

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра психологии и педагогики детства

СКОБЕЛИНА ОЛЬГА ИГОРЕВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ,
ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы
Психология и педагогика дошкольного образования

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой
канд. психол. наук, доцент
Груздева О.В.

Научный руководитель
канд. психол. наук, доцент
Арамачева Л.В.

Обучающийся
Скобелина О.И.

Дата защиты

Оценка

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	6
1.1. Категория детей с особыми возможностями здоровья и их особенности	6
1.2. Особенности общения родителей с детьми с ограниченными возможностями здоровья	11
1.3. Возможности организации психолого-педагогической работы с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья	20
Выводы по Главе 1	26
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	28
2.1. Описание методик исследования и групп испытуемых	28
2.2. Результаты констатирующего эксперимента	32
2.3. Направления и содержание психолого-педагогической работы с родителями детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья	38
2.4. Результаты контрольного эксперимента	42
Выводы по Главе 2	44
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	45
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	46
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	51

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие в нашей стране и за рубежом обозначилась устойчивая тенденция увеличения количества детей с отклонениями в физическом и психическом развитии. По данным ООН в мире насчитывается примерно 450 млн. человек с нарушенным психическим и физическим развитием, что составляет почти десятую часть жителей планеты. Это подтверждается и данными Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), свидетельствующими, что число таких людей достигает 13% от общего числа населения. По статистическим данным ряда стран дети с ограниченными возможностями здоровья составляют от 4,5% до 17% от их общего количества (в зависимости от того, какие нарушения учитываются) [41]. В России на рубеже XX – XXI веков в связи с изменениями в политической, социальной и нравственной сферах жизни особо остро стоят социальные проблемы населения и, в том числе, рост числа детей с ограниченными возможностями. По данным Министерства образования РФ 85% детей – воспитанников детских садов и учащихся школ нуждаются в помощи медицинского, педагогического или психологического характера. Более 25% детей нуждаются в специализированной (коррекционной) помощи [1].

Жизнь большинства родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), сопровождается целым рядом деструктивных переживаний [40]. Зачастую, члены семьи, не имея ресурсов для создания условий, содействующих реабилитации, адаптации и развитию такого ребенка, сами нуждаются в психологической помощи. Взрослым важно сохранить физическое здоровье, душевное равновесие, терпимость и жизнелюбие. От того, как по отношению к ребенку ведут себя родители, будет зависеть судьба самого ребенка и семьи в целом [42]. Именно поэтому, наилучшим способом помощи детям с ОВЗ может быть помощь их родителям и другим членам семьи. Таким образом, вопросы инклюзивного образования актуальны для современных условий.

Цель исследования: разработать и реализовать систему психолого-педагогической работы с родителями, воспитывающими детей с особыми возможностями здоровья, способствующей гармонизации родительского отношения к ребенку.

Задачи исследования:

1. Изучить научную литературу по исследуемой проблеме.
2. Подобрать методы и методики диагностики родительского отношения к детям с особыми возможностями здоровья.
3. Провести эмпирическое исследование особенностей отношения родителей к детям с особыми возможностями здоровья.
4. Разработать и апробировать комплекс психолого-педагогических мероприятий, направленных на гармонизацию родительского отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья.
5. Оценить эффективность проведенной работы.

Объект исследования: родительское отношение к ребенку.

Предмет исследования: психолого-педагогическая работа с родителями, воспитывающими детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Гипотеза исследования: родительское отношение к детям с ОВЗ может быть нарушено и характеризуется недостаточным эмоциональным принятием ребенка, наличием симбиотической связи с ним.

Система психолого-педагогической работы, включающая проведение групповых и индивидуальных консультаций для родителей, а также тренинга по оптимизации детско-родительских отношений, будет способствовать гармонизации родительского отношения к детям.

Методы исследования: теоретический анализ научной литературы, наблюдение, опрос, тестирование, проективный метод.

Методики исследования:

1. Тест-опросник родительского отношения (ОРО). Авторы – А.Я. Варга, В.В. Столин. Цель: выявление преобладающего типа родительского отношения к ребенку.

2. Методика «Моя семья». Автор – В.В. Ткачева. Цель: исследование характера взаимоотношений родителя с ребенком, имеющим отклонения в развитии.

3. Адаптированный тематический апперцептивный тест. Автор – В.В. Ткачева. Цель: изучение психологических переживаний родителей, их установок и потребностей в отношениях с детьми, имеющими нарушения в развитии.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Категория детей с особыми возможностями здоровья и их особенности

На данном этапе развития общества отмечается, что состояние здоровья детей и подростков имеет тенденцию к ухудшению, и, вместе с этим, увеличивается число детей с ограниченными возможностями здоровья. Обозначенная тенденция зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, наследственность и здоровье родителей, патологии при беременности, профессиональные вредности, алкоголизм родителей, уровень и условия жизни и воспитания в семье, в образовательном учреждении [21].

Наиболее распространены в современной психолого-педагогической и медико-социальной литературе понятия «дети с особенностями развития» и «дети с ограниченными возможностями». Данные понятия передают состояние детей, как исходное положение. Оно определяет круг проблем вне зависимости от состояния общества и среды, которые могут только увеличить этот круг. Поэтому указанные понятия являются преобладающими в употреблении.

Термин «дети с особенностями развития» используется, основываясь на абстрагировании от человека – от определенного индивида с некоторыми особенностями, характерными только ему, от особенного человека (в то время как говоря об отклонениях исходят от нормы, а понятие нормы во многих случаях условно и относительно) [29]. Эти понятия, помимо этого, определяются личностно-ориентированным направлением реабилитации, при которой особенности могут перерасти в своеобразие и неповторимость конкретного человека. Дети с особенностями развития – это дети, которые имеют заметные отклонения от нормального психофизического развития,

которые вызываются вследствие серьезных врожденных или приобретенных дефектов и в силу этого нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания [Там же].

Понятие «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию детей, жизнедеятельность которых включает какие-либо ограничения или отсутствие способности осуществлять деятельность таким способом, считающимся нормальным для человека данного возраста. Это понятие может быть временным или постоянным, а также прогрессирующим и регрессивным [8].

По мнению Т.В. Егоровой дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания [34].

Таким образом, универсальным, собирательным, применяемым в широком смысле термином, обозначающим недостаток физической или психической сферы человека, сегодня является термин ограничение (возможностей), в англо-американской профессиональной речевой среде – handicap (ограничение, препятствие). Это понятие можно рассматривать с разных точек зрения и соответственно оно может иметь разные обозначения в разных профессиональных сферах, относящихся к человеку с нарушенным развитием: медицина, социология, сфера социального права, педагогика, психология [47]. В соответствии с этим, понятие «дети с ограниченными возможностями» позволяет нам рассматривать данную категорию детей, как имеющих функциональные ограничения, неспособных к определенному виду деятельности в результате заболеваний или отклонений, вследствие неадаптированности внешней среды к основным нуждам индивида [3].

Основой классификации А.Р. Маллера является характер нарушения, недостатка. Различают следующие категории детей с ограниченными возможностями:

- глухие;

- слабослышащие;
- позднооглохшие;
- незрячие;
- слабовидящие;
- дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- дети с нарушением интеллекта;
- дети с задержкой психического развития;
- дети с тяжелыми нарушениями речи;
- дети со сложными недостатками развития [30].

Классификация Т.В. Егоровой более обобщенная, в ее основе лежат сгруппированные категории нарушений в соответствии с локализацией нарушения в системе организма:

- телесные (соматические) нарушения (опорно-двигательного аппарата, хронические заболевания);
- сенсорные нарушения (слух, зрение);
- нарушения деятельности мозга (умственная отсталость, нарушения движений, психические и речевые нарушения) [16].

М. Варнок в своей предложенной классификации указал не только нарушенные сферы организма и функций человека, а также степень их поражения. Это позволило более тонко дифференцировать различные категории лиц с ограниченными возможностями, основываясь на этой классификации точнее определять характер и объем особых образовательных и социальных потребностей, необходимых каждому конкретному человеку с проблемами в развитии [15].

Основываясь на этой классификации, можно с высокой долей вероятности определить социально-значимые особые потребности того или иного человека с ограниченными возможностями и направления социальной реабилитации: ориентация в окружающей человека физической и социальной

среде, физическая независимость, доступность различных видов деятельности, возможность занятости, социальной интеграции и социально-экономической независимости [19].

Основные категории детей, имеющие психическую патологию:

- с умственной отсталостью;
- с эндогенными психическими заболеваниями;
- с реактивными состояниями, конфликтными переживаниями, астениями;
- с задержкой психического развития;
- с признаками психопатии [13; 36].

Перечисленные категории детей и подростков в зависимости от причин возникновения и степени проявления дефекта по-разному сказываются на формировании социальных отношений, познавательных возможностей, трудовой деятельности и по-разному сказываются на развитии личности [Там же].

Т. А. Власова и М.С. Певзнер в соответствие со своей классификацией выделяют следующие категории детей, имеющих:

- отклонения в развитии, вызванные органическими нарушениями ЦНС;
- отклонения в развитии в связи с функциональной незрелостью ЦНС;
- отклонения в связи с депривационными ситуациями [5; 7].

Следующая классификация была предложена В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым. Они распределили детей на следующие категории:

- с сенсорными нарушениями (зрения и слуха);
- с нарушениями интеллекта (умственная отсталость и задержка психического развития);
- с речевыми нарушениями;
- с нарушениями в опорно-двигательном аппарате;

- с комплексными, комбинированными расстройствами;
- с искаженным (дисгармоничным) развитием [20].

Похожая классификация была предложена Г.Н. Коберником и В.Н. Синевым. Они выделяли следующие группы детей:

- со стойкими нарушениями слуховой функции (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- со стойкими нарушениями интеллектуального развития на основе органического поражения ЦНС;
- с тяжелыми речевыми нарушениями;
- с комплексными расстройствами;
- с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- с задержкой психического развития;
- с психопатическими формами поведения [24].

Основываясь на приведенных примерах классификаций, мы видим, что какие-то подгруппы переходят их классификации в классификацию, а другие представляются только единично или же объединяются.

В настоящее время наибольшую известность, приобрела классификация отклонений в развитии, которую предложил В.В. Лебединский [22]. Он выделил шесть видов дизонтогенеза:

1. Психическое недоразвитие. Типичный пример – умственная отсталость.

2. Задержанное развитие – полиформная группа, представляется различными вариантами инфантилизма, нарушениями школьных навыков, недостаточностью высших корковых функций и т. д.

3. Поврежденное психическое развитие—имеются в виду случаи, когда ребенок имел довольно длительный период нормального развития, нарушенного заболеваниями (прежде всего, центральной нервной системы) или травмами.

4. Дефицитарное развитие – вариант психофизического развития в условиях глубокого нарушения зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата.

5. Искаженное развитие – сочетание недоразвития, задержанного и поврежденного развития.

6. Дисгармоническое развитие – нарушения в формировании личности. Характерным примером данного вида дезонтогенеза являются различные формы психопатий [23].

Таким образом, диапазон различий в развитии детей с ограниченными возможностями здоровья чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно быстро устранимые трудности, до детей с необратимыми тяжелыми поражениями центральной нервной системы. От ребенка, способного при специальной поддержке на равных обучаться вместе с типично развивающимися сверстниками до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования и окружающей среде.

1.2. Особенности отношения родителей к детям, имеющим нарушения в развитии

При появлении в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья родители испытывают серьезный стресс, для обоих родителей это психотравмирующий фактор. Со временем отношение родителей к сложившейся ситуации изменяется [49].

Понятие «ребенок с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)» можно разделить на две категории. Первая категория детей – это дети с врожденными нарушениями работы различных органов чувств, с психофизическими недостатками или с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети).

Вторая группа детей – это дети, уже вошедшие в группу с ограничениями по состоянию здоровья из-за длительной болезни или травмы [44]. Так или иначе, независимо от характера нарушения и его продолжительности воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья перестраивает привычный сложившийся ритм жизни семьи. Такая ситуация так или иначе погружает семью в глубокую и продолжительную социальную дезадаптацию.

Обнаружение у ребенка ограничений в развитии практически во всех случаях вводит родителей в тяжелое стрессовое состояние. Можно выделить следующие фазы развития стрессового состояния:

1. *«Шок»*. Данная фаза включает состояние растерянности родителей, появление чувства собственной неполноценности, беспомощность, страх, агрессию и отрицание. Начинаются поиски «виноватого». Агрессия также может быть обращена на новорожденного ребенка, родители могут испытывать к младенцу негативные эмоции, видя, что он отличается от других детей. Мать может чувствовать вину за рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

2. *Развитие неадекватного отношения к дефекту*. Определяется наличием негативизма, происходит отрицание поставленного диагноза, что вступает защитной реакцией родителей ребенка на сложившуюся ситуацию.

3. *«Частичное осознание дефекта ребенка»*. У родителей появляется чувство хронической печали и скорби по желанному здоровому ребенку. Семья начинает понимать, что на них лежит ответственность за этого ребенка, но ощущают беспомощность в вопросах воспитания и ухода. Наступает время формирования вопросов о развитии ребенка и поиска советов у специалистов.

4. *«Развитие социально-психологической адаптации всех членов семьи»*. Родители мирятся с произошедшим, принимают существующую ситуацию и начинают перестраивать свою жизнь, учитывая потребности ребенка с ограниченными возможностями здоровья [35].

Однако далеко не все семьи с ребенком с ОВЗ способны дойти до четвертой фазы, которая несет позитивный исход в дальнейшем развитии семьи. Большое количество семей не достигают стабильности в семейной жизни. Внутри семьи может ухудшиться качество жизни и взаимоотношения, возникают семейные и личные проблемы из-за наваливающихся постоянно медицинских, экономических и психологических проблем. Родители ребенка могут отстраняться от близких, игнорировать друзей и знакомых, перенося горе в одиночку от скопившихся трудностей. В крайних случаях возможен уход из семьи, как средство избавления от накопившихся проблем.

В таком случае важна роль родственников и друзей. Они могут всячески поддерживать и помогать семье на начальном этапе. Тем не менее, в реальности родственники и знакомые семьи после известия о болезни ребенка, также испытывают психологический стресс. Некоторые близкие стараются не встречаться с родителями ребенка с ОВЗ, избегают их. У такого поведения есть ряд причин, куда включаются такие основания, как: боязнь собственных чувств и эмоций, боязнь чувств родителей данного ребенка. Близкие не представляют, как они могут помочь и боятся быть навязчивыми, бестактными, поэтому предпочитают делать вид, что ничего не произошло, отмалчиваются и не обращают внимание. Такие действия зачастую могут только усугубить сложное положение семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья.

Кроме родителей ребенка и близких семьи страдают также и другие дети, если они есть в семье. Они часто остаются без внимания и чувствуют себя ненужными. Часто бывает и так, что родители, в чьей семье появился ребенок с ОВЗ, выносят запреты на репродуктивную функцию из страха повторения ситуации.

На начальных этапах принятия ребенка подавляющее большинство родителей надеются на исцеление ребенка и начинают перебирать все новых и новых врачей в поисках подтверждения, что ребенок здоров или «волшебной таблетки» от всех болезней ребенка. Родители не приходят к

адекватному осознанию сложившейся ситуации, потому не формируется правильное представление о положении ребенка в семье.

Часто родители переходят из крайности в крайность. Некоторые отчасти принимают ситуацию и делают выбор отдать ребенку всю свою жизнь, силы и время. Для других семей свойственным является перекладывание ответственности и вины на других. Обычно виноватыми выступают врачи за их невнимательность на ранних этапах, социальные работники, учителя, которые не могут организовать работу. Существуют семьи, сочетающие в себе оба варианта развития.

Такие семьи подвергаются конфликтам и распаду заметно чаще. Стиль внутрисемейных отношений деформируется, изменяются также отношения с внешним миром и жизненные планы, особенность миропонимания каждого родителя.

Отмечается разница в деформациях жизненных ориентаций матерей и отцов [37]. С ребенком большую часть дня проводят матери, мать же является основным воспитателем ребенка. А ребенок с ОВЗ требует от взрослого намного больше затрат времени и энергии, чем типично-развивающийся. Потому мамы часто жалуются на загруженность повседневными делами, связанными с малышом, а это является причиной повышенных физических и моральных нагрузок. Без помощи со стороны у матери ограничивается запас сил, энергии и вызывается утомление. Нередко для них характерно снижение психического тонуса и заниженная самооценка. По итогу мать перестает получать радость от жизни, отказывается от внешней активной деятельности, от карьеры. Они чувствуют невозможность реализации себя, как специалиста в конкретной области, реализации жизненных целей, утрачивают интерес к себе, как к личности и к женщине.

Но если женщина переживает трудности внутри семьи, мужчины зачастую уходят вовне. Наблюдается тенденция – отец не хочет или не может принять ребенка с нарушениями в развитии и отстраняется от жизни семьи.

Начинает холодно относиться к своему ребенку, не дает ему любви и поддержки.

Такое отношение отца к ребенку травмирует мать, понижает ее самооценку, происходит формирование невротичных черт личности и психосоматических заболеваний. Положение мужа в сознании женщины понижается, что становится причиной отдаленности супругов друг от друга. Женщине становится необходимым выполнять роль обоих родителей, восполнить недостающее тепло и отсутствие любви ребенку. Со временем женщина посвящает всю свою жизнь ребенку, отдаляется от супруга. Последствиями таких действий часто является разрыв супружеских взаимоотношений и дальнейший развод. Современная статистика утверждает, что следствиями разводов родителей является достаточно часто появление ребенка с ОВЗ в семье. Однако это не всегда основная причина. Часто родители отмечают, что у супруга или супруги изменился характер, пропало взаимопонимание, на смену ему пришли ссоры и охлаждение чувств.

Согласно исследованиям, можно говорить о наличии трех типов родителей детей с ограниченными возможностями здоровья [15].

1. Родители авторитарного типа.

Родителям этого типа свойственна активная жизненная позиция, они руководствуются в основном своими убеждениями. Советы родственников или даже специалистов не определяются как решающий аргумент. Родители этой группы находятся в постоянном поиске выхода из имеющейся ситуации, решении проблем и варианте облегчения жизни ребенка. Их усилия и внимание направлено на поиски лучшего врача, приличной больницы, действенного метода лечения. Нередки случаи обращения родителей к различным педагогам разного профиля, экстрасенсам и целителям народными средствами. Родителям важно преодолеть возникшие преграды. Родительские общества организуются родителями авторитарного типа, они ищут себе партнеров и устанавливают контакты с иностранными

обществами той же направленности. Главной целью, решением сложившейся традиции является оздоровление, обучение.

Отличительной особенностью этой группы родителей от других является выдвижение нереальных завышенных требований к ребенку, игнорируя его реальные возможности. Специалистам бывает нелегко налаживать контакт с такими родителями, так как у них есть собственное мнение на любое событие.

Несмотря на предъявляемые требования к ребенку, родители склонны к излишней опеке своих детей, не позволяя им научиться ответу за свои действия. Из-за стойкого собственного мнения, не учитываются реальные потребности детей [21].

2. Родители невротического типа.

Родители этого типа обладают пассивной личностной позицией, они склонны не замечать вариант выхода из сложившейся ситуации. Им сложно начать решать скопившиеся проблемы, отсутствует уверенность в улучшении состояния здоровья ребенка. Родители невротического типа постоянно ищут оправдание себе и своим действиям, основываясь на том, что никто не говорит им, как поступать: ни специалисты, ни близкие, ни друзья. Жизнь родителей приобретает пассивный характер. Отсутствует также осознание того, что при бездействии родителей у ребенка могут развиваться вторичные заболевания или ограничения из-за родительской некомпетентности.

Как и авторитарные родители, они могут проявлять чрезмерную опеку и стремиться избавить ребенка от возможных проблем, даже от тех, с которыми он может справиться собственными силами. Такие родители не требовательны, уступчивы, склонны делать за ребенка все возможные действия. Последствием этого является детское непослушание, проблемы в поведении, капризы.

Личности родителей данного типа определяется наличием истерических, тревожных и депрессивных черт. Они зачастую не принимают трудные жизненные ситуации, стараются избегать их, проблемы часто

остаются без решения, проявляют повышенную тревожность к ребенку. Однако родительская тревожность может вредить не только состоянию родителей, но и передаваться ребенку, формируя невротические черты характера у него.

Родители определяют свое будущее и будущее ребенка, как несчастливое, неуспешное, несчастное. Смотреть на жизнь позитивно им не позволяет личностное бессилие. Матери, как основные воспитатели, ощущают невозможность реализоваться в жизни, семье, профессии, считают свою жизнь загубленной рождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Будущее самого ребенка родители представляют бесперспективным, несчастным.

Основное эмоциональное реагирование на проблему переведено во внешний план переживаний, характеризуется проявлением обширных истерик и слез.

3. Родители психосоматического типа.

Родители этого типа обобщают в себе первый и второй. Для них характерны частые смены эмоционального состояния, у некоторых отмечается тенденция к доминированию, как у родителей авторитарного типа, однако они чаще всего умеют совладать с эмоциями и проявляют корректность в общении и отношении к жизни [21].

Канал эмоционального реагирования на проблему рассматриваемой категории родителей направлен во внутренний план переживаний. Семья не демонстрирует проблемы ребенка посторонним и даже друзьям и близким, все проблемы и эмоции переживаются внутри семьи. Впоследствии у родителей может развиваться расстройство здоровья и психики, проявляющиеся как нарушения в психосоматической системе.

Родители психосоматического типа стремятся посвятить всю жизнь и свое здоровье ребенку, их усилия направлены на обеспечение максимальной помощи для него. Жизнь матерей в семье сводится к постоянному нахождению возле ребенка, посвящению своего времени только ему, часто

полностью изнуряя себя. Ребенок часто чувствует проявление жалости по отношению к себе, родителям свойственна гиперопека [35].

Схожесть психосоматических родителей с родителями авторитарного типа проявляется в стремлении обеспечить своего ребенка лучшими специалистами. В некоторых случаях родители сами становятся необходимыми ребенку специалистами. Они могут получить образование, принимать участие в деятельности образовательных организаций. Особо успешные родители становятся профессионалами в конкретной области и получают признание и популярность среди других родителей или даже специалистов. Многие начинают писать статьи, книги о своем опыте преодоления проблемы, заводят свои блоги в социальных сетях.

Психологические особенности родителей детей с ограниченными возможностями здоровья различаются в соответствии с категорией нарушения у ребенка с ОВЗ.

Психотравмирующими факторами личностных особенностей родителей детей с ОВЗ, являются: комплексы психических, сенсорных, речевых, двигательных и эмоционально-личностных расстройств ребенка, выраженность нарушений, их стойкость, длительность и необратимость. Все это влияет на степень переживания родителей и их личностную деформацию [28].

Психологическая особенность родителей зависит во многом от наличия или отсутствия внешней выраженности нарушения здоровья у ребенка. Выделяются следующие группы:

- Для детей первой группы свойственны внешне незаметные нарушения здоровья. Это могут быть заболевания соматического характера, болезни суставов. Дети этой группы не имеют трудностей в адаптации к образовательной организации, легко включаются в общение с типично-развивающимися сверстниками, хорошо успевают по предметам.

- Вторая группа детей имеет внешне выраженные нарушения. В них включаются нарушения опорно-двигательного аппарата (детский

церебральный паралич), нарушения интеллекта. Адаптация таких детей происходит заметно сложнее, им трудно успевать по предметам за остальными детьми, есть ограничения во взаимоотношениях со сверстниками [27].

Внешне выраженные нарушения у ребенка являются наиболее травмирующими психику родителей. Такие расстройства, как детский церебральный паралич, умственная отсталость сопровождается недостатками во внешности ребенка – нестандартная фигура, нарушения речи, произношения, регулярные саливации, внезапные крики, стереотипные движения. На такие особенности обращают внимание прохожие люди, желание скрыть от публичных взглядов ненормальность своего ребенка серьезно травмирует сознание родителей [26].

Родители, имеющие детей обеих групп, испытывают беспокойство по поводу адаптации ребенка ко всем сферам его будущей активности. Тем не менее, сравнения представлений родителей о перспективах развития своих детей демонстрируют большую разницу [53]. Первая группа родителей ориентируется более на успешность развития и достижения детей. Вторая же группа направлена на мысли о приспособлении детей к имеющимся условиям. Для них характерны страхи о возможном неуспешном будущем ребенка в профессиональной и личной сферах [33; 50].

Однако это не означает, что родители, имеющие детей с внешне незаметными нарушениями, не уделяют им большую часть своего времени. Они сами контролируют своих детей из-за их заболевания. Такая опека основывается на страхах за жизнь своего ребенка.

Вторая группа родителей ориентирована на ожидание помощи от общества, специалистов. Нацеленность на собственные силы очень снижена. Они выбирают приспособленческий способ поведения, все решение проблем сводится к поиску нужной организации, больницы, специалистов, способных помочь им [12].

Мы можем сделать вывод, что внешне выраженные или невыраженные нарушения в развитии ребенка в достаточной мере влияют на представления родителей о профессиональном и личностном будущем своих детей [55]. Однако в представлениях первой группы родителей включена ориентация на возможные достижения, а родители второй группы представляют жизнь ребенка с опасением за его здоровье, за его неудачи и дезадаптацию среди других детей [46].

Несмотря на серьезные различия представлений родителей детей с ОВЗ можно выделить сходства. Большинство родителей уверено, что на неуспешность профессиональной сферы ребенка влияет наличие заболевания. Родители считают, что с заболеванием также связаны и их личные неудачи.

Таким образом, многие родители определяют зависимость заболевания ребенка от жизненных неудач. Данная позиция часто сказывается на самооценке и самочувствии детей [11, с. 12].

1.3. Возможности организации психолого-педагогической работы с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья

Вследствие родительской неадекватности в принятии ребенка с ограниченными возможностями здоровья, недостатка теплых эмоциональных отношений с ребенком, у детей начинают формироваться неэффективные формы общения с внешним миром, происходит формирование дезадаптивных черт личности [4; 18]. Таким образом, у детей начинают преобладать черты агрессивности, конфликтности, тревожности, избегание социума, нарушения коммуникации.

Ввиду этого появляется необходимость реализации следующих направлений работы с родителями детей ОВЗ:

- 1) обучение родителей специальным приемам, которые необходимы для проведения занятий с ребенком в домашних условиях;
- 2) обучение родителей воспитательным приемам, необходимым для коррекции дезадаптивных черт личности ребенка;
- 3) коррекция понимания родителями проблем своего ребенка – преувеличение или отрицание наличия проблем;
- 4) коррекция неконструктивных форм поведения родителя (агрессия, истерические проявления, неадекватные поведенческие реакции);
- 5) коррекция позиции родителей – переход в позицию поиска реализации возможностей ребенка [14, с. 240].

В жизни семьи с ребенком с ОВЗ выделяют следующие кризисные периоды:

1. Родители узнают, что их ребенок имеет ограничения по состоянию здоровья. Этот период может протекать в течение первых часов или дней после рождения ребенка; в период раннего детства ребенка; при поступлении в школу.
2. Осознание ребенком, что он отличается от других.
3. Постановка вопроса о профессиональном образовании и дальнейшем трудоустройстве [48]. Родители часто задумываются над тем, что произойдет с ребенком, когда их не станет.

Личностная деформация родителей ребенка может произойти на любом этапе. Поэтому именно в эти периоды актуальной становится помощь специалистов или сопровождение семьи [43].

Рассмотрим самые распространенные формы взаимодействия психолога с родителями. К ним относятся:

- Родительский лекторий и практикум. Данная форма предполагает формирование у родителей различных педагогических умений, связанных с воспитанием детей и решением разнообразных педагогических ситуаций. Эти мероприятия предназначены для родителей детей с ограниченными возможностями здоровья при любой форме обучения. Ведущий может

выбирать любую тему для обсуждения на практикумах, в том числе и по запросу родителей [51].

- **Дискуссии родителей.** Данная форма предназначена для обмена опытом среди родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Такая форма может нести релаксационный эффект для родителей, проходить с использованием техники арт-терапии, сказкотерапии, позволяет высказаться и найти решение своим вопросам. Мероприятие может проводиться в формате круглого стола.

- **Родительские собрания.** Данная форма считается универсальной для взаимодействия образовательной организации с семьей, которая позволяет не только сообщить о результатах ребенка, но и повышает компетентность родителей по направлениям воспитания или обучения ребенка. Родительские собрания предоставляют возможность родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, почувствовать себя включенными в коллектив, его равноправными членами, а при желании будут иметь возможность стать частью родительского комитета [9].

- **Тематические консультации.** Данная форма может организовываться не только для родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, но также иметь вид обще-родительского занятия. В случаях, когда у родителей или у педагога-психолога нет возможности присутствовать на очной встрече, может использоваться альтернативный вариант – использование программы удаленной связи, таких как «Скайп» для организации удаленной онлайн-консультации.

- **Индивидуальные встречи.** Данная форма работы психолога с семьей включает индивидуальные беседы и консультации, психотерапию, а также индивидуальные занятия с ребенком в присутствии матери, семейные часы и службу доверия. Обратимся к более подробному анализу этих направлений [54]. Суть беседы заключается в практической помощи родителям детей с ОВЗ, направленной на поиск решения проблемной ситуации различного характера: психологическая, воспитательно-педагогическая, медико-

социальная [31]. Во время психотерапии психолог сопровождает родителя на пути преодоления нарушений в семье, образовавшихся при появлении ребенка с ограничениями здоровья. На занятиях могут использоваться методы психодрамы, гештальттерапии, транзактного анализа [17]. Посредством применения этих методов формируется психологическое здоровье, успешная адаптация в обществе, происходит процесс принятия себя. На занятиях ребенка в присутствии матери специалист подбирает специальные эффективные методы педагогического и воспитательного воздействия на психическое развитие ребенка. Во время занятия происходит демонстрация и обучение родителей коррекционно-развивающим технологиям. Родительские или семейные часы обеспечивают информирование семей по ходу образовательного процесса их ребенка. Служба доверия является анонимной и работает с анонимными обращениями и пожеланиями родителей [38].

- Совместные досуговые мероприятия. Такая форма организации направлена на повышение активности родителей и детей. Варианты мероприятий могут быть разнообразными: развлечения, демонстрация художественной самодеятельности, постановка сказки, прохождение квестов и так далее. Задание и формат выбирается, основываясь на заболевании ребенка. Они должны быть подобраны так, чтобы ребенок однозначно мог достичь успеха в его выполнении [6].

Не обязательно подбирать сложные задания. Несмотря на легкость его выполнения, ребенок с ограниченными возможностями здоровья будет находиться в социуме, принимать участие в деятельности вместе с другими детьми. У ребенка сформируется положительное отношение к мероприятию и эффект будет благоприятным [2]. Для родителей такие мероприятия являются возможностью посмотреть на своего ребенка со стороны, увидеть его возможности и порадоваться успехам. Для остальных же родителей это возможность по-другому взглянуть на детей с ограниченными

возможностями здоровья. У ребенка будет возможность проявить себя, а также получить опыт общения со сверстниками и взрослыми [25].

При организации мероприятий, включающих участие детей и родителей в различных интеллектуальных, спортивных и творческих проектах, важно учесть, что социализация детей с ОВЗ происходит не только вместе со здоровыми детьми. Помимо этого дети с ограниченными возможностями здоровья могут проявить себя, принимая участие в олимпиадах и конкурсах, проведение которых возможно не только при непосредственном присутствии, но и в дистанционном формате [10].

Для психолога важно замотивировать родителей на участие в предлагаемых проектах. Это позволит родителям сблизиться со своим ребенком и тем самым будет обеспечен воспитательно-образовательный эффект [39].

Современные технологии позволяют участвовать в разнообразных интернет-проектах, в которых никто не заметит физические недостатки ребенка [3, с. 7].

- Наглядные формы. Эта категория включает использование различных информационных стендов и выставок для информирования родителей об организации коррекционно-развивающей работы, открытые занятия специалистов и воспитателей. Таким образом, создаются условия объективной оценки родителями успехов детей, происходит демонстрация методов и форм дополнительной работы с детьми, которые могут использоваться дома. Также может организовываться выставка работ детей с ОВЗ и проведение конкурса на лучший рисунок, что обеспечивает активизацию интереса семей к продуктивной деятельности ребенка. Активное участие в подобных мероприятиях позволяет родителям увидеть возможности взаимодействия со своим ребенком [48]. Специалист обеспечивает обучение содержательному взаимодействию и освоение новых доступных методов и форм общения родителей с ребенком. Помимо этого,

родители приводят в соответствие возможности ребенка и требования предъявляемые к нему.

- По итогу работы психолога с родителями происходит осмысление, что вокруг семьи есть поддержка, другие семьи, близкие по духу, имеющие схожие трудности [32]. Родители осознают во время работы или на примерах других семей, что при их активном участии в развитии ребенка, он скорее достигнет успехов. Происходит формирование активной родительской позиции и адекватной самооценки, пересматривается тип семейного воспитания и определяется наиболее эффективный [45].

Таким образом, психолого-педагогическая работа с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья – это деятельность психолога, необходимая для актуализации коррекционных ресурсов семьи. Специалист способствует эффективности функционирования семьи, сопровождает во время кризисов, которые возникают при воспитании и развитии ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Эта работа позволяет насытить коррекционно-развивающую среду, в которой находится ребенок, сформировать стратегии воспитания ребенка с учетом его индивидуально-психологических и физических особенностей. Происходит активная работа с установками и позициями родителей, что способствует установлению эффективных взаимоотношений с ребенком и его дальнейшей успешной самореализации [52].

Выводы по Главе 1

Проанализировав научную литературу по проблеме организации психолого-педагогической работы с родителями, воспитывающими детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья, мы выяснили, что ученые выделяют множество классификаций нарушений в развитии. Каждая из них содержит как незначительные нарушения, так и серьезные, требующие организации специальных условий. Помимо этого, мы выявили, что влияние семьи на развитие ребенка играет огромную роль. Дети, воспитывающиеся в любящей и заботливой атмосфере, проще адаптируются к новым условиям, успешнее осваивают образовательные программы, имеют меньше проблем со здоровьем, в общении со сверстниками. Нарушенные детско-родительские отношения часто становятся причиной развития детских комплексов.

Ожидания появления ребенка в семье формирует родительские установки и выступает основой воспитания. При появлении ребенка с ограниченными возможностями здоровья у родителей происходит несоответствие их установок и реальности, происходит перестроение жизненных целей. Часто семья впадает в депрессию, отстраняется от всех. К таким установкам относятся непринятие личности ребенка, отказ в понимании наличия проблем, переживания за успешное будущее, уверенность, что рождение ребенка с нарушениями в развитии связано с наказанием за что-либо. На данном этапе очень важна роль психолога и коррекционно-развивающая работа с родителями.

Одним из важнейших условий для успешного развития ребенка является атмосфера взаимопонимания и поддержки в семье. Мы рассмотрели разнообразные формы работы психолога с родителями, способствующими повышению родительской компетентности.

Таким образом, для семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья необходима поддержка и помощь специалиста, поскольку

самостоятельно справиться с появившейся проблемой будет сложно, а порой и невозможно. Родителям необходима работа со специалистом по определению рациональных путей для успешной социальной адаптации детей, нахождению подходящих для ребенка и родителей методов и приемов взаимодействия, становлению эффективного типа родительского отношения. Важно учитывать, что в данной ситуации помощь необходима не только ребенку, но и родителям. Развитие ребенка и его адаптация в мире во многом зависит от благополучия семьи, участия родителей в его физическом и психологическом здоровье, последовательности воспитательных действий. В связи с этим необходима коррекционно-развивающая работа с семьей в целом.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

2.1. Описание методик исследования и групп испытуемых

Исследование было проведено на базе Региональной общественной организации «Красноярский центр лечебной педагогики».

В исследовании принимали участие 12 родителей, воспитывающих детей с ОВЗ дошкольного возраста.

Нами использовались следующие методы исследования: наблюдение, тестирование, опрос.

В качестве диагностических методик применялись:

1. Тест-опросник родительского отношения (ОРО), авторы А.Я. Варга и В.В. Столин. Цель данной методики – выявление преобладающего типа родительского отношения к ребенку.

При проведении методики «Тест-опросник родительского отношения» (ОРО), авторов А.Я. Варга и В.В. Столин родителям предлагалось ответить на серию вопросов о своем ребенке. Опросник состоит из 61 вопроса (Приложение А), которые составляют пять шкал:

1. Принятие – отвержение ребенка. Эта шкала выражает собой общее эмоционально положительное (принятие) или эмоционально отрицательное (отвержение) отношение к ребенку.

2. Кооперация. Эта шкала выражает стремление взрослых к сотрудничеству с ребенком, проявление с их стороны искренней заинтересованности и участие в его делах.

3. Симбиоз. Вопросы этой шкалы ориентированы на то, чтобы выяснить, стремится ли взрослый к единению с ребенком или, напротив, старается сохранить между ребенком и собой психологическую дистанцию. Это – своеобразная контактность ребенка и взрослого человека.

4. Авторитарная гиперсоциализация. Данная шкала характеризует то, как взрослые контролируют поведение ребенка, насколько они демократичны или авторитарны в отношениях с ним.

5. Маленький неудачник. Эта, последняя шкала показывает, как взрослые относятся к способностям ребенка, к его достоинствам и недостаткам, успехам и неудачам.

Инструкция: «Отвечая на вопросы методики, выразите свое согласие или несогласие с ними с помощью оценок "Да" или "Нет"».

2. Методика «Моя семья». Автор методики – В.В. Ткачева. Цель: исследование характера взаимоотношений родителя с ребенком, имеющим отклонения в развитии.

Эта методика является адаптированным вариантом теста «Семейная социограмма» Э.Г. Эйдемиллера. Мы модифицировали данную методику в соответствии с задачами исследования семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В нашем варианте эта методика включает рассмотрение трех этапов жизни семьи: до рождения ребенка с ограничениями в развитии, период после его рождения и в настоящий момент. Эта методика позволяет выявить динамику развития семьи (позитивная или негативная). Родитель заполняет бланки по очереди: «Моя семья до рождения проблемного ребенка», «Моя семья после рождения проблемного ребенка», «Моя семья в настоящее время».

Методика «Моя семья» простая и удобная в проведении. Родителю необходимо отразить членов семьи в каждом круге поочередно. Размер диаметра кругов 110 мм. Других пояснений по выполнению задания специалист не дает. Затем указывается связь между отмеченными членами семьи.

Критерии оценки:

1. указание членов семьи, очередность их изображения (например, рисование себя первым или в последнюю очередь);

2. расположение кружков в пространстве общего круга – характер взаимоотношений между членами семьи;

3. размер кружков – значимость, близость данного члена семьи для испытуемого.

Наиболее распространенные варианты расположения кружков:

– линейный порядок свидетельствует о формальном подходе к испытанию или отсутствию теплых отношений;

– в виде матрешки или круга, что выражает склонность к симбиотическим связям между членами семьи;

– свободное расположение кружков в различной удаленности друг от друга свидетельствует об определенной степени близости между членами семьи.

Матери часто «прилепляют» к своему кружку маленький кружок, изображающий больного ребенка, а кружок бывшего супруга и отца ребенка может указываться за пределами круга, исключая его из семьи или не отражаться вовсе.

Размер кружков демонстрирует иерархию отношений и степень значимости членов семьи: взрослый – ребенок; старейший член семьи – другие лица.

3. Адаптированный тематический апперцептивный тест. Автор методики – В.В. Ткачева. Цель: изучение психологических переживаний родителей, их установок и потребностей в отношениях с детьми, имеющими нарушения в развитии.

Проективная методика «Тематический апперцептивный тест» (ТАТ) создана Х. Морганом и Г. Мюрреем в 1935 году. Основное содержание диагностической процедуры – анализ интерпретации картин, предъявляемых испытуемым (Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов, 2000).

Проекция личных переживаний и идентификация с героем выдуманного рассказа позволяет выявить сферу конфликта, настроение,

позицию личности, сложности адаптации в социуме, патологические проявления.

С целью изучения психологических переживаний родителей, их установок и потребностей в отношениях с детьми с ограниченными возможностями здоровья был разработан Адаптированный тематический апперцептивный тест – АТАТ. Он применяется для определения внутренней позиции родителей детей с отклонениями в развитии, их отношения к нарушению ребенка и перспективам его будущего.

Инструкция: «На картинках, которые вам необходимо рассмотреть, будут изображены дети с разными нарушениями: интеллектуальными, двигательными, зрительными, слуховыми. Вам необходимо написать небольшой рассказ по каждой предложенной иллюстрации, отвечая на вопросы. Пожалуйста, не используйте известные сюжеты их кинофильмов, а придумайте свой рассказ».

Вопросы:

- 1) Что происходит на картинке, кто изображенные на ней люди?
- 2) Что привело к такой ситуации?
- 3) Каковы мысли, желания людей, изображенных на картинке?
- 4) Что произойдет потом?

Обработка результатов:

Происходит анализ рассказов, отмечается присутствие в содержании признаков достижения персонажа. Этими признаками являются потребности в решении проблемы, позитивные и негативные ожидания, описание действий, направленных на достижения целей, указание внутренних и внешних препятствий, описание эмоциональных состояний. За каждый признак засчитывается балл, сумма баллов отражает выраженности потребности в достижении.

2.2. Результаты констатирующего эксперимента

Данные диагностики родителей с помощью методики «РО» А.Я. Варга, В.В. Столин представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты исследования родительского отношения к детям (методика «РО» А.Я. Варга, В.В. Столин)

n/n	Испытуемый	Выраженность типов РО (балл)						Преобладающий тип родительского отношения
		Принятие	отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник.	
1.	М.А.	6	10	5	2	2	4	Отвержение
2.	Л. Е.	3	6	2	3	3	5	Отвержение
3.	О. Ф.	4	8	3	5	2	4	Отвержение
4.	Е. А.	5	5	6	5	5	5	Кооперация
5.	М. Г.	7	4	4	4	3	4	Принятие
6.	Е. С.	4	6	6	7	2	6	Симбиоз
7.	Т. А.	5	10	3	2	9	4	Отвержение
8.	Ю.Ю.	4	5	3	2	0	7	Маленький неудачник
9.	С. А.	5	5	6	7	4	1	Симбиоз
10.	А. П.	3	3	4	5	6	3	Авторитарная гиперсоциализация
11.	М. Л.	3	9	1	4	4	1	Отвержение
12.	С. К.	5	4	6	5	7	4	Авторитарная гиперсоциализация
Средние арифметичес кие значения (балл)		4,5	6,2	4,1	4,3	3,9	4	

Таким образом, мы выяснили, что в опрошенной нами группе чаще всего встречается тип родительского отношения «отвержение» (6,2 балла), Тип родительского отношения «Принятие» составляет 4,5 балла, «Симбиоз» встречается реже в 4,3 балла, тип «Кооперация» встречается еще реже 4,1 балла. Менее выраженными типами родительского отношения являются тип «Маленький неудачник» 4 балла и «Авторитарная гиперсоциализация» - 3,9 балла.

Обобщенные результаты исследования представлены на рисунке 1.

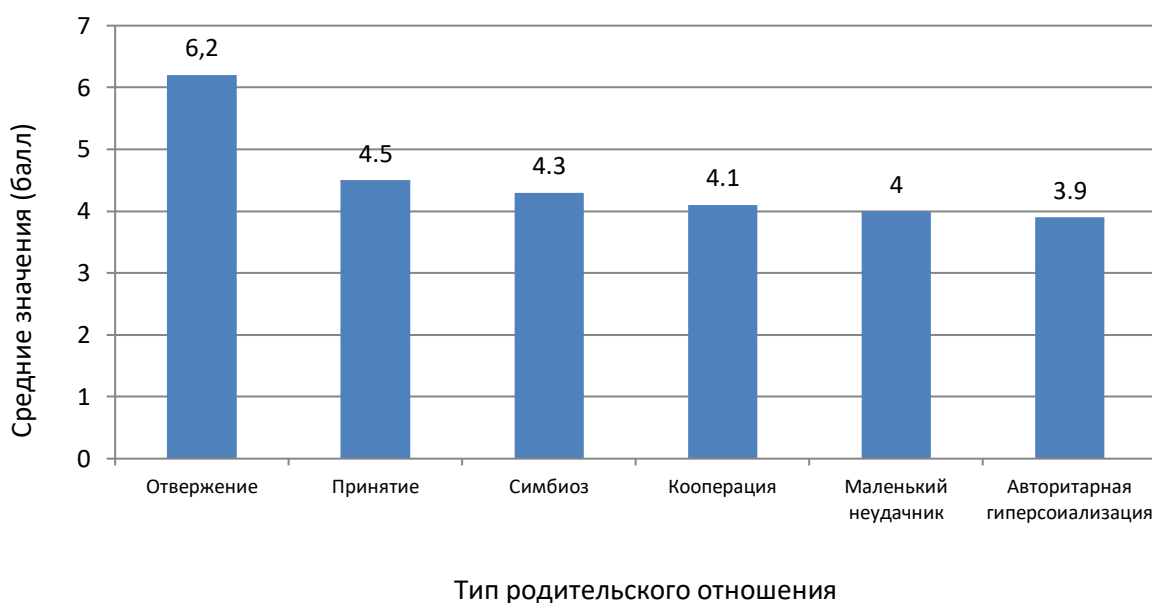


Рис. 1. Выраженность типов родительского отношения (методика «ОРО»
А.Я. Варга, В.В. Столин)

Таким образом, мы выяснили, что в опрошенной нами группе чаще всего встречается тип родительского отношения «Отвержение». Родители относятся негативно к ребенку и не принимают его. Следующий тип по проявлению среди опрошенных родителей – тип «Принятие». Для них свойственно принятие, понимание проблем ребенка и осознание необходимости помощи детям для дальнейшего развития. «Симбиоз» также хорошо распространен и отражает слияние мам и ребенка воедино. Интересы

и ценности заключаются на ребенке, ребенок и мать становятся один целым, без возможности отдельного существования. Тип родительского отношения «Кооперация» проявляется не так часто, родителям свойственно сотрудничество с ребенком, уважение его границ. Тип «Маленький неудачник» свойственен лишь одному родителю, как и «Авторитарная гиперсоциализация» и говорит о постоянном контроле и об уверенности в неуспешности соответственно.

Следующим этапом исследования стала диагностика родителей по методике «Моя семья» В.В. Ткачевой (Приложение Б).

Данные диагностики по методике «Моя семья» представлены в табл. 2.

Таблица 2

Исследование внутрисемейных отношений (Методика «Моя семья»
В.В. Ткачева)

n/n	Испытуемый	Характер взаимоотношений с ребенком (балл)		
		Отсутствие теплых отношений с ребенком	Тенденция к симбиотической связи с ребенком	Эмоциональная близость в отношениях с ребенком
1.	М.А.	1	0	0
2	Л. Е.	0	1	0
3	О. Ф.	1	0	0
4	Е. А.	0	0	1
5	М. Г.	0	0	1
6	Е. С.	1	0	0
7	Т. А.	1	0	0
8	Ю.Ю.	0	1	0
9	С. А.	0	1	0
10	А. П.	1	0	0
11	М. Л.	0	1	0
12	С. К.	1	0	0
ИТОГО (%)		50	30	20

Обобщенные результаты исследования представлены на рис. 2.

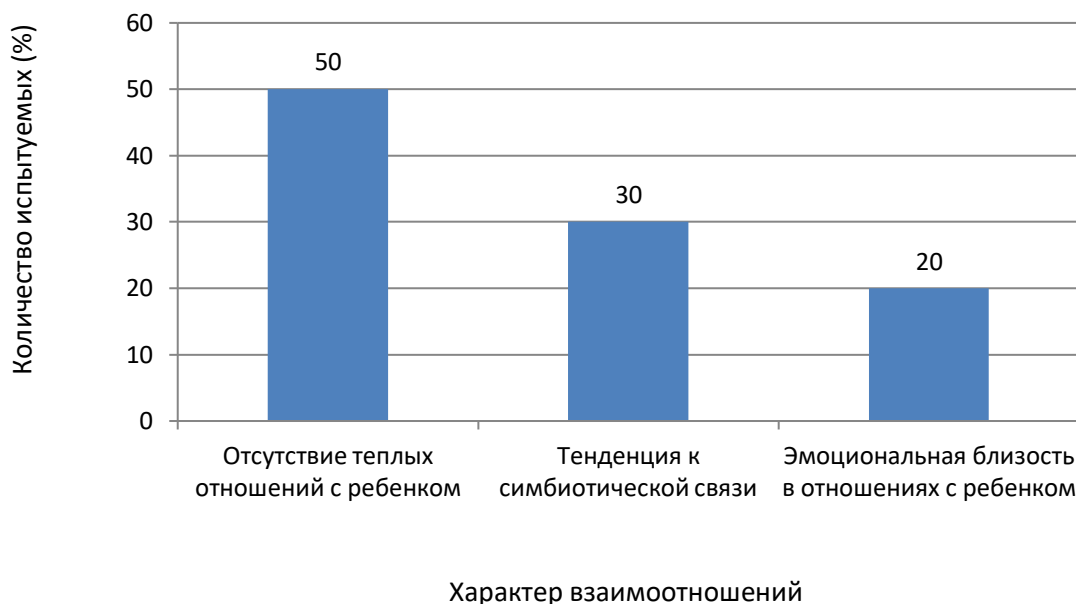


Рис. 2. Распределение выборочной совокупности родителей по показателям, отражающим характер взаимоотношений с ребенком (методика «Моя семья» В.В. Ткачевой)

Таким образом, мы увидели, что половина опрошенных родителей имеет тенденцию к симбиотической связи с ребенком. У 30% родителей отсутствуют теплые отношения с ребенком в семье, а у 20% эмоциональная близость в отношениях сохранилась.

На завершающем этапе использовалась методика адаптированный тематический апперцептивный тест (ТАТ) В.В. Ткачевой. Родителям необходимо было посмотреть на картинки и описать их (Приложение В).

Данные диагностики по методике ТАТ представлены в табл. 3.

Изучения психологических переживаний, установок родителей (Методика
В.В. Ткачевой)

n/n	Испытуемый	Шкалы оценки взаимоотношений родителя с ребенком					
		Эмоциональное отношение к ребенку		Представления родителя о ребенке		Взаимодействие родителя с ребенком	
		Эмоциональное принятие (%)	Отвержение ребенка (%)	Рациональное понимание (%)	Непонимание проблем ребенка (%)	Адекватные формы взаимодействия (%)	Неадекватные формы взаимодействия (%)
1.	М.А.	0	1	1	0	0	1
2.	Л. Е.	0	1	0	1	0	1
3.	О. Ф.	0	1	1	0	0	1
4.	Е. А.	1	0	1	0	1	0
5.	М. Г.	1	0	1	0	1	0
6.	Е. С.	0	1	0	1	0	1
7.	Т. А.	0	1	0	1	0	1
8.	Ю.Ю.	0	1	0	1	0	1
9.	С. А.	1	0	1	0	0	1
10.	А. П.	0	1	0	1	0	1
11.	М. Л.	0	1	0	1	0	1
12.	С. К.	1	0	1	0	1	0
ИТОГО(%)		33,3	66,7	50	50	25	75

Обобщенные результаты исследования представлены на рис. 3.

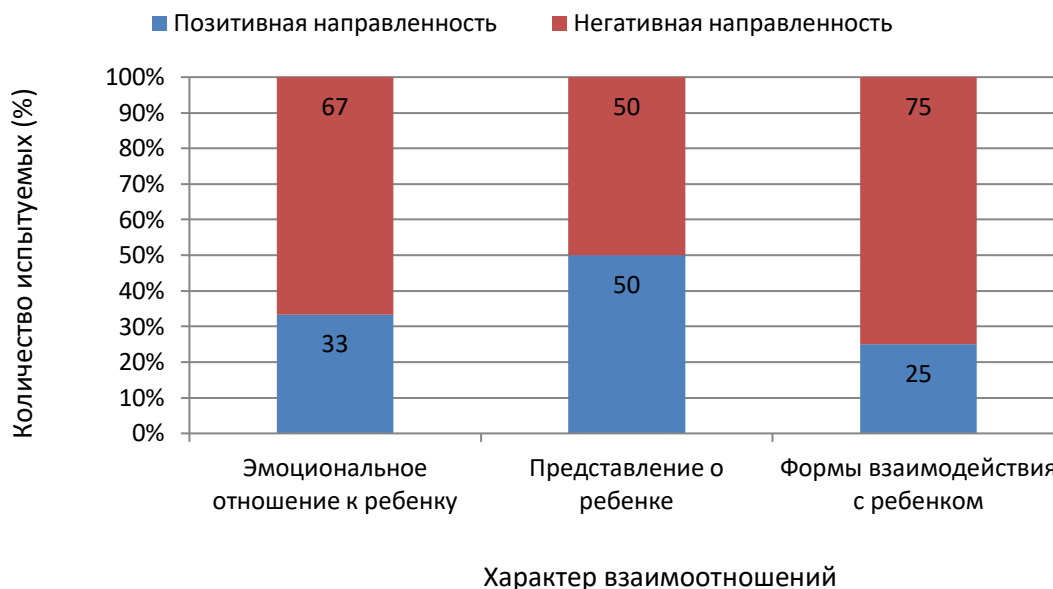


Рис. 3. Распределение выборочной совокупности родителей по показателям, отражающим характер взаимоотношений с ребенком (апперцептивный тест В.В.Ткачевой)

Изучив данные, мы выявили, что большинство родителей (67%) эмоционально негативно настроены по отношению к своему ребенку с ограниченными возможностями здоровья. Все родители указали на нарушения в развитии. Представления о ребенке носят одинаково как позитивную, так и негативную направленность. Половина родителей отмечала, что детям на картинках сложно, они испытывают усталость от состояния, находятся в состоянии непонимания. Родители разделяли с ними этого горе, описывая, как сложно принять особенного ребенка. Как вероятно сложно ребенку принять себя таким же. А 50 % родителей видели будущее этих детей при высоком уровне развития. Рассматривая данные о формах взаимодействия с ребенком, мы видим, что 75% использует неадекватные или неэффективные формы.

Таким образом, на основе анализа полученных результатов исследования мы выявили, что родители при появлении в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья в основном имеют негативные ощущения, связанные с кардинальными изменениями личной жизни и жизни

семьи. Многие родители при попытке максимально развить ребенка в детстве используют неэффективные формы взаимодействия с ребенком, связанные с некомпетентностью родителей в вопросах воспитания и развития детей с ОВЗ. Половина родителей эмоционально отвергается и отстраняется от ребенка, не желая брать на себя ответственность за его жизнь, эти родители начинают поиск лучшего врача, чтобы максимально скоро избавиться от недуга ребенка. Другие родители наоборот настолько стремятся оказать ребенку помощь, что их форма взаимодействия переходит в симбиотическую, гиперопекающую, у ребенка не остается возможности побыть наедине с собой. Это объясняет необходимость работы родителей с психологом по гармонизации родительского отношения и выстраивания эффективного взаимоотношения.

2.3. Направления и содержание психолого-педагогической работы с родителями детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья

На основе полученных данных мы выявили, что необходимо проведение коррекционно-развивающей работы с родителями. При этом в качестве задач мы выделяем следующие:

1. Гармонизация детско-родительских отношений.
2. Повышение родительской компетентности в вопросах воспитания и развития детей с ограниченными возможностями здоровья.

Важно, чтобы ребенок с самого первого дня жил в атмосфере любви, поддержки, уважения индивидуальных особенностей, участия в его делах, жизни, уверенности в достижениях и будущем ребенка. Очень важна правильная последовательная воспитательная работа со стороны родителей.

В связи с этим, мы выделяем следующие направления:

1. Формирование эмоционально-положительного отношения к ребенку.

На психическое и социальное здоровье ребенка положительно влияют гармоничные отношения в семье, учет индивидуальных особенностей и возможностей ребенка, стремление создать благоприятную психологическую атмосферу в семье. При появлении ребенка с ограниченными возможностями здоровья семья автоматически приобретает статус «особой» семьи. Такие семьи, воспитывающие детей с ограничениями здоровья имеют свои особенности, жизненная ситуация становится совершенно иной, меняется положение в обществе.

Эти изменения оборачиваются для семьи неожиданностью, накладывая отпечаток на типы семейного воспитания, способствует проявлению психологических проблем родителей «особого» ребенка.

Гармоничность взаимоотношений и формирование доступной микросреды для развития и воспитания ребенка зависит от успешности решенных проблем в семье и положительного отношения к самому ребенку.

2. Формирование адекватных представлений о ребенке, его потребностях, прогнозах связанных с развитием.

Дети с нарушениями в развитии являются сложной и очень разнообразной группой. Социальные связи детей формируются в зависимости от степени и тяжести нарушения. Чтобы помочь ребенку сформировать необходимые представления и связи о мире, необходимо убедиться, что родители правильно и адекватно понимают особенности развития своего ребенка. Именно адекватное понимание семьей причин отклонения от типично-развивающихся детей, возможных последствий, вступает необходимым условием для организации воспитательного процесса ребенка. Важно обеспечить психологическую поддержку семье с ребенком с ОВЗ. Развитие ребенка в большой степени опирается на благополучие семьи, желание родителей участвовать в физическом и психологическом становлении.

3. Оптимизация способов взаимодействия с ребенком и гармонизация родительских отношений.

Семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями здоровья, может переживать конфликтные ситуации, которые осложняют отношения между супругами, близкими, а это в свою очередь отражается на ребенке. При работе с родителями необходимо нейтрализовать проблему. Практически каждой семье требуется психологическая поддержка. Необходимо, чтобы родители не оставались наедине со своей проблемой, поскольку она может иметь неблагоприятные последствия. Работа психолога направлена на то, чтобы снизить отторжение от своего ребенка, сохранить функционирование семьи. Наилучший вариант помощи семье с ребенком и ограниченными возможностями здоровья – помощь супругам.

В соответствие с выделенными задачами и направлениями работ нами был разработан комплекс мероприятий по психолого-педагогической работе с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья (табл. 4.).

Таблица 4

Комплекс мероприятий по психолого-педагогической работе с родителями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Название мероприятия	Формат	Цель	Продолжительность
Встреча-знакомство	тренинг	Знакомство родителей друг с другом, сплочение группы, создание доброжелательной атмосферы	45 минут
Релаксация	тренинг	Снижение эмоциональной усталости и поднятие настроения.	45 минут
Наши эмоции	Семинар практикум	Познакомить родителей с видами эмоций и способами их преодоления	45 минут

Продолжение таблицы 4

Театр «Чудодеи»	Посещение театра	Взаимодействие родителя и ребенка, включение родителя в группу	60 минут
Техники снятия напряжения Кувшин эмоций	тренинг	Снижение эмоциональной усталости, знакомство с техниками снятия напряжения	45 минут
Принятие себя и ребенка	тренинг	Формирование мотивации на преобразование взаимоотношений между родителями и детьми	45 минут
Мое эмоциональное состояние	тренинг	Создать условия для формирования умения анализировать собственное эмоциональное состояние, как средство для достижения личных жизненных целей.	45 минут
Негативные ситуации, реакция на капризы ребенка	Семинар-практикум	Показать родителям способы реакции на проступки детей	45 минут
Все начинается с семьи	Семинар-практикум	Сформировать предпосылки для формирования у родителей отношения к семье как к главной жизненной ценности;	45 минут
Бесконфликтные отношения в семье	Тренинг	Научить родителей понимать внутренние мотивы ребенка, помочь в построении эффективных отношений с ребенком	60 минут

Работа с родителями проводилась в период с ноября 2019 года по март 2019, длительность встречи 45-60 минут.

Встречи проводились в просторном зале, вмещающем 12 родителей и специалиста. При проведении использовались релаксационные техники для снятия напряжения на начало работы, организовывались проблемные ситуации, применялась техника «мозговой штурм» для поиска решения. Помимо групповых занятий, родители имели возможность обратиться на индивидуальную консультацию. После реализации представленного комплекса мероприятий была проведена повторная диагностика для оценки эффективности проделанной работы.

2.4. Результаты контрольного эксперимента

Результаты диагностики с помощью методики «Тест-опросник родительского отношения (ОРО)» авторов А.Я. Варга и В.В. Столин, до и после формирующего эксперимента отражены на рисунке 4.

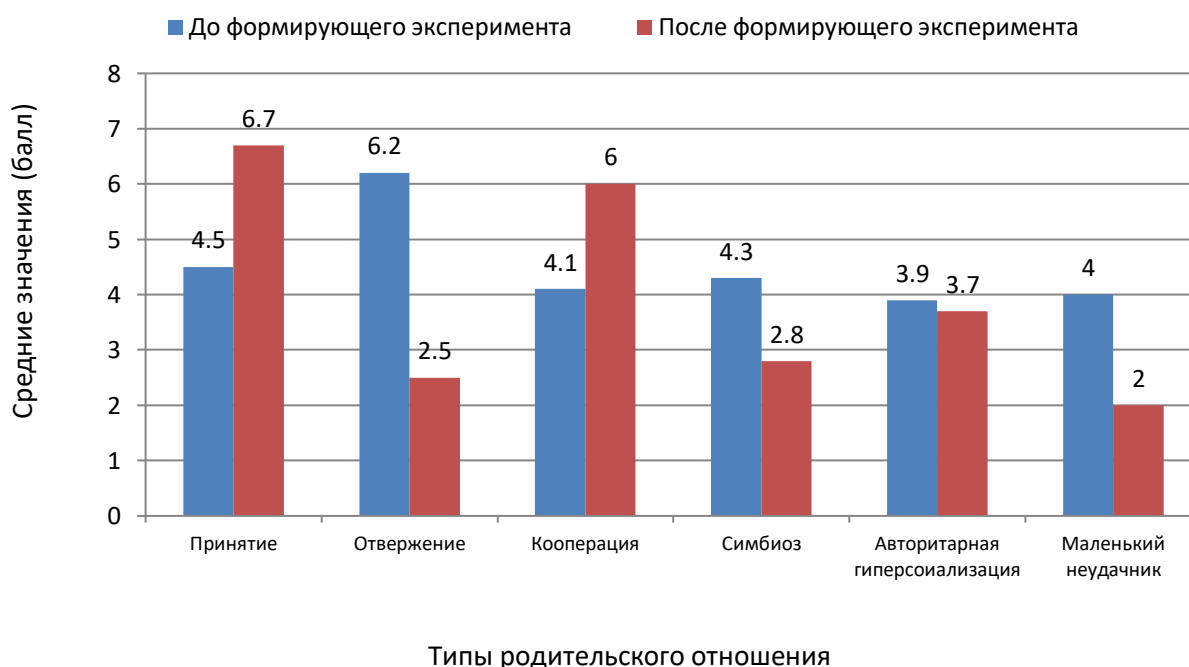


Рис. 4. Распределение выборочной совокупности родителей по преобладающим типам родительского отношения на начало и завершение исследования (методика «ОРО» А.Я. Варга, В.В. Столин)

Таким образом, мы видим, что на момент завершения нашего исследования существенно уменьшилось проявление таких типов родительского отношения, как «Отвержение», «Симбиоз» и «Маленький неудачник». Степень проявления типа «Авторитарная гиперсоциализация» снизился незначительно. Показатели таких типов, как «Принятие» и «Кооперация» возросли и являются наиболее эффективными типами родительского отношения. Это в свою очередь доказывает эффективность психолого-педагогической работы специалиста с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья.

Выводы по Главе 2

В рамках исследования был проведен эксперимент, в котором участвовали 12 родителей. Нами были использованы следующие методики: «тест-опросник родительского отношения» А.Я. Варги и В.В. Столина, направленная на выявление преобладающего типа родительского отношения, методика «Моя семья» В.В. Ткачевой для исследования характера взаимоотношений родителя с ребенком с ОВЗ. Также применялась методика «Адаптированный тематический апперцептивный тест» В.В. Ткачевой, направленный на изучение переживаний родителей и их установок.

По результатам диагностики на начало формирующего эксперимента выявлено, что основными преобладающими типами родительского отношения является «Отвержение» и «Симбиоз». Родители либо не принимают ребенка и отстраняются от него, либо наоборот сливаются воедино, не разграничивая потребности каждого. Такие же результат были получены после проведения методики «Моя семья». Половина всех родителей имела тенденцию к симбиотической связи с ребенком. Третья методика продемонстрировала нам, что в основном присутствует негативное отношение, родители не отмечали перспектив в развитии ребенка.

В результате контрольного эксперимента мы выявили, что показатели неэффективных типов родительского отношения существенно снизились. Так, например, часто встречаемые на начало исследования типы «Симбиоз» и «Отвержение» снизились практически вдвое. Родители изменили свое отношение к ребенку.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современном мире необходимость взаимодействия психолога с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, только возрастает. Это обуславливается проблемами межличностных взаимоотношений родителей и детей с ОВЗ, неадекватной оценкой развития своего ребенка, имеющего нарушения. Поэтому помощь детям с ограниченными возможностями здоровья требует психологической помощи семье.

На протяжении всего исследования нами была изучена научная литература в соответствии с темой исследования, изучены особенности взаимоотношений родителей и детей с ограниченными возможностями здоровья. Были подобраны методики для изучения и выявления преобладающего типа родительского отношения к ребенку «Тест-опросник родительского отношения» А.Я Варга и В.В. Столин. Методика «Моя семья» и «Адаптированный тематический апперцептивный тест» В.В. Ткачевой.

Был разработан и апробирован комплекс психолого-педагогических мероприятий с родителями, направленных на гармонизацию родительского отношения к детям, имеющим ограничения здоровья. В ходе контрольного эксперимента мы обнаружили значительное увеличение эффективных типов родительского отношения «Принятие» и «Кооперация».

Таким образом, наша гипотеза о том, что психолого-педагогическая работа с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья, будет способствовать гармонизации родительского отношения к детям, была подтверждена.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алехина С.В. Принципы инклюзии в контексте изменений образовательной практики // Психологическая наука и образование. 2014. N 1. С. 5-14.
2. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. М.: ВЛАДОС, 2003. 368 с.
3. Акимова О.И. Инклюзия как современная модель образования лиц с ограниченными возможностями здоровья: региональный аспект // Материалы VIII международной научно-практической конференции. 2016. С. 73-79.
4. Багаева Г.Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. М.: ВЛАДОС, 2005. 451 с.
5. Бгажнокова И.М. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития. М.: Педагогика, 2007. 247 с.
6. Бикметов Е.Ю., Сизоненко З.Л., Юлдашева О.Н. Социализация в семье детей с ограниченными физическими возможностями: условия и факторы. Уфа: Аркаим, 2012. 171 с.
7. Бондаренко Б.С. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы: методические рекомендации. М.: ВЛАДОС, 2009. 300 с.
8. Борисова Н.В. Инклюзивное образование: ключевые понятия. М.: Транзит-ИКС, 2009. 48 с.
9. Бурмистрова Е.В. Семья с «Особым ребенком»: психологическая и социальная помощь // Вестник практической психологии образования. 2008 N 4, С. 69-70.
10. Буянов М.И. Об узловых вопросах организации психотерапевтической помощи детям и подросткам. М.: Педагогика, 1971. 349 с.

11. Вроно Е.М. Несчастливые дети – трудные родители: наблюдения детского психиатра. М., 1997.
12. Галкина Е. В. Работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы II Международной научной конференции (г. Уфа, июль 2015 г.). Уфа, 2012.
13. Григорьева Л.Г. Дети с проблемами в развитии. М.: Академкнига, 2002. 213 с.
14. Дементьева Н.Ф. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. М.: Академкнига, 2005. 247 с.
15. Егорова Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями. Николаев, 2002. 80 с.
16. Екжанова Е.А. От интеграции к инклюзии. // Школьный психолог. 2010. N 16. С. 20-23.
17. Ефимова Н.С. Психология взаимопонимания / Психологический практикум. М., 2004.
18. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка: СПб.: ППМИ, 1993.
19. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка: Лекции. СПб.: Издательство ППМИ, 2003. 186 с.
20. Киселева Н.А. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии. М.: Коррекционная педагогика, 2005. 210 с.
21. Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Актуальные вопросы и перспективы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения процессов обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник ТГПУ. 2011. N 10.
22. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2003.
23. Лебединский В.В. Нарушение психического развития. М.: Педагогика, 2004. 306 с.

24. Лебединская К.С. Задержка психического развития. М.: Педагогика, 2007. 280 с.
25. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М., 2008.
26. Лубовский И.В. Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей // Дефектология, 1971. N 6. С. 15-19.
27. Лучков В.В., Певзнер. М.С. Значение теории Л.С. Выготского для психологии и дефектологии // Вестник Московского университета. 1981. N 4. С. 60-70.
28. Маллер А.Р. Новое в оказании помощи детям-инвалидам // Дефектология. N 1. 1996.
29. Маллер А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: Книга для родителей. М.: Педагогика-Пресс, 2006. 284 с.
30. Маллер А.Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. М.: Академия, 2010. 208 с.
31. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. Цели, задачи и основные принципы. СПб: Речь, 2005.
32. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М.: ВЛАДОС, 2003. 408 с.
33. Микляева Н.В. Изменение родительских установок на процесс коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с общим недоразвитием речи // Логопед. 2008. N 5. С. 119-123.
34. Назарова Н.М. Специальная педагогика. М.: Академия, 2010. 356 с.
35. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений Л.В. Кузнецова [и др.] / под ред. Л.В. Кузнецовой. М.: Академия, 2002. 480 с.
36. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: учеб. пособие для студентов. М.: Просвещение, 1986. 192 с.

37. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии [Электронный ресурс]. М., 2002. N 6, С. 15-23. // Вопросы психологии. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-voprosy-i..> (дата обращения: 29.05.2019).
38. Сатир В. Психотерапия семьи. М.: ВЛАДОС, 2010.
39. Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1997. N 2. 5 с.
40. Соколова Н.Д. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. М.: 2005. 180 с.
41. Солодянкина О.В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. М.: АРКТИ, 2007. 80 с.
42. Сорокин В.М. Специальная психология. СПб.: Речь, 2003. 216 с.
43. Степанова Н.А., Лещенко С.Г., Хаидов С.К. Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья: организация, содержание, технологии // Современные проблемы науки. 2016. N 3. 19 с.
44. Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика: учебное пособие. М.: Академия, 2002. 312 с.
45. Строгова Н.А., Магарычева Е.А. Проблема психологической помощи родителям, имеющим детей с отклонениями в развитии // Школьный логопед. 2007. N 1(16). С. 56-59.
46. Фадина Г.В. Специальная дошкольная педагогика. Николаев, 2004. 80 с.
47. Фатихова Л.Ф. Диагностика социального интеллекта детей с отклонениями в развитии. // Материалы II Всероссийской научной конференции «Научное творчество XXI века» [Электронный ресурс]. Красноярск, 2010. N 4. С. 82-84. URL:

http://www.pedlib.ru/Books/6/0317/6_0317-5.shtml#book_page_top (дата обращения 16.05.19).

48. Федосеева О.А. Особенности работы с семьей, воспитывающей «особого» ребенка [Электронный ресурс]. СПб, 2018. №6. С. 157-161. // Молодо ученый. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26833> (дата обращения: 10.04.2019).

49. Фокина Н.А. Специфика отношений родителей с детьми, имеющими нарушения слуха [Электронный ресурс] Молодой ученый, 2016. N 21. С. 844–847. // URL <https://moluch.ru/archive/125/34857/> (дата обращения: 11.04.2019).

50. Шипицына Л.М. Психологическая диагностика отклонений развития детей младшего школьного возраста. М.: ВЛАДОС, 2008. 92с.

51. Шмидт В.Р. Психологическая помощь родителям и детям: тренинговые программы. М.: Сфера, 2007.

52. Щепкои Е.Л. Психодиагностика нарушений развития. Принцип дифференциаций. М.: Академия, 2000. 410 с.

53. Dellve L., Samuelsson L., Tallborn A., Fasth A., Hallberg L. Stress and well-being among parents of children with rare diseases: a prospective intervention // Journal of Advanced Nursing. 2006, №. 53, P. 392-402.

54. Graungaard A.H., Skov L. Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs, when the newborn child is severely disabled Child: Care, Health, Development. 2007, P. 296-307.

55. Stokka K., Kimberly J. The impact of maternal stress on behavior in very young children with disabilities Proquest Dissertations And Theses. 2008. part 0525, 181 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Вопросы к методике «Тест родительского отношения» А.Я. Варга, В.В.

Столин

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, о чем думает мой ребенок.
3. Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.
4. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
5. Я испытываю к ребенку чувство симпатии.
6. Я уважаю своего ребенка.
7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.
8. Мой ребенок часто мне неприятен.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
10. Бывают случаи, когда недоброе отношение к ребенку приносит ему пользу.
11. По отношению к своему ребенку я испытываю досаду.
12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
13. Мне кажется, что другие дети потешаются над моим ребенком.
14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые заслуживают осуждения.
15. Мой ребенок отстает в психологическом развитии и для своего возраста выглядит недостаточно развитым.
16. Мой ребенок специально ведет себя плохо, чтобы досадить мне.
17. Мой ребенок, как губка, впитывает в себя все самое плохое.
18. При всем старании моего ребенка трудно научить хорошим манерам.
19. Ребенка с детства следует держать в жестких рамках, только тогда из него вырастет хороший человек.

20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.
21. Я всегда принимаю участие в играх и делах ребенка.
22. К моему ребенку постоянно «липнет» все дурное.
23. Мой ребенок не добьется успехов в жизни.
24. Когда в компании говорят о детях, мне становится стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как другие дети.
25. Я жалею своего ребенка.
26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, то они кажутся мне воспитаннее и разумнее, чем мой ребенок.
27. Я с удовольствием провожу с ребенком свое свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребенок взрослеет, и с нежностью вспоминаю то время, когда он был еще совсем маленьким.
29. Я часто ловлю себя на том, что с неприязнью и враждебно отношусь к ребенку.
30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг того, что лично мне не удалось в жизни.
31. Родители должны не только требовать от ребенка, но и сами приспосабливаться к нему, относиться к нему с уважением, как к личности.
32. Я стараюсь выполнять все просьбы и пожелания моего ребенка.
33. При принятии решений в семье следует учитывать мнение ребенка.
34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.
35. Я часто признаю, что в своих требованиях и претензиях ребенок по-своему прав.
36. Дети рано узнают о том, что родители могут ошибаться.
37. Я всегда считаюсь с ребенком.
38. Я испытываю дружеские чувства по отношению к ребенку.
39. Основная причина капризов моего ребенка – это эгоизм, лень и упрямство.

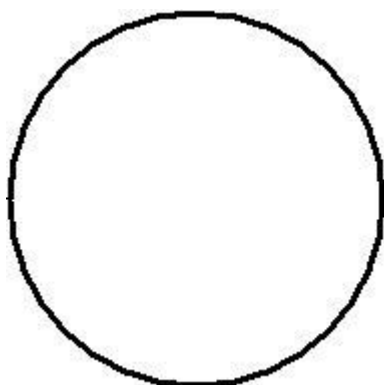
40. Если проводить отпуск с ребенком, то невозможно нормально отдохнуть.
41. Самое главное – чтобы у ребенка было спокойное, беззаботное детство.
42. Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.
43. Я разделяю увлечения моего ребенка.
44. Мой ребенок кого угодно может вывести из себя.
45. Огорчения моего ребенка мне всегда близки и понятны.
46. Мой ребенок часто меня раздражает.
47. Воспитание ребенка – это сплошная нервотрепка.
48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.
49. Я не доверяю своему ребенку.
50. За строгое воспитание дети потом благодарят своих родителей.
51. Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.
52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.
53. Мне близки интересы моего ребенка, я их разделяю.
54. Мой ребенок не в состоянии сделать что-либо самостоятельно, и если он это делает, то обязательно получается не так, как нужно.
55. Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни.
56. Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.
57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.
58. Я восхищаюсь своим ребенком.
59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.
60. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.
61. Ребенок должен дружить с теми детьми, которые нравятся его родителям.

