

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ**  
**УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО**  
**ЛАБОРАТОРІЯ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я**

**Концептуалізація**  
**системи сімейно-орієнтованого**  
**психолого-педагогічного супроводу**  
**родини, яка виховує дитину**  
**з особливими потребами**

**Колективна монографія**

**Мелітополь, 2019**

УДК 364-787.7-056.24  
К 65

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради  
Мелітопольського державного педагогічного університету  
імені Богдана Хмельницького  
(протокол № 6 від 30 жовтня 2019 року)*

#### **Рецензенти:**

**Корніяка Ольга Миколаївна** – докторка психологічних наук, професорка, головна наукова співробітниця лабораторії вікової психофізіології Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України;

**Вісковатова Тетяна Павлівна** – докторка психологічних наук, професорка, академік УАН, головна наукова співробітниця Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, наукова консультантка Української національної федерації наукової аналітики МАНВО;

**Матяш Михайло Миколайович** – заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної і медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;

**Сегеда Наталя Анатоліївна** – докторка педагогічних наук, професорка, завідувачка кафедри теорії і методики музичної освіти та хореографії Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького.

**К 65 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. – 417 с.

**ISBN 978-617-7218-88-5**

У монографії подаються теоретичні та практичні розробки проблеми детермінації впливу сімейного середовища на розвиток дитини з особливими потребами й упровадження системи організації психолого-педагогічного супроводу таких родин. Колективом авторів різнобічно, мультидисциплінарно та комплексно висвітлено сучасні моделі сімейно-орієнтованого психолого-педагогічного супроводу. Звернено увагу на реалізацію соціальної політики, розробку методів і підходів комплексної реабілітації та соціальної адаптації, що дозволяє розглядати родину дитини з особливими потребами як учасника процесу реабілітації (модель комплексної реабілітації та соціальної адаптації, центрована на дитині), або як специфічний тип сім'ї, члени якої знаходяться в особливому соціальному становищі й самі потребують підтримки та допомоги (модель комплексної реабілітації та соціальної адаптації, центрована на родині, яка виховує дитину з особливими потребами).

Колективну монографію створено в межах виконання наукової роботи молодих учених «Розробка методології психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами» (номер держреєстрації 0119U002003).

З огляду на цілісний і систематизований практико орієнтований матеріал, видання пропонується для використання в професійній діяльності психологів, педагогів, соціальних працівників і фахівців, які безпосередньо здійснюють психолого-педагогічний, медичний і соціальний супровід родини, що виховує дитину з особливими потребами.

**УДК 364-787.7-056.24**

© Мелітопольський державний педагогічний університет  
імені Богдана Хмельницького, 2019  
© Колектив авторів, 2019

## ЗМІСТ

<b>Передмова</b> .....	<b>5</b>
<b>Розділ 1. Сучасні моделі сімейно-орієнтованого психолого-педагогічного супроводу родини, що виховує дитину з особливими потребами</b> .....	<b>9</b>
Психологічний супровід родин, які виховують дітей з особливими потребами: контент-аналіз проблеми (О.І. Кононенко, Л.І. Прохоренко, Г.Б. Соколова) .....	10
Концептуальні засади дослідження патологізації переживання провини в контексті внутрішньосімейної взаємодії та благополуччя (О.В. Царькова) .....	23
Дослідження особливостей емпатично-толерантного ставлення батьків учнівського колективу до дітей з обмеженими можливостями здоров'я (О.О. Прокоф'єва, В.В. Пономаренко, О.А. Прокоф'єва) .....	33
Психологічні аспекти супроводу сімей, що виховують невротичну дитину (Л.М. Михайленко).....	54
Психологічні детермінанти особистісного прийняття батьками дітей з інвалідизуючими захворюваннями (Г.Б. Варіна, К.С. Аверіна) .....	65
Психолого-педагогічний супровід родини, що виховує дитину з особливими потребами, як умова забезпечення гармонійного інклюзивного освітнього середовища початкової школи (Н.В. Гузь, В.В. Гузь, С.М. Дубяга).....	82
Педагогічні особливості конструктивної взаємодії вчителя з батьками, які виховують дитину з особливими освітніми потребами (Т.А. Братишко).....	102
<b>Розділ 2. Корекція, реабілітація та терапія дітей з особливими потребами в контексті сімейно-орієнтованого підходу</b> .....	<b>113</b>
Розвиток зорово-просторового сприйняття при РАС (розладах аутичного спектру) (Л.А. Душка).....	114
Скрытые причины формирования дисгармоничной идентичности ребенка в условиях дисфункциональной семьи (А.В. Старовойтов) .....	129
Надання освітніх послуг дітям з особливими потребами в умовах реформування галузі в Україні (О.С. Шульга) .....	145
Форми та методи ефективної реалізації державної підтримки дітей з обмеженими можливостями в Україні (О.В. Царькова, Т.А. Каткова).....	154
Особливості організації навчально-виховної діяльності дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзії (І.О. Яковенко, В.В. Чорна, Л.Ю. Москальова) .....	166
Психологічна діагностика осіб з обмеженими можливостями як умова ефективної реабілітації та адаптації (С.В. Шевченко).....	183

Психолого-педагогічна корекція затримки психічного розвитку дітей дошкільного та молодшого шкільного віку ( <i>Т.А. Каткова</i> ) .....	192
Психотерапія в системі медичної та психосоціальної реабілітації дітей з аутизмом (А) і аутичного спектру розладами (АСР) ( <i>В.М. Рахманов</i> )....	204
Особливості розвитку самостійності дитини в умовах особистісно-орієнтованого супроводу родини ( <i>М.М. Павлюк, А.М. Грись, О.Л. Шопша</i> ).....	233
Проблема виховання дітей з функціональними обмеженнями засобами арт-терапії: наукова рефлексія ( <i>М.В. Білецька, Я.В. Сопіна</i> ) .....	247
Навчальна програма для інклюзивного класу дитячої художньої школи (художнє відділення) з дисципліни: “Бесіди про мистецтво” (Молодша вікова група: 6–7 років. Термін навчання – 2 роки. Проєкт) ( <i>Т.С. Житнік</i> ) .....	258
«Всі ми різні – всі ми рівні»: урок-тренінг з попередження дискримінації в інклюзивному просторі ( <i>Н.А. Божко</i> ) .....	282
Тьюторський супровід індивідуальної програми навчання іноземних мов молодших школярів в умовах інклюзивної освіти ( <i>Г.О. Скиба</i> ).....	294
<b>Розділ 3. Інноваційні форми й технології у роботі з родиною, яка виховує дитину з особливими потребами.....</b>	<b>303</b>
Організація школи «Бути батьками» на прикладі впровадження інклюзивних практик у закладах освіти Запорізької області ( <i>Т.Я. Озерова</i> ) .....	304
Психологічний супровід сучасної сім’ї в діяльності практичного психолога ( <i>Н.М. Фалько, А.В. Немикін</i> ) .....	323
Компласенс-терапія як засіб корекції батьківських настанов щодо дітей із мовленнєвими вадами: концептуалізація, емпіричні референти ( <i>В.Є. Луньов, Я.В. Фесенко</i> ) .....	353
Психопрофілактика емоційного вигорання у батьків, які виховують дітей-інвалідів ( <i>О.А. Філатова</i> ).....	362
Психодрама як психотерапевтична технологія роботи з батьками, які виховують дитину з особливими потребами ( <i>О.О. Прокоф’єва</i> ) .....	374
Особливості використання арт-терапевтичних технологій у процесі психологічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами ( <i>Г.Б. Варіна</i> ).....	389

## ПЕРЕДМОВА

Збереження здоров'я кожної особистості, упровадження нових форм роботи з вразливими категоріями дітей задля їхньої реабілітації та повноцінної інтеграції в суспільство, використання сучасних методик комплексної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я (у тому числі рання допомога дітям з важкими порушеннями) повинні бути визначальними принципами державної політики в галузі освіти. З огляду на це, питання соціально-психологічної допомоги, як форми державної підтримки дітей на ранніх етапах їхнього розвитку, є надзвичайно актуальним, оскільки має спрямовуватися на виявлення, визначення і розв'язання проблем дитини з метою реалізації й захисту її прав на повноцінний розвиток та освіти.

Сучасний стан освітньої галузі в Україні характеризується створенням цілісної державної системи ранньої соціально-психологічної допомоги дітям з обмеженими можливостями, що, насамперед, полягає в налагодженні позитивних відносин з навколишнім середовищем. Об'єктом численних досліджень педагогів і психологів є вплив сімейного фактора на особливості розвитку дитини з особливими потребами. Високий рівень родинного неблагополуччя зумовлює порушення особистісного розвитку такої дитини. Саме тому потреба в наданні комплексної допомоги сім'ям, які виховують дітей з особливими потребами, пов'язана з низкою різноманітних проблем, з якими вони стикаються в повсякденні та, як засвідчує практика, не можуть вирішити без висококваліфікованої допомоги.

На державному рівні актуальність проблеми підтверджено Державною цільовою програмою «Національний план дій з реалізації Конвенції ООН про права інвалідів», Законом «Про реабілітацію інвалідів в Україні», Постановою Кабінету Міністрів України «Про порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах», Концепцією ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів тощо.

Прагнення деінституалізації та соціальної адаптації осіб з порушеннями психофізичного розвитку є сучасною світовою тенденцією, у контексті якої продовжує формуватися та впроваджуватися нова культурна й освітня норма – створення умов для активної участі у житті суспільства всіх громадян, у тому числі людей фізично й інтелектуально неповносправних, що й фіксує міжнародне законодавство на рівні ООН.

Необхідність забезпечення підтримки та психолого-педагогічного супроводу батьків, що мають дітей з особливими потребами, сьогодні є

передумовою виникнення нового напрямку наукових досліджень. Певні аспекти цього питання окреслено в студіях як закордонних, так і вітчизняних учених. Так, українськими науковцями досліджено та науково обґрунтовано такі положення: особливості психоемоційних станів батьків дітей з психофізичними вадами (А. Душка, Т. Скрипник) та різним рівнем психосоціального розвитку (Т. Вісковатова, Ю. Мартинюк); характеристика батьківських реакцій (О. Зерницький, Т. Вісковатова); вплив довгострокової кризи на психологічний, соціальний та соматичний рівні дисфункцій у родині (І. Левченко, В. Ткачева), особливості психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку (Г. Кукуруза). Більшість досліджень, попри їх безсумнівну значущість і 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 урахуванням цього, колектив авторів у монографічному об'ємі комплексно та системно підійшов до дослідження та розробки моделі сімейно-орієнтованого психолого-педагогічного супроводу родини, яка виховує таку дитину.

У першому розділі монографії «Сучасні моделі сімейно-орієнтованого психолого-педагогічного супроводу родини, яка виховує дитину з особливими потребами» здійснено науковий пошук компонентів інтегрованої моделі психолого-педагогічного супроводу сім'ї, що виховує дитину з особливими потребами, і подано його результати. Авторами наголошено на необхідності впровадження моделі сімейно-орієнтованого психолого-педагогічного супроводу такої родини й акцентовано увагу на панівній ролі сім'ї у процесі соціального інтегрування дитини з порушеннями психофізичного розвитку, оскільки вона є одним з основних чинників долучення до системи суспільних відносин. Особливості сім'ї, її активність у процесі розвитку й освіти визначає психофізичний і соціокультурний статус дитини в майбутньому, рівень її реабілітаційного й соціально-інтеграційного потенціалу, ступінь підготовки до інклюзивного навчання в загальноосвітньому навчальному закладі. На думку дослідників, сьогодні така родина поряд із традиційними функціями має виконувати й низку специфічних, зумовлених порушеннями нормального розвитку дитини

(абілітаційно-реабілітаційну, корекційну, компенсаторну), що, у свою чергу, пов'язані з нагальною потребою в розв'язанні питання щодо готовності сім'ї до їхнього виконання.

У другому розділі «Корекція, реабілітація та терапія дітей з особливими потребами в контексті сімейно-орієнтованого підходу презентовано актуальні дослідження провідних науковців і практиків, а також молодих учених щодо навчально-методичних та соціально-психологічних аспектів впровадження інноваційних психологічних методів психокорекції, терапії психологічного клімату, психічних станів, взаємовідносин у родині, яка виховує дитину з інвалідизуючим захворюванням. У розділі розглядаються сучасні технології навчання та підтримки дітей з особливими освітніми потребами; функції і завдання менеджменту інклюзивного середовища в освіті; підготовка майбутніх фахівців у закладах вищої освіти до реалізації моделі сімейно-орієнтованого психологічного супроводу родини; європейський досвід впровадження новітніх методів здійснення психологічної допомоги як дитині з особливими освітніми потребами, так і родині, яка її виховує.

Третій розділ монографії «Інноваційні форми й технології у роботі з родиною, яка виховує дитину з особливими потребами» присвячено розробці алгоритму впровадження інноваційних психолого-педагогічних та реабілітаційних форм і технологій у роботі з цією категорією родин. Авторами здійснено аналіз вітчизняного та закордонного досвіду з питань реалізації психолого-педагогічного, соціального та медичного супроводу родин, які виховують дитину з особливими потребами. Наголошено, що система впровадження інноваційних форм та технологій у роботу з такими сім'ями має бути спрямованою на розвиток її власних ресурсів й ініціативи, оскільки тільки перетворення родини на активного суб'єкта соціально-психологічної діяльності є вирішальним чинником ефективності процесів реабілітації, соціалізації дитини з інвалідизацією та її інтеграції в суспільство.

У підходах до розуміння, організації та впровадження системи сімейно-орієнтованого психолого-педагогічного супроводу родини, яка виховує дитину з особливими потребами, чітко та послідовно окреслюється активна гуманістична позиція дослідників, які вбачають сенс інтеграції не тільки у відстоюванні цієї категорії родин своїх прав, а й у повноцінній реалізації ними власного особистісного потенціалу, що створює можливості для участі у всіх видах і формах соціального буття нарівні з іншими членами суспільства.

Наголосимо, що пропоноване видання може бути успішно використане в практичній діяльності психологів, педагогів, соціальних працівників та інших фахівців, які безпосередньо здійснюють психолого-педагогічний, медичний і соціальний супровід родини, що виховує дитину з інвалідизуючим захворюванням, оскільки в ній цілісно та систематизовано представлено практико орієнтований матеріал.

Усю моральну, етичну й правову відповідальність за достовірність фактів, посилань та інформації, що представлена в колективній монографії, несуть безпосередньо автори.

Редакційна колегія й авторський колектив будуть вдячні всім тим, хто висловить зацікавлене слово щодо пропонованого видання, надішле свої відгуки, пропозиції та побажання на електронну адресу: [anyavarina22@gmail.com](mailto:anyavarina22@gmail.com)

*Відповідальні редактори*







# **РОЗДІЛ І**

**СУЧАСНІ МОДЕЛІ СІМЕЙНО-ОРІЄНТОВАНОГО  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ  
РОДИНИ, ЩО ВИХОВУЄ ДИТИНУ  
З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**



**Оксана Іванівна Кононенко**  
*м. Одеса*  
*e-mail: o.kononenko@onu.edu.ua*

**Леся Іванівна Прохоренко**  
*м. Київ*  
*e-mail: lesya-prohor@ukr.net*

**Ганна Борисівна Соколова**  
*м. Одеса*  
*e-mail: absokolova@ukr.net*

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИН, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ: КОНТЕНТ-АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ**

Сучасною тенденцією розвитку нашої держави є орієнтація на імплементацію європейських цінностей, серед яких визначальною постає спрямованість на соціально компетентну особистість, котра змогла б продемонструвати всі ознаки суспільної мобільності при досягненні життєвих цілей. У цьому сенсі не є винятком і люди з особливими потребами, які виступають повноцінними членами суспільства, оскільки від рівня сформованості життєвих компетентностей залежить ефективність і безболісність їхнього «входження» до соціуму. Підтвердження цих позицій знаходимо в законодавчо-нормативній базі, зокрема в Законах України: «Про освіту», «Про реабілітацію інвалідів в Україні», урядових нормативно-правових документах, насамперед у затверджених Постановами Кабінету Міністрів України «Положенні про інклюзивно-ресурсний центр», «Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах», «Порядку та умовах надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на надання державної підтримки особам з особливими освітніми потребами» тощо.

З огляду на вище зазначене особливого значення набуває питання організації психологічного супроводу родини, яка виховує дитину з особливими потребами, що має забезпечити ефективний психологічний вплив на всебічний розвиток таких дітей у процесі їхньої соціалізації.

