

Интернет-журнал «Наукоедение» ISSN 2223-5167 <http://naukovedenie.ru/>

Том 7, №2 (2015) <http://naukovedenie.ru/index.php?p=vol7-2>

URL статьи: <http://naukovedenie.ru/PDF/18PVN215.pdf>

DOI: 10.15862/18PVN215 (<http://dx.doi.org/10.15862/18PVN215>)

**УДК 159.9:316.356.2 + 159.9:61**

**Гребенникова Елена Владимировна**

ФГБОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет»

Россия, Томск<sup>1</sup>

Декан факультета психологии, связей с общественностью, рекламы

Кандидат биологических наук

dekanat\_fpsor@mail.ru

**Шелехов Игорь Львович**

ФГБОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет»

Россия, Томск.

Доцент кафедры психологии развития личности факультета психологии, связей с

общественностью, рекламы

Кандидат психологических наук

Доцент

brief@sibmail.com

**Берестнева Ольга Григорьевна**

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский политехнический университет»

Профессор кафедры прикладной математики

Доктор технических наук

E-mail: ogb@tpu.ru

## **Психолого-педагогическая компетентность родителей, воспитывающих детей-инвалидов**

---

<sup>1</sup> 634061, г. Томск, ул. Киевская, 60. ФГБОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет».

**Аннотация.** В статье обобщён опыт изучения семей, воспитывающих детей-инвалидов. Представлены результаты авторского эмпирического исследования, в котором определены психологический тип и воспитательные умения родителей, отношение родителей к семейной роли, родительско-детские отношения.

В проведенном авторами исследовании использовался ряд ранее опробованных и хорошо зарекомендовавших себя психодиагностических методик: анкета «Определение воспитательных умений у родителей детей с отклонениями в развитии» (В.В. Ткачёва), «Лесенка для родителей», «Parental attitude search instrument».

Анкета «Определение воспитательных умений у родителей детей с отклонениями в развитии» показала что большинство родителей принимают ребёнка таким, каков он есть, проявляют к ребёнку нежность и ласку, любят проводить с ними свободное время. Все родители, участвующие в исследовании, осознают, что в развитии их ребёнка имеются проблемы. Более половины родителей проявляют терпение, если ребёнок капризничает или непослушен, большая часть родителей уважительно относится к ребёнку.

Методика «Лесенка для родителей» показала, что среди доминирующих личностных качеств родители, воспитывающие детей-инвалидов, первые позиции заняли такие качества как терпеливость, решительность и вспыльчивость. Низкие ранговые позиции были отмечены в отношении застенчивости и нежности к супругу/супруге. Оценивая факторы, определяющие стабильность семьи, родители в качестве основных обозначили: здоровье членов семьи, любовь к ребёнку, собственное здоровье.

Использование методики «Parental attitude search instrument» позволило установить, что большая часть обследованных родителей считает, что они живут в семьях с низким уровнем интегрированности в связи с отсутствием общности интересов и целей, расхождением в понимании семейных ролей между женой и мужем, использованием неадекватных методов воспитания. Более половины опрошенных родителей в отношениях с ребёнком используют неадекватные стили воспитания.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о низкой степени реализации реабилитационных возможностей семей, воспитывающих детей-инвалидов, что обусловлено достаточно низким уровнем психолого-педагогической компетентности родителей.

Полученные результаты дополняют уже имеющиеся в литературе, кроме того, могут быть использованы специалистами при проведении мероприятий, направленных на оказание психолого-педагогической поддержки родителей, имеющих детей-инвалидов.

**Ключевые слова:** ребёнок-инвалид; семья; психологический тип родителей; воспитательные умения; семейная роль; родительско-детские отношения; психолого-педагогическая компетентность.

**Ссылка для цитирования этой статьи:**

Гребенникова Е.В., Шелехов И.Л., Берестнева О.Г. Психолого-педагогическая компетентность родителей, воспитывающих детей-инвалидов // Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ» Том 7, №2 (2015)  
<http://naukovedenie.ru/PDF/18PVN215.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ. DOI:  
10.15862/18PVN215

Важным условием для оптимально возможного уровня развития ребёнка является гармоничная семья. Именно в семье ребёнок проходит первые этапы социализации, здесь же происходит формирование его личности. Семья выполняет главную функцию, которая заключается в передаче детям системы ценностей и норм, включении их в социальную среду, в разнообразные социальные связи. «Выполняя воспитательную, образовательную функцию, семья формирует у ребёнка те или иные правила и нормы поведения, цели, ценности и, наконец, закладывает фундамент духовного, мировоззренческого начала» [2, 9]. Поэтому ни один другой социальный институт не в состоянии в этом смысле заменить ребёнку семью.

