

Материнство: варианты переживания и поведения¹

Е. Б. Айвазян, кандидат психологических наук, С. Е. Иневаткина, кандидат психологических наук,
Г. Ю. Одиноква, Институт коррекционной педагогики РАО

Практически во всех основных психологических школах и направлениях детско-родительские отношения рассматриваются в качестве основного фактора, определяющего психическое развитие ребенка. Отечественные и зарубежные исследования развития детей доказывают, что искажения детско-родительских отношений приводят к различным нарушениям в психическом развитии ребенка – это и эмоционально-поведенческие расстройства, и нарушения интеллектуального, моторного и психосоматического развития. В отечественных исследованиях, посвященных изучению развития детей-инвалидов, взаимодействие с близким взрослым рассматривают как основу формирования способов общения, типичных видов деятельности, ведущей деятельности, психологических новообразований, самостоятельности, личностных качеств ребенка, его взаимодействия со сверстниками. Подчеркивается, что развитие взаимодействия начинается с эмоционального контакта и постепенно перерастает в сотрудничество, которое становится необходимым условием развития ребенка. В процессе сотрудничества ребенок усваивает способы приобретения общественного опыта, образцы поведения, овладевает определенными навыками и умениями, совершает мыслительные операции и т. д.



¹ Данная статья является продолжением публикации:

Материнство: восприятие себя и ребенка / Ю. А. Разенкова, Е. Б. Айвазян, С. Е. Иневаткина, Г. Ю. Одиноква // Синдром Дауна. XXI век. 2009. № 2. С. 10–17.

Для психолого-педагогической практики это означает, что без активного участия родителей «особого» ребенка в коррекционно-развивающей работе даже самые качественные коррекционные мероприятия рискуют оказаться малоэффективными. Однако проведенные исследования и опыт включения родителей в систему коррекционной помощи показали, что стратегии их поведения и степень активности, напрямую влияющие на эффективность коррекционной работы, характеризуются большим разнообразием. С этим обстоятельством связана высокая актуальность всестороннего изучения индивидуально-психологических факторов, обуславливающих различия в поведении родителей во взаимодействии с «особым» ребенком.

Для разработки данной проблематики наиболее адекватным эвристическим инструментом представляется понятие «**внутренняя материнская позиция**» (ВМП), определяемое как «**форма отражения, принятия и освоения женщиной своей социальной позиции матери**» (Е. И. Захарова). Данное понятие позволяет изучать в целостности и взаимовлиянии ряд феноменов, регулирующих материнское поведение в детско-родительских отношениях: **личностные смыслы материнства и их место в системе актуальных мотивов; эмоциональное отношение к материнству, к себе в роли матери и к ребенку; образ ребенка, образ себя в роли матери; представления о воспитании ребенка и отношениях с ним** (Е. Б. Айвазян, Г. А. Арина).

В данной работе, являющейся частью научно-исследовательской программы Института коррекционной педагогики РАО по изучению особенностей развития ВМП в условиях воспитания ребенка раннего возраста с различными отклонениями в развитии, экспериментальную группу составили матери и их дети раннего возраста с синдромом Дауна². Результаты первой части исследования, посвященной анализу особенностей содержания ВМП у матерей, воспитывающих ребенка с синдромом Дауна, освещены в нашей предыдущей публикации. В данной статье приводятся результаты, описывающие варианты ВМП у матерей, воспитывающих детей младенческого и раннего возраста с синдромом Дауна, их отражение в характеристиках материнского поведения во взаимодействии с ребенком и взаимосвязь с актуальным уровнем его психического развития.

Первое обоснование гипотеза о наличии индивидуальной вариативности ВМП матерей детей с синдромом Дауна получила тогда, когда было показано, что эмоциональное состояние большей части матерей, воспитывающих ребенка с синдромом Дауна, благополучно (по результатам теста Люшера актуальное эмоциональное состояние у женщин группы ДС наполнено позитивными эмоциями в 65,3 % случаев; в группе НР – в 55,4 % случаев, значимых различий нет). Полученный факт представлялся парадоксальным: в соответствии с общественными ожиданиями ситуация рождения и воспита-

ния ребенка с синдромом Дауна является остро стрессовой и должна негативно сказываться на характеристиках эмоционального фона. Однако обнаруженный факт показал, что наличие генетической аномалии у ребенка не является само по себе фактором, определяющим эмоциональное состояние матери. Появилось предположение о том, что негативные эмоции, обнаруженные в актуальном эмоциональном состоянии некоторых женщин, обусловлены не социальной ситуацией, а внутренними конфликтами, возможно связанными с материнством.

