

# Семья как фактор виктимизации детей с ограниченными возможностями здоровья

*Е. С. Фоминых, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный педагогический университет» (ФГБОУ ВПО «ОГПУ»), г.Оренбург, Россия, [fominyh.yekaterina@yandex.ru](mailto:fominyh.yekaterina@yandex.ru)*

Статья посвящена анализу проблемы семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья как системы, характеристике ее дисфункций и деформаций, наблюдаемых в условиях интенсивных современных трансформаций. Предмет исследования: виктимогенный потенциал семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Цель исследования заключается в анализе дисфункциональных характеристик семьи как системы, обуславливающих повышенную виктимность и виктимизацию ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В качестве дестабилизирующих и дисфункциональных факторов, обуславливающих виктимизацию ребенка, выделены медико-биологические, социально-экономические, социально-культурные, социально-демографические, социально-психологические, личностные, педагогические факторы. Раскрываются характеристики и признаки дисфункциональной семьи (уровень социальной адаптации, внутренние функциональные отношения, отношение родителей к ребенку с ограниченными возможностями здоровья, модели взаимодействия в семье, модели воспитания), обосновывается их роль как фактора виктимизации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

**Ключевые слова:** семья, дисфункциональная семья, ограниченные возможности здоровья, виктимизация, факторы виктимизации.

Семья – наиболее устойчивый и консервативный элемент социума, динамично изменяющийся под воздействием внешних и внутренних условий и процессов. В настоящее время наблюдается системная трансформация семьи как института первичной социализации [6], о чем свидетельствует рост возникающих дисфункций, их масштабное распространение, приводящее к деформированному характеру его функционирования.

Семья как институт социализации представляет собой совокупность социально-ролевых позиций и структур, связанных с выполнением определенных функций (воспитательной, хозяйственно-бытовой, эмоциональной, первичного социального контроля и др.). С точки зрения Е. В. Руденского, семья – это пространство межличностных взаимоотношений, формирующееся между агентом социализации и социализирующейся личностью [8]. Семья является основной социокультурной единицей, обеспечивающей трансляцию опыта из поколения в поколение, формирование ценностей и установок ребенка, его личностных особенностей, моделей и стратегий поведения. Нарушение нормального

функционирования в семье, недостаточное выполнение основных функций позволяет охарактеризовать ее как дисфункциональную. Именно дисфункциональная семья обуславливает развитие и закрепление у ребенка дезадаптивных способов и форм взаимодействия с окружающей средой, формирование социальной уязвимости к критическим жизненным ситуациям (виктимности), превращение в жертву неблагоприятных условий социализации (виктимизации) [4].

К числу семей, в которых выполнение основных функций носит деформированный характер, относятся семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Дисфункциональные симптомы, характерные для данных семей, обусловлены нарушением развития или болезни ребенка и проявляются в виде напряженности –неудовлетворенности, стресса, ощущения вины, бессилия и др. (Maslach, 1998).

Ряд отечественных и зарубежных исследований рассматривает семью ребенка с ограниченными возможностями здоровья как микроструктуру, включаемую в системы более высокого уровня – мезосистему (родственники, друзья, педагоги и др.), экосистему (средства массовой информации, учреждения образования и др.) и макросистему (культурные и религиозные стереотипы, ценности и др.) [1]; [17] и др. Д. Н. Оудсхорн отмечает, что семья – это система / единица системы с присущими ей уникальными свойствами, включающая взаимодействующие между собой подсистемы (например, члены семьи, каждый из которых обладает собственными личностными особенностями и собственными уровнями) [7]. При таком подходе системная модель ребенка с ОВЗ, построенная на совокупности релевантных соматопсихосоциальных факторов, будет включать 6 уровней:

1. расширенная семья (родственники, друзья, соседи, улица, школа, коллеги и др.), а также «большой внешний мир» (средства массовой информации, внешнее окружение и др.);
2. семья, частью которой является ребенок: культуральный (традиции, ценности, история) и социальный порядок семьи (семейные правила, подсистемы, триады и диады);
3. связующее звено между внутренним и внешним миром, включающее область наблюдений, размышлений, эмоций и поведения и т.д.;
4. эмоциональная пограничная область между витальной и личностной жизнью, в которой могут происходить всевозможные интрапсихические конфликты с их бессознательными и сознательными аспектами;
5. особенности характера, темперамента, задатки, личностные особенности и деформации;
6. соматические функции ребенка (центральная нервная система, отклонения в состоянии здоровья).

