗ, что свидетельствует о формировании детоцентрической модели взаимоотношений в семье ребенка с нарушениями развития, характеризующейся вседозволенностью и низким уровнем требований по отношению к детям;

3.1. Исследование различий между реальными и идеальными значениями параметров функционирования показало (методика Д.Олсона), что появление в семье ребенка с нарушениями развития обуславливает возникновение у членов семьи (родителей, а также представителей старшего поколения) особых потребностей, в том числе потребности в более высоком уровне эмоциональной близости и сплоченности, которые остаются нерезализованными, что приводит к снижению удовлетворенности семейными отношениями членов этих семей.

3.2. Оценка соотношения показателей «гибкости» и «сплоченности» при определении функционирования семейной системы (методика Д.Олсона), показывает, что родители, а также представители старшего поколения семьи ребенка с ОВЗ, в большей степени стремятся к формированию менее сбалансированного типа функционирования по сравнению с семьями здоровых детей.

3.3. Детальное рассмотрение показателей «гибкость» и «сплоченность» (методика Д.Олсона), а также параметров «коммуникация» и «аффективная

вовлеченность» (методика «McMaster Family Assessment Device» (FAD) уточняет и дополняет положение о формировании дисгармоничных форм межличностных отношений между членами семьи ребенка с ОВЗ, показывая, что снижение функционирования происходит за счет повышения уровня «гибкости» (хаотичности) и уровня «сплоченности» (сцепленности).

3.4. Сравнительный анализ характерологических и поведенческих особенностей детей выявил статистические отличия в проявлении непослушания и агрессии в группе детей с ОВЗ и группе детей с нормальным развитием по критерию хи-квадрат, что также дополняет положение о формировании дисгармоничных форм межличностных отношений между членами семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ.

4. Корреляционный анализ между показателями проявления проблемного поведения у ребенка с ОВЗ и показателями контроля и дисциплины (методика Д.Олсона с применением коэффициента корреляции Пирсона) доказывают правильность положения о влиянии дисгармоничного характера межличностных отношений в семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ, на условия обучения, воспитания и социальной адаптации ребенка. Результаты исследования позволяют дополнить данное положение выводами о том, что стремление родителей и представителей старшего поколения семьи ребенка с ОВЗ к развитию форм взаимоотношений с детьми, которые характеризуются более низким уровнем дисциплины и контроля (гиперопекающий стиль воспитания), способствует формированию таких патологических черт характера ребенка как *непослушание и агрессия*.

5. Наиболее эффективными в плане личностного развития, формирования моральных и нравственных качеств, представлений о нормах социального взаимодействия у ребенка с ОВЗ, могут быть признаны семьи, в которых родители и представители старшего поколения демонстрируют достаточный уровень требовательности и контроля за выполнением установленных правил поведения и обязанностей.

6. Разработанные в рамках исследования рекомендации по организации, содержанию и процедуре консультирования семьи ребенка с ОВЗ (индивидуализированный подход, учитывающий персональные, внутрисемейные, внешние ресурсы семьи), позволяют оптимизировать процессы межличностного взаимодействия в этих семьях, включая детско-родительские, родительско-детские, супружеские, отношения прародителей с внуками, обеспечивают создание оптимальных внутрисемейных условий для гармоничного развития ребенка с ОВЗ и повышение воспитательской компетентности членов семьи.

Список литературы

1. Алешина, Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование: Социальное здоровье России / Ю.Е. Алешина. – М.: Класс, 1994. С.25-37.
2. Андреева, Т.В. Семейная психология / Т.В. Андреева – СПб.: Речь, 2004. - 244 с.
3. Басилова, Т.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей / Т.А. Басилова, Н.А. Александрова. - М.: Просвещение, 2008. - 111 с.
4. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология : руководство для врачей и клинических психологов /В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – Москва: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2002. – 512 с.
5. Богданова, Т.Г., Психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии /Т.Г. Богданова// Специальная психология. - 2004. - №1. - С.72-76.
6. Болотова, Н.П. Психокоррекционная работа педагога-психолога с семьями, воспитывающими подростков с двигательными нарушениями : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07, 19.00.10 / Болотова Наталья Петровна. – М., 2011. - 23 с.
7. Болотова Н.П. Возможности психологических техник в работе с системой семьи /Н.П. Болотова // Педагогика и психология образования. – 2013. – № 4. – С.16-19.
8. Борякова, Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: теоретические аспекты специального образования детей с отклонениями в развитии, организация коррекционного обучения и воспитания, педагогические технологии в коррекционной работе: учебное пособие / Н. Ю. Борякова. - Москва: АСТ : Астрель, 2008. – 222 с.
9. Боулби, Дж. Создание и нарушение эмоциональных связей / Дж. Боулби. – М., 2006. 240 с.

10. Варга, А. Я. Системная семейная психотерапия: краткий лекционный курс / А. Я. Варга. – Санкт-Петербург: Речь, 2001. – 144 с.
11. Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения : автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.01 / Варга Анна Яковлевна. М.: МГУ, 1987. – 25 с.
12. Верещагина, Н.В. Особый ребенок в детском саду / Н.В. Верещагина. - СПб.: Детство-Пресс, 2009. – 155 с.
13. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. / гл. ред. А. В. Запорожец. - М.: Педагогика, 1982-1984. Т. 4: Детская психология / под. ред. Д. Б. Эльконина. — 1984. — 433 с.
14. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. / гл. ред. А. В. Запорожец. - М.: Педагогика, 1982-1984. Т. 5: Основы дефектологии / под. ред. Т. А. Власовой. — 1983. — 369 с.
15. Выготский, Л.С. Проблема культурного развития ребенка / Вестник Московского университета. Сер. 14: – М: Психология. 1991. № 4. С. 5 - 18.
16. Высотина, Т.Н. Личностные особенности родителей, воспитывающих детей со сложными нарушениями психического развития / Т.Н. Высотина // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2011. – № 2. – С.122-127.
17. Высотина, Т.Н. Особенности родительского отношения к детям с атипичным аутизмом : автореф. дис. ... канд. Психол. наук: 19.00.10 / Высотина Татьяна Николаевна. – СПб., 2013. - 22 с.
18. Гильяшева, И.Н. Методика исследования межличностных отношений ребенка. Методическое пособие / И.Н. Гильяшева, Н.Д. Игнатьева. - М.: Фолиум, 1994. – 64 с.
19. Годфруа, Жо. Что такое психология: В 2 т. / Ж. Годфруа; Под ред. Г.Г. Аракелова; Пер. с фр. Н. Н. Алипова и др. - 2. изд., стер. - М.: Мир, 1999. - 370 с.
20. Голод, С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ / С.И. Голод. – Санкт-Петербург: Петрополис, 1998. – 272 с
21. Грановская, Р.М. Защита личности: Психологические механизмы / Р.М. Грановская. - СПб.: Знание, 1999. - 347 с.

22. Гусева, О.В. Особенности отношений в семьях с детьми с расстройствами аутистического спектра : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Гусева Ольга Владимировна. – СПб., 2018. – 25 с.

23. Гусева, О.В. Тестовые и проективные методы психологической диагностики особенностей системы семейных отношений здоровых sibлингов в семьях с детьми с расстройствами аутистического спектра / О.В. Гусева // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2017. – Т. 10, № 4. – С. 5–16.

24. Диденко, Елена Яковлевна. Детско-родительские отношения молодых людей с сенсорными нарушениями и их родителей : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10 / Диденко Елена Яковлевна. - СПб., 2016. - 25 с.

25. Докучаева С.О. Влияние родительской семьи на построение супружеской семьи в следующем поколении / С.О. Докучаева // Психологическая наука и образование. - 2005. - Том 10. № 3. - С. 41–55.

26. Дружинин, В.Н. Психология семьи / В.Н. Дружинин. – СПб.: Питер, 2006. - 176 с.

