

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РОБОТИ З БАТЬКАМИ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ  
ДИТИНУ З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ**

**Варіна Ганна Борисівна**

старший викладач кафедри психології

Мелітопольського державного педагогічного університету

імені Богдана Хмельницького

**Анотація:** Стаття присвячена аналізу психологічних засад організації конструктивної роботи психолога з батьками, які виховують дітей з інвалідизацією. Виділені такі основні теоретичні моделі, як психологічна модель, педагогічна модель, медична модель, соціальна та діагностична моделі. В статті проаналізовані основні психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами. В рамках теоретичного аналізу виокремлені напрямки та алгоритм реалізації психологічного супроводу сімей з дітьми-інвалідами.

**Ключові слова:** психологічний супровід, інвалідизація, дезадаптація, психоемоційний стан, почуття провини, компетентність, інтеграція, соціалізація, травматизація

На сучасному етапі розвитку педагогічної психології актуальним є питання про реалізацію інклюзивної освіти. У зв'язку з цим з'являється багато робіт, присвячених питанням психологічної допомоги педагогам і учням в умовах інклюзивної освіти, особливостей інтеграції та успішності їх адаптації [1]. Недостатньо розробленими залишаються питання про особливості

психологічної підтримки в даних умовах батьків, які мають дітей з інвалідизуючими захворюваннями, про підвищення їх психологічної та соціальної компетенції і розвитку адаптивних ресурсів. У психолого-педагогічній науковій літературі розглядаються питання соціальної адаптації та соціалізації дітей із особливими потребами як важливої складової загального процесу допомоги родині (М. Николаєв, Л. Яскал); досліджуються різні типи сімей, особливості їх функціонування (Є. Артамонова, О. Кононко); технологічний аспект соціально-педагогічної роботи з сім'ями (А. Капська, Н. Заверико); висвітлюються особливості роботи з родинами, які виховують дитину з інвалідністю (Н. Грабовенко, І. Іванова); правовий аспект соціального захисту даної категорії (Л. Дроздова та ін.); психологічна допомога родині дитини з особливими потребами (Є. Волкова, С. Шаховська); питання інклюзивної освіти (А. Колупаєва). Втім, на нашу думку, питання концептуалізації психологічних засад роботи з родиною, яка виховує дитину з інвалідизацією досі залишається відкритим та полемічним.

Народження дитини з порушеннями в розвитку завжди є стресом для сім'ї. Труднощі, пов'язані з вихованням дитини з інвалідизацією, зумовлюють якісні зміни в життєдіяльності сім'ї, дезадаптують сім'ю та призводять до сімейної кризи. Т.Г. Соловйова [5] зазначає, що переживання сім'єю стресу, що виникає під час народження (чи встановлення діагнозу) дитини з особливими потребами порушує структуру сім'ї кількісно (з'являється новий член сім'ї) та якісно (збільшується ризик відмови батьків від дитини, можливе розлучення батьків, змінюється стиль сімейних взаємин, прогресує соціальна ізоляція родини). Подібні структурні зміни викликають функціональні порушення: кожна сімейна функція (економічна, репродуктивна, рекреаційна, виховна тощо) видозмінюється, набуває нового значення, з'являються нові, специфічні функції, як реабілітаційна, компенсуюча, корекційна.

Дослідження В.В. Ткачової [6] свідчать про зміни в функціонуванні вищезгаданих сімей на декількох рівнях. Психологічний рівень