Процессы, протекающие внутри одного уровня, взаимосвязаны с процессами между уровнями подсистемы в целом, затем включаются в системы более высокого

порядка и т.д. Таким образом, нарушение одного из элементов приводит к системной деформации.

Одним из главных условий функционирования системы является способность поддерживать равновесие и относительную устойчивость при воздействии неблагоприятных факторов. Поддержанию и сохранению в системе семьи равновесия («гомеостаз», «морфостаз») способствует собственный культуральный порядок (мифы и ценности, с позиций которых члены семьи воспринимают себя и окружающих, высказывают свое мнение и выражают чувства) и социальный (модели взаимоотношений, которым следуют члены семьи). В случаях, когда необходимые изменения и приспособление в семье невозможны, следует говорить о ее системной патологии, обладающей виктимогенным потенциалом, в частности:

- ригидностью гомеостаза, недостаточностью возможностей для гибкой адаптации к возникающим изменениям при столкновении с проблемами (подростковый кризис, потеря работы отцом семейства и др.), пролонгированным характером семейного стресса;
- «избеганием» – дефицитом саморегулирующих качеств семьи, дестабилизирующий ее равновесие;
- аномальной структурой семьи: привычная родительская система заменяется на подсистемы другого порядка, деструктивные по своей природе (формирование коалиции одного из родителей с одним и более детьми, направленной против другого родителя и др.);
- симптоматическим поведением членов семьи – произвольными и неконтролируемыми симптомами (психиатрическими симптомами (тревога, фобические и депрессивные жалобы), соматическими симптомами без физической причины), оказывающими сильное влияние на семью в целом и имеющими тенденцию к закреплению.

Анализ литературы позволил обобщить факторы, воздействие которых на семью может привести к дестабилизирующим и дисфункциональным последствиям, и, соответственно, обусловить виктимизацию ребенка [1]; [2]; [10]; [12]; [13]; [15]:

1) **медико-биологические** (нарушения соматического и психического здоровья родителей, наследственно обусловленная, врожденная и перинатальная патология, инвалидность, наличие хронических заболеваний, в том числе социально обусловленных – неврозы, туберкулез и т.д., и др.);

2) **социально-экономические** (многодетные, неполные семьи, повторные браки; низкий материальный уровень жизни семьи; низкий социальный статус семьи; отсутствие работы у взрослых членов семьи; аморальный образ жизни родителей и др.);

3) **социально-культурные** (уровень образования и уровень общей культуры родителей, отсутствие объединяющей семью культурно-досуговой деятельности; насильственные методы регуляции поведения членов семьи и др.);

4) **социально-демографические** (возраст брачных партнеров (несовершеннолетие родителей), разница в возрасте, национальность как причина дискриминации и др.);

5) **социально-психологические** (деформация внутрисемейных отношений, в том числе супружеских; изолированность семьи от ближайшего окружения; неадекватное или искаженное внутрисемейное общение; недостаток теплоты в общении между родителями и ребенком; трудности адаптации, невротические реакции, дисгармоничные отношения между родителями; нарушение взаимодействия с окружающими и др.). Согласно Ю. В. Руденской, ведущим фактором виктимизации в рамках интерактивной системы семьи является дефицитарное состояние основных компонентов, характеризующих межличностные отношения: аффективный – дефицит аттракции, когнитивный – дефицит взаимопонимания, акциональный – дефицит ролевой компетентности родителя. Представим сущность каждого из них и его деструктивные последствия для ребенка (Таблица 1) [9];

6) **личностные**, связанные с собственными значительными характерологическими отклонениями, особенностями темперамента, способностями, отношением к предпочитаемой среде общения и нормам, личными ценностными ориентациями и личной способностью к волевой саморегуляции;

7) **педагогические** (низкий уровень педагогической и духовной культуры родителей, отсутствие примеров положительного поведения родителей, использование неадекватных моделей воспитания; специфические нормы семьи (расхождение норм и ценностей членов семьи, абстрактность понятия морали, конфликты, алкоголизация родителей, приводящая к формированию созависимых отношений) и др.).

