

Ганна Борисівна Варіна

м. Мелітополь

e-mail: anuyavarina22@gmail.com

Катерина Сергіївна Аверіна

м. Мелітополь

e-mail: e.s.averina11@gmail.com

ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ОСОБИСТІСНОГО «ПРИЙНЯТТЯ-НЕПРИЙНЯТТЯ» БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Необхідність забезпечення підтримки та психолого-педагогічного супроводу батьків, у яких є діти з особливими потребами, була підставою для виникнення у сучасній науці нового напрямку дослідження, проте окремими аспектами даної тематики займалися вітчизняні та зарубіжні науковці. Так, вітчизняними науковцями було досліджено та науково обґрунтовано: особливості психоемоційних станів батьків дітей з психофізичними вадами (А. Душка, Т. Скрипник) та різним рівнем психосоціального розвитку (Т. Вісковатова, Ю. Мартинюк); характеристики батьківських реакцій (О. Зерницький, Т. Вісковатова); вплив довгострокової кризи на психологічний, соціальний та соматичний рівні дисфункцій в родині (І. Левченко, В. Ткачева), особливості психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку (Г.В. Кукуруза).

Неабияке значення для побудови інтегрованої моделі психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами є доробок зарубіжних науковців. Зокрема, були визначені фактори, що спричиняють стрес у батьків з дітьми з інвалідністю (Ю. Хісао) та дітьми-аутистами (А. Сім, С. Ваз, Р. Корді, А. Джойстей, Д. Парсон). Було розроблено та апробовано засоби діагностики травматичного стресу батьків (С. Гул, А. Ардик, В. Олгунсой, Ю. Унал та ін.), окремі методики та моделі супроводу батьків дітей з вадами (Дж. Тумлу, Р. Акдоган, А. Туркум), сімейна система реабілітації (Дж. Роланд). Висвітлено роль сім'ї для соціабельності дитини, а також важливість та необхідність просвітницької діяльності

серед батьків, які виховують дітей з психофізіологічними порушеннями (К. Кембел, Дж. Турбул, Дж. Плазо, М. Севіна).

Проблема дослідження взаємодії в сім'ях, що виховують дитину з інвалідизацією привертала увагу численних дослідників (А. Душка, Т. Сак, В. Синьов, О. Хохліна, Г. Хворова, А. Чуприков.). Успішно опрацьовано патерни взаємодії, які сприяють соціалізації дитини в суспільстві, забезпеченню процесів її соціально-психологічної реабілітації та інклюзії (Н. Синягіна, К. Тельмінова, В. Ткачова, О. Уточкіна). Переважна кількість досліджень з зазначеної проблеми виконані в межах когнітивно-біхевіаріального підходу, генетичної психології навчання (С. Максименко), медичної моделі сімейної психотерапії, спеціальної та корекційної психології і педагогіки (Т. Вісковатова, Т. Скрипник, А. Шевцов). Зміст зазначених підходів полягає у визначенні соціально-психологічних чинників які детермінують, та через які опосередковується взаємодія в сім'ях, а також розкриваються механізми патологізації розвитку дитини з особливими потребами. Разом з тим поза належною увагою лишаються глибинно-психологічні детермінанти ставлення батьків до дітей в процесі усвідомлення статусу здоров'я дитини та переживання батьківської провини внаслідок рефлексії обставин вагітності, народження і розвитку та прогнозування життєвих перспектив дитини.

Більшість досліджень, попри їх безсумнівну значущість та практичну цінність, ілюструють типологію внутрішньосімейної взаємодії з дитиною з обмеженими можливостями здоров'я з позиції співвіднесення особистісних особливостей батьків, нозології, родинної ситуації та інших чинників, оминаючи питання глибинно-психологічної інтерпретації амбівалентного ставлення до дитини з особливими потребами та своєї батьківської ролі, недостатньо розкривають питання мультидисциплінарного й компенсаторного механізму організації психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами.

З точки зору реалізації соціальної політики, розробки методів і підходів комплексної реабілітації та соціальної адаптації, сім'я дитини з особливими потребами може розглядатися як учасник процесу реабілітації дитини (модель

комплексної реабілітації та соціальної адаптації, центрована на дитині) або як специфічний тип сім'ї, члени якого знаходяться в особливому соціальному стані і самі потребують підтримки і допомоги (модель комплексної реабілітації та соціальної адаптації, центрована на сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами).

Згідно дитино-центрованої моделі основною цінністю є дитина та її інтереси і потреби. Технології допомоги спрямовані на підвищення батьківської компетентності, при цьому емоційна ситуація сім'ї залишається поза полем зору фахівців. У сімейно-центрованій моделі основна цінність – сім'я як найкраще середовище для розвитку дитини. Фахівцями визнається самоцінність сім'ї і різноманіття сімейних форм. Відхилення в розвитку дитини впливають на всіх членів сім'ї, виникає ризик її руйнування. У фокусі опиняються потреби всіх членів сім'ї, забезпечення їх доступом до соціальних прав. Сім'я з інструменту перетворюється в активного учасника допомоги, однак основним місцем надання допомоги є те місце, де сім'я проживає. Сімейно-орієнтовані види психологічної та соціальної допомоги почали розвиватися порівняно нещодавно. Основою для їх розвитку послужило розуміння того факту, що проблема, з якою стикається один із членів сім'ї, впливає на всю систему в цілому, а це, в свою чергу, впливає на його особисту ситуацію. Застосування системи психолого-педагогічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами є новаторським підходом до організації комплексної реабілітації та соціальної адаптації [18].

