

УДК 159.98:316.362:376-058.68

Мушкевич Мирослава Іванівна
кандидат психологічних наук, доцент,
завідувачка кафедри медичної психології
та психодіагностики
Східноєвропейського національного
університету імені Лесі Українки

НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО СІМ'Ї З ПРОБЛЕМНОЮ ДИТИНОЮ

У статті розкрито основні труднощі у функціонуванні сім'ї, яка має проблемну дитину. Виділено фази реакцій батьків на народження проблемної дитини, узагальнено коло проблем, які трапляються у сім'ях, описано типові ситуації функціонування та дисфункційні симптоми.

Ключові слова: проблемна дитина, травмуюча ситуація, фази адаптації, атмосфера сім'ї, дисфункційні симптоми, поле взаємодії.

Мушкевич М. И. Научные подходы к семье, которая имеет проблемного ребенка. В статье раскрыты основные трудности функционирования семьи трудности функционирования семьи, которая имеет проблемного ребенка. Выделены фазы реакций родителей на рождение проблемного ребенка, обобщен круг проблем, с которыми встречается такая семья, описано их типичные ситуации функционирования и дисфункциональные симптомы.

Ключевые слова: проблемный ребенок, травмирующая ситуация, фазы адаптации, атмосфера семьи, дисфункциональные симптомы, поле взаимодействия.

Mushkevych M. I. The Scientific Approaches to the Family which Has Problem Child. The article presents theoretical materials, which discovers the main function difficulties of the family with problem child. The phases of parental reactions to the birth of the problem child are distinguished, the range of this kind of families problems are summarized, the typical situations of functioning and dysfunctional symptoms are described.

Keywords: problem child, traumatic situations, adaptations fazes, family atmosphere, dysfunctional symptoms, interaction field.

Постановка наукової проблеми та її значення. Труднощі, які сім'я проблемної дитини переживає постійно, значно відрізняються від щоденних турбот, якими живе сім'я, що виховує відносно здорову дитину. Через народження дитини з проблемами у розвитку стосунки у сім'ї, а також контакти з соціумом набувають викривленого характеру. Причини деформації пов'язані з психологічними особливостями стану дитини, а також зі значним психологічним навантаженням, яке несуть члени родини у зв'язку з тривалою дією психотравмуючого стресу. Аналіз теоретичної літератури вказав на наявність концептуальних підходів щодо особливостей впливу сім'ї на психічний розвиток дитини, у той же час проблема психотравмуючого впливу народження хворої дитини на членів ядерної і розширеної сімейної системи майже не перебувала у фокусі науково-практичного розгляду у вітчизняних дослідженнях (насамперед через ідеологічні обставини минулого).

Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми. На Заході сім'я проблемної дитини стала набувати соціального значення ще у 60-х роках ХХ ст. і в подальшому була предметом наукового дослідження в роботах А. Dearling. (1993), Р. Barham, R. Hayward (1994), М. Seligman, R. Darling (1995), L. Johnson Dale (1997). У пострадянському просторі проблеми сімей, що виховують проблемних дітей, висвітлювались у працях таких дослідників, як: Е. В. Тиха (формування самосвідомості батьків, які переживають психотравмуючу ситуацію), Л. М. Шипіцина (взаємини в родинах, де виховуються діти з розумовою відсталістю; особистісні особливості матерів, що виховують дітей з розумовою відсталістю), Е. Г. Ейдемільер, В. Юстицькіс (структурно-функціональні особливості сімей із психічно хворим; основні напрямки розвитку сім'ї психічно хворого), В. А. Вишневський, Р. Ф. Майрамян (поява у батьків різних соматичних захворювань, астеничних та вегетативних розладів, депресивної симптоматики), В. В. Ткачова (виникнення у батьків дітей-інвалідів особистісних порушень, певних характерологічних рис особистості,

переважаючих особистісних тенденцій), І. Б. Іванова (соціально-психологічні проблеми родин) та ін.