27. Дружинин, В.Н. Экспериментальная психология: учебное пособие / В.Н. Дружинин. - 2-е изд., доп. - Москва: Питер, 2000. - 318 с.

28. Дымнова, Т. И. Зависимость характеристик супружеской семьи от родительской / Т.И. Дымнова // Вопросы психологии. - 1998. - № 2. - С. 46-56.

29. Егорова, О.В. Феномен удовлетворенности браком: основные направления исследований [Электронный ресурс] / О.В. Егорова // Научные материалы международного форума и школы молодых ученых ИП РАН. 2006. URL:

http://www.ipras.ru/cntnt/rus/dop_dokume/mezhdunaro/nauchnye_m/razdel_3_a.html

30. Ермакова, Е.Н. Психологическое консультирование родителей детей с хроническими заболеваниями. / Е.Н. Ермакова // Психотерапия и клиническая психология. 2005. № 1 (12). С. 30-34.

31. Закрепина, А.В. Развиваем социальные умения родителями детей с ОВЗ: учебно-практическое пособие / А. В. Закрепина. - Москва: Инфра-М, 2019. – 160 с.

32. Закрепина, А.В. Пути социального развития детей дошкольного возраста с умеренной умственной отсталостью : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Закрепина Алла Васильевна. - Москва, 2003. - 23 с
33. Захаров, А.И. Неврозы у детей и психотерапия / А. И. Захаров. - СПб.: Союз: Лениздат, 2000. – 323 с.
34. Захаров, А.И. Особенности семейных отношений и семейной психотерапии при неврозах детского возраста : автореф. дисс. ... канд. психологических наук / А. И. Захаров. – Л., 1976. 16 с.
35. Ильин, Е.П. Психология взрослости / Е.П. Ильин. – СПб: Питер, 2012. - 542 с.
36. Ильин, Е.П. Психология общения и межличностных отношений / Е.П. Ильин. – СПб : Питер, 2009. – 576 с.
37. Клепцова, Е. Ю. Виды межличностных отношений / Е. Ю. Клепцова // Известия Самарского научного центра РАН. – 2013. – № 15(2). – С. 382–387.
38. Куфтяк, Е.В. Исследование устойчивости семьи при воздействии трудностей [Электронный ресурс]/ Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. N 6(14). URL: <http://psystudy.ru>.
39. Лебединский, В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте: учебное пособие / В.В.Лебединский. – 3-изд., стер. – М.: Академия, 2006. – 144 с.
40. Лебединский, В.В. Нарушения психологического развития у детей: Учеб. пособие / В. В. Лебединский. - М.: Изд-во МГУ, 1985. - 167 с.; с.
41. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. Методическое пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. - 239 с.
42. Лидерс, А. Г. Психологическое обследование семьи: учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений /А.Г.Лидерс. — 2-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 432 с.

43. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия : Руководство для врачей / А. Е. Личко. - 2-е изд., доп. и перераб. - Л. : Медицина : Ленингр. отд-ние, 1985. - 416 с.
44. Мазурова, Н.В. Модель психолого-педагогической помощи родителям детей с тяжелыми и хроническими заболеваниями : автореф. дис. ...д-ра психол. наук: 19.00.07 / Мазурова Надежда Владимировна. – М., 2014. - 46 с.
45. Майрамян, Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок (психопатологические и психологические аспекты проблемы) : автореф. дис. ...канд. мед. Наук / Р.Ф.Майрамян. – М., 1976. - 24 с.
46. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения: учебное пособие для вузов / И. И. Мамайчук, М. И. Смирнова. - 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Эко-Вектор, 2014. - 311 с.
47. Мамайчук, И.И. Учет защитных механизмов личности родителей, детей с расстройством аутистического спектра в процессе психологической помощи / И.И.Мамайчук, Е.В. Шабанова // Вестник Ленинградского Государственного Университета имени А.С. Пушкина. 2014. № 1. С. 58–68.
48. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст / Е.М. Мастюкова. - М., Владос, 1997. – 304 с.
49. Мастюкова, Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция / Е. М. Мастюкова. - М.: Просвещение, 1992. - 95 с.
50. 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.
51. Мацковский, М.С. Социология семьи: проблемы теории, методологии и методики / М.С. Мацковский. –М., «Наука», 1989. – 112 с.
52. Миланич, Ю.М. Основные направления психокоррекционной работы с семьями детей с нарушениями развития: учеб. Пособие / Ю.М.Миланич. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2013. - 148 с.

53. Миланич, Ю.М. Психологическая защита матерей детей с ДЦП / Ю.М.Миланич // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2005». – СПб.: Изд.С.-Петербургского университета, 2005. С. 410-412.
54. Мэш, Э., Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. – М.: АСТ; – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 511 с.
55. Мясищев, В.Н. Психология отношений: избранные психологические труды / В. Н. Мясищев; Ред. А. А. Бодалева. - М: Институт практической психологии; Воронеж: МОДЭК, 2011. – 398 с.
56. Обозов, Н.Н. Психология межличностных отношений / Н.Н. Обозов. – Киев: Лыбидь, 1990. - 191 с.
57. Овчарова, Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В.Овчарова. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. - 319 с.
58. Островская, Л. Ф. Педагогические ситуации в семейном воспитании дошкольников /Л.Ф.Островская. – М., 1990. - 160 с.
59. Пархомович, В. Б. Психолого-педагогическое сопровождение родителей, имеющих детей с отклонениями в развитии [Электронный ресурс] /Дефектология. 2003. № 6. Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/3/0416/3_0416-1.shtml
60. Певзнер, М.С. Динамика развития детей — олигофренов / М.С. Певзнер, В.И. Лубовский. -М.: Изд-во АПН РСФСР, 1963. - 125 с.
61. Печникова, Л. С. Материнское отношение к ребенку-аутисту в зависимости от наличия в семье здорового sibса / Л.С. Печникова // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь: Материалы Всероссийской науч. -практ. конф. М., 1998. С. 173-174.
62. Печникова, Л.С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом : автореф. дисс. ... канд. психол. наук 19.00.04 / Печникова Леонора Сергеевна. – М., 1997. - 23 с.
63. Поташова, И.И. Современные технологии оказания консультативной помощи родителям, воспитывающим ребенка-инвалида / И.И. Поташова. – М.: МСГИ, 2012. – 211 с.

64. Психология семьи и больной ребенок: учебное пособие / авт.-сост.: И. В. Добряков, О. В. Заширинская. – СПб.: Речь, 2007. – 399 с.

65. Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья: учебник для студентов учреждений высш. образования / под ред. В.В. Ткачевой.- М.: Издательский центр «Академия», 2014. – 272 с.

66. Семенова, Л.Э. Особенности родительского отношения и родительской позиции отцов и матерей детей раннего возраста/ Л.Э. Семенова, В.Э. Семенова, Т.А. Серебрякова, И.В. Родионова// Проблемы современного педагогического образования. - 2018. - № 59-1. С. 482-485.

67. Селигман, М. Обычные семьи, особые дети: Системный подход к помощи детям с нарушениями развития / М. Селигман, Р.Б. Дарлинг. – М.: Теревинф, 2007. – 368 с.

68. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. — М.: Педагогика, 1989. — 208 с

69. Собчик, Л.Н. Методы психологической диагностики. Выпуск 3: Диагностика межличностных отношений: модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т.Лири: методическое руководство / Л.Н. Собчик. - Издательство: МКЦ ГУ по труду и социальным вопросам Мосгорисполкома, 1990 г. – 48 с.

70. Современная психология: Справочное руководство / РАН, Ин-т психологии; Под ред. В.Н.Дружинина. – М.: Инфра — М, 1999. — 687 с.

71. Соколова, Е.Т. Проективные методы исследования личности / Е.Т. Соколова. – М. : Изд-во МГУ, 1987. – 174 с.

72. Спиваковская, А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций / Семья и формирование личности / Под ред. А.А. Бодалева. – М.: Просвещение, 1981. - 115 с.

73. Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья / А.С.Спиваковская. Т. 2. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. - 462 с.

74. Суворова, О.В. Семейная и образовательная среда как факторы развития субъектности ребенка в период перехода от дошкольного к младшему школьному детству : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 / Суворова Ольга Вениаминовна. - Нижний Новгород, 2012. - 475 с.

75. Ткачева, В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование / Под научной редакцией И.Ю. Левченко, – М.: Книголюб, 2008. - 144 с. (Специальная психология.)

76. Ткачева, В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В.Ткачева // Дефектология. 1998. № 4. С. 17 - 26.

77. Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: практикум по формированию адекватных отношений / В.В.Ткачева. – М.: Гном-Пресс, 1999. - 64 с.

78. Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с семьями детей с ограниченными возможностями здоровья: учебно-методическое пос. / под ред. В.В. Ткачевой. – М.: Инфра-М, 2017. - 191 с.

79. Ткачева, В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с ограниченными возможностями здоровья: учебник / В.В. Ткачёва. — 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2017. — 281 с.

80. Ткачева, В.В. Модель "Сотрудничество" как база оптимального пути воспитания ребенка с психофизическими недостатками / В. В. Ткачева// Коррекционная педагогика. - 2007. - N 2 (20). - С. 68-77

81. Ткачева, В.В. К вопросу о психолого-педагогическом сопровождении семей лиц со сложными нарушениями развития / В.В. Ткачева // Особые дети в обществе: Сборник научных докладов и тезисов выступлений участников I Всероссийского съезда дефектологов. 26–28 октября 2015 г. – М. : АНО «НМЦ «СУВАГ», 2015. – 280 с. С. 225-228

82. Ткачева, В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование: учебно-методическое пособие / В.В. Ткачева. - М.: ООО «Национальный книжный центр, 2014. - 152 с.

83. Трапезникова, Т.М. Этика и психология семейных отношений / Т.М. Трапезникова. – Л., 1988, - 81 с.
84. Устинова, Е.В. Я и семья! [Текст]: методическое пособие по формированию представлений о будущей семье у подростков с ограниченными возможностями для специалистов службы семьи / Е.В. Устинова. - Самара: Офорт, 2014. - 119 с.
85. Уорен, М. Основы семейной психотерапии / М. Уорен. – М.: «ОЛМА-ПРЕСС», 2005. – 256 с.
86. Федотова, Э.Л. Особенности родительского отношения к детям с дефицитностью общения / Э.Л.Федотова // Аутизм и нарушения развития. 2006. №1. С. 1-7.
87. Фигдор, Г. Дети разведенных родителей: между травмой и надеждой / Г. Фигдор. – М.: Наука, 1995. - 376 с.
88. Фрейд, А. Психология "Я" и защитные механизмы / А. Фрейд. – М.: Педагогика, 1993. - 140 с.
89. Фрейд, А. Теория и практика детского психоанализа /А. Фрейд. М.:— Апрель пресс : ЭКСМО-пресс, 1999. - 384с.
90. Хьелл, Ларри А. Теории личности. пер. с англ. / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 20032. – 608 с.
91. Харрис, С. Л. Сиблинги аутичных детей. Руководство для семей / пер. с англ. Э. Л. Федотовой // Аутизм и нарушения развития. - 2007. – № 1. – С. 20-27; № 2. - С. 10-31. № 3. – С. 11-21; № 4. – С. 21-31.
92. Хорошева, Е.В. Сравнительное исследование семей, имеющих ребенка с нормативным и нарушенным развитием / Е.В. Хорошева // Психологическая наука и образование. 2010. - № 5. - С. 52 - 58.
93. Худенко, Е.Д. Как научить ребенка думать и говорить / Е. Д. Худенко, С. Н. Шаховская, Т. С. Мельникова. - Калининград : КИПО, 1996. - 174.
94. Чарова, О.Б. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием / О.Б.Чарова // Дефектология. 1999. №5. С. 29–33.

95. Шабанова, Е.В. Особенности супружеских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра /Е.В. Шабанова // Материалы международной научной конференции XI Мнухинские чтения. – СПб.: 2013. С.447-451.

96. Шипицына, Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация семей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына. – СПб.: «Дидактика Плюс», 2002. - 496 с.

97. Шнейдер, Л.Б. Семейная психология: Учебное пособие для вузов / Л.Б.Шнейдер. - 3-е. изд.- Екатеринбург: Деловая кн. ; Москва : Акад. Проект, 2007. – 734 с.

98. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. - СПб. : Речь, 2003. - 332 с.

99. Эйдемиллер, Э.Г., Юстицкис, В. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. - 2. изд., расшир., доп. - СПб. и др. : Питер, 1999. – 651 с.

100. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR. American Psychiatric Pub. - 2000.- 943 p.

101. Baker-Ericzn, M.J., Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. / M.J. Baker-Ericzn, L.Brookman-Frazee, A. Stahmer // Research and Practice for Persons with Severe Disabilities. - 2005. - № 30. - P. 194-204.

102. Batshaw, M., Children with disabilities / edited by Mark L. Batshaw, Nancy J. Roizen, and Gaetano R. Lotrecchiano. Publisher: Brookes Publishing. —7th ed. - 905 p.

103. Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. Authoritative Parental Control / D.Baumrind // Adolescence, 3 (11). - P. 255-272.

104. Brookman-Frazee, L., Stahmer, A., Baker-Ericzn, M.J. et al. Parenting Interventions for Children with Autism Spectrum and Disruptive Behavior Disorders:

Opportunities for Cross-Fertilization / Clinical Child and Family Psychology Review. - 2006. - V.9. I.3. - P. 181-200.

105. Drotar, D. Relating Parent and Family Functioning to the Psychological Adjustment of Children with Chronic Health Conditions: What Have We Learned? What Do We Need To Know? / D. Drotar // Journal of Pediatric Psychology, Vol. 22, No. 2, 1997. - P. 149-165

106. Dabrowska, A. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. / A. Dabrowska, E. Pisula // Journal of Intellectual Disability Research. 2010. V.54. - P. 266–280.

107. Epstein, N.B., et al. (1983) The McMaster Family Assessment Device. / N.B. Epstein, et al. // Journal of Marital and Family Therapy. – V. 9, - P. 171- 180. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>

108. Faerstein, L.M. Stress and coping in families of learning disabled children / L.M. Faerstein // Journal of learning disabilities. 1981. V. 14, - P. 420-423.

109. Giulio, P. Families with disabled children in different European countries / P. Giulio, D. Philipov, I. Jaschinski, // Families and Societies. 2014. (23). [Электронный ресурс]. URL: <http://www.familiesandsocieties.eu/>

110. Johnson, S.A. Parenting Styles and Raising Delinquent Children: Responsibility of Parents in Encouraging Violent Behavior / S.A. Johnson // Forensic Research & Criminology International Journal (2016). V. 3. Issue 1 – 2016. DOI: 10.15406/frcij.2016.03.00081

111. Lewis, J. M. Family structure and stress / J. M. Lewis // Family Process, 25. - P. 235–247.- <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00235.x>

112. Maccoby, E.E. Parenting and its Effects on Children: On Reading and Misreading Behavior Genetics / E. E. Maccoby // Annual Review of Psychology. - Vol. 51:1-27 (Volume publication date February 2000) <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.1>

113. Maccoby, E. E. (1983). Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. / E. E. Maccoby, J. A. Martin // P. H. Mussen, & E. M. Hetherington

(Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development* (pp. 1-101). New York: Wiley

114. Matejevic, M. Patterns of Family Functioning and Dimensions of Parenting Style / M. Matejevic, J. Todorovic, D. Jovanovic // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. - 2014. - Vol. 141. - P. 431–437. doi:10.1016/j.sbspro.2014.05.075.

115. Mulroy, S., et al. The impact of having a sibling with an intellectual disability: Parental perspectives in two disorders / S. Mulroy, et al. // *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008. - Vol. 52. № 3. - P. 216–229.

