

4.5. Features of maintaining psychological well-being in a family raising a child with special needs

4.5. Особливості збереження психологічного благополуччя у родині, яка виховує дитину з особливими потребами

Якісні характеристики дитячо-батьківських відносин є важливим фактором, який впливає на всі сторони розвитку дитини. В процесі внутрісімейної взаємодії розвиваються когнітивні функції дитини, відбувається становлення його особистості, самооцінки, засвоєння морально-етичних норм, зразків поведінки, привласнення соціальних ролей та ін. У разі порушення нормального психічного розвитку, коли йде мова про дітей з інвалідизуючими захворюваннями, вплив соціальних чинників набуває ще більшої значущості. Щоб не допустити соціальну дезадаптацію дітей з інвалідністю, визначити і усунути перешкоди на шляху їх соціальної інтеграції, попередити деструктивні міжособистісні взаємодії з оточуючими, має сенс досліджувати особливості гармонізації дитячо-батьківських відносин у сім'ях, які виховують дітей з інвалідністю. Розвиток і навчання дитини-інваліда в більшій мірі залежить від сімейного благополуччя, активної і розумної участі батьків в її фізичному і духовному становленні. Для сімей, які виховують дитину з відхиленнями у розвитку, характерний комплекс психологічних, соціальних і педагогічних проблем, що стосуються безпосередньо дитини і всього його найближчого оточення в цілому. Сім'я, як соціальний інститут, покликана соціалізувати дитину, тобто навчити її перебудовуватися, приміряючи в міру дорослішання і зміни середовища життєдіяльності нові соціальні ролі. Саме в родині закладається і визначається вектор подальшого особистісного і комунікативного розвитку дитини, його соціальна активність.

Процес компенсаторного розвитку і сімейна соціалізація дітей з інвалідизацією багато в чому залежить від якості дитячо-батьківських відносин. Гармонійні взаємини є необхідною умовою формування у дитини готовності і здатності до відносно самостійного життя, а також зменшують ризик соціальної дезадаптації в подальшому. Поява в сім'ї дитини з відхиленнями у психофізичному розвитку створює складну стресову ситуацію, дезорганізує міжособистісні відносини, порушує звичний уклад життя її членів. У зв'язку з цим індивідуальні особливості та характеристики особистості батьків значною мірою визначають характер розвитку, соціалізації і успішність адаптації дитини в житті. І. Р. Граматкіна підкреслює, що для корекції недоліків психічного розвитку дітей-інвалідів, оптимізації процесу і результату їх соціальної адаптації, в першу чергу, необхідно змінити ставлення до них представників найближчого соціального оточення, зокрема, батьків [1].

Багато вчених досліджували різні аспекти сім'ї з дитиною-інвалідом. Л. Борщевська, Л. Зіброва, І. Іванова, Т. Комар вивчали вплив психологічного клімату в сім'ї на виховання дитини; О. Агавелян, О. Комарова, В. Юртайкін виокремили стадії пристосування сім'ї до народження хворої дитини; О. Агавелян, Р. Майрамян, М. Семаго вказували на вірогідність розпаду сімей, в яких народилась дитина з вадами; Є. Савіна, О. Чарова досліджували особливості материнських установок по відношенню до дітей з порушеннями в розвитку; Л. Кислян – проблеми адаптації родини до виховання дитини з особливими потребами; М. Певзнер, Е. Мастюкова, І. Мамайчук, Л. Кіреєва вказували на необхідність наукового вивчення таких родин і на розробку корекційних заходів, призначених для надання їм конкретної допомоги; М. Радченко досліджувала специфіку особистісної саморегуляції дорослих, які мають розумово відсталих дітей, особливості психокорекційної роботи з даною категорією осіб; Л. Гриценко, Т. Ілляшенко, Г. Ком'ячіна, І. Осетрова, О. Романенко, Н. Скрипка – психологічні проблеми сімей, які виховують дітей з особливими потребами; досвід батьків у подоланні кризових ситуацій та психологічної ізоляції; Е. Тиха – про формування самосвідомості батьків, які переживають психотравмуючу ситуацію; Л. Шипина – про взаємини в родинах, де виховуються діти з розумовою відсталістю і особистісні особливості матерів таких дітей; В. Вишневський – про появу у батьків різних соматичних захворювань, астенічних та вегетативних розладів, депресивної симптоматики та ін. Традиційно дослідники займаються вивченням переважно негативних аспектів якості життя сімей, в яких виховуються діти з ОМЗ, і аналізом проблем, пов'язаних зі здоров'ям осіб з фізичними обмеженнями. Альтернативою клінічного підходу є напрямок позитивної психології, який дозволяє глибше зрозуміти значення суб'єктивних нематеріальних чинників, які опосередковують вплив зовнішніх умов на стан сімей з дитиною з особливими потребами. Для поліпшення якості життя таких сімей необхідна підтримка психологічного благополуччя всіх її членів [6].