**Таблица 1.** Факторы виктимизации в рамках интерактивной системы семьи

Компонент	Деструктивное последствие
<b>Дефицит аттракции</b>	
<b>Аттракция</b> – социально-психологический феномен, определяющий устойчивое положительное эмоциональное отношение между родителем и ребенком, создающий особое пространство доверия, принятия и эмоциональной поддержки в процессе социального экспериментирования.	Конфронтационная установка в социализирующемся взаимодействии – напряжение между родителем и ребенком, приводящее к нарушениям межличностной коммуникации вплоть до отказа от взаимодействия.
<b>Дефицит взаимопонимания</b>	
<b>Взаимопонимание</b> – когнитивный феномен межличностных отношений,	Когнитивные искажения социализирующего знания, которые

отражающий согласованность и гармоничность ментальной активности, реализующийся посредством механизмов идентификации, стереотипизации и рефлексии.	могут проявляться, например, в неспособности к взаимодействию, восприятие ребенком опыта родителя как неэффективного.
<b>Дефицит ролевой компетентности родителя</b>	
<b>Ролевая компетентность родителя</b> – способность личности к эффективному выполнению функциональных задач, определяемых социальными ожиданиями и персональными требованиями родителя, а также его индивидуально-личностными особенностями и знаниями, умениями в области воспитания детей.	Травматизация личности ребенка во взаимодействии с родителем, возникающая вследствие дефицита ролевых знаний родителя, ролевой конфликтности, функционально-динамической ригидности, эмоциональной напряженности и патологий характера.

В дисфункциональной семье не решаются психологические проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья, проявляющиеся на отдельных возрастных этапах развития [1]:

- **в период младенчества и раннем возрасте** – формирование базового доверия к миру вследствие отсутствия / недостатка положительных эмоциональных отношений, раннего опыта депривации, деформации первого опыта конструктивного взаимодействия с микросоциумом (семьей);
- **в дошкольном возрасте** – помощь ребенку в осознании своего отличия от других детей, объяснение причин этого и формирование позитивного отношения к себе и своим особенностям;
- **в младшем школьном возрасте** – адаптация к учебным нагрузкам с учетом индивидуальных особенностей и специфики нарушения (повышенная утомляемость, снижение функций памяти, внимания, нарушение речевого опосредования и др.); трудности взаимодействия с новым окружением в результате отсутствия / бедности предыдущего опыта общения;
- **в подростковом возрасте** – проблемы межполового общения, подготовка к супружеству и родительству; профессиональная ориентация с учетом имеющихся ограничений.

Анализ теоретического материала по проблемам семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья и виктимогенному потенциалу семейных дисфункций позволил выявить ряд признаков и характеристик, присущих дисфункциональной и нормально функционирующей семье (Таблица 2).

**Таблица 2.** Особенности дисфункциональной и нормально функционирующей семьи

<b>ДИСФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СЕМЬЯ</b>				<b>НОРМАЛЬНО ФУНКЦИОНИРУЮЩАЯ СЕМЬЯ</b>	
<b>ТИПОЛОГИЯ СЕМЕЙ ПО УРОВНЮ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ</b>					
Асоциальная	Неблагополучная	Семья группы риска		Благополучная	
<b>ТИПОЛОГИЯ СЕМЕЙ ПО КРИТЕРИЮ ВНУТРЕННИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ</b>					
Собственно негармоничная	Деструктогенная	Распадающаяся	Распавшаяся	Ригидная псевдосолидарная	Гармоничная
<b>ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ С ОВЗ</b>					
<b>Деструктивное</b>				<b>Конструктивное</b>	
Открытое отречение, отвержение ребенка	Скрытое отречение, отвержение ребенка	Реакция отрицания		Реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки	Принятие ребенка и его дефекта
<b>МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СЕМЬЕ РЕБЕНКА С ОВЗ</b>					
Отказ от взаимодействия				Сотрудничество	
<b>МОДЕЛИ ВОСПИТАНИЯ</b>					
Неадекватные / неправильные (гиперопека, гипоопека, воспитание «в культе				Демократия	