Проблеми сімей, в яких є аномальна дитина, розглядалась в працях Т. Г. Богданової, Н. В. Мазурової (1998), В. А. Вішньовського (1984, 1985, 1987), Б. А. Воскресенського (1975, 1976, 1979, 1985), Т. А. Добровольської (1989, 1991), О. І. Захарова (1974, 1982, 1988), І. Ю. Левченко (1984, 1986, 1989, 1991), Р. В. Майрамяна (1974, 1975, 1976, 1977, 1985), І. І. Мамайчук, В. Л. Мартинова, Г. В. П'ятакової (1989), Є. М. Мастюкової (1981, 1990, 1991, 1992, 1993, 1997), І. А. Раку (1997, 1981), М. М. Семаго (1992), І. А. Скворцова та Т. Н. Осіпенко (1995), А. С. Співаковської (1981), Н. Б. Шабаліної (1989, 1991), А. Р. Шаріпова та З. Ф. Гафуровой (1998), В. В. Юртайкіна, О. Г. Комарової (1996) і ін. Однак ці дослідження обмежились лише констатацією необхідності розробки спеціальних заходів, спрямованих на реабілітацію цієї категорії осіб, а в рамках корекції пропонувалось консультування батьків спеціалістами різних профілів (психологами, педагогами, лікарями). Ми розділяємо погляди В. В. Ткачової [13] та Є. В. Тихої про те, що зроблені лише перші кроки у вирішенні даної проблеми, а саме психологічні зміни в структурі особистості таких батьків досліджені тільки в аспекті вибудови навчально-виховної й реабілітаційної роботи з дітьми. Подальші кроки потребують пошуку шляхів, методів та способів допомоги всій сім'ї, яка має проблемну дитину.

Саме тому **метою** нашого дослідження стало вивчення психотравмуючого впливу народження та виховання дитини з особливими потребами на членів сім'ї, особливостям функціонування в сім'ї як системі (шлюбній, батьківській, сиблінговій) і вплив такого функціонування на динаміку змін психічного розвитку проблемної дитини, чому приділяється значно менше уваги, ніж вивченню особистісних особливостей такої дитини та її негараздів, пов'язаних з наявністю певних обмежень.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. На нинішньому етапі в Україні проблеми сімей, в яких є аномальна дитина, розглядалась в працях О. В. Абрамова (2000),

Т. П. Вісковатової (2006 – 2007), Н. І. Подгорільської (2010), М. І. Радченко (2002). Найчастіше предметом вивчення були діти та родини дітей з «явними» психофізичними розладами, розумовою відсталістю. Автори відмічають наступні «больові» сфери у цій проблемі: відчуження, негативне ставлення близьких до дітей з порушеннями, гіперопіка дитини, порушення міжособистісних стосунків членів сім'ї (мати-батько, мати-інші родичі, друзі). Крім того, досліджуються різноматні соматичні та психічні розлади, що викликаються переживанням факту народження дитини.

Достатньою мірою вивчені етапи та стадії переживання батьками (матерями) стресової ситуації, спричиненої народженням дитини-інваліда (В. Г. Росс, 1967; А. Міллер, 1968; М. М. Семаго; Р. Ф. Майромян, 1976). А. Міллер [7] зупиняється на виділенні двох етапів: неприйняття факту народження, що проявляється через заперечення, шоківий стан; пристосування до розуміння і прийняття. Авторка ділить другу стадію на часткову реалістичну оцінку стресової ситуації та зрілу адаптацію.

Серед інших дослідників варто приділити увагу працям М. Семаго та Р. Майромяна. Вони, зокрема, виділяють чотири фази в реакції батьків на народження дитини з проблемами розвитку (таб. 1).

Таблиця 1.