Народження дитини з особливостями в розвитку є для батьків тим поштовхом, що викликає процеси «переживання горя». Внутрішня духовна робота матері та батька над собою та проблемами, що виникли, стає вирішальною для майбутнього сім'ї [20]. Народження дитини з обмеженими можливостями може відчуватися як втрата. Батьки явно відчують горе, незважаючи на те, що в них народилася жива дитина. На думку Г. Фюра, коли народжується дитина з обмеженнями, батьки втрачають бажану, здорову, ідеальну дитину – «дитину своєї мрії» [17]. І це відбувається тоді, коли вони найбільш сповнені очікуваннями та найбільш вразливі. Відомо, що родина

забезпечує умови до виявлення та задоволення емоційних потреб своїх членів. Поняттєвий апарат дитячо-батьківських відносин досить широкий і багатозначний: батьківські установки та відповідні їм типи поведінки; батьківські позиції; типи батьківського ставлення; типи відносин «мати-дитина»; типи позитивного і хибного батьківського авторитету; типи (стилі) виховання дітей; риси патогенних типів виховання; параметри виховного процесу; сімейні ролі дитини; стилі спілкування, тощо. Поняття батьківське ставлення має найбільш загальний характер і вказує на взаємний зв'язок і взаємозалежність батька і дитини. Батьківське ставлення охоплює суб'єктивно-оцінне, свідомо-вибіркове уявлення про дитину, яке визначає особливості батьківського сприйняття, спосіб спілкування з дитиною, характер впливів на неї. Поняття «батьківське ставлення» має загальний характер, вказуючи на взаємний зв'язок, приналежність, залежність, і включає суб'єктивно-оцінне та свідомо-вибіркове уявлення про дитину, що в цілому визначає особливості її сприйняття, спосіб спілкування, характер, дії. У структурі батьківського ставлення виділяють когнітивний (пізнання та розуміння дитини), емоційний (прийняття дитини як самостійної цінності, емоційна чуйність, емпатія, терпимість) і поведінковий (взаємодія батьків з дитиною, адекватною до її потреб, здатність до співпраці, ініціативність, гармонійні стосунки) компоненти [16].

У результаті народження дитини з відхиленнями у розвитку стосунки всередині родини, а також контакти з навколишнім соціумом спотворюються. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями хворої дитини, а також з колосальним емоційним навантаженням, яке несуть члени його сім'ї у зв'язку з довготривалим стресом. Багато батьків у ситуації, що склалася виявляються безпорадними. Їх стан можна охарактеризувати як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут [14]. Практика свідчить, що при народженні дитини з відхиленнями у розвитку її батьки стикаються з наступними проблемами:

- суперечливі почуття до дитини;
- відсторонення від дитини, передача відповідальності за дитину державним навчальним закладам;

- в сім'ях, де крім дитини з обмеженими можливостями, є і інші, звичайні діти труднощі пов'язані з застосуванням різних методів виховання по відношенню до здорових і хворих дітей;

- негативні тенденції в психічному стані батьків (матерів) проявляються в неадекватній поведінці – агресивність, роздратованість, нестриманість, недобррозичливість;

- психологічна травмованість батьків, яка не дозволяє їм адекватно ставитись до проблеми народження хворої дитини [12].

Перед батьками постають водночас декілька завдань: допомогти дитині видужати або адаптуватися до її хвороби за умови неможливості видужання; допомогти самим собі пристосуватися до хворої дитини. Відповідно існує проблема нерозуміння батьками потреби особливого (оптимістичного, щирого, природного) спілкування з дитиною-інвалідом. Подекуди вони вдаються до підкресленого стурбованого поведіння, побудованого винятково на песимізмі й жалості. Це принижує дитину, концентрує її увагу на особистих вадах, позбавляє можливості виробити позитивне емоційнооцінне ставлення до себе та адекватну самооцінку, дезорієнтує у виборі стратегії і тактики своєї соціальної поведінки. Деяких батьків виснажує постійна потреба бути поруч із дитиною, вони відчують провину перед нею. Внаслідок цього батьки беруть на себе неадекватно високу функцію захисту, стають підкреслено уважними, навіть улесливими, що може заважати дитині адаптуватися до оточення і обмежує можливості її розвитку [11].

Науковці Є. Холостова, В. Мошняга вирізняють так звані шизофреногенні сім'ї, в яких батьки відрізняються взаємною байдужістю, емоційною холодністю, порушенням контактів. Особливо небезпечні для дитини зособливими потребами емоційні розлади матері. Нерідко буває, що чоловіки кидають жінок наодинці з дитиною-інвалідом. Знедоленого малюка виховує знервована мати, яка щоденно травмує і без того порушену психіку дитини, створює важку атмосферу в сім'ї. Важливо, щоб у батьків із часом не сформувалося й надцінне ставлення до невиліковно хворої дитини, щоб вони на перетворили своє життя на суцільну опіку над нею [21]. Тому

