

ОСВІТА У ФІЛОСОФСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНИХ РЕФЛЕКСІЯХ

УДК 316.614.5:159.922.76 – 056.3

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМИН У РОДИНІ, ЯКА ВИХОВУЄ ДИТИНУ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Ольга Буковська¹, Олеся Прокоф'єва²

¹Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г. Шевченка

²Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького

Анотація:

У статті аналізуються психологічні особливості стосунків у сім'ях, де виховуються діти з особливими потребами.

Аннотация:

Буковская Ольга, Прокофьева Олеся. Психологические особенности взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей с особыми потребностями.

В статье анализируются психологические особенности взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей с особыми потребностями.

Resume:

Bukovs'ka Ol'ga, Prokofieva Olesya. Psychological particularities of relationship in the families, raising children with special needs.

The article dwells on psychological peculiarities of the families, which raise children with special needs and studies the relationship in such families.

Ключові слова:

діти з особливими потребами, групи захворювань, моделі співпраці батьків і дитини, типи взаємин, моделі співробітництва, стани матері, психологічні настанови.

Ключевые слова:

дети с особенными потребностями, группы заболеваний, модели сотрудничества родителей и ребенка, типы взаимоотношений, состояния матери, психологические установки.

Key words:

children with special needs, groups of diseases, models of parents and child cooperation, types of relationship, mother's status, psychological patterns.

Постановка проблеми. В Україні у зв'язку з її входженням до європейського простору відбуваються зміни у ставленні до людей з особливими потребами. Це вимагає від психологічних служб дотримання європейських стандартів щодо організації роботи з сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Різні аспекти проблеми соціально-психологічної роботи з сім'ями, де виховуються хворі діти, були предметом дослідження вітчизняних і зарубіжних учених. Так, функції і структура сім'ї, де виховується дитина з особливими потребами, внутрішні та зовнішні стратегії сімейного життя розглядалися в роботах О. Безпалько, Г. Вороніна, С. Ковальова, О. Мастюкової, О. Холостова, П. Шептенко; життєвий цикл такої сім'ї аналізував А. Турнбалл; рівні емоційної адаптації сім'ї до проблеми інвалідності дитини вивчали Н. Голан, Т. Ілляшенко, К. Хаган, А. Обухівська, О. Романенко, Н. Скрипка; формування психологічного клімату сім'ї та його вплив на процес соціалізації дитини, становлення її як особистості розглядали Л. Виготський, В. Гарбузов, А. Захаров, Д. Ісаєв, Г. Мішина; обґрунтування ролі сім'ї у реалізації заходів соціально-психологічної адаптації дітей з особливими потребами містяться у працях І. Іванова, І. Зверева, Л. Коваль, С. Хлебик; теорія й методика соціально-психологічної роботи з сім'єю, що виховує

дитину з обмеженими можливостями розробляли І. Іванов, І. Коробейников, А. Маллер, І. Мамайчук, В. Мартинов, О. Мастюков, Г. Мішина, Н. Фінні, Л. Ханзерук та ін.

На провідну роль родини в забезпеченні психологічних потреб дитини вказували ще З. Фрейд, А. Фрейд, А. Адлер, К. Юнг, Е. Берн, Л. Виготський, Б. Зейгарник, О. Леонт'єв, В. Мясіщев та багато інших учених. Особливої значущості виховна функція родини набуває у випадку, коли дитина стає інвалідом.

Виклад основного матеріалу дослідження. Фахівцям важливо знати, що кожному ступеню втрати здоров'я дитини з особливими потребами відповідає перелік захворювань, серед яких можна виділити такі основні групи.

1. До першої групи належать нервово-психічні захворювання.

Найбільш поширеними захворюваннями цієї групи є дитячий церебральний параліч, пухлини нервової системи, епілепсія, шизофренія та інші ендогенні психози, розумова відсталість (олігофренія або слабоумство різної природи, що відповідають стадії ідіотії або імбецильності), хвороба Дауна, аутизм, ЗПР, синдром СДУГ, діти з вадами мовного розвитку [2].

Усі ці хвороби об'єднані в одну групу, однак варто відділити розумову неповноцінність від психічної, на чому наполягають організації, що

займаються вивченням цієї категорії людей та наданням їм допомоги.