Фази реакцій батьків на народження дитини з проблемами у розвитку

Фази	Реакції
Перша фаза – стресовий стан	- страх; - відчай; - розгубленість.
Другий етап – негативізм, заперечення діагнозу	- недовіра лікарям і консультантам; - багаторазове звернення до різних медичних установ з метою уточнення діагнозу
Третій етап – депресивний стан	- усвідомлення справжнього становища; - втрата сподівань на те, що дитина може бути нормальною; - синдром «хронічної печалі»; - відповідне «розподілення ролей», коли жінка обирає повну «посвяту» дитині і жертвує усіма іншими стосунками, забуває, що вона також є дружиною, матір'ю, дочкою - усі інші люди, всі інші проблеми перестають існувати, існує лише дитина та її потреби.

Четвертий етап – адаптація	- -	соціально-психологічної адаптації членів сім'ї; розвиток адекватних емоційних контактів
----------------------------	--------	--

Автори вказують на собливив психологічний статус сімей з проблемними дітьми, який значною мірою визначається характером взаємовідносин між членами сім'ї, звичною закритістю сім'ї для зовнішнього світу. Як правило, мати не працює і в неї відсутня можливість реалізувати себе, вона позбавляє уваги здорових дітей, якщо вони взагалі є, і, як правило, в сім'ї складається важке матеріальне становище. Для чоловіків більш характерний інший тип реакції – відчуження від сім'ї та дитини, втеча в професійну діяльність, у різні позасімейні справи, в алкоголь, концентрація уваги та сподівань на здоровій дитині.

Більш пізні розробки зарубіжних авторів також пропонують виділяти чотири стадії. За типологією адаптації американських авторів М. Селігмана та Р. Дарлінга визначається чотири складові адаптації: нормалізація, участь у громадському житті, альтруїзм, примирення.[11, с. 121].

Як бачимо, усвідомлення та прийняття батьками того факту, що їх дитина є проблемною і потребує особливого догляду і виховання, відбувається поступово. І. Ю. Левченко і О. Г. Приходько (2001) [5] виділяють три стадії адаптації батьків до хвороби дитини (табл. 2.).

Таблиця 2.

Стадії адаптації батьків до проблем дитини

Стадія	Реакція	Поведінка
Перша стадія — шок, агресії і заперечення	Батьки починають шукати винного в хворобі своєї дитини. У деяких випадках агресія виливається і на малюка, батькам важко віднайти в собі сили, щоб прийняти проблемну дитину, що відрізняється від інших дітей	Стосунки в сім'ї стають настільки напруженими, а шоківий стан таким гострим і затяжним, що сім'ї часто розпадаються і мати залишається наодинці із своїм горем
Друга стадія — скорбота	Батьки усвідомлюють величезну відповідальність перед дитиною. Перед ними, особливо перед матір'ю, постає безліч питань, пов'язаних з особливим доглядом за проблемною дитиною, її лікуванням і вихованням	Зростає потреба батьків у кваліфікованій допомозі фахівців
Третя стадія — адаптація	Батьки приймають дійсний стан своєї дитини, ступінь схвалення	Відновлюється інтерес до навколишнього світу, негативні

	його може бути різним, але так чи інакше батьки враховують особливості свого положення і починають будувати життя відповідно до реальності	емоції стають менш інтенсивними, з'являється перспектива, готовність вирішувати проблеми з орієнтацією на майбутнє
--	--	--

Більшість психологічних досліджень спрямовані на вивчення особливостей переживання перших трьох етапів пристосування до травмуючої ситуації, пов'язаної з народженням дитини з проблемами у розвитку. Значно менше уваги приділяється четвертому етапу, власне адаптації до хронічно діючого стресу, пов'язаного з вихованням та навчанням дитини з проблемами у розвитку. Саме цьому етапові ми приділяємо найбільше уваги у нашому дослідженні.