батьки не повинні позбавляти себе нормального життя; вони мають відчувати бажану й потрібну межу своєї самопожертви. Це особливо важливо у тих сім'ях, де поряд із хворою росте здорова дитина. Остання не повинна сприймати навколишнє крізь призму деформованої свідомості оточуючих дорослих. Основними завданнями батьків, що виховують дитину з обмеженими можливостями, є відновлення емоційного статусу дитини, формування в неї навичок взаємодопомоги, вироблення оптимістичної лінії розвитку сина або доньки, налагодження контактів з іншими сім'ями, які мають схожі проблеми. Батькам важливо усвідомити, що в дітей, які хворіють на астму, діабет, а також із захворюваннями серцево-судинної системи, нерідко виникають емоційні порушення і труднощі в соціальній поведінці. Ці прояви не є прямим результатом хвороби таких дітей, найчастіше вони пов'язані з помилками в їхньому вихованні [22]. Якісні зміни в сім'ях, де є дитина з особливими потребами, проявляються на наступних рівнях: психологічному, соціальному і соматичному. У сім'ях, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, формуються неадекватні міжособистісні стосунки в силу різних причин. До факторів, що порушують сімейну атмосферу, що впливають на розвиток неконструктивних моделей дитячо-батьківських і батьківсько-дитячих взаємин і типів виховання дітей з відхиленнями у розвитку, можна віднести наступні:

- 1) характер і ступінь вираженості порушень у дитини, їх незворотність, тривалість і зовнішні прояви психофізичної недостатності (наприклад, при розумовій відсталості, дитячому церебральному паралічі, ранньому дитячому аутизмі тощо);

- 2) особистісні особливості батьків (осіб, які їх заміщують), які загострюються в ситуаціях що травмують психіку (прояв тенденцій до розвитку акцентуацій або аномалій характеру);

- 3) ціннісні орієнтації батьків (осіб, які їх заміщують) і специфічний характер впливу батьківських установок на процес виховання, їх залежність від сімейних, національно-етнічних традицій, соціально-культурного рівня і освіченості батьків як вихователів; при цьому важливе значення у виборі батьками моделі виховання мають їх психологічні особливості (авторитарний, невротичних, психосоматичний типи);

4) соціальне середовище та умови, які перешкоджають реалізації батьками своїх виховних завдань (наприклад, соціально-економічні катаклізми, що мають місце на сучасному етапі розвитку українського суспільства) [13].

Крім того ставлення батьків до дітей з особливими потребами відіграє першорядну роль у подальшому становленні таких дітей у суспільстві. Тут важливе значення має такий фактор, як ставлення батьків до дітей з особливими потребами, а також прийняття або неприйняття батьками дитини.

Отже, залежно від типу внутрішньосімейних стосунків і стилю сімейного виховання, сім'ї, які мають дітей з особливими потребами, диференціюються на чотири групи. Характерними особливостями кожної з них є:

— перша група: стиль виховання — гіперопіка, що з часом може змінитися гіперпротекцією (фобія втрати дитини). Дитина стає центром життєдіяльності такої сім'ї, тому комунікативні зв'язки з оточенням деформовані. Батьки взагалі мають неадекватні уявлення про можливості дитини, у матері — гіпертрофоване почуття тривожності; систематичні подружні конфлікти, що виникають, можуть призвести до розлучення. Така сім'я справляє негативний вплив на формування особистості дитини-інваліда, що виявляється в її егоцентризмі, постійній залежності від батьків, відсутності власної активності в діях, зниженні самооцінки;

— друга група: «холодні» стосунки з дитиною, гіпопротекція, зниження емоційних контактів. Увага акцентується на медичній стороні проблеми, тому батьки виявляють завищені вимоги до медичного обслуговування, намагаючись у такий спосіб компенсувати власний психологічний дискомфорт. Саме у таких сім'ях зустрічається явище прихованого алкоголізму батьків. Сім'я такого типу сприяє формуванню в особистості дитини емоційної невірноваженості, високої тривожності, нервовопсихічного напруження, породжує комплекс неповноцінності, беззахисність, невпевненість у собі;

— третя група: стиль співробітництва, конструктивні і відповідальні стосунки з дитиною, батьки усвідомили проблему, вірять в успіх, знають усі сильні сторони особистості дитини,

розвивають її самостійність. Батьки цієї групи мають, як правило, високий освітній рівень, виявляють постійний інтерес до організації соціально-педагогічного розвитку дитини, підтримують прояви її самостійності, налагоджують контакти із зовнішнім світом. За таких умов у дитини-інваліда розвивається почуття захищеності, впевненості у собі, потреби в активному встановленні міжособистісних стосунків не лише з найближчим оточенням, а і з соціальною дійсністю загалом;

— четверта група: репресивний стиль сімейного спілкування; авторитарна батьківська позиція; песимізм; обмеження прав дитини; постійні вимоги дотримання певних правил, а при відмові — можливі й фізичні покарання. У такій сім'ї в дитини формується афективно-агресивні поведінка, плаксивість, підвищена збудливість, дратівливість [7].

Адаптація сім'ї до нових обставин може перебігати роками, значний відсоток сімей зберігають риси деструктивних, дисфункціональних сімей протягом довгого часу. Саме в таких сім'ях панують конфліктність, відсутність скоординованих дій, суперечливість вимог до дитини; іноді навіть може сформуватися компенсаторний (захисний) механізм — невмотивована віра у можливість повного вилікування дитини. Також є певна частина сімей, які приховують дитину від оточуючих, помилково вважаючи, що їм вдається зберегти удаваний престиж в очах знайомих чи колег. В інших критичних випадках дитина-інвалід, позбавлена батьківської любові та кваліфікованої допомоги, веде біологічне існування, не отримуючи мінімальних навичок і вмінь самообслуговування [5].