Для проверки этого предположения был предпринят второй шаг – изучение *эмоционального отношения к материнству*. С помощью методики «Цветовой тест отношений»³ было выделено четыре характерных паттерна сочетания позитивных и противоречивых переживаний, адресованных разным аспектам ситуации воспитания ребенка:

I вариант. Позитивное эмоциональное отношение к материнству, ребенку и себе (32,5 % случаев в группе ДС, 35,8 % в группе НР; значимых различий нет).

II вариант. Общее амбивалентное отношение к материнству, ребенку и себе (36,7 % и 39,1 % соответственно, значимых различий нет).

III вариант. Амбивалентное отношение к материнству на фоне позитивного отношения к ребенку (24,4 % и 20,6 %; значимых различий нет).

IV вариант. Амбивалентное отношение к ребенку на фоне эмоционального принятия материнской роли (6 % и 4,3 %, значимых различий нет).

Отсутствие различий между экспериментальной и контрольной группами по частотам выделенных вариантов явилось вторым обоснованием предположения о том, что особенности ВМП заданы не только и не столько социальной ситуацией, сколько личностными особенностями матери, в частности содержанием ее ценностно-смысловой сферы: смыслами материнства и ценностью ребенка. Для проверки этого предположения между тремя подгруппами с разными вариантами эмоционального отношения к материнству⁴ было проведено сравнение результатов методики «Незаконченные предложения» («Эмоционально-ценностное отношение к материнству»)⁵, методики исследования самооценки Дембо–Рубинштейн, модифицированной в целях исследования отношения к материнству, и опросника PARI. Результаты сравнения показали наличие значимых различий в содержании ценностных ориентаций и ценностных представлений, связанных с материнством, у женщин с разными паттернами эмоционального отношения к материнству и позволили описать 3 варианта ВМП в экспериментальной группе.

При **I варианте ВМП** позитивное эмоциональное отношение к ребенку и к себе в роли матери обнаруживается на фоне гармоничной, непротиворечивой структуры ценностных ориентаций, связанных с собственной самореализацией:

² В исследовании приняли участие 47 матерей, воспитывающих ребенка с синдромом Дауна (группа ДС); в качестве контрольной группы обследовано 92 матери, воспитывающие нормально развивающихся детей в возрасте от рождения до трех лет (группа НР). Испытуемые обеих групп в возрасте от 18 до 44 лет.

³ Методика разработана А. М. Эткингом (1980), модифицирована Е. Б. Айвазян (2005).

⁴ Четвертый вариант эмоционального отношения «Амбивалентное отношение к ребенку на фоне эмоционального принятия материнской роли» обнаружен только у трех человек, в связи с чем результаты, полученные для данной подгруппы по другим методикам, не могли быть включены в статистический анализ и адекватно проинтерпретированы.

⁵ Более подробное описание методики «Незаконченные предложения» («Эмоционально-ценностное отношение к материнству») представлено в нашей предыдущей публикации.

испытуемые ориентированы на самореализацию в семье, а амбиции относительно профессиональной деятельности не выражены. На декларируемом уровне матери этой подгруппы описывают себя еще более семейно-ориентированными. Косвенно это свидетельствует о том, что эти женщины расценивают собственные устремления как полностью социально одобряемые и потому не подлежащие «цензуре» при предъявлении в самоотчете.

Эмоциональное отношение матери к ситуации материнства определяется содержанием образа ребенка и образа себя в роли матери.

Содержание ценностных ожиданий, адресованных ребенку, и представления о воспитательных стратегиях напоминают результаты группы НР⁶: особая значимость будущих социальных достижений ребенка и авторитарность, строгость, контроль в воспитании. На ценностно-смысловом уровне система ожиданий остается незатронутой, как будто мамы не видят «особости» ребенка, его возможностей. Однако на декларируемом уровне картина ценностей скорректирована с учетом особенностей и возможностей малыша: самым значимым объявляются чувства, настроение и самоощущение ребенка – характеристики его внутреннего благополучия. То есть мамы знают, что важно развивать у ребенка и чего стоит ожидать от него. Возможно, эта трансформация содержания ценностей является результатом взаимодействия мам со специалистами служб ранней помощи, информирования о специфике развития ребенка с синдромом Дауна. Расхождение между содержанием эмоционально-смыслового и декларируемого уровней образа ребенка, возможно, обусловлено действием защитных механизмов, которые позволяют игнорировать или недооценивать разрыв между желаемым образом и реальными возможностями ребенка, сохранить позитивное эмоциональное отношение к нему и благополучный эмоциональный фон.