116. Olson, D.H. *FACES IV & the Circumplex Model* (2006) / D.H. Olson, D.M. Gorall. // Unpublished manuscript. - Minneapolis: Life Innovations. Retrieved from <http://www.facesiv.com/pdf/3.innovations.pdf>
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.567.7299>

117. Pirutinsky, S. Relevance of the Circumplex Model to Family Functioning Among Orthodox Jews in Israel / S. Pirutinsky, A. Kor // *New School Psychology Bulletin*. - 2013. - V. 10, No 2. - P. 25-37.

118. Quintero, N. Sibling adjustment and maternal well-being: An examination of families with and without an autism spectrum disorder. / N. Quintero, L.L. McIntyre // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2010. - V. 25. - P. 37–46.

119. Raya, A. F. Parenting Style and Parenting Practices in Disabled Children and its Relationship with Academic Competence and Behaviour Problems / A.F. Raya, R. Ruiz-Oliver, J. Pino, J. Herruzo // *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 89 (2) October 2013. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.08.918

120. Ryan, C. Evaluating and treating families: the McMaster approach / C. Ryan, et al. // Taylor & Francis Group, 2005. – 304 p.

121. Shulman, S. The family of the severely handicapped child: the sibling perspective / S. Shulman // *Journal of Family Therapy* (1988) 10: - P. 125-134

122. Shulman, S. The family and adolescence: a conceptual and experimental approach / S. Shulman, M.M. Klein // *Journal of Adolescence* 5(3): 1982. - P.219-234

123. Steinberg, L. Patterns of Competence and Adjustment Among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent and Neglectful Homes: A Replication

in a Sample of Serious Juvenile Offenders. / L.Steinberg // Journal of Research on Adolescence, 2006. 16 (1). - P. 47-58.

124. Villar, P., Luengo, M.A., Gómez, J.A. & Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. Psicothema, 15 (4). - P. 581-588

Приложения

Приложение 1. Показатели статистической обработки экспериментальных данных

Таблица 1.1 - Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова к общей выборке в методике Лири

общая выборка		Автори тарный	Эгоистич ный	Агрес сивный	Подозри тельный	Подчи нение	Зависи мый	Друже любный	Альтру изм
N		114	114	114	114	114	114	114	114
Нормальные параметры ^{a,b}	Среднее	3,8596	3,6404	4,3158	3,5614	4,9474	4,1491	6,1579	6,1842
	Стд. отклонение	2,97148	1,80033	2,45063	2,76845	3,08247	2,93056	2,73159	3,37499
Разности экстремумов	Модуль	,130	,143	,101	,168	,151	,140	,112	,110
	Положи тельные	,130	,143	,101	,168	,151	,140	,112	,110
	Отрица тельные	-,097	-,097	-,079	-,099	-,083	-,109	-,062	-,064
Статистика Z Колмогорова-Смирнова		1,391	1,532	1,074	1,794	1,613	1,497	1,191	1,171
Асимпт. знч. (двухсторонняя)		,042	,018	,199	,003	,011	,023	,117	,129

Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова к общей выборке показывает, что распределение показателей агрессивный, дружелюбный, альтруизм приближено к нормальному, $p > 0,05$.

Таблица 1.2 - Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова к семьям детей с ОВЗ

ОВЗ		Автори тарный	Эгоистич ный	Агрес сивный	Подозри тельный	Подчи нение	Зависи мый	Друже любный	Альтру изм
N		59	59	59	59	59	59	59	59
Нормальные параметры ^{a,b}	Среднее	3,6102	3,4746	4,3220	3,7627	4,7627	3,6949	5,7797	6,0508
	Откло нение	2,93620	1,70553	2,54911	3,17500	3,42576	2,74336	2,81050	3,69260
Разности экстремумов	Модуль	,132	,142	,122	,188	,167	,172	,135	,117
	Положи тельные	,132	,142	,122	,188	,167	,172	,135	,117
	Отрица тельные	-,109	-,113	-,096	-,118	-,102	-,133	-,077	-,079
Статистика Z Колмогорова-Смирнова		1,014	1,089	,935	1,445	1,285	1,324	1,035	,902
Асимпт. знч. (двухсторонняя)		,255	,187	,346	,031	,074	,060	,235	,390

Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова к экспериментальной группе в методике Лири показывает, что распределение

показателей соответствует нормальному, кроме подозрительного, подчиненного, зависимого.

Таблица 1.3 - Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова к семьям здоровых детей

Норма		Автори тарный	Эгоист ичный	Агресси вный	Подозри тельный	Подчин ение	Зависи мый	Дружел юбие	Альтру изм
Нормальные параметры ^{a,b}	Среднее	55	55	55	55	55	55	55	55
	Стд.	4,1273	3,8182	4,3091	3,3455	5,1455	4,6364	6,5636	6,3273
	Отклоне ние	3,01266	1,89630	2,36387	2,26256	2,68341	3,06934	2,60884	3,02492
Разности экстремумов	Модуль	,135	,158	,112	,142	,140	,146	,106	,139
	Положи тельные	,135	,158	,112	,142	,140	,146	,106	,139
	Отрица тельные	-,085	-,097	-,084	-,077	-,084	-,086	-,068	-,075
Статистика Z Колмогорова-Смирнова		1,001	1,175	,833	1,057	1,037	1,081	,788	1,033
Асимпт. знч. (двухсторонняя)		,268	,126	,492	,214	,233	,193	,563	,236

Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова к семьям здоровых детей в методике Лири показывает, что распределение показателей соответствует нормальному.

Таблица. 2.1 - Статистические различия между экспериментальной и контрольной группой по показателю «тип функционирования»

	Сбалансированный реальный	Сбалансированный идеальный
Статистика U Манна-Уитни	1389,500	1249,000
Статистика W Уилкоксона	3159,500	3019,000
Z	-1,541	-2,362
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,123	,018

Таблица 3.1 - Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова в методике «McMaster Family Assessment Device»

		Решение проблем	Коммуникация	Роли	Аффективное реагирование	Аффективная вовлеченность	Контроль поведения	Общее функционирование
N		114	114	114	114	114	114	114
Нормальные параметры ^{a,b}	Среднее Стд. отклонение	2,8974	3,0617	2,7244	3,2035	3,2283	2,8895	3,2254
Разности экстремумов	Модуль Положительные Отрицательные	,41742	,47148	,43210	,60652	,45831	,43017	,47366
		,110	,082	,104	,141	,143	,141	,145
		,110	,069	,104	,107	,105	,111	,079
		-,099	-,082	-,094	-,141	-,143	-,141	-,145
Статистика Z Колмогорова-Смирнова		1,172	,877	1,109	1,501	1,528	1,504	1,553
Асимпт. знч. (двухсторонняя)		,128	,426	,171	,022	,019	,022	,016

Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова к общей выборке в данном случае показывает, что распределение показателей решение проблем, коммуникация, роли приближено к нормальному $p > 0,05$, но так как дисперсии не равны используем для сравнения непараметрические критерии.

Таблица. 3.2 - Статистические различия между экспериментальной и контрольной группой по методике «McMaster Family Assessment Device» (FAD)

	Решение проблем	Коммуникация	Роли	Аффективное реагирование	Аффективная вовлеченность	Контроль поведения	Общее функционирование
Статистика U Манна-Уитни	1608,500	1278,000	1573,500	1598,000	1042,000	1607,000	1272,500
Статистика W Уилкоксона	3378,500	2818,000	3343,500	3368,000	2582,000	3147,000	2812,500
Z	-,080	-1,963	-,279	-,140	-3,324	-,089	-1,992
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,936	,050	,780	,889	,001	,929	,046

Таблица 4.1 - Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова к семьям детей с ОВЗ в методике ОРО

ОВЗ	принятие	отвержение	симбиоз	контроль	неудачи
N	59	59	59	59	59
Нормальные параметры ^{a,b}	Среднее 47,2944	16,5627	61,4219	42,8553	63,9929
	Стд. отклонение 33,14045	7,37576	19,47042	26,24108	23,77199
Разности экстремумов	Модуль ,162	,224	,190	,165	,205
	Положительные ,162	,224	,164	,165	,205
	Отрицательные -,162	-,155	-,190	-,150	-,176
Статистика Z Колмогорова-Смирнова	1,241	1,718	1,458	1,256	1,571
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,092	,005	,028	,085	,014

Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова показывает, что распределение по показателям принятие и контроль показателей приближено к нормальному.