Народження дитини з інвалідизацією як травмуюча подія в родині детермінує ірраціональний страх за дитину, що супроводжується та посилюється не менше ірраціональним почуттям провини перед нею. Наші клінічні спостереження засвідчують, що більшою мірою почуття провини переживають саме жінки. За дослідженнями В. Сорокіна більше ніж у 70% матерів дітей з аномаліями розвитку відзначається надзвичайно амбівалентне ставлення до власної дитини. Суперечливість батьківського ставлення проявляється в тому, що дитина одночасно розглядається і як об'єкт любові, і як джерело страждань. Саме останнє, за оцінкою більшості матерів, є

причиною частих нападів роздратування, неконтрольованих нападів агресії, паніки, відчаю, сорому по відношенню до дитини з особливими потребами та щодо інших членів родини. Таким чином, виникає нове джерело накопичення та переживання негативних емоційних станів [2].

Аналізуючи спектр емоційних переживань та ставлень батьків до ситуації народження дитини з інвалідизуючим захворюванням М. Семаго і Р. Майромян виділяють *чотири фази реакції батьків* на народження дитини з вадами розвитку. На думку М. Семаго і Р. Майромяна, ці етапи носять скоріш структурний ніж послідовночасовий характер, і залежно від мікросередовища, особливостей внутрішньо сімейної ситуації можуть мати різну тривалість і виявлення [6].

Перша – стресовий стан, коли подружжя відчувають страх, відчай і розгубленість. Згодом виникає почуття провини, хоча лікар запевняє, що хвороба була неминучою.

Друга – фаза динаміки психологічного стану сім'ї – негативізм, заперечення діагнозу. У такому випадку заперечення батьками патологічного стану дитини розглядається як засіб для подолання пригніченості і тривоги. Характерною рисою цієї фази є проєкція власного почуття провини на інших, яка носить внутрішньо сімейний і поза сімейний характер. Характер проєкції може відволікати енергію від адекватного вирішення проблеми, призводить до напружених відносин і підвищує емоційну напруженість. У такому випадку батьки зосереджені саме на хворобі, ваді дитини і не помічають позитивних ознак її особистості чи збережених можливостей і якостей, яких не зачепила хвороба.

Третя фаза – депресивний стан, пов'язаний з усвідомленням справжнього становища, втратою сподівань на те, що їхня дитина може бути нормальною. Сум, горе часто можуть не проявлятися безпосередньо, але переживання тих почуттів позначається на стосунках сім'ї. Підсилюється синдром «хронічної печалі», що є наслідком постійної залежності дитини від батьків, асоціалізації її психічного чи фізичного дефекту.

Четверта фаза – означає початок соціально-психологічної адаптації членів сім'ї, адекватних емоційних контактів.

Рис. 1 Емоційні реакції батьків на народження дитини з інвалідизацією (за М. Семаго та Р. Майром'ян)

Особистісні переживання батьків мають певну стадійність, пов'язану з динамікою батьківської кризи. Ця стадійність розкриває дію різних механізмів адаптації до ситуації «особливого» батьківства.

На першій стадії – емоційна дезорганізація: шок та заперечення. Заперечення проявляється на несвідомому рівні; його завдання – захистити свідомість від надзвичайної тривоги. На ранній стадії заперечення відіграє позитивну роль, пом'якшуючи удар, проте в подальшому може викликати труднощі. Якщо після певного часу, не дивлячись на реальність, батьки продовжують заперечувати наявність порушень у дитини, можна очікувати неприємних наслідків. Такі батьки можуть занадто тиснути на дитину, заставляючи її робити те, що їй не під силу; вони можуть відмовлятися від участі в програмах раннього втручання та безкінечно ходити до лікарів, добиваючись сприятливого для них діагнозу. На цій стадії батьки відчують розгубленість, завмирання, дезорганізацію та безпорадність. Деякі батьки, коли їм повідомляють діагноз дитини, немов «відключаються» та майже перестають сприймати інформацію. Багато матерів переживають почуття власної неповноцінності, відповідальності за те, що сталося, вони виявляють почуття провини, посилюється самокритика, виникає почуття незадоволеності собою. Почуття провини переростає в страждання і переживання відносно подій і помилок, які призвели, на їх думку, до захворювання дитини. Почуття провини може породжувати гіперопіку [5]. Співставляючи дійсність з ідеальною моделлю сім'ї та роллю в ній матері, у них виявляється суб'єктивне відчуття особистісної неадекватності. І тут криється велика небезпека у формуванні негативного світосприйняття, яке є засобом морального самозахисту, що дозволяє виправдати і прийняти весь спектр негативних відчуттів.

Друга стадія або фаза – це функція неприйняття, що спрямована на те, щоб зберегти рівень надії чи почуття стабільності в сім'ї під впливом фактору, що може їх зруйнувати. Неприйняття факту інвалідності дитини може бути певним

захисним механізмом проти емоційної пригніченості та тривоги. Крайньою фазою неприйняття може бути небажання обстежувати дитину та проводити з нею корекційні заходи. Виникає недовіра до компетенції лікарів, тому батьки шукають різні можливості одержати консультації в інших фахівців. В основі такої поведінки лежить надія на те, що початковий діагноз неправильний. Батьки можуть не приймати наявність відставання в розвитку дитини і вірити, що лікування чи певний спосіб терапії розв'яже проблему. На цій стадії розвивається так звана «копінг-поведінка» – це різні консультації, починаючи з медичних світил і завершуючи цілителями. Г. Фюр відмічав, що фаза угоди характеризується «магічним» або «фантастичним» типом мислення. В її основі лежить уявлення про те, що, якщо батьки дуже старатимуться, стан дитини чудодійним чином покращиться. Це покращення повинне стати «нагородою» за сумлінну роботу, допомогу іншим або участь у якійсь добрій справі. У фазі угоди батьки можуть приєднатися до місцевих організацій, що відстоюють будь-які гуманні цілі. Ще один прояв фази угоди – фанатичне звернення до релігії або очікування дива [4]. Додатковою реакцією батьків може бути намагання перекласти відповідальність за стан дитини на інших, зростає напруга у відносинах з іншими. При цьому часто відмічається емоційна нестійкість і зростання рівня тривоги. Втрата контролю над емоціями виявляється в неможливості впоратися зі своїми станами, нав'язливості переживань. Будь-які невеликі переживання можуть привести матір до втрати контролю. Внаслідок цього встановлюється зниження рівня соціальної і психологічної компетентності матерів, невміння правильно поводити себе в напружених, складних ситуаціях, соціальна ізоляція [3]. Поступово з розумінням того, що чудодійного зцілення не відбудеться, виникає гнів. Це може бути гнів на самого себе та іншого члена подружжя за те, що він зачав чи народив хвору дитину, або недостатню допомогу з його боку, часто гнів проектується на фахівців, які, на думку батьків, не надавали дитині достатньої допомоги: лікарів, або на вчителів, що погано навчають. Гнів може виникнути із роздратування, причиною якого стають недоброчливі сусіди, байдужі фахівці, відсутність адекватної

допомоги, в тому від довгого перебування в лікарнях. Г. Фюр вважає, що вираження гніву має катарсичний та очищувальний ефект і допомагає знизити почуття тривоги; проте, коли батьки розуміють, що їх гнів не може змінити стан дитини, та повністю усвідомлюють хронічну природу її порушення і наслідки для всієї сім'ї на місце гніву приходить – депресія. Для багатьох батьків депресія – тимчасовий епізод, проте може розвиватися також і «хронічна скорбота» [17]. Важкість депресії залежить від того, як сім'я інтерпретує стан дитини, та від її здатності справлятися з труднощами.

Четверта стадія адаптації характеризується емоційною реорганізацією, пристосуванням, прийняттям інвалідності дитини. Переорієнтація енергії дозволяє батькам переключати увагу з них самих на реальні потреби, пов'язані з вихованням дитини-інваліда. Батьки в цей період шукають програми і служби, які могли б бути корисними для їхніх дітей. Вони також допомагають іншим сім'ям з дітьми-інвалідами. Батьки розвивають реалістичний погляд на дефект дитини, його роль у сім'ї і приймають цей стан на тривалий час. Формується позитивна установка по відношенню до себе і долаються соціальні стереотипи у ставленні до дитини [19]. Деяким з матерів потрібні роки, щоб прийти до такої стадії адаптації, а деякі з них не досягають цього ніколи. Покращує проходження кризового періоду підтримка близьких і позитивні стосунки між членами сім'ї.

Детальну періодизацію кризових станів емоційної сфери батьків запропонував Е. Шухардт:

1. *невизначеність* (стан панічного жаху перед невідомим);
2. *визначеність* (суперечність між розумінням проблеми на раціональному рівні та заперечення її існування на емоційному);
3. *агресія* (поява негативних почуттів, емоційних спалахів, гніву);
4. *хаотична діяльність* (нераціональні спроби опанувати безвихідь ситуації, пошук чудодійного зцілення);
5. *депресія* (відчуття апатії, відчаю);
6. *прийняття проблеми* (знаходження нового сенсу життя);
7. *активізація* (прийняття проблеми, активна побудова та реалізація життєвих планів).

8. *солідарність* (створення об'єднань із іншими батьками, які мають такі самі проблеми) [23].

На будь-якій з вище наведених стадій може виникати такий бар'єр конструктивного сприймання ситуації, як пов'язана з інвалідизацією дитини стигматизація, що од ночно вказує на процес, результат, причину та наслідок і є руйнівним елементом у процесі соціальної взаємодії, на чому наголошував І.Гофман [10]. Спираючись на це визначення, варто відзначити, що для батьків дітей з особливими потребами властиво намагатися приховати стигму, про яку вони самі знають. Це означає, наприклад, вони будуть замовчувати факт народження та виховання дитини з особливими потребами, аби тільки не бути «стигматизованими» у суспільстві. Але такий стан речей не є конструктивним: приховування стигми, яку І.Гофман назвав «оминанням» (англ. «passing»), не може не позначитись на її носіях. Так, вплив стигми на включення людини в соціальну взаємодію викликає серйозні зміни в поведінці, часто призводячи до девіації, зокрема вторинної [10]. Стигма обумовлює формування певних соціальних установок, які, у свою чергу, призводять до суттєвих дискримінаційних дій щодо людей, які «стигмують» (діти-інваліди та їхні батьки якраз можуть підпадати під цю категорію). Стигма також здатна завадити побудові гармонійних стосунків на мікрорівні: між дитиною з особливими потребами та її найближчим оточенням – родичами; звести нанівець саму можливість формування адекватної самооцінки через прояви емпатії, підтримки, схвалення та безумовного базового прийняття.

За результатами дослідження особливостей батьківсько-дитячих стосунків Г. Мішина виокремлює шість неадекватних моделей співпраці батьків з дитиною: ізоляваність, передбачувану взаємопов'язаність, мовленнєву взаємопов'язаність, «мовчазну співприсутність», «вплив і взаємовплив», активний взаємозв'язок [8].

І. Скворцов визначає чотири типи матерів, які по-різному ставляться до дітей із особливими потребами: домінуючий, агресивний, приязний, підлеглий [15]. Ставлення батьків до дітей з особливими потребами в цілому має такі загальні риси:

жалість, опіка, контроль, надмірна батьківська турбота, надзвичайна відданість або жорстоке поводженні з нею [15].