В структуре **II варианте ВМП** амбивалентное отношение к материнской роли соотносится с конфликтом между значимыми устремлениями и возможностями их реализации. В этой подгруппе обнаруживаются выраженные стремления к самореализации в лидерской и профессиональной роли, которые переживаются как недоступные или неуместные. Об этом свидетельствует значительное расхождение между результатами проективных и рефлексивных методик: в последних предъясняется гораздо более семейно-ориентированная картина.

Амбивалентные переживания в эмоциональном отношении к ребенку также присутствуют на фоне неразрешенного конфликта в системе ценностных ожиданий, адресованных ему: соответствие ребенка социальным требованиям (социальные достижения, успехи в развитии) и его личное благополучие одинаково высоко значимы, однако переживаются как взаимоисключающие. Можно видеть, что система ценностных ожиданий, адресованных ребенку, и эмоциональное отношение к нему оказываются связанными с характером отношения к синдрому. В данной подгруппе игнорировать синдром Дауна, как при первом варианте, не удается: в содержа-

ние ожиданий, адресованных ребенку, включаются новые ценности, что приводит к конфликту внутри этой системы. При этом появление на эмоционально-смысловом (но не только на декларируемом, как в первой подгруппе) уровне ценностей внутреннего благополучия ребенка отражается в трансформации воспитательных стратегий в сторону большей демократичности и равноправия.

При **III варианте ВМП** амбивалентное отношение к материнству сопряжено со специфическими представлениями о материнской роли: материнство, являясь способом самореализации и самоутверждения, воспринимается как целенаправленная деятельность, требующая серьезных усилий, а порой даже непосильная. Отношение к ребенку не содержит радости, а любовь к нему наполняется смыслами страдания, заботы и самоотдачи. В связи с этим к себе предъясняются высокие, специфические и противоречивые требования, например, одновременно значимыми являются такие материнские качества, как «мягкость» и «твердость».

Ценностные ожидания, адресованные ребенку, характеризуются снижением ценности тех качеств ребенка, которые являются труднодостижимыми из-за наличия у него синдрома Дауна (здоровье, интеллект, сходство со сверстниками), и повышением ценности качеств, реально достижимых для него (личностное благополучие, самостоятельность, доброта). При данном варианте ВМП обнаруживаются признаки безусловного принятия ребенка, а представления о воспитании характеризуются отсутствием как авторитарности и строгости, так и гиперопеки и контроля. Отсутствие противоречий в содержании образа ребенка соотносится с позитивным эмоциональным отношением к нему.

Описанные выше варианты ВМП показывают, что эмоциональное отношение матери к ситуации материнства определяется *содержанием образа ребенка и образа себя в роли матери*.

Позитивное эмоциональное отношение к ребенку (обнаружено в 55 % случаев) возможно в двух вариантах. Во-первых, позитивно относиться к ребенку позволяет ценностный акцент на его внутреннем состоянии, приоритет его психологического благополучия над социальным признанием. Во-вторых, позитивное эмоциональное отношение к ребенку может быть результатом действия защитного механизма игнорирования «дефекта», когда система ценностных ожиданий, адресованных ребенку, «нечувствительна» к особенностям, связанным с наличием у него синдрома Дауна, и представления о ребенке и его воспитании остаются такими же, как в контрольной группе.

Негативное эмоциональное отношение к ребенку (45 % случаев) присутствует на фоне конфликта, когда новые ценности внутреннего благополучия ребенка и демократичности во взаимодействии с ним, развивающиеся скорее всего под влиянием специалистов служб ранней помощи, оказываются столь же сильными и значимыми, как и «нормативные» ценности социальных достижений ребенка.

Полученные результаты позволяют также утверждать, что содержание образа ребенка является одним из факторов, определяющих особенности воспитательных стратегий: ориентация матерей на социальные достижения ребенка и его соответствие нормативным требованиям соотносится с авто-

⁶ Подробнее о ценностных ожиданиях, адресованных ребенку и себе в роли матери, см. в предыдущей публикации.