Таблица 4.2 - Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова к семьям здоровых детей в методике ОРО

Норма	принятие	отвержение	симбиоз	контроль	неудачи
N	55	55	55	55	55
Нормальные параметры ^{a,b}	Среднее 36,5909	16,2080	65,5153	54,0751	66,3738
	Стд. отклонение 34,51788	7,63736	24,79889	27,30707	17,40875
Разности экстремумов	Модуль ,234	,205	,252	,175	,237
	Положительные ,234	,205	,130	,130	,229
	Отрицательные -,182	-,134	-,252	-,175	-,237
Статистика Z Колмогорова-Смирнова	1,739	1,521	1,869	1,299	1,758
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,005	,020	,002	,068	,004

Применение одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова показывает, что распределение по показателям контроль показателей приближено к нормальному.

Таблица 4.3 - Статистические различия в характере родительского отношения по критерию Манна-Уитни

	Принятие	Отвержение	Симбиоз	Контроль	Неудачик
Статистика U Манна-Уитни	1340,000	1443,500	1385,500	1277,000	1491,500
Статистика W Уилкоксона	2880,000	2983,500	3155,500	2988,000	3031,500
Z	-1,612	-1,027	-1,351	-1,839	-,752
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,107	,304	,177	,066	,452

Таблица 5.1. Проявления непослушания в экспериментальной и в контрольной группе детей

			Непослушание, отказ от выполнения просьб, поручений, соблюдения запретов		Итого
			нет	да	
Группа	ОВЗ	Частота	12	18	30
		Ожидаемая частота	16,5	13,5	30,0
		% в группа	30%	60%	100,0%
	Норма	Частота	21	9	30
		Ожидаемая частота	16,5	13,5	30,0
		% в группа	70%	30%	100,0%
Итого		Частота	33	27	60
		Ожидаемая частота	33,0	27,0	60,0
		% в группа	55,0%	45,0%	100,0%

Таблица 5.2 - Критерии хи-квадрат проявления непослушания в экспериментальной и в контрольной группе детей

	Значение	ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат	6,877 ^a	1	,009	,011	,009
Пирсона					
Поправка на непрерывность ^b	5,583	1	,018		
Отношение правдоподобия	7,034	1	,008		
Точный критерий Фишера					
Линейно-линейная связь	6,762	1	,009		
Кол-во валидных наблюдений	60				

Таблица 5.3 - Симметричные меры проявления непослушания в экспериментальной и в контрольной группе детей

		Значение	Прибл. значимость
Номинальная по номинальной	Фи	-,339	,009
	V Крамера	,339	,009
	Коэффициент сопряженности	,321	,009
Кол-во валидных наблюдений		60	

Таблица 5.4 - Таблица сопряженности проявления агрессии в экспериментальной и в контрольной группе детей

			Агрессивное поведение		Итого
			нет	да	
Группа	ОВЗ	Частота	21	9	30
		Ожидаемая частота	25,5	4,5	30,0
		% в группа	70,0%	30,0%	100,0%
	Норма	Частота	30	0	30
		Ожидаемая частота	25,5	4,5	30,0
		% в группа	100,0%	0,0%	100,0%
Итого		Частота	51	9	60
		Ожидаемая частота	51,0	9,0	60,0
		% в группа	85,0%	15,0%	100,0%

Таблица 5.5 - Критерии хи-квадрат проявления агрессии в экспериментальной и в контрольной группе детей

	Значение	ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значи мость (2-стор.)	Точная значи мость (1-стор.)
Хи-квадрат	9,905 ^a	1	,002	,002	,001
Пирсона					
Поправка на непрерывность ^b	7,759	1	,005		
Отношение правдоподобия	13,374	1	,000		
Точный критерий Фишера					
Линейно-линейная связь	9,740	1	,002		
Кол-во валидных наблюдений	60				

Таблица 5.6 - Симметричные меры проявления агрессии в экспериментальной и в контрольной группе детей

		Значение	Прибл. значимость
Номинальная по номинальной	Фи	-,406	,002
	V Крамера	,406	,002
	Коэффициент сопряженности	,376	,002
Кол-во валидных наблюдений		60	

Приложение 2. Диагностический комплекс

1. Методика диагностики межличностных отношений Т.Лири

Диагностическая процедура: Для проведения исследования испытуемому дают перечень утверждений. И предлагают оценить, какие из утверждений соответствуют его представлениям себе.

Затем предлагают выбрать характеристики, описывающие «идеальную» личность.

Материал: Листы с перечнем утверждений.

Инструкция: «Ниже представлены 128 суждений, касающихся характера человека, особенностей его взаимоотношений с другими людьми. Вам нужно отобрать те из них, которые соответствуют вашему представлению о себе. Поставьте знак «+» рядом с каждым суждением, которое Вам подходит.

Затем представьте себе Ваш «идеальный» образ и отберите те суждения, которые соответствуют Вашему «идеальному» образу. Поставьте знак «+» рядом с каждым суждением, которое Вам подходит».

Интерпретация: Для оценки результатов сначала подсчитываются в баллах индексы по каждой из восьми тенденций с помощью ключа, а результаты заносятся в таблицу. При анализе показателей определяются наиболее и наименее выраженные тенденции, т.е. тенденции, набравшие наибольшие и наименьшие баллы.

Затем по формуле вычисляются показатели доминирования и дружелюбия.

2. Диагностика сплоченности и гибкости семейной системы

FACES-3, Олсон Д.

Диагностическая процедура: Для проведения исследования испытуемому дают перечень утверждений. И предлагают оценить, какие из утверждений соответствуют его представлениям о себе.

Затем предлагают оценить «идеальную» семью.

Материал: Таблицы с перечнем утверждений.

Инструкция:

Вариант А. Опишите Вашу реальную семью (супруги и дети). Прочитайте следующие высказывания и оцените их с помощью представленной шкалы.

Вариант Б. Затем представьте себе образ «идеальной» семьи, то есть такой, о которой Вы мечтаете и оцените их с помощью представленной шкалы.

Интерпретация: При обработке результатов подсчитывается количество баллов: почти никогда — 1, редко — 2, время от времени — 3, часто — 4, почти всегда — 5. Четные утверждения определяют уровень семейной сплоченности, нечетные уровень семейной адаптации. Тип семейной системы определяется на основе совместной оценки обоих параметров (семейной сплоченности и семейной адаптации) в соответствии со специальной шкалой.

Определение степени удовлетворенности испытуемого семейной жизнью производится на основании разницы между идеальными и реальными оценками по двум шкалам.

3. *Опросник «McMaster Family Assessment Device» (FAD)*

Диагностическая процедура: Для проведения исследования испытуемому дают перечень утверждений. И предлагают оценить, какие из утверждений соответствуют его представлениям о себе.

Затем предлагают оценить «идеальную» семью.

Материал: Таблицы с перечнем утверждений.

Инструкция: Ниже приведены 53 утверждения о семье. Вам предстоит решить, какие из этих утверждений верны в отношении вашей семьи, какие неверны. Вам может показаться, что некоторые утверждения являются верными в отношении одних членов семьи и неверными в отношении других. Если члены семьи разделяются по данному утверждению на две равные половины, решите для себя, верно или неверно утверждение описывает семью в целом.