Відомі кілька форм неприйняття дитини з інвалідизацією у родині:

1. *Безумовне неприйняття дитини.* Зазвичай воно виникає у людей знесформованим батьківським інстинктом. Дитина може бути перешкодою для досягнення цілей або для отримання задоволення від життя. Нерідко такі батьки «прилаштовують» малюка до бабусь, рано віддають в дитячий сад (ясла), направляють в школи з повним пансіоном або цілодобовим змістом. З бесід з батьками можна дізнатися про окремі факти неприйняття, зокрема після пологів мати не годує дитину груддю через небажання. Дитячі капризи можуть викликати напади агресії через відсутність жалю і любові до малюка.

2. *Умовне прийняття* – виникає у зв'язку з тим, що дитина була небажаною, або, можливо, з появою малюка пов'язані негативні або навіть трагічні події в сім'ї. В результаті, навколишні, а особливо мати, на підсвідомому рівні пов'язують з дитиною життєві проблеми та проєктують на неї своє ставлення до життя.

3. *Емоційне неприйняття.* У цьому випадку батьки виконують батьківські функції в повному обсязі: доглядають, піклуються, переживають під час хвороби, цікавляться життям своїх дітей.

4. *«Крижане» мовчання.* Провини дитини караються «крижаним» мовчанням. Оскільки батьки помічають надто багато проступків дитини, в родині міцно встановлюються холодні відносини.

5. *Повна безконтрольність.* Діти часто надані самі собі. У родині не встановлені рамки поведінки, батьки не цікавляться душевним станом дитини. Нерідко це виникає після розлучення, коли батьки зайняті налагодженням свого особистого життя.

6. *Підміна духовної близькості матеріальними цінностями.* Батьки виправдовують себе браком часу і необхідністю працювати на благо загального сімейного щастя. В родинях, які виховують дітей з інвалідизацією надається перевага, власне

опосередкованому спілкуванню. Тому численні форми безконтактної емоційної взаємодії є достатньо виправданими [1].

Термін «прийняття» ввійшов у практику дитячо-батьківських стосунків завдяки науковій творчості всесвітньо відомого психотерапевта ХХ ст. Карла Роджерса. Цей учений трактує прийняття як безумовно позитивне ставлення до дитини незалежно від того, чи радує вона дорослих у даний момент. К. Роджерс був переконаний, що виховання дітей із безумовним прийняттям та позитивною увагою забезпечує надійну основу для їхнього становлення і повноцінного функціонування у дорослому житті [5].

Згідно з системним підходом до типологізації прийняття дитини та батьківського ставлення готовність батьків до повного прийняття дитини визначається такими кроками: дозволом їй бути такою, якою вона є; увагою до її почуттів і думок, умінням почути та зрозуміти їх; здатністю підтримати дитину, усвідомлюючи, що її цінності та системи поглядів можуть не збігатися з батьківськими; повагою до позиції дитини, вірою в її сили та можливості; готовністю ділитися власними цінностями і поглядами, створюючи тим самим можливість дитині розуміти інших; поблажливим і терплячим ставленням до своїх вихованців. За всім цим стоїть безкорислива, істинна любов батьків до дітей, яка допомагає дорослим відмовитися від фіксації на слабкостях, недоліках, недосконалостях, спрямовує виховні зусилля на підкріплення позитивних якостей особистості дитини, на підтримку її сильних сторін.

Психологічне прийняття дітей із особливими потребами – це психологічне поняття, яке характеризує певну позицію щодо себе та своєї дитини із особливими потребами, життєдіяльність якої має особливості прояву когнітивного, емоційно-сміслового та поведінкового компонентів [9].

Когнітивний компонент виявляється у тому, що батьки мають необхідні знання про дитину, причому не лише розуміють дитину, але й інтуїтивно передбачають її потреби.

Емоційно-смісловий компонент виражається у повному прийнятті батьками дитини з особливими потребами як самостійної особистості. При цьому, дитина не стає для батьків засобом самореалізації чи втримання партнера.

Поведінковий компонент характеризується взаємодією батьків із дитиною, адекватною до потреб дитини, здатною до відповідального вибору.

Рис. 2 Структурні компоненти особистісного прийняття дітей із особливими потребами

А. Варга та В. Столін, автори опитувальника батьківського ставлення (ОРО), в структурі батьківського психологічного прийняття дітей із особливими потребами виділяють такі складові:

1) «інфантилізація» (сприймання дитини на когнітивному рівні, намагання приписати дитині особистісну та соціальну неспроможність);

2) «прийняття-нехтування» (інтегральне емоційне ставлення показує, чи поважають батьки індивідуальність дитини або ж вважають, що дитина нічого не досягне у житті);

3) «авторитарна гіперсоціалізація» (спрямований контроль за поведінкою дитини, прояв батьківського авторитаризму);

4) «симбіоз», зменшена міжособистісна дистанція у спілкуванні з дитиною, батьки відчувають себе єдиним цілим з дитиною [1].

Особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами можна поділити на адекватні, та неадекватні; суб'єктивні та об'єктивні.

Під адекватним розуміється прийняття дитини «такою, як вона є», адже частіше саме близькі родичі повертають віру в

сенс життя і віру в самого себе у дитини, створюючи особливий психологічний клімат її існування у родині. При адекватному прийнятті дитини кожен її успіх, кожне досягнення — це успіх усієї родини.