Категорію психологічного благополуччя часто співвідносять з категоріями психологічного та психічного здоров'я. Базовий зміст останнього включає поняття психологічного здоров'я, яке трактується як благополуччя в самому широкому сенсі слова [3]. Психологічне благополуччя, на думку дослідників, може стати універсальним, узагальнюючим поняттям в характеристиці здорової особистості, а поняття «психологічне неблагополуччя» – проміжним конструктом в дихотомії «здоров'я – хвороба». «Психологічне благополуччя» як цілісне суб'єктивне переживання має величезне значення для самої людини і для всієї родини, оскільки пов'язане з базовими людськими цінностями та потребами, а також з буденними поняттями, такими як щастя, щасливе життя, задоволеність життям і собою. В даній ситуації людина робить акцент на суб'єктивній емоційній оцінці людиною себе і свого власного життя, а також на аспектах самоактуалізації та особистісному зростанні.

Психологічне благополуччя є важливою умовою задовільних міжособистісних відносин, дозволяє спілкуватися і отримувати від цього позитивні емоції, задовольняючи потреби в емоційному теплі. Руйнує благополуччя соціальна ізоляція (депривація) напруженість в значущих міжособистісних зв'язках. Особливо гостро ця проблема проявляється у ставленні суспільства до дітей з інвалідизацією та їх сімей: можна привести безліч прикладів як нелюдського, так і у вищій ступені жертвового і милосердного ставлення до них [1]. Психологічне (суб'єктивне) благополуччя має чотири особливості:

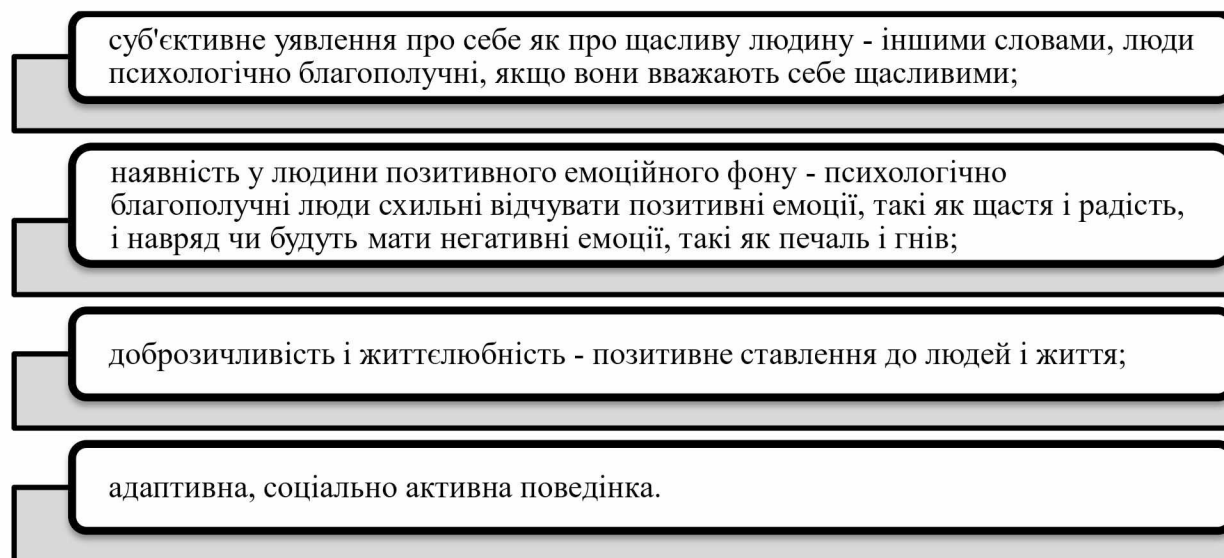


Рис. 1 Загальні особливості психологічного благополуччя особистості

Аналізуючи різні підходи, можна виділити основні складові та чинники психологічного благополуччя особистості:

1. Задоволеність життям як інтегральна когнітивно-емоційна оцінка.
2. Функціональний статус – психічний і психофізіологічний стан, тобто відсутність негативних переживань, станів, що мають негативні наслідки для організму і психіки, є необхідною складовою благополуччя.
3. Ціннісно-мотиваційна сфера як загальна усвідомленість життя, так і індивідуальна система пріоритетів, система координат.
4. Уміння використовувати наявні можливості для досягнення поставлених значущих цілей, а також загальну несуперечність потреб і можливостей.
5. Соціальне благополуччя вимагає соціальної підтримки, відкритості у взаєминах, відсутності конфліктів, сприятливого соціального оточення, а також благополуччя близьких і значущих людей, безпосередньо пов'язаних з широтою образу Я.
6. Самооцінка і самоставлення, у тому числі впевненість у власних можливостях при подоланні негативних обставин, прийняття особистої відповідальності за власне життя, відсутність внутрішнього конфлікту.

7. Самоефективність, досягнення визначених цілей і наявність змістотворних перспектив [4].

Благополуччя – це питання перцепції життя, суб'єктивного ставлення до ситуації і до власних можливостей, відчуття самореалізованості, затребуваності, реалізація свого потенціалу. Справедливо також припустити, що різні компоненти психологічного благополуччя будуть по-різному поєднуватися і мати різну значимість у залежності від індивідуальних особливостей кожного члена родини, яка виховує дитину з інвалідизуючим захворюванням. Враховуючи те, що сім'я з дитиною-інвалідом – це сім'я з особливим психологічним статусом, особливості якої визначаються не тільки особистісної специфікою всіх її членів і характером взаємовідносин між ними, а й більшою закритістю сім'ї для зовнішнього світу, дефіцитом спілкування, частою відсутністю можливості у професійній та собістісній самореалізації членів родини. Головне – це специфічне положення в сім'ї дитини-інваліда, яке обумовлено його хворобою. Перед батьками завжди постає дилема: виховувати дитину як здорову або як хвору.

У суспільстві склалося стійке уявлення про те, що інвалідизуючий дефект, який є результатом хвороби, має два рівні компенсації: високий, з активним подоланням, і низький, що полягає в пристосуванні до нього.

Виховання дитини відповідно до першої стратегії, забезпечує задоволення потреби дитини у визнанні, в самостійності, не обмежує її в спілкуванні і взаємодії з іншими людьми. Виховання хворої дитини як здорової людини може відповідати його можливостям, так як психіка дитини, що страждає серйозним психосоматичним захворюванням, може бути хоча б частково збережена. Дитина в такій родині рідше маніпулює членами сім'ї, конкуренція між дітьми в боротьбі за увагу батьків не є гострою. Батьки не перетворюють власне життя у соціальну ізоляцію, прагнуть до самореалізації. Відповідно психологічна атмосфера у родині емоційно комфортна, гармонійна, сприятлива до відкритих взаємовідносин, що й виступає важливим чинном в процесі збереження психологічного благополуччя кожного члена родини.

Вибір другої стратегії виховання (підготовка дитини до життя хворою) присвоює дитині специфічний статус, який стає організуючим фактором усього життя сім'ї. Роль хворого задовольняє потребу дитини у визнанні, любові, турботи, але істотно обмежує її самостійність, спілкування і взаємодію з іншими дітьми. Ведучий дефект обмежує режим спілкування, харчування, навчання, вимагає лікувальних процедур.

Система ролей хворого містить відкриті протиріччя. З одного боку, дитина-інвалід спочатку фізично обмежена, вимоги до неї занижені. З іншого боку, вона включена в соціальну і мікро соціальну структури – до неї за змістом пред'являються ті ж вимоги, що і до здорової дитини. Її дефект не виправдовує її неписьменності, агресивності та інших негативних особливостей. Друге протиріччя проявляється в тому, що гіпертрофована частка турботи і уваги

батьків формує і підтримує статус хворого, а її самостійність, спілкування з однолітками на рівних і можливість власного вибору - роль здорового. Система ролей дитини-інваліда, таким-чином, дуалістична. Хвороба дитини організовує життя всієї родини, але не забезпечує їй задоволення, відповідно знижуючи рівень суб'єктивного психологічного благополуччя кожного члена родини. Можливо, роль хворої дитини задовольняє того з батьків, хто був ініціатором вибору саме тієї стратегії виховання дитини. Решта членів родини до цієї стратегії змушені підлаштовуватися [2].