Узагальнюючи досвід американських психологів, даний у книзі Е. Ейдемільера та В. Юстіцкіса [2], окреслимо коло проблем, з якими зустрічається сім'я, в якій народжується дитина з проблемами у розвитку: наростання нервово-психічного і фізичного навантаження; розподіл навантаження між членами сім'ї; наростання незадоволення членів родини сімейним життям. Автори наводять ще декілька факторів, що особливо стимулюють це невдоволення: почуття провини (своєї і хворого) через хворобу. Ступінь важкості залежить від уявлень членів сім'ї та інших родичів про хворобу, її причини; поведінка хворого; тривалість хвороби; ступінь порушення звичного життя сім'ї; зниження соціального статусу сім'ї в цілому та її окремих членів; феномен «супроводжуючого захворювання».

На основі спостережень американських дослідників за сім'ями психічно хворих було розроблено концепцію «трьох рівнів присутності», яка описує типову ситуацію, що складається у родині психічно хворої особистості (подібна ситуація виникає і у будь-якій іншій родині, де один з членів має ваду здоров'я). Так, автори виділяють три шари (підгрупи), які утворюються навколо хворого і відрізняються ступенем присутності кожного члена в опікуванні хворого. Перший, внутрішній, прошарок – це, як правило, одна людина, яка бере на себе головну роль опікуна і на долю якого припадають усі функції та обов'язки по догляду. У нашій ситуації, безперечно, цю позицію займає мати,

менше бабуся (у випадку, коли мати відмовляється від дитини (пояснюючи це своєю зайнятістю на роботі, а дитина залишається в сім'ї). Друге коло – це члени родини, які менш безпосередньо, епізодично беруть участь у догляді. Це може бути батько, який залишається в сім'ї, і виконує роль здобувача грошей. Третій прошарок – зовнішній. Його становлять родичі, близькі, знайомі, які знають про проблеми, пов'язані з присутністю хворої людини, цікавляться життям, але практично не перетинаються з хворим.

У своїй дисертації Н. І. Погорільська виділила ще один прошарок – четвертий – це зовсім незнайомі люди, які одноразово з'являються в житті сім'ї, але висловлювання яких суттєво впливають на емоційний стан членів родини, в першу чергу, через головного опікуна. До даного прошарку можна віднести пасажирів транспорту, які неоднозначно висловлюються про поведінку хворого, людей, що негативно висловлюються про інвалідів, тощо [9].

Інша дослідниця, І. Б. Іванова [3], зазначає, що характер обмеження життєдіяльності дитини, специфіка патологічного стану по-різному впливають на загальну психологічну та духовну атмосферу сім'ї. Це проявляється в особливостях життєдіяльності родини, стилі життя, взаємостосунках батьків і родичів з дитиною, а сім'ї – з найближчим оточенням. Тому сім'ї класифікують за критерієм характеру захворювання і патологічного стану дитини. Це саме такі сім'ї, де є діти: з порушенням слуху і мови (глухі; такі, хто недочувають; такі, хто втратив слух,); з порушенням зору (сліпі, слабкозорі); з порушенням інтелектуального розвитку (розумово відсталі, діти з затримкою психічного розвитку); з порушенням опорно-рухового апарату (ДЦП без інших патологій); з комплексними порушеннями психофізичного розвитку (сліпоглухонімі; сліпі і розумово відсталі; глухі і розумово відсталі; ДЦП з розумовою відсталістю та ін.); із хронічними соматичними захворюваннями; із психоневрологічними захворюваннями. Особливості проблем у сім'ях, які мають проблемних дітей, в залежності від етіології їх паталогії, представлені у таблиці 3.

Таблиця 1.2.3.