Поставьте рядом с каждым утверждением цифры от 1 до 4. Варианты ответов:

- если «полностью согласен»;
- если «скорее согласен, чем не согласен»;

- если «скорее не согласен, чем согласен»;
- если «полностью не согласен».

Интерпретация: При обработке результатов определяется количество баллов по каждому утверждению с учетом наличия обратных вопросов. Минимальный балл -1 (полностью согласен), максимальный 4 (полностью не согласен). Затем суммируются баллы по каждой области функционирования и определяется среднее значение баллов в данной области.

4. Опросник родительского отношения (А.Я.Варга, В.В.Столин)

Диагностическая процедура: Для проведения исследования испытуемому дают перечень утверждений. И предлагают оценить, какие из утверждений соответствуют его представлениям о характере отношений между взрослым и ребенком.

Материал: Лист бумаги с перечнем утверждений.

Инструкция: Ниже представлены суждения, касающиеся особенностей взаимоотношений родителей и детей. Вам нужно отобрать те из них, с которыми Вы согласны, отметьте их знаком «+».

Интерпретация: За каждый ответ «да» испытуемый получает 1 балл, а за каждый ответ «нет» - 0. Баллы суммируются по каждой шкале в соответствии с предложенным ключом. Высокие баллы свидетельствуют о выраженности данного типа отношений, а низкие баллы о его слабой выраженности.

5. Социограмма «Моя семья» Ткачева В.В.

Диагностическая процедура: Для проведения исследования участнику дают чистый белый лист бумаги с тремя нанесенными кругами диаметром 110 мм:

- «Моя семья до рождения проблемного ребенка»;
- «Моя семья после рождения проблемного ребенка»;
- «Моя семья в настоящее время»

Во время выполнения методики необходимо обращать внимания на последовательность изображения объектов.

Материал: листы бумаги с темя нанесенными кругами, карандаши.

Инструкция: «Перед вами три круга. Каждый из них изображает вашу семью на определенном этапе ее жизни. Изобразите в форме кружков в каждом из кругов себя и членов Вашей семьи. Надпишите их.».

Интерпретация: оценка результатов осуществляется на основании таких параметров изображения как размер изображенных объектов, расстояние между ними и расположение их относительно друг друга, а также последовательность изображения.

6. Проективная методика «Рисунок семьи»

Диагностическая процедура: Для проведения исследования ребенку дают чистый белый лист бумаги и цветные карандаши. При этом ему говорят: «Нарисуй здесь свою семью».

Не следует давать какие-то указания или уточнения. На возникающие у ребенка вопросы: «Кого надо рисовать?», «А дедушку и бабушку рисовать надо?» и т.д., отвечают уклончиво: "Нарисуй так, как тебе хочется".

Во время выполнения рисунка необходимо следить за процессом рисования и обращать внимания на последовательность изображения объектов, стирание изображений, эмоциональные реакции ребенка во время изображения того или иного персонажа, спонтанные высказывания. По окончании рисунка необходимо подписать или назвать всех изображенных персонажей.

Материал: лист бумаги, карандаши.

Инструкция: «Нарисуй, пожалуйста, свою семью».

Интерпретация: оценка результатов осуществляется на основании таких параметров изображения как размер изображенных персонажей, размер ребенка на листе бумаги, место расположения ребенка на рисунке, расстояние между фигурами и расположение их на листе, а также последовательность изображения членов семьи. Особое значение имеет отсутствие на рисунке самого автора.

7. Проективная методика «Лесенка для детей» В.В.Ткачевой

Диагностическая процедура: Перед проведением исследования с ребенком выясняют состав его семьи, обсуждают, с кем и как он проводит время, какие отношения складываются с членами семьи. Затем перед ребенком кладут бланк, на котором изображена лесенка. Диагностика проходит в два этапа: вначале ребенка просят расположить на лесенке членов его семьи и близких людей, после завершения первого этапа ребенку предлагают второй бланк и просят оценить чувства близких людей, которые они испытывают к нему.

Материал: бланки с изображением лесенки.

Инструкция:

1 этап «На верхней ступеньке лесенки находишься ты сам. Нарисуй на лесенке своих членов семьи и близких людей, с кем тебе чаще приходится общаться».

2 этап «Теперь нарисуй того, кто лучше к тебе относится, кто больше тебя любит».

Интерпретация: при оценке результатов специалист оценивает, кого из членов семьи ребёнок поместил рядом с собой, кого дальше. Увеличение дистанции между ребенком с изображенным человеком свидетельствует о негативном отношении ребёнка к этому члену семьи.

8. Методика «Два дома» (И. Вандвик, П. Экблад)

Диагностическая процедура: Перед проведением исследования с ребенком также обсуждают состав его семьи. Затем ребенку предъявляют рисунок, на котором изображено два дома: слева – ровный красный дом, а справа – неровный черный дом, со съехавшей крышей. Диагностика проходит в два этапа: вначале ребенку предлагают выбрать тех, с кем он будет жить вместе в красном доме, затем просят указать тех, кого он хочет поселить отдельно в черном домике.

Материал: бланк с изображением домиков.

Инструкция:

1 этап ««Посмотри, какой красивый красный дом. В нем будешь жить ты. Кого ты хочешь взять с собой в домик?»»

2 этап «Есть еще и второй дом. Кого ты поселишь в него?»».

Интерпретация: при оценке результатов специалист оценивает, всех ли членов семьи ребенок размещает в «своем» доме. Если он кого-то из близких ребенок не указывает или размещает в маленьком домике, это свидетельствует о неоднозначном или негативном отношении ребенка к этому члену семьи.

9. Анкета для родителей (1 часть)

Уважаемые родители, просим Вас ответить на вопросы нашей анкеты, касающиеся Вашего ребенка.

С помощью ваших ответов мы сможем выявить особенности общения между Вами и вашими детьми.

- Фамилия Имя ребенка, возраст (полных лет)
- Как Вы можете определить характер Вашего ребенка? (Вспыльчивый, капризный, доброжелательный, упрямый, послушный, ласковый, спокойный) другое
- Свойственна ли ребенку покорность, неумение постоять за себя, застенчивость?
- Свойственна ли ребенку плаксивость и тревожность в ситуациях, которые не несут угрозы и безобидны для ребенка?
- Легко ли контактирует с детьми, с взрослыми? Радует ли, если к Вам приходят гости?
- Чем больше всего любит заниматься Ваш ребенок? (игры, телевизор, компьютер, прогулки, общение со взрослыми, другое)
- Каким образом реагирует ребенок на трудности? (Плачет, обращается за помощью, наблюдает за Вашими действиями, молчит, не обращает внимания, другое)

- Свойствен ли ребенку отказ от деятельности, молчание, как демонстрация недовольства или обиды?
- Свойственна ли ребенку потребность быть на виду, пользоваться вниманием сверстников или у взрослых?
- Как Вы в семье помогаете своему ребенку справляться с проблемами, трудностями? (исправляете, объясняете)
- Каким образом реагирует ребенок на похвалу?
- Как Вы поощряете своего ребенка?
- Каким образом реагирует ребенок на порицание?
- Как формы порицания наиболее эффективны?
- Бывают ли случаи непослушания, отказа от выполнения просьб, поручений, соблюдения запретов? Как часто (редко, иногда, часто)?
- Бывают ли случаи проявления ребенком физической агрессии, по отношению ко взрослым? Как часто (редко, иногда, часто)? К кому?
- Бывают ли случаи проявления ребенком физической агрессии по отношению к сверстникам? Как часто (редко, иногда, часто)?
- Есть ли еще дети в семье? (если да, то указать возраст)
- Кто еще проживает с ребенком в семье?
- Какие отношения у ребенка с членами семьи?
- Кому в общении он отдает предпочтение?
- Чем это вызвано на Ваш взгляд?
- Кто имеет на ребенка наибольшее влияние? Почему?
- Имеете ли Вы единые требования к воспитанию детей в семье?

10. Анкета для родителей (2 часть)

Пожалуйста, ответьте на вопросы, касающиеся социально-бытовых условий и социально-демографического состава семьи

- ФИО, возраст родителя
- Состав семьи (полная, неполная, многодетная)
- Кто из членов семьи наибольшее время посвящает воспитанию и обучению ребенка
- Жилищно-бытовые условия семьи (высокие, средние, низкие)
- Материальный уровень семьи (высокий, средний, низкий)
- Образование (высшее, среднее специальное, среднее, другое)
- Профессиональное положение (рабочий, служащий, предприниматель, руководитель высшего звена, творческая, научная интеллигенция, ведение домашнего хозяйства, другое)
- На ком из членов семьи, лежит ответственность за материальное обеспечение
- Есть ли в вашей семье проблемы или трудности, которые Вы пока не можете решить? Какие?
- Что на Ваш взгляд помогает справляться с трудностями?
- Что бы Вы хотели изменить во взаимоотношениях в семье?

11. Протокол наблюдения

ЧАСТЬ I.

Сведения о ребенке

- Персональные данные (имя и фамилия, дата рождения, адрес, контактная информация) _____
- Заключение ПМПК: _____

ЧАСТЬ II.

Оценка характерологических и поведенческих особенностей

Параметр наблюдения	Критерии оценки	(да/нет)
I. Оценка социально-коммуникативных навыков		
Стремление к социальному взаимодействию	<ul style="list-style-type: none"> • сосредоточение на собеседнике; • проявление инициативы к общению со взрослыми и сверстниками (обращается, задает вопросы, просьбы); • принятие инициативы к общению со стороны взрослых и сверстников (отвечает на вопросы, просьбы, вступает в игру); • демонстрация положительных эмоций от контакта со взрослыми; • демонстрация реакций на эмоциональное состояние партнера (хмурится в ответ, улыбается); • проявление заинтересованности в совместной игре/поочередной деятельности; 	
Доступные способы коммуникации	<ul style="list-style-type: none"> • использование невербальной коммуникации (зрительный контакт, мимика, жесты, вокализация); • использование звукоподражаний или специфических слов; • использование вербальной коммуникации 	
Коммуникационные компетенции	<ul style="list-style-type: none"> • выражение согласия, отказа, протеста; • умение отвечать на вопросы; • осуществление выбора; • называние предметов/ действий / явлений; • умение высказать просьбу 	
II. Оценка характера взаимодействия и особенностей поведения ребенка		
Физическая агрессия	<ul style="list-style-type: none"> • повреждение, разрушение игрушек, предметов, построек из игрушек; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • проявление насилия против взрослых, детей (удары, укусы, щипки и др.) 	
Вербальная агрессия	<ul style="list-style-type: none"> • использование грубых слов; • использование угроз 	
Непослушание, негативизм	<ul style="list-style-type: none"> • выражение отказа от выполнения просьб и поручений доступных ребенку, от интересной для детей деятельности; 	
Пассивный протест	<ul style="list-style-type: none"> • выражение отказа от еды или деятельности как проявление недовольства, обиды 	
Конфликтность	<ul style="list-style-type: none"> • стремление спровоцировать конфликт или агрессивный ответ на конфликтные действия других; • сознательное нарушение правил; • игнорирование просьб и интересов сверстников в процессе совместной деятельности 	
Желание лидировать, демонстративность	<ul style="list-style-type: none"> • стремление обратить на себя внимание в ущерб организации занятия; • стремление быть лидером, руководить 	
Обидчивость	<ul style="list-style-type: none"> • болезненное реагирование на замечания, на повышенный тон; • болезненное восприятие поражения в игре 	
Покорность, нерешительность	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие умения постоять за себя; • избегание ситуации устного ответа; • избегание шумных игр, компаний 	
Тревожность, плаксивость	<ul style="list-style-type: none"> • проявление беспокойства, даже в безопасной ситуации; • стремление быть ближе к взрослому 	

ЧАСТЬ III – Дополнительные сведения

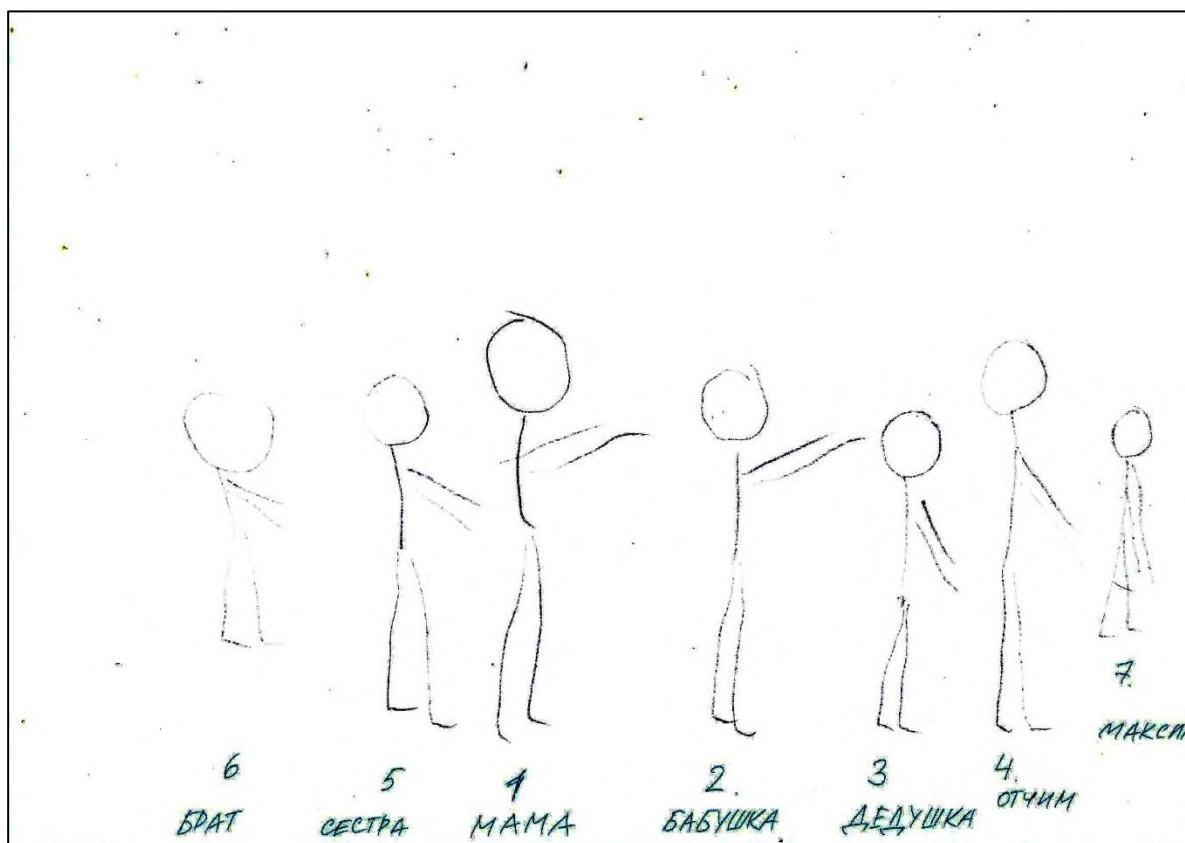
(ситуации, вызывающие коммуникативные трудности или проявления проблемного поведения у ребенка)

Приложение 3. Продукты деятельности участников

Протокол обследования

Семья Максима Т. (синдром Дауна, умеренная умственная отсталость)