ритарностью, строгостью, контролем и стремлением к дистанции во взаимодействии с ребенком. Повышение ценностного статуса внутреннего благополучия ребенка, ориентация на его индивидуальные особенности и возможности отражается в трансформации воспитательных стратегий в сторону большей демократичности, равноправия и доверия к ребенку.

Негативное эмоциональное отношение к себе в материнской роли (62 % случаев) соотносится с конфликтом в системе ценностных ожиданий. Во-первых, это может быть конфликт между значимыми устремлениями и возможностями их реализации, как во второй подгруппе, когда желание самореализации в профессиональной роли переживается как недоступное или как неуместное. Во-вторых, это может быть конфликт между реальным представлением о себе и идеальным материнским образом, которому трудно соответствовать, как в третьей подгруппе. Соответственно **позитивное эмоциональное отношение к себе в материнской роли** (38 % случаев) качественно взаимосвязано с однозначным выбором способа самореализации в семейных ролях, который не противоречит ни собственным ценностным устремлениям, ни социальным ожиданиям.

Результаты эмпирического исследования позволяют обобщать наличие взаимосвязи между содержанием образа ребенка и образа себя в материнской роли. Эта взаимосвязь кажется очевидной во второй подгруппе: и в образе ребенка, и в образе себя как матери существует конфликт, связанный с вопросом самореализации. «Нормативные» пути и цели самореализации и для себя, и для ребенка воспринимаются как ценные и – одновременно – как недостижимые. Специфичность судьбы ребенка и своей собственной уже невозможно отрицать, однако согласиться с ней и начать строить новую стратегию жизни также не получается – или получается, но с драматическими переживаниями.

Первой подгруппе «особость» собственной ситуации удается «не замечать». Возможно, фундаментом такой позиции является изначальная направленность на жизнь в семье и самореализацию в материнской роли, для которой рождение «особого» ребенка не становится значимым препятствием. В этом случае хромосомная аномалия ребенка как бы не затрагивает перспективы самой женщины (во всяком случае, ближайшие) и касается только развития самого ребенка. Но и там «преградный» смысл синдрома неочевиден – в первые годы его жизни различия с другими детьми кажутся незначительными, а их влияние на будущее неизвестно. В этот период организовать жизнь ребенка и свою собственную так, как и было задумано, не слишком сложно, а если и дальше удастся обеспечить формальное соответствие развития ребенка «нормативному» (например, определить ребенка в массовый детский сад, общеобразовательную школу и т. д.), то причин для дискомфорта или декомпенсации не возникнет.

Можно предположить, что при более сложных и разнонаправленных представлениях о собственной самореализации, характерных для женщин из второй и третьей подгрупп, игнорирование влияния синдрома Дауна становится невозможным. Открытый конфликт, описанный для второй подгруппы, может быть разрешен – если согласиться со всеми теми изменениями, которые вносит синдром Дауна в жизненные перспективы и планы. Тогда признание «особости» ребенка, которое мы находим в третьей подгруппе в виде специфически трансформированной системы ценностных ожиданий, адресо-

ванных ему, означает и признание «особости» собственной судьбы и материнской роли. В результате материнская роль оказывается наполненной множеством предписаний и требований, которые одновременно и придают ей сверхзначимость, и вызывают сомнения в собственных возможностях.

Полученные результаты позволяют выдвинуть гипотезу о том, что обнаруженные варианты ВМП не являются по своей природе статичными и неизменными, а представляют собой *стадии развития ВМП*. Описанные варианты позволяют выдвинуть два предположения относительно порядка смены стадий.

Во-первых, динамика развития ценностных ожиданий, адресованных ребенку, может идти от игнорирования дефекта и особенностей развития ребенка с синдромом Дауна (первая подгруппа) к конфликту между «нормативными» ценностями социальной успешности и ценностями внутреннего благополучия (вторая подгруппа) и – далее – к трансформации ценностно-смысловой сферы в соответствии с новыми ценностными ориентирами (третья подгруппа).

Во-вторых, путь развития ВМП может начинаться с конфликта (вторая подгруппа), который может быть разрешен либо путем «защиты» нормативных ценностей и ожиданий, игнорирования особенностей и возможностей ребенка, позволяющим сохранить в неизменном виде проекты будущей жизни; либо путем трансформации ценностного поля, связанного с перспективами ребенка. В первом случае весь груз дискомфорта ляжет на ребенка, который должен будет соответствовать «норме» или хотя бы создавать видимость такого соответствия. Во втором случае отягощенной окажется материнская роль, потому что именно на мать ложится вся ответственность.

На сегодняшний день все большее распространение получает новая модель психолого-педагогического сопровождения семьи «особого» ребенка, которая, помимо коррекционно-педагогической работы и поддержки ребенка, включает методы психологической помощи членам этой семьи и практическое обучение родителей взаимодействию со своим ребенком.

Изучение ВМП как фактора развития взаимодействия в паре мать – ребенок с синдромом Дауна осуществлялось путем поиска взаимосвязей между вариантами ВМП и такими параметрами материнского поведения в детско-родительских отношениях, как *объем участия матери в реабилитации ребенка* (активное участие матери и «отказ» от участия) и *особенности поведения во взаимодействии с ребенком* («позитивный» и «негативный» контакт). Оценка объема участия матери в реабилитации ребенка осуществлялась с помощью интервьюирования матерей и специалистов, работающих с парами мать – ребенок с синдромом Дауна; оценка поведения матерей во взаимодействии с ребенком – путем контент-анализа видеоматериалов взаимодействия матери и ребенка в ситуациях общения.

Активным участием в реабилитации ребенка было названо такое поведение матерей, когда они с удовольствием проводят много времени со своим ребенком и искренне сожалеют, если это не удается; серьезно подходят к вопросу поиска центра развития и специалистов, настаивают на дополнительных занятиях, привлекают специалистов частным образом, пользуются рекомендациями, полученными в центре, для занятий с ребенком дома. Посещение ребенком детского сада рассматривается как возможность для его развития, поэтому дошкольное учреждение выбирается очень тщательно. Часто такие мамы активно помогают семьям, оказавшимся в аналогичной ситуации.

«Отказом» от участия в реабилитации ребенка названо поведение матерей, которые не стремятся проводить много времени со своим ребенком, тяготятся необходимостью заниматься им. Воспитание ребенка по возможности перекладывается на бабушек, нянь, специалистов круглосуточного детского сада и т. д. Эти матери формально относятся к посещению центров ранней помощи: приходят только по приглашению специалистов, нередко под разными предлогами отказываются от визитов, игнорируют «домашние задания». В детский сад определяют ребенка для собственного удобства, чтобы получить свободное время.

«Позитивным» контактом названо такое поведение матерей, когда они стимулируют и поддерживают диалог с ребенком, предлагают разнообразные игры и занятия, организуют игру как поочередное (мать – ребенок – мать – ребенок) выполнение действий (кормление, причесывание, строительство). Матери реагируют высказываниями, прикосновениями, поглаживаниями, ласковыми похлопываниями на все инициативы и сигналы со стороны ребенка, комментируют состояние, настроение, действия ребенка, а также все, что попадает в его поле зрения. Вокализации ребенка, его жесты, игровые дей-

ствия матерью «отзеркаливаются», получают позитивную оценку; для ребенка постоянно создается ситуация успеха.

«Негативным» контактом названы случаи, когда матери не поддерживают диалог с ребенком, затрудняются предложить ему посильные и интересные для него игры и занятия. В игре не принимают активного участия, чаще всего находятся на расстоянии и молча наблюдают за манипуляциями ребенка. Комментарии к действиям ребенка или отсутствуют, или обращены к окружающим людям, а не к малышу. Матери игнорируют сигналы ребенка: его инициативы, вокализации, жесты и другие доступные средства общения остаются без внимания. При выполнении предметных действий или произнесении слогов мать требует от ребенка качества, в противном случае его поведение и действия критикуются. Результаты сопоставления характеристик взаимодействия в паре мать – ребенок и вариантов ВМП приведены в таблице.

Можно видеть, что наиболее благополучной является подгруппа женщин с III вариантом ВМП – здесь имеют место и активное участие в реабилитации ребенка, и «позитивный» контакт при взаимодействии. У испытуемых с I вариантом ВМП отмечается активное участие в реабилитации ребенка, но взаимодействие может характеризоваться как «позитивным», так и «негативным» контактом. У женщин со II вариантом ВМП преобладает «негативный» контакт, а позиция матери по отношению к реабилитации ребенка может быть разной.