Взаємозв'язок проблем у розвитку дитини і психологічної атмосфери сім'ї

Проблема	Особливості взаємин	Проблеми, які виникають
Порушення слуху	Великі проблеми встановлення контакту з дитиною, особливо, коли у батьків та інших дітей нормальний слух і мовлення. Глуха від народження дитина майже позбавлена контактів з соціальним оточенням, і отже, не може повністю задовольнити свої соціальні потреби, зміни в діяльності триваліші і мають певні відмінності	У сім'ї, де дитина глуха, а батьки чують, виникають труднощі у міжособистісних контактах. Це призводить до того, що дитина віддаляється від них, замикається у собі, відмовляється спілкуватися, починає нервувати. Глуха дитина частіше за все спілкується з матір'ю, таке становище робить її залежною від матері, примушуючи тим самим матір відгадувати і задовольняти всі бажання дитини
Порушення зору	Батьки здебільшого розглядають ваду дитини як важку хворобу і займають, як правило, позицію гіперопіки	Позбавлення дитини самостійності та ініціативи (Л. С. Виготський, В. Гудоніс, Є. А. Клопота, О. П. Синьова, О. І. Скороходова)
Інтелектуальні вади	Батьки використовують помилкові методи поведінки з дитиною, соромляться її, їм буде важко любити її так, щоб вона почувалася спокійно і безпечно	Не визнаються ознаки розумової відсталості і батьки намагаються навчити дитину видам діяльності і навичкам, які їй не під силу, які вона не в змозі виконувати, що призводить до пасивності дитини
Гіперактивний розлад і дефіцит уваги	Домашні умови є джерелом напруги, батьки менше приділяють часу спілкуванню з дітьми, менше займаються з дітьми, але більше їх контролюють, дають їм більше вказівок, менше заохочують й хвалять, але більше карають. Неправильне оцінювання поведінки дитини ставить на ній «тавро» злої й невдячної, не здатної зробити нічого гарного	У процесі виховання дитина одержує значно більше негативних, ніж позитивних впливів. Її часто карають, батьки сумніваються у її здібностях, постійно вказують на помилки, а іноді починають вважати їх невинними. Таке виховання призводить до розвитку у дитини відчуття неповноцінності й самотності; порушення поведінки стають компенсаторними реакціями, розвиваються й вторинні невротичні прояви (Stewart і співавт.).
Мінімальна мозкова дисфункція	У деяких випадках діти можуть провокувати батьків до різких агресивних реакцій, особливо якщо ці батьки самі не дуже врівноважені або досвідчені. Сімейні умови дітей найчастіше оцінюються як незадовільні. Серед батьків і дорослих родичів дітей часто проявляються алкоголізм, асоціальна поведінка й істерія	Проблеми, створювані дітьми, сприяють розпаду родини. Небажані, покинуті та занедбані діти гірше адаптуються до навколишніх умов, розглядаються як обтяжливий фактор
Дитячий церебральний параліч	Батьки не упевнені в своїх діях; часто прагнуть уникати зайвих контактів з дитиною; хворобливо переживають, що не можуть вести такий активний спосіб життя, як раніше	Дитина опиняється в ізоляції. Батьків відчувають власної неповноцінності, переживають глибоке почуття провини, думають про суїцид (Левченко І. Ю., Приходько О.Г., 2001). Матеріальні труднощі, які з'являються, посилюють проблеми.

Адаптації на біологічному, психологічному і соціальному рівнях досягають далеко не всі сім'ї проблемних дітей. Ознаками дезадаптивної сім'ї, що потребує консультації психотерапевта, є: постійні скарги на ситуацію; виховання за типом гіперпротекції; наявність замкнених систем мати -дитина; велика кількість соматичних скарг з боку членів сім'ї; свідоме обмеження соціальних контактів. По мірі дорослішання дитини можуть виявитися і інші ознаки, такі як виражена ворожість по відношенню до проблемної дитини, уникання її [5].

Порушення розвитку або серйозна хвороба дитини викликають сильне напруження в сім'ї у формі практичних проблем, великого навантаження у роботі, відчуття незадоволеності, труднощів із сном, печалі, стресу, хвилювання, відчуття провини і безсилля. Дисфункційні симптоми, які можна відмітити у батьків і дітей, є виразом цієї напруги (Maslach, 1998). Тому все, що може допомогти полегшити життя батьків, надає ним додаткові сили і час на те, щоб впоратись з проблемами дітей і один одного [14].