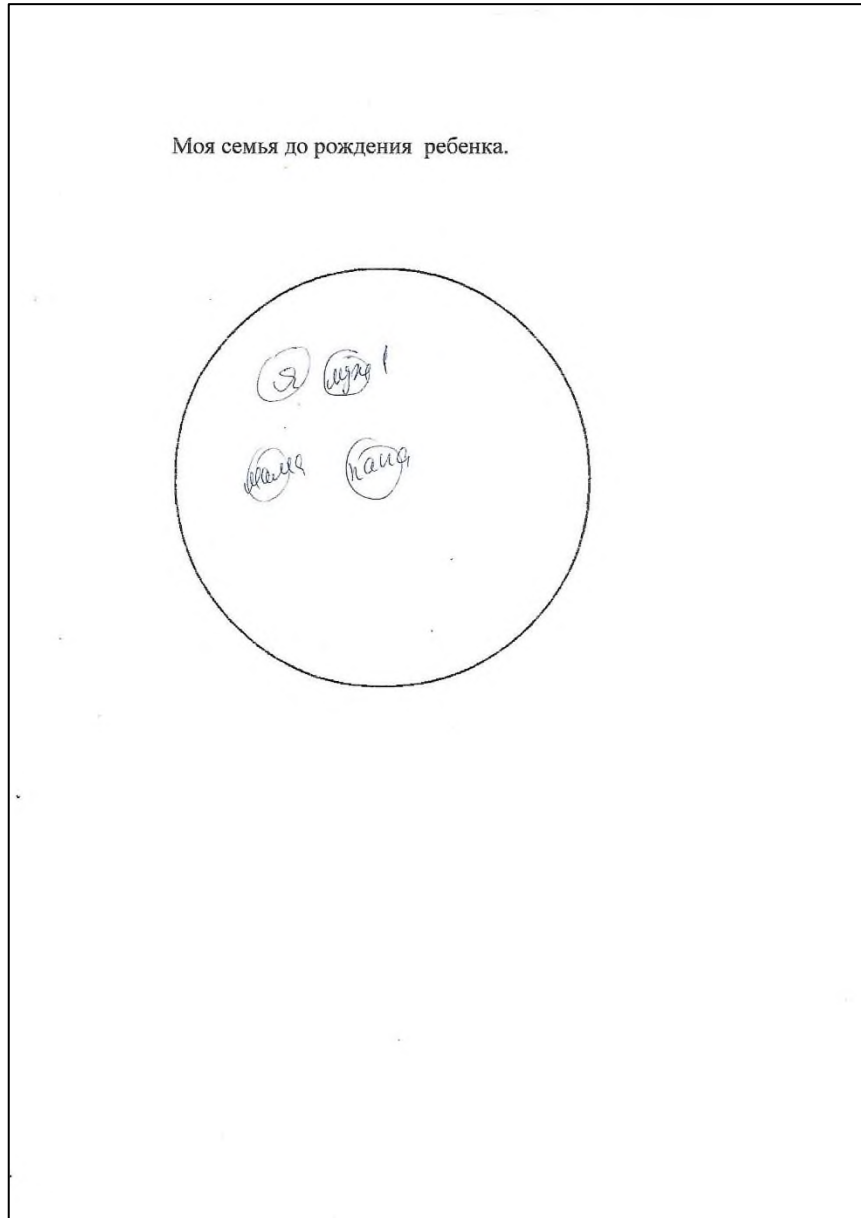
Рисунок Максима. Методика «Рисунок семьи»



Подписи на рисунке выполнены педагогом.

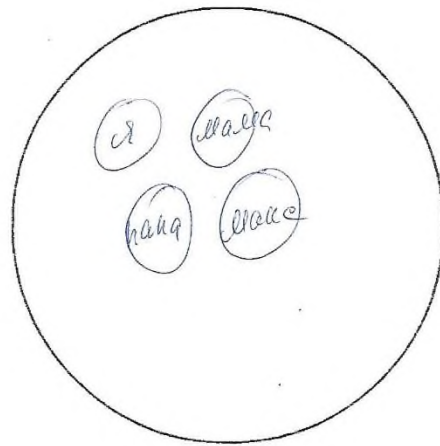
Социограмма «Моя семья» матери Максима.

Первый круг: Моя семья до рождения ребенка



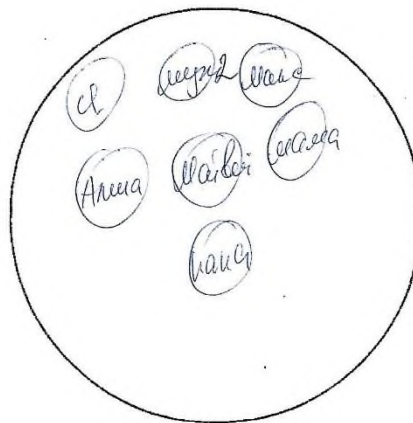
Второй круг: Моя семья после рождения ребенка

Моя семья после рождения ребенка.



Третий круг: Моя семья в настоящее время

Моя семья в настоящее время.



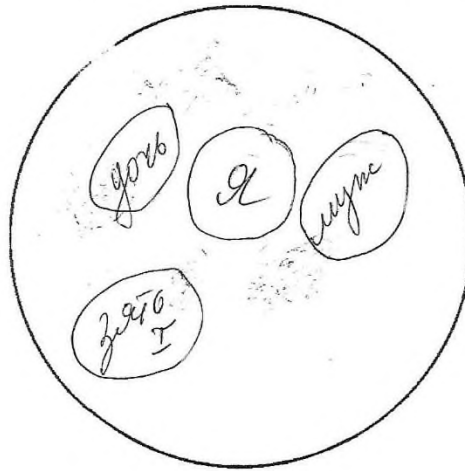
Социограмма «Моя семья» бабушки Максима.

Первый и второй круги.

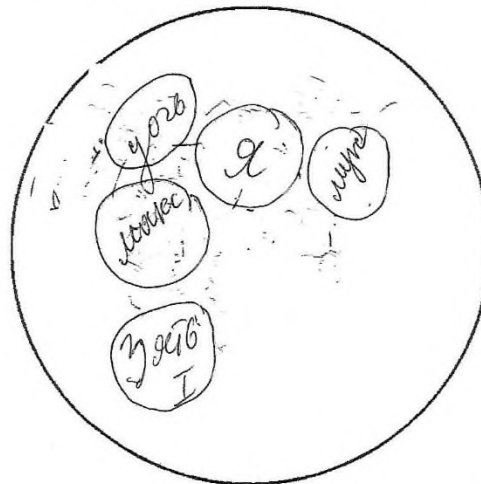
«Моя семья»

Представьте всех членов Вашей семьи. Изобразите их в большом круге в виде маленьких кружков и подпишите каждый маленький кружок. Взаимное расположение маленьких кружков должно соответствовать Вашим представлениям о взаимоотношениях между членами семьи.

Первый круг Моя семья до рождения проблемного ребенка



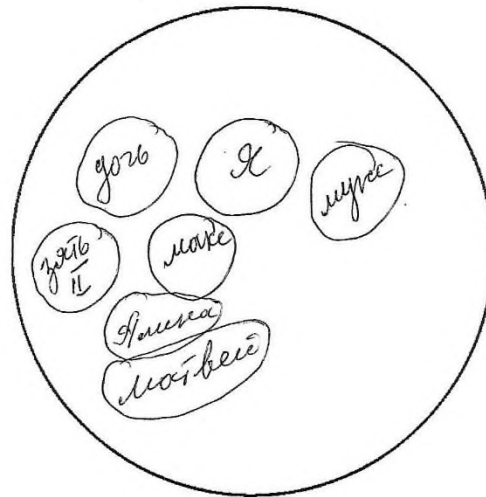
Второй круг Моя семья после рождения проблемного ребенка



Третий круг: Моя семья в настоящее время

Третий круг

Моя семья в настоящее время



Протокол обследования

Семья Миши 3. (синдром Мартина-Белла, умеренная умственная отсталость)

Рисунок Миши. Методика «Рисунок семьи»



Подписи на рисунке выполнены педагогом.

Из беседы педагога с ребенком:

Педагог: На рисунке только Миша и бабушка! А где мама? Где папа?

Миша: Мамы нету – на работе! Дяди Леши (отчим) нету- отдыхает! Валеры (брат) нету – уроки (на занятиях в институте)!