Таким образом, тип ВМП находит отражение в характеристиках поведения матери – как ее активности в том, что касается реабилитации ребенка, так и непосредственно во взаимодействии с ним.

Наши данные подтвердили также взаимосвязь между поведением матери в детско-родительских отношениях и уровнем психического развития ребенка.



Варианты ВМП	I вариант	II вариант	III вариант
Активное участие в реабилитации ребенка	75 %	47 %	100 %
«Отказ» от участия в реабилитации ребенка	25 %	53 %	0 %
Значимость различий	$p \leq 0,05$	Нет различий	$p \leq 0,01$
«Позитивный» контакт	64 %	31 %	80 %
«Негативный» контакт	36 %	69 %	20 %
Значимость различий	Нет различий	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$

Было показано, что в **100 % случаев «отказа» матери от участия в реабилитации ребенка развитие детей характеризуется значительной глубиной отставания от возрастной нормы.** Этот результат не является неожиданным: именно активный поиск возможностей для развития потенциала своего ребенка – поиск «нужных» специалистов, лучших центров, большой собственный вклад в рамках домашних занятий – во многом определяет и уровень развития малыша, и его дальнейшую судьбу. В свою очередь, при «отказе» матери от участия в реабилитации ребенка, даже при наличии у него определенного потенциала, лишен возможности для его использования.

Однако активного участия матери в реабилитации ребенка недостаточно для его благополучного развития. Так, у половины детей, матери которых активно участвуют в их реабилитации (таковых отказалось 67 % группы ДС), психическое развитие характеризуется незначительным отставанием от возрастной нормы, а у другой половины – значительным⁷.

Основным фактором развития ребенка является качество взаимодействия с ним близкого взрослого: **у 94 % детей с незначительной глубиной отставания психического развития от возрастной нормы поведение матери характеризуется «позитивным» контактом; у 76 % детей с выраженным отставанием поведение матери характеризуется «негативным» контактом.** Вывод, который напрашивается первым, – это вывод о том, что выраженная задержка в развитии ребенка затрудняет взаимодействие матери с ним, то есть «негативный» контакт – это реакция матери на «тяжелого» ребенка. Вне всякого сомнения, такая взаимосвязь существует, однако существует и обратное направление влияния: образно говоря, чем хуже взаимодействие, тем хуже развивается ребенок.

Характер взаимодействия матери в паре мать – ребенок с синдромом Дауна напрямую связан с активностью матери в реабилитации ребенка: у 100 % испытуемых с «позитивным» контактом наблюдается активное участие в реабилитации ребенка.

Однако у 26 % испытуемых активное участие в реабилитации ребенка сочетается с «негативным» контактом в рамках взаимодействия. Феноменологический анализ позволил описать специфику взаимодействия в этих диадах. В данном случае мамы сфокусированы на достижении ребенком нормативных показателей развития, но соответствие ребенка нормативам имеет для них формальный характер. Например, мамы обучают ребенка «правильным» действиям с предме-

тами и игрушками, забывая, что эти навыки не имеют самостоятельной ценности, а обслуживают развитие у него таких характеристик, как инициативность и активность. В качестве конкретного примера можно привести ситуацию, в которой мама стала поправлять специалиста, когда тот предложил ребенку найти «окошки» для геометрических фигурок (методика «Почтовый ящик»): «Нет, не так! Мы всегда начинаем с красной стороны и не с кубика, а с шарика!»

В результате дети, воспитываемые такими матерями, способны активно совместно с мамой демонстрировать различные ранее действия с игрушками и предметами, репертуар которых может быть достаточно широким. При этом действия воспроизводятся только в жестко заученном порядке. Такие дети находятся на более низком уровне развития общения: в ситуации пассивности взрослого они не иницируют контакт с ним, в ситуации предметной деятельности и ситуативно-делового общения начинают проявлять инициативу только после обращений взрослого, в совместной деятельности и ситуации с незнакомой игрушкой занимают пассивную позицию, ждут инициативы взрослого, не проявляют настойчивости в привлечении внимания взрослого к предметам и действиям с ними.

Полученные результаты в первую очередь свидетельствуют о том, что **работа с матерями, воспитывающими детей первых трех лет жизни с синдромом Дауна, в службах ранней помощи должна быть дифференцирована по содержанию, методам и стратегиям взаимодействия специалистов.**

Наиболее благополучным для развития ребенка является III вариант ВМП. Безусловно, в структуре такой позиции есть свои проблемные зоны, а в жизни этих мам – сложные моменты и переживания, но в данном случае можно говорить о таких ресурсах, как высокая и непротиворечивая родительская мотивация, рефлексия собственных действий, стремление совершенствоваться в воспитании и развитии ребенка. В связи с этим психологическая помощь таким матерям может оказываться по запросу, а в ряде случаев педагогической поддержки может быть достаточно. Более того, ресурсы представительниц данной подгруппы могут быть использованы в работе с другими семьями. Можно предположить, что общественная деятельность и возможность помочь другим семьям, оказавшимся в аналогичной ситуации, будет значимым вкладом в их собственную самореализацию.

I вариант ВМП можно считать фактором риска искажений поведения матери во взаимодействии с ребенком, которые могут быть связаны с недооценкой его особенностей и специфики

⁷ Психическое развитие детей оценивалось при помощи методики «Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни» (Э. Л. Фрухт, К. Л. Печора, Г. В. Пантюхина). Незначительным отставанием в развитии мы считали отставание на 2–3 эпикризных срока, значительным – отставание на 4 и более эпикризных срока.



потребностей. Соответственно специалисты должны фокусировать внимание матери на «особом» развитии ее ребенка. В ходе психолого-педагогической коррекции взаимодействия между матерью и ребенком раннего возраста с синдромом Дауна необходимы специальные формы обучения взаимодействию, целью которых должно стать повышение чувствительности матери к реакциям ребенка. Необходима разработка эффективных приемов по обучению матери поддержке всех инициатив и сигналов ребенка и правильному реагированию на них.

Наличие II варианта ВМП является фактором, определяющим необходимость в первую очередь психологической и психокоррекционной помощи, адресованной матери, а основным специалистом, сопровождающим семью на первом этапе в службе ранней помощи, должен быть психолог. Наблюдаемые в этой подгруппе особенности поведения, такие как снижение социальной активности, избегание социальных контактов, отказ от помощи и др., должны рассматриваться не как сознательный выбор семьи, а как симптоматика в структуре реакции на стресс, требующая психологической коррекции. Подключение педагога и начало коррекционных занятий с ребенком на первом этапе работы с семьей в службе ранней помощи могут оказаться малоэффективными.

На сегодняшний день все большее распространение получает новая модель психолого-педагогического сопровождения

семьи «особого» ребенка, которая, помимо коррекционно-педагогической работы и поддержки ребенка, а также просветительской работы с родителями, составляющих традиционную модель психолого-педагогического сопровождения, включает методы психологической помощи членам этой семьи и практическое обучение родителей взаимодействию со своим ребенком. По результатам нашего исследования для дальнейшего развития этой модели и повышения ее эффективности необходимо, во-первых, включение новой составляющей – **психологической помощи членам семьи особого ребенка и психолого-педагогической коррекции взаимодействия между матерью и ребенком раннего возраста**. Во-вторых, необходимо развитие дифференциации содержания, форм и порядка оказываемой помощи с учетом индивидуальных особенностей семьи, психологических особенностей и состояния матери, в частности с учетом варианта ее внутренней материнской позиции. Развитие содержания и методов психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, повлечет за собой и организационные изменения. В службах ранней помощи необходима организационная вариативность: для каждой семьи требуется разработка и реализация собственного маршрута продвижения от специалиста к специалисту, что также должно определяться не только актуальным уровнем развития ребенка, но и особенностями внутренней материнской позиции.

Литература

1. Материнство: восприятие себя и ребенка / Ю. А. Разенкова, Е. Б. Айвазян, С. Е. Иневаткина, Г. Ю. Одинокова // Синдром Дауна. XXI век. 2009. № 2. С. 10–17.
2. Айвазян Е. Б., Арина Г. А. Становление внутренней материнской позиции в период беременности // Дефектология. 2008. № 2. С. 8–15.
3. Захарова Е. И. Проблема содержания психологической готовности к родам // Медико-психологические аспекты современной перинатологии : книга материалов III Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию. М. : Academia, 2001. С. 93–97.
4. Эткинд А. М. Цветовой тест отношений // Общая психодиагностика. М., 1987. С. 221–227.
5. Айвазян Е. Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности : дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 321 с.
6. Пантюхина Г. В., Печора К. Л., Фрухт Э. Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни. М. : ЦОЛИУВ, 1983.