

МОСКОВСКИЙ ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

Факультет психолого-педагогический

Филиал в г. Челябинске

Кафедра «психологии»

Допустить к защите
Заведующий кафедрой Жеребкина В.Ф.

« _____ » _____ 2008г

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

На тему **«Особенности отношения матерей к детям дошкольного
возраста с нарушениями зрения»**

Студентка группы № 614:

Глухих Любовь Сергеевна

Научный руководитель:

Малышева Н.А.

Москва 2008г.

Оглавление

Введение.....	3
Глава I. Теоретические аспекты изучения отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения	
1.1. Отношение матери к ребенку: понятие, структура, типы и стили.....	6
1.2. Психологические особенности детей дошкольного возраста с нарушениями зрения.....	18
1.3. Особенности отношения матерей к детям с нарушениями развития.....	25
Глава II. Эмпирическое исследование отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения.....	32
2.1. Организация и методы исследования.....	32
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования	40
Выводы.....	52
Заключение.....	54
Литература.....	56
Приложение.....	63

Введение

Актуальность. Детско-родительские отношения в семьях с детьми, которые имеют различные нарушения развития, в психологии представляют собой важную и одновременно сложную проблему. Возможно, что социально-психологическая адаптация детей с различными психическими и соматическими нарушениями зависит от грамотного материнского поведения. Некоторые специалисты предполагают, что для всестороннего развития ребенка материнское отношение имеет большое значение, но в науке остается вопрос об особенностях формирования отношения матери и его влияния на развитие ребенка. Особенно актуальной оказывается эта проблема в контексте взаимодействия матери с ребенком, имеющим различные нарушения в развитии (в том числе и с нарушениями зрения). В отечественной и зарубежной психологии данная проблема недостаточно исследована, хотя потребность в таких исследованиях очень велика. Без этого просто невозможно организовать квалифицированную психологическую помощь таким матерям. Матери, воспитывающие детей с различными нарушениями в развитии (в том числе и с нарушениями зрения), часто бывают подавлены и испытывают чувство вины из-за рождения ребенка с дефектом, вследствие чего они нуждаются в помощи психолога. В этом и заключается актуальность нашего исследования.

Анализ работ различных психологов по проблеме материнского отношения (исследования Н.Н. Авдеевой, Г.А. Ариной, Е.Б. Айвазян, М.В. Маклаковой, С.Ю. Мещерковой, Р.В. Овчаровой, Е.А. Савиной, О.Б. Чаровой, Н.В. Самоукиной, Е.О.Смирновой, М.В. Соколовой, В.В Ткачевой, Г.Г. Филипповой, Е.Г. Щукиной) показывает, что подходов к рассмотрению этой проблемы недостаточно. Были изучены различные типы и стили материнского отношения, рассмотрены различные составляющие структуры отношения матерей к детям, но недостаточно рассмотрено само понятие «материнское отношение».

Также недостаточно изучено специфика отношения матерей к детям различного возраста с нарушениями в развитии. В основном, психологов интересовали особенности материнского отношения к детям с интеллектуальными нарушениями (работы О.Б. Чаровой, Е.А. Савиной), а также к детям с двигательными нарушениями (работы В.В. Ткачевой), с нарушениями слуха (работы О.Б. Чаровой, Е.А. Савиной) и др. Все вышесказанное определило наш интерес к теме «Особенности отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения».

Объект исследования: материнское отношение.

Предмет исследования: особенности отношения матери к ребенку с нарушениями зрения.

Цель исследования: изучить особенности отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения.

Данная цель предполагает решение следующих **задач исследования:**

1. Проанализировать проблему отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения в теоретическом аспекте.
2. Исследовать отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения.
3. Провести сравнительный анализ отношений матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения и без них.
4. Определить специфику отношения матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, к их болезни.
5. Оценить влияние отношения к болезни ребенка на материнское отношение в целом.
6. Предложить рекомендации по оказанию психологической помощи матерям, воспитывающих дошкольников с нарушениями зрения, с учетом выявленных закономерностей.

Гипотезы исследования:

1. Отношение матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения отличается от отношения матерей к детям дошкольного возраста без зрительной патологии.
2. На отношение матери к ребенку с нарушением зрения влияет отношение к его болезни.

В эмпирической части настоящего исследования использовались следующие методы: тестирование (методика диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина (ОРО), методика PARI (в адаптации Т.В. Нещерет), опросник изучения взаимодействия родителей с детьми (ВРР) И.М. Марковской и методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Кагана и И.П. Журавлевой), качественный и статистический анализ.

Базой нашего исследования являются детские сады компенсирующего вида № 400 и общеразвивающего вида № 265 г. Челябинска.

Тематика работы обусловлена конкретным социальным заказом, который предоставил Муниципальное дошкольное образовательное учреждение детский сад компенсирующего вида № 400 г. Челябинска.

Практическая значимость нашего исследования определяется тем, что предложенные нами рекомендации по оказанию психологической помощи могут быть использованы психологами дошкольных образовательных учреждений для работы с матерями детей дошкольного возраста с нарушениями зрения.

Глава I. Теоретические аспекты изучения отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения

1.1. Отношение матери к ребенку: понятие, структура, типы, стили

Понятие «материнское отношение» в психологии не является в настоящий момент общепринятым. В различной психологической литературе наблюдается недостаточное количество подходов к рассмотрению данного понятия. В психологическом словаре материнское отношение рассматривается как «тип связи между матерью и ребенком» [33; С. 320]. С этим понятием также согласна Е.Г. Силяева, утверждающая, что «родительское отношение (в том числе и материнское) имеет общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителя и ребенка» [34; С. 85]. Известный специалист в области семейной психологии и психотерапии А.Я.Варга не соглашается с этими авторами. Она предполагает, что «родительское отношение (в том числе и материнское) – это система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков» [66; С. 770].

В исследовании О.Б. Чаровой и Е.А. Савиной, которое посвящено особенностям отношения матерей к ребенку с интеллектуальным недоразвитием, мы, к сожалению, не находим обсуждения самого понятия материнского отношения. К тому же, и в другом исследовании этих авторов по проблеме изучения особенностей материнских установок к детям с нарушениями в развитии, мы также не наблюдаем рассмотрения этого понятия [64]. К тому же в работе Н.Н. Андреевой «Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери» мы тоже не видим написания данного понятия [1].

Таким образом, мы предполагаем, что понятие «материнское отношение» в психологии недостаточно изучено, что существенно может усложнить как проведение различного рода эмпирических исследований по данной проблеме,

так и интерпретацию полученных результатов. Можно сделать вывод, о том, что чаще всего родительское отношение не разделяется по гендерному признаку, т.е. не выделяется как материнское и отцовское отношение. В своей работе мы будем придерживаться трактовки понятия отношения матери к ребенку по определению родительского отношения А.Я. Варги.

Заслуживает внимание рассмотрение структуры отношения матерей к детям. Отечественные ученые (Р.В. Овчарова [30, 31], Е.О. Смирнова и М.В. Соколова [47, 48]) подчеркивают важность изучения особенностей структуры отношения к ребенку.

Р.В. Овчарова приходит к выводу, что в структуре родительского (в том числе и материнского) отношения имеются три компонента (аспекта): когнитивный, эмоциональный и поведенческий [30]. В когнитивный аспект входят различного рода знания и представления о взаимодействии с ребенком, убеждения в приоритетности определенного рода направлений отношений с ним, которые реализуют матери.

Эмоциональный аспект материнского отношения включает в себя суждения о типах отношения, а также эмоционально-ценностное отношение к ребенку и любовь к нему. Следует отметить, что эмоционально-ценностное отношение к ребенку, по мнению Г.А. Ариной, Е.Б. Айвазян и М.В. Маклаковой, используется для описания эмоционального переживания матери, где «отражается собственное отношение личности к тому, что она узнает, понимает, «открывает» относительно другого»» [5; С. 60]. Другие отечественные психологи Т.В. Брагина и Р.В. Овчарова рассматривают эмоциональное отношение матери к детям как родительскую позицию [30]. Также к этому аспекту структуры материнского отношения можно также отнести любовь к ребенку. В отечественной психологии данное понятие изучали А.С.Спиваковская [31], Р.В.Овчарова [30], Е.Айвазян, Г.Одиноква, А.Павлова [2], Е. Смирнова [45, 46], Я. Корчак [62], а в зарубежной о ней писали Дж. Боулби [63], З.Фрейд и А. Фрейд [31], К.Хорни [30], Э.Эриксон [31], Ф.Хорват [60], Э.Фромм [37, 68] и др.

Следует отметить, что одним из показателей материнской любви является забота. Понятие заботы в психологии чаще всего рассматривается как отношение к другому человеку, деятельность, активность. Согласно А.А. Баранову и М.В. Белокрыловой, «забота заключается в осознании потребностей, целей, ценностей, смыслов, тенденций развития другого человека (например, ребенка), переживании степени их реализации, а также действиях, направленных на создание условий для их реализации с целью содействия его благополучию» [7; С. 137].

Последним компонентом структуры отношения матери к ребенку по данному подходу является поведенческий аспект. К нему, как полагает Р.В. Овчарова, относятся особенности поддержания контакта с ребенком, формы контроля, особенности воспитания (гиперпротекция, гипопротекция, эмоциональное отвержение, жестокие взаимоотношения, повышенная моральная ответственность) и проявления дистанции в отношениях [30].

В другой классификации структуры отношения матерей к детям отечественные ученые Е.О. Смирнова и М.В. Соколова рассматривают два компонента: личностное и предметное. Личностное (целостное) начало понимается авторами как безоценочное отношение к своему ребенку и признание его индивидуальности. От него отличается второй компонент структуры материнского отношения (предметное начало), который предполагает ориентацию матери на определенные способности ребенка [48].

Также к структуре материнского отношения можно отнести мнение А.А. Бодалева и В.В. Столина о том, что эмоциональное материнское отношение включает в себя три компонента: стиль обращения с ребенком, особенности его понимания и своеобразного представления ребенка матерью [50].

Итак, как мы видим из вышеизложенного, компоненты структуры материнского отношения достаточно хорошо изучены в отечественной психологии. К ним, прежде всего, относятся знания о формах взаимодействия с ребенком, формы воспитания и контроля, позиции матери по отношению к

ребенку, любовь, забота о нем и др. Но, к сожалению, подходов к рассмотрению данной структуры недостаточно.

Весьма интересны различные стили материнского отношения. В отечественной психологии такие стили отношения рассматривались учеными Е.Г. Силяевой [34], Г.Г. Филипповой [56, 57, 58], Е.О. Смирновой и М.В. Соколовой [48]. Прежде всего, отметим, что понимается под родительским (в том числе и материнским) стилем. Е.Г. Силяева указывает, «как социально-психологическое понятие, стиль обозначает совокупность способов и приемов общения по отношению к партнеру, а родительский стиль – это обобщенные, характерные, ситуационные неспецифические способы общения данного родителя с данным ребенком, это образ действий по отношению к ребенку» [34; С. 89]. Она предполагает, что различные стили отношения родителей к детям менялись на протяжении истории. В соответствии с этим, она выделила шесть таких стилей: инфантицидный, бросающий, амбивалентный, навязчивый, социализирующий и помогающий.

Так, инфантицидный стиль отношения рассматривается автором как детоубийство и насилие (от древности до IV в.). А также IV в., по мнению Е.Г. Силяевой, преобладал бросающий стиль, который указывал на передачу ребенка кормилице, в чужую семью или в монастырь (IV – XVII вв.). От него отличается амбивалентный стиль, предполагающий определенного рода нарушения в детско-родительских отношениях. Здесь «дети не считаются полноправными членами семьи, им отказывают в самостоятельности, индивидуальности, «лепят» по «образу и подобию», в случае сопротивления жестоко наказывают (XIV – XVII вв.)» [34; С. 6].

Далее. Навязчивый стиль родительского (в том числе и материнского) отношения описывается психологом как строгий контроль за поведением и внутренним миром ребенка (XVIII вв.), а социализирующий – как усиление направленности родителей на подготовку их детей к независимой и самостоятельной жизни (XIX – начало XX вв.). Последний стиль родительского

отношения по данной классификации указывается автором как помогающий, при котором «родители стремятся обеспечить индивидуальное развитие ребенка с учетом его склонностей и способностей, наладить эмоциональный контакт (середина XX – настоящее время)» [34; С. 6].

Известный отечественный ученый в области психологии материнства Г.Г. Филиппова на основе удовлетворенности матерью собой и своим ребенком выявила пять стилей материнского отношения: адекватный, тревожный, эмоционально отстраненный, амбивалентный и аффективно-отвергающий [58].

В частности, адекватный стиль объясняется автором как отношение матери к ребенку как субъекту, ее ориентацию на себя, к тому же рано появившуюся у нее компетентность. В свою очередь, к тревожному стилю относится ориентация матери на мнения других людей, поздно появившаяся у нее психологическая компетентность, неуверенность в себе, тревожность и различного рода опасения за психофизическое развитие своего малыша. От этих стилей отличается эмоционально отстраненный стиль, указывающий на то, что мать относится к ребенку как объекту, у нее достаточно поздно появилась компетентность, имеются различного рода претензии к психологическим и соматическим особенностям ребенка и наблюдается нехватка времени на себя. Вероятно, что амбивалентным стилем материнского отношения будет являться неравномерная компетентность у матери, к тому же конфликт между своими психическими состояниями и необходимостью подчиняться мнению других людей, а при аффективно-отвергающем стиле будет снижена материнская компетентность и уровень удовлетворения потребностей ребенка, а также низкая ценность ребенка [58].

Другие отечественные специалисты в области психологии детско-родительских взаимоотношений Е.О. Смирнова и М.В. Соколова предположили, что существует семь вариантов стилей отношения родителей (в том числе и матерей) к своим детям: строгий, объяснительный, автономный, компромиссный, содействующий, ситуативный и потакающий [48].

В сущности, при строгом стиле материнского отношения воздействие на ребенка осуществляется директивными методами, а объяснительный стиль предполагает речевое объяснение своему ребенку чего-либо. Предоставление же ребенку полной свободы указывает на автономный стиль отношения матери. Что касается компромиссного стиля, то к нему автор относит предложение чего-то привлекательного для ребенка в обмен на выполнение определенного действия. Содействующим стилем материнского отношения будет являться участие в жизни ребенка, помощь матери в решении его проблем. От него отличается ситуативный стиль, предполагающий принятие решения матерью в зависимости от ситуации, а последний стиль отношения матери к своему ребенку (потакающий) – это ориентация на потребности ребенка [48].

Заслуживает наше внимание рассмотрение различных подходов к типам отношения матерей к своим детям. В отечественной психологии данные типы были разработаны Е.Т. Соколовой [32], Р.В. Овчаровой [30], С.В. Ковалевым [17], А.Я. Варгой [66], Ю.И. Шмурак [30], Е.Т. Синягиной [44] и Г. Кожухарь [18].