2. До другої групи входять захворювання, пов'язані з фізичними вадами.

А. Захворювання внутрішніх органів. На сьогодні ці захворювання переважають у структурі дитячої інвалідності, що зумовлено переходом захворювань у хронічну форму з важкими функціональними порушеннями. Часто це пов'язано з пізнім виявленням порушень і недостатніми заходами реабілітації.

До цієї групи належать різні захворювання, патологічні стани та вади розвитку органів дихання (серед яких і хронічний туберкульоз легень), нирок і органів сечовиділення, шлунково-кишкового тракту, печінки й жовчовивідних шляхів (цироз печінки, хронічний гепатит, виразковий процес із безперервними рецидивами тощо), серцево-судинної системи (зокрема пороки серця й великих судин), системи кровотворення (лейкози тощо), опорно-рухового апарату (поліартрити і т. п.). А також захворювання очей, онкологічні захворювання, ураження й захворювання органів слуху.

3. Сенсорні порушення в дітей становлять третю групу захворювань.

Психологічні особливості дітей із сенсорними порушеннями вивчені практиками та представлені в науковій літературі найбільш повно (В. Денискін, Л. Солнцева та ін.).

4. Ендокринні захворювання також належать до групи захворювань, якій відповідає той чи інший ступінь втрати здоров'я.

Ендокринні захворювання численні й проявляються різноманітними клінічними симптомами. Діагностика ендокринної патології в педіатрії ускладнюється тим, що в різні вікові періоди клінічні й лабораторні ознаки її мають свої особливості. Окрім того, ураження однієї залози поєднується з порушеннями функції інших ендокринних залоз, а гормональні зрушення призводять до функціональних розладів нервової системи, внутрішніх органів та обміну речовин.

У зв'язку з впровадженням інклюзивної освіти в нашій країні всім фахівцям, які будуть супроводжувати дитину з особливими потребами в освіті, варто не тільки знати групи захворювань, труднощі, що їх долає дитина кожного дня, але й психологічні особливості сімей, у яких такі діти виховуються, щоб підтримати, заспокоїти, порадижити та заохотити і дитину, і родину. За твердженнями вчених і нашими спостереженнями, така сім'я перебуває в стані хронічного стресу,

який загострюється в період адаптації до навчання у школі.

Тому, аналізуючи психологічне мікросередовище сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами, слід з'ясувати характер хвороби: вроджена чи набута. Хвороби, набуті у процесі життя можна розглядати як психосоматичні й психічні, що демонструють різні способи переборення внутрішньоособистісного конфлікту. Невротичний спосіб виявляється в умовах гострого або хронічного стресу, а психосоматичний – пов'язаний із хронічною дією фрустрації та стресу. Важливим чинником є також індивідуально-психологічні властивості людини, схильної до одного з перерахованих способів переборення конфлікту.

Важливою особливістю набутої хвороби може бути вторинна вигода, ті переваги, які отримує хвора дитина. Ця думка підтверджується в дослідженні Г. Шарипова та З. Гафурової, які виявили вплив мікросоціального чинника на виникнення короткозорості в дітей із віком. Автори вважають, що в батьків дітей із міопічними порушеннями більше виражені риси виховної невпевненості, ніж у батьків офтальмологічно здорових малюків. Зростання виховної невпевненості, з одного боку, компенсується спробами батьків повніше задовольняти потреби дитини. З іншого боку, така батьківська позиція сприяє формуванню дитячої короткозорості як інструменту, що дає змогу дитині мінімізувати обов'язки й максимізувати задоволення потреб.

Науковці зазначають, що відхилення у психофізичному розвитку дітей раннього віку можливі не лише внаслідок органічних і функціональних порушень, але мають і вторинний характер, зумовлений дефіцитом спілкування й браком адекватних способів співпраці батьків із дітьми. Г. Мішина виділяє шість неадекватних моделей співпраці батьків із дитиною: ізолюваність, передбачувана взаємопов'язаність, мовна взаємопов'язаність, «мовчазна співприсутність», «вплив і взаємовплив», активний взаємозв'язок [1].