Серед структурних компонентів психологічного благополуччя, виокремлених О. Ширяєвою, – метапотребового, інтрарефлексивного, інтеррефлексивного, також виділений афективний компонент, який описує баланс позитивних/негативних афективних переживань: суб'єктивне відчуття щастя, загальна задоволеність життям, відсутність вираженої тривожності, депресивних симптомів, емоційний комфорт. Під емоційний компонентом розуміємо позитивне чи негативне відношення, що виникає при реалізації цілей, потреб і намірів особистості в процесі вирішення життєвих завдань [5].

Відповідно, з метою визначення особливостей емоційного компоненту психологічного благополуччя у батьків, які виховують дитину з інвалідизацією, та в рамках реалізації проекту наукової роботи, науково-технічної (експериментальної) розробки молодих учених, що виконується за рахунок коштів загального фонду державного бюджету – «Розробка методології психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами» № держреєстрації: 0119U002003, в 2019-2020 р.р. було проведено емпіричне дослідження. Після проведення констатуючого експерименту, в результаті статистичної обробки даних, були отримані відповідні результати емоційного благополуччя батьків, які виховують дитину з інвалідизуючим захворюванням. В результаті обробки методики «Самооцінка емоційних станів» за Г. Айзенком за двома шкалами виявлені рівні тривожності та фрустрації [7].

Таблиця 1

Вивчення рівня тривожності та фрустрації

Шкали емоційного стану	Кількість респондентів					
	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	Абсолютна кількість	у %	Абсолютна кількість	у %	Абсолютна кількість	у %
Тривожність	9	22,5	12	30	19	47,5
Фрустрація	7	17,5	16	40	17	42,5

Аналіз статистичних даних, представлених у табл. 1 показав, що високу вираженість схильності до тривожності мають 9 респондентів (22,5%), високу

вираженість схильності до фрустрації мають 7 респондентів (17,5%), що проявляється в негативному емоційному реагуванні.

Результати експериментального дослідження самооцінки прояву різних характеристик емоцій, а саме: емоційної збудливості, інтенсивності, тривалості, впливу на ефективність діяльності та спілкування представлені у табл. 2.

Таблиця 2

Діагностика рівня прояву характеристик емоцій

Шкали	Кількість респондентів	
	Абсолютна кількість	Процентне співвідношення
Емоційна збудливість	5	12,5%
Інтенсивність емоцій	18	45%
Тривалість емоцій	3	7,5%
Негативний вплив емоцій на ефективність діяльності та спілкування	4	10%
Емоційна збудливість, інтенсивність емоцій	2	5%
Емоційна збудливість, тривалість емоцій	1	2,5%
Інтенсивність емоцій, тривалість емоцій	3	7,5%
Інтенсивність емоцій, тривалість емоцій, негативний вплив емоцій на ефективність діяльності та спілкування	2	5%
Інтенсивність емоцій, негативний вплив емоцій на ефективність діяльності та спілкування	2	5%

Як видно з табл. 2, у більшості опитаних виявлена провідна вираженість емоцій – інтенсивність (45%). У 12,5% респондентів виявлена емоційна збудливість; у 7,5% респондентів провідна вираженість емоцій – тривалість; а у 10% респондентів виявлено негативний вплив емоцій на ефективність діяльності та спілкування. 25% респондентів мають змішану вираженість характеристик емоцій.

З метою виявлення домінуючих емоційних станів та стійких емоційних переживань батьків була проведена методика «Чотирьохмодальносний емоційний питальник» за Л. А. Рабиновичем.

В процесі математичної обробки кількісних даних виявлено:

- у 50% опитаних домінує емоційний фон – «сум»;
- у 15% – емоційний фон – «гнів»;
- у 22,5% – емоційний фон – «страх»;
- у 12,5% – емоційний фон – «радість».

Відповідно, економічні, медичні, соціальні та психологічні проблеми, з якими постійно стикаються батьки, які виховують дитину з інвалідизацією,

провокують домінування та постійне переживання негативних емоційних станів, що знижує рівень суб'єктивного відчуття задоволеністю власним життям та знижує рівень психологічного благополуччя у родині.