Неадекватне прийняття — це «відторгнення» дитини, негативне ставлення до неї. У батьків це ставлення може проявлятися у роздратуванні, по відношенню до дитини, у ігноруванні її інтересів в силу їх примітивності а також у бажанні покарати дитину.

При суб'єктивному прийнятті дитина з особливими потребами сприймається як суб'єкт соціальних відносин, тобто як повноправний член суспільства. Ані батьки, ані найближче оточування не фокусуються на інвалідності дитини, що є сприятливим фактором до її подальшої адаптації у суспільстві і соціумі, а також сприяє поступовій еволюції ставлення до людей з обмеженими можливостями у суспільстві. А при об'єктивному прийнятті — як особистість, яка віддалена від суспільства.

Скворцов І.А. стверджує, що у батьків об'єктивне ставлення проявляється у бажанні «сховати» дитину від усіх, що, в свою чергу, впливає на набування неадекватної форми взаємодії дитини з соціальним середовищем і виникнення комунікативних проблем і перешкод. Через це відносини з людьми фарбуються в свідомості дитини в несприятливі тони, для неї характерні відгородженість, тривожність, агресія. Однією ж з проблем сім'ї, яка має дитину з особливими потребами, є сприйняття її як фактора, що порушує нормальну (в суспільстві усталену) функцію сім'ї. Подальший розвиток сімейних відносин гармонізує або ще більше викривляє їх і відповідним чином впливає як на дорослих, так і на дітей. Тож родині, як вважає автор, треба бути свідомими щодо перебігу хвороби, перспективи психічного розвитку дитини і відповідним чином будувати свої стосунки у родині та за її межами [15].

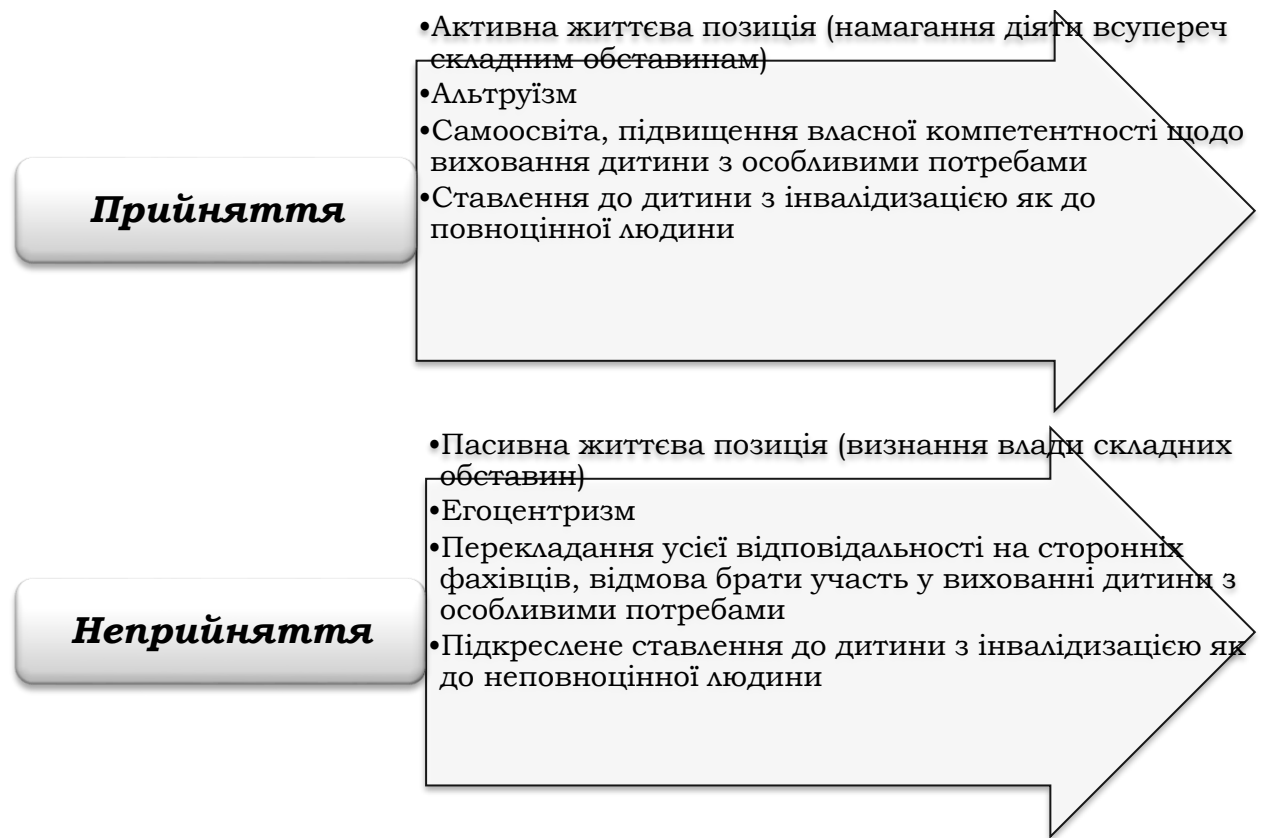


Рис. 3 Психологічні детермінанти «прийняття-неприйняття» батьками інвалідизації власної дитини

Прийняття дитини-інваліда вважається досягнутим, коли батьки демонструють всі або деякі з наведених нижче характеристик:

1. Здатні спокійно говорити про проблеми дитини.
2. Здатні зберігати рівновагу між проявами любові до дитини та заохоченням її самостійності.
3. Здатні до співпраці з фахівцями та складати короткотривалі та довгострокові плани.
4. У них є власні інтереси, що не пов'язані з дитиною.
5. Здатні щось забороняти дитині.
6. Не проявляють по відношенню до дитини ні гіперопіки, ні надлишкової непотрібної суворості [21].