Для поведінки батьків, які виховують проблемних дітей раннього віку, характерні певні особливості. Серед них можна виділити: невміння створювати ситуацію спільної діяльності, неемоційний характер співробітництва, неадекватність позиції стосовно дитини й неадекватний стиль виховання, недостатня потреба в спілкуванні з дитиною.

У сім'ях, де ростуть діти та підлітки з ДЦП, переважає гіперопіка (І. Мамайчук, Є. Каліжнюк [3]). Цей тип взаємин проявляється в надмір-

ній батьківській турботі про дитину, у надзвичайній відданості їй. Таке ставлення до дитини супроводжується виникненням у батьків емоційно-вольових проблем (тривожності, фрустрованості); матері зосереджуються на фізичній і психічній безпорадності своїх дітей. Відомо, що така модель виховання призводить до психопатичного розвитку особистості хворої дитини, формує в неї егоцентричні настанови, негативно позначається на становленні почуттів відповідальності й обов'язку. Як правило, у батьків, що дотримуються цього стилю виховання, знижується трудова й соціальна активність.

Серед сімей, які виховують дітей із руховою патологією, є й такі, де має місце емоційне несприйняття хворої дитини, що виявляється в жорсткому поводженні. Причому модель сімейного виховання часто залежить від психологічних особливостей самих батьків, їх ціннісного ставлення до дитини й культурного рівня [3].

У дослідженні Т. Богданової та Н. Мазурової аналізувався вплив внутрішньосімейних стосунків на розвиток особистості глухих школярів молодшого віку. Міжособистісні стосунки дитини з батьками та її сприйняття внутрішньосімейних взаємин досліджувалися за допомогою модифікованої авторами методики Р. Жилия. Отримані результати засвідчують спотворення батьківських позицій і переважання негативного ставлення глухих дітей до батьків, які не мають вад зі слухом. У групі тих сімей, де батьки також мають порушення слуху, дефект дитини особливих труднощів у них не створює [2].

У роботі М. Мазурової за принципом провідного дефекту виділяються групи батьків (глухі батьки з вродженою глухотою, глухі батьки з набутою глухотою, батьки, щочують). Досліджувані групи батьків залежно від наявності або відсутності сенсорного дефекту, а також від власних особистісних якостей дають оцінку особливостям своїх дітей і, спираючись на це, вибудовують стосунки. Батьки, які мають вроджений дефект, не мають тих психологічних труднощів, із якими стикаються здорові батьки глухих дітей [1].

Публікації І. Соломініної призначені для батьків сліпоглухих дітей. У них містяться конкретні поради батькам (вчасне навчання дактилології, жестів і мови) і навіть виноситься на обговорення питання про створення корекційних груп для батьків хворих дітей, їхніх бабусь і дідусів. Цьому авторів належать і російськомовні переклади найцікавіших зарубіжних публікацій із цієї проблематики. С. Хороший характеризує різні аспек-

ти батьківсько-дитячих взаємин у сім'ях, які виховують сліпих дітей. Автор виділяє дві батьківські позиції – адекватну й неадекватну, зазначаючи, що батьківське ставлення до сліпої дитини виявляється в різних варіантах: жертвовності, гіперопіки, у деспотичній поведінці, суворості, твердості чи відстороненості від дитини.

У працях Л. Солнцевої та С. Хорошого з усього різноманіття типів взаємин у сім'ї виділяються три: гіперопіка, деспотизм батьків, відчуження від дитини. На думку авторів, неблагополучні внутрішньосімейні стосунки виховують у сліпої дитини небажані особисті якості: розбещеність, егоїзм, непокору дорослим чи емоційну глухоту.

Дослідження Г. Мішиної спрямоване на вивчення й корекцію різних варіантів співробітництва в батьківсько-дитячих парах. Автор розглядає відхилення у психофізичному розвитку дітей раннього віку не лише як можливий наслідок органічних і функціональних порушень, але і як вторинні прояви, зумовлені дефіцитом спілкування й браком адекватних способів співробітництва батьків із дітьми. Дослідниця виділяє шість моделей співробітництва батьків із дитиною: ізолюваність, імовірна взаємопов'язаність, мовна взаємопов'язаність, «мовчазна присутність», «вплив і взаємовплив», активна взаємопов'язаність [3].