Сучасна філософія взаємодії сім'ї й освітнього закладу ґрунтується на ідеї про те, що за виховання, навчання та розвиток дітей несуть відповідальність батьки, а всі інші соціальні інститути покликані допомогти,

підтримати, спрямувати та доповнити їхню виховну діяльність. Визнання пріоритету сімейного виховання зумовлює потребу побудови взаємин у родині на принципах партнерства, толерантності, єдності й узгодженості з використанням психологічного та педагогічного впливів.

Традиційно в спеціальній психології проблема психологічного супроводу дітей з особливими потребами вивчалась у контексті штучного відокремлення процесу психологічного впливу на дітей від умов, у яких відбувається їхній розвиток. Водночас, успішність вирішення завдань психологічного супроводу зумовлюється впливами мікросередовища (сім'ї), у якому така дитина перебуває (Л. Гречко, В. Кобильченко, І. Мамайчук, Т. Скрипник та ін.).

Проблема взаємодії сім'ї та освіти повсякчас була предметом багатьох досліджень вітчизняних і зарубіжних учених. Різноманітні питання родинного виховання вивчали Т. Алексєєнко, Є. Арнаутова, О. Барабаш, І. Бех, О. Вишневський, І. Гребенніков, О. Докукіна, О. Кононко, О. Косарева, В. Котило, С. Ладивір, Т. Маркова, Т. Науменко, В. Павленчик, В. Постовий, Т. Поніманська, М. Стельмахович, В. Сухомлинський. Науковці наголошують, що психологічний супровід родин, у яких виховуються діти з особливими потребами, має бути спрямованим на формування соціальної взаємодії, що передбачає систему заходів ефективного впливу на діяльність, спілкування, самосвідомість і реалізується задля розширення соціальної діяльності, освоєння та осмислення дитиною навичок спілкування, збагачення його змісту, формування образу «Я», усвідомлення свої суспільної приналежності, соціальної ролі, формування самооцінки тощо.

Психологічний супровід як організована взаємодія супроводжувачого та супроводжуваного регулюється низкою принципів: пріоритетом інтересів супроводжуваного, безперервністю, мультидисциплінарністю, формуванням єдиного ставлення до дитини всіх учасників психологічного супроводу, постійним інформаційним обміном між ними з чітким усвідомленням своєї ланки діяльності та ліній взаємодії. У дослідженнях Ю. Галлямової, Р. Дем'янчука, Ф. Дольто, А. Хілько, Л. Шипіциної, Н. Яковлевої виокремлено певні принципи психолого-педагогічного супроводу, а саме: принцип «на боці дитини», безперервність супроводу, мультидисциплінарність супроводу, автономність.

На думку Т. Чернікової, головний сенс психолого-педагогічного супроводу дитини полягає в побудові життєвого простору особистості, що зростає, та передбачає участь компетентного дорослого, який спрямовує її розвиток. До основних принципів психологічного супроводу дослідниця відносить: урахування вікового розвитку дитини, спадкоємність у роботі

психологів і батьків, суб'єкт-суб'єктні відносини з вихованцем тощо. Однак, вчена розмежовує поняття «психологічний супровід» і «психологічна підтримка», визначаючи останнє як спільне подолання несприятливого або скрутного періоду в житті дитини. Психологічна підтримка, за твердженням авторки, поєднує в собі співпереживання, емпатію в такій формі, яка виступає підтвердженням вагомості особистості в цілому [1].

Згідно з поглядами інших науковців, важливою ланкою психологічної допомоги дітям з особливими освітніми потребами, їхнім батькам, родинам і педагогам, є психологічна підтримка (А. Адлер, Г. Олпорт, Л. Маслоу, К. Роджерс, Р. Мей, В. Шуте, В. Франкл, Е. Фромм та ін.). За цих умов зміст психологічного супроводу полягає в тому, щоб не захищати дитину від труднощів, не вирішувати замість неї проблеми, а створювати умови для здійснення усвідомленого, відповідального та самостійного вибору на різних етапах онтогенезу. У парадигмі цього супроводу основне завдання психолога полягає у створенні сприятливих умов для розвитку в дитини навичок самостійного мислення та прийняття рішень. Такої позиції дотримується О. Козирева, стверджуючи, що психологічний супровід, як система професійної діяльності педагога-психолога, спрямований на створення умов для позитивного розвитку відносин дітей і дорослих в освітній ситуації, на психологічний і психічний розвиток дитини з орієнтацією на зону її найближчого розвитку.

Білоруські вчені А. Конопльова та Т. Лещинська, вивчаючи проблему психологічного супроводу дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах інтегрованого навчання, як його сутність визначають спробу запобігти негативним моментам інтеграції, надання підтримки будь-якій дитині, яка опинилася в ситуації, що створює загрозу її розвитку. На їхню думку, такий супровід – це не короткочасна акція, а процес надання підтримки дитині у вирішенні освітніх завдань, які змінюються й ускладнюються [10].

Спроби обґрунтування моделі психологічного супроводу родини, що виховує молодших підлітків з особливими потребами, знаходимо в працях Т. Калініної. Науковець розробила програму формування соціально-психологічної компетентності таких підлітків. Нею визначено феномен психологічного супроводу як вид професійної діяльності практичного психолога з формування й корекції особистості, психологічної підтримки й допомоги дитині при адаптації до нових умов життєдіяльності, попередження й розв'язання психологічних проблем у сім'ї [6].

У дослідженнях А. Душки висвітлено новий напрям психологічної допомоги – психологічну синергетику, що враховує синергетичні принципи

та закономірності щодо особистості батьків дітей з особливими потребами, їхні психоемоційні стани, безпосереднє оточення та життєдіяльність. У наукових розвідках автора обґрунтовано та розроблено психолого-синергетичну технологію допомоги цій категорії батьків, що базується на ідеях синергетики: урахування кризового стану батьків як умови розкриття мотиваційно-особистісного ресурсу (точка біфуркації); багатоваріативність, альтернативність шляхів, темпів розвитку (нелінійність); розроблення методів допомоги, що базуються на унікальних характеристиках кожної родини як мікросоціальної системи й відбуваються з обов'язковим використанням діалогу з батьками та за їхньої безпосередньої активної участі (закон резонансного збудження, явища синхронізації та коеволюції); неперервне використання зворотного зв'язку (механізм упорядкування); накопичення інноваційних властивостей як підґрунтя сталих змін і здатності до самоорганізації (кумулятивний ефект) [4].

Аналогічної думки дотримується Ю. Мартинюк, яка займалась вивченням проблеми особливостей емоційних станів батьків дітей з різними рівнями психосоціального розвитку, а саме: батьків дітей із ДЦП, батьків дітей із загальним недорозвитком мовлення. Дослідницею запропоновано моделі емоційних станів батьків дітей з різним рівнем психосоціального розвитку, встановлено основні відмінності в психологічних складових емоційних станів, що спонукало вчену розробити корекційну програму покращення емоційних станів у дітей та членів родини за такими напрямками: діагностика, консультування, психокорекція. Зазначена програма охоплює чотири етапи: інформаційний, зняття емоційної напруги та релаксація, корекція ефекту депривації та аутистичності, зміна емоційного стану [4].

Дослідження А. Варги, Т. Волковської, О. Захарова, Г. Кукурузи, Н. Мазурової, Ю. Мартинюк, І. Марковської, О. Мастюкової, Ю. Мікляєвої, Т. Малихіної, Г. Соколової, В. Ткачової, Д. Мейєр, П. Вадасі та інших учених доводять, що сім'я – це складна відкрита соціальна система взаємовідносин, пов'язана з передачею досвіду взаємодії з навколишнім середовищем, розподілом ролей і функцій. Результати численних наукових студій свідчать про те, що взаємини в родині, ставлення батьків до дитини можуть сформувати позитивний погляд на світ і самого себе, але й спричинити недостатню самоповагу дитини, недовіру до оточуючих тощо. Процес формування особистості, на думку С. Забрамної, прямопропорційно залежить від типу батьківського ставлення до неї.

За твердженням В. Ткачової, народження дитини з відхиленнями у розвитку є випробуванням для всіх членів родини, оскільки батьки зіштовхуються з не виправданими надіями, руйнуванням більшості життєвих

планів із самореалізації. Наприклад, поява дитини зі складними порушеннями мовлення або інтелекту призводить до специфічних труднощів функціонування та комунікації всіх членів сім'ї, у якій вона виховується [19]. У роботах інших учених також окреслюються особливості дитячо-батьківських стосунків у таких родинах, негативний вплив інтелектуальних і мовленнєвих порушень на комунікацію і, як наслідок, недостатність спілкування у сім'ї, використання батьками дисгармонійних моделей родинного виховання.

У дослідженнях О. Сіляєвої виокремлено два типи ставлення батьків до «особливої» дитини: максимальна самовідданість, планування життя всієї родини в залежності від потреб дитини, та відчуженість, часткове або повне делегування батьками відповідальності за дитину на державні установи.

У цьому контексті американський педіатр Б. Спок вирізняє таке ставлення батьків до «особливої» дитини: помилково вважають себе винними в стані дитини, використовують численні й безрезультатні методи лікування та діагностики; не помічають проблем дитини, постійно доводять оточуючим, що їхня дитина нормальна. Така батьківська стратегія поведінки суттєво занижує самооцінку дитини, адже спирається на завищені вимоги до неї. Вони соромляться особливостей своєї дитини, поступово приходять висновку щодо її безнадійності та не виявляють почуттів до неї; виховують дитину природно, допомагають їй освоювати навколишній світ паралельно, не демонструючи гіпер- чи гіпоопіки.

Окрім того, низка вчених розглядає появу в родині дитини з особливими потребами як своєрідний психологічний маркер вже існуючих проблем подружжя: якщо до появи «особливої» дитини в сім'ї вже існувало напруження, після народження малюка воно може посилитися (В. Вишневський, О. Комарова, Ю. Мартинюк, В. Ткачова, Р. Тригер, В. Юржайкін, Д. Мейер, П. Вадасі та ін.). Народження дитини з особливими потребами може виявитися стресовим для усіх поколінь: не тільки батьків, але й прабабків, або братів і сестер (якщо вони є).

Зокрема, згідно з результатами досліджень Ю. Мартинюк, А. Душки саме батьки чоловіка не приймають свого онука з психофізичними порушеннями та звинувачують його матір у цьому, що суттєво погіршує взаємовідносини в родині та формує у жінки комплекс провини.

Британський психолог М. Хансон здійснив дослідження батьків (чоловіків), які виховують дітей із синдромом Дауна, оцінюючи їх за наступними критеріями: функціонування в шлюбі, соціальна підтримка, адаптованість, рівень стресу й особистісних якостей. На основі отриманих даних учений дійшов таких висновків: 1) важкість порушень у дитини не

впливає на адаптацію батька; 2) адаптація батька до хвороби не залежить від статі дитини; 3) рівень невротичності батька значно впливає на його адаптацію до ситуації; 4) більшість досліджуваних батьків не схильні до депресій та значних особистісних проблем; 5) соціальна підтримка для батька відіграє важливу роль і позитивно впливає на його адаптацію до ситуації; 6) батьки, які виховують дитину з синдромом Дауна, не відчують серйозних проблем у шлюбі та не більш схильні до розлучень, аніж усі інші чоловіки; 7) стрес батька не залежить від віку дитини; 8) стрес батька зворотно пропорційний рівню його освіти та суб'єктивно оцінюваній фінансовій ситуації. Таким чином, науковцем виявлено, що для 30 % батьків порушення розвитку дитини не впливає на сім'ю, або позначається не дуже вагомо; більшість дуже часто наголошують на веселій вдачі своєї дитини (46 %), але 43 % респондентів скаржаться на обмеження, які накладаються на родину через особливості дитини. Акцентуючи увагу на тому, що в цілому батьки, які взяли участь у дослідженні, непогано пристосувались до своїх дітей з синдромом Дауна, Г. Хорбі все ж підкреслює, що після повідомлення діагнозу 42 % батьків відчули душевне потрясіння, а в 36 % – виникла стурбованість щодо майбутнього їхньої дитини.

Ще одна складова внутрішньосімейних проблем – це надмірна увага, яку батьки приділяють дитині з особливими потребами, унаслідок чого суттєво обмежується коло спілкування з іншими дітьми, членами родини або представниками найближчого оточення (Т. Волковська, Т. Малихіна). Психологічними наслідками подібної стратегії батьків можуть бути такі емоційні реакції здорових дітей: образа, конфлікти, гнів на батьків, відчуття себе небажаними й непотрібними.

На особливу увагу заслуговують дослідження системи цінностей та матеріального статку сімей, які виховують дітей з особливими потребами. Так, на думку низки вчених, система цінностей у певних родинах та їхній низький матеріальний статок можуть перешкоджати пошукам допомоги поза межами дому, сім'ї, змушувати членів родини покладатися тільки на себе (Т. Волковська, Є. Мастюкова, А. Московкіна, В. Ткачова, Е. Ейдемільер, В. Юстицкіс). Дослідники стверджують, що додатковий стрес пов'язаний саме з фінансовими проблемами, які можуть призвести до кризи. У наукових першоджерелах зазначається, що хронічне безгрошів'я в сім'ях може провокувати появу низки проблем, зокрема: дитина з порушеннями може сприйматися як винуватець усіх фінансових труднощів, що, у свою чергу, підвищує ризик поганого поведіння та насильства над нею (М. Буянов, Е. Ейдемільер, І. Добряков, Є. Мастюкова, І. Нікольська).

У цілому, вивчаючи психологічний клімат у родинах, які виховують

дітей з особливими потребами, Б. Фарбер, Д. Рікман емпірично довели, що присутність такої дитини негативно впливає на загальне функціонування сім'ї, провокує рольові проблеми, взаємну відчуженість членів родини, обмеження сімейного дозвілля, непорозуміння між подружжям тощо. Тобто вирішення питання щодо формування у членів родини вміння не просто реагувати на існуючу проблему, а кардинально змінювати власні переконання щодо «особливих» дітей є нагальним.

За даними досліджень О. Агавелян, народження дитини з психофізичними порушеннями неминуче спричиняє батьківську кризу, динаміка якої представлена чотирма основними фазами. Перша характеризується станом розгубленості, безпорадності, страху, батьків невідступно переслідує питання: «Чому це трапилося саме зі мною?». Доволі часто вони просто не в змозі прийняти те, що трапилося: виникає почуття провини та власної неповноцінності. Шоковий стан трансформується у негативізм. Природна перша реакція – шок (може тривати від тижня до кінця життя: все залежить від здатності батьків долати психологічні травми). Друга реакція виявляється після шоку від звістки про страшний діагноз – заперечення. Період такого негативізму та заперечення розглядається як друга фаза психологічного стану батьків, що виконує захисну функцію, спрямована на збереження певного рівня надії та відчуття стабільності перед фактом, що загрожує зруйнувати звичне життя. Це неусвідомлене прагнення позбутися емоційної пригніченості й страху. Третя реакція – депресивний стан, пов'язаний з усвідомленням істини, характеризує третю фазу, яка дістала назву «хронічний сум», який є результатом постійної залежності батьків від потреб дитини, наслідком відсутності в неї позитивних змін, коли не вщухає біль від усвідомлення неповноцінності рідної людини. І четверта – фаза зрілої адаптації, що характеризується зменшенням переживання смутку, посиленням інтересу до навколишнього світу, готовністю активно розв'язувати проблеми з орієнтацією на майбутнє. Батьки вже можуть правильно оцінити ситуацію. На цьому етапі важливі зусилля щодо збереження родини в цілому і можливостей кожного окремого її члена.

Деякі вчені вважають, що емоційний стан батьків дітей з особливими потребами проходить 4 фази: провідне переживання (почуття провини та власної неповноцінності); негативізму, заперечення діагнозу (поведінка батьків варіативна, крайньою формою є відмова від обстеження та лікування, «ходіння по лікарях»); депресивний стан (синдром хронічного суму як результат постійної залежності батьків від потреб дитини, та хронічної фрустрації через відносну відсутність позитивної динаміки стану дитини; початок соціальної адаптації (характеризується повторним зверненням до



фахівця, що поставив діагноз). Результати більшості досліджень свідчать про те, що одні сім'ї проходять цей шлях самостійно, інші – за допомогою медиків і психологів, а деякі – зупиняються на 1-2-3 етапах. Тривалість фаз варіюється від декількох хвилин до декількох років.