За Н. Хорнбі, «деякі батьки проходять цей процес за кілька днів, у той час як іншим, щоб досягти сприйнятливого рівня адаптації, потрібні роки. Як і при інших серйозних втратах, середній час адаптації становить біля двох років. Проте деяким батькам потрібно більше часу; є і такі, що не досягають повної адаптації взагалі» [20].

Таким чином, під особистісним прийняттям ми розуміємо цілісну систему різноманітних почуттів до дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються по відношенню до неї, особливостей сприйняття та розуміння характеру дитини, її вчинків. Це визнання права дитини на властиву їй індивідуальність, несхожість на інших, у тому числі несхожість на батьків. У ситуації з дитиною з особливими потребами — це найбільш актуально. Також у рамках особистісного прийняття або неприйняття дитини формується психологічний і емоційний стан батьків, та рівень спілкування у родині, коли з'являється дитина з особливими потребами. Особистісне прийняття або неприйняття батьками дефекту дитини також лежить в основі виховного впливу батьків і впливає на визначення батьками моделі виховання.

Список використаних джерел:

1. Варта А. Я., Столин В. В. Опросник родительского отношения. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: testoteka.narod.r/1/03.htmr.
2. Глуханюк Т. Допомога психолога сім'ї, де росте дитина з порушенням інтелекту / Т. Глуханю. [Електронний ресурс]. Режим доступу :<http://www.ippo.if.ua /predmety /ocppsr /index.php? r=site/ stattya&id=76.>]
3. Гордеева Т. В. Роль близкого взрослого в становлении образа «Я» у ребёнка с задержкой психического развития / Т. В. Гордеева, Г. А. Мишина. – С. 47-52.
4. Душка А. Л. Роль сім'ї у соціалізації неповносправної дитини. / А.Л. Душка // Наука і освіта. – Одеса, 2009. – № 1-2. – С. 48-52.
5. Лунгул І.В. Прийняття-неприйняття інвалідності як факту у сім'ях з дітьми-інвалідами /І.В. Лунгул/ Актуальні проблеми психології [Текст]: зб. наук. пр. / ред. С. Максименко ; Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. - 2009, Т.7, Вип.20, Ч.1: Екологічна психологія. - Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2009. – С.262-265
6. Майрамян Р. Ф. Семья и умственно отсталый ребенок: автореф. дис. канд. мед. наук / Р. Ф. Майрамян. – М., 2000. – 24 с.

7. Макаренко О.М., Голубєва М.О., Джугля І.О. Психологічні особливості батьківського ставлення до дітей із особливими потребами/О.М. Макаренко, М.О.Голубєва, І.О.Джугля/ Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал - № 1, 2 (35-36). – К., 2017. – С.107-110

8. Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф. дис. канд. пед. наук / Г. А. Мишина. – М., 1998. – 18 с.

9. Мілютіна К. Психологія сім'ї. Техніки раціонально-інтуїтивної психокорекції родини / Мілютіна Катерина. - К.: Главник, 2007. - с. 144.

10. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Л.В.Борщевська, Л.В.Зіборова, І.Б.Іванова та ін.. - К.: Укр.ін-т соціальних досліджень, 1999 - 79 с.

11. Олиферович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. - СПб.: Речь, 2006. - 360 с.

12. Островська К. О. Психологічні особливості ставлення матерів до їх здорових дітей та дітей з обмеженими можливостями / К.О. Островська // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова: збірник наукових праць; за ред. В. М. Синьова.– К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2015. – Вип. 29. – Сер. № 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – С. 213–219.

13. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. 2002. № 6. с. 15-23.

14. Селигман М. Обычные семьи, особые дети: [пер. с англ.] / Селигман М., Дарлинг Р. – М.: Теревинф, 2007.– 368 с.

15. Скворцов И. А. Психологические особенности родителей при неврологической инвалидности ребенка / И. А. Скворцов, Т. Н. Осипенко, Н. П. Дедов и др. // Исцеление. – М., 1995. – Вып. 2. – С. 397-423.

16. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. – 2010. – № 4. – С. 3-9.

17. Фюр Г. «Запрещенное» горе / Гурли Фюр. – Мн.: Вараксин А.Н., 2008. – 78с.

18. Царькова О.В. Психологія почуття провини у батьків дітей з обмеженими можливостями здоров'я [Текст]: автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / О. В. Царькова, 2017. - 41 с.

19. Чарова О.Б. Особенности материнского отношения к ребёнку с интеллектуальным недоразвитием /О. Б. Чарова, Е. А. Савина // Дефектология. – 1999. – №5. – С. 34-39

20. Чухрій І.В. Батьківсько-дитячі відносини як чинник соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей – інвалідів / І.В. Чухрій // Психологія і суспільство. – Тернопіль. – №4, 2011. – С. 94- 101.

21. Чухрій І.В. Суб'єктивне переживання матерів інвалідизації дитини / І.В. Чухрій // Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної АПН України / За ред. С.Д. Максименка. Т. XIV, част. 1 – К., 2012.- 420с.

22. Чухрій І.В. Чинники соціально-психологічної адаптації матерів, які виховують дитину – інваліда / І.В. Чухрій // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: збірник наукових праць.-К.: Університет «Україна», 2012. – №9 (11). – 247с.

23. Blasher J., Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: fact or artifact? Mental retardation. 1984. Vol. 22. P. 55–68.