Часто у батьків таких дітей бракує сили змінити ситуацію в сім'ї або знайти щось позитивне для себе. Причому мати і батько поводять себе в стані кризи по-різному. Це може викликати нерозуміння і створити між ними дистанцію. Іноді потрібна допомога, щоб вони змогли зрозуміти себе і один одного. Криза віднімає багато сил і часу. Іноколи батько виглядає сильнішим і витриманішим, а мати в цей час не може з собою оволодіти, потім ролі можуть помінятися. Відносини батьків можуть загострюватися в періоди напруги, а ролі мінятися кардинальним чином. Часто із-за кризи, сім'ї не беруть на себе ініціативу просити про допомогу [1].

Важливим моментом є аналіз особливостей розвитку і виховання сиблінгів проблемних дітей у сім'ї. Дослідження, які проводила Л. С. Печнікова показали, що і брати, і сестри дітей з проблемами у розвитку ростуть в особливій ситуації: вони теж зазнають побутові труднощі, і батьки часто вимушені жертвувати їх інтересами. У якийсь момент вони можуть відчутти себе обділеними увагою. Іноді вони, розділяючи турботи сім'ї, рано дорослішають, а іноді «переходять в опозицію», формуючи захисні особисті

установки, і тоді їх відчуженість від турбот сім'ї стає додатковим боєм батьків, про який вони не говорять, але який гостро відчувають. Вразливість сім'ї посилюється в періоди вікових криз і в ті моменти, коли сім'я проходить певні критичні точки свого розвитку. У проблемних сім'ях здорові діти зазвичай вимушені обмежувати свої бажання і потреби. Багато хто з них дуже чуйний і готовий нести відповідальність за того, хто слабший. Вони можуть бути підтримкою для своїх батьків, але через недостатність вираження своїх відчуттів і вирішення конфліктів в сім'ї у них може страждати відчуття власної гідності [8].

Важливою для встановлення відносин, особливо в ситуації порушень розвитку у дитини, стає здатність дорослого до тестування реальності, яка включає можливість реалістично та глибоко оцінювати себе та інших, в тому числі і дитину. По відношенню до дитини з проблемами розвитку – це реалістичність в оцінці її особливостей та їх відповідності віковим характеристикам. Необхідним для встановлення розвиваючих відносин є здатність дорослого відокремлювати та розрізняти як особистісні, так і пов'язані з дитиною внутрішні психічні переживання та зовнішні стимули, які викликають ту чи іншу поведінку та емоції. Таким чином особистісна зрілість дорослого є важливим компонентом, який детермінує розвиток цих взаємин [4].

Отож питання вивчення особливостей переживання батьків факту народження (встановлення діагнозу) проблемної дитини є актуальним та необхідним кроком до забезпечення батькам адекватної психологічної допомоги. Виховання проблемної дитини спричиняє хронічно діючий, тривалий стрес батьків, наслідком якого можуть бути особистісні зміни та пов'язані з ними стійкі особливості адаптивної поведінки.

Проблема оцінки дитячо-батьківських взаємин в сім'ях, які виховують дітей з порушеннями розвитку, все більше привертає увагу. Це необхідно для створення обґрунтованих способів надання психологічної допомоги, які б були зручні для практиків та дозволяли виявляти мішені психологічного впливу. Продуктивною є модель, яка включає три структурні компоненти: суб'єктивне інтрапсихічне поле дорослого, суб'єктивне інтрапсихічне поле дитини та

об'єктивне міжособистісне поле взаємодії. Враховуючи те, що ранній вік дитини не дає можливості об'єктивізації її суб'єктивного інтрапсихічного поля, а аналіз поведінки взаємодії дозволяє робити вельми опосередковані висновки, оцінку дитячо-батьківських стосунків доцільно робити через аналіз суб'єктивного інтрапсихічного поля дорослого. Інтеграція особистості дорослого передбачає здатність батьків усвідомлювати чітку межу між власною психікою та психікою дитини, розрізняти власні потреби та потреби дитини, а також усвідомлювати власну цілісну особистісну ідентичність, інтеграцію суперечливих образів себе (наприклад «гарна», «погана» мати, дочка, жінка) в єдину та цілісну концепцію [4]. Зрілими захистами є здатність дорослого до ізоляції власного афекту, інтерпретація дитячого афекту, раціоналізація дитячих потреб, інтелектуалізація при обмірковуванні ситуації взаємодії та комунікації з дитиною і іншими членами сім'ї [4].