Значимость семьи возрастает при воспитании детей с нарушениями в развитии. От специфики взаимоотношений такого ребёнка с родителями, от родительской позиции во многом зависит его эмоциональное благополучие и личностное развитие [1, 12, 13].

Долгие годы внимание специалистов было обращено на решение вопросов, затрагивающих непосредственно ребёнка с нарушениями в развитии. Семья, воспитывающая ребёнка-инвалида, не входила в проблемное поле исследований. Современный подход к семье, воспитывающей ребёнка с отклонениями в развитии, рассматривает её как реабилитационную структуру, изначально обладающую высокими потенциальными возможностями. Следовательно, оптимизируя внутрисемейные отношения и повышая уровень психолого-педагогической компетентности, можно решить проблему адресной помощи проблемному ребёнку [5, 17, 19, 20, 21, 22].

В семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, наблюдаются серьёзные качественные изменения, проявляющиеся на нескольких уровнях: психологическом, социальном и соматическом [3, 7, 14].

**Психологический уровень.** Появление на свет проблемного ребёнка, его обучение и воспитание является сильным психотравмирующим фактором, который оказывает влияние на психику родителей, нарушая их внутрисемейные отношения и контакты с окружающим социумом.

Психологи выделяют четыре фазы психологического состояния родителей в процессе становления их позиции к ребёнку-инвалиду [8, 10, 16].

*Первая фаза – «шок»*, характеризуется состоянием растерянности, беспомощности, страха, возникновением чувства собственной неполноценности. Этот период сложен тем, что родители оказываются просто не в состоянии адекватно понять и переработать полученную информацию. Чувство вины зачастую перерастает во всепоглощающие страдания и переживания по поводу поступков и ошибок, приведших, как они считают, к заболеванию ребёнка.

*Вторая фаза – «неадекватное отношение к дефекту»* рассматривается исследователями как период негативизма и отрицания. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определённый уровень надежды или чувства стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Таким образом, отрицание в данной ситуации может быть своеобразным способом защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги. Крайней фазой негативизма становится отказ от обследования ребёнка и проведения каких-либо лечебных или корректирующих мероприятий. Отрицание болезни родителями играет защитную функцию. Частая реакция на поставленный врачом диагноз – это просто неверие в существование болезни. Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации других специалистов в этой области. В основе такого поведения лежит отчаянная надежда на то, что первоначальный диагноз ошибочен. Родители могут отрицать наличие отставания в развитии и верить, что лечение или какой-то тип терапии решит проблему. На этой стадии развивается так называемое «копинг-поведение»:

бесчисленные консультации, начиная с медицинских светил и заканчивая различными знахарями и целителями. Такая погоня за «чудесным средством» искажает восприятие реальной ситуации, мешает адекватной адаптации родителей к факту рождения аномального ребёнка.

Дополнительной реакцией может быть попытка переложить ответственность за состояние ребёнка на других, растёт напряжённость в отношениях с окружающими. При этом часто отмечаются эмоциональная неустойчивость и рост уровня тревожности. Утрата произвольного контроля над эмоциями проявляется в невозможности справиться со своим состоянием, навязчивости характера переживаний. Любое, даже малозначительное, событие может привести к утрате контроля.

*Третья фаза – «частичное осознание дефекта ребёнка»*, сопровождаемое чувством «хронической печали» является результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребёнка, их хронической фрустрации вследствие относительного отсутствия положительной динамики у ребёнка, «несоциализируемости» его психического и физического дефекта, постоянных отрицательных переживаний.

*Четвёртая фаза – «социально-психологическая адаптация»* характеризуется эмоциональной реорганизацией, приспособлением, принятием больного ребёнка. Родители в этот период устанавливают адекватные отношения со специалистами, происходит выработка позитивных установок по отношению к самим себе и ребёнку. Родители часто помогают другим семьям с детьми, имеющими отклонения в развитии.

Следует заметить, что некоторым из родителей нужны годы, чтобы подойти к четвёртой фазе, другие, к сожалению, её не достигнут никогда. Этот процесс может быть очень болезненным. Значительно улучшает прохождение кризисного периода поддержка близких и благоприятные взаимоотношения между членами семьи.

В соответствии с концепцией К. Теркельсен, семья разделяется на 3 слоя, которые концентрируются вокруг больного и различаются степенью и характером вовлечённости в опеку.

Первый, внутренний слой – это обычно один человек, чаще всего – мать. Она берёт на себя роль главного опекуна, на неё приходится основная тяжесть ухода, обслуживания. Жизнь этого члена семьи полностью сосредотачивается на больном.

Второй слой вокруг больного – это члены семьи, которые в меньшей степени участвуют в повседневной опеке. Это не значит, что их эмоциональная связь с ним и с его проблемами меньше – просто они не участвуют в его жизни всё время, непрерывно как главный опекун.

Третий слой – наружный. Его составляют близкие и дальние родственники, которые знают о проблемах, связанных с больным, интересуются ими, однако, практически не имеют с ним повседневного контакта [18].

**Социальный уровень.** После рождения ребёнка с отклонениями в развитии семья, сталкиваясь с большим количеством проблем, становится малообщительной и избирательной в контактах. В условиях ограниченного микросоциума нарушается социализация ребёнка-инвалида.

Появление в семье ребёнка-инвалида изменяет развитие семьи, деформирует внутрисемейные отношения, создаёт угрозу распада семьи.

Многие семьи, воспитывающие проблемных детей, отказываются от рождения других детей. В таких семьях ребёнок-инвалид является единственным. В семьях, где помимо

проблемного ребёнка, воспитываются ещё один или два здоровых ребёнка, создаются более благоприятные условия для нормализации психологического состояния родителей.

Рождение больного ребёнка вынуждает многих женщин изменить профиль своей трудовой деятельности или же вообще отказаться от неё. Уход с любимой работы не только лишает женщину ощутимого заработка, но и изменяет её социальный статус, ставит в зависимое положение. Таким образом, в лице матери больного ребёнка общество теряет квалифицированного специалиста.

Заслуживает внимания позитивная тенденция, появившаяся в последнее время: получение специального образования и использование новых знаний для развития и обучения, как своего ребёнка, так и других детей.

Следует отметить ещё одну особенность, характеризующую социальную позицию значительной части родителей в отношении воспитания, развития и преодоления проблем больного ребёнка. Эту позицию можно назвать иждивенческой или безынициативной. Родители считают, что преодолением проблем их ребёнка должны заниматься сотрудники государственных учреждений, в которых их дети воспитываются, обучаются или продолжительно лечатся и живут.

**Соматический уровень.** Согласно литературным данным, родители больных детей жалуются на колебания артериального давления, бессонницу, частые и сильные головные боли, нарушения терморегуляции, расстройства функций желудочно-кишечного тракта. У женщин выявлены расстройства менструального цикла и ранний климакс [4,11].

Таким образом, аналитический обзор литературы показал, что семья, воспитывающая ребёнка-инвалида, сталкивается с множеством проблем, которые деформируют её и искажают социальные контакты. В таком виде семья не может обеспечить ребёнку благоприятные условия для развития и воспитания.

Целью нашего исследования являлось изучение психолого-педагогической компетентности родителей, воспитывающих детей-инвалидов.

Для реализации поставленной цели использовали авторскую анкету, которая позволила составить социальный портрет семьи, имеющей ребёнка-инвалида, и психодиагностический инструментарий: анкеты В.В. Ткачёвой «Психологический тип родителя» и «Определение воспитательных умений у родителей детей с отклонениями в развитии», методику «Лесенка для родителей» (модифицированная методика «Лесенка» Т.Д. Марцинковской (1997) и методику PARI E. Шеффера и Р. Белла.

Эмпирическая часть исследования была выполнена на базе образовательных учреждений гг. Томска и Северска Томской области: МБДОУ «Детский сад № 11», МБДОУ «Детский сад КВ № 28», МБОУ «СОШ № 83», МКОУ СКОШ № 39, МКОУ СКОШ № 45. Целевую группу составили 65 семей, воспитывающих детей-инвалидов, имеющих различную патологию.

Исследование показало, что 45 % семей, воспитывающих детей-инвалидов являются неполными. Причем большая часть неполных семей (38 %) – это семьи, распавшиеся после рождения больного ребёнка. Среди неполных семей большую долю составляют семьи, имеющие детей с умственной отсталостью.