Аналізуючи дані констатувального експерименту, Г. Михайликов дійшов висновку, що поведінка батьків, які виховують дитину раннього віку з особливими потребами, характеризується такими рисами: невмінням створювати ситуацію спільної прикладної діяльності, неемоційним характером співробітництва, неадекватністю позицій стосовно дитини, неадекватністю стилю виховання, недостатньою потребою у спілкуванні з дитиною. Формувальний експеримент, проведений автором, виявив позитивну динаміку як у спілкуванні батьків із проблемною дитиною (адекватне сприйняття особливостей її розвитку, впевнений стиль виховання, сформованість потреби у спілкуванні з дитиною та з іншими), так і позитивні зміни в розвитку пізнавального та високого соціального рівня дітей [2].

Вивчення причин негативного ставлення соціуму до розумово відсталої дитини продовжене в цілому ряді наукових праць. Так, наприклад, О. Чарова та Є. Савіна оцінюють ставлення матері до розумово відсталої дитини як суперечливе. Типовою реакцією матері є жалість, прагнення опікати, контролювати. Разом із тим, у матерів спостерігаються прояви роздратування, бажання

покарати дитину, ігнорування її інтересів через їх примітивність. Емоційний стан матерів характеризується депресією, почуттям провини, горя, сорому й страждання. Результати дослідження О. Московкіної, Є. Пахомової, А. Абрамової підтверджують думку, висловлену раніше В. Юртайкіним і О. Комаровою, що в описах розумово відсталих дітей різними категоріями осіб, зокрема і їхніми батьками, переважають негативні характеристики [1].

Проблема залучення батьків розумово відсталих дітей до корекційно-виховного процесу розкривається в дослідженні В. Сабурова. Він уважає, що критеріями готовності батьків до корекційно-орієнтованого виховання дітей із порушенням інтелекту є педагогічна грамотність, активна участь у виховному процесі, ціннісне ставлення до дитини. Запропонована В. Сабуровим технологічна модель взаємодії зі школою і сім'єю передбачає індивідуальні практичні заняття з батьками; спільну діяльність батьків у класних і загальношкільних заходах, залучення дітей до трудового життя дорослих; анонімне й конфіденційне психолого-педагогічне консультування педагогів і батьків; розробка й реалізація індивідуальних планів [2].

При цьому майже в кожній родині, яка виховує дитину з особливими потребами, можлива справжня буря почуттів, де є найрізноманітніші настрої та емоції, однаково шкідливі й для матері дитини, й для хворого маляти, й для їх оточення. Ось кілька найпоширеніших нездорових психологічних настанов [1]:

Несприйняття ситуації: «Чому це трапилось саме зі мною? За що? Я не хочу! Я не можу!» – внутрішній бунт, унаслідок якого жінка поринає у хворобливий егоїзм, де немає місця любові й жалості до хворого маляти. Таке ставлення може відштовхнути рідних, а також спричинити непродумані кроки, про які потім доведеться шкодувати все життя. Пошук винних: «Це все спадковість чоловіка, у них прадід був алкоголіком» – спроба зняти з себе відповідальність за життя хворої дитини. Така позиція призводить до конфронтації між членами сім'ї, що ще більше ускладнює ситуацію і фактично виключає взаємодію і співробітництво.

Перенесення провини на дитину: «Якби він старався, був би здоровішим»; «На нього стільки грошей витрачаєш, а він усе робить на зло». Це призводить до конфронтації з дитиною та її ізоляції в сім'ї, унаслідок чого погіршується фізичний і психічний стан маляти.

Хибний сором: «Це так соромно, що в мене «ненормальна» дитина. Не можна обтяжувати нею оточення». Почасті причиною цього є те, що в нашій країні немає традицій повноцінного входу інвалідів у соціум, що особливо небезпечно для хворого, адже він ризикує залишитися відірваним від однолітків і суспільства.

Комплекс провини: «Це я винна в тому, що дитина народилася, аби мучитися і страждати. Мій обов'язок – спокутувати провину». Це може виявлятися через гіперопіку маляти, надмірне потурання примхам хворої дитини. У цьому разі велика ймовірність того, що дитина виросте психологічним монстром, а це неминуче підсилить її соціальну дезадаптацію і збільшить страждання.