Висновки та перспективи подальшої роботи. Згідно з традицією, що склалася в нашій країні, проблеми сім'ї, в якій виховують дитину з проблемами розвитку, розглядають в більшості випадків через призму проблем самої дитини. Вважається достатнім обмежитись методичними рекомендаціями батькам з питань навчання і деякими порадами, які стосуються виховання дитини. Однак, як свідчить практика, такий вплив, не дивлячись на старання і зусилля з боку спеціалістів, виявляється недостатнім, так як не враховується один із аспектів, який потребує особливої уваги, а саме: батьки дитини, сиблінги проблемної дитини, тобто члени ядерної сім'ї, так само як і члени розширеної сімейної системи. На наш погляд, вирішення проблеми соціальної адаптації сімей цієї категорії і заняття ними своєї «соціальної ніші» варто шукати в сфері реалізації корекційного впливу не тільки на аномальну дитину, але й на її батьків, сиблінгів, прабатьків, на що і будуть спрямовані наші подальші дослідження.

Список використаної літератури

1. Добряков И. В. Психология семьи и больной ребенок : учеб. Пособие [хрестоматия] / И. В. Добряков, О. В. Заширинская. - Спб. : Речь, 2007. - 400 с.

2. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис— СПб.: Питер, 2000.— 656 с.
3. Иванова І. Б. Професійна підготовка студентів з особливими потребами в адаптації / Иванова І. Б. // Вісн. ун-ту “Україна”. - 2001. - №1. - С. 86-90.
4. Кукуруза А. В. Теоретичні та методологічні основи оцінки дитячо-батьківських відносин у сім'ях, які виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку : навч.-метод. посіб. / Г. В. Кукуруза, А. М. Кравцова ; ДУ “Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України” ; Східноєвропейська філія Міжнародного Соломонова університету. - К. : Молодість, 2007. - 250 с.
5. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. Заведений / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. - М. : Издательский центр «Академия», 2001. - 192 с.
6. Майрямян Р. Ф. Семья и умственно отсталый ребенок : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. Ф. Майрямян. - М., 1976. - 24 с.
7. Миллер А. Вначале было воспитание : пер. с англ. / А. Миллер - М. : Академический проект, 2003. - 464 с.
8. Печникова Л. С. Приемные семьи в пространстве детско-родительских отношений / Л. С. Печникова. Е. Б. Жуйкова // Психол. Исслед. - 2008. - № 2 (2). - С. 42-52
9. Погорільська Н. І. Чинники та показники психологічної адаптованості матерів дітей юнацького віку з обмеженими можливостями : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 — медична психологія / Н. І. Погорільська // Київ. нац. ун-т. - 2006. - №10. - С. 180 – 183.
10. Райкурс Дж. С. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска : [практ. пособие]. В 4 т. Т. 1 / Дж. С. Райкурс, Р. Хьюз. - СПб. : Питер, 2009. - 341 с.
11. Селигман М. Обычные семьи, особые дети. Системный подход к помощи детям с нарушениями развития (особый ребенок) : / М. Селигман, Р.

Дарлинг. — М. : Изд-во “Теревинф”, 2009. - С. 121.

12. Семаго Н. Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. - М. : АРКТИ, 2000. - 207 с.

13. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. — М.: УМК «Психология», 2004. — 192 с.

14. Maslach C. Prevention of burnout / C. Maslach. J. Goldberg // New Perspectives. Applied and Preventive Psychology. - Num. 7. - P. 63-74.