характеризується змінами в емоційно-вольовій та особистісній сферах батьків. Зміни на соціальному рівні виявляються порушеннями подружніх, батьківських та екстрасімейних стосунків (спілкування з родичами, друзями). Соматичний рівень страждає у результаті перевищення рівня навантажень, тобто у батьків можуть виникати різні соматичні захворювання, астеничні та вегетативні розлади. Узагальнений психологічний портрет батьків дітей-інвалідів характеризується вираженою стурбованістю, високим рівнем тривожності, слабкістю, соціальною боязкістю, підозрілістю. З власної ініціативи батьки рідко входять у контакти з незнайомими людьми, виявляють своє насторожене ставлення до всіх, хто намагається спілкуватися з дітьми. Жалість чи подив оточуючих які побачили їх хвору дитину, призводить до того, що батьки починають приховувати дитину від сторонніх очей: вони намагаються не бувати з нею у громадських місцях, цим ще більше сприяють соціальній дезадаптації дитини. У цих сім'ях хвора дитина стає причиною сімейних конфліктів, що зумовлює дестабілізацію сімейних стосунків, розпад сім'ї, а неповна сім'я – це гальмо у фізичному і психічному розвитку дитини. Дефект дитини деякі батьки сприймають як власну неповноцінність, як переживання гострої провини, провини перед дитиною та оточуючими їх людьми. Відповідно, в рамках психологічного супроводу родини, яка виховує дитину з інвалідизацією, першочерговим постає питання виявлення ставлення батьків до дитини, до її порушення, до певних змін у житті родини, до психологічних та соціальних складнощів, з якими стикається родина. В. Соммерс виділив п'ять категорій ставлення батьків до дитини, яка має порушення в розвитку [8]:

*прийняття дитини та її дефекту.* Батьки приймають дитину, об'єктивно, адекватно оцінюють її можливості і проявляють справжню відданість; немає неприязні і почуття провини.

*реакція заперечення дефекту.* Батьки внутрішньо заперечують наявність дефекту, хоча зовні намагаються його подолати.

*реакція надмірної опіки, захисту та протекції.* Батьки наповнені почуттям жалю і співчуття, внаслідок чого виникає реакція гіперопіки.

*приховане зречення і відкидання дитини.* Батьки внутрішньо визнають дефект, але вважають його ганьбою; спостерігається внутрішня неприязнь та відраза, хоча зовні це не проявляється.

*відкрите зречення і відкидання дитини.* Батьки віддають звіт в своїх ворожих почуттях і звертаються до різних форм захисту – винні лікарі, педагог.

### **Рис. 1 Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з порушеннями розвитку**

Таким чином, аналізуючи психоемоційний стан батьків, їх ставлення до дитини та хвороби, в процесі надання психологічної допомоги відповідним родинам окреслюється модель психологічного супроводу з конкретними етапами. На сьогоднішній день існують різного формату моделі допомоги родині, які може використовувати психолог. В залежності від обраної моделі будуються програми корекції сімейних стосунків. Домінують 5 моделей допомоги сім'ї: педагогічна модель, психологічна модель, діагностична модель, соціальна модель, медична модель [8].

У педагогічній моделі робота психолога базується на гіпотезі нестачі педагогічної компетентності батьків. Соціальна модель у психологічній допомозі використовується у тих випадках, коли сімейні труднощі є результатом несприятливих зовнішніх обставин. Психологічна (психотерапевтична) модель використовується психологом тоді, коли причини труднощів лежать у сфері спілкування, особистісних особливостях членів

родини. Діагностичну модель використовує психолог у своїй практиці, ґрунтуючись на припущенні дефіциту у батьків спеціальних знань про дитину або свою родину. Медична модель дозволяє психологу припустити, що в основі сімейних труднощів лежать хвороби [4].

У практиці психологічної допомоги є дефіцитарна модель, яка передбачає існування певних, заздалегідь відомих норм сімейної організації і комунікації. Відхилення від цих норм вважається патологічним. В цьому випадку терапія фокусується на тому, що "не так" і спрямована на "виправлення", неминуче концентруючись на дисфункційних патернах в сімейній системі. У цій моделі роль фахівця полягає в тому, щоб ідентифікувати порушення в сімейній організації, комунікації та ін. і працювати над усуненням цих порушень. Такий підхід Р. Овчарова характеризує як односторонній, так як він призводить до селективної уваги щодо проблем і не акцентує на сильних і ресурсних сторонах життя клієнтів [4]. Плюралістична модель сім'ї змінила ставлення до концепції сімейної кризи, при якій модель поганої адаптації була замінена на модель конфронтації. Плюралістична модель сім'ї концентрує свою увагу на тому, як сім'я повинна діяти, якими мають бути методи, щоб захистити своїх членів і зберегти подобу нормальності. В рамках плюралістичної сімейної моделі вплив дитини з інвалідизацією на сім'ю розглядається лише як один з елементів, з яким доводиться рахуватися при організації сімейного життя [4]. Ресурсна модель сімейного функціонування спирається на наступні припущення: сім'я постійно генерує власні норми в різних контекстах - історичному, культурному, етнічному, політичному, соціально-економічному, міжособистісному. Терапевт знаходиться в пошуку сильних сторін сімейного життя, намагаючись підтримувати власну зацікавленість і відкритість до відмінностей. Терапевтичний процес спрямований на посилення творчих здібностей людей вирішувати проблеми, отримувати нові знання, розвиватися спочатку разом з терапевтом, а потім без його допомоги [3].