У численних наукових працях зазначається, що перша реакція батьків на повідомлення про порушення розвитку їхньої дитини завжди буває негативною і доволі часто супроводжується відкиданням дитини доти, поки їй не буде долучено до програми раннього втручання. Налагодження стосунків між батьками та дітьми, з одного боку, і фахівцями, з іншого, – це лише одна з багатьох складних ситуацій взаємодії, у якій перебувають сім'ї, що виховують дітей з особливими потребами. Беручи участь у таких програмах, батьки продовжують спілкуватися з родичами, друзями, незнайомцями, іншими фахівцями.

Таким чином, емоційні стани батьків є багатоякісним та багатовимірним явищем, яке залишається виключно індивідуальним, різноманітним і не завжди піддається рефлексії. У психологічній науці підхід до концепції емоційних станів фрагментарний та неоднозначний: такі стани розглядаються як більш високий рівень інтеграції індивідуальної психіки, для якого характерні властивості цілісності та єдності; як відносно статичний компонент психіки; як процес, що виявляється у різних видах діяльності та властивостях особистості, де емоційні властивості визначають всю структуру та параметри цього процесу.

На нашу думку, емоційні стани батьків слід розглядати як цілісну характеристику психічної діяльності, що визначається своєрідністю протікання психічних процесів і залежить від віддзеркалення предметів та явищ довкілля й попередніх станів і психічних властивостей особистості. Припускаємо, що в контексті досліджуваної проблеми можна виокремити емоційні стани, які створюють дисгармонійні фони життєдіяльності батьків дітей з особливими потребами: депресія, невротичність, реактивна та спонтанна агресивність, особистісна тривожність і внутрішній дискомфорт. Цей науковий підхід збігається з основними положеннями теорії диференційних емоцій, згідно з якою емоції не тільки розглядаються як динамічні явища та складові цілісної ієрархічної системи, але й мають особливі джерела-активатори, охоплюючи, у свою чергу, основні положення органічної теорії емоцій, відповідно до якої кожний емоційний стан є результатом рефлексу, що спричиняється зовнішнім подразником, об'єднує в один комплекс фізіологічно зумовлені психічні елементи й миттєво усвідомлюються людиною, та наукових уявлень про особистісні й емоційні дисгармонії, що розуміються як порушення рівноваги у внутрішньому світі

особистості, котре призводить до виникнення негативних емоційних станів.

Отже, найважливішими питаннями, які мають розглядатися в контексті психологічного супроводу є: сім'я, соціальна взаємодія дітей в освітньому середовищі, питання самопізнання й особистої самореалізації.

Розглянемо детальніше ті питання, які мають важливе значення для створення психологічного супроводу родин, що виховують дітей з особливими потребами.

По-перше, психологічний супровід полягає у діяльності психолога в умовах проблемної ситуації дитини, що спирається на її сильні сторони, активність і створює засади для самовизначення та самореалізації дитини в кожній конкретній життєвій ситуації. Ця діяльність будується на співпраці сім'ї й освітнього закладу та передбачає внесення пропозицій щодо організації навчально-виховного процесу з метою визначення оптимального навантаження для підвищення адаптаційного потенціалу дитини. З огляду на це, важливе значення надається навчальному середовищу, при створенні якого слід урахувати наступні позиції: 1) створення сприятливої соціальної атмосфери; 2) активне залучення батьків до навчальної діяльності дітей; 3) особливості й очікування вчителів і батьків щодо результатів навчання та соціалізації такої дитини. Тобто, коли учні опиняються в сприятливому освітньому середовищі, яке задовольняє їхні потреби, зменшуються прояви поведінкової дезадаптації. Якщо задовольняються базові психологічні потреби учнів (безпека, приналежність, самостійність), то вони охоче долучаються до різних заходів, зокрема масових, активніше спілкуються з однолітками в школі; розвивають свої соціальні навички та розуміння; формується соціальна взаємодія в мікро- та макросоціумі, належні форми й вияви поведінки. Утім, освітнє середовище, яке не задовольняє потреб учнів, зменшує їхню вмотивованість до навчання, призводить до зниження успішності, стає причиною поведінки відчуження, низького рівня соціальної взаємодії в найближчому соціумі.

По-друге, не менш важливим при створенні ефективних умов психологічного супроводу є розв'язання проблеми взаємодії дітей з особливими потребами та їхніх батьків. Так, І. Гофман виокремлює певні ознаки десоціалізації таких батьків: соціальна депривація; постійне спілкування з одними й тими ж людьми; втрата попередньої ідентифікації; відвикання від старих навичок, цінностей, звичаїв і звикання до нових; втрата свободи дій.

Розглядаючи десоціалізацію батьків, що виховують дітей особливими потребами, як процес поступової свідомої втрати набутих раніше соціальних пріоритетів, цінностей, норм, їхнє відчуження від певних груп, прискорення

процесів психічного вигорання, слід зазначити, що залежно від індивідуальної соціальної ситуації в родині цей процес може виявлятися як на первинному (у сфері міжособистісних відносин у сім'ї), так і на вторинному (у макросоціальній сфері) рівнях. Відповідно до цього, рівень десоціалізації може бути різним: від легкої втрати орієнтації в соціальних ситуаціях, до відстороненості від свого колективу або суспільства та повної втрати зв'язків з навколишнім середовищем. Основна складність проблеми десоціалізації батьків, що виховують таку дитину, полягає в тому, що основні десоціалізуючі впливи здійснюються саме найближчим оточенням, у зв'язку з чим починається руйнація внутрішньосімейних відносин.

На основі теоретичного узагальнення наукових досліджень, припускаємо, що десоціалізація торкається лише поверхневих прошарків психіки батьків, проте основи особистості, насамперед її моральні структури, залишаються непорушними. При залученні батьків до процесу психологічного супроводу, основні особистісні структури відновлюються. Оскільки десоціалізація батьків є не добровільною, а вимушеною, і такою, що виникає внаслідок несприятливих змін соціальних умов, моральна деградація в них відсутня: на перший план висувається нездатність особистості витримувати тиск соціальних обставин, занурення в ілюзорну реальність.

Підсумовуючи вище зазначене, можна стверджувати, що важливим інститутом соціалізації дитини із синдромом Дауна є сім'я, але сьогодні саме вона становить групу ризику десоціалізації, оскільки психосоціальні кризи та різні стадії емоційного вигорання батьків, що виховують дітей з особливими потребами, сприяють процесу їхньої десоціалізації.

Численні звернення науковців до проблеми десоціалізації цієї категорії батьків, дозволяють наголосити на взаємозалежності внутрішньосімейних відносин, за яких не тільки родина виступає важливою умовою об'єктивного та суб'єктивного благополуччя, а й «особливі» діти своїми проблемами провокують і поглиблюють нестабільність у сім'ї.

З-поміж причин, що перешкоджають створенню ефективної взаємодії дитини та родини виокремимо такі: низький рівень соціально-психологічної культури учасників взаємодії (батьків, сестер/братів, інших вагомих дорослих); нерозуміння батьками самоцінності раннього втручання у розвиток дитини та його значення для формування особистості в цілому; нерозуміння фахівцями того, що при визначенні змісту, форм і методів психологічного супроводу родин, саме батьки виступають соціальними замовниками; недостатня поінформованість батьків про життя та діяльність дітей з особливими потребами, умови й особливості сімейного виховання;

ставлення фахівців до батьків не як до суб'єктів виховної діяльності, а як до її об'єктів; стереотипна установка багатьох фахівців: батькам необхідно передавати не життєві, а наукові психолого-педагогічні знання про дитину та її виховання; несформованість у батьків педагогічної рефлексії, тобто невміння аналізувати власну виховну діяльність, знаходити причини своїх помилок.

Таким чином, у контексті проблеми організації психологічного супроводу родини, що виховує дитину з особливими потребами, необхідним є створення умов для формування взаємодії між батьками і дітьми в родині, згуртування та підтримка один одного, залучення зацікавлених осіб (дорослих із близького оточення, інших членів сім'ї, друзів). Важливим засобом такої взаємодії може стати вироблення чіткої стратегії співпраці дітей і дорослих, участь родин, із залученням фахівців, у різноманітних соціальних програмах та проектах, спрямованих на надання їм соціально-психологічної підтримки та супроводу таких родин на різних рівнях.

Не менш важливим є вироблення спільного підходу до вирішення проблем виховання, виокремлення, узагальнення й узгодження психолого-педагогічних методів і прийомів на основі вивчення виховного досвіду сім'ї й передачі батькам інформації про технології психологічного супроводу.

У психологічному плані видається за доцільне спрямовувати зусилля на всебічний розвиток дитини та її підготовку до максимально-самостійного життя й розв'язання проблем соціальної адаптації.

Уважаємо, що на організаційному рівні доречними будуть заходи, спрямовані на створення сприятливих умов для розвитку особистості дитини, надання їй комплексної допомоги та підтримки саморозвитку й самореалізації в процесі сприйняття світу й адаптації в ньому, соціалізації в життєвому просторі: комплексного психолого-педагогічного впливу шляхом організації фахівцем адекватного соціального середовища в освітньому просторі, що спрямовується на розвиток психічних процесів і корекцію порушених поведінкових функцій дітей з особливими потребами з метою формування новоутворень, які наближено відповідали б віковому етапу їхнього розвитку; залучення до цієї діяльності значущих для дитини дорослих (батьків, братів і сестер, знайомих, друзів) на принципах співробітництва з метою усунення спотвореного чи порушеного контакту всіх членів як у родині, так і в освітньому процесі; зміни соціальних позицій всіх суб'єктів системи «дитина – родина – психолог» для досягнення взаєморозуміння й емоційного контакту дітей, дорослих і їх однолітків на основі чіткого врахування ситуації соціального розвитку таких дітей.

## Список використаних джерел

1. Бардиер Г., Ромазан И., Чередникова Т. Я хочу! Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей / Г. Бардиер, И. Ромазан, Т. Чередникова. – СПб.: «Стройлеспечать», 1996. – 90 с.
2. Бех І.Д. Особистісно зорієнтоване виховання: науково-методичний посібник / І.Д. Бех. – Київ: ІЗМН, 1998. – 240 с.
3. Гречко Л.М. Психологічний супровід дітей молодшого шкільного віку з вадами психофізичного розвитку в умовах інтегрованого навчання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук: спец. 19.00.08 / Л.М. Гречко. – Київ, 2008. – 20 с.
4. Душка А.Л. Оказание психологической помощи семье в ситуации постановки ребенку диагноза ДЦП / А.Л. Душка, Ю.О. Мартынюк // Науковий вісник Півд.-укр. державного університету. – 2011. – № 11. – С. 254-262.
5. Душка А.Л. Формування адекватних способів взаємодії батьків з дитиною, що має психофізичні відхилення / А.Л. Душка // Науковий вісник Півд.-укр. державного університету. – 2013. – Режим доступу: [http://www.psyh.kiev.ua/Збірник\\_наук.\\_праць.\\_-\\_Випуск\\_12](http://www.psyh.kiev.ua/Збірник_наук._праць._-_Випуск_12)
6. Калініна Т.С. Психологічний супровід дітей із ЗПР як основна стратегія діяльності спеціального психолога / Т.С. Калініна // Вісник наукових праць Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. – 2011. – № 23 (234). – С. 165-170.
7. Кобильченко В.В. Теоретико-методичні засади психологічного супроводу підлітків з глибокими порушеннями: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. псих. наук: спец. 19.00.08 / В.В. Кобильченко. – Київ, 2010. – 40 с.
8. Козырева Е.А. Теоретико-технологические аспекты психолого-педагогического сопровождения детей, их учителей и родителей / Е.А. Козырева // Школьный психолог. – 2001. – № 33. – С. 18-22.
9. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы /под ред. Л.М. Шипицыной, Е.И. Казаковой. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2000. – 108 с.
10. Коноплева А.Н. Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития: монография / А.Н. Коноплева, Т.Г. Лещинская. – Минск: НИО, 2003. – 232 с.
11. Кукуруза Г.В. Психологічна допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: дис. докт. псих. наук: 19.00.04 / Г.В. Кукуруза. – Харків, 2013. – 350 с.

12. Мамайчук И.М. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.М. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
13. Прохоренко Л.І. Дитина із труднощами у навчанні / Л.І. Прохоренко. – Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. – 48 с. – (Інклюзивне навчання за нозологіями).
14. Прохоренко Л.І. Психологічні особливості рефлексії школярів із затримкою психічного розвитку в процесі психологічного супроводу навчання / Л.І. Прохоренко // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2016. – № 11. – С. 155-161.
15. Система соціального і психолого-педагогічного супроводу дітей пільгових категорій: навчально-методичний посібник / авт. тексту О.І. Василькова, І.В. Родигіна, М.І. Гринчук та ін. – Д.: ДонІІПО Витоки, 2006. – 206 с.
16. Скрипник Т.В. Дослідження продуктивності взаємодії батьків з аутичною дитиною / Т.В. Скрипник // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: зб. наук. праць. – Київ: Університет «Україна». – 2010. – Вип. 7 (9). – С. 225-233.
17. Соколова Г.Б. Актуальні питання психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дитину з обмеженими можливостями здоров'я / Г.Б. Соколова // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. – 2016. – Випуск 7. – Том 1 – С. 383-393.
18. Соколова Г.Б. Психологічні особливості захисної поведінки батьків, що виховують дітей із синдромом Дауна / Г.Б. Соколова // Наука і освіта: наук.-практ. журн. Південно-українського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського. – Серія: Психологія. – Одеса: Вид-во ПНПУ імені К.Д. Ушинського. – 2017. – № 3. – С. 23-28.
19. Ткачева В.В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии: дис. канд. псих. наук: 19.00.10 / В.В. Ткачева. – Москва, 1999. – 204 с.
20. Усвідомлене батьківство як умова повноцінного розвитку дитини та підвищення виховного потенціалу громади: методичні матеріали до тренінгу / упоряд.: І.В. Братусь та ін.; за заг. ред. Г.М. Лактіонової. – К.: Наук. світ, 2004. – 86 с.
21. Шипицына Л.М., Хилько А.А., Галлямова Ю.С., Демьянчук Р.В., Яковлева Н.Н. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / под науч. ред. проф. Л.М. Шипицыной. – СПб.: «Речь», 2003. – 240 с.



**Ольга Вікторівна Царькова**  
м. Мелітополь  
e-mail: olik.tzarkova@gmail.com

## **КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОЛОГІЗАЦІЇ ПЕРЕЖИВАННЯ ПРОВИНИ В КОНТЕКСТІ ВНУТРІШНЬОСІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ**

Досліджуючи проблему переживання провини в міжособистісному просторі патологізованої взаємодії, опосередкованої численними формами раціоналізації, пошуку універсального сенсу та заперечення, науковці неминуче зіштовхуються з глибинно-психологічним утворенням міжособистісного генезу, спричиненим моральним стражданням.

За своїм динамічним контентом переживання, як універсальний контекст людського існування, охоплює і часовий аспект, тому, на думку І. Пахно, його вивчення надає можливість інтерпретації феномена не тільки як переживання емоції, а й у смисловому полі слова «пережити». Дослідниця аргументує, що певна ознака, зумовлена кореневою морфемою поняття та префіксом «пере-» (означає перенести щось, перейти в інше, вже змінене переживання), розкриває зміст процесу набуття нового досвіду існування. У свою чергу, у концепції Ф. Василюка подано розуміння переживання як особливої внутрішньої діяльності. Л. Виготський визначав методологічний контекст проблеми переживання як факту життя: «людина переживає, бо живе» [1].

Відомо, що сором і провина належать до групи так званих «моральних» емоцій, пов'язаних з благополуччям інших людей, і суспільства в цілому. Вони виконують роль зобов'язальних механізмів, що стимулюють просоціальну поведінку в довгостроковій перспективі. В контексті нашого дослідження важливою є теза про те, що провина виникає внаслідок морального порушення, за якого хтось навмисно або ненавмисно постраждав від іншої людини (Феслер, Хейлі, Ізард, Тангни).

Найпоширенішою категорією причин провини є нехтування партнерами при близьких відносинах та невиконання зобов'язань перед іншими (Баумейстер, Рейс і Делеспаул), або ж, з огляду на проблему нашого дослідження, – надмірна ірраціоналізація цього. Як наслідок, особа стає цілком зосередженою на шкоді та стражданні, які вона заподіяла (начебто заподіяла) іншій людині (Баумейстер, Стилвел, Хезертон, Левіс) [9].

Моральне страждання батьків дітей з ОМЗ детермінується

напруженістю механізмів психологічних захистів, внутрішньоособистісних конфліктів та опосередковується їхніми особистісними якостями.

У методологічній площині нашого дослідження особливого сенсу набувають поняття «моральна рана», «моральне страждання», «моральна травматизація».

Виходячи з позицій звичайного анатомізму, зазначимо: рана – це наслідок травми з порушенням цілісності, наслідком якого є біль (фізичне або емоційне страждання, болісне або неприємне відчуття, мука).

Страждання – сукупність вкрай неприємних, тяжких або болісних відчуттів живої істоти, за яких вона відчуває фізичний та емоційний дискомфорт, біль, стрес, муки. Досвід страждання, перетворений людиною, ідентифікується як культурологічний текст у вигляді знаків і символів, що зумовлює міжсуб'єктне співвіднесення певних людей з іншими, однієї людини – з багатьма. В етичному аспекті страждання визначається як амбівалентний феномен, що, з одного боку, є продуктом відчуження, втрати цілісності та створює умови для актуалізації морального зла, а з іншого – постає як необхідний момент індивідуалізації, котрий дозволяє сформуватися особистій моральній рефлексії [4].

Комплекс моральної травматизації батьків доречно розглядати як систему заперечення чи проживання морального страждання від усвідомлення інвалідності дитини. Ця травматизація, на відміну від переживання страждання, може бути чинником вторинного травмування через упевненість у провині перед дитиною (членами родини, суспільством тощо).

Орієнтуючись на феноменологічний та екзистенційний підходи до страждання, припускаємо, що моральна травматизація від провини має дві раціональні ознаки:

- моральну шкоду – втрати, пов'язані з моральними та фізичними стражданнями, обмеженнями;
- моральні страждання – негативні переживання, які виявляються у вигляді страху, сорому, приниження через стан душевного болю, депресії й апатії.

Тенденції та obsesivні думки щодо компенсації та власне компульсивна компенсаторна поведінка виступають основними ознаками моральної травматизації – травматизації від переживання провини. Моральне страждання як переживання особистісної реальності детерміноване конфліктом між понятійно-раціональними образами дійсності й образами дійсності, генеза та конституювання яких мають детермінацію несвідомого.

Наступне положення нашої концепції передбачає, що переживання



провини може мати патологізовані ознаки. Неадекватні моделі її переживання посилюють родинну патологію. Патологізація переживання провини виявляє зв'язок з типами ставлення до хвороби та статусу дитини, має амбівалентну природу й тенденції до гіперкомпенсації.

Загальновідомо, що в сім'ях, які виховують дітей з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ), можна виокремити чотири основні типи батьківських стратегій: 1) гіперпротекція – прагнення захистити дитину від проблем і труднощів; сприйняття її безпорадності; 2) авторитарне неприйняття – вимога неухильного виконання всіх завдань, вправ і доручень; 3) гіпопротекція – збільшення емоційної дистанції, байдужість у відносинах, емоційне неприйняття дитини; 4) співробітництво – конструктивна та гнучка форма взаємовідповідальних відносин батьків і дитини через спільну діяльність [7].

У дослідженні С. Іневаткіної, присвяченому вивченню психологічних структур, що визначають поведінку матері у взаємодії з дитиною з ОМЗ, обрано досить цікавий теоретичний конструкт «внутрішня позиція» – система потреб і прагнень, суб'єктивно представлених у відповідних переживаннях. За визначенням авторки, ця система охоплює як реально чинні цінності, інтегровані в мотиваційну структуру особистості (мотиваційний рівень), так і усвідомлювані ціннісні уявлення, що містять, по-перше, «ціннісні стереотипи»; а по-друге, рефлексивні уявлення про власні цінності. Внутрішня позиція в умовах виховання дитини з відхиленнями у розвитку характеризується низкою особливостей, що зумовлюють певні риси взаємодії «мати-дитина», які, у свою чергу, реалізуються в актуальному рівні психічного розвитку дитини.

Експериментальне дослідження вченої виявило зв'язок типів внутрішньої позиції матерів з певними поведінковими виявами. Наприклад, емоційна чуйність, близька дистанція в спілкуванні та висока чутливість до сигналів дитини при взаємодії з нею, а також активна участь у її реабілітації співвідносяться з варіантом внутрішньої материнської позиції у вигляді позитивного емоційного ставлення до дитини та амбівалентного ставлення до себе як матері, що пов'язане з суперечливістю уявлень про відповідну роль.

Емоційна відстороненість, велика дистанція в спілкуванні та низька чутливість до сигналів дитини при взаємодії з нею співвідносяться з варіантом внутрішньої материнської позиції, для якої характерними є негативні емоції як у ставленні до дитини, так і до себе як матері, сприйняття ОМЗ як перешкоди для власної самореалізації та самореалізації дитини.

Активність матері в процесі реабілітації дитини в поєднанні з варіативною поведінкою при взаємодії співвідноситься з варіантом

внутрішньої материнської позиції, якій властиве позитивне емоційне ставлення до дитини та материнства, зумовлене недооцінкою її особливих потреб і можливостей. Зазначені результати досліджень надали нам можливість визначити три важливі чинники батьківської залученості в процес виховання дитини з ОМЗ, що відповідає типам внутрішнього ставлення: емоційна чуйність, активність при реабілітації, емоційна відстороненність.

Розробляючи концепцію дослідження, ми виходили з позиції, що внутрішньосімейна взаємодія та виховання мають генетично-адаптивний характер, який, власне, підпорядковується «генетичному інтересу батьків», за таких умов зв'язок «батьки-дитина» у родині виступає як «засіб, що увічне гени».

До наукового обігу сьогодні залучено численні моделі взаємодії у системі «батьки-дитина», запропоновані М. Шмидт-Рінке, Л. Штольц, С. і Н. Гринспан, С. Броді, С. Акселрад, Скотт, А. Бурмен, Е. Гофман, Л. Бенжамін, В. Рахмановим, А. Віноградовою, В. Дружиніним, Г. Мозговою. Зазначені моделі мають різні рівні прогностичності поведінки як батьків, так і дітей. Слід зазначити, що у багатьох дослідженнях взаємини «батьки-дитина» розглядаються як взаємозворотні, як такі, що мають біективний зв'язок. Поряд із цим, загальновідомо, що система «дитина-вагомий дорослий» конструюється за трьома базовими напрямками психологічного простору: стилем сімейного виховання, особистісними особливостями дитини і стратегією поведінки значущого дорослого [8].

Необхідно врахувати, що в сучасній сімейній психології та психотерапії існують кілька підходів до вивчення моделей родини, а саме: еkleктичний (Н. Епстейн, Д. Бішоп, С. Левін), проблемний (Тсенг, В. МакДермот), факторні моделі сім'ї (Д. Ольсон), інтуїтивна таксономія (С. Айвазян, Л. Фрейм), яка і передбачає виникнення типології на основі співвідношення значної кількості характеристик: мотиваційних структур, конфліктів у процесі сімейного конструювання, способів компенсації, що дозволяють родині стійко існувати всупереч наявності розбіжностей; обставин, що викликають декомпенсацію.

Збалансованість факторів, що охоплюють сімейний добробут становить підґрунтя концепції нашого дослідження. За своїм змістом внутрішньо сімейне благополуччя є суб'єктивним благополуччям членів родинної системи. Формування суб'єктивного благополуччя (неблагополуччя), на думку Р. Шаміонова, будується на механізмах соціальної перцепції та оцінювання, за яких перцептуальним та оцінним об'єктом виступає сам суб'єкт зі своїм життям і зовнішні, щодо нього, об'єкти соціального світу.

Вважається, що результатом перцепції та оцінки є стан задоволеності або незадоволеності. Важливу роль в суб'єктивному благополуччі виконує не тільки досвід, але й уявлення про майбутнє (антиципація). За умов суб'єктивного благополуччя минуле та майбутнє знаходяться в досить тісних зв'язках. Зазначена теза розкриває положення нашої концепції про часову детермінацію переживання провини, її часовий контекст.

Питання сімейного добробуту зазвичай розглядаються з позицій глибинно-психологічної детермінації, у якості якої виступають процеси ідентифікації. Відтак, причиною благополуччя подружніх відносин виступають не власне умови благополуччя, а їхня суб'єктивна оцінка, переломлення в індивідуальній свідомості. Благополуччя в подружній діаді є похідним щодо ідентифікаційних процесів у парі. Науковцями визначено, що добробут у шлюбі та рівень задоволеності подружжям пов'язані з його психологічною зрілістю та вибором адаптивних стратегій подолання подружньої взаємодії.

Саме концепція проєктивної ідентифікації надовго забезпечила фокусну точку для оцінки та втручання у сімейну динаміку. Зіннер і Шапіро, спостерігаючи як члени родини були змушені брати на себе відповідальність і реагувати на проєкції інших членів сім'ї, здійснили проєктивну ідентифікацію фокусом своєї терапії. У свою чергу, Френк припустив, що можна вступити до шлюбу з однією особою, але пізніше виявити, що пов'язав своє життя з іншою, яка нагадує про минулі конфліктні відносини, або про ті аспекти самого себе, від яких хотілося б відмовитися [5].

Ідентифікація лежить в основі діадичного обміну, оскільки інтерналізований аспект самості або іншого проєктується на партнера. У цю мить минуле й теперішнє зливаються, а самість може повторити недозволену динаміку з новим, але в рівній мірі важливим іншим. Доволі часто ця динаміка має травматичний присмак, бо травматизована самість вступає у відносини з караючим об'єктом. В інші моменти самість зберігає владу над партнером, який сприймається як слабкий, неповноцінний або недостойний, що є відтворенням відкидання об'єкта на місці небажаних аспектів самості. Однак, як зазначають дослідники, проєктивна ідентифікація також передбачає і повторення позитивного досвіду, забезпечуючи основу для ніжності та, навіть, емпатії. Деякі проєктивні ідентифікації зміцнюють зв'язок з минулим, що є необхідним для того, щоб забезпечити безперервність досвіду.

Аналізуючи численні підходи до патологізації внутрішньосімейного простору та взаємодії в контексті дослідження психологічної травми, ми встановили, що патогенна ситуація сімейної взаємодії поглиблює сукупність

факторів, які зумовлюють психотравмуюче переживання. Клініко-динамічний аналіз патогенного розвитку в цілому засвідчує, що поряд з індивідуальними особливостями існують загальні закономірності їхнього формування, спричинені єдністю патогенетичних механізмів, які функціонують усупереч різноманіттю психогенних та етіопатогенетичних факторів [3].

Зазначимо, що чинні підходи щодо дослідження родин різного типу цілком «вміщуються» в чотирьохаспектну модель аналізу, яка охоплює наступні характеристики: структурні (тип зв'язку та ієрархії в сім'ї, зовнішні та внутрішні кордони); сімейну мікродинаміку, що відтворює особливості повсякденного сімейного функціонування (комунікативний стиль, розподіл ролей тощо); макродинаміку, що висвітлює особливості сімейної історії в поколіннях; сімейну ідеологію, яка охоплює норми та цінності сім'ї.

Щодо патологізації переживання нами встановлено, що почуття провини перед іншими членами сім'ї, або перед родиною в цілому, також може сягати значної інтенсивності внаслідок наявності взаємин, які, у поєднанні з характерологічними особливостями індивіда, можуть стати психотравмуючим фактором. Індивід в цьому випадку (більш або менш усвідомлено) відчуває себе перешкодою для навколишніх, винним (дійсним чи уявним) у всіх сімейних невдачах. Він схильний сприймати поведінку інших членів родини як звинувачувальну, докоряючу. Такий стан може бути зумовлений різними причинами, та найчастіше – дисгармонійними сімейними відносинами. Поведінкові вияви почуття провини такі: з одного боку, «виправдувальна активність» – індивід докладает величезних зусиль, щоб стати корисним родині, виправдати своє існування; з іншого боку, займати якомога менше місця – спостерігається мінімалізм намагань, поступливість, схильність брати на себе провину за дійсні й уявні хиби.

Є підстави вважати, що сім'я особливо важко переживає, якщо її члени звинувачують себе, або дитину, у функціональній обмеженості. Відомо дві основні точки зору на причини розладу в родині: а) біологічна (сім'ї, що усвідомлено або неусвідомлено дотримуються цієї теорії, причину обмежених можливостей убачають у якихось незалежних від волі дитини мутаціях, переоцінюють можливість медикаментозного лікування, доволі часто пояснюючи соматичний стан дитини генетичною спадковістю, або, усупереч усім запевненням лікаря, мають ірраціональну впевненість у небезпеці хвороби дитини для інших членів родини); б) психологічна (її прихильники в усьому звинувачують себе, членів сім'ї чи саму дитину з обмеженими можливостями, існує прихована агресія членів родини один до одного). Зазначене дозволяє виокремити два патологізовані типи почуття

провини у вихованні: 1) почуття провини за минуле; 2) почуття провини за майбутнє.

Повертаючись до моделі патологізації переживання провини батьками дітей з ОМЗ наголосимо, що її основними компонентами ми вважаємо процеси первинної травматизації як батьків, так і дітей з урахуванням рівня усвідомлення інвалідизації дитини. З огляду на це, часовий вектор патологізації визначається умовами соціалізації дитини.

Розглядаючи феномен соціалізації, спираємося на концепцію соціального розвитку особистості, побудовану на прикладі міжособистісно-рольової взаємодії Дж. Міда. Ключове поняття «соціальна роль», вперше введене зазначеним науковцем і різнобічно розроблене його послідовниками Т. Нью-Комом, А. Ліндсмітом, А. Строссом, Х. Келлі, Дж. Тібо, Т. Кемпером, міцно утвердилося в психології міжособистісних відносин і заслуговує на ґрунтовне дослідження в контексті окреслених нами проблем. Механізми соціалізації дитини з ОМЗ – це механізми прийняття й інтерналізації ролей: соціальні експектації (очікування), санкції та покарання, прагнення досягнень тощо. Не менш значним є внесок школи Дж. Міда і в розробку уявлень про соціальні функції рольової гри та розвиток ігрової терапії [6].

Наші спостереження дозволяють стверджувати, що внутрішньосімейна взаємодія, ускладнена різними формами неадаптивної провини виступає чинником патогенезу інших міжособистісних порушень. Ситуація стає патовою та детермінує численні форми сімейних психогеній. Так В. Мальцев наголошує, що психогенії сімейного характеру є одним з провідних етіологічних чинників при формуванні патохарактерологічного розвитку. Клінічна динаміка на етапах формування специфічного розладу особистості в умовах психічної травми сімейної етіології зумовлена динамічними особливостями особистості. Психовегетативні порушення при специфічних розладах особистості є патогенетичним фактором, який впливає на перебіг захворювання. На основі клініко-катамнестичного, клініко-динамічного підходів отримано пріоритетні відомості про закономірності формування, типології та клінічної динаміки патохарактерологічних розладів на етапі становлення розладів особистості в умовах психічної травми сімейної етіології; вивчено патогенетичну роль психовегетативних розладів, психогеній сімейного походження на процес формування та перебіг патохарактерологічних розладів.

Цікавим видається твердження про те, що клінічні вегетативні прояви найчастіше є зумовленими активізацією однієї з вегетативних систем – симпатичної або парасимпатичної. У деяких випадках спостерігається не перевага однієї з систем, а «строкате» поєднання симптомів.

Розбалансованість центральної нервової системи призводить до вираженого дисбалансу вегетативних проявів, проте з'являються групи вегетативних симптомів, характерних для емоційно нестійкого типу розладу особистості та для істеричного варіанту, що надзвичайно важливо в терапевтичному процесі [2].

Власне клінічна динаміка особистісних розладів, спричинених сімейною дезадаптацією, може реалізовуватися за трьома рівнями:

– перший рівень – вплив «ядерної» родини (типи сімейного виховання, структура сім'ї, психологічні взаємини між батьками);

– другий рівень – вплив психогенії сімейного характеру на процес психічної дезадаптації та їхнє співвідношення з іншими видами психотравмуючих ситуацій;

– третій рівень – рівень сімейної адаптації у родинах.

Патологізація переживань, детермінована сімейною дезадаптацією, розкриває окремі механізми патологізації провини у батьків. У цілому, слід зазначити, що патологізація переживання провини стає можливою завдяки фундаментальній властивості родини, а саме: генетично-адаптивному характеру внутрішньо-сімейної взаємодії та виховання. Складність досліджуваного явища – моральної рани батьків дітей з ОМЗ та його соціо-клініко-психологічна спрямованість потребує визначення методології дослідження.

Відповідно до контенту та контексту феномену патологізації переживання провини, концептуальною основою її дослідження може стати психодинамічний підхід (М. Кляйн, Г. Салліван, С. Уварова, Т. Яценко), інструментальною основою – генетико-моделюючий метод (Л. Виготський, С. Максименко), феноменологічною – катамнестичний метод у практиці медичної психології та психотерапії.

Узагальнюючи теоретичні напрацювання ми прийшли висновку щодо складності сімейної зумовленості переживання провини батьками за рахунок ланки сформованих індивідуальних механізмів психологічного захисту, переходу на якісно інший рівень взаємодії саногенних і патогенних механізмів, концентрації свідомості на вузькому колі афективних переживань, що сприяє збереженню актуальності психотравмуючої ситуації народження дитини з ОМЗ та ФР і прогресуванню невротичної динаміки.

Переживання провини батьками дітей з ОМЗ доречно розглядати як психоемоційний стан, як рису особистості та моральне переживання в контексті її глибинно-психологічної детермінації, особливостей переживання сімейного добробуту та ставлення батьків до психосоціального статусу таких дітей.

Переживання провини варто розглядати в контексті моральної травматизації батьків, що описує моральне страждання від усвідомлення інвалідності дитини та феномен вторинного травмування через впевненість у провині перед дитиною (членами родини, суспільством тощо).

Уважаємо за доречне, запропонувати розуміння переживання моральної травматизації від провини через усвідомлення батьками моральної шкоди – моральних втрат, пов'язаних з моральними та фізичними стражданнями, обмеженнями, втратами, та моральних страждань – негативних переживань, які виявляються у вигляді страху, сорому, приниження, стан душевного болю, депресії й апатії. Тенденції та обесивні думки щодо компенсації та власне компульсивна компенсаторна поведінка виявляються основними ознаками моральної травматизації – травматизації від переживання провини.

Зазначимо, що неусвідомлювані детермінації провини батьків, можуть бути виявлені через екзистенціальні страждання й ірраціональні установки особистості. Архетипічна програма ірраціональної провини конститує у свідомості суб'єкта почуття ірраціональної відповідальності, що детермінує нераціональні моделі батьківської поведінки. Зумовлене суперечностями між програмами різних рівнів, моральне страждання в психічній реальності особистості виявляється постійно чинним центром занепокоєння, точкою концентрації уваги. Постійно присутнє в екзистенційному просторі особистості, воно стає передумовою зародження та центром формування феномена свідомого моралізаційного самозвинувачення.

### **Список використаних джерел**

1. Выготский Л.С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 2001. – 480 с.
2. Рахманов В.М., Завалко Ю.Н., Рахманов Р.В. Семейная психотерапия у родителей детей с ограниченными возможностями / В.М. Рахманов, Ю.Н. Завалко, Р.В. Рахманов // Сучасні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XII Платонівські читання). Матеріали науково-практичної конференції. – Харків, 2011. – С. 81-82.
3. Луковкина А.Н. Особенности детско-родительских отношений в семье с ребенком с отклонением в развитии / А.Н. Луковкина // Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. – Изд-во АНО «ИПП», 2011. – 215 с.
4. Трубавіна І.М. Консультування сім'ї. Науково-методичні матеріали. Частина I. / І.М. Трубавіна. – К.: ДЦССМ, 2003. – 88 с.

5. Нижник Л., Сагірова О. Допомога дітям з особливими потребами / Л. Нижник, О. Сагірова. – К.: Ред. загальнопед. газ., 2004. – 120 с.

6. Томчук С.М. Теоретичний аналіз проблеми адаптації дітей з особливими потребами до навчання в школі // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: зб. наукових праць № 1(3). – К.: Університет «Україна», 2004. – С. 339-342.

7. Царькова О.В. Почуття провини як компонент психологічного клімату у родині, де росте дитина з особливими потребами / О.В. Царькова // Наука і освіта. Науково-практичний журнал Південного наукового центру НАПН України. – Психологія і педагогіка. – 2015. – № 7/СХХХVI. – С. 115-120.

8. Царькова О.В. Особливості діагностики та корекції почуття провини у батьків, які виховують дітей з психофізіологічними вадами / О.В. Царькова // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки. – 2015. – Вип. 128. – С. 265-270.

9. Царькова О.В. Феномен почуття провини як глибинний аспект особистості батьків, які мають дітей з обмеженими можливостями / О.В. Царькова // Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Вип. 30. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2015. – С. 658-669.





**Олеся Олексіївна Прокоф'єва**

*м. Мелітополь*

*e-mail: prok.olesya@gmail.com*

**Вікторія Вікторівна Пономаренко**

*м. Мелітополь*

*e-mail: victoriapank2000@gmail.com*

**Ольга Анатоліївна Прокоф'єва**

*м. Мелітополь*

*e-mail: prokolga01@ukr.net*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМПАТИЧНО- ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ БАТЬКІВ УЧНІВСЬКОГО КОЛЕКТИВУ ДО ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я**

Запровадження та розповсюдження в освітньому просторі України процесу інклюзивного навчання дітей з обмеженими можливостями фізичного та/або психічного здоров'я є не лише реалізацією вимог часу, а й важливим кроком на шляху до забезпечення повної реалізації прав дітей з інвалідністю. Інклюзивна практика забезпечує доступ до здобуття освіти в загальноосвітньому закладі за місцем проживання та створення необхідних умов для успішного навчання всіх, без винятку, дітей, незалежно від індивідуальних особливостей, психічних і фізичних можливостей.

Цей процес можливий лише за умови засвоєння суспільством таких цінностей як толерантність та емпатія. Толерантність виявляється в готовності до сприйняття інших такими, які вони є, і взаємодії з ними на основі згоди, постає як важливий компонент життєвої позиції зрілої особистості, що має свої цінності та інтереси, і, водночас, з повагою ставиться до позиції та цінностей інших людей. Почуття емпатії безпосередньо впливає на якість життя осіб, які перебувають у соціумі.

Результати досліджень учених Л. Будяка, Л. Вавіної, Ю. Найди, Н. Софій та інших засвідчують, що розумовий, емоційний і соціальний розвиток дітей з обмеженими можливостями здоров'я (далі – ОМЗ) знаходиться у прямій залежності від позитивного ставлення до них, їх розуміння і прийняття вчителями, батьками та здоровими дітьми. Таке ставлення є однією із вихідних умов розв'язання проблем інклюзивного навчання, яке набуває все більшої значущості. Саме тому формування

культури толерантності є особливо актуальним.

За Т. Ліппсом і В. Бойко толерантність виявляється в прагненні людини досягти порозуміння з іншими, узгодити різні установки, мотиви, орієнтації, не вдаючись до насильства, придушення людської гідності. Проблема толерантності пов'язана з деструктивними діями, які є наслідком нетерпимого ставлення (інтолерантності). Дослідниця Н. Мельникова розглядає інтолерантність-нетерпимість як цілісний акт, що охоплює не лише ставлення, а й подальші дії. Це переважно припинення явища, іноді шляхом знищення його носія або ж, у більш м'якій формі, – відмова від контакту з ним (уникнення, відторгнення).

Представники іншого наукового напрямку, зокрема Т. Гаврилова, тлумачать емпатію як емоційний стан, що виникає у людини як реакція на переживання іншої особи, здатність перейматися емоційним станом іншої людини. Існуючі механізми емпатії дозволяють людям доброзичливо й невимушено поводити себе в суспільстві, стримувати негативні переживання, не демонструвати їх стороннім людям і допомагати тим, хто цього потребує.

Вивчення практичного стану проблеми інклюзії підтвердило нагальну необхідність спеціальної організації соціального середовища для залучення дітей з ОМЗ у спільну діяльність із здоровими однолітками в загальноосвітньому закладі. Одними з учасників навчально-виховного процесу є батьки учнівського колективу, які формують у своїх дітей сприймання світу та ставлення до інших. Практика засвідчує, що найбільш інтенсивно співпрацюють ті діти, батьки яких створили в родині сприятливий психологічний мікроклімат і стали для них прикладом доброзичливості та високої моральної культури. У свою чергу, важливим напрямом діяльності психолога є робота з батьками, спрямована на формування у них емпатично-толерантного ставлення до дітей з ОМЗ.

Головним завданням практичних психологів на початковому етапі впровадження інклюзивної освіти є підготовка позитивного психологічного поля для успішного залучення дітей з ОМЗ в освітній простір Нової української школи.

Розглянемо теоретичні основи дослідження емпатично-толерантного ставлення батьків учнівського колективу до дітей з обмеженими можливостями здоров'я. У вивченні феномену емпатії існує декілька основних підходів. Представники афективного напрямку емпатію визначають як емоційну реакцію, емоційну співучасть у переживаннях інших людей, як здатність долучитися до емоційного життя іншого, розділити його емоційний стан. Афективно-когнітивний напрям представлено в роботах А. Бодальова, П. Массена та інших вчених. Зокрема, А. Бодальовим емпатія тлумачиться як

здатність розуміти переживання іншої особистості та співпереживати їй у процесі міжособистісних стосунків [9]. У контексті когнітивного напрямку емпатія визначається як спосіб розуміння іншої людини, її почуттів, потреб, як інтелектуальна реконструкція внутрішнього світу, розуміння й оцінка відмінностей людей (В. Лабунська). У межах цього напрямку емпатія постає як здатність прогнозувати поведінку іншої людини, передбачати її реакцію та відповіді. Інтегративний підхід представлений у роботах В. Бойко, К. Роджерса, М. Пономарьової. На думку представників цього підходу емпатія, окрім когнітивного та афективного аспектів, містить й інші: дієвий, що виявляється в актах безкорисливої допомоги іншому; комунікативний, котрий дозволяє передавати партнеру розуміння його переживань [13]. Емпатія як емоційний відгук реалізується в елементарних (рефлекторних) та у вищих особистісних формах (співчуття, співпереживання) [14]. В екзистенціально-гуманістичній психології (К. Роджерс, Р. Мей) емпатія є одним з центральних понять. Як уважає Р. Мей, у стані емпатії виявляється розуміння, вплив й інші значущі аспекти людських стосунків [7]. На думку К. Роджерса, бути в стані емпатії означає сприймати внутрішній світ іншого точно, зі збереженням емоційних і смислових відтінків. При цьому, обов'язково повинен залишатися відтінок «начебто»: як ніби це я радію або засмучуюся. Якщо цей відтінок зникає, то виникає стан ідентифікації з емоційним станом іншої людини [12].

У свою чергу В. Бойко стверджує, що співучасть і співпереживання не сенс і не функція емпатії, а емоційні засоби досягнення якоїсь іншої мети. Потреба в емпатії виникає в тих випадках, коли треба виявити, зрозуміти, передбачити індивідуальні особливості іншого й потім вплинути на нього в потрібному напрямку. В такому сенсі емпатія – найцінніше знаряддя пізнання людської індивідуальності, а не просто здатність демонструвати співучасть і співпереживання [5].

Найтипівішими формами емпатії є співпереживання та співчуття. Співпереживання передбачає переживання індивідом тих самих почуттів, які відчуває інший, але це переживання звернене на себе. Індивід відчуває або те, що може статися з ним у майбутньому, або те, що вже пережив у минулому. Співчуття – це переживання негараздів іншого безвідносно до власного стану [15].

Механізм емпатії в певних рисах подібний до механізму ідентифікації: уміння поставити себе на місце іншого, поглянути на речі його очима. Проте, «поглянути на речі чиймись очима» не обов'язково означає ототожнити себе з цією людиною. В обох випадках ураховується поведінка іншої людини, але результат спільних дій буде різним: одна справа зрозуміти партнера зі

спілкування, сприйнявши його позицію, діючи відповідно до неї; інша – зрозуміти його, врахувати його точку зору, навіть співчувати йому, але діяти по-своєму. Емпатуючий уникає не лише негативних, а й позитивних суджень щодо емпатованого: він переживає світ емпатованого ніби свій власний, не враховуючи якості «нібито»; відчуває невпевненість іншої людини, або її страх, або роздратування так, наче це його власні переживання, але без власної невпевненості, страху чи роздратування [16].

Провідну роль у здійсненні емпатії відіграє підсвідомість. Унаслідок цього вона може відбуватися навіть тоді, коли людина й не підозрює про це. Як феномен особистісного контакту емпатія безпосередньо регулює взаємини людей і визначає моральні якості. В процесі емпатійної взаємодії формується система цінностей, яка надалі характеризує поведінку особистості стосовно інших людей.

Ступінь вияву емпатії та її форма (співчуття, співпереживання) залежать як від природних особливостей особистості, наприклад темпераменту й загальної чуттєвості, так і від умов виховання людини, її емоційного досвіду. Емпатія виникає і формується при взаємодії, спілкуванні. В основі цього процесу лежить механізм усвідомленої чи неусвідомленої ідентифікації [17].

Розрізняють такі форми емпатії: емоційна (заснована на механізмах корекції та наслідування моторних й афективних реакцій іншої людини); когнітивна (сформована внаслідок інтелектуальних процесів) та предикативна (виявляється як здатність передбачати афективні реакції іншої людини в конкретних ситуаціях). Виокремлюють також і поведінкову (дієву) емпатію, яка зазвичай характерна для стосунків з близькими людьми й визначає моральну сутність людини [18].

Встановлено, що емпатична здатність зростає з набуттям життєвого досвіду, а також краще реалізується при подібності поведінки й емоційних реакцій суб'єктів. Суб'єкт здатний розуміти зміст переживань інших, оскільки й сам колись переживав такі емоційні стани. Але якщо людина ніколи не відчувала подібних станів, то їй буде важче досягнути їх зміст [19].

Толерантність позначає доброзичливе й терпиме ставлення до чогось. Основою толерантності є відкритість думки та спілкування, особиста свобода індивіда й визнання прав і свобод іншої людини. Вона визначає активну позицію людини, а не пасивно терпиме ставлення до навколишніх подій: толерантна людина не повинна бути терпима до всього. Те, що порушує загальнолюдську мораль, не повинно сприйматись толерантно.

Дослідженням проблематики толерантності займалися такі науковці, як С. Братченко, Н. Капустіна, Н. Круглова, В. Лекторський, К. Уейн. Згідно з

твердженнями К. Уейна [24], толерантність – це не просто визнання та повага переконань і дій інших людей, а й визнання та повага самих людей, які відрізняються від нас.

У науковому обігу термін «толерантність» розуміється як визнання за іншими права на повагу їх особистості та самоідентичності; як готовність до прийняття інших поглядів, право на відмінність, несхожість; як терпимість щодо поглядів, звичаїв, думок інших (особистостей, груп, суспільств, держав). У психології толерантність зазвичай визначається з позицій індивідуально-психологічних особливостей особистості, зокрема відсутності або ослаблення реакції на будь-який несприятливий фактор у результаті зниження чутливості до його впливу. Наприклад, толерантність до тривоги виявляється у підвищенні порогу емоційного реагування на загрозову ситуацію, а ззовні – як витримка, самовладання та здатність довгостроково витримувати несприятливі дії без зниження адаптивних можливостей.

С. Братченко виокремлює п'ять психологічних підходів до розгляду толерантності: гуманістичний (толерантність – вияв свідомого, осмисленого та відповідального вибору людини, її власної позиції), диверсифікаційний (зміст толерантності є багатокомпонентним феноменом), особистісний (психологічною основою толерантності є цінності, сенс й особистісні установки), діалогічний (основою є міжособистісна толерантність, міжособистісний діалог), фасилітативний (толерантність динамічна, тому необхідно створити умови для її розвитку) [20].

У структурі толерантності вирізняють раціонально-логічний та емоційно-чуттєвий компоненти [25]. Когнітивний компонент толерантності тлумачать як розуміння особистістю складності, багатоманітності, неосяжності дійсності. Емоційний передбачає розвиток в особистості емоційної спрямованості на іншу людину, почуттів емпатії у відносинах з оточуючими, здатності до співчуття й співпереживання. Розвиток афективної толерантності допомагає людині краще розуміти як власні емоційні явища, так і переживання інших, маючи на них позитивну установку. Поведінковий компонент толерантності найчастіше виступає об'єктом діагностики й розвитку. До нього долучаються вміння, навички, здатності, які дозволяють функціонувати плюралізму думок, оцінок, емоцій у людській спільноті. Відтак, важливими є здатність висловлювати й відстоювати власні позиції, спроможність уважно та неупереджено ставитись до міркувань інших, узгоджувати різні позиції між собою.

Вирізняють кілька рівнів толерантності [26]. На першому вона виявляється як терпимість, особистість стримує негативне реагування на морально значущий фактор, відмовляється від насилля. Другий рівень –

готовність до взаєморозуміння і розуміння інших на основі загальнолюдських цінностей, а також визнання за кожним права на власну думку. Третій – це рівень критичного діалогу й розширення власного досвіду за рахунок критичного осмислення різних позицій.

Толерантність у багатьох випадках допомагає запобігти конфліктові або спрямовує його розвиток до конструктивного вирішення при врахуванні інтересів обох сторін. Слід також наголосити на ролі афективної та фрустраційної толерантності у подоланні бурхливих емоційних станів, характерних для міжособистісного конфлікту.

А. Зімбулі розрізняє такі варіанти «несправжньої толерантності»: квазітерпимість – мотивами її зовнішнього вияву є користь, конформізм, самореклама, лібералізм, віра у невідворотність подій; псевдотерпимість – свідомо гра «у толерантність» з мотивами вигоди, випадки свідомого введення в оману; «негативна» терпимість – терпимість «на показ», злісне невтручання з мотивами помсти [27].

Попередні дослідження психологів, проведені з використанням методів анкетування й інтерв'ю, виявили проблему щодо ставлення батьків до дітей з ОМЗ [2]. У зв'язку з цим, батьків учнівського колективу можна розподілити за двома групами: 1) ті, що мають позитивне ставлення до інтеграції; 2) ті, що мають негативне ставлення до інтеграції. Батьки здорових однолітків побоюються, насамперед, зниження якості освіти своїх дітей, а також можливої психологічної напруженості у стосунках між учасниками освітнього процесу [3].

Проблеми освіти дітей з ОМЗ у різних типах закладів вивчали Л. Гречко, Н. Назарова та ін. [29]. Об'єктом досліджень були принципи, переваги та недоліки різних підходів до організації освітнього процесу, особливості реалізації варіантів навчання дітей відповідно до виду дизонтогенезу, динаміка змін освіти та її інноваційні тенденції тощо. Аналіз теоретичних джерел дозволяє зробити висновок, що соціальна ситуація розвитку цієї категорії дітей в умовах різних типів закладів відрізняється, але першочергово залежить від ставлення до них як до: хворих (відповідно до цієї моделі особи з психофізичними вадами є хворими й потребують лікування, таке ставлення обмежує можливості дітей), недолудей (особа з психофізичними вадами розглядається як неповноцінна, внаслідок чого пропагується штучне обмеження її взаємодії з іншими), загрози суспільству (деякі категорії осіб з психофізичними порушеннями вважаються загрозою для суспільства, тому пропонується їх ізолювати), об'єкта жалю (у межах цієї моделі до аномальної дитини ставляться як до маленької, опікуються нею, створюються комфортні умови, задовольняють усі потреби з обмеженням

самостійності самої дитини), об'єкта обтяжливої благодійності (витрати на утримання дитини з ОМЗ мають бути обов'язком суспільства), розвитку (дитина з ОМЗ має ті ж права й обов'язки, що й здорова дитина, їй слід створювати умови для розвитку й самостійної адаптації в суспільстві) [30].

Стереотипи, страхи, заборони, сором, відсутність знань, неправдива інформація – все це сприяє розвитку негативного ставлення до дітей з обмеженими можливостями здоров'я, а особливо до дітей з інвалідністю. Подібне ставлення присутнє на всіх рівнях: у батьків, учителів, у школах, у держслужбовців, і навіть у самих дітей з ОМЗ. Поява статей у газетах, журналах, телепередачі про таких людей, їх інтереси та проблеми, можливості самореалізації нещодавно були рідкістю.

Однією з умов, яка забезпечує ефективність інклюзивної освіти, є формування міжособистісних взаємин дітей з ОМЗ зі здоровими однолітками в інклюзивному закладі. Суттєвим аспектом цієї проблеми є пошук шляхів і механізмів подолання перешкод у процесі взаємодії цих учнів з класом. Індивідуальні особливості психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами, стереотипи та неготовність педагогів, здорових школярів і учнів з ОМЗ, батьків обох категорій дітей зумовлюють значні труднощі в процесі формування системи соціальних взаємин учнів інклюзивного класу. Дуже важливо, щоб батьки добре усвідомлювали цільові установки виховання, в основі яких лежить необхідність громадського формування особистості, та звертали увагу не тільки на навчальну роботу дітей, а й на фізичне, моральне й естетичне виховання [32].

На думку дослідника В. Бондара, дискусійним залишається питання: чи готова загальноосвітня школа прийняти дитину з особливостями розвитку до загальноучнівського колективу, психологічно об'єднати різні групи дітей у навчально-виховному процесі, визначити та реалізувати індивідуальні цілі, що відповідають їх потребам і можливостям; як в умовах спільного навчання учнів з різними пізнавальними можливостями у процесі групової діяльності та їх соціалізації створити умови для надання комплексної психологічної, педагогічної, соціальної підтримки [цит. за 32].

Існуючі дослідження засвідчують, що у формуванні емпатії вирізняються етапи, тісно пов'язані з розвитком особистості людини в цілому, але найбільше з системою ціннісних орієнтацій. Ступінь суб'єктивної значимості цієї системи для особистості, інших людей і для власного «Я» завжди впливає на всі характеристики притаманної їй емпатії [33].

Взаєморозуміння є внутрішнім підґрунтям і метою спілкування. Процес розуміння та пізнання іншої людини – складне явище, у якому простежуються два рівні. На першому відбувається усвідомлення цілей,

мотивів, установок іншої людини. Другий рівень характеризується здатністю прийняти мотиви, цілі, установки іншої людини за свої власні. Цей рівень, як правило, відсутній у дітей і є результатом пізнішого онтогенетичного розвитку людини, хоча не всі дорослі здатні розуміти інших на цьому рівні. Спричиняє це явище механізм егоцентризму. Отже, другий рівень взаєморозуміння передбачає, що кожен з партнерів взаємодії враховує не тільки власні потреби, мотиви, цінності, а й відповідні запити іншого. Це відбувається за допомогою таких механізмів взаєморозуміння як ідентифікація, рефлексія, а особливо емпатія [34].

Основною формою відображення людиною оточуючої дійсності є ставлення. У своїй роботі ми розглядаємо толерантність як особливе ставлення. Психічно ставлення постає як система індивідуальних, виборчих, усвідомлених чи неусвідомлених зв'язків індивіда з різними чинниками об'єктивної дійсності, наповнених оцінками цих факторів. У цьому ставленні висловлюється активна позиція індивіда, визначаючи характер як окремих його вчинків, так і напрям усієї його діяльності. Отже, ставлення – це зв'язок, що містить у собі оцінку.

У процесі розвитку суспільства негативне ставлення до людей з ОМЗ формувалося поступово, як захисна реакція самозбереження нації або народності. Люди з тими чи іншими психофізичними вадами викликали й продовжують спричинювати особливе й не завжди адекватне ставлення. У громадській свідомості існує безліч міфів, пов'язаних з природою та причинами відхилень у розвитку, спадковою схильністю до захворювання тощо. Забобони є складовою нашої соціальної структури та спроби позбутися їх можуть викликати глибокий внутрішній опір [35, с. 35].

Однією з найпоширеніших стереотипних думок щодо осіб з ОМЗ є уявлення про них як про хворих, залежних, неповноцінних. Так, будь-яка вада у розумінні більшості ставить індивіда в позицію нещасної, обмеженої людини, нездатної зростати професійно, робити кар'єру, створити сім'ю, виховувати дітей. У свою чергу, ця суспільна установка викликає в осіб з ОМЗ почуття психологічного дискомфорту, неповноцінності, ізольованості, нерозуміння. Величезний вплив на суспільну свідомість чинить сприйняття людини з ОМЗ як даремного члена соціуму, нездатного реалізувати себе в громадському й особистому житті. Така позиція не тільки не гуманна, а й небезпечна, оскільки руйнує підвалини людського співіснування. Спроби поділяти людей на «потрібних» і «непотрібних» гріховні за своє сутність, бо їх реалізація породжує свавілля, що призводить до деградації суспільства [36].

Образ дитини з обмеженими можливостями здоров'я і пов'язаний з



цим ступінь невідповідності звичайній дитині, багато в чому визначається загальними цінностями й установками суспільства. Індивідуальні особливості психофізичного розвитку дітей з особливими потребами, стереотипи та неготовність педагогів, здорових школярів й учнів з ОМЗ, батьків обох категорій дітей зумовлюють значні труднощі у процесі формування системи соціальних взаємин учнів інклюзивного класу [37].

На нашу думку, основними психологічними складовими толерантності є: середній рівень тривожності, низький рівень агресивності й ворожості, помірний рівень психічної ригідності, емоційна стійкість, високий рівень емпатії, довіра, відкритість, прийняття себе та прийняття інших. Знаходження специфічних зв'язків між толерантністю та відповідними, визначеними вимірами, рівнями, формами й видами емпатії надає можливість зберегти своєрідність, цілісність і складність феномена. Так, співпереживання при елементарній емпатії може бути чинником толерантної поведінки при наявності соціального контролю. У цьому випадку можемо говорити про ситуативну толерантність. За умови відсутності соціального контролю особистість виявлятиме індиферентне або ж егоцентричне емпатійне ставлення, що зумовить її інтолерантність. На рівні консонансної особистісно-сислової емпатії, в основі якої функціонують рефлексивні та децентраційні процеси, суб'єкт адекватно відтворює внутрішній світ, переживання іншого, приймає його таким, яким він є, переживає з приводу його почуттів. У цьому контексті можемо говорити про смислову толерантність.

На констатувальному етапі нашого дослідження рівень толерантності визначався за такими методиками: тест комунікативної толерантності В. Бойко; експрес-опитувальник «Індекс толерантності» Г. Солдатова, О. Кравцова, О. Хухлаєв, Л. Шайгерова [38] Рівень емпатії – за методикою діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойко [5], «Шкалою емоційного відгуку» (BEES) А. Меграбяна, Н. Епштейна. Реальна ситуація щодо проблеми ставлення до дітей з ОМЗ та інклюзивної освіти вивчалась за «Анкетою для батьків», розробленою Запорізьким обласним інститутом післядипломної педагогічної освіти [39].

Дослідження проводилось впродовж 2018-2019 рр. на базі загальноосвітнього навчального закладу Охримівська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів Якимівського району Запорізької області, з батьками дітей обох категорій в інклюзивному та звичайному початкових класах. Всього до експерименту було залучено 42 опитуваних, із них 22 батьків, діти яких навчаються в інклюзивному класі, 20 – у звичайному класі.

Загальний рівень толерантності батьків визначався за допомогою

методики «Тест комунікативної толерантності» В. Бойко. У звичайному класі 60 % батьків продемонстрували середній ступінь толерантності, а 40 % – низький. В інклюзивному класі 55 % батьків мають високий ступінь толерантності, а 45 % – середній, що свідчить про вищий рівень толерантності в порівнянні з батьками у звичайному класі.

З метою дослідження особливостей толерантності варто детальніше зупинитися на аналізі окремих шкал методики. Батьки у звичайному класі найбільш нетерпимі за шкалами «Використання себе як еталона при оцінці поведінки та способу думок інших людей» і «Невміння приховувати або згладжувати неприємні відчуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів», найбільш толерантні за шкалами «Прагнення переробити, перевиховати партнерів» і «Невміння прощати іншим помилки, ніяковість, ненавмисно завдані вам неприємності». Це свідчить про те, що таким людям важко сприймати інших, оскільки вони формують своє ставлення до них з використанням себе як еталона та не вміють приховувати свої неприємні відчуття при зіткненні з нетиповими особистостями. Така ситуація зумовлює інтолерантне ставлення батьків до дітей з психофізичними порушеннями.

Батьки в інклюзивному класі найбільш нетерпимі за шкалами «Категоричність чи консерватизм в оцінках інших людей» і «Невміння приховувати або згладжувати неприємні відчуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів», найбільш толерантні за шкалами «Прагнення переробити, перевиховати партнерів» і «Невміння пристосовуватися до характеру, звичок і бажань інших». Це означає, що для них переважно характерними є категоричність і консерватизм при оцінці інших людей, невміння приховувати свої неприємні відчуття при зіткненні з нетиповими особистостями. Таким чином, проблеми у формуванні оцінки іншої особистості присутні в обох групах, проте батьки в інклюзивному класі толерантніші та здатні пристосовуватися до соціуму.

Наступною методикою визначення рівня толерантності був експрес-опитувальник «Індекс толерантності» Г. Солдатова, О. Кравцова, О. Хухлаєва, Л. Шайгерова. Кількісний аналіз толерантності батьків засвідчив такі результати. У звичайному класі батьки мають середній рівень толерантності (70 %), для цих респондентів характерне поєднання як толерантних, так і інтолерантних рис. В одних соціальних ситуаціях вони поведуть себе толерантно, в інших – можуть виявляти інтолерантність. Низький рівень толерантності мають 30 % опитаних. Такі результати свідчать про високу інтолерантність людини та наявність у неї виражених інтолерантних установок щодо навколишнього світу й людей. В

інклюзивному класі 18 % батьків мають високий рівень толерантності, а 82 % – середній. Для якісного аналізу аспектів толерантності нами використано поділ на субшкали: етнічна толерантність, соціальна толерантність, толерантність як риса особистості. Батьки в звичайному класі мають найнижчі показники за субшкалою «Толерантність як риса особистості». Це свідчить про необхідність корекції установок і переконань, які здебільшого визначають ставлення до оточуючого світу. В інклюзивному класі за субшкалою «Етнічна толерантність» високий рівень мають 36 %, середній – 46 %, низький рівень (інтолерантність) – 18 % батьків. За субшкалою «Соціальна толерантність» середній рівень мають 100 % батьків, за субшкалою «Толерантність як риса особистості» високий рівень мають 18 %, середній – 82 % батьків. У звичайному класі за субшкалами «Етнічна толерантність» і «Соціальна толерантність» середній рівень мають по 100 % батьків, за субшкалою «Толерантність як риса особистості» середній рівень мають 70 %, низький – 30 % респондентів. Таким чином, рівень толерантності у батьків інклюзивного класу знаходиться в межах норми, вони можуть співпрацювати та приймати допомогу щодо формування толерантного ставлення за всіма субшкалами. Батьки у звичайному класі продемонструвати порівняно нижчі показники та потребують додаткової роботи з формування толерантності особистості.

З метою виявлення здатності батьків співпереживати разом зі своїми дітьми, розуміти їх психологічний стан ми скористались методикою діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойко. Високий рівень емпатії не діагностувався у батьків обох категорій. Середній її рівень відсутній у звичайному класі, а в інклюзивному становить 18 % (ці батьки вибірково, залежно від ситуації, здатні до емпатійних виявів у міжособистісних відносинах, однак намагаються тримати їх під жорстким самоконтролем). Знижений рівень емпатії в інклюзивному класі діагностувався у 55 % батьків, у звичайному класі – у 70 %. Ці респонденти можуть мати труднощі щодо глибокого розуміння емоційних станів інших людей та адекватного реагування на них. Цілком вірогідно, що справжні емоційні переживання інших можуть виявитися несподіваними для них. Дуже низький рівень емпатії в інклюзивному класі мають 27 % батьків, у звичайному – 30 %. Ця частка опитаних може зазнавати труднощі при встановленні емоційного контакту з іншими людьми.

Задля детального аналізу емпатійних здібностей батьків розглянемо, які параметри емпатії переважають у групах. Раціональний канал емпатії в інклюзивному класі вищий, ніж у звичайному. Він характеризує спрямованість уваги, сприйняття та мислення емпатуючого на спонтанний

інтерес до іншої людини, який відкриває «шлюзи» емоційного й інтуїтивного її відображення. Емоційний канал емпатії в інклюзивному класі також вищий за звичайний. Цей канал фіксує здатність емпатуючого входити до емоційного резонансу з оточуючими, допомагає зрозуміти внутрішній світ іншої людини, прогнозувати її поведінку й ефективно працює тільки за умови енергетичного підстроювання. Співучасть і співпереживання виконують роль зв'язківця, провідника від емпатуючого до емпатованого й навпаки. Інтуїтивний канал емпатії в інклюзивному класі нижчий, ніж у звичайному. Цей критерій свідчить про те, що батьки у звичайному класі здатні бачити поведінку партнерів, діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про них, спираючись на досвід підсвідомості. На рівні інтуїції узагальнюються різноманітні дані про партнерів. Інтуїція, з огляду на це, менше залежить від оцінювальних стереотипів, ніж усвідомлене сприйняття партнерів. Установки, які сприяють чи перешкоджають емпатії в інклюзивному класі вищі, ніж у звичайному. Такі установки відповідно полегшують чи, навпаки, ускладнюють дію всіх емпатичних каналів. Ефективність емпатії знижується, якщо людина намагається уникнути особистих контактів, вважає недоречним вияв цікавості до іншої особистості, переконує себе спокійно ставитися до переживань і проблем оточуючих. Таке розумове налаштування різко обмежує діапазон емоційної чутливості й емпатичного сприйняття. А ось різноманітні канали емпатії навпаки, діють активніше і надійніше, якщо з боку установок особистості немає перешкод. Проникаюча здатність емпатії в інклюзивному класі вища, ніж у звичайному. Цей критерій вказує на те, що батьки в інклюзивному класі на середньому рівні володіють комунікативними навичками, які дають змогу створювати атмосферу відкритості, сердечності, щирості. Розслаблення партнера сприяє емпатії, а атмосфера напруженості, штучності, підозри перешкоджає емпатичному розумінню. Рівень ідентифікації в інклюзивному класі нижчий, ніж у звичайному. Цей критерій демонструє, що батьки у звичайному класі більш здатні зрозуміти іншого на основі співпереживань, поставити себе на місце партнера. В основі ідентифікації – легкість, рухливість і гнучкість емоцій, здатність до наслідувань.

Проаналізувавши всі параметри емпатії за методикою діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойко, можемо зробити такі висновки: у батьків в інклюзивному класі переважають раціональний і емоційний канал емпатії, установки, які сприяють чи перешкоджають емпатії та проникаюча здатність до емпатії; у звичайному класі домінує інтуїтивний канал емпатії, установки, які сприяють чи перешкоджають емпатії та ідентифікація; батьки обох категорій переважно мають знижений рівень емпатії, що заважає їм співпереживати та зрозуміти дітей з ОМЗ.

Ще однією методикою для дослідження емпатії є «Шкала емоційного відгуку». Виходячи з результатів дослідження з її використанням, наголосимо на наступному: низький та дуже низький рівні здатності до емпатії не діагностувалися у батьків обох категорій; дуже високий рівень в інклюзивному класі складає незначний відсоток – 18 %, а у звичайному – 10 %. Високі показники щодо здатності до емпатії перебувають у зворотному зв'язку з агресивністю і схильністю до насильства; високо корелюють з поступливістю, готовністю прощати інших (але не себе), готовністю виконувати рутинну роботу. Вміння співпереживати іншим людям – цінна якість, однак при її гіпертрофії може формуватися емоційна залежність від інших людей, хвороблива уразливість, що ускладнює ефективну соціалізацію і навіть призводити до різних психосоматичних захворювань. Високий рівень здатності до емпатії в інклюзивному класі діагностувався у 64 % батьків, у звичайному – у 60 %. Люди з високими показниками за шкалою емоційного відгуку порівняно з тими, у кого вони низькі, частіше реагують на емоційні стимули зміною шкірної провідності та прискореним серцебиттям; є більш емоційними, частіше плачуть; як правило, мали батьків, які проводили з ними багато часу, яскраво виявляли свої емоції та говорили про свої почуття; демонструють альтруїзм у реальних вчинках, схильні надавати людям допомогу; демонструють афіліативну поведінку; менш агресивні; оцінюють позитивні соціальні риси як важливі. Середній рівень здатності до емпатії у звичайному класі становив 30 %, а в інклюзивному – 18 %. Люди з середнім рівнем розвитку емпатії в міжособистісних відносинах більш схильні оцінювати інших за вчинками, ніж довіряти своїм особистим враженням. Як правило, вони добре контролюють власні емоційні прояви, але при цьому часто не можуть прогнозувати розвиток відносин між людьми.

Розглядаючи результати методики «Шкала емоційного відгуку», зробимо висновок: батьки обох категорій мають досить високі середні бали, порівняно з методикою діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойко. Вибір неефективних поведінкових стратегій може бути наслідком особистісних особливостей людини або свідчить про незнання нею ефективних форм участі в житті інших. Для розвитку емпатичних здібностей потрібно вдосконалювати комунікативні навички, особливо вміння слухати іншого, перефразувати, відтворювати й віддзеркалювати емоції.

Прикінцевою в нашому дослідженні була «Анкета для батьків», розроблена Запорізьким обласним інститутом післядипломної педагогічної освіти (ЗОІППО). Розглянемо відповіді на питання стосовно ставлення батьків обох класів до дітей з психофізичними порушеннями та їхнього спільного навчання зі здоровими однолітками.

На запитання «Чи є для Вас актуальною проблема освіти для дітей з особливими освітніми потребами (ООП)?» батьки відповіли наступне: «Ні, такої проблеми не існує» (18 % в інклюзивному класі, 50 % у звичайному); «Важко відповісти/не знаю» (46 % в інклюзивному класі, 30 % у звичайному); «Так, існує проблема ставлення до дітей з особливими потребами» (36 % в інклюзивному класі, 20 % у звичайному). Таким чином, батьки інклюзивного класу виявилися більш небайдужими до проблем дітей з ОМЗ, ніж батьки у звичайному.

Відповіді на запитання «Як Ви ставитеся до навчання у класах загальноосвітніх навчальних закладах дітей з особливими освітніми потребами?» були такими: «Мені все одно» (9 % батьків в інклюзивному класі, 40 % у звичайному); «Позитивно, спільне навчання корисне для всіх дітей» (64 % в інклюзивному класі, 30 % у звичайному); «Позитивно, такий досвід корисний для особливих дітей» (27 % в інклюзивному класі, жоден із батьків у звичайному класі так не вважає); «Негативно, таке навчання гальмує навчальний процес» (30 % у звичайному класі, жоден із батьків в інклюзивному класі так не вважає). На основі отриманих відповідей зробимо висновок, що батьки інклюзивного класу виявилися більш толерантними щодо спільного навчання дітей обох категорій, ніж батьки у звичайному класі.

Міркуючи над запитанням «Що негативне Ви спостерігаєте при спільному навчанні з дітьми з ООП у Вашому класі?», батьки наголосили на наступному: «Не знаходжу негативних наслідків» (91 % в інклюзивному класі, 40 % у звичайному); «Особливі діти є мішенню для глузування однолітків» (9 % в інклюзивному класі, 20 % у звичайному); «Особливі діти не можуть впоратися з навчальною програмою» (30 % у звичайному класі, жоден із батьків в інклюзивному так не вважає); «Особливі діти не мають друзів в класі» (10 % у звичайному класі, жоден із батьків в інклюзивному класі так не вважає). Результати опитування свідчать про те, що батьки інклюзивного класу виявилися позитивніше налаштованими щодо спільного навчання дітей обох категорій, ніж батьки у звичайному класі:

Відповідаючи на запитання «Які позитивні сторони Ви бачите при спільному навчанні з дітьми з ООП у Вашому класі?» батьки зазначили: «Спільне навчання дозволяє особливим дітям здобути якісну освіту» (9 % в інклюзивному класі, 10 % у звичайному); «Спільне навчання не відриває особливу дитину від свого оточення» (27 % в інклюзивному класі, жоден із батьків у звичайному класі так не вважає); «Спільне навчання готує суспільство до прийняття особливих людей» (55 % в інклюзивному класі, 20 % у звичайному); «У всіх дітей формується бажання допомогти

слабшому» (9 % в інклюзивному класі, 20 % у звичайному); «Не бачу позитивного впливу» (50 % у звичайному класі, жоден із батьків в інклюзивному класі так не вважає). Таким чином, батьки інклюзивного класу виявилися позитивно налаштованими й толерантними щодо спільного навчання дітей обох категорій, ніж батьки у звичайному класі:

На запитання «У школі якого типу Ви вважаєте доцільним навчання дитини з ООП?» маємо такі відповіді батьків: «У загальноосвітній школі» (27 % в інклюзивному класі, 40 % у звичайному); «У загальноосвітній школі, де створено спеціальні умови для особливих дітей» (73 % в інклюзивному класі, 10 % у звичайному); «У спеціальній школі» (30 % у звичайному класі, жоден із батьків в інклюзивному класі так не вважає); «За індивідуальною формою навчання» (20 % у звичайному, жоден із батьків в інклюзивному класі так не вважає). З огляду на результати опитування, зазначимо, що батьки інклюзивного класу виявилися більш емпатичними й толерантними в питанні навчання дітей з особливими потребами, ніж батьки у звичайному класі.

У процесі дослідження нами визначено, що значущим фактором, який тісно взаємопов'язаний з високим рівнем психологічних бар'єрів при формуванні емпатично-толерантного ставлення батьків до дітей з ОМЗ є недостатньо розвинена здатність до емпатії та толерантності батьків у звичайному класі. Рівень толерантності у батьків в інклюзивному класі знаходиться на достатньому рівні для ефективного спілкування в умовах інклюзивної освіти, проте спостерігаються такі негативні тенденції в параметрах емпатії як «Інтуїтивний канал емпатії» та «Ідентифікація».

У зв'язку з цим, можемо зробити висновок, що батьки як у звичайному класі (здебільшого), так і в інклюзивному класі потребують корекційної роботи задля формування здатності до емпатії й толерантності, підвищення рівня інформованості щодо особливостей дітей з ОМЗ та досвіду взаємодії з ними.

Психологічний супровід передбачає цілеспрямовану, розумно сплановану роботу з усіма категоріями учасників навчально-виховного процесу – учителями, учнями, батьками, громадськістю з питань дотриманням принципу наступності за основними напрямками: діагностична робота; профілактична та просвітницька діяльність; корекційно-відновлювальна та розвивальна робота; консультаційна робота; організаційно-методична діяльність [40].

Головним об'єктом корекції у програмі є сфера свідомості, самосвідомості батьків, система сприйняття дітей і відносин із ними, а також реальні форми взаємодії в суспільстві. Аудиторія учасників охоплювала

батьків дітей з нормативним психофізичним розвитком, які навчаються в загальноосвітніх закладах з інклюзивною освітою. Найбільш оптимальною була група учасників, що налічувала від 8 до 12 осіб.

Проаналізуємо результати застосування програми «Формування емпатично-толерантного ставлення батьків учнівського колективу до дітей з ОМЗ», виходячи з критеріїв ефективності діяльності практичного психолога (соціального педагога).

Головними завданнями практичного психолога при формуванні емпатично-толерантного ставлення батьків учнівського колективу до дітей з ОМЗ є формування: адекватних психологічних установок у ставленні до дітей; ставлення до дитини, як до людини з потенціалом; прийняття дитини такою, яка вона є. Це можливо лише з урахуванням наявності в батьків сформованої системи емпатично-толерантного ставлення до дітей з ОМЗ і відносин з ними за допомогою невербальної та міжособистісної комунікації.

Повторний психодіагностичний зріз, після реалізації програми формування емпатично-толерантного ставлення батьків учнівського колективу до дітей з ОМЗ, виявив в експериментальній групі позитивну динаміку. Методика діагностики рівня емпатичних здібностей за шкалами В. Бойко засвідчила, що показник «Несприйняття або нерозуміння індивідуальності іншої людини» покращився на 24,2 %, «Використання себе як еталона при оцінці поведінки та способу думок інших людей» – на 24 %, «Категоричність чи консерватизм в оцінках інших людей» – на 11,4 %, «Невміння приховувати або згладжувати неприємні відчуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів» – на 10,2 %, «Прагнення переробити, перевиховати партнерів» – на 21,2 %, «Невміння прощати іншим помилки, ніяковість, ненавмисно завдані вам неприємності» – на 10,4 %, «Нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту, створюваного іншими людьми» – на 53 %, «Невміння пристосовуватися до характеру, звичок і бажань інших» – на 30,5 %. Загальний показник зріс на 23,5 %. Найбільший прогрес спостерігається в зменшенні нетерпимості до фізичного або психічного дискомфорту, створюваного іншими людьми, найменший – у невмінні приховувати або згладжувати неприємні відчуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів. Це свідчить про те, що проблеми при формуванні оцінки іншої особистості ще присутні.

За методикою «Індекс толерантності» батьки експериментальної групи після повторного діагностування продемонстрували такі результати за субшкалами: «Етнічна толерантність» показник підвищився на 17,6 %, «Соціальна толерантність» – на 10,3 %, «Толерантність як риса особистості» – на 24,3 %. Загальний середній бал зріс на 24,3 %. У межах цієї методики



також спостерігається позитивна динаміка, особливо за субшкалою «Толерантність як риса особистості», що охоплює важливі особистісні риси, установки та переконання, які здебільшого визначають ставлення людини до навколишнього світу. Покращення показників помітне й у параметрах емпатії «Раціональний канал емпатії» – на 16 %, «Емоційний канал емпатії» – на 19 %, «Інтуїтивний канал емпатії» – на 10 %, «Установки, які сприяють чи перешкоджають емпатії» – на 20 %, «Проникаюча здатність емпатії» – на 45 %, «Ідентифікація» - на 20 %. Загальний показник підвищився на 21,6 %. Найкращі результати за параметром «Проникаюча здатність емпатії».

Що ж стосується результатів контрольного діагностування «Анкети для батьків», то ставлення до інклюзивної освіти суттєво не змінилось. Можливо, це пов'язано з відсутністю практичного досвіду спілкування батьків та їх дітей з дітьми з ОМЗ.

Таким чином, можемо констатувати, що найефективнішими методами формування емпатично-толерантного ставлення шкільного колективу батьків у спілкуванні з дітьми з ОМЗ є: використання психокорекційних технік, які сприяють розширенню й усвідомленню емоційно-чуттєвого досвіду людини (до них належать ігри та вправи, що стимулюють розвиток механізму емпатії); когнітивно-консультаційна терапія, яка змінює самосприйняття й установки людини; застосування методу психодрами (метод розглядається як соціально-психологічний театр, у якому відпрацьовують уміння відчувати ситуацію в колективі, оцінювати та змінювати стан людини, уміння увійти в контакт з людиною, відмінною від себе; вона ефективна для батьків, бо в грі вони відтворюють образ іншого, повертаються у свою роль, посилюють і конкретизують деякі характеристики іншого, намагаються показати індивідуальні відмінності та «програють» конфліктні ситуації); методики для розвитку гуманітарної спрямованості особистості через художнє пізнання (успішний розвиток емпатії й емпатійної поведінки можливий через художню літературу, музику, малювання, театральне мистецтво та інші засоби впливу на внутрішній світ людини; можна дивитися художні та документальні фільми про людей з ОМЗ, «слухати» музику для людей з порушеннями зору, ходити на вистави, у яких грають особи з обмеженими можливостями здоров'я; ці дії будуть не тільки сприяти розвитку емпатії, а й збагатять знаннями про таких людей).

Для просвітницької діяльності доцільно: визначити, що саме батьки знають про дітей з ОМЗ; розвивати їхній рівень соціально-психологічних знань про проблеми, особливості, можливості, і життя в цілому, людей з ОМЗ через інтерактивні методи навчання (показ відеофільмів, про які згадувалося вище; моделювання ситуацій, характерних для різних форм інвалідності;

організація дискусій на проблемні теми; вирішення кейсів); розвінчування стереотипів про дітей з ОМЗ.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблені напрями взаємодії практичного психолога з батьками учнівського колективу можуть використовувати психологи, учителі початкових класів, соціальні педагоги та здобувачі вищої освіти зі спеціальності психологія.

### Список використаних джерел

1. Будяк Л.В. Нормативно-правове забезпечення інклюзивної освіти: аналіз міжнародних документів і законодавства України [Електронний ресурс] / Л.В. Будяк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – 2010. – Режим доступу: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=AS P\\_meta&C21COM=S&2\\_S21P03=FILE=&2\\_S21STR=apnvlop\\_2010\\_7\\_28](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=AS P_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILE=&2_S21STR=apnvlop_2010_7_28).

2. Вавіна Л.С. Основні фактори активізація мовленнєвого розвитку дошкільників з порушеннями зору [Електронний ресурс] / Л.С. Вавіна // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2014. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ooop\\_2014\\_5\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ooop_2014_5_4).

3. Софій Н.З., Найда Ю.М. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти / Н.З. Софій, Ю.М. Найда // Інклюзивна школа: особливості організації та управління: навчально-методичний посібник / За заг. ред. Л.І. Даниленко. – К., 2007. – 128 с.

4. Липпс Т. Руководство к психологии / Т. Липпс. – СПб.: Питер, 2007. – 217 с.

5. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М.: Филинь, 1996. – 472 с.

6. Мельникова Л.В. Толерантность как берегающий подход в современной культуре: дис. канд. філософ. наук: спец. 24.00.01 [Електронний ресурс] / Л.В. Мельникова. – 2003. – Режим доступу: <http://www.dslib.net/teorja-kultury/tolerantnost-kak-sberegajuwij-podhod-v-sovremennoj-kulture.html>.

7. Гаврилова Т.П. Эмпатия как специфический способ познания человека человеком: теоретические и прикладные проблемы психологи познания людьми друг друга: тез. докл. / Т.П. Гаврилова. – Краснодар: КГУ, 1975. – С. 17-19.

8. Бодалев А.А. О разработке проблем эмпатии / А.А. Бодалев, Т.Р. Каштанова // Групповая психотерапия при неврозах и психозах / под ред. Б.Д. Карвасарского, В.А. Мазуренко. – Л.: Изд-во Ленинградского науч.-исслед. психоневролог. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1975. – С. 11-19.

9. Бодалев А.А. Теоретико-методологические аспекты изучения эмпатии / А.А. Бодалев, Т.Р. Каштанова // Групповая психотерапия при неврозах / под ред. Б.Д. Карвасарского, В.А. Мазуренко. – Л.: Изд-во Ленинградского науч.-исслед. психоневролог. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1975. – С. 19-28.
10. Развитие личности ребенка / П. Массен, Дж. Конджер, Дж. Каган, А. Хьюстон. – М.: Прогресс, 1997. – 272 с.
11. Лабунская В.А. Психология экспрессивного поведения / В.А. Лабунская. – М.: Феникс, 1989. – 234 с.
12. Роджерс К. Эмпатия. Психология эмоций / К. Роджерс. – М.: Мир, 2004. – 238 с.
13. Пономарева М.А. Эмпатия: теория, диагностика, развитие / М.А. Пономарева. – Минск: Бестпринт, 2006. – 76 с.
14. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – М.: Прайм-Еврознак, 2003. – 672 с.
15. Титченер Э. Учебник по психологии / Э. Титченер. – М.: Мир, 1994. – 250 с.
16. Журавльова Л.П. Психологія емпатії / Л.П. Журавльова – Житомир: Видавництво ЖДУ ім. І. Франка, 2007. – 328 с.
17. Журавльова Л.П. Емпатійні ставлення та їх класифікація / Л.П. Журавльова // Соціальна психологія. – 2008. – № 5(31). – С. 39-46.
18. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию / Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: ЧеРо, 2010. – 336 с.
19. Український Я.І., Штокало М.Я. Рефлексія як засіб саморозвитку особистості / Я.І. Український, М.Я. Штокало // Вісник Київського університету ім. Т. Шевченка. – 1999. – Вип. 7. – С. 24-27.
20. Братченко С. Психологические основания исследования толерантности в образовании / С. Братченко // Педагогика развития: ключевые компетентности и их становление. – Красноярск: КГУ, 2003. – С. 20-28.
21. Капустина Н. Формирование толерантности в структуре этического мировоззрения / Н. Капустина // Известия Уральского государственного университета. – 2008. – № 60. – С. 61-69.
22. Круглова Н. Виртуальность и реальность толерантности / Н. Круглова // Виртуальное пространство культуры: материалы научной конференции 11–13 апреля 2000 г. – СПб.: Санкт-Петербургское философское общество, 2000. – С. 18–21.
23. Лекторский В. О толерантности, плюрализме и критицизме / В. Лекторский // Вопросы философии. – 1997. – № 11. – С. 45-54.

24. Уэйн К. Образование и толерантность / К. Уэйн // Высшее образование в Европе. – М.: Мысль, 1997. – С. 14-15.
25. Вудвортс Р. Выражение эмоций / Р. Вудвортс // Экспериментальная психология. – М., 1950. – 798 с.
26. Кон И.С. Психология ранней юности. / И.С. Кон. – М.: Просвещение, 2009. – 255 с.
27. Зимбули А.Е. Почему терпимость и какая терпимость / А.Е. Зимбули // Вестник СПбГУ. Философия, политология, социология, психология, право, международные отношения. – 1996. – № 3. – С. 35-39.
28. Установки. Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксенова и др.; под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2000. – 400 с.
29. Гречко Л.М. Психологічний супровід дітей з вадами психофізичного розвитку в загальноосвітній школі / Л.М. Гречко // Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія «Соціально-педагогічна психологія». – 2006. – Вип. 6. – С. 247-250.
30. Инвалид і суспільство: проблеми інтеграції: зб. теорет. та метод. матеріалів для працівників соціальних служб для молоді / упор. І.Д. Зверева, І.Б. Іванова. – К.: А.Л.Д., 2005. – 96 с.
31. Ветрила Т.Г. Успешное функционирование семейной системы как основа развития и становления гармоничной личности / Т.Г. Ветрила // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. – 2008. – № 2 (14). – С. 27-31.
32. Шевцов А. Методологія соціального реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності / А. Шевцов // Завуч – 2009. – № 19. – С. 40-44.
33. Панок В.Г. Концептуальні підходи до формування особистості практикуючого психолога / В.Г. Панок // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – № 4-5. – С. 5-7.
34. Інклюзивний підхід як основа освіти для всіх дітей: матеріали Всеукраїнського фонду «Крок за кроком» // Завуч. – 2008. – № 2. – С. 2-10.
35. Кукуруза Г.В. Психологічна допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку [Електронний ресурс] / Г.В. Кукуруза // Точка. – 2013. – Режим доступу: <http://rvua.com.ua/media/144/a5432393cd1a9048a4e64e3abbbdd939d.pdf>.
36. Дмитриев А.В. Проблемы инвалидов / А.В. Дмитриев. – СПб.: Питер, 2004. – 245 с.
37. Kevin J. Miller. Infusing Tolerance, Diversity, and Social Personal Curriculum into Inclusive Social Studies Classes Using Family Portraits and Contextual Teaching and Learning [Електронний ресурс] / Kevin J. Miller,

Milagros M. Sessions // TEACHING Exceptional Children Plus. – 2005. – Режим доступу: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ966511.pdf>.

38. Солдатова Г.У., Кравцова О.А., Хулаев О.Е. Психодиагностика толерантності / Г.У. Солдатова, О.А. Кравцова, О.Е. Хулаев // Психологи о мигрантах и миграции в России: инф.-аналит бюллетень. – 2002. – № 4. – С. 59-65.

39. Анкета для батьків Запорізького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zoippo.zp.ua>.

40. Психологу про дітей з особливими освітніми потребами у ЗНЗ / А.Г Обухівська, Т.Д. Ілляшенко, Т.С. Жук. – К.: Редакції загальнопед. газет, 2012. – 128 с.



## **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУПРОВОДУ СІМЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬ НЕВРОТИЧНУ ДИТИНУ**

В умовах соціально-економічної кризи українського суспільства невротичні прояви у дітей є дзеркальним відбиттям дисгармонійних стосунків у родині. Хронічне перенапруження та внутрішня психологічна конфліктність – повсякденний стан сучасних батьків, що відчують на собі постійний тиск з боку соціуму, унаслідок чого дорослі не знаходять часу для довірчої бесіди з дітьми, обділяють їх ласкою, увагою, похвалою тощо. Дитина часто не має можливості для реалізації безпосереднього контакту з батьками, вона самотня або «прив'язана» до комп'ютера, телевізора чи гаджетів. Все це є причиною значного зростання кількості невротичних розладів, етіологія яких тісно пов'язана з особливостями психологічної сфери особистості та дисгармонійним функціонуванням сім'ї.

У суспільстві все побудовано на взаємодії, залежності одних структур від інших, де вчинки молодших (дітей) залежать від настанов старших (батьків), тобто невроз виявляє себе як реакція на подразник. І немає значення: чи цей подразник реальний (зовнішній), чи уявний (внутрішній). Проблема полягає в тому, що невротична реакція є анормальною. Вона простежується в порушеннях сприйняття, афективної та вольової сфер, інтелекту, процесу мислення в цілому [1, с. 693].

У дослідженнях О. Захарова доведено, що неврози в дітей і підлітків – найпоширеніший вид нервово-психічної патології. Як психогенні захворювання особистості, що формується, неврози в афективно-загостреній формі відтворюють чимало проблем у людських відносинах, насамперед нестачу розуміння й спілкування, пошук свого «Я», оптимальних шляхів самовираження, самоствердження, визнання та любові. Спочатку неврози є емоційним розладом, що переважно виникає в умовах порушених взаємин у сім'ї, перш за все з матір'ю, яка зазвичай є найбільш близькою для дитини особою в перші роки її життя. Не меншу патогенну роль у наступні роки відіграють відносини з батьком, якщо він не здатний своєчасно вирішити особистісні проблеми розвитку своїх дітей. Обоє батьків відчують багато особистих проблем, доволі часто вони й самі хворі на невроз і дотримуються догматично прийнятих поглядів на виховання, або виходять з минулого травмуючого досвіду, без урахування індивідуальної своєрідності та вікових

потреб дітей [2].

Існують різні визначення неврозів, у яких робиться акцент на тому чи іншому аспекті захворювання. Загальновизнаним вітчизняними вченими (В. М'ясищев, Б. Карвасарський) є тлумачення неврозів як психогенних захворювань особистості, в основі яких лежить невдало, нераціонально, непродуктивно вирішене особистістю протиріччя між нею і значущими сторонами дійсності, що зумовлює болісно-важкі переживання: невдачі в життєвій боротьбі, незадоволення потреб, недосягнення мети, невідворотні втрати. Невміння знайти раціональний і продуктивний вихід з переживань провокує психічну та фізіологічну дезорганізацію особистості.

У закордонних наукових дослідженнях невроз розглядається по-різному. В ортодоксальному психоаналізі М. Кляйна як неминучий і необхідний момент розвитку у зв'язку з утворенням і подоланням дитячої тривоги. В індивідуальній психології А. Адлера невроз вважається патологічною формою компенсації почуття внутрішньої недостатності або нереалізованого почуття переваги, а в поведінковій терапії Д. Вольпе як зафіксована навичка непристосованої поведінки, набутої шляхом навчання. У свою чергу, К. Хорні визначає невроз як психічний розлад, спричинений страхом і захистом від цього страху, а також спробами відшукати компроміс у конфлікті протилежних тенденцій. Невротичні розлади як відхилення від загальноприйнятої в цій культурі інтерперсональної поведінки – це вияв загальмованого процесу самореалізації.

Психогенний характер захворювання неврозом свідчить про його зумовленість дією психічних (психологічних) чинників, які є значущими для людини та виявляються у вигляді тих чи інших істотних для неї переживань (В. М'ясищев). Вони можуть позначатися як внутрішній або невротичний конфлікт (К. Хорні). Зв'язок неврозу з психотравмуючою ситуацією дозволяє стверджувати, що він є принципово зворотнім станом (В. М'ясищев) [2].

Чимало науковців, зокрема В. М'ясищев, Б. Карвасарський, В. Мягер, причиною психічної травматизації при неврозах вважають різноманітні патогенні ситуації, серед яких виокремлюють сімейно-побутові відносини в родині, насамперед конфліктні. На думку інших дослідників (А. Варги, Ю. Гіппенрейтер, Е. Ейдемільера, С. Семичова, А. Співаковської, Е. Юстицькіса та ін.) причиною неврозу може бути дисгармонійне функціонування сім'ї в цілому, що призводить до захворювання одного з її членів. І, навпаки, гармонійні міжособистісні взаємини батьків і дітей, в основі яких лежить гуманне ставлення до дитини та її вчинків, позитивно впливають на: соціально-психологічну адаптацію особистості підлітка (І. Рахманіна); формування суб'єктних позицій у дітей (О. Трифонова);

формування пізнавального інтересу в дітей (О. Булатова) тощо [3].

Вплив сім'ї на формування особливостей психіки та поведінки дошкільника проаналізовано в працях Е. Ейдемільера, С. Кулачківської, О. Пенькової, Т. Піроженко, О. Смирнової, А. Співаковської, Т. Титаренко. Значущість стилю спілкування дорослого для формування емоційної сфери дитини є предметом вивчення Г. Бреслава, О. Дяченко, В. Кожевникова, А. Кошелевої, Г. Лаврентьєвої, В. Лабунської, Я. Неверович, Є. Суботського. Досліджувалася ця проблема й вітчизняними вченими-психологами О. Кононко, В. Котирло, С. Ладивір, Ю. Приходько [4].

Мета нашої роботи полягає у вивченні психологічних аспектів супроводу сімей, що виховують невротичну дитину.

Найчастіше саме несприятливі умови виховання, до яких діти не можуть адаптуватися, призводять до невротичних розладів. У психологічній літературі виокремлено й достатньо ґрунтовно проаналізовано умови, які зумовлюють виникнення дитячих невротичних розладів. Їх умовно розподіляють на чотири групи: соціально-політичні, соціально-культурні, соціально-економічні та соціально-психологічні.

Соціально-політичні умови впродовж останніх років характеризуються перебуванням нашої країни у стані війни. За цей час найпоширенішою є проблема парентифікації як чинника невротизації дітей. Цей феномен виявляється в перенесенні батьками своїх обов'язків на дитину, здебільшого через зростання кількості самотніх матерів і внутрішньо переміщених осіб. Вони намагаються облаштувати життя у нових містах і селах, тож часто залучають старших дітей до розв'язання певних побутових питань.

Коли дитина стабільно виконує в родині роль «рятівника» – це може стати для неї справжнім тягарем. Наслідком перенесення на дитину обов'язків дорослого можуть стати серйозні проблеми: погіршення здоров'я, зниження успішності, нервові зриви, психічні відхилення, пов'язані з настроєм – депресія, дистимія, напади неконтрольованої агресії, панічні атаки тощо. Найкритичнішим наслідком парентифікації є перерозподіл життєвих і психічних сил дитини з пізнання нового (що є віковою характеристикою психічного здоров'я) на виживання. За таких умов дитина «перетворюється» на дорослого: її життєвий досвід дає змогу вижити, але не розвиватися. Більшість кризових ситуацій мають непостійний, тимчасовий характер. Утім є і складніші, із серйознішими наслідками, які потребують від родини тривалої адаптації до нового становища. Посилюється проблема парентифікації й у разі втрати члена сім'ї.

Соціально-культурні умови також спричиняють невротичні розлади, зумовлені прискоренням темпу сучасного життя. Наслідком є надмірна



завантаженість батьків, нестача часу для зняття емоційного напруження, а отже – їх невротизація. Поява численних особистісних проблем і брак інформації щодо способів їх розв'язання й отримання психологічної та психотерапевтичної допомоги призводить до особистісної дисгармонії батьків, чинить негативний вплив на психіку дітей. Неврози у дітей часто є дзеркальним відбиттям особистісних проблем їхніх батьків.

На емоційну атмосферу в сім'ї та психічний стан її членів також впливають несприятливі соціально-економічні умови, зокрема незадовільні житлово-побутові умови, зайнятість батьків тощо. Економічні проблеми часто змушують матір надто рано виходити на роботу з декретної відпустки й залучати бабусь, няню для догляду та виховання дитини. Або ж влаштовувати малюка до ясел, тобто передавати опіку над ним стороннім людям. Для дітей віком до трьох років ця подія є важкою психічною травмою, оскільки вони ще не готові до розлуки з матір'ю. Навіть у дворічної дитини сильно розвинене почуття прив'язаності до матері, спільності з нею. У ситуації нормального емоційного спілкування з матір'ю у віці приблизно трьох років у дитини формується образ «Я». Вона починає усвідомлювати себе як окремого індивіда, активного діяча, поступово зменшується її психологічна залежність від батьків.

Саме трирічну дитину можна віддавати до дитячого садка, не ризикуючи її психічним здоров'ям. Оскільки в цьому віці виникає бажання бути незалежною та самостійною, стійка потреба у спілкуванні з однолітками, у спільних іграх з іншими дітьми. За умов постійної та довготривалої розлуки з матір'ю у дітей раннього віку зростає потреба у фізичних й емоційних контактах з нею. Незадоволення цієї потреби може призвести до появи невротичних реакцій [5].

До соціально-психологічних умов, які впливають на психічне здоров'я дітей, психологи відносять, насамперед, дисгармонію сімейних стосунків і сімейного виховання або порушення у системі взаємин «дорослі–діти». Ця група умов є визначальними при виникненні дитячих неврозів. З-поміж соціально-психологічних факторів заслуговує на увагу наявність єдиної дитини в родині або емоційна ізоляція одного з дітей, якщо їх декілька, недостатня психологічна сумісність батьків та дітей; конфлікти; одностороннє переважаєння (домінування) одного з дорослих (як правило, матері чи бабусі по материнській лінії, якщо вона проживає з родиною); перестановка або інверсія традиційних сімейних ролей; низька продуктивність спільної діяльності членів сім'ї та ізолюваність родини у сфері зовнішніх контактів [2].

Серед факторів, що розкривають особливості міжособистісних взаємин

у сім'ї, В. Даринська виокремлює: спосіб життя й поведінку в родині; моральний і культурний рівень батька й матері; їхні взаємини; ставлення батька й матері до своєї дитини; усвідомлення й розуміння ними цілей, завдань сