

РАЗДЕЛ III. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 37.015.3

Галасюк И.Н.

Московский государственный областной университет

РОДИТЕЛЬСКИЕ ПОЗИЦИИ В СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Аннотация. Статья посвящена исследованию специфики родительских позиций в семьях, воспитывающих детей с интеллектуальными нарушениями. В ней отражены основные сложности, с которыми сталкиваются родители в процессе воспитания ребенка с интеллектуальным дефектом, и рассмотрены факторы, влияющие на данный процесс. Выявлены и охарактеризованы семь типов родительских позиций по отношению к особым детям: от партнерской до отвергающей. Представлены результаты эмпирического исследования семей данной категории, раскрывающие зависимость родительской позиции от возраста и пола родителей, их семейного статуса, возраста ребенка.

Ключевые слова: семья, воспитывающая ребенка с нарушениями интеллектуального развития; родительская позиция; родительская установка; родительское отношение; отраженная субъектность, отраженное заболевание.

I. Galasyuk

Moscow State Regional University

PARENTAL POSITION IN A FAMILY, BRINGING UP A MENTALLY DISABLED CHILD

Abstract. The article covers the specific nature of the parental position in a family, bringing up a mentally disabled child. It reflects the main difficulties parents face in the process of upbringing a child with an intellectual defect, and the factors influencing this process. The author identifies and describes seven types of parental attitudes towards special children: from being a partner to being rejected. The author reveals the types of parental position towards special kids, as well as the empirical analysis of the families belonging to this category, reflecting the dependence of parental position from their age, sex marital status and child's age.

Key words: family bringing up a mentally disabled child, parental position; parental mindset; parental attitude; reflected subjectness, reflected disease.

© Галасюк И.Н., 2014.

Родители ребенка-инвалида, имеющего тяжелые нарушения интеллектуального развития, неустойчивы к действию возникающих множественных трудностей, а также не защищены от восприятия их обществом через призму «стигмы» ребенка, что присваивает им статус родителей «не таких, как все», «особых». Эту мысль разделяют сами родители, которые отмечают, что растить ребенка с таким заболеванием – сложный опыт, прежде всего потому, что для всего остального мира трудно представить тот огромный объем работы, энергии и внимания внутри семьи, который требуется от родителей ребенка с тяжелыми нарушениями развития. Даже друзья и родственники, хорошо знакомые с проблемами семьи, не могут понять всей глубины реальной картины состояния ребенка и зачастую подвергают родителей критике и осуждению. Комплексное психологическое сопровождение такой семьи должно быть ориентировано не только на ребенка, но и на всех членов семьи на каждом этапе ее жизненного цикла (В.В. Ткачева (2000); И.Ю. Левченко (2000); Г.А. Мишина (2001); О.Н. Юлдашева (2010); И.Н. Галасюк (2013); М.В. Миронова (2009); Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина (2003); P.K. Bostrom, M. Broberg, L. Bodin (2011); N. Breslau, M. Weitzman, K. Messenger (1981); M. Bhattacharya, P. Sidebotham, S. Case (2000); I.R. Dickman, Sol. Gordon (1993); E. Emerson, H. Graham, A. McCulloch, J. Blacher, C. Hatton, G. Llewellyn (2009) и др.).

В настоящее время актуализировались поиски теоретико-методологических оснований для разработки концепций, новых моделей и технологий работы с семьей как системой. Ос-

мыслие существующих фундаментальных теорий, а также результатов научно-практических исследований в области психологии позволило выделить ряд идей, которые обладают значительным научным потенциалом для анализа проблемы родительских позиций в контексте комплексного психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В этой связи особый интерес представляет мультисубъектная теория личности, предложенная В.А. Петровским. Ключевым в данной теории является понятие «отраженная субъектность», подразумевающее идеальную представленность одного человека (в данном случае ребенка с интеллектуальными нарушениями) в другом (родителе, значимом взрослом, здоровом сиблинге и др.). Рассматривая феномен «отраженной субъектности» применительно к родителям и другим членам семьи ребенка с интеллектуальными нарушениями, следует учесть, что отразить что-либо – это значит воспроизвести существенные, определяющие черты отражаемого (В.А. Петровский), т. е., помимо личности самого ребенка как значимого субъекта для членов его семьи, отраженным является поведение ребенка с интеллектуальными нарушениями, которое диктуется специфическими особенностями как следствием заболевания. В.А. Петровский подчеркивает, что эффект идеальной включенности отражаемого (в нашем случае ребенка с тяжелыми нарушениями) в жизненные проявления осуществляющего отражение (родителя) может быть негативным, объективно способствующим не развитию, а регрессу жизненных отношений по-

следнего (снижение способностей, сужение круга побуждений и т. п.) [4].

Однако не сам по себе ребенок как отраженный субъект вызывает так называемый регресс у отражающего (родственников), а «отраженное заболевание» с его тяжелыми, драматическими последствиями – неизлечимостью, невозможностью существенно изменить состояние ребенка, обеспечить ему равные возможности в сравнении со здоровыми детьми, и даже в сравнении с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, но интеллектуально сохранными. Таким образом, мы имеем отражение не только субъекта, но и объекта – «отраженного заболевания», как события, кардинально изменившего надежды, планы и уклад жизни всей семьи.

Ситуация появления в семье ребенка с нарушениями интеллектуального развития вызывает необходимость реализации специфических потребностей родителей, прежде всего потребности в безопасности, признании и поддержке [2]. Когда впервые родитель сталкивается с диагнозом ребенка, возникает активность, которая носит неопределенный характер. Отраженное заболевание изменяет «образ ребенка». До рождения сознание родителей рисовало образ здорового, умного, красивого наследника. В реальности с рождением или постановкой диагноза образ ребенка-мечты трансформируется до неузнаваемости, что влечет за собой изменение родительского отношения. Непосредственные реакции родителей на постановку диагноза – потрясение, глубокое разочарование, тревога и депрессия. Восприятие нарушений как потери «нормального» ребенка может привести к периоду

скорби, аналогичной скорби в случае смерти члена семьи [1].

После нескольких неудачных попыток кардинально изменить ситуацию, т.е. полностью вылечить ребенка, у многих родителей может возникнуть эффект «выученной беспомощности» (М. Селигман), который характеризуется потерей чувства свободы и контроля, неверием в возможность изменений и в собственные силы, подавленностью, депрессией. Вместе с тем, понимая, что любая деятельность зарождается в форме установки, особенно актуальной является работа с ее диффузным характером, препятствующим осуществлению родительской активности в нужном направлении. «На начальных стадиях зарождения какой-нибудь новой установки, она определяется как индивидуально очерченный факт, не сразу. Становится необходимым более или менее длительный процесс для того, чтобы установка определилась, как таковая, чтобы она дифференцировалась, вычленилась, как состояние, специфически адекватное для наличных условий поведения» [5, с. 43–44].

Родительская установка базируется на имеющемся у человека жизненном опыте, в котором особенно важны такие его элементы, как эмоциональные отношения с собственными родителями или значимыми взрослыми (наиболее выраженный аффективный компонент), которые проецируются на воспитание собственных детей (поведенческий компонент), наблюдение и выводы о том, как воспитываются дети с тяжелыми дефектами развития в других семьях (когнитивный компонент). Родительская установка характеризуется неосознанностью или

меньшей осознанностью по сравнению с родительской позицией, поэтому ситуация неопределенности несет в себе риски. Для того, чтобы установка дифференцировалась, преобразовалась в фиксированную, адекватную для данных условий, необходимо раннее вмешательство специалистов, помогающих родителю осознать, выбрать конструктивные способы целенаправленной, эффективной деятельности, что в дальнейшем раскрывается в виде доступных наблюдателю внутренних и внешних актов поведения. В противном случае, происходит стагнация, фиксированной становится установка на бездействие. Так, мать девятилетнего ребенка с нарушениями интеллектуального развития отмечает: «Мой сын полон страхов, впрочем, я тоже. Нам страшно жить и еще страшнее думать о будущем. Оно пока видится мне в черных тонах темных красок печали и бесконечной боли. Эта боль съедает меня. Боль за себя и судьбу сына».

Анализ формирования фиксированной установки не возможен без обращения к категории родительской любви, quintэссенцией которой является материнская безусловная любовь. По мнению Э. Фромма, «Материнская любовь... – это безусловная самоотдача во имя жизни ребенка и его потребностей... Из-за альтруистического бескорыстного характера материнская любовь считается высшим видом любви» [Цит. по: 3, с. 407]. В безусловной материнской любви дети выступают в качестве объекта, сущность которого принимается как данность. В идеале мать должна любить ребенка независимо от того, красив он или некрасив, способен или неспособен, независимо от того, сколько огорчений он при-

носит ей сейчас и что будет в дальнейшем. Существует стереотип, что только отцовская любовь, в отличие от материнской, обусловлена социальными достижениями ребенка. Однако в реальной жизни матери не только оставляют своих детей, но и проявляют к ним чрезмерную жестокость. В отношении ребенка с нарушениями интеллекта можно наблюдать как безусловное принятие и любовь матери, так и дистанцирование, вплоть до желания забыть о его существовании.

Об этом свидетельствует, в частности, исследование материнского отношения О.Б. Чаровой (2003), которое проводилось в семьях со здоровыми, умственно отсталыми и детьми с нарушением слуха. Исследование выявило, что негативное отношение к ребенку проявляли в большей степени матери, имеющие умственно отсталых детей. Эти матери гораздо чаще испытывали отрицательные эмоции и раздражение в отношении своего ребенка, реже выстраивали партнерские отношения с ним, в воспитании склонны были занимать доминирующую позицию. Они реже проявляли позитивные чувства к ребенку, их наиболее типичными реакциями были контроль, игнорирование и отказ от общения с ребенком. Матери умственно отсталых детей демонстрировали разочарование, страх и даже шок в связи с поведением ребенка.

Понятие «родительское отношение» включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, которое формируется под влиянием многих внешних факторов. В частности, на родительское отношение влияет не только «отраженное заболевание», но и восприятие общением ребенка с интеллектуальными

ми нарушениями и, в первую очередь, безусловное принятие такого ребенка близкими людьми. Особое значение в данном случае имеет отношение бабушек и дедушек к больному ребенку. Существующие немногочисленные исследования межпоколенных отношений в семьях с ребенком-инвалидом показывают, что в случае отрицания и отвержения ребенка прародителями меняется отношение к ребенку со стороны родителей. В исследованиях было обнаружено, что отцы, которые имели поддержку со стороны своих родителей, относились к ребенку более позитивно, чем отцы, не получавшие такой поддержки. Материнское отношение к больному ребенку также становится более позитивным при условии поддержки со стороны родителей мужа (С.Е. Вайсбрем).

Даже в случае появления у отца новой семьи и рождения в ней здоровых детей, его поддержка позитивно влияет на материнское отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья. Примером, иллюстрирующим данное положение, является фрагмент сочинения, написанного матерью о своем ребенке с интеллектуальными нарушениями в рамках проведенного нами исследования родительского отношения.

К. – единственный ребенок в семье. Папа живет отдельно с момента, когда К. было три года, у папы появилась другая семья. Мы предприняли все возможные усилия, чтобы остаться друзьями и вместе воспитывать К. Новая папина семья приняла его. В семье есть еще один мальчик, Е., 4,5 лет, который здоров. К. подружился со своим сводным братом и часто проводит время с папиной семьей, что очень приветствуется мной,

мамой, поскольку это для меня большая поддержка. В нашей с К. жизни огромную роль играют мои родители и мои друзья, без их помощи и поддержки мы бы не выжили и не справились. Вся наша жизнь разделилась на периоды «до болезни» и «после», как, наверное, у всех родителей таких деток. Главное, что произошло с нами за эти годы, это то, что мы не потеряли надежду и продолжаем бороться с болезнью. Да, во многом жизнь изменилась, но и с этим можно жить, трудиться и верить в то, что все еще может измениться в лучшую сторону. Пусть К. не суждено учиться физике и математике, но главные социальные навыки, чтобы выжить, он освоит, я уверена. Даже если на это уйдут годы. (Фрагмент сочинения родителя ребенка с умственной отсталостью)

Родительское отношение к ребенку с интеллектуальными нарушениями зависит от его взаимоотношений со здоровым сиблингом. Нередко родители видят в ребенке с нарушениями интеллекта потенциальную угрозу для здорового. Родительский страх через механизмы эмоционального заражения передается здоровому сиблингу, определяя взаимоотношения между детьми, которые характеризуются отчуждением вплоть до пренебрежения. Так, одна из участниц нашего исследования на вопрос о причине перевода ребенка с ежедневного пребывания в социальном учреждении на постоянное объяснила это нетерпимым отношением здорового ребенка к больному брату. Родительница также отметила, что с рождением здорового ребенка в семье поменялось отношение к больному. Возникло желание «защитить» здорового, появился страх причинения ему ущерба со стороны ребенка с интеллектуальными нарушениями.

Таким образом, на родительское отношение влияет восприятие каждым членом семьи особого ребенка, и работа специалистов по его улучшению является одной из основных задач комплексного психологического сопровождения семьи.

Работа с детско-родительскими отношениями через родительскую позицию представляется наиболее эффективной, так как последняя характеризуется большей осознанностью, в ее структуре наиболее ярко выражена когнитивная составляющая, ориентирующая родителя на понимание ребенка с нарушениями интеллектуального развития. Адекватная родительская позиция позволяет выстраивать отношения с ребенком и другими членами семьи с опорой на общечеловеческие ценности, а также осознавать свои поступки и поведение по отношению к ребенку и другим членам семьи.

Для понимания ребенка с интеллектуальными нарушениями требуется несравненно высоко развитая способность познавать личность другого. Это связано с необычностью самого объекта познания. При попытках понять ребенка с описанными нарушениями мало помогает обычный повседневный опыт, сформировавшийся в общении со здоровыми людьми. Переживания и поведение ребенка с интеллектуальными нарушениями существенно отличаются от реакций в схожих обстоятельствах у здорового ребенка. Затрудняют понимание ребенка также социальные стереотипы, которые мешают адекватно оценить его личность. Приведем наиболее распространенные из них: ребенок с умственной отсталостью не обучаем, главное для такого ребенка – это уход;

в случае любого отклонения поведения от желаемого взрослыми – можно госпитализировать; «яблоко от яблони не далеко падает» (умственная отсталость у ребенка – вина членов семьи); родители ничего не делают с ребенком, а только норовят учить специалистов и др. Часто имеет место аффективная окрашенность познания: члены семьи смотрят на ребенка с нарушениями развития через призму тех неприятностей и огорчений, которые он им доставляет, а также личная заинтересованность членов семьи, побуждающая их в одних случаях приуменьшать, а в других – преувеличивать нарушения в развитии ребенка [8, с. 71].

На сегодняшний день ученые выделяют оптимальную и неоптимальную родительские позиции. Л.Б. Шнейдер отмечает, что оптимальная родительская позиция соответствует требованиям адекватности, гибкости и прогностичности. «Адекватность родительской позиции может быть определена как умение родителей видеть и понимать индивидуальность своего ребенка, замечать происходящие в его душевном мире изменения. Гибкость родительской позиции рассматривается как способность перестройки воздействия на ребенка по ходу его взросления и в связи с различными изменениями условий жизни. Прогностичность родительской позиции означает, что не ребенок должен вести за собой родителей, а наоборот, поведение родителей должно опережать появление новых психологических и личностных качеств детей» [7, с. 550].

Исходя из перечисленных критериев нами были описаны четыре основных типа родительских позиции по отношению к особому ребенку: партнерская,

наставническая, доминирующая и отвергающая. В семьях с ребенком, имеющим нарушения интеллектуального развития, родительские позиции часто бывают неадекватными, утрачивают гибкость и прогностичность; изменение родительских позиций может происходить по одному или сразу по всем трем выделенным критериям. В этой связи нами дополнительно были выделены «промежуточные» родительские позиции (партнерско-наставническая, наставническо-доминирующая и доми-

нирующе-отвергающая), которые позволяют учесть нюансы и проследить эффективность комплексного психологического сопровождения семьи особенно ребенка (табл. 1).

На основе анализа специальной литературы и многолетнего опыта практической деятельности нами была разработана авторская методика, позволяющая диагностировать родительские позиции по отношению к ребенку с нарушениями интеллектуального развития.

Таблица 1

Типы родительских позиций по отношению к ребенку с нарушениями интеллектуального развития

Критерии	Адекватность (принятие родителем личности и диагноза ребенка)	Гибкость (вариативность требований к ребенку)	Прогностичность (ориентированность родителя на будущее ребенка)
Партнерская	Целостное, безусловное принятие родителем ребенка.	Сочетание требовательности и уважения к личности ребенка. Требования к поведению обсуждаются и формулируются совместно с ребенком.	Родители создают условия для самоопределения ребенка с учетом специфики диагноза и желаний ребенка.
Партнерско-наставническая	Эмоциональное принятие ребенка. Адекватное понимание возможностей ребенка в соответствии с диагнозом.	Требования устанавливаются родителями, при необходимости обсуждаются с ребенком.	Родители проявляют инициативу в определении жизненно пути ребенка с учетом рекомендаций специалистов.
Наставническая	Эмоциональное принятие ребенка. Родители проявляют толерантность и способность к фасилитации ребенка.	Родители устанавливают требования и контролируют их выполнение, проявляя гибкость и последовательность.	Прогноз относительно будущего ребенка основывается на рекомендациях специалистов.
Наставническо-доминирующая	Принятие ребенка и диагноза при условии, что усилия родителей по развитию ребенка дают видимые результаты.	Ситуативные проявления авторитарности и гибкости родителей в предъявлении требований.	Инициатива родителей направлена на гиперсоциализацию ребенка. Представление о будущем не соответствует возможностям ребенка.
Доминирующая	Принятие ребенка на рациональном и отвержение его на эмоциональном уровне. Неадекватное понимание возможностей ребенка в соответствии с диагнозом.	Выраженная авторитарность родителей. Косность требований, строгая регламентация поведения.	Родители игнорируют мнение специалистов относительно перспектив ребенка. Не выработано адекватное представление о перспективах социализации ребенка.

Критерии	Адекватность (принятие родителем личности и диагноза ребенка)	Гибкость (вариативность требований к ребенку)	Прогностичность (ориентированность родителя на будущее ребенка)
Доминирующе-отвергающая	Принятие ребенка на рациональном уровне при условии его успешной деятельности. Эмоциональное отвержение личности и диагноза ребенка.	Сочетание строгости и непоследовательности требований к ребенку	Отсутствие сотрудничества со специалистами. Будущее ребенка в сознании родителей блокируется во избежание психотравмирующих переживаний.
Отвергающая	Непринятие личности и диагноза ребенка.	Непоследовательность или отсутствие требований к ребенку.	Родители психологически локализованы в хронологическом прошлом, не задумываясь о будущем ребенка.

Результаты эмпирического исследования

В проведенном нами исследовании приняли участие 158 человек (родители и бабушки), воспитывающие умственно отсталых детей (всего 144 ребенка с умеренной степенью умственной отсталости). Все участники были распределены на три группы: 1) матери; 2) матери и отцы (полные семьи); 3) бабушки.

Первую группу составили матери в возрасте от 30 до 55 лет (122 человека), из них: 17 матерей в возрасте 30–40

лет воспитывали 5–8-летних детей; 34 матери данного возраста имели детей 9–12 лет; 35 матерей в возрасте 41–55 лет воспитывали 5–8-летних детей; 36 матерей указанного возраста воспитывали детей 9–12 лет. Таким образом, для многих респондентов данной группы было характерно позднее родительство. В этой группе присутствовали как матери-одиночки (68 человек), так и замужние женщины (54 человека), мужья которых по различным причинам не участвовали в исследовании.

Таблица 2

Позиции матерей по отношению к ребенку с нарушениями интеллектуального развития

Возраст матери	Возраст ребенка	Родительская позиция	%	
30–40 лет (51 чел.)	5–8 лет (17 чел.)	Партнерская	-	
		Партнерско-наставническая	-	
		Наставническая	6	
		Наставническо-доминирующая	41	
		Доминирующая	29	
		Доминирующе-отвергающая	6	
	9–12 лет (34 чел.)	Отвергающая	Отвергающая	18
			Партнерская	-
			Партнерско-наставническая	12
			Наставническая	12
			Наставническо-доминирующая	9
			Доминирующая	29
30–40 лет (51 чел.)	9–12 лет (34 чел.)	Доминирующе-отвергающая	35	
		Отвергающая	3	

Продолжение табл. 2 на с. 60

Окончание табл. 2

Возраст матери	Возраст ребенка	Родительская позиция	%
41–55 лет (69 чел.)	5–8 лет (35 чел.)	Партнерская	14
		Партнерско-наставническая	20
		Наставническая	26
		Наставническо-доминирующая	26
		Доминирующая	6
		Доминирующе-отвергающая	8
	Отвергающая	-	
	9–12 лет (36 чел.)	Партнерская	3
		Партнерско-наставническая	14
		Наставническая	3
		Наставническо-доминирующая	3
		Доминирующая	38
		Доминирующе-отвергающая	25
Отвергающая		14	

Можно предположить, что основанием для отказа отцов было недоверие к специалистам, дистанцирование от воспитания и проблем ребенка, вплоть до его отвержения. По результатам исследования была составлена таблица 2.

Исследование показало, что в данной, наиболее многочисленной, группе респондентов представлены все родительские позиции с преобладанием доминирующих, более того, только в этой

группе были представлены доминирующе-отвергающая и отвергающая позиции. Это объясняется тем, что женщина, лишенная поддержки супруга, вне зависимости от того, состоит она в браке или нет, больше подвержена депрессии, чаще переживает отчаяние, склонна применять авторитарные методы воспитания, не видит положительных перспектив относительно будущего ребенка. Данная группа родителей особенно

Таблица 3

Позиции матерей по отношению к ребенку с нарушениями интеллектуального развития (полная семья)

Возраст матери	Возраст ребенка	Родительская позиция	%
30–40 лет (9 чел.)	5–8 лет (6 чел.)	Партнерская	-
		Партнерско-наставническая	33
		Наставническая	33
		Наставническо-доминирующая	17
		Доминирующая	17
		Доминирующе-отвергающая	-
	Отвергающая	-	
	9–12 лет (3 чел.)	Партнерская	67
		Партнерско-наставническая	-
		Наставническая	33
		Наставническо-доминирующая	-
		Доминирующая	-
		Доминирующе-отвергающая	-
Отвергающая		-	

Возраст матери	Возраст ребенка	Родительская позиция	%
41–55 лет (5 чел.)	5–8 лет (2 чел.)	Партнерская	-
		Партнерско-наставническая	-
		Наставническая	50
		Наставническо-доминирующая	-
		Доминирующая	50
		Доминирующе-отвергающая	-
	9–12 лет (3 чел.)	Партнерская	-
		Партнерско-наставническая	-
		Наставническая	33
		Наставническо-доминирующая	-
		Доминирующая	67
		Доминирующе-отвергающая	-
	Отвергающая	-	

остро нуждается в профессиональной психологической помощи.

Вызывает интерес тенденция, выявленная среди женщин в возрасте 40–55 лет, воспитывающих детей 5–8 лет. Для них в большей степени свойственны наставническая и наставническо-доминирующая позиции, также встречаются партнерско-наставническая и даже партнерская позиции. Это может быть обусловлено жизненным опытом и глубокой осознанностью родительства. У женщин этого возраста, воспитывающих детей 9–12 лет, преобладают доминирующая и доминирующе-отвергающая позиции, что является следствием хронического эмоционального стресса, физической усталости, связанной с необходимостью ежедневного ухода за особым ребенком.

Вторую группу респондентов составили 14 матерей и 14 отцов, проживающих в браке, совместно воспитывающих ребенка и принявших участие в исследовании.

Исследование показало, что матери всех возрастных категорий при наличии супружеской поддержки в большинстве случаев эмоционально

принимают особого ребенка, гибки и толерантны в общении с ним, активно сотрудничают со специалистами, что выражается в преобладании наставнической, партнерско-наставнической и партнерской позиций.

Особенности родительских позиций отцов в семьях с умственно отсталым ребенком отражает таблица 4.

Полученные данные свидетельствуют, что отцы на момент проведения исследования пережили основные кризисы, связанные с появлением в семье ребенка с ограниченными возможностями, в полной мере реализуют себя как воспитатели и занимают позиции, отражающие их родительскую зрелость.

Третью группу респондентов составили бабушки (8 человек), результаты опроса которых представлены в таблице 5.

Диапазон позиций, которые занимают бабушки по отношению к умственно отсталому ребенку, широк – от партнерской до доминирующей. Исследование выявило, что позиция бабушки, как правило, обусловлена возрастом ребенка: чем старше ребе-

Таблица 4

**Позиции отцов по отношению к ребенку с нарушениями
интеллектуального развития**

Возраст отца	Возраст ребенка	Родительская позиция	%
30–40 лет (6 чел.)	5–8 лет (4 чел.)	Партнерская	50
		Партнерско-наставническая	25
		Наставническая	-
		Наставническо-доминирующая	25
		Доминирующая	-
		Доминирующе-отвергающая	-
		Отвергающая	-
	9–12 лет (2 чел.)	Партнерская	50
		Партнерско-наставническая	-
		Наставническая	50
		Наставническо-доминирующая	-
		Доминирующая	-
		Доминирующе-отвергающая	-
		Отвергающая	-
41–55 лет (8 чел.)	5–8 лет (4 чел.)	Партнерская	25
		Партнерско-наставническая	-
		Наставническая	75
		Наставническо-доминирующая	-
		Доминирующая	-
		Доминирующе-отвергающая	-
		Отвергающая	-
	9–12 лет (4 чел.)	Партнерская	-
		Партнерско-наставническая	-
		Наставническая	50
		Наставническо-доминирующая	-
		Доминирующая	50
		Доминирующе-отвергающая	-
		Отвергающая	-

нок, тем сложнее регулировать его поведение.