Психологический анализ взаимодействия матери и ее ребенка при совместном решении задач позволил Е.Т. Соколовой выделить четыре типа материнского отношения: сотрудничество, псевдосотрудничество, изоляцию и соперничество [32].

Как объясняет автор, при сотрудничестве мать учитывает потребности ребенка, оказывает помощь в сложных ситуациях, принимает мнение ребенка. В отличие от сотрудничества, псевдосотрудничество характеризуется как доминирование матери или ребенка. В свою очередь, при изоляции не учитываются потребности, желания ребенка и отсутствует кооперация, а для соперничества характерно конкуренция между матерью и ребенком.

Так, другой отечественный психолог Р.В. Овчарова в своей работе по психологии родительства указывает на возможные три типа материнского отношения к ребенку: сотрудничество, партнерские отношения, равенство между ребенком и родителями [30]. Интересно, что С.В. Ковалев также в своей

типологии родительского (в том числе и материнского) отношения рассматривает сотрудничество. К тому же, в его типологию входят еще и паритет, соревнование, конкуренция, антогонизм [17].

Очевидно, что сотрудничество рассматривается как идеальный тип отношения, характеризующийся взаимной поддержкой. При таком типе воспитание и развитие ребенка может проходить ровно. От этого типа отличается второй тип родительского отношения (по классификации С.В. Ковалева) – паритет. Он рассматривается автором как партнерские отношения, которые основаны на получении взаимных выгод матери и ребенка. Но в тоже время, автор предполагает, что при таком типе отношения детям не хватает психологической связи со своими родителями.

Что касается соревнования, то оно является желанием добиваться большего по сравнению с другими членами семьи, но при этом, стараться сохранять с ними хорошие взаимоотношения, хотя это не всегда получается. С.В.Ковалев считает, что «наличие соревнования к семье зачастую таит момент нервозности, не всегда полезный для развития детей, и в случае отсутствия выдержки, такта или простой уверенности в себе может переходить в конкуренцию» [17; С. 12]. Конкуренция является неблагоприятным типом отношения к детям, указывающая на проявление авторитаризма и подавления других членов семьи. Также неблагоприятным типом детско-родительских отношений является антогонизм, указывающий, по мнению ученого, на «резкие противоречия между членами семьи, при которых их объединение носит явно выраженный характер и сохраняется из-за сильного давления извне» [17; С. 11].

Весьма важно для нашего исследования описать общеизвестный подход к определению типов отношения к детям семейного психотерапевта А.Я. Варги. К ним она относит: принятие-отвержение, кооперацию, симбиоз, авторитарную гиперсоциализацию и инфантилизацию [66].

Принятие, как пишет автор, это интегральное эмоциональное отношение к ребенку: мать принимает своего малыша, стремится проводить с ним много

времени. Противоположным полюсом принятия является отвержение, при котором ребенок воспринимается плохим, неприспособленным к жизни, мать испытывает по отношению к нему злость, досаду, раздражение и обиду. От отвержения отличается кооперация, которая предполагает заинтересованность матери в делах ребенка, желание во всем ему помогать. При таком типе отношения происходит высокое оценивание всех возможностей ребенка. В отличие от кооперации, симбиоз отражается эмоциональную близость в отношениях матери с ребенком [41]. К авторитарной гиперсоциализации можно отнести контроль за ребенком и авторитаризм матери, а последний тип отношения (инфантилизация) по данной классификации указывает на приписывание ему определенного рода несостоятельности. Все эти типы А.Я. Варга объединяет в принимающе-авторитарное родительское отношение (преобладание авторитаризма и принятия), родительское отношение по типу «маленький неудачник» (преобладание инфантилизации), симбиотическое родительское отношение (преобладание симбиоза) и симбиотически-авторитарное отношение (преобладание симбиоза и авторитаризма) [66].

Что касается психологического принятия ребенка матерью, то по данному типу материнского отношения также была разработана классификация. Разработчиком данного подхода была Ю.И. Шмурак. Она выделила следующие типы матерей на основе сознательного или бессознательного принятия: идеальная, холодная, амбивалентная и катастрофическая матери. Тип идеальной матери предполагает полное сознательное и бессознательное принятие своего ребенка. Холодная мать своего ребенка бессознательно принимает и сознательное отвергает его. В тоже время, у амбивалентной матери преобладает сознательное принятие и бессознательное отвержение по отношению к своему ребенку, а последний тип (катастрофическая мать) характеризуется как полное бессознательное и сознательное отвержение своего ребенка [30].

В своей работе «Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений» Н.Ю. Синягина предлагает два типа отношения к ребенку:

благоприятный и неблагоприятный. Благоприятный тип материнского отношения включает в себя понимающее, покровительствующее и безразличное отношение, а к неблагоприятному типу относится подавляющее, тревожное, отстраненное и отвергающее отношение к ребенку [44].

Прежде всего, понимающее отношение предполагает адекватное реагирование матерью на различные ситуации, эмоциональное принятие и понимание своего ребенка. Такие матери сензитивны, часто переживают за своего малыша, защищают его в любых ситуациях, а также почти всегда принимают точку зрения ребенка и его позицию. От этого отношения отличается покровительствующее, которое указывает на авторитаризм матери, реальное оценивание ребенка, его способностей и поступков. В тоже время к последнему типу благоприятного отношения матери к ребенку, по мнению ученого, относится безразличное отношение, рассматривающее эмоциональное отношение к ребенку как слабо выраженное, недостаточно развитую способность заботиться о ребенке. Возможно, что матери такого типа мало знают своего ребенка, но, как не странно, их дети хорошо одеты, обуты, ухожены [44].

Безусловно, неблагоприятное подавляющее отношение рассматривается как высокая степень развития у матери эмоционального отвержения ребенка, а также ярко выраженная авторитарность. Здесь материнско-детские отношения рассматриваются как напряженные. Также к неблагоприятному типу родительского (в том числе, и материнского) отношения автор относит тревожное, отличающееся наличием повышенной тревоги, неуверенности, сензитивности матери. Матери такого типа могут быть жестоки по отношению к своему малышу. Следует сказать, что отстраненное материнское отношение характеризуется отсутствием диалогичности во взаимоотношениях с малышом, авторитарностью, требовательностью, а последний тип отношения по данной классификации (отвергающий) указывает на отстраненность в отношениях с ребенком, преобладание отвержения, отсутствие представлений о проблемах своего малыша [44].

Интересную классификацию предлагает Г. Кожухарь. Она выделяет всего два типа отношения к ребенку: условную и безусловную любовь. К первому типу отношения она относит оценочное отношение к ребенку, которое деформирует его психику и препятствует саморазвитию. Здесь присутствует принцип «ты – мне, я – тебе». В отличие от первого типа материнского отношения, второй тип (безусловная любовь) основан на положительном принятии своего ребенка, альтруизме [18].

Анализ работы зарубежного специалиста Р. Кэмпбелла по воспитанию детей [23] позволил Е.Г. Щукиной выявить четыре типа отношения матери к ребенку: чувство собственности, стремление к соблазну, замещающую любовь и перестановку ролей [69]. Первым типом материнского отношения является отношение к ребенку как к собственности, к объекту, который можно использовать. Данное отношение «не позволяет матери уважать права ребенка быть самим собой» [69; С. 210]. Второй тип материнского отношения к ребенку указывает на неосознанное отношение к ребенку как объекту любви. В свою очередь, замещающая любовь матери к ребенку может характеризоваться как воплощение своих желаний через его жизнь. Как говорит автор, одной из самых опасных форм такого отношения является переживание матерью своих романтических фантазий через ребенка (в особенности через дочь), причем делает это она чаще всего неосознанно. Чем больше мать использует замещающую любовь к своим детям, тем больше ее отношение к ним зависит от поведения детей. Как утверждает Е.Г.Щукина, любовь к детям не должна быть обусловленной чем-то [69].

Последний тип материнского отношения (перестановка ролей) наблюдается в случае, когда мать чувствует себя «неуверенно, сомневается в любви к себе, рассматривает ребенка как источник утешения, опоры. Чаще всего такая мать как тип может рассматриваться как «мать – ребенок». Она смотрит на своего ребенка как на взрослого, способного отдавать любовь и заботу. Здесь могут смешаться завышенные ожидания, чрезмерные требования и соответственно пренебрежение

собственными интересами и нуждами ребенка, его ограниченными возможностями и его беспомощностью. Основная причина перемены ролей заключается в пугающем явлении жестокого обращения с детьми, когда ребенку не удается удовлетворить эмоциональный голод родителя, то последний чувствует себя вправе наказать ребенка. Если у матери иссякают эмоциональные или физические ресурсы при взаимодействии с ребенком, ей необходима эмоциональная поддержка. Женщине трудно отдавать другим часть своей души, если она опустошена сама. В таком состоянии легко совершить ошибку, ведущую к ожиданию, что ребенок сможет утешить, подбодрить, угодить – словом, вести себя как взрослый или, наоборот, для удобства матери будет пассивно послушен. Это не свойственно здоровому обычному ребенку. Если навязать эту неестественную, ненормальную роль, то ребенок не сможет развиваться, как следует. Мать должна стремиться восстановить свои силы и не вваливать на детей родительские обязанности» [69; С. 210].

Далее. В зарубежной психологии различные типологии материнского отношения были описаны учеными С. Броди [42] и К.П. Эстес [69].

С. Броди выделила четыре типа материнского отношения к ребенку. Матери первого типа легко приспосабливаются к потребностям и желаниям своего ребенка. Для них характерно поддерживающее поведение. Интересно, что матери второго типа стараются сознательно приспособиться к потребностям ребенка, но не всегда это получается, что, в свою очередь, может привести к появлению в их поведении напряженности. Они чаще доминируют, не уступают своим детям. У матерей третьего типа нет большого интереса к общению с ребенком. Основу материнства здесь составляет чувство долга. В отношениях с ребенком у таких матерей почти нет теплоты. В качестве основного инструмента воспитания здесь применяется жесткий контроль. Матери последнего (четвертого типа) материнского отношения характеризуются непоследовательностью. Они ведут себя неадекватно потребностям и возрасту ребенка, допускают много ошибок в воспитании, плохо понимают своего ребенка [42].

Другую типологию материнского отношения за рубежом разработала К.П. Эстес на основе женских образов из разных сказок: мать-наседка, амбивалентная (сломленная) мать, мать-ребенок (мать-сирота) и сильная мать. Мать-наседка (из сказки «Василиса Прекрасная») – это слишком добрая мать, которая из-за чрезмерной заботы и опеке о своем ребенке, мешает решать ему жизненные задачи и полноценно развиваться. Отличается от нее амбивалентная мать (из сказки «Гадкий утенок»), которая испытывает раздражение по поводу того, что ее ребенок не такой как все. Как считает автор, «чтобы выстоять против нетерпимого общества, мать, имеющая непохожего на других ребенка, должна обладать упорством Сизифа, бесстрашием циклопа и толстой шкурой Калибана. Нужно не бояться растить ребенка, который психологически или физически не отвечает общепринятым требованиям. Если мать сдастся или отказывается воспитывать малыша с дефектом, то она перестает чувствовать себя как мать» [69; С. 211].

Следующий тип («мать-сирота») указывает на женщину с незрелой душой, которая может быть психически дезориентирована. Чаще матери такого типа думают, что ее не любит даже собственный ребенок. Как считает Е.Г. Щукина, «существующий позитивный архетип «лучезарной матери», который осеняет материнство, для нее недоступен. Мать может опекать свое потомство, если сама познала материнскую заботу. Хотя каждая женщина обладает неразрывной духовной и физической связью со своими детьми, она сама по себе не становится успешной матерью. Такая мать не может оказывать поддержку своим детям, она сама ощущает себя ребенком и притворяется матерью» [69; С. 212]. К последнему типу материнского отношения автор относится тип сильной матери, в которой есть сильный ребенок.

Следует сказать, что различные типы материнского отношения и само отношение матерей по-разному оказывают влияние на развитие детей. Как считают отечественные психологи Г.А. Арина, Е.Б. Айвазян и М.В. Маклакова, «некоторые типы материнского отношения к ребенку играют большую роль в

возникновении у детей психических и психосоматических патологий, а разного рода отклонения в развитии ребенка, в свою очередь, усложняют процесс становление родительского отношения» [5; С. 59]. С ними также согласна С.Ю. Мещерекова, предполагающая, что среди различного рода факторов в развитии шизофрении может быть и неадекватное отношение матери к ребенку в раннем детстве и младенчестве [28].

Таким образом, в рамках настоящего параграфа мы рассмотрели различные подходы к структуре материнского отношения, ее компонентам, типам и стилям отношения матери к детям. Существенной проблемой, на наш взгляд, является рассмотрение самого понятия материнского отношения в связи с тем, что психологической литературе оно недостаточно изучено. Сама формулировка материнского отношения в научных книгах и психологических исследованиях редко встречается. Наиболее разработанными в науке, на наш взгляд, является эмоциональный компонент структуры материнского отношения (любовь матери к ребенку), различные подходы к типам и стилям отношения к детям. Мы в нашей работе будем придерживаться типологии родительского отношения А.Я. Варги.

1.2. Психологические особенности детей дошкольного возраста с нарушениями зрения

Рассматривая проблему психологических особенностей детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, необходимо отметить, что нарушениями зрения у детей данного возраста чаще всего являются амблиопия и косоглазие [11]. Под амблиопией понимают понижение остроты зрения в связи с расстройствами зрительного анализатора, которые не сопровождаются анатомическими изменениями. Различают следующие виды амблиопии: рефракционная, дисбинокулярная, обскурационная и истерическая.

В свою очередь, косоглазие – это соматическое заболевание с нарушениями бинокулярного зрения в результате отклонения одного из глаз (правого или

левого) от общей точки фиксации. Выделяют следующие виды косоглазия: содружественное, сходящееся косоглазие и амблиопия различной степени, расходящееся косоглазие с различной структурой дефекта (при нормальной остроте зрения, при гиперметропии с дальнотворным астигматизмом, при миопии, при амблиопии различной степени) [11].

Кроме того, в тифлопсихологии выделяются различные группы детей в зависимости от глубины нарушения зрительного анализатора: слепые, абсолютно (тотально) слепые, частично слепые и слабовидящие дети [11, 49, 67]. К категории слепых относятся дети с полным отсутствием зрительных ощущений или имеющие остаточное зрение. В отличие от них, у абсолютно (тотально) слепых детей полностью отсутствуют зрительные ощущения. Так, к частично (парциально) слепым детям относятся лица, имеющие остроту зрения от 0,005 до 0,04. Что касается слабовидящих детей, то у них острота зрения колеблется от 0,05 до 0,2 [67].

Следует сказать, что причинами и различной степенью потери зрения у детей, как предполагают Т.А. Басилова и Н.А. Александрова, могут быть: ретинопатия недоношенных, атрофия зрительного нерва, врожденная катаракта, последствия внутриутробного дефекта, врожденная миопия, вторичная глаукома и др. [8].