Таблиця 3

Виявлення домінуючих емоційних станів

Емоції	Кількість респондентів	
	Абсолютна кількість	Процентне співвідношення, %
Радість	5	12,5
Гнів	6	15
Страх	9	22,5
Сум	20	50

Перебуваючи у стані постійної психоемоційної напруги, відчуваючи постійний страх за власну дитину, батьки відчувають тривогу та невпевненості. Результати експериментального дослідження тривожності як стану (ситуаційна тривожність) та як особистісної властивості (особистісна тривожність) представлені в табл. 4.

Таблиця 4

Визначення кількісного рівня емоційного стану особистості

Шкали прояву тривожності	Кількість респондентів					
	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	Абсолютна кількість	у %	Абсолютна кількість	у %	Абсолютна кількість	у %
Ситуативна тривожність	10	25	18	45	12	30
Особистісна тривожність	6	15	19	47,5	15	37,5

За результатами методики видно, що у більшості опитаних спостерігається високий рівень ситуативної тривожності (25%) та середній рівень як ситуативної (45%), так і особистісної тривожності (47,5%), що утруднює процес побудови гармонійних взаємовідносин у родині, проявляється у невпевненості та труднощах в прояві ініціативи, самостійності. На підставі отриманих даних ми можемо зробити висновок, що середні показники по всіх параметрах (емоційний стан, емоційне реагування, емоційні властивості, емоційні відносини) пов'язані: в першу чергу, з психологічними та соціоекономічними чинниками, що впливають на батьків, які виховують дитину з ОМЗ; з особливостями сприйняття батьками важкості і перспектив перебігу захворювання своєї дитини; зі стилем сімейного виховання. Поява на світ дитини з порушеннями в розвитку важко переживається батьками, викликає підвищення рівня психічного напруження і

призводить до деяких змін стану, що зачіпає емоційно-вольову, мотиваційно-потребностную, ціннісно-смыслову сфери, сферу самосвідомості. При цьому зміни можуть носити як деструктивний для соціальної інтеграції характер – приводити до озлобленості, закритості, переживання почуття провини, негативних емоційних станів, тривожності, так і конструктивний характер – мотивувати до максимально грамотної побудови взаємодії з дитиною, стимулювання її розвитку, рефлексії свого шляху соціальної інтеграції та можливостей допомоги дитини в соціалізації. Конструктивний характер змін особистості батьків базується на їх психологічних особливостях та формуванні адаптивних способів реагування, збереженні психологічного комфорту та благополуччя [2].

Суб'єктивне психологічне благополуччя окремої людини і сім'ї в цілому вказує не стільки на відсутність будь-яких життєвих труднощів, з якими їм доводиться стикатися, скільки на готовність їх подолання, вміння справлятися з непростими соціальними і матеріально-побутовими життєвими ситуаціями, здатність успішно вирішувати поставлені перед собою завдання.

Література

1. Концептуалізація системи сімейно-орієнтованого психолого-педагогічного супроводу родини, яка виховує дитину з особливими потребами / О. В. Царькова, О. О. Прокоф'єва, Г. Б. Варіна та ін.; за заг. ред. докт. психолог. наук О. В. Царькової. – Мелітополь: Люкс, 2019. – С. 65-82.
2. Ткачева В. В. Исторический экскурс в проблему семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. // Психология семьи и больной ребенок: учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. – С. 15-18.
3. Ширяева, О. С. Психологическое благополучие личности в экстремальных природно-климатических условиях жизнедеятельности / О. С. Ширяева. Дис... кандидата психологических наук. – Петропавловск-Камчатский, 2008. – 254 с.
4. Diener E., Larsen R. J. The subjective experience of emotional well-being // M. Lewis & J. M. Haviland (Eds), Handbook of emotions. New York: Guilford Press. 1993. P. 405-415.
5. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. The structure of psychological well-being revisited // Journal of Personality and Social Psychology, 1995, 69, 719-727.
6. Varina H, Kovalova O. Psychological principles of harmonization of interpersonal interaction in a family caring a disabled child / H. Varina, O. Kovalova // Psychological resources of the individual under the conditions of modern challenges. Editors: Jozef Kaczmarek, Hanna Varina. Monograph. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2020; ISBN 978-83-66567-06-1; pp. 232, illus., tabs., bibls – P. 112-120.
7. Varina H., & Shevchenko S. The peculiarities of using the computer complex HC-psychotests in the process of psychodiagnosis of the level of development of future specialists' mental capacity. E3S Web of Conferences, 166, 2020, 10025.doi:10.1051/e3sconf/202016610025.