Систематизированные результаты исследования отражает диаграмма 1, которая дает целостное представление о соотношении представленности родительских позиций у всех участников опроса.

Реализация авторской методики «Родительские позиции по отношению к ребенку с нарушениями интеллектуального развития» свидетельствует о том, что родительское отношение к особому ребенку детерминировано мно-

гими факторами. Наиболее значимыми являются: возраст родителя и его пол, возраст ребенка, семейный статус родителя, а также участие отца в процессе воспитания. Исследование показало, что большинство матерей и бабушек занимают доминирующую и доминирующе-отвергающую родительскую позицию по отношению к детям с интеллектуальными нарушениями. Эти позиции неблагоприятно сказываются на воспитании, обучении и развитии особых детей. Также было выявлено, что позиции отцов более позитивны по сравнению

Таблица 5

**Позиции бабушек по отношению к ребенку с нарушениями
интеллектуального развития**

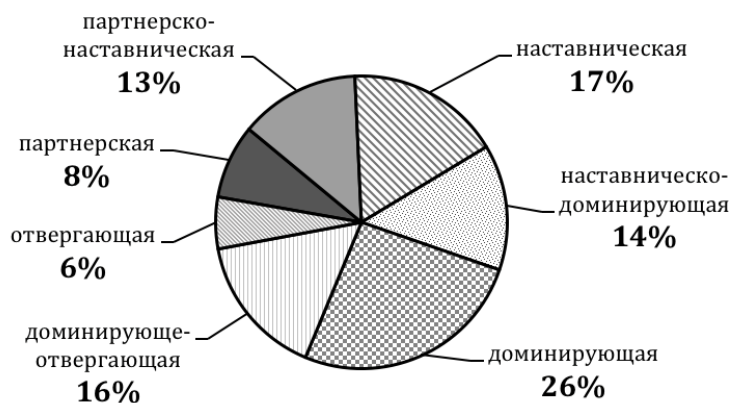
Возраст бабушки	Возраст ребенка	Позиция	%
59–65 лет (8 чел.)	5–8 лет (5 чел.)	Партнерская	20
		Партнерско-наставническая	40
		Наставническая	-
		Наставническо-доминирующая	-
		Доминирующая	40
		Доминирующе-отвергающая	-
	9–12 лет (3 чел.)	Партнерская	-
		Партнерско-наставническая	-
		Наставническая	33
		Наставническо-доминирующая	-
		Доминирующая	67
		Доминирующе-отвергающая	-
		Отвергающая	-

с позициями матерей и бабушек. Это может быть детерминировано тем, что основной задачей отцов является материальное обеспечение семьи. Они не проводят с ребенком столь длительное время, как мамы и бабушки, и поэтому не испытывают влияния стресса в процессе воспитания особого ребенка в той же мере, как мамы и бабушки.

Коррекция родительской позиции предполагает работу с родительскими установками, отношением к особому ребенку близкого окружения, что в конечном счете позволяет изменить детско-родительские отношения в таких семьях. Комплексное психологическое сопровождение семьи направлено, прежде всего, на

Диаграмма 1

Родительские позиции по отношению к особому ребенку



преобразование неконструктивных родительских позиций в наставническую и партнерскую.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Введение в психологию инвалидности: учебник / Под ред. О.В. Красновой. – М.; Воронеж, 2011. – 336 с.
2. Галасюк И.Н. Проблема психологической травматизации членов семьи инвалида // Вестник Московского государственного областного университета. Серия «Психологические науки». 2011. № 1. – С. 54–60.
3. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология. Полный жизненный цикл развития человека. Учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. – М., 2005. – 464 с.
4. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности / Российский открытый университет. – М., 1992. – 224 с.
5. Узнадзе Д.Н. Психология установки. – СПб., 2001. – 416 с.
6. Холостова Е.И., Черняк Е.М., Прохорова О.Г. Эволюция семьи. – СПб., 2011. – 224 с.
7. Шнейдер Л.Б. Основы семейной психологии : учеб. пособие. – М.; Воронеж, 2003. – 928 с.
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб., 2010. – 672 с.