В отечественной психологии есть фундаментальные исследования психологических особенностей детей с различной патологией органов зрения (работы Л.С. Выготского [9], В.П. Ермакова [12], А.Г. Литвака [25], В.И. Лубовского [51] и др.).

В книге Л.С. Выготского «Основы дефектологии» описаны психологические особенности слепых [9], а фундаментальная работа А.Г. Литвака посвящена изучению психологии слепых и слабовидящих людей.

А.Г. Литвак указывает на то, что к особенностям психического развития слепых и слабовидящих детей можно отнести: зависимость различного рода психических процессов (например, ощущения, восприятия, представления) от

глубины соматического дефекта (в данном случае, от специфики нарушения зрения), зависимость ощущения разнообразных цветов и скорости восприятия от характера патологии, влияние нарушения зрения на некоторые психические состояния и процессы [25].

В.И. Лубовский в своей книге пишет о том, что «в дошкольном возрасте наблюдается развитие всех видов сенсорно-перцептивной деятельности, но происходит оно неравномерно» [51; С. 245]. У детей дошкольного возраста достаточно трудно формируется предметность восприятия. Также автор утверждает, что «лишь к концу дошкольного возраста хаотичные осязательные действия по обследованию предмета приобретают характер планомерных и целенаправленных с выделением сначала основных деталей, а в дальнейшем и второстепенных. Вследствие этого у слепых начинают формироваться обобщенные и одновременно дифференцированные образы с иерархическим подчинением выделяемых признаков» [51; С. 213]. В частности, этот ученый указывает на особенности развития слухового восприятия, благодаря которому у тотально слепого ребенка в младшем дошкольном возрасте происходит отражение выделенных отдельных звуковых характеристик. Также, у слепых детей младшего дошкольного возраста наблюдается довольно простая организация осязательного поля деятельности [51].

Далее. Развитие внимание у данной категории детей также имеет свои особенности. С возрастом ребенка происходит увеличение и рост интенсивности, а также устойчивости и объема внимания. Зачатки в управлении собственным вниманием, как предполагает В.И. Лубовский, появляются уже к концу дошкольного возраста [51].

Нарушение зрения влияет и на развитие мышления у детей дошкольного возраста. Как предполагают В.П. Ермаков и Г.А. Якунин, формирование мышления у слепых дошкольников указывает на своего рода зависимость его развития от полученного воспитания и обучения в дошкольном образовательном учреждении, которое учитывает особенности психического развития детей с

различного рода патологией зрительного анализатора [12]. Развитие мышления данной категории детей в процессе обучения также будет связано с развитием интеллектуальных чувств, проявляющихся уже в дошкольном возрасте в желании решать разного рода сложные задачи и получать разнообразные чувства (удовлетворение или огорчение) от их выполнения (невыполнения) [51].

Следует заметить, что развитие речи у детей дошкольного возраста с нарушением зрения и без них может осуществляться одинаково, но отсутствие сенсорных (зрительных) ощущений, безусловно, влияет на формирование и становление речи дошкольников. Речь слепого и слабовидящего ребенка такого возраста развивается в ходе общения со сверстниками. Слепые дошкольники владеют устной речью, имеют большое количество слов и выражений в словарном запасе. Также следует выделить, что связная речь у детей дошкольного возраста с различной патологией зрительного анализатора и органов зрения зависит от самого состояния зрения таких детей. Развитие и формирование спонтанной речи у детей данного возраста по сравнению с нормально видящими дошкольниками также отстает и часто бывает ниже нормы. Как отмечает В.И. Лубовский, в конце дошкольного возраста у детей с нарушением зрения недостаточно развиты произносительная, фонематическая и семантическая стороны речи [51].

Что касается особенностей формирования и развития воли у данной категории детей, то здесь также можно привести точку зрения В.И. Лубовского. Он утверждает, что «в тифлопсихологии существуют две противоположные позиции: считают негативным влияние на волевые качества, позиция других состоит в убеждении, что необходимость преодоления трудностей формирует сильную, крепкую волю. Формирование волевых качеств у слепых и слабовидящих детей начинается с раннего возраста под воздействием взрослого воспитателя. Экспериментальных тифлопсихологических исследований в этой области практически нет. Исследовалось лишь формирование структурных компонентов воли, таких, как мотивация у дошкольников и школьников,

произвольность оперирования представлениями, развитие самоконтроля. Волевые качества слепого ребенка развиваются в процессе деятельности, характерной для каждого из возрастов и соответствующей потенциальным, индивидуальным возможностям ребенка. Сформированные мотивы поведения, адекватные его возрасту и уровню развития, будут стимулировать и его активность. Одним из важнейших мотивов поведения, характерных для младшего дошкольного возраста, является мотив общения» [51; С. 352].

Безусловно, важно для нас рассмотреть, в чем специфика эмоциональных состояний и общения у детей с нарушениями зрения. В тифлопсихологической науке выделяется, например, что слепые менее эмоциональны, более спокойны и уравновешенны, чем люди, не имеющие дефектов зрения. Это, возможно, объясняется отсутствием отражения их переживаний в мимике, жестах, позах. Так, отечественный психолог Т. В. Корнева рассматривала различные особенности понимания слепыми эмоциональных состояний человека по голосу, интонации, темпу, громкости. Из проведенного экспериментального исследования она сделала вывод, что слепые обнаруживают наибольшую точность в распознавании разнообразных эмоциональных состояний человека, который произносит речь [51]. Считается, что грубые нарушения зрения у детей также влияют на особенности развития эмоциональных состояний. В.И. Лубовский предполагает, что «особенное место в появлении тяжелых эмоциональных состояний, занимает понимание своего отличия от нормально видящих сверстников, возникающее в возрасте 4 – 5 лет» [51; С. 351].

Что касается особенностей общения детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, то следует сказать, что общение для них является проблемой, решение которой, возможно, дается достаточно трудно, даже, несмотря на то, что процесс построения различных социальных связей и общения с окружающим миром и людьми у слепого начинается достаточно рано. Другой отечественный специалист Р. А. Курбанов указывает, что определенного рода необходимость межличностного общения возникает в дошкольном возрасте в

связи с условиями осуществления совместной деятельности детей, которая требует согласованных действий ее участников [21].

Естественно, что различные нарушения зрения оказывают существенное влияние на формирование личности ребенка. Личностные особенности таких детей подвергаются значительным изменениям в дошкольном возрасте. Дети с такими нарушениями зрения уже в этом возрасте начинают понимать свое отличие от других детей [51]. К тому же, у детей дошкольного возраста с нарушением зрения также может быть нарушен и интеллект [8].

Следует отметить особенности развития и формирования различных видов деятельности у детей дошкольного возраста с разнообразными нарушениями зрения. Так, для детей данного возраста с глубокими нарушениями зрения характерно замедленное развитие различных форм деятельности. Отечественный ученый Л. И. Солнцева в своей книге пишет, что в дошкольном возрасте у слепых формами деятельности являются предметная и игровая [49].

Как предполагает В.И. Лубовский, «для слепых и слабовидящих детей дошкольного и младшего школьного возраста, как и для зрячих, наиболее активной самостоятельной деятельностью является игра (Ш.А. Амонашвили, Д.М. Маллаев). Охватывая чувствительные периоды жизни детей с аномалиями в развитии, игра также может повышать их реабилитационные возможности, способствует коррекции и компенсации дефектов, связанных со слепотой. Как зона ближайшего развития ребенка, игра является средством его всестороннего развития и познания окружающего мира, воспитывающим положительные качества личности. Однако глубокое нарушение или ограничение функций зрительного анализатора создает трудности при овладении всеми структурными компонентами игровой деятельности: у детей отмечается бедность сюжета, содержания игры, схематизм игровых и практических действий. Игровая деятельность детей с нарушением зрения рассматривается в тифлопсихологических исследованиях в разных аспектах: показана ее положительная роль в развитии компенсаторных процессов (Л.И.Солнцева),

формировании нравственных качеств (Э.М.Стернина, И.П.Чигринова), формировании предметных и игровых действий (С.М. Хорош), развитии зрительного восприятия (Л.И. Плаксина), физическом развитии и ориентации в пространстве (В.А. Кручинин, Н. Азарян, В. П. Никитин), коррекции и развитии средств общения (М.Заорска)» [51; С. 235].

Что касается предметной деятельности, то здесь тоже имеются свои особенности. Как считает В.И. Лубовский, «став ведущей, предметная деятельность затем становится основой для расширения опыта ребенка, овладения им предметным миром и обеспечения достаточно широкой сенсорной базы для общего психического развития слепого» [51; С. 215]. Также он пишет, что, «овладение предметным действием в значительной степени основывается на совместной деятельности слепого ребенка и взрослого, в котором элемент содействия взрослого является ведущим. В самостоятельном поведении у многих слепых детей наблюдаются действия с предметами, которые Н. А. Бернштейн характеризует как стадию пространственного поля с очень примитивными и однообразными движениями. Отсутствие зрительного подражания компенсируется за счет усвоения и повторения пассивных движений, т.е. двигательного подражания» [51; С. 234]. Также, по его мнению, «самообучение предметным действиям в раннем и дошкольном возрасте, как правило, связано с использованием игрушек, игра с которыми требует овладения ее функциями. В самой игрушке заложен образец двигательных действий. Трудности усвоения предметных действий приводят к тому, что многие дети дошкольного возраста в спонтанном поведении остаются на уровне предметно-практической деятельности» [51; С. 235].

Таким образом, из вышеизложенного мы можем сделать вывод, о том, что нарушение зрения у детей дошкольного возраста влияет на развитие и формирования всех психических процессов и развития личности ребенка. Многое зависит от степени нарушения органов зрения у дошкольника. Наибольшими «проблемными зонами» у детей данного возраста, на наш взгляд, являются

развитие мышления, всех форм восприятия, речи и др. Такие дети чаще всего нуждаются в квалифицированной коррекционной помощи как медицинских (врачей), так и педагогических работников (тифлопедагогов, логопедов, психологов и др.).

1.3. Особенности отношения матерей к детям с нарушениями развития

В психологической науке наблюдается определенный дефицит исследований по проблеме отношения матерей к детям с различными нарушениями развития, хотя потребность в них огромна. Некоторые психологи рассматривали специфику материнского отношения к детям с нарушениями в развитии (работы Л.М. Колпаковой [19], Е.М. Мастюковой, А.Г. Московкиной [27], Е.А. Савиной, О.Б. Чаровой [40], В.В. Ткачевой [53, 54, 55] и др.).

Как показывают данные некоторых исследований, матери детей с различными психическими и соматическими нарушениями часто бывают раздражены, авторитарны и суровы в отношениях со своими детьми. В связи с этим, что им необходима квалифицированная психологическая помощь. К сожалению, таких разработок также недостаточно (исследования Н.Л. Анисимовой [4], Е.Д. Ермакович [13], Л.М. Зальцман [14], В.В. Ткачевой [52] и др.).

Следует отметить, что в отечественной психологии были проанализированы различные особенности отношения матерей к детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата (работы В.В. Ткачевой [53, 54, 55]), к детям с интеллектуальным недоразвитием (работы Л.Ф. Хайртдиновой [59], Е.М. Мастюковой, А.Г. Московкиной [27], О.Б. Чаровой и Е.А. Савиной [64]), к детям с нарушением слуха (работа О.Б. Чаровой и Е.А. Савиной [64]), к детям с РДА (работа Е.М. Мастюковой, А.Г. Московкиной [27]), к детям с нарушениями зрения (работы С.М.Хорош [61], А.Р. Шарипова, Э.Ф. Гафуровой [65], В.П. Гудонис [10] и др.).

В.В. Ткачева в своих работах указывает на то, что появление в семье ребенка с ДЦП может вызвать у матери сильный стресс. Она выделяет типологию матерей, воспитывающих детей с ДЦП: невротический, авторитарный, психосоматический типы [53, 54, 55].

Например, матери невротического типа нестроги и нетребовательны, во всем стараются идти на уступки своим детям. Ведущей личностной позицией у матерей такого типа является пассивное отношение. Чаще всего в материнско-детских отношениях у таких матерей преобладает симбиоз.

Что касается матерей авторитарного типа, то они делятся на две категории. Первые, когда узнают, что у них родился ребенок с серьезным дефектом, могут оставить его в родильном или в детском доме. Здесь преобладает отвержение ребенка. Вторая категория матерей принимают дефект у своего ребенка. Многие матери авторитарного типа, по мнению В.В. Ткачевой, могут использовать жесткие формы наказания своего больного малыша с двигательными нарушениями. У некоторых матерей может преобладать гиперопека.

Так, матери психосоматического типа могут принимать дефект у своего ребенка, но очень сильно переживают за него. У них, также как и у матерей авторитарного типа, может преобладать гиперопека во взаимоотношениях со своими детьми.

Важно отметить, что в отечественной психологии есть несколько исследований по проблеме материнского отношения к детям нарушениями интеллекта. Л.Ф. Хайртдинова показала, что ребенок с интеллектуальными нарушениями чаще всего эмоционально отвергается своей матерью. Такой ребенок воспринимается как несамостоятельный, неприспособленный к жизни. Такие матери, по ее мнению, испытывают раздражение, злость, отчаяние. Эмоциональное отвержение у матерей таких детей нарастает по мере взросления их ребенка [59].

В своей работе «Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии» Е.М. Мастюкова и А.Г. Московкина рассматривают различные стереотипы

отношения родителей (в том числе и матерей) к умственно отсталому ребенку. Эти авторы указывают на сниженную готовность к взаимодействию родителей со своим ребенком с нарушением интеллекта [27].

В частности, в исследовании О.Б. Чаровой и Е.А. Савиной, которое посвящено изучению особенностей материнского отношения к ребенку с интеллектуальном недоразвитием, были выделены следующие особенности такого отношения: преобладание отвержения, наличие стремления к симбиотическим отношениям со своим ребенком, а также инфантилизация своего проблемного малыша. Отсюда можно сделать вывод, что матери детей с нарушением интеллекта эмоционально отвергают своего ребенка, излишне опекают его, тревожатся за него, пытаются оградить от любых трудностей. Также эмоциональные реакции и поведение таких матерей по отношению к своему ребенку чаще всего двойственны и неадекватны: от мягкости и терпеливости до раздражительности и равнодушного отношения. Матери испытывают по отношению к своему ребенку с нарушением интеллекта жалость, раздражение [64].

Также О.Б. Чарова и Е.А. Савина проводили исследование особенностей отношения матерей к детям с нарушением слуха [64]. Ими были получены следующие результаты: матери таких детей частично принимают своих детей, отличаются избыточным контролем по отношению к своим детям, менее стремятся к симбиотическим отношениям с ним. Такие матери воспринимают своего ребенка больным, грустным, пассивным, несамостоятельным.

Также следует сказать об особенностях отношения матерей к детям с ранним детским аутизмом (РДА). Е.М. Мастюкова и А.Г. Московкина рассматривают различные позиции родителей по отношению к ребенку с аутизмом. Они считают, что «одни из них недооценивают реальные успехи и возможности ребенка, фиксируясь на его недостатках. Они стыдятся за ребенка. Воспитание строится на жестко-директивных принципах. Другие родители, наоборот, всячески преувеличивают достижения своих детей и

затушевывают их недостаточность. Часто родители сами многое делают за ребенка, не замечая этого и приписывая результаты ребенку. Во многих семьях имеет место противоречивость позиций. Многие родители считают главным вербально-интеллектуальное развитие, хотя западает преимущественно невербальное развитие» [27; С. 79].

Наиболее важным и заслуживающим наше внимание является рассмотрение особенностей отношения матерей к детям с нарушениями зрения. С.М. Хорош указывает на то, что отношение матери к своему слепому малышу может быть адекватным и неадекватным [61].

При адекватном отношении мать может принимать соматический дефект (нарушение зрения) у своего ребенка. Здесь мать может также как сознательно, так и бессознательно принять нарушение зрения у своего ребенка. Предполагается, что мать должна видеть своего ребенка как личность, имеющего свои особенности, присущие только ему. Считается, что такая материнская позиция способствует созданию благополучного микроклимата в семье [27].

Неадекватное материнское отношение указывает на то, что ребенок может восприниматься как определенного рода жертва обстоятельств, нуждающийся в защите и опеке. Возможно, что при этом матери испытывают вину по отношению к своему ребенку и пытаются ее каким-то образом искупить. Чаще всего такой малыш быстро привыкает к гиперопеке своей матери и растет несамостоятельным. К тому же, неблагоприятным материнским отношением будет являться то, что если мать принимает соматический дефект у ребенка, но не принимает самого малыша. В таком случае, ребенок вызывает у нее неприятие и раздражение. Такая мать не стремится наладить благоприятные отношения со своим ребенком. Несомненно, здесь нарушаются детско-родительские отношения, что возможно влияет на психическое состояние матери и ребенка.

С.М. Хорош указывает на то, что еще одной позицией матери по отношению к своему ребенку будет принятие матерью самого ребенка, а его дефекта – нет. При данном отношении мать относится к ребенку как здоровому,

но не принимает его специфические соматические особенности (нарушение органов зрения). Матери таких детей часто думают, что они не смогут вылечить своего ребенка, и он на всю жизнь останется таким. Как считают Е.М. Мастюкова и А.Г.Московкина, «часто подобную позицию занимают родители слепых детей, имеющих нарушения интеллекта. Настаивая на отсутствии у ребенка нарушений со стороны интеллектуальной сферы, родители создают ему неадекватные учебные условия, не учитывающие сложный характер его нарушения, что создает перенапряжение его нервной системы и отрицательно сказывается на формировании его личности» [27; С. 228]

Последняя из рассматриваемых нами позиций матери по отношению к своему слепому ребенку указывает на психологическое неприятие соматического дефекта, которое также приводит к неприятию самого малыша. Как считает С.М. Хорош, если медицинский диагноз был поставлен при рождении ребенка и оба родителя занимают указанную позицию, то они, как правило, отказываются от своего ребенка или отдают его в детский дом [61].

В случаях, когда ребенок рождается тотально слепым, все это влияет на отношения матери к нему. Мать и ребенок меньше взаимодействуют друг с другом, общаются, в основном, по поводу удовлетворения различных потребностей ребенка. Матери детей, родившихся с нарушениями зрительного анализатора и органов зрения, переживают глубокий психологический стресс.

Можно так же сказать, что на материнское отношение к ребенку влияет отношение матери к его болезни и само состояние матери. Так считала В.Д. Ермакович [13]. С ее мнением согласен В.П. Гудонис. Он пишет, что «основная часть родителей серьезно озабочены нарушением зрения у ребенка, другие, выражая тревогу, ничего не предпринимают для того, чтобы сохранить остаток зрения ребенка, и тем самым пресечь пути ослабления зрения, остальные – вовсе не обращают внимания на недостатки зрения ребенка. От отношения родителей к дефекту, безусловно, зависят стратегия и тактика воспитания незрячего ребенка. Так, переоценка нарушения зрения приведет к излишней гиперопеке ребенка, что

создаст условия для ограничения контактов ребенка с окружающим его миром, к тому же, охранительное воспитание в семье будет способствовать развитию эгоистической личности с преобладанием пассивной потребительской ориентации. В будущем такой человек из-за своих личностных особенностей с трудом адаптируется в коллективах как незрячих, так и зрячих людей. Недооценка нарушения зрения, как и его переоценка, также негативно влияет на развитие личности незрячего. В результате гиперопеки в перспективе сформируется личность, неуверенная в своих силах, недооценивающая собственные возможности. И, наоборот, недооценка нарушения или отсутствия зрения, воспитание, опирающееся на неоправданный оптимизм («Все пути для тебя открыты»), игнорирование дефекта зрения в подростковом или юношеском возрасте может привести незрячего к глубокой психической травме, особенно, когда слепой подросток или юноша при выборе профессии осознает ограниченность собственного выбора из-за отсутствия или нарушения зрения» [10; С. 13].

Также В.П. Гудонис предполагает, что «лишь готовность родителей оценивать адекватно факт нарушения зрения у своего ребенка послужит основой для успешного воспитания его личности. При рациональном воспитании незрячего или ребенка с глубокими нарушениями зрения, возможно избежать вторичных нарушений развития, как в плане физическом, так и в психическом. К сожалению, исследования и практика показывают, что в большинстве случаев у родителей, имеющих детей с проблемами зрения, присутствует переоценка или недооценка дефекта зрения, что еще раз подтверждает необходимость общепедагогического и тифлологического просвещения родителей. Неправильное воспитание незрячего ребенка в семье создает предпосылки для появления вторичных отклонений в психическом развитии ребенка, которые могут серьезно нарушить весь ход как интеллектуального, так и личностного развития. Вторичные нарушения развития у незрячего или слабовидящего ребенка требуют целенаправленной коррекционной работы тифлопедагога» [10; С. 14].

Также заметим, что из результатов исследования А.Р. Шарипова и Э.Ф. Гафуровой, следует, что в детско-родительских отношениях, где есть дети с различного рода нарушениями органов зрения, матери иногда стремятся к симбиотическим отношениям. Все зависит от того, настолько нарушено зрение у детей и как принимает этот дефект сама мать [65].

В заключении следует сказать, что материнское отношение к детям с различными нарушениями в развитии в психологии недостаточно изучено. Также, на наш взгляд, не достаточно в отечественной и зарубежной психологической науке рассмотрены различные факторы влияния на материнское отношение к детям. Как мы предполагаем, отношение матери к своему ребенку с нарушением в развитии (в особенности, и с нарушениями зрения) во многом определяется самим дефектом и отношением матери к нему.

Глава II. Эмпирическое исследование отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения

2.1. Организация и методы исследования

Цель нашего эмпирического исследования: изучить особенности отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения.

В соответствии с поставленной целью нам необходимо решить в своем исследовании следующие задачи:

1. Исследовать отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения.
2. Провести сравнительный анализ отношений матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения и без них.
3. Определить специфику отношения матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, к их болезни.
4. Оценить влияние отношения к болезни ребенка на материнское отношение в целом.
5. Предложить рекомендации по оказанию психологической помощи матерям, воспитывающих дошкольников с нарушениями зрения, с учетом выявленных закономерностей.

Гипотезы нашего исследования:

1. Отношение матери к своему ребенку с нарушениями зрения отличается от отношения матерей, воспитывающих детей без нарушения зрения.
2. На материнское отношение к ребенку с нарушением зрения влияет отношение матери к болезни ребенка.

Исследование проводилось в детских садах компенсирующего вида № 400 и общеразвивающего вида № 265 г. Челябинска.

В нашем исследовании принимали участие 50 матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста: 25 матерей, имеющих детей с нарушениями зрения и 25 матерей, воспитывающих детей без зрительной патологии.

Наше исследование состоит из двух этапов:

1. Выявление особенностей отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения.
2. Количественный и качественный анализ полученных эмпирических данных, их интерпретация.

Для решения поставленных задач мы в своей работе использовали следующие методики:

1. Методика диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина (ОРО).
2. Методика PARI (в адаптации Т.В. Нещерет).
3. Опросник изучения взаимодействия родителей с детьми (ВРР) И.М.Марковской.
4. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Кагана и И.П. Журавлевой.

С целью выявления материнского отношения как системы различных родительских чувств к своему ребенку, особенностей поведения родителей по отношению к своему ребенку, понимания специфических особенностей личности ребенка, нами использовалась методика диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина (ОРО) [3, 16, 24, 36, 38, 39]. Данный опросник состоит из 5 шкал, которые рассматривают разнообразные аспекты родительского отношения:

1. «Принятие – отвержение ребенка». Эта шкала рассматривает общее эмоционально положительное (принятие) или отрицательное (отвержение) отношение к ребенку.
2. «Кооперация». Эта шкала выражает стремление взрослых к сотрудничеству с ребенком, проявление с их стороны заинтересованности и участие в его

делах. При высоких показателях, полученных по данной шкале, родители высоко оценивают различные способности своего ребенка, а также поощряют его самостоятельность и инициативность.

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. Эта шкала показывает определенного рода контактность ребенка и взрослого. Высокие баллы по этой шкале указывают на симбиотические отношения между родителями и детьми.
4. «Авторитарная гиперсоциализация». Данная шкала характеризует то, как взрослые контролируют поведение ребенка, насколько они демократичны или авторитарны в отношениях с ним.
5. «Маленький неудачник» (инфантилизация). Эта, последняя шкала показывает, как взрослые относятся к способностям ребенка, к его достоинствам и недостаткам, успехам и неудачам.

Методика включает в себя 61 вопрос. Обработка полученных результатов по данному опроснику производится в соответствии с ключом. Высокие баллы по шкале «принятие – отвержение» – от 24 до 33, средние баллы – 9 – 23, а низкие – от 0 до 8. Высокие баллы по шкале «кооперация» – 7-8, средние – 3-6, низкие баллы по данной шкале – 1-2 балла. Высокие баллы по шкале «симбиоз» – 6-7 баллов, низкие баллы по этой же шкале – 1-2 балла. Высокие баллы по шкале «контроль» – 6-7 баллов. Низкие баллы по этой же шкале – 1-2 балла. Высокие баллы по шкале «отношение к неудачам ребенка» – 7-8 баллов. Низкие баллы по этой же шкале – 1-2 балла.

Для решения поставленных нами задач исследования данная методика полностью подходит, т.к. она позволяет выявить различные аспекты материнского отношения.

Также для изучения особенностей отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениям зрения мы в своей работе использовали методику PARI

(Parental Attitude Research Instrument), авторами которой являются американские психологи Е.С. Шефер и Р.К. Белл. В нашей стране данная методика была адаптирована кандидатом психологических наук Т.В. Нещерет [6, 16, 35, 36, 38, 70]. Эта методика предназначена для изучения отношения родителей к разным сторонам семейной жизни (семейной роли) и специфики родительского (в том числе и материнского) отношения, что соответствует поставленным нами задач исследования. Мы использовали из всей методики только шкалу «Отношение к ребенку». Эта шкала делится на три группы признаков по отношению родителей к своему ребенку: оптимальный эмоциональный контакт (вербализация; партнерские отношения и развитие активности ребенка), излишняя эмоциональная дистанция с ребенком (раздражительность; излишняя строгость и уклонение от контакта с ребенком) и излишняя концентрация на ребенке (чрезмерная забота; преодоление сопротивления, подавление воли; создание безопасности, опасение обидеть; исключение внесемейных влияний; подавление агрессивности; подавление сексуальности, чрезмерное вмешательство в мир ребенка и стремление ускорить развитие ребенка). Обработка полученных данных производится в соответствии с ключом. Низкими результатами по всем шкале методики будут являться баллы от 5 до 8, высокими – от 18 до 20 соответственно. Средние баллы: 9 – 17.

Также в нашем исследовании с целью изучения особенностей материнского отношения к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения мы использовали оригинальную методику И.М.Марковской «Опросник изучения взаимодействия родителей с детьми (ВРР)» [26], который состоит из 10 шкал:

1. Нетребовательность – требовательность родителя. Данные этой шкалы показывают уровень требовательности родителей, который проявляется во взаимодействии с ребенком.
2. Мягкость – строгость. По полученным результатам по этой шкале можно судить о проявлении суровости воспитательных мер, которые применяются

к ребенку, а также о жесткости правил, устанавливаемых во взаимоотношениях между родителями и детьми.

3. Автономность – контроль по отношению к ребенку. Чем выше показатель по данной шкале, тем более выражен контроль по отношению к своему ребенку.
4. Эмоциональная дистанция – эмоциональная близость ребенка. Эта шкала рассматривает представление родителя о близости к нему ребенка.
5. Отвержение – принятие ребенка родителем. Здесь, прежде всего, рассматривается базовое отношение родителей к ребенку.
6. Отсутствие сотрудничества – сотрудничество показывает равенство и партнерство во взаимоотношениях родителей и детей.
7. Тревожность за ребенка указывается разработчиком теста как один из факторов в возникновении невротических реакций у детей.
8. Непоследовательность – последовательность родителя – это постоянность родителя в своих требованиях, в своем отношении к ребенку, в применении наказаний и поощрений.
9. Воспитательная конфронтация в семье показывает разногласия разных членов семьи по проблеме воспитания ребенка.
10. Удовлетворенность отношениями с ребенком. По этой шкале можно рассмотреть общую степень удовлетворенности детско-родительскими отношениями матерью или отцом [26].

Методика содержит 60 вопросов. Текст данного опросника расположен в приложении 1, бланк – в приложении 2, ключ к обработке полученных данных находится в приложении 3.

И.М. Марковская проводила проверку экспериментальной валидности разработанной методики. Ею была получена корреляционную связь по некоторым шкалам методики благодаря использованию других шкал методик (например, опросника А.Я.Варги и опросника PARI). На выборке из 55 человек были выявлены корреляционные связи по шкалам «Принятие» опросника ВРР со

шкалой «Принятие» опросника ОРО А.Я. Варги (0,73); шкалы «Контроль» со шкалой «Доминирование матери» по методики PARI (0,52); шкалы «Тревожность за ребенка» со шкалой «Страх причинить вред ребенку» по PARI (0,39), все коэффициенты значимы на уровне $p < 0,01$.

Для выявления экспертной валидности, автор указала ранговую корреляцию между шкальными оценками ВРР (15 человек) и оценками двух экспертов-психологов. Ранговая корреляция Спирмена (на уровне значимости $p < 0,01$) была достигнута по шкалам: «Требовательность» (0,74), «Контроль» (0,67), «Эмоциональная близость» (0,74), «Удовлетворенность отношениями с ребенком» (0,69), по шкалам «Строгость» (0,53) и «Тревожность за ребенка» (0,61) коэффициенты ранговой корреляции оказались значимыми на уровне $p < 0,05$.

Также автором методики была составлена квантильная (процентильная) стандартизация методики, которую можно использовать для обработки полученных данных по данной методике (таблица 1).

Таблица 1.

Процентильная стандартизация опросника ВРР на выборке родителей дошкольников и младших школьников (280 человек)

Шкалы опросника										
Процентили	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	11	7	10,5	14	12	15	11	10	5	13
20	12	9	12,5	16	14	17	13	12	6	15
30	13	10	13	18	15	17	15	15	8	16
40	14	11	14	19	16	18	16	16	9	17
50	14	12	14,5	20	16,5	20	18	17	9	18
60	15	13	15,5	20	17,5	20	19	19	10	19
70	16	14	16	21	18	21	20	20	12	20
80	17	15	17	22	19	22	21	21	14	21
90	18	17	18	23	19,5	23	23	22	17	22
100	23	25	21	25	21,5	25	25	25	25	25

Последней методикой, которой мы воспользовались в своем исследовании с целью выявления особенностей отношения матерей к детям дошкольного

возраста с нарушениями зрения и специфики отношения матери к болезни ребенка, была методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР), разработанная отечественными специалистами В.Е. Каганом и И.Л. Журавлевой. Данный опросник для диагностики отношения к болезни ребенка состоит из 40 пунктов (вопросов). Испытуемые должны оценить каждый из них по шестибальной шкале (+1, +2, +3, -3, -2, -1, т.е. от «полностью согласен» до «совершенно не согласен»)[16].

Структура опросника включает в себя пять шкал:

1. Шкала интернальности (Н). Здесь высокие показатели описывают экстернальный родительский контроль болезни ребенка, т.е. причины болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, что они не могут контролировать и не могут управлять заболеванием. В свою очередь, низкие показатели указывают на интернальный контроль родителей, при котором они воспринимают себя как ответственных за заболевания своего малыша.
2. Шкала тревог (Т) показывает на тревожные реакции родителя на болезнь ребенка. Чем больше выражен показатель, тем больше тревожность у родителей. Крайние степени отрицания тревоги родителями чаще всего могут указывать на вытеснение тревоги.
3. Шкала нозогнозии (Н) указывает на преувеличение (гипернозогнозия) или преуменьшение (гипо- и анозогнозия) родителями тяжести заболевания ребенка.
4. Шкала контроля активности (А) рассматривает тенденцию родителей устанавливать на время заболевания своего ребенка ограничения активности ребенка (при высоких показателях) и тенденцию недооценки соблюдения необходимых ограничений активности (при низких).
5. Шкала общей напряженности (О) показывает суммарный результат по всей методике в целом. Здесь высокие показатели показывают напряженное отношение родителей к болезни их ребенка. Желательно подсчитывать эту

шкалу как среднее арифметическое по всем шкалам.

Обработка полученных результатов по данной методике производится при помощи «ключа». Как выделяют разработчики методики, «по каждому вопросу шкалы определяются баллы, совпадающие с «ключом» (например, по 1-му вопросу – со знаком «+», по 5-му – со знаком «-» и т. д.). Баллы по всем пунктам арифметически суммируются, а затем из них вычитается арифметическая сумма баллов по всем пунктам шкалы, где оценки испытуемых не совпадают с «ключом» (например, по 9-му вопросу со знаком «-», по 13-му – со знаком «+»). Полученный результат будет показателем шкалы. Частное от деления суммы Σ , T , N и A на 4 образует показатель O » [16; С. 185]. В приложении расположены текст самого опросника (приложение 4), бланк (приложение 5) и ключ к обработке полученных данных (приложение 6).

Для выявления различий между первой (матери дошкольников с нарушениями зрения) и второй (матери, воспитывающие детей дошкольного возраста без зрительной патологии) группами мы использовали критерий математической обработки данных Стьюдента. Данный статистический критерий относится к параметрическим критериям [20, 29]. Следует сказать, что отличия в группах достоверны тогда, когда эта достоверность различий менее 0,05.

Для рассмотрения взаимосвязи между материнским отношением и отношением матери к болезни ребенка мы использовали критерий ранговой корреляции Спирмена, который позволяет нам определить тесноту (силу), а также направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями [22, 43]. Полученные данные переводились в ранги с помощью компьютерной программы Gnumeric Spreasheer. Выделим, что статистическая значимость рассчитываемого коэффициента корреляции должна быть менее 0,05, а значение самого коэффициента корреляции должно быть больше 0,7 [15].

Полученные эмпирические данные нашего исследования по всем методикам обрабатывались с помощью компьютерной статистической программы SPSS 13.0 (Statistical Paskage for Science).

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования

При решении поставленных нами задач мы использовали следующие методики: тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столина (ОРО), методику PARI (в адаптации Т.В. Нещерет), опросник изучения взаимодействия родителей с детьми (ВРР) И.М.Марковской и методику диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Кагана и И.П. Журавлевой.

В результате проведенного нами эмпирического исследования по методике диагностики родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столина (ОРО) были получены результаты, которые отражены в таблице 2.

Таблица 2.

Особенности отношения матерей к детям дошкольного возраста в первой и второй группах по данным методики ОРО

Шкалы опросника	Уровни (в %)					
	Низкий		Средний		Высокий	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Отвержение – принятие	20%	64%	16%	12%	64%	24%
Кооперация	64%	40%	24%	20%	12%	40%
Симбиоз	64%	16%	14%	24%	20%	60%
Авторитаризм	12%	20%	28%	36%	60%	44%
Инфантилизация	16%	48%	24%	20%	60%	32%

Итак, как мы видим из таблицы 2, высокие результаты в первой группе (матери дошкольников с нарушениями зрения) были получены по шкалам «Отвержение-принятие», «Авторитаризм» и «Инфантилизм» (64%, 60% и 60% соответственно). Таким образом, у матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, преобладает выраженное эмоциональное отвержение своего ребенка. Возможно, что матери эмоционально отвергают своего ребенка из-за его дефекта (нарушение зрения). Они считают, что их ребенок не такой как все. Предположительно, что эмоциональное отвержение со

стороны матери не может не сказаться на социализации ребенка. Если мать эмоционально не принимает своего малыша, то у него может сложиться впечатление, что его не любят, он никому не нужен. Такой ребенок может быть робок в социальных контактах, невротичен, неуверен в себе. Также у таких матерей может быть определенного рода трудность изменения собственных ожиданий и установок по отношению к ребенку. К тому же невозможность изменить биологический и эмоциональный статус ребенка может привести к неприятию его матерью.

Высокий уровень по шкале «Авторитарная гиперсоциализация» в первой группе указывает на авторитаризм матери ребенка с нарушением зрения. Такие матери берут на себя функцию контроля. Также высокие показатели практически у всех матерей, воспитывающих детей с нарушениями зрения, наблюдаются по шкале «Инфантилизация». Анализ полученных данных по этой шкале указывает на то, что матери, воспитывающие детей с нарушениями зрения, воспринимают их неприспособленными, стараются оградить своего ребенка от различных трудностей жизни.

Низкие баллы были получены по шкалам «Кооперация» (62%) и «Симбиоз» (68%). Шкала «Кооперация» определяет социально желаемый образ родительского отношения. Низкие же результаты по этой шкале в первой группе указывают на то, что матери, воспитывающие дошкольников с нарушениями зрения, не поощряют самостоятельность у ребенка, невысоко оценивают его творческие и интеллектуальные способности. Преобладание низких баллов по шкале «Симбиоз» можно рассматривать как наличие некой дистанции в отношениях матери и ребенка с нарушением зрения.

Во второй группе, которую составляют матери, воспитывающие детей дошкольного возраста без нарушения зрения, в отличие от первой, были получены высокие результаты по шкалам «Симбиоз» (60%) и «Авторитарная гиперсоциализация» (44% – высокие и 36% – средние). Таким образом, матери, которые воспитывают дошкольников без зрительной патологии, используют

авторитарный тип воспитания в семье, но, тем не менее, стремятся к симбиотическим отношениям со своими детьми. Из вышеизложенного можно сделать вывод, что матери детей дошкольного возраста с нарушением зрения более авторитарны, менее стремятся к симбиотическим отношениям со своим ребенком, считая его неприспособленным к жизни.

С целью выявления достоверных различий между первой (матери, воспитывающие детей дошкольного возраста с нарушениями зрения) и второй группами (матери детей дошкольников без зрительной патологии) мы использовали критерий Стьюдента. Данные обрабатывались в компьютерной программе SPSS 13.0. По методике ОРО достоверные различия были получены по шкалам «Отвержение – принятие» ($t = 2,642, p < 0,05$), «Кооперация» ($t = - 7,777, p < 0,01$), «Симбиоз» ($t = - 3,361, p < 0,01$), «Авторитаризм» ($t = 3,246, p < 0,01$), «Инфантилизация» ($t = 6,311, p < 0,01$) (приложение 7). Таким образом, матери, воспитывающие детей дошкольного возраста с различными нарушениями зрения, по отношению к своим детям авторитарны, симбиотические отношения не особенно стремятся устанавливать, более эмоционально отвергают своих детей, чем матери детей дошкольного возраста без нарушения зрения. Также матери дошкольников с патологией органов зрения менее поощряют развитие у своих детей самостоятельности, а также считают их менее приспособленными к жизни, в отличие от матерей дошкольников без зрительных нарушений.

Следующей методикой, которую мы использовали в своем исследовании, была методика PARI (в адаптации Т.В. Нещерет). Данная методика используется для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли) и особенностей родительского отношения, что соответствует поставленным нами задачам эмпирического исследования. Эта методика достаточно полно позволяет раскрыть особенности отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения. Из всей методики мы использовали только одну шкалу – «Отношение родителей к ребенку». Полученные нами результаты расположены в таблицах 3, 4 и 5:

Таблица 3.

Особенности отношения матерей к детям дошкольного возраста в первой и во второй группах по данным методики PARI (шкалы «Оптимальный эмоциональный контакт»)

Шкалы	Уровни (в %)					
	Низкий		Средний		Высокий	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Вербализация	64%	58%	20%	34%	16%	10%
Партнерские отношения	56%	48%	24%	36%	20%	16%
Развитие активности ребенка	56%	24%	24%	64%	20%	12%
Уравнительные отношения	64%	24%	24%	56%	12%	20%

Как видно из таблицы 3, в первой группе (матери, воспитывающие детей дошкольного возраста с нарушениями зрения) по всем шкалам преобладают низкие результаты: «Вербализация» (64%), «Партнерские отношения» (56%), «Развитие активности ребенка» (58%) и «Уравнительные отношения» (64%). Все это указывает на то, что матери детей с нарушениями зрения не стремятся к установлению партнерских и уравнительных отношений со своим ребенком. Низкие баллы, полученные по шкале «Развитие активности ребенка» может указывать на то, что такие матери не поощряют развитие самостоятельности, инициативности и активности у своих детей.

У матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста без различного рода нарушений органов зрения, по шкале «Партнерские отношения» преобладают низкие (48%) и средние (36%) показатели, а по шкалам «Развитие активности ребенка» и «Уравнительные отношения» – средние (64% и 56% соответственно). Это значит, что такие матери стремятся устанавливать со своими детьми доброжелательные и доверительные отношения, а также видно, что они хотят развивать активность своего малыша.

Достоверные различия между группами по шкале «Оптимальный эмоциональный контакт» методики PARI были получены по шкале «Развитие активности ребенка» ($t = - 2,283, p < 0,05$). Отсюда следует, что матери, воспитывающие дошкольников с нарушениями зрения, менее стремятся развивать активность ребенка, чем матери детей дошкольного возраста без нарушений зрения (вторая группа). Возможно, это все связано с тем, что матери первой группы, воспитывают детей с соматической патологией (нарушение зрения), а матери второй группы – нет.

Таблица 4.

Особенности отношения матерей к детям дошкольного возраста в первой и второй группах по данным методики PARI (группа шкалы «Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком»)

Шкалы	Уровни (в %)					
	Низкий		Средний		Высокий	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Раздражительность	16%	16%	24%	48%	68%	28%
Суровость, излишняя строгость	12%	16%	28%	36%	60%	48%
Уклонение от контакта с ребенком	20%	20%	16%	40%	64%	40%

В первой группе (матери детей дошкольного возраста с различными нарушениями зрения) по всем шкалам были получены достаточно высокие результаты: шкала «Раздражительность» – 68%; шкала «Суровость, излишняя строгость» – 60% и «Уклонение от контакта с ребенком» – 64% (таблица 4). Отсюда можно сделать вывод, что такие матери излишне раздражительны и строги, а также стремятся к уклонению от контакта со своим ребенком.

Во второй группе, которую составляют матери детей дошкольного возраста без различных нарушений зрения, наблюдается преобладание средних и низких

показателей по шкалам «Раздражительность» (40% и 16%) и «Уклонение от контакта с ребенком» (40% и 20% соответственно). Здесь следует сказать, что матери таких детей не особо раздражительны и не слишком стремятся наклониться от контакта с ребенком. Только по шкале «Суровость, излишняя строгость» у матерей, воспитывающих детей без нарушения зрения также наблюдаются высокие результаты (48%). Но проявление излишней самостоятельности их ребенка не вызовет у них такой раздражительности, как у матерей первой группы.

Таким образом, результаты, приведенные в таблице 4, показывают, что матери детей дошкольного возраста с различными нарушениями зрения более раздражительны, излишне строги и склонны к уклонению от контакта с ребенком, в отличие от матерей, воспитывающих детей без нарушения зрения.

При компьютерной обработке полученных эмпирических данных по группе шкал «Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком» методики PARI отличия обнаружены по шкалам «Раздражительность» ($t = 2,537, p < 0,05$), «Строгость» ($t = 3,191, p < 0,01$), «Уклонение от контакта с ребенком» ($t = 3,297, p < 0,01$) (приложение 9). Из этого следует, что матери детей дошкольного возраста с различной патологией органов зрения действительно более раздражительны, строги в воспитании своих детей, а также они более стремятся к уклонению от контакта с ними, чем матери дошкольников без нарушения зрения.

Предположительно, что все вышеизложенное может быть связано с тем, что матери из первой группы воспитывают дошкольников с патологией, а матери второй группы – без каких-либо нарушений (в нашем случае, органов зрения). Возможно, что соматическое заболевание у ребенка откладывает свой отпечаток на психическое состояние матери.

Таблица 5.

Особенности отношения матерей к детям дошкольного возраста в первой и второй группах по данным методики PARI (группа шкал «Излишняя концентрация на ребенке»)

Шкалы	Уровни (в %)					
	Низкий		Средний		Высокий	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Чрезмерная забота	52%	32%	24%	16%	24%	52%
Преодоление сопротивления	20%	16%	28%	36%	52%	48%
Создание безопасности, опасение обидеть	0%	8%	48%	48%	52%	44%
Исключение внесемейных влияний	4%	8%	32%	40%	68%	52%
Подавление агрессивности	20%	12%	28%	40%	52%	48%
Подавление сексуальности	10%	8%	30%	40%	60%	52%
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	50%	40%	30%	56%	20%	4%
Стремление ускорить развитие ребенка	56%	52%	24%	40%	20%	9%

Как видно из таблицы 5, у матерей, воспитывающих детей с нарушением зрения, преобладание низких результатов наблюдаются по шкалам «Чрезмерная забота» (52%); «Чрезмерное вмешательство в мир ребенка» (50%) и «Стремление ускорить развитие ребенка» (56%). Это указывает на то, что такие матери не стремятся к преждевременному развитию своих детей, у них практически нет чрезмерного вмешательства в мир ребенка и повышенной заботы о нем.

В тоже время, преобладание высоких показателей в первой группе наблюдается по шкалам «Преодоление сопротивления» (52%), «Создание безопасности, опасение обидеть» (52%), «Исключение внесемейных влияний» (68%), «Подавление агрессивности» (52%), «Подавление сексуальности» (60%). Высокие результаты по шкале «Подавление агрессивности» и «Создание безопасности», указывает на то, что матери детей дошкольного возраста с

нарушениями зрения считают, что их ребенок должен избегать драк в любых ситуациях, в случаях конфликта должен обращаться за помощью к взрослым. По этой причине они склонны подавлять агрессивность своего ребенка, создавать ситуацию безопасности. Также матери этой группы подавляют преждевременное сексуальное развитие своего ребенка и его различного рода сопротивления по поводу указаний матери.

Во второй группе, которую составляют матери детей дошкольного возраста без зрительных нарушений, высокие результаты были получены по шкалам «Чрезмерная забота» (52%), «Исключение внесемейных влияний» (52%) и «Подавление сексуальности» (52%). Низкие результаты были получены по шкале «Стремление ускорить развитие ребенка» (52%). Таким образом, матери таких детей излишне заботятся о своем ребенке, подавляют преждевременное его сексуальное развитие, но в тоже время, не стремятся к ускоренному развитию своего ребенка.

Из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что матери, воспитывающие детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, более склонны к преодолению сопротивления своего ребенка, к созданию ситуаций, полностью безопасных для ребенка, к подавлению агрессивности и сексуальности, в отличие от матерей, воспитывающих детей без таких нарушений. Они не пытаются ускорить развитие своего ребенка, также как и матери дошкольников без каких-либо нарушений зрения.

По группам шкал «Излишняя концентрация на ребенке» методики PARI различия между группами обнаружены по шкалам: «Чрезмерная забота» ($t = - 2,894$, $p < 0,01$), «Преодоление сопротивления» ($t = 3,102$, $p < 0,01$), «Подавление агрессивности» ($t = 2,103$, $p < 0,05$), «Стремление ускорить развитие ребенка» ($t = - 2,398$, $p < 0,05$) (приложение 10). Таким образом, можно сказать, мы статистически подтвердили, что матери детей дошкольного возраста с нарушениями зрения стремятся к преодолению сопротивления и подавлению агрессивности у своих детей, менее стремятся к преждевременному развитию

ребенка и оказанию чрезмерной заботы о ребенке, в отличие от матерей, воспитывающих дошкольников без нарушения зрения.

Также для исследования особенностей отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения мы использовали опросник «Взаимодействие родитель – ребенок» И.М. Марковской. Полученные результаты представлены в таблице 6.

Таблица 6.

Особенности отношения матерей к детям дошкольного возраста в первой и второй группах по данным методики ВРР

Шкалы опросника	Уровни (в %)			
	Низкий		Высокий	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Нетребовательность – требовательность	34%	40%	62%	60%
Мягкость–строгость	24%	40%	76%	60%
Автономность-контроль	42%	48%	58%	52%
Эмоциональная дистанция – близость	56%	48%	44%	52%
Отвержение – принятие	54%	40%	46%	60%
Отсутствие сотрудничества – сотрудничество	66%	46%	34%	52%
Тревожность за ребенка	28%	47%	72%	53%
Непоследовательность – последовательность	38%	54%	62%	46%
Воспитательная конфронтация в семье	60%	55%	40%	45%
Удовлетворенность отношениями с ребенком	56%	36%	44%	64%

Как видно из таблицы 6, высокие результаты преобладают у матерей детей дошкольного возраста с различными нарушениями зрения (первая группа) по шкалам «Нетребовательность – требовательность» (62%), «Мягкость – строгость» (76%), «Автономность – контроль» (58%), «Тревожность за ребенка» (72%),

«Непоследовательность – последовательность» (62%). Из вышеизложенного можно сделать вывод, что матери, воспитывающие детей с нарушениями зрения, требовательны, строги, последовательны в применении различных мер воспитания к ребенку, но в то же время беспокоятся за дальнейшую жизнь ребенка. Также у этих матерей низкие результаты наблюдаются по шкалам «Эмоциональная дистанция – близость» (56%), «Отвержение – принятие» (54%), «Отсутствие сотрудничества – сотрудничество» (66%), «Воспитательная конфронтация в семье» (60%) и «Удовлетворенность отношениями с ребенком» (56%). Все это указывает на то, что матери детей дошкольного возраста с нарушениями зрения эмоционально отдалены от ребенка, эмоционально не принимают его, не стремятся к сотрудничеству с ним (это связано с авторитарностью матери) и недостаточно удовлетворены отношениями с ним, что может свидетельствовать о нарушении детско-родительских отношений.

По методике ВРР существенные (достоверные) различия были получены по шкалам «Мягкость – строгость» ($t = 2,123, p < 0,05$); «Эмоциональная дистанция – близость» ($t = - 2,449, p < 0,05$); «Отвержение – принятие» ($t = - 3,195, p < 0,01$), «Отсутствие сотрудничества – сотрудничество» ($t = - 3,760, p < 0,01$) (приложение 11). Из вышеизложенного следует, что матери, воспитывающие детей дошкольного возраста с разнообразными нарушениями зрения (первая группа), более строги, меньше стремятся на установление эмоциональной близости и сотрудничества с ребенком и менее эмоционально принимают своих детей, чем матери детей дошкольного возраста без различных нарушений зрения.

С целью выявления особенностей отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения к их болезни мы использовали методику диагностики отношения к болезни ребенка. Результаты приведены в таблице 7.

Таблица 7.

Особенности отношения матерей к болезни детей дошкольного возраста с нарушениями зрения по данным методики ДОБР

	Уровни (в %)
--	--------------

Шкалы опросника	Низкий	Высокий
Интернальность	44%	56%
Тревога	30%	70%
Нозогнозия	42%	58%
Контроль активности	44%	56%
Общая напряженность	48%	52%

У матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста с различными нарушениями зрения, высокие результаты были получены по шкалам «Интернальность» (56%), «Тревога» (70%) и «Общая напряженность» (52%). Таким образом, матери беспокоятся за жизнь ребенка и считают, что болезнь ребенка не зависит от них, и они не могут ею управлять (таблица 7). Также мы видим, что матери детей дошкольного возраста с нарушениями зрения достаточно тревожны и напряжены. Им требуется квалифицированная психологическая помощь на снижение этих показателей. Возможно, что высокая тревожность и беспокойство матери за жизнь их ребенка с различного рода патологией органов зрения обусловлено отношением матери к самому этому дефекту.

Высокие показатели наблюдаются по шкалам «Нозогнозия» и «Контроль активности» (по 58% и 56% соответственно). **Все это указывает на адекватное отношение к тяжести болезни ребенка и на полное соблюдение необходимых ограничений активности.**

Для проверки взаимосвязи между отношением матерей к ребенку дошкольного возраста с нарушением зрения (шкала «Отношение к ребенку» методики PARI) и уровнем отношения к болезни ребенка (методика диагностики отношения к болезни) мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Полученные эмпирические данные были переведены в ранги при помощи компьютерной программы Gnumeric Spreasheet и обработаны в статистической программе SPSS 13.0. Мы получили следующие результаты: коэффициент корреляции составляет 0,995, а уровень достоверности (p) равен 0,00, т.е. $p < 0,01$ (приложение 12). Все это указывает на достаточно высокую

взаимосвязь между материнским отношением и отношением матери к болезни ребенка.

Выводы

1. Рассмотрев понятие «материнское отношение», мы выявили, что подходов к его изучению, как в отечественной, так и зарубежной психологии недостаточно. Также нами были рассмотрены различные подходы к стилям и типам материнского отношения, а также ее структура.
2. Указав психологические особенности детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, мы выявили, что практически все психические процессы протекают не так, как у нормально видящих детей данного возраста. К особенностям таких детей дошкольного возраста с различными нарушениями зрения можно отнести: трудность в формировании предметности восприятия, нарушение процесса межличностного общения, специфичность в формировании игровой деятельности и др.
3. Ознакомившись с особенностями отношения матерей к детям с нарушениями в развитии, мы определили, что исследований по данной проблематике недостаточно. Было изучено материнское отношение к детям с интеллектуальными нарушениями, нарушениями слуха, с РДА, с двигательными нарушениями и др. Как было замечено, у матерей таких детей наблюдается эмоциональное отвержение.
4. Исследовав отношение матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения, мы пришли к выводу, что такие матери авторитарны, не стремятся к симбиотическим отношениям со своим ребенком, считая его неприспособленным к жизни; также не стремятся к установлению партнерских и уравнительных отношений и не поощряют развитие самостоятельности, инициативности и активности у своих детей; они раздражительны, излишне строги и склонны к уклонению от контакта с ребенком, не стремятся к преждевременному развитию своих детей, требовательны, последовательны в применении различных мер к ребенку, но в то же время беспокоятся за дальнейшую жизнь ребенка.

5. Проведя сравнительный анализ отношений матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения и без них, мы установили, что матери детей дошкольного возраста с нарушениями зрения отличаются большей авторитарностью, меньшим стремлением к симбиотическим отношениям со своим ребенком и установлением партнерских, уравнительных отношений. Такие матери не поощряют развитие самостоятельности, инициативности и активности у своих детей. Матери таких детей меньше заботятся о них, стараются преодолеть сопротивление ребенка и подавить его агрессивность. Их также отличает раздражительность, строгость и склонность к уклонению от контакта с ребенком, в отличие от матерей, воспитывающих дошкольников без нарушений зрения.
6. Определив специфику отношения матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, к их болезни, мы заметили, что такие матери беспокоятся за жизнь ребенка и считают, что болезнь ребенка не зависит от них, и они не могут ею управлять, но в тоже время у них преобладает адекватное отношение к тяжести болезни ребенка и на полное соблюдение необходимых ограничений активности.
7. Оценив влияние отношения к болезни ребенка на материнское отношение в целом, мы сделали вывод, что отношение матери к болезни и материнское отношение взаимосвязаны между собой.

Заключение

Наша работа посвящена изучению особенностей отношения матерей к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения. Мы предполагаем, что особенно актуальной является эта проблема в контексте взаимодействия матери с ребенком, имеющим различные нарушения в развитии. В отечественной и зарубежной психологии данная проблема недостаточно исследована, хотя потребность в ее изучении очень велика. Без этого просто невозможно организовать квалифицированную психологическую помощь таким матерям. Матери таких детей часто бывают подавлены и испытывают чувство вины из-за рождения ребенка с различного рода нарушениями (в том числе и со зрительным дефектом). К сожалению, в психологии недостаточно разработаны подходы к оказанию такой помощи. В связи с этим, мы предлагаем предложенные нами рекомендации по оказанию психологической помощи матерям, которые воспитывают дошкольников с нарушениями зрения, с учетом выявленных закономерностей. В этом и заключается актуальность нашего исследования.

В теоретической части исследования мы рассмотрели понятие, структуру, типы и стили материнского отношения, психологические особенности детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, а также особенности отношения матерей к детям с нарушениями в развитии. Мы определили, что в психологии недостаточно изучено само понятие материнского отношения, а также наблюдается мало исследований по специфике отношения матерей к детям с различными патологиями.

В эмпирической части нашего исследования мы рассмотрели организацию, методы исследования, а также провели количественный и качественный анализ полученных данных. Мы выявили, что у многих матерей дошкольников с нарушениями зрения преобладает эмоциональное отвержение своего ребенка, высокая авторитарность по отношению к нему. Такие матери воспринимают своего ребенка со зрительным дефектом несамостоятельным, не стремятся к

симбиотическим отношениям и установлению контакта с ними, а также не стремятся к партнерским и уравнивающим отношениям с такими детьми. В тоже время, матери детей дошкольного возраста с патологией органов зрения раздражительны, излишне суровы. Уровень заботы по отношению к таким детям у матерей снижен. Такие матери боятся обидеть своих детей, стараются подавлять преждевременное развитие агрессивности и сексуальности и не стремятся ускорить психическое развитие ребенка. По применению мер воспитания матери таких детей последовательны и требовательны. Гипотеза о том, что материнское отношение к детям дошкольного возраста с нарушениями зрения имеет свои особенности, была подтверждена, как и вторая гипотеза о том, что на материнское отношение влияет отношение матери к болезни ее ребенка.

Полученные результаты нашего эмпирического исследования можно использовать при оказании психологической помощи матерям, которые воспитывают детей дошкольного возраста с нарушениями зрения.

Литература

1. Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование, 2006. № 2. С. 82 – 91.
2. Айвазян Е., Одинокова Г., Павлова А. «Любовь по правилам и без, или Особые ли матери у особых детей?» // Дошкольное воспитание, 2005. № 9. С.51 – 63.
3. Андреева Т.В. Семейная психология: Учеб. пособие. – Спб.: Речь, 2005. – 244 с.
4. Анисимова Н.Л. Совместная работа семьи и детского сада по воспитанию и развитию детей с нарушением зрения // Дефектология, 1998. № 1. С.56 – 62.
5. Арина Г.А., Айвазян Е.Б., Маклакова М.В. Особенности развития эмоционально-ценностного отношения к ребенку женщин с отягощенной беременностью // Дефектология, 2003. № 4. С.59 – 66.
6. Архиреева Т.В. Методика измерения родительских установок и реакций // Вопросы психологии, 2002. № 5. С.144 – 153.
7. Баранов А.А., Белокрылова М.Ж. Забота родителей о детях как фактор девиантного развития личности // Психология образования: культурно-исторические и социально-правовые аспекты. Материалы III национальной научно-практической конференции. С.137 – 138.
8. Басилова Т.А., Александрова Н.А. Анализ результатов изучения слепых детей со сложными нарушениями развития за тридцать лет // Дефектология, 2006. № 2. С. 3 – 13.
9. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – Спб.: Издательство «Лань», 2003. – 656 с.
10. Гудонис В.П. Основы и перспективы социальной адаптации лиц с нарушенным зрением. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1998. – 288 с.

11. Дружинина Л.А. Коррекционная работа в детском саду для детей с нарушением зрения: Методическое пособие. – М.: Издательство «Экзамен», 2006. – 159 с.
12. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. издат. центр ВЛАДОС, 2000. – 240 с.
13. Ермакович Е.Д. Организация работы с родителями в специализированном дошкольном учреждении // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития, 2003. № 1. С.28–39.
14. Зальцман Л.М. Работа с родителями детей, имеющих нарушения зрения и интеллекта // Дефектология, 2006. № 2. С.31–35.
15. Калинин С.И. Компьютерная обработка данных для психологов / Под науч. ред. А.Л. Тулупьева. – СПб.: «Речь», 2002. – 134 с.
16. Калягин В.А., Матасов Ю.Т., Овчинникова Т.С. Как организовать психологическое сопровождение в образовательных учреждениях. – СПб.: КАРО, 2005. – 240 с.
17. Ковалев С.В. Психология семейных отношений. – М.: Педагогика, 1987. – 160 с.
18. Кожухарь Г. Как влиять на детей // Семья и школа, 2001. № 6. С.5–7.
19. Колпакова Л.М. Влияние ситуации нетипичности ребенка на ценностно-смысловые образования матери // Мир психологии, 2005. № 3 (43). С.120 – 127.
20. Константинов В.В. Экспериментальная психология. Курс для практического психолога. – СПб.: Питер, 2006. – 272 с.
21. Корнилова И.Г. Игра и творчество в развитии общения старших дошкольников с нарушениями зрения. Креативная игра – драматизация. – М.: Издательство «Экзамен», 2004. – 160 с.

22. Кричевец А.Н. Математика для психологов: Учебник / А.Н. Кричевец, Е.В. Шикин, А.Г. Дьячков / Под ред. А.Н. Кричевца. – М.: Флинта, Московский психолого-социальный институт, 2003. – 376 с.
23. Кэмпбелл Р. Как на самом деле любить детей / Кэмпбелл Росс; Не только любовь / Максимов М. – М.: Знание, 1990 (Нар. ун-т. Пед. фак.; № 4). – 192 с.
24. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи: Учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 432 с.
25. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. – СПб.: КАРО, 2006. – 336 с.
26. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. – СПб.: Речь, 2006. – 150 с.
27. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И. Селиверстовой. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
28. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии, 2000. № 5. С.18 – 27.
29. Носс И.Н. Введение в технологию психодиагностики. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 251 с.
30. Овчарова Р.В. Психология родительства: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 368 с.
31. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен: Учебное пособие. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 496 с.
32. Основы психологии семьи и семейного консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под общ. ред. Н.Н. Посысоева. – М.: Изд-во ВЛАДОС – ПРЕСС, 2004. – 328 с.

33. Психологический словарь/авт.сост. В.Н. Копорулина, М.Н. Смирнова, Н.О. Гордеева, Л.М. Балабанова; Под общей ред. Ю.Л. Неймера. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 640 с.
34. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.И.Артамонова, Е.В. Екжанова, Е.В. Зырянова и др.; Под общ. ред. Е.Г. Силяевой. – М.: Издательский дом «Академия», 2005. – 192 с.
35. Райгородский Д.Я. Диагностика семьи. Методики и тесты. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ – М», 2004. – 736 с.
36. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский центр «БАХРАХ – М», 2005. – 672 с.
37. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ любви. Учеб. пособие для студ. факультетов психологии, педагогики и социальной работы. – Самара, Издательский центр «БАХРАХ – М», 2002. – 688 с.
38. Ратанова Т.А. Психодиагностические методы изучения личности: Учебное пособие. / Т.А. Ратанова, Н.Ф. Шляхта. – М.: Московский психолого-социальный институт; Флинта, 2003. – 320 с.
39. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учеб. пособие. – М.: ВЛАДОС, 1995. – 529 с.
40. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии, 2002. № 6. С.15 – 23.
41. Самоукина Н.В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребенком // Вопросы психологии, 2000. № 3. С.67–82.
42. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Педагогика, 1989. – 298 с.

43. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – Спб.: ООО «Речь», 2004. – 350 с.
44. Синягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 96 с.
45. Смирнова Е.О. На что жалуются мамы // Семья и школа, 2006. № 4. С. 2 – 4.
46. Смирнова Е.О. Почему мамам бывает трудно? // Семья и школа, 2006. № 5. С.14 –16.
47. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии, 2000. № 3. С.3–14.
48. Смирнова Е.О., Соколова М.В. Структура и динамика родительского отношения в онтогенезе ребенка // Вопросы психологии, 2007. № 2. С.57–68.
49. Солнцева Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста. – М.: Полиграф сервис, 1997. – 123 с.
50. Социально-психологическая и консультативная работа с семьей: Хрестоматия / Сост. Л.Б. Шнейдер: В 2 ч. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2004. – Ч. II. – 712 с.
51. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В.И. Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 464 с.
52. Ткачева В.В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонением в развитии // Дефектология, 1999. № 3. С.30 – 36.
53. Ткачева В.В. Психологические особенности матерей, воспитывающих детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Коррекционная педагогика, 2004. № 1 (3). С.74 –79.

- 54.Ткачева В.В. Работа психолога с материями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Дефектология, 2005. № 1. С. 25 –35.
- 55.Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование. – М.: Издательство «Книголюб», 2007. – 144 с.
- 56.Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии, 2001. № 2. С.22 –36.
- 57.Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход // Психологический журнал, 1999. Т. 20. № 5. С.81– 88.
- 58.Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. – 240 с.
- 59.Хайртдинова Л.Ф. О работе с родителями в специальном (коррекционном) дошкольном образовательном учреждении для детей с нарушениями интеллекта // Дефектология, 2005. №1. С.11 – 13.
- 60.Хорват Ф. Любовь, материнство, будущее. – М.: Издательство «Прогресс», 1982. – 96 с.
- 61.Хорош С.М. Влияние позиции родителей на раннее развитие слепого ребенка // Дефектология, 1991. № 3. С.88 – 93.
- 62.Хрестоматия по истории социальной педагогики и воспитания. Т.1. Зарубежная история / Сост. А.А. Фролов, Ю.Х. Трушина. – М.: Народное образование, НИИ школьных технологий, 2007. – 304 с.
- 63.Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. – М.: Издательство УРАО, 2005. – 328.
- 64.Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология, 1999. № 5. С.34 – 39.
- 65.Шарипов А.Р., Гафурова Э.Ф. Особенности представления родителей близоруких детей о семейном воспитании // Дефектология, 1998. № 3. С.23 – 28.

66. Шнейдер Л.Б. Основы семейной психологии: Учеб. пособие. – М.: Издательство Московского социально-психологического института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. – 928 с.
67. Щербакова Ю.В. Специальная психология: Учеб. пособие. – М.: Издательство РИОР, 2006. – 80 с.
68. Щукина Е.Г. Понимание и отношение к феномену материнства в концепциях ученых-мужчин // Мир психологии, 2006. № 4 (48). С.46 – 55.
69. Щукина Е.Г. Психосоциальные основы формирования материнства на современном этапе // Мир психологии, 2005. № 2 (42). С.206 – 216.
70. Энциклопедия психологических тестов. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 496 с.

Приложение

Приложение 1

Методика «Взаимодействие родитель – ребенок» (ВРР)

Инструкция: Отметьте степень согласия со следующими утверждениями по пятибалльной системе. Оцените утверждения отдельно для каждого ребенка в бланке ответов.

5 – несомненно, «да» (очень сильное согласие);

4 – в общем «да»;

3 – и «да», и «нет»;

2 – скорее «нет», чем «да»;

1 – «нет» (абсолютное несогласие).

1. Если уж я чего-то требую от него (нее), то обязательно добьюсь этого.
2. Я всегда наказываю его (ее) за плохие поступки.
3. Он (а) сам (а) обычно решает, какую одежду надеть.
4. Моего ребенка смело можно оставлять без присмотра.
5. Сын (дочь) может рассказать мне обо всем, что с ним (ней) происходит.
6. Думаю, что он (а) ничего не добьется в жизни.
7. Я чаще говорю ему (ей) о том, что мне в нем не нравится, чем о том, что нравится.
8. Часто мы совместно справляемся с домашней работой.
9. Я постоянно беспокоюсь за здоровье ребенка.
10. Я чувствую, что непослодоследователен(льна) в своих требованиях.
11. В нашей семье часто бывают конфликты.
12. Я бы хотел(а), чтобы он(а) воспитывал(а) своих детей так же, как я его (ее).
13. Он(а) редко делает с первого раза то, о чем я прошу.
14. Я его (ее) очень редко ругаю.
15. Я стараюсь контролировать все его (ее) действия и поступки.
16. Считаю, что для него (нее) главное - это слушаться меня.
17. Если у него (нее) случается несчастье, в первую очередь он(а) делится со мной.
18. Я не разделяю его (ее) увлечений.
19. Я не считаю его (ее) таким умным и способным, как мне хотелось бы.
20. Могу признать свою неправоту и извиниться перед ним (ней).
21. Я часто думаю, что с моим ребенком может случиться что-то ужасное.
22. Мне трудно бывает предсказать свое поведение по отношению к нему (ней).
23. Воспитание моего ребенка было бы гораздо лучше, если бы другие члены семьи не мешали.
24. Мне нравятся наши с ним (ней) отношения.
25. Дома у него (нее) больше обязанностей, чем у большинства его (ее) друзей.

26. Приходится применять к нему (ней) физические наказания.
27. Ему (ей) приходится поступать так, как я говорю, даже если он(а) не хочет.
28. Думаю, я лучше него (нее) знаю, что ему (ей) нужно.
29. Я всегда сочувствую своему ребенку.
30. Мне кажется, я его (ее) понимаю.
31. Я бы хотел(а) в нем (в ней) многое изменить.
32. При принятии семейных решений всегда учитываю его (ее) мнение.
33. Думаю, что я тревожная мама (тревожный папа).
34. Мое поведение часто бывает для него (нее) неожиданным.
35. Бывает, что, когда я наказываю ребенка, мой муж (моя жена, бабушка и т. п.) начинает упрекать меня в излишней строгости.
36. Считаю, что в целом правильно воспитываю своего сына (свою дочь).
37. Я предъявляю к нему (ней) много требований.
38. По характеру я - мягкий человек.
39. Я позволяю ему (ей) гулять одному во дворе дома.
40. Я стремлюсь оградить его (ее) от трудностей и неприятностей жизни.
41. Я не допускаю, чтобы он(а) подмечал(а) мои слабости и недостатки.
42. Мне нравится его (ее) характер.
43. Я часто критикую его (ее) по мелочам.
44. Всегда с готовностью его (ее) выслушиваю.
45. Считаю, что мой долг - оградить его (ее) от всяких опасностей.
46. Я наказываю его (ее) за такие поступки, которые совершаю сам(а).
47. Бывает, я невольно настраиваю ребенка против других членов семьи.
48. Я устаю от повседневного общения с ним (ней).
49. Мне приходится заставлять его (ее) делать то, что он (она) не хочет.
50. Я прощаю ему (ей) то, за что другие наказали бы.
51. Мне хотелось бы знать о нем (ней) все: о чем он(а) думает, как относится к своим друзьям и т. д.,
52. Он(а) сам(а) выбирает, чем заниматься дома в свободное время.
53. Думаю, что для него (нее) я самый близкий человек.
54. Я приветствую его (ее) поведение.
55. Я часто высказываю свое недовольство им (ею).
56. Принимаю участие в делах, которые придумывает он(а).
57. Я часто думаю, что кто-то может обидеть его (ее).
58. Бывает, что упрекаю и хвалю его (ее), в сущности, за одно и то же.
59. Случается, что если я говорю ему (ей) одно, то муж (жена, бабушка и т. п.) специально говорит наоборот.
60. Мне кажется, мои отношения с ребенком лучше, чем в семьях большинства моих знакомых.

Приложение 2

Регистрационный бланк для методики
«Взаимодействие Родитель – Ребенок» (ВРР)

Ф.И.О. _____ Возраст _____ Образование _____

Ф.И. ребенка _____ Возраст _____

	Баллы			Баллы			Баллы			Баллы			Баллы	
1			13			25			37			49		
2			14			26			38			50		
3			15			27			39			51		
4			16			28			40			52		
5			17			29			41			53		
6			18			30			42			54		
7			19			31			43			55		
8			20			32			44			56		
9			21			33			45			57		
10			22			34			46			58		
11			23			35			47			59		
12			24			36			48			60		

Приложение 3

Ключ к методике «Взаимодействие Родитель – Ребенок» (ВРР) для родителей
дошкольников и младших школьников

	Баллы		Баллы		Баллы		Баллы		Баллы	Сумма по каждой шкале
1		13	***	25		37		49		1.
2		14	***	26		38	***	50	***	2.
3	***	15		27		39	***	51		3.
4	***	16		28		40		52	***	/2
5		17		29		41	***	53		4.
6	***	18	***	30		42		54	***	5.
7	***	19	***	31	***	43	***	55		/2
8		20		32		44		56		6.
9	***	21		33		45		57	***	7.
10	***	22	***	34	***	46	***	58	***	8.
11		23		35		47		59		9.
12		24		36		48	***	60		10.

Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР)

1. На свете так много разных болезней, что родители просто не в состоянии уберечь от них ребенка.
2. Ничто не тревожит меня так, как здоровье моего ребенка.
3. Врачи часто преувеличивают тяжесть болезни моего ребенка.
4. Правильно поступают те, кто ничего не требует от больного ребенка.
6. Все дети болеют, и это не повод для отчаяния.
7. Думаю, что здоровье моего ребенка хуже, чем говорят врачи.
8. Болезнь - это не повод для ничегонеделания и праздности ребенка.
9. Если ребенок болезненный, то с этим уже ничего не поделаешь.
10. Когда ребенок болен, у меня все валится из рук.
11. Болезнь моего ребенка серьезнее, чем может показаться со стороны.
12. Не понимаю тех, кто запрещает больному ребенку делать то, что ему по силам.
13. У хороших родителей дети почти не болеют.
14. Даже когда я знаю, что в болезни ребенка нет ничего страшного, я не могу избавиться от страха за него.
15. Не могу согласиться с теми, кто любую болезнь ребенка считает тяжелой.
16. Когда ребенок болен, я стараюсь любой ценой избавить его от всяких усилий.
17. Каковы бы ни были причины болезни, болеет ребенок или нет - зависит от родителей.
18. Не понимаю родителей, которые при заболевании ребенка теряют голову от страха.
19. Нет легких болезней у детей, а есть легкомысленное отношение родителей к ним.
20. Из-за болезни ребенок не должен забрасывать учебу.
21. Чем меньше бережешь ребенка от болезней, тем он здоровее.
22. В жизни ребенка не бывает периодов, когда можно быть спокойным за его здоровье.
23. Чаще всего я думаю, что болезнь ребенка не слишком тяжела.
24. Ребенок, в отличие от взрослого, не может активно бороться с болезнью.
25. Болезни детей - следствие несовершенства медицины.
26. Детские болезни совсем не так опасны, как о них порой говорят.
27. Врачи слишком привыкают видеть больных детей и потому часто недооценивают тяжесть болезни.
28. Всегда стараюсь, чтобы ребенок и во время болезни жил полноценной и активной жизнью.
29. Если бы воспитатели и учителя были так же заботливы, как родители, то дети бы не болели.

30. Мой ребенок не так здоров, чтобы можно было не тревожиться за его будущее.
31. Обследование детей чаще всего слишком поверхностно, чтобы увидеть, как серьезно болен ребенок.
32. Есть обязанности, от которых ребенок не освобождается и во время болезни.
33. Не понимаю тех, кто винит себя в болезни ребенка.
34. Я не могу позволить себе впасть в панику из-за болезни ребенка.
35. За хорошим самочувствием ребенка слишком часто кроются серьезные болезни.
36. Лишать больного ребенка посильных для него дел - значит делать его еще более больным.
37. Болеет ребенок или нет - зависит от судьбы и случая.
38. Многие завидуют моей способности сохранять самообладание, когда ребенок болен.
39. Считаю, что мой ребенок нуждается в более серьезном лечении.
40. За редкими исключениями абсолютный покой во время болезни больше вредит ребенку, чем помогает.

Приложение 5

Бланк для методики диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР)

1	5	9	13	17	21	25	29	33	37	
2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	
3	7	11	15	19	23	27	31	35	99	
4	8	12	15	20	24	28	32	36	40	

Ключ к методике диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР)

И	1 +	5 -	9 +	13 -	17 -	21 -	25 +	29 +	33 +	37 +
Т	2 +	6 -	10 +	14 +	18 -	22 +	26 -	30 +	34 -	38 -
Н	3 -	7 +	11 +	15 -	19 -	23 -	27 +	31 +	35 +	39 +
А	4 +	8 -	12 -	16 +	20 -	24 +	28 -	32 -	36 -	40 -

Таблица статистической обработки достоверных отличий между группами
(методика ОРО)

Шкалы	Критерий Стьюдента			
	С учетом	Значение	Число степеней свободы	Уровень достоверности
Принятие – отвержение	общей дисперсии для двух групп	2,642	48	0,011 ($p < 0,05$)
	дисперсий по группам	2,642	47,508	0,011 ($p < 0,05$)
Кооперация	общей дисперсии для двух групп	- 7,777	48	0,00 ($p < 0,01$)
	дисперсий по группам	- 7,777	39,963	0,00 ($p < 0,01$)
Симбиоз	общей дисперсии для двух групп	- 3,361	48	0,002 ($p < 0,01$)
	дисперсий по группам	- 3,361	47,581	0,002 ($p < 0,01$)
Авторитарная гиперсоциализация	общей дисперсии для двух групп	3,246	48	0,002 ($p < 0,01$)
	дисперсий по группам	3,246	43,059	0,002 ($p < 0,01$)
Инфантилизация	общей дисперсии для двух групп	6,311	48	0,00 ($p < 0,01$)
	дисперсий по группам	6,311	33,529	0,00 ($p < 0,01$)

Таблица статистической обработки достоверных отличий между группами
(методика PARI, группа шкал «Оптимальный эмоциональный контакт»)

Шкалы	С учетом	Критерий Стьюдента		
		Значение	Число степеней свободы	Уровень достоверности
Вербализация	общей дисперсии для двух групп	1,089	48	0,282
	дисперсий по группам	1,089	41,493	0,282
Партнерские отношения	общей дисперсии для двух групп	-0,408	48	0,685
	дисперсий по группам	-0,408	47,803	0,685
Развитие активности ребенка	общей дисперсии для двух групп	-2,283	48	0,027 ($p < 0,05$)
	дисперсий по группам	-2,283	47,409	0,027 ($p < 0,05$)
Уравнительные отношения	общей дисперсии для двух групп	-1,918	48	0,061
	дисперсий по группам	-1,918	47,823	0,061

Таблица статистической обработки достоверных отличий между группами (методика PARI, группа шкал «Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком»)

Шкала	С учетом	Критерий Стьюдента		
		Значение	Число степеней свободы	Уровень достоверности
Раздражительность	общей дисперсии для двух групп	0,871	48	0,388
	дисперсий по группам	0,871	47,467	0,388
Строгость, излишняя суровость	общей дисперсии для двух групп	1,333	48	0,189
	дисперсий по группам	1,333	45,830	0,189
Уклонение от контакта с ребенком	общей дисперсии для двух групп	0,985	48	0,330
	дисперсий по группам	0,985	47,932	0,330

Таблица статистической обработки достоверных отличий между группами
(методика PARI, группа шкал «Излишняя концентрация на ребенке»)

Шкала	С учетом	Критерий Стьюдента		
		Значение	Число степеней свободы	Уровень достоверности
Чрезмерная забота	общей дисперсии для двух групп	- 2,894	48	0,006 ($p < 0,01$)
	дисперсий по группам	- 2,894	38,831	0,006 ($p < 0,01$)
Преодоление сопротивления	общей дисперсии для двух групп	3,102	48	0,003 ($p < 0,01$)
	дисперсий по группам	3,102	30,815	0,004 ($p < 0,01$)
Создание безопасности	общей дисперсии для двух групп	1,993	48	0,052
	дисперсий по группам	1,993	32,056	0,055
Исключение внесемейных влияний	общей дисперсии для двух групп	1,374	48	0,176
	дисперсий по группам	1,374	44,842	0,176
Подавление агрессивности	общей дисперсии для двух групп	2,103	48	0,041 ($p < 0,05$)
	дисперсий по группам	2,103	38,717	0,042 ($p < 0,05$)
Подавление сексуальности	общей дисперсии для двух групп	1,648	48	0,106
	дисперсий по группам	1,648	36,266	0,108
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	общей дисперсии для двух групп	- 1,759	48	0,085

	дисперсий по группам	- 1,759	45,793	0,085
Стремление ускорить развитие ребенка	общей дисперсии для двух групп	- 2,398	48	0,020 ($p < 0,05$)
	дисперсий по группам	- 2,398	37,976	0,022 ($p < 0,05$)

Таблица статистической обработки достоверных отличий между группами
(методика ВРР)

Шкала	С учетом	Критерий Стьюдента		
		Значение	Число степеней свободы	Уровень достоверности
Нетребовательность – требовательность	общей дисперсии для двух групп	0,710	48	0,481
	дисперсий по группам	0,710	44,945	0,481
Мягкость – строгость	общей дисперсии для двух групп	2,123	48	0,039 ($p < 0,05$)
	дисперсий по группам	2,123	47,694	0,039 ($p < 0,05$)
Автономность – контроль	общей дисперсии для двух групп	1,411	48	0,165
	дисперсий по группам	1,411	47,722	0,165
Эмоциональная дистанция – эмоциональная близость	общей дисперсии для двух групп	- 2,449	48	0,018 ($p < 0,05$)
	дисперсий по группам	- 2,449	42,076	0,019 ($p < 0,05$)
Отвержение – принятие	общей дисперсии для двух групп	- 3,195	48	0,002 ($p < 0,01$)
	дисперсий по группам	- 3,195	47,443	0,002 ($p < 0,01$)
Отсутствие сотрудничества – сотрудничество	общей дисперсии для двух групп	- 3,760	48	0,00 ($p < 0,01$)

	дисперсий по группам	- 3,760	46,642	0,00 (p< 0,01)
Тревожность за ребенка	общей дисперсии для двух групп	1,065	48	0,292
	дисперсий по группам	1,065	47,170	0,292
Непоследовательность – последовательность	общей дисперсии для двух групп	1,321	48	0,193
	дисперсий по группам	1,321	47,833	0,193
Воспитательная конфронтация в семье	общей дисперсии для двух групп	- 0,309	48	0,759
	дисперсий по группам	- 0,309	45,362	0,759
Удовлетворенность отношениями с ребенком	общей дисперсии для двух групп	- 1,346	48	0,185
	дисперсий по группам	- 1,346	47,847	0,185

Таблица статистической обработки ранговой корреляции Спирмена

	Шкалы		Общее отношение к ребенку	Отношение к болезни ребенка
Коэффициент ранговой корреляции Спирмена	Общее отношение к ребенку	Коэффициент корреляции	1,000	0,995
		Уровень достоверности	.	0,00 ($p < 0,01$)
	Отношение к болезни ребенка	Коэффициент корреляции	0,995	1,000
		Уровень достоверности	0,00 ($p < 0,01$)	.

Рекомендации по оказанию психологической помощи матерям, воспитывающим детей дошкольного возраста с нарушениями зрения

В соответствии с полученными результатами нашего исследования, мы предлагаем следующую систему работы психолога с матерями, воспитывающими детей дошкольного возраста с различными нарушениями зрения. Данная система включает в себя следующие формы и направления работы психолога:

- индивидуальные консультации матерей;
- различные тренинги и психологическая коррекция с целью оптимизации материнско-детских отношений;
- психологическая коррекция психических состояний матерей (раздражительность, тревожность и др.);
- различные методы психологического просвещения (групповые консультации, родительские собрания и др.);
- посещение индивидуальных занятий своего ребенка с педагогами (по возможности);
- психологическая профилактика.

Первым направлением работы психолога по оказанию помощи данной категории клиентов будет проведение индивидуальной консультации с целью установления контакта и доверительных отношений. Процесс консультирования может включать в себя несколько этапов: знакомство; определение различных проблем как семьи в целом, так и только одной матери; выделение способов решения указанных проблем и подведение итогов консультации.

Первичное знакомство психолога с матерью может оказать достаточное влияние по дальнейшую работу психолога со своим клиентом. Здесь важно использовать различные невербальные средства для установления контакта (например, выразительная мимика, «открытость» улыбки и др.).

Второй этап консультирования предполагает проведение беседы с клиентом (в нашем случае, с матерью) о тех проблемах, которые его волнуют. Здесь психолог должен внимательно слушать клиента и ставить вопросы для уточнения. На данном этапе работы психолог может получить достаточно полную информацию о семье и ее членах. Также психолог может изучить различные документы о членах семьи, если такие предоставляются (например, различные работы ребенка, результаты медицинских, педагогических исследований и др.).

Третий этап консультирования (выделение способов решения указанных проблем) может зависеть от задач консультирования и самих проблем клиента, а последний этап консультации (подведение итогов) предполагает повторное формулирование проблем клиента и интерпретация трудностей и способов их решения уже самим клиентом.

Следующей формой работы психолога с матерями в дошкольном образовательном учреждении для детей с нарушениями зрения, на наш взгляд, является развивающая и психокоррекционная работа, включающая в себя различные тренинги и коррекционно-развивающие упражнения. На данном этапе работы можно использовать как разработки различных специалистов, так и собственно составленные программы психокоррекции.

Мы рекомендуем матерям, воспитывающим детей дошкольного возраста с нарушениями зрения, пройти тренинг взаимодействия родителей с детьми, разработанный И.М. Марковской. Авторская программа этого тренинга способствует установлению партнерских отношений и сотрудничества со своими детьми. Тренинг предполагает занятия матерей со своими детьми в течение 2 месяцев с периодичностью два раза в неделю. И.М. Марковская выделяет 12 таких занятий, каждое из которых имеет свои задачи.

Также психолог в своей работе может использовать еще два тренинга, которые направлены на улучшение детско-родительских отношений, разработанных отечественными специалистами: тренинг коммуникативных

умений для родителей и детей Л.Н. Шепелевой и программу развития детско-родительских отношений Л.В. Чернецкой.

Тренинг коммуникативных умений для родителей и детей Л.Н. Шепелевой представляет собой комплекс из 10 занятий, направленных на улучшение и взаимодействие отношений с детьми. На это направлен и второй тренинг (программа), которая также включает в себя 10 различных занятий.

Также психолог в своей работе с такими матерями (к тому же, совместно с их детьми) может использовать арт-терапевтические альбомы (как детский, так и взрослый) для улучшения взаимоотношений между матерями и их детьми. Данные альбомы были разработаны Барыбиной Анной и Васиной Еленой. В данных альбомах имеются различные психологические техники (тематические рисунки, коллажи, сочинение сказок и др.), состоящие их 20 занятий (встреч).

Для общей коррекционной работы с матерями к тому же можно использовать авторскую разработку В.В.Ткачевой по психокоррекционной работе с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Она позволяет улучшить не только детско-родительские отношения между матерью и ребенком с нарушением зрения, но и позволит понизить уровень тревожности матери по отношению к своему малышу.

Для снижения таких психических состояний у матерей, как тревожность и раздражительность, мы рекомендуем использовать групповые и индивидуальные методы по коррекции (например, экзистенциальное направление, рационально-эмотивная терапия, арттерапия, танцевальная терапия, психогимнастика и др.).

При оказании психологической помощи специалист может самостоятельно составить авторскую программу коррекции. При составлении такой программы для матерей и их детей дошкольного возраста с различной патологией органов зрения, можно придерживаться пятиэтапной структуры составления психокоррекционных программ, разработанной В.Д. Никулиной:

1. Разминка (использование разнообразных психогимнастических упражнений по методу А.Г. Назаровой и М.И. Чистяковой). На этом этапе участники

подготавливаются к работе. Можно также использовать различные упражнения, которые позволяют снизить напряженность между участниками и сократить дистанцию в отношениях.

2. Основная часть (различные элементы музыка- и сказкотерапии, ролевые игры), которая предполагает коррекцию детско-родительских отношений;
3. Проективный рисунок и/или танцевальная терапия, которые проводятся совместно с матерью и ребенком. После их окончания автор проводит обсуждение.
4. Разнообразные подвижные игры нацелены на движение, тренировку реакций, развития внимания и координации движения у детей.
5. Заключительная часть (релаксация и подведение итогов).

Далее мы рекомендуем проводить психологическое просвещение матерей. Сюда могут относиться различные родительские собрания, семинары, и лекции, беседы, выставки различной психолого-педагогической литературы, а также оформление разных информационных стендов в группах детей. Данное направление работы психолога предполагает обеспечение различного рода информацией матерей по психологическим проблемам и повышение их психологической культуры. Вот примерная тематика различных форм психологического просвещения.

Родительские собрания:

1. «Я как родитель».
2. «Различные подходы к воспитанию детей».
3. «Конфликты с детьми. Как их решить?».
4. «Наказывать или нет – против или за?».
5. «Мой ребенок не такой как все. Что делать?».
6. «Чему и как учить моего ребенка».
7. «Что такое дисциплина».
8. «Особенности развития ребенка с нарушениями зрения».

Семинары и лекции можно посвятить знакомству матерей с различными закономерностями психического развития детей с нарушениями зрения. Здесь можно использовать разнообразные видео- и фотоматериалы, демонстрацию различных упражнений для улучшения соматического и психологического развития детей с данной патологией.

Беседы:

1. «Боится ли ваш ребенок чего-либо?»
2. «Агрессивен ли он?»
3. «Какие игрушки вы используете для развития ребенка?»
4. «Какие трудности вы испытываете при воспитании своего ребенка?»

При оформлении стендов для родителей мы рекомендуем менять информацию ежемесячно, в зависимости от годового плана, потребностей и задач работы психолога.

Также мы рекомендуем матерям посещать занятия педагогов с детьми (по возможности). На таких занятиях мать может получить консультацию педагога, а также мать на таком занятии увидит различные приемы работы с ребенком с патологией органов зрения. Также на таких занятиях матери могут получить различные консультации по воспитанию и обучению детей.