болезни», «маленький неудачник», «симбиоз», отвержение и др.)	
--	--

Проведем анализ дисфункциональных характеристик семьи как фактора виктимизации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

По **уровню социальной адаптации** дисфункциональную семью можно охарактеризовать как

- неблагополучную, которую отличают низкие адаптивные возможности, не позволяющие успешно справиться с функциями;
- асоциальную, представляющую собой нарушенную, разбалансированную по всем параметрам систему, воспитание детей в которой невозможно.

Особо следует отметить семью группы риска, представляющую собой промежуточное, переходное состояние между благополучными и неблагополучными семьями, имеющую некоторое отклонение от норм – неосознаваемое членами семьи как проблема и компенсированное другими положительными характеристиками. Оно под воздействием деструктивных факторов может привести к дезадаптации, и, как результат, – виктимизации [1].

С указанными видами семей коррелирует **негармоничный характер внутренних функциональных отношений**, который, согласно Э.Г. Эйдемиллеру, отличает отсутствие эмоциональной привязанности между членами семьи, конкурирование семейных ролей друг с другом, игнорирование обязанностей, деформирование психологического климата семьи и усиление негативных тенденций в отношении к ребенку и его воспитанию [16]. Отдельные ступени перехода от гармонии к полному распаду представлены следующими типами:

- **собственно негармоничная семья** с чрезмерным доминированием одних членов семьи и зависимым положением других;
- **деструктогенная семья**, отличающаяся неравномерностью / дефицитом взаимности в эмоциональных привязанностях, отсутствием способности к взаимодополнению, солидарности в решении жизненных проблем, автономией отдельных членов, наносящей ущерб семье в целом;
- **распадающаяся семья**, характеризующаяся высоким риском ухода одного из родителей из семьи на фоне обострившейся конфликтной ситуации;
- **распавшаяся семья**, определяющаяся ситуацией, когда один из родителей уже отделился от семьи, но в определенной мере продолжает сохранять контакты с прежней семьей и выполнять часть ее функций;
- **ригидная псевдосолидарная семья** – безоговорочное доминирование одного из членов с зависимым пассивным положением других, жесткая закостенелая

регламентация всей семейной жизни, отсутствие двусторонней эмоциональной теплоты.

Отсутствие / дефицит близких доверительных отношений между членами семьи является одним из основных критериев ее дисфункциональности. Основываясь на циркулярной модели Олсона (1986, 1993), можно заключить, что дисфункциональную семью будут отличать дисбаланс основных элементов: сплоченности, гибкости и коммуникации. В результате – трудности решения жизненных проблем, эмоциональная дистанцированность, отсутствие привязанности и поддержки, изолированность от других, ригидность и / или хаотичность семейной системы, препятствующая успешной адаптации семьи при прохождении стадий жизненного цикла [14].

Тем не менее, источником формирования виктимности у ребенка с ОВЗ является не только дефицит эмоциональных отношений, но и их симбиотический характер, обуславливающий негативный фон для эмоционального развития ребенка. Эмоциональный симбиоз, как одна из форм взаимозависимости, обуславливает деформации границ психологического пространства, искажение формирующегося образа Я и картины мира ребенка, закрепление неадекватных форм взаимодействия с окружающими, что в совокупности является предпосылками виктимности [3]; [5]; [12]; [13].

Негармоничные внутренние функциональные отношения в дисфункциональной семье определяют деструктивный характер **отношений родителей к ребенку с ограниченными возможностями здоровья** (В. С. Соммерс), в частности [15, 133-134]:

- скрытое отречение, отвержение ребенка: дефект ребенка считается позором, отрицательное отношение и отвращение к ребенку скрываются за чрезмерно заботливым, предупредительным, внимательным воспитанием;
- открытое отречение, отвержение ребенка: открытое отвращение к ребенку, осознание своих враждебных чувств к нему; родители чужой виной (общество, медицинские работники или педагоги) обосновывают свою враждебность и испытывают от этого облегчение;
- реакция отрицания: отрицается как дефект ребенка, так и эмоциональное воздействие его на родителей, планы относительно будущего ребенка не принимаются и не признаются; ребенка воспитывают в духе честолюбия, родители настаивают на высокой успешности его деятельности;
- реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки с чувством жалости и сочувствия по отношению к ребенку, защитой от всех опасностей, формирует свойства, препятствующие адаптации (пассивность, несамостоятельность, инфантильность, психическая и социальная незрелость).