Бланки и инструкция к методике «Моя семья» В.В. Ткачевой

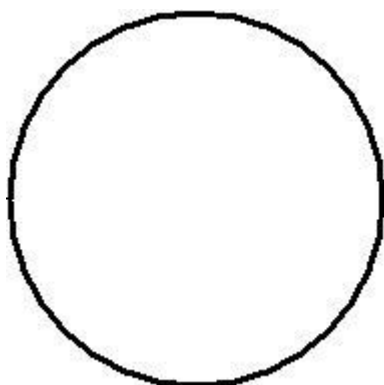
Инструкция: Перед Вами лежат три круга. Каждый из них демонстрирует Вашу семью на определенном этапе развития. Вам нужно нарисовать в каждом круге себя и членов своей семьи в виде кружочков и дать им имена. В верхней части листа напишите сегодняшнее число и инициалы.

Бланки:

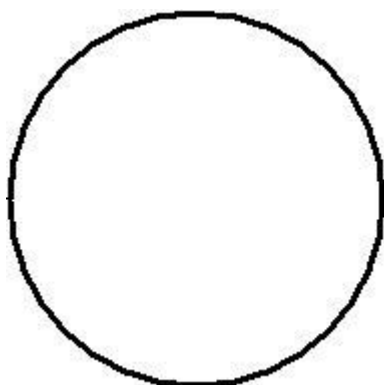
1. Первый круг – моя семья до рождения проблемного ребенка.



2. Второй круг – моя семья после появления проблемного ребенка.



3. Третий круг – моя семья в настоящий момент.

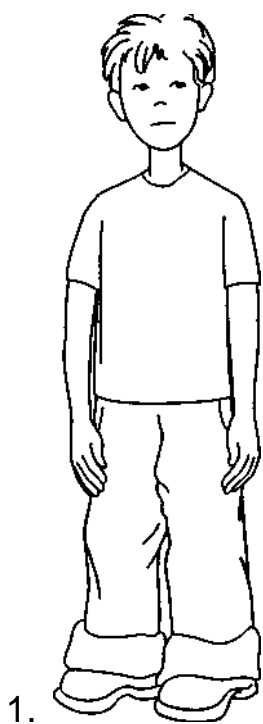


Вопросы и иллюстрации к методике «Адаптированный тематический апперцептивный тест» В.В. Ткачевой.

Вопросы:

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

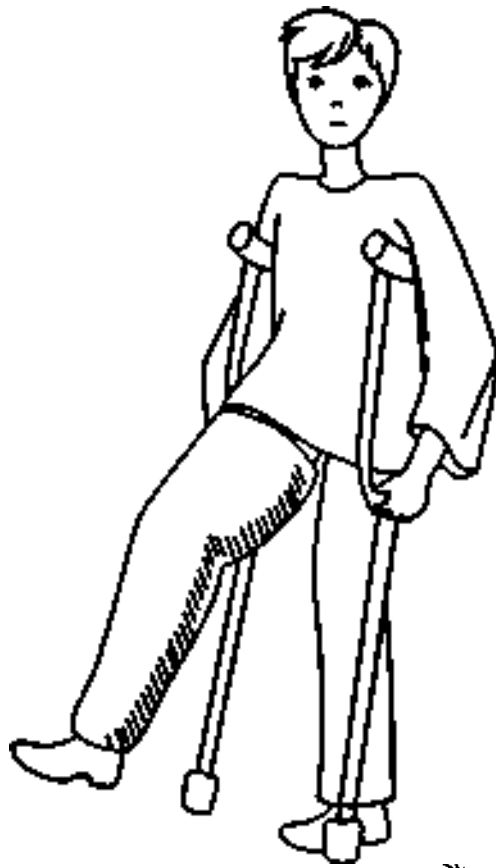
Иллюстрации:



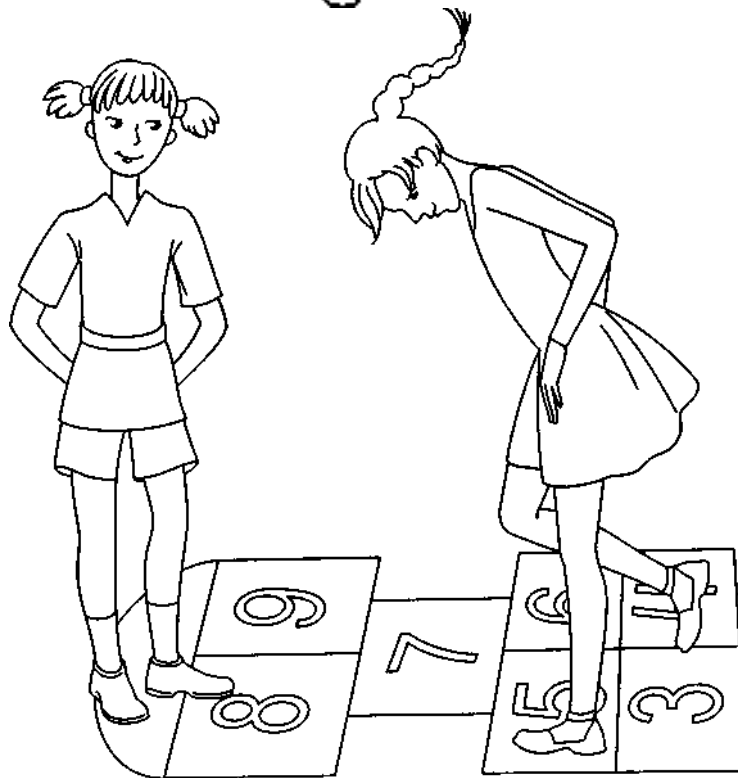
1.



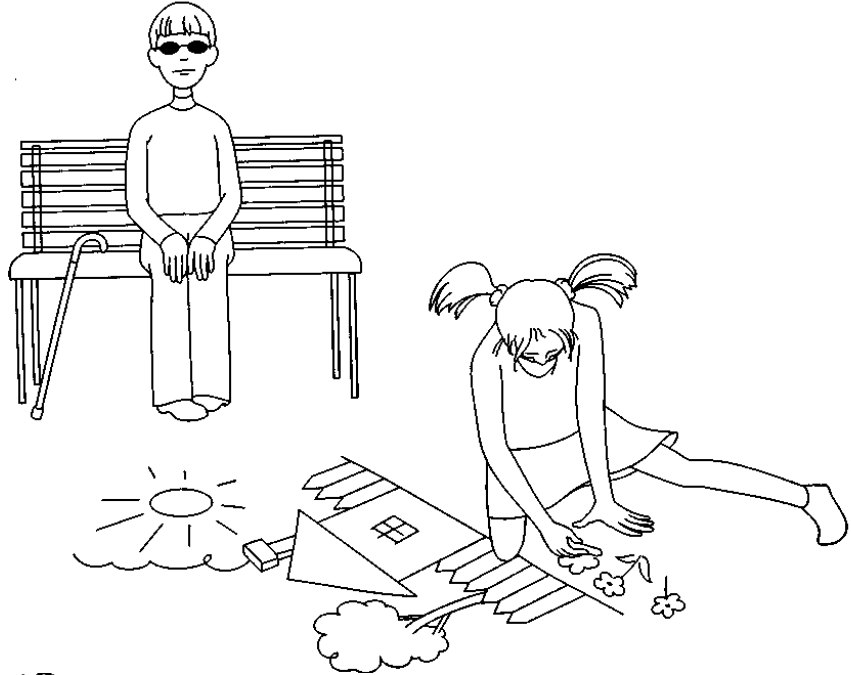
2.



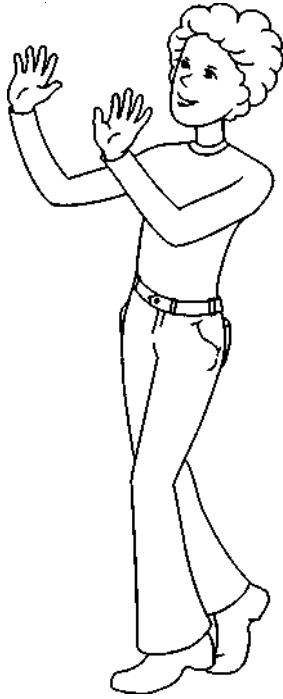
3.



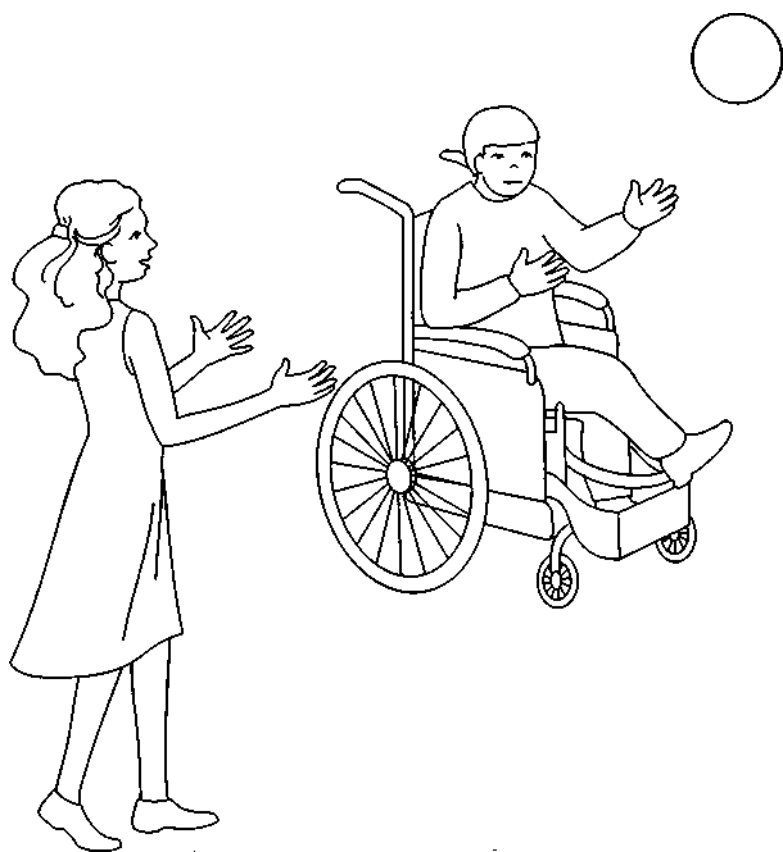
4.



5.



6.



7.
8.