Самопринижувальні настрої: «Мені завжди не щастить. У такої нікчеми, як я, і не могла народитися нормальна дитина. У мене все не як у людей» – прояв за давних комплексів. Така настанова несумісна з конструктивною поведінкою і не веде до поліпшення ситуації. Синдром жертви: «Мое життя скінчилось, радощі не для мене. До кінця моїх днів мені доведеться нести цей хрест» – загальна схильність до «страждань», демонстративність поведінки; невміння побачити в дитині особистість, гідну приязні і любові, яка може дарувати радість.

Манія «відмінності»: «Ми не такі, як усі, у нас особливе життя, особливі обставини» – егоцентризм, компенсаторна реакція від підсвідомого «ми гірші за інших» до протилежного – «ми – особливі, тобто кращі за інших». Такі настрої призводять до ізоляції від суспільства, виключають допомогу й підтримку з боку інших людей.

Споживчі настрої: «У нас лихо. Нам усі повинні співчувати, надавати допомогу, в усьому йти назустріч» можуть виробити звичку постійно драматизувати становище, твердити собі, оточенню й дитині, що її стан тільки погіршується тощо. Виключають конструктивну поведінку матері й повноцінну соціалізацію хворої дитини. Підсвідомо матір може мати настанову: «Чим гірше, тим краще».

«Убивча» жалість: «Ой, бідненьке, нещасненьке, безпомічне маля, без мене воно загине», викликана бажанням самоствердитися за рахунок хворої дитини, звести догляд за нею до єдиної життєвої мети. Власна значущість вимірюється ступенем потрібності інвалідові. Як і в попередньому прикладі, мати підсвідомо не зацікавлена в поліпшенні стану дитини, у її соціалізації, прищепленні їй навичок самообслуговування й самостійності.

Висновки. У процесі реабілітації сімей, що виховують дітей з особливими потребами, виявляється чимало проблем. Це зумовлено тим, що сім'я з такою дитиною є цілісною соціальною системою, яка має своєрідну внутрішню будову, особливу психологічну структуру й специфічні функції; вона визначає певні соціально-психологічні характеристики індивідів, які її

складають і характеризується взаємовпливом членів родини. Розв'язання соціальних і психолого-педагогічних проблем сім'ї, що виховує дитину з особливими потребами, можливе тільки за умов вивчення взаємин між її членами в кожному окремому випадку та виявлення механізмів взаємодії її різних параметрів, настанов членів родини.

Список використаних джерел

1. Бочелюк В.Й., Турубарова А.В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навчальний посібник / В.Й. Бочелюк, А.В. Турубарова. – К.: «Центр учбової літератури». 2011. – 360 с.
2. Організація психологічної реабілітації дітей інвалідів. Методичний посібник. – К.: Чернігівський обласний центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів, 2008. – 28 с.
3. Сварник М. Николаев М. Діти з особливими потребами в українському суспільстві: крок до реабілітації та інтеграції / М. Сварник, М. Николаев // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник / Ред. кол. Н. Софій (голова), І. Єрмаков (керівник авторського колективу і науковий редактор) та ін. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.

Рецензент: Максимов О.С. – д.пед.н., професор

Відомості про авторів:

¹Буковська Ольга Олександрівна

²Прокоф'єва Олеся Олексіївна

¹ Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка
вул. Гетьмана Полуботка, 53, м. Чернігів,
Чернігівська обл., 14013, Україна

² Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького
вул. Леніна, 20, м. Мелітополь,
Запорізька обл., 72312, Україна
doi:10.7905/нвмдпу.v0i10.720

Надійшла до редакції: 08.04.2013 р.

Прийнята до друку: 13.06.2013 р.

References

1. Bochelyuk, V. Y., Turubarova, A. V. (2011). *Psychology of man with disabilities*. Kyiv: Centre of study materials. [in Ukrainian].
2. *Organization of psychological rehabilitation of disabled children*. (2008). Kyiv: Chernihiv regional rehabilitation centre for disabled children. [in Ukrainian].
3. Svarnyk, M., Nikolaev, M. (2000). *Children with special needs in Ukrainian society: a step for rehabilitation and integration*. In N. Sofiy, I. Yermakov. Steps for competence and integration into society: scientific and methodical digest. (p.336). Kyiv: Kontekst. [in Ukrainian].