Деструктивное отношение к ребенку способствует формированию поведенческих отклонений, закреплению неадекватных форм взаимодействия с окружающими, обуславливая личностную виктимность в условиях ограниченных возможностей здоровья.

Параметры родительского отношения к детям с ОВЗ позволяют выделить основную **модель взаимодействия** (В. В. Ткачева) [11], доминирующую в дисфункциональной семье: «отказ от взаимодействия», которая определяет использование неадекватных / неправильных моделей воспитания (гиперопека, гипоопека, воспитание «в культе болезни», «маленький неудачник», отвержение, «симбиоз» и др.).

Согласно А. Hulten, V. Otto, ребенок сознательно и бессознательно повторяет «рисунок» семьи: модели взаимодействия, решение конфликтов, способы преодоления трудных ситуаций и др. [7]. В семьях с «хроническими» проблемами существует высокий риск трансляции детьми моделей поведения, стилей жизни родителей, соответственно, повышенной виктимности и виктимизации.

Таким образом, деформация функциональной направленности семьи, свойственная семье ребенка с ОВЗ, блокирует социальную адаптацию детей, препятствует полноценному социальному функционированию. В результате семья ребенка с ОВЗ, как интерактивная система социального онтогенеза личности, становится фактором социального дизонтогенеза, дефекта онтогенетической социализации – виктимизации [8].

## Литература

1. *Беляева М.А.* Социальная работа и социокультурная деятельность с семьей ребенка-инвалида. Екатеринбург: Урал.гос.пед.ун-т, 2009. 248 с.
2. *Грицай А.Г.* Семья группы риска в структуре типологий неблагополучных семей // Вестник Адыгейского государственного университета, Сер.: Педагогика и психология. 2009. Вып. 3 (47). С. 32-36.
3. *Малкина-Пых И.Г.* Виктимология. Психология поведения жертвы. Эксмо, 2010. 864 с.
4. *Мудрик А.В.* Социальная педагогика. Академия, 2007. 224 с.
5. *Нартова-Бочавер С.К.* Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. Питер, 2008. 400 с.
6. *Порохнюк Е.В.* [Ведущие социальные факторы, оказывающие влияние на процесс трансформации традиционной модели семьи и брака: социологический аспект // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2014. № 1. С. 99-102.](#)
7. Психология семьи и больной ребенок. Речь, 2007. 400 с.
8. *Руденский Е.В.* Депривационный виктимизм как социально-психологический механизм онтогенеза личной виктимности // Мир науки, культуры, образования. № 1(38). С.139-144.

9. Руденская Ю.Е. [Факторы онтогенетической виктимизации личности в интерактивной системе семьи](#) // [Сибирский педагогический журнал](#). 2013. № 3. С. 180-183.
10. Серых А.Б. Психологические основания подготовки педагогов к работе с виктимными детьми: автореф. дис. ... докт. псих. наук. М., 2005.
11. Ткачева В.В. Технологии психологического изучения семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. УМК «Психология», Московский психолого-социальный институт, 2006. 240 с.
12. Фоминых Е.С. Психологические механизмы виктимности // Концепт. 2014. № 05 (май). ART 14132. URL: <http://e-koncept.ru/2014/14132.htm>. – Гос. рег. Эл No ФС 77-49965. – ISSN 2304-120X.
13. Фоминых Е.С. Психологический мир виктимной личности // Современные научные исследования. Выпуск 1. Концепт. 2013. ART 53302. URL: <http://e-koncept.ru/article/675/> - Гос. рег. Эл № ФС 77- 49965. - ISSN 2304-120X.
14. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. Независимая фирма «Класс». 2001. 208 с.
15. Шаповал И.А. Специальная психология. ТЦ Сфера, 2005. 222 с.
16. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. Питер, 2008. 672 с.
17. *Michell D.* Guidanceneeds and counseling of persons with intellectual handicaps // *Mental retardation in NewZealand*. 1985. P. 136-156.