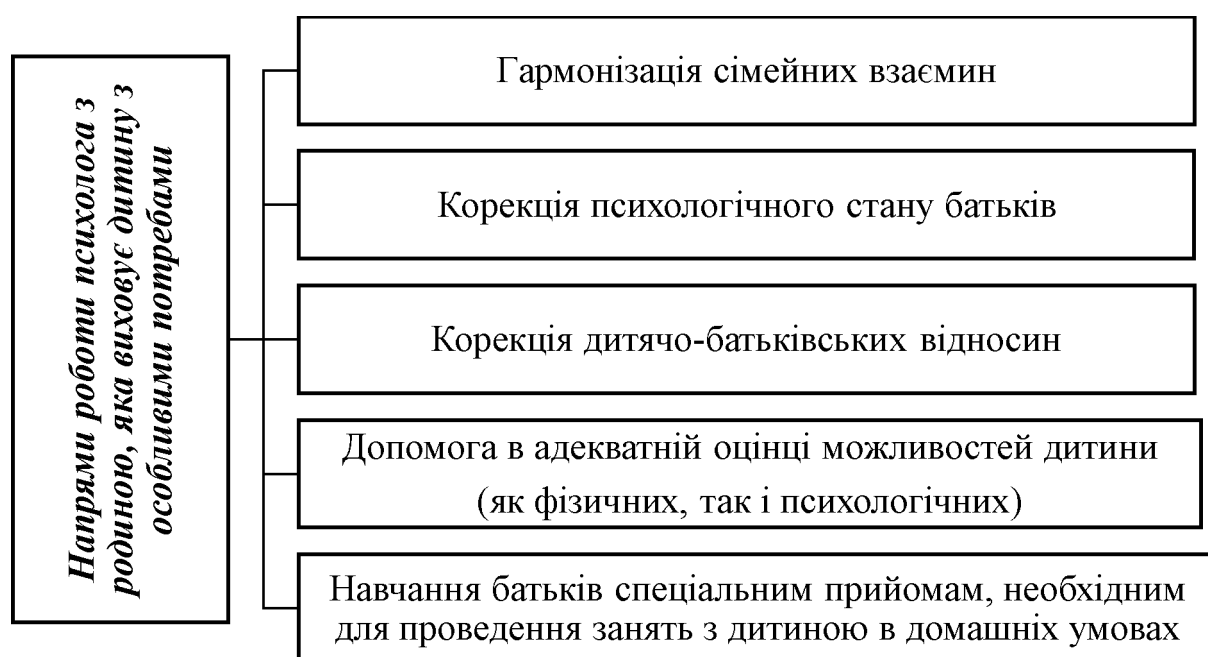
Моделі психологічного супроводу, базовані на ідеях психоаналізу, висловлюють прагнення допомогти людині усвідомити справжню причину страждань, приховану в несвідомому, зробити травмуючі переживання усвідомленими, доступними осмисленню та частково контролю. У цьому контексті А. Адлер підкреслював, що підтримка може компенсувати неповноцінність і перетворити слабкість у силу і повинна бути спрямована на: соціальне пристосування, прийняття соціально схвалюваних зразків поведінки як критеріїв душевного здоров'я; лікування душі, пов'язані з орієнтацією на досягнення життєвих цілей, моральності, цілісності, здатності любити; набуття особистістю психологічної свободи в умовах суспільства, що пригнічує і нівелює особистість [4].

Важливою для супроводу сім'ї, яка має проблемну дитину, є модель, базована на трансактному аналізі Е. Берна, яка передбачає, що особистість кожного індивідуума визначається факторами, які можна назвати станами "Я". Основне завдання виховання батьків - навчити членів сім'ї взаємних компромісів і вмінню їх використовувати в інших соціальних сферах. Для цього вони повинні оволодіти термінологією трансактного аналізу при розгляді своєї поведінки і взаємин у сім'ї, навчитися визначати характер потреб і запитів дитини і встановлювати з нею адекватні комунікації. Це необхідно тому, що ключ до зміни поведінки дитини лежить у зміні відносин між батьками і дитиною [7].

В основі моделі групової терапії (Х. Джінот) лежить прагнення навчити батьків переорієнтації своїх установок в залежності від потреб дитини. Модель носить суто практичний характер і зосереджена на розгляді проблемних ситуацій: як говорити з дітьми, як хвалити дитину, страхи дітей тощо. Виховання батьків, за Х. Джінотом, здійснюється у формі групових консультацій, терапії та інструктажу. Метою групової терапії є досягнення позитивних змін в структурі особистості батьків (для людей з емоційними порушеннями, які не вміють справлятися з проблемами відносин дітей і батьків). Групові консультації повинні допомогти батькам впоратися з проблемами, що виникають при

вихованні дітей. Як показує світова практика психологічної допомоги дітям і їх батькам, навіть дуже важкі проблеми з дітьми цілком вирішувані, якщо вдається створити сприятливий клімат спілкування в сім'ї, в першу чергу, зі сторони дорослих її членів [7].

Аналізуючи кожну з моделей здійснення психологічного супроводу родини, що має дитину з особливими потребами, виокремимо основні напрями в роботі психолога з родиною [3]:



**Рис. 2 Основні напрями психологічного супроводу родини, яка виховує дитину з особливими потребами**

***Орієнтуючись на ці напрямки, психолог вирішує наступні завдання:***

1. Корекція неконструктивних форм поведінки матері, таких як агресивність, необ'єктивна оцінка поведінки дитини, негативні бажання, прагнення втекти від труднощів, примітивізація поведінки, пов'язана зі зниженою самооцінкою.

2. Формування розуміння батьками проблем дитини, а саме:

- поступовий відхід від позиції, що заперечує наявність проблем ("Він у мене такий же, як всі"), і позиції протиставлення себе соціуму і перехід в позицію взаємодії ("А як його навчити? Я не вмію");

- поступове виключення проблем гіперболізації проблем дитини, уявлення про безперспективність розвитку дитини ("Ні, з нього ніколи нічого не вийде");

- підвищення особистісної самооцінки матері та батька у зв'язку з можливістю побачити результати своєї праці в успіхах дитини.

3. Корекція внутрішнього психологічного стану батьків: переживання, пов'язані з психофізичної недостатністю дитини, повинні поступово перейти в усвідомлення можливостей дитини, в радість від його маленьких успіхів.

4. Здійснення особистісного зростання батьків в процесі взаємодії зі своєю дитиною, в процесі її навчання і виховання з допомогою психолога; перехід з позиції переживання за недугу дитини в позицію творчого пошуку реалізації його можливостей.

5. Трансформація виховно-освітнього процесу, що реалізовується батьками по відношенню до дитини, в психотерапевтичний процес по відношенню до себе самих; творча діяльність батьків, спрямованих на дитину, допомагає їм самим, лікуватися від негативного впливу психологічного стресу [7].

*Аналізуючи підходи, щодо поетапного здійснення психологічного супроводу відповідних родин, ми виявили, що на думку І. І. Поташова, психолого-педагогічна допомога сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями, має включати такі етапи:*

- інформування: фахівець запов'язаний надати сім'ї або окремим її членам необхідний та достатній в кожному конкретному випадку обсяг знань про закономірності й особливості розвитку дитини, про його можливості й ресурси, про суть самого розладу, наявного в дитини, про питання виховання і навчання такої дитини тощо;

- індивідуальне консультування: практична допомога батькам дітей з обмеженими можливостями (пошук розв'язання проблемних ситуацій психологічного, виховально-педагогічного, медико-соціального та іншого характеру);



- сімейне консультування як своєрідна форма психотерапії: фахівець здійснює підтримку в подоланні емоційних та комунікаційних порушень у сім'ї, які виникають унаслідок народження особливої дитини. Корисним та ефективним є застосування таких методів, як психодрама, гештальттерапія, транзактний аналіз, що сприятиме формуванню психологічного і фізичного здоров'я, адаптації в суспільстві, ефективній життєдіяльності;
- індивідуальні заняття з дитиною у присутності матері: застосовуються методи виховально-педагогічного впливу на психічний розвиток самої дитини і способи навчання батьків корекційно-розвивальним технологіям;
- суспільно орієнтована, колективна діяльність: організація роботи батьківських і дитячо-батьківських груп. Такі форми діяльності, що додатково передбачають режим нейролінгвістичного програмування (звичайно, за обов'язковою участю психотерапевта), розповсюджені в США, Канаді й деяких інших розвинутих країнах [2].

I. Поташова пропонує такий алгоритм психолого-педагогічної роботи: по-перше, дослідження сім'ї, яке включає вивчення особливостей функціонування сім'ї та її прихованих ресурсів, здобуття інформації про її соціальне та матеріальне становище, аналіз першочергових потреб батьків та дитини; по-друге, встановлення контакту, мотивування на комплаєнтну співпрацю; по-третє, оцінка можливих конкретних шляхів здійснення психолого-педагогічної допомоги; по-четверте, вибір напрямків роботи залежно від результатів діагностики; по-п'яте, робота фахівців, скерована на психолого-педагогічну допомогу сім'ї, на активізацію соціальної позиції батьків, на пошук власних родинних реабілітаційних ресурсів та можливостей — і, врешті-решт, аналіз ефективності досягнутих рішень [2].

На нашу думку, послідовна реалізація цих етапів має шанси стати організаційним стандартом, сприятиме поліпшенню якості життя та рівня адаптованості сім'ї, яка виховує дитина з особливими потребами. Таким чином, провідними напрямками психологічної допомоги сім'ям, які виховують дитину з

особливими потребами є діагностичний, консультативний, корекційний, реабілітаційний, прогностичний, мультидисциплінарний. Систематична та комплексна робота психолога з сім'єю сприяє формуванню позитивної виховної моделі "співробітництво". Корекція світовідчуття і гармонізація самосвідомості спроможні зумовити якісні зміни ставлення батьків до "особливої" дитини і сприйняття її проблем. Завдяки цьому у батьків формується установка на безумовне прийняття дитини.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богданова Т. Г., Жилина А. В. Психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии // Специальная психология. — 2004. — № 1. — С. 72–76.
2. Кукуруза Г. В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія. – Х.: Точка, 2013. – 244 с.
3. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод, пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. - 239 с.
4. Мушкевич М. І. Моделі організації психологічного супроводу сімей, які мають проблемних дітей / М. І. Мушкевич // Психологія: реальність і перспективи. - 2017. - Вип. 8. - С. 188-192.
5. Соколова Г. Б. Актуальні питання психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дитину з обмеженими можливостями здоров'я. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). Збірник наукових праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Вип. 7. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори2006, 2016. С. 215–225
6. Ткачева В. В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: практикум по формированию адекватных отношений. — М.: Гном-Пресс, 1999.

7. Хмизова О.В. Організація психокорекційної роботи з батьками дітей з особливими потребами як складова цілісного процесу ранньої соціальної реабілітації / О.В. Хмизова, Н.В. Остапенко // Соціальна робота в Україні: теорія і практика науково-методичний журнал. – 2011. – № 3/4. – С. 203-211.
8. Царькова О.В., Варіна Г.Б. Генезис трансформації почуття провини у батьків дітей з обмеженими можливостями здоров'я / О. Царькова, Г. Варіна // Наука і освіта. - 2018. - № 9-10. - С. 78-85.