Известно, что состав семьи небезразличен для психического и личностного развития ребёнка, поскольку общая атмосфера семьи создаётся совместными усилиями всех её членов: матери, отца, братьев и сестёр. Отсутствие кого-либо из них создаёт опасность депривации для ребёнка [6]. В условиях, когда в семье отсутствует один из членов семьи, возникает

«функциональная пустота» т.е. ситуация, когда одна из ролей, необходимая для успешного существования семьи, никем не выполняется [18].

Одиноким родители (чаще матери) считают свои отношения с ребёнком достаточно близкими. Действительно, дети в неполных семьях чувствуют себя лучше, чем дети в полных, но конфликтных семьях. Тем не менее, в них есть свои проблемы. Одиноким матери (реже отцы) сильнее переживают по поводу различных неприятностей у детей, чем родители, состоящие в браке. Кроме того, одному из родителей приходится совмещать сразу две или три роли – воспитателя, домохозяйки и кормильца.

Согласно опросам родителей, участвующих в исследовании, в большинстве семей (78 %) уход за проблемным ребёнком осуществляет мать. Доля семей, в которых данную функцию реализует бабушка или отец составляет соответственно 18 % и 4 %.

Интересно, что 84 % родителей отметили необходимость дополнительной помощи психолога. При этом на первый план выходят вопросы, касающиеся развития ребёнка. В меньшей степени озвучивается необходимость обсуждения детско-родительских отношений. И только 5 % родителей считают важным обсуждение взаимоотношений супругов, других членов семьи.

Среди семей, воспитывающих детей-инвалидов, основная часть (90 %) имеет весьма скромный достаток, состоящий из зарплаты мужа и социальной пенсии по инвалидности ребёнка. Вклад матери в материальный достаток – это деньги, полученные за надомную работу, и случайный заработок.

В отношении образования родители, воспитывающие детей-инвалидов, распределились по трём группам: имеющие высшее образование, среднее специальное образование, среднее образование. Причём, по результатам психологов большую эффективность коррекционных мероприятий отмечали в тех семьях, где родители обладали высоким образовательным потенциалом.

Таким образом, семья, воспитывающая ребёнка-инвалида, чаще всего неполная, имеет скромный достаток и низкий образовательный уровень. Основной уход за ребёнком в такой семье осуществляет мать, которой требуется психологическая помощь, прежде всего, по вопросам развития ребёнка.

При изучении психологического типа родителей опирались на исследования В.В. Ткачёвой, которая описала три психологических типа родителей: авторитарный, невротический и психосоматический [15].

*Родители авторитарного типа* характеризуется активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам и советам со стороны родственников или рекомендациям специалистов.

Позиция родителей авторитарного типа характеризуется феноменом вытеснения негативных переживаний, связанных с проблемами ребёнка. Это значительно оптимизирует их состояние.

Родителям авторитарного типа, принявшим дефект ребёнка, свойственно стремление преодолевать проблемы, возникающие у ребёнка, и облегчать его участь. Такие родители направляют свои усилия на поиски лучшего врача, лучшей больницы, лучшего метода лечения, лучшего педагога, знаменитых экстрасенсов и народных целителей. Они обладают умением не видеть преграды на своём пути и уверенностью в том, что когда-либо может произойти чудо и с их ребёнком.

Авторитарные родители создают родительские ассоциации и общества, устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Эти родители упорно преследуют цель оздоровления, обучения и социальной адаптации своего ребёнка и, таким образом, решают проблему ребёнка в целом.

Отрицательные свойства данной категории родителей проявляются в неумении сдерживать свой гнев и раздражение, в отсутствии контроля за импульсивностью собственных поступков, в склонности к участию в ссорах и скандалах, в откровенном противопоставлении себя социальной среде. В отношениях с ребёнком некоторые авторитарные родители могут использовать достаточно жесткие формы взаимодействия, вплоть до холодности или отстранённости от его проблем.

Авторитарные родители часто выдвигают нереальные требования к своему ребёнку, не соответствующие его возможностям. Другая часть этой категории родителей проявляет тенденцию к отказу замечать особенности в развитии ребёнка.

Один из самых значимых аспектов родителей данного типа – стремление всегда ориентироваться только на свои личностные жизненные установки не позволяет им увидеть реальные перспективы развития ребёнка.

*Родителям невротичного типа* свойственна пассивная личностная позиция. У родителей этой категории обычно не формируется способность к принятию проблемы ребёнка и не развивается стремление к её преодолению. Данная категория родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое состояние.

Родители невротичного типа оправдывают собственную бездеятельность в отношении развития ребёнка отсутствием прямых указаний со стороны специалистов. Они не понимают того, что некоторые недостатки, возникающие у ребёнка, вторичны и являются результатом уже не болезни, а их собственной родительской педагогической несостоятельности. Часть родителей, относящихся к этой группе, стремятся оградить ребёнка от всех возможных проблем, и даже от тех из них, которые он может решить собственными силами. Такие родители удовлетворяются тем, что ребёнок обучается делать что-то сам, и считают, что большего от него ждать нечего. Часто родители данного типа непоследовательны и в использовании приёмов поощрения или наказания ребёнка.

В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Это проявляется в стремлении избегать трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях и в отказе от решения проблем. У части таких родителей постоянно сохраняется тревожный фон настроения, присутствуют излишние опасения чего-либо, что может повредить ребёнку.

Родители невротичного типа недостаточно критично оценивают возможности своего ребёнка, подсознательно стремятся скрыть его дефект и выдать желаемые результаты развития за действительные.

Часто встречается и другая особенность родителей: они гиперболизируют проблемы своего ребёнка, отрицают возможности разрешения хотя бы их части.

Собственное эмоциональное бессилие не позволяет родителям с невротическим типом оценить позитивно свое будущее и будущее ребёнка. Прожитая жизнь воспринимается ими как несложившаяся, несчастливая, загубленная рождением в семье аномального малыша, а будущее ребёнка рисуется ими как бесперспективное и малоинтересное.

*Родителя психосоматического типа* проявляются черты, присущие родителям, как первой, так и второй категорий. Эти родители эмоционально более лабильны, чем

представители двух других групп. Им свойственны более частые смены полярных настроений. У некоторых из них в большей степени проявляется тенденция к доминированию, как и у авторитарных родителей, но отсутствует аффективная форма реагирования на проблему стресса, как у первых и вторых. Они не устраивают скандалов и ссор, в большинстве случаев ведут себя корректно, сдержанно, а иногда замкнуто. В поведении, как правило, проявляется нормативность. Проблема ребёнка, чаще скрываемая от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. У первых двух категорий родителей отреагирование проблемы проявляется во внешнем плане (у невротичных – слезы, аффективные реакции, у авторитарных – окрики, скандалы, агрессия), а у родителей психосоматического типа – во внутреннем плане. Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере.

Для родителей с психосоматическим типом характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребёнка». Все усилия направляются на оказание ему помощи.

Психосоматичные родители, так же как и авторитарные, стремятся найти лучших специалистов. В некоторых случаях они сами становятся таковыми для собственного ребёнка, активно включаясь в его жизнь: участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, повышают свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребёнка.

У родителей, имеющих детей-инвалидов, мы выявили три психологических типа: психосоматический, невротичный, авторитарный. При этом у матерей преобладающим являлся психосоматический тип (78 %). У отцов, помимо психосоматического типа, встречался также и невротический тип.

Анкета «Определение воспитательных умений у родителей детей с отклонениями в развитии», предлагаемая В.В. Ткачёвой, позволила получить информацию по 3 шкалам: эмоциональное принятие – отвержение ребёнка, рациональное понимание – непонимание проблем ребёнка, адекватные – неадекватные формы взаимодействия.

Результаты, полученные по шкале «Эмоциональное принятие – отвержение ребёнка», показывают, что 89 % опрошенных родителей принимают ребёнка таким, каков он есть; 98 % родителей проявляют к ребёнку нежность и ласку, любят проводить с ними свободное время; 84 % родителей считают, что у них с ребёнком есть эмоциональный контакт. В целом ситуация по шкале «Эмоциональное принятие – отвержение ребёнка» позитивная.

Результаты по шкале «Рациональное понимание – непонимание проблем ребёнка» свидетельствуют о том, что все родители, участвующие в исследовании, осознают, что в развитии их ребёнка имеются проблемы. 80 % родителей признают возможность влияния своего личного участия и помощи на позитивную динамику развития ребёнка.

Важные результаты были получены по шкале «Адекватные – неадекватные формы взаимодействия». Оказалось, что 27 % родителей считают возможным физически наказывать ребёнка за провинность; 62 % родителей проявляют терпение, если ребёнок капризничает или непослушен; 82 % родителей часто хвалят ребёнка; 36 % родителей повышают на ребёнка голос; 84 % родителей уважительно относятся к личности ребёнка.

Методика «Лесенка для родителей» была использована с целью изучения двух важных показателей родителей, их личностные качества и факторы, определяющие стабильность семьи.

Среди доминирующих личностных качеств родители, воспитывающие детей-инвалидов, первые позиции заняли такие качества как терпеливость (35,6 %), решительность (24,4 %) и

вспыльчивость (15,6 %). Низкие ранговые позиции были отмечены в отношении застенчивости (2,2 %) и нежности к супругу/супруге (2,2 %).

Оценивая факторы, определяющие стабильность семьи, родители в качестве основных обозначили: здоровье членов семьи (77,8 %), любовь к ребёнку (11,1%), собственное здоровье (8,9%). Такие позиции как счастье, работа и карьера супруга/супруги, отношения с супругом/супругой были выбраны лишь единичными родителями.

Методика PARI использовалась для оценки специфики семейной жизни (первый блок вопросов) и выявление особенностей родительско-детских отношений (второй блок вопросов).

Большая часть обследованных родителей (84 %) считает, что они живут в семьях с низким уровнем интегрированности в связи с отсутствием общности интересов и целей, расхождением в понимании семейных ролей между женой и мужем, использованием неадекватных методов воспитания. 17 % опрошенных охарактеризовали свои семейные отношения как соответствующие среднему уровню интегрированности. И только 2 % родителей полагают, что их семья имеет высокий уровень интегративности.

В отношении второго блока выявили, что у 48 % родителей отношения с ребенком оптимальные и эмоционально-насыщенными; 28 % родителей проявляют тенденцию к гиперопеке и 24 % родителей проявляют гиперопеку. Следовательно, больше половины опрошенных родителей в отношениях с ребенком используют неадекватные стили воспитания.

Таким образом, на основании результатов исследования можно сделать вывод о низкой степени реализации реабилитационных возможностей семей, воспитывающих детей-инвалидов, в силу достаточно низкого уровня психолого-педагогической компетентности родителей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бикметов, Е.Ю. Социализация в семье детей с ограниченными физическими возможностями: условия и факторы / Е.Ю. Бикметов, З.Л. Сизоненко, О.Н. Юлдашева. – Уфа : Аркаим, 2012. – 171 с.
2. Гогужева, Т.С. Особенности процесса социализации в современном российском обществе / Т.С. Гогужева // Вестник ВЭГУ. – 2010. – № 4. – С. 91-96.
3. Гуслова, М.Н. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов / М.Н. Гуслова, Т.К. Стуре // Дефектология. – № 3. – С. 28-31.
4. Ковалев, В.В. Личность и её нарушения при соматической болезни / В.В. Ковалев // Роль психологических факторов в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М., 1972. – С. 102-114.
5. Краузе, М.П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям / М.П. Краузе. – М. : Академия, 2006. – 208 с.
6. Лангмейер, Й. Психологическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага, Авиценум, 1984.
7. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребёнка с отклонениями в развитии: методическое пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М. : Просвещение, 2008. – 240 с.
8. Майрамян, Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребёнок / Р.Ф. Майрамян. – М. : Владос, 2005. – 243 с.

9. Манукян, Э.А. Семья и социализация детей / Э.А. Манукян // Отечественный журнал социальной работы. – 2011. – № 1. – С. 114-117.
10. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с ограниченными возможностями в развитии / Е.М. Мастюкова. А.Г. Московкина. – М. : Владос, 2003. – 408 с.
11. Михайлов, А.Н. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях / А.Н. Михайлов, В.С. Ротенберг // Вопросы психологии. – 1990. – № 5. – С. 106-111.
12. Скворцова, В.О. Социальное воспитание детей с отклонениями в развитии / В.О. Скворцова. – М. : Владос, 2006. – 160 с.
13. Солодянкина, О.В. Воспитание ребёнка с ограниченными возможностями здоровья в семье / О.В. Солодянкина. – М. : АРКТИ, 2007. – 160 с.
14. Ткачёва, В.В. Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом / В.В. Ткачёва // Специальная психология. – 2009. – № 1 (19). – С. 53-62.
15. Ткачёва, В.В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачёва. – М. : АСТ, 2007. – 138 с.
16. Чарова, О.Б. Особенности материнского отношения к ребёнку с интеллектуальным недоразвитием / О.Б. Чарова, Е.А. Савина // Дефектология. – 1999. – № 5. – С. 34-39.
17. Черникова, Т.В. Социально-психологическая поддержка семей с детьми-инвалидами на разных этапах переживания случившегося / Т.В. Черникова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитирующей работы. – 2000. – № 4. – С. 83-89.
18. Эйдемиллер, Э.Г. Психология семьи и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 2002. – 656 с.
19. Пахомов, В.П. Психологическая служба в школьном образовании: проблема проектирования профессиональной деятельности педагога-психолога : учебное пособие / В. П. Пахомов, И. Л. Шелехов, Е. В. Гребенникова. – Томск : Издательство Томского государственного педагогического университета, 2011. – 388 с. – ISBN: 978-5-89428-567-2.
20. Шелехов, И.Л. Коррекционная педагогика с основами специальной психологии. Речевые нарушения : учебное пособие / И. Л. Шелехов, Е. С. Толстолес, Е. В. Гребенникова. – Томск : Издательство Томского государственного педагогического университета, 2012. – 196 с., ил. – ISBN 978-5-89428-596-2.
21. Гребенникова, Е. В. Проблема толерантности в условиях реализации инклюзивного образования / Е. В. Гребенникова, И. Л. Шелехов // Здоровье участников образовательного процесса : материалы Всероссийской научно-практической конференции (21-23 марта 2012 г.) / под ред. Е. В. Гребенниковой, И. В. Рудина. – Томск : Изд-во Томского государственного педагогического университета, 2012. – С. 197-201.
22. Шелехов, И. Л. Методы активного социально-психологического обучения: учебно-методический комплекс / И. Л. Шелехов, Е. В. Гребенникова, П. В. Иваничко ; ФГБОУ ВПО ТГПУ. – Томск : Изд-во Томского государственного педагогического университета, 2014. – 264 с. – ISBN 978-5-89428-729-4.

**Рецензент:** Корнетов Александр Николаевич, д.м.н., декан факультета поведенческой медицины и менеджмента, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет».

**Grebennikova Elena Vladimirovna**

Tomsk State Pedagogical University»

Tomsk, Russia

E-mail: [dekanat\\_fpsor@mail.ru](mailto:dekanat_fpsor@mail.ru)

**Shelehov Igor Lvovich**

Tomsk State Pedagogical University»

Tomsk, Russia

E-mail: [brief@sibmail.com](mailto:brief@sibmail.com)

**Berestneva Olga Grigor'evna**

The National Research Tomsk Polytechnic University

Tomsk, Russia

E-mail: [ogb@tpu.ru](mailto:ogb@tpu.ru)

## Psycho-pedagogical competence of parents, disabled children

**Abstract.** Article summarizes the results of a study of families with children with disabilities.

Were studied: the type of psychological and educational skills of parents, parents' attitudes toward family roles, parent-child relationships.

The authors used a questionnaire: «Assess the ability to raise their children in parents of children with developmental disabilities» (V.V. Tkacheva), «Ladder for parents», «Parental attitude search instrument».

The results of the survey showed that most parents know that in the development of their child has a problem, assess the child adequately, showing him tenderness and affection, love to spend my free time with him, patiently endure the whims and disobedience, they respect children.

Identified the dominant personality traits among parents of children with disabilities, in the first position of quality: patience, determination, hot tempers. At the end of the list were: shyness and tenderness to the husband / wife.

The main factors for the stability of the family parents named: the health of family members, the love of a child, their own health.

Application of the method: «Parental attitudes search tool» showed – the majority of parents surveyed think that they lived in families with a low level of integration due to the lack of common interests and goals, was the difference in the understanding of family roles between husband and wife, was the use of inappropriate methods of education. Most parents use inappropriate methods of child rearing.

Results of the study suggest a low level of implementation of rehabilitation opportunities for families with children with disabilities.

This is due to the rather low level of psychology-pedagogical competence of parents.

The results can be used by specialists in activities aimed at providing psychological and pedagogical support to parents who have children with disabilities.

**Keywords:** child with a disability; family; psychological type of parents; educational skills; family role; parent-child relationships; psychological and pedagogical competence.