# The family as a factor in victimization of children with disabilities

*E. S. Fominykh, Ph.D. in Psychology, Orenburg State Pedagogical University, Orenburg, [fominyh.yekaterina@yandex.ru](mailto:fominyh.yekaterina@yandex.ru)*

---

The article is devoted to analysis of the problem victimising potential family of a child with disabilities. Presents factors victimization of the child within the family system. Disclosed features and characteristics of a dysfunctional family and their role in the process of victimization of a child with disabilities.

**Keywords:** family, dysfunctional family, disabilities, victimization, factors of victimization.

---

## Literature

1. *Belyaeva M.A.* Social'naya rabota i sociokul'turnaya deyatel'nost' s sem'ei rebenka-invalida. Ekaterinburg: Ural.gos.ped.un-t, 2009. 248 s.
2. *Gricai A.G.* Sem'ya gruppy riska v strukture tipologii neblagopoluchnyh semei // Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta, Ser.: Pedagogika i psihologiya. 2009. Vyp. 3 (47). S. 32-36.
3. *Malkina-Pyh I.G.* Viktimologiya. Psihologiya povedeniya jertvy. Eksmo, 2010. 864 s.
4. *Mudrik A.V.* Social'naya pedagogika. Akademiya, 2007. 224 s.
5. *Nartova-Bochaver S.K.* Chelovek suverennyi: psihologicheskoe issledovanie sub'ekta v ego bytii. Piter, 2008. 400 s.
6. *Porohnyuk E.V.* Veduschie social'nye faktory, okazyvayuschie vliyanie na process transformacii tradicionnoi modeli sem'i i braka: sociologicheskii aspekt // Gumanitarnye, social'no-ekonomicheskie i obschestvennye nauki. 2014. № 1. S. 99-102.
7. Psihologiya sem'i i bol'noi rebenok. Rech', 2007. 400 s.
8. *Rudenskii E.V.* Deprivacionnyi viktimizm kak social'no-psihologicheskii mehanizm ontogeneza lichnoi viktimnosti // Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya. № 1(38). S.139-144.
9. *Rudenskaya Yu.E.* Faktory ontogeneticheskoi viktimizacii lichnosti v interaktivnoi sisteme sem'i // Sibirskii pedagogicheskii jurnal. 2013. № 3. S. 180-183.
10. *Seryh A.B.* Psihologicheskie osnovaniya podgotovki pedagogov k rabote s viktimnymi det'mi: avtoref. dis. ... dokt. psih. nauk. M., 2005.

11. *Tkacheva V.V.* Tehnologii psihologicheskogo izucheniya sem'i, vospityvayushei rebenka s otkloneniyami v razvitii. UMK «Psihologiya», Moskovskii psihologo-social'nyi institut, 2006. 240 s.
12. *Fominyh E.S.* Psihologicheskie mehanizmy viktimnosti // *Koncept*. 2014. № 05 (mai). ART 14132. URL: <http://e-koncept.ru/2014/14132.htm>. – Gos. reg. El No FS 77-49965. – ISSN 2304-120X.
13. *Fominyh E.S.* Psihologicheskii mir viktimnoi lichnosti // *Sovremennye nauchnye issledovaniya*. Vypusk 1. *Koncept*. 2013. ART 53302. URL: <http://e-koncept.ru/article/675/> - Gos. reg. El № FS 77- 49965. - ISSN 2304-120X.
14. *Chernikov A.V.* Sistemnaya semeinaya terapiya: Integrativnaya model' diagnostiki. Nezavisimaya firma «Klass». 2001. 208 s.
15. *Shapoval I.A.* Special'naya psihologiya. TC Sfera, 2005. 222 s.
16. *Eidemiller E.G., Yustickis V.* Psihologiya i psihoterapiya sem'i. Piter, 2008. 672 s.
17. *Michell D.* Guidanceneeds and counseling of persons with intellectual handicaps // *Mental retardation in NewZealand*. 1985. P. 136-156.