## REFERENCES

1. Bikmetov E.J. Socialization in the family of children with disabilities: conditions and factors / E.Y. Bikmetov, Z.L. Sizonenko, O.N. Yuldashev. – Ufa : Arkaim, 2012. – 171 p.
2. Goguzeva T.S. Features of the socialization process in contemporary Russian society / T.S. Goguzeva // Bulletin VEGU. – 2010. – № 4. – P. 91-96.
3. Guslova M.N. Psychological study of mothers with disabled children / M.N. Guslova, T.K. Sture // Defectology. – № 3. – P. 28-31.
4. Kovalev V.V. Personality and its disorders in physical illness / V.V. Kovalev // The role of psychological factors in the origin, course and treatment of physical illness. – M., 1972. – P. 102-114.
5. Krause M.P. Children with developmental disorders: psychological assistance to parents / M.P. Krause. – Moscow : Academy, 2006. – 208 p.
6. Langmeyer J. Psychological deprivation in childhood / Langmeyer J., Z. Mateycek. – Prague, Avitsenum, 1984.
7. Levchenko I.Y. Psychological support for families raising a child with developmental disabilities: Manual / I.Y. Levchenko, V.V. Tkacheva. – M. : Education, 2008. – 240 p.
8. Mayramyan R.F. Family and mentally retarded child / R.F. Mayramyan. – M. : Vlados, 2005. – 243 p.
9. Manukyan E.A. Family and socialization of children / E.A. Manukyan // Domestic Journal of Social Work. – 2011. - № 1. – P. 114-117.
10. Mastjukova E.M. Family education of children with developmental disabilities / E.M. Mastjukova A.G. Moskovkina. – M. : Vlados, 2003. – 408 p.
11. Mikhailov A.N. Features of psychological protection in health and medical conditions / A.N. Mikhailov V.S. Rothenberg // Questions of psychology. – 1990. – № 5. – P. 106-111.
12. Skvortsova V.O. Social education of children with developmental disabilities / V.O. Skvortsova. – M. : Vlados, 2006. – 160 p.
13. Solodyankina O.V. Parenting a child with disabilities in the family / O.V. Solodyankina. – M. : ARKTI, 2007. – 160 p.
14. Tkacheva V.V. Psychological characteristics of parents of children with cerebral palsy / V.V. Tkacheva // Special psychology. – 2009. - № 1 (19). – P. 53-62.
15. Tkacheva V.V. Technology psychological study of families with children with developmental disabilities / V.V. Tkacheva. – Moscow : AST, 2007. – 138 p.
16. Charova O.B. Features of the parent to the child with intellectual underdevelopment / O.B. Charova, E.A. Savina // Defectology. – 1999. – № 5. – P. 34-39.
17. Chernikova T.V. Social and psychological support to families with disabled children at different stages of the experience of what happened / T.V. Chernikova // Bulletin of psychosocial and correctional and rehabilitates work. – 2000. – № 4. – P. 83-89.
18. Eidemiller E.G. Family psychology and psychotherapy family / E.G. Eidemiller, V.V. Yustitskis. – SPb. : Piter, 2002. – 656 p.
19. Pakhomov V.P. Psychological service in school education: the challenge of designing professional educator, psychologist: a tutorial / V.P. Pakhomov, I.L. Shelehov, E.V. Grebennikova. - Tomsk: Publishing house of Tomsk State Pedagogical University, 2011. – 388 p. – ISBN: 978-5-89428-567-2.
20. Shelehov I.L. Correctional pedagogy with the basics of special psychology. Speech disorders: a tutorial / I.L. Shelehov, E.S. Tolstoles, E.V. Grebennikova. – Tomsk : Publishing house of Tomsk State Pedagogical University, 2012. – 196 p., Ill. – ISBN 978-5-89428-596-2.

21. Grebennikova E.V. Problema tolerance in conditions of realization of inclusive education / E.V. Grebennikova, I.L. Shelehov // Health participants in the educational process: the All-Russian Scientific-Practical Conference (21-23 March 2012). / Ed. E.V. Grebennikova, I.V. Rudin. – Tomsk : Publishing house of Tomsk State Pedagogical University, 2012. – P. 197-201.
22. Shelehov I.L. Methods of active social and psychological training: training complex / I.L. Shelehov, E.V. Grebennikova, P.V. Ivanichko; VGBU VPO TGPU. – Tomsk : Publishing house of Tomsk State Pedagogical University, 2014. – 264 p. – ISBN 978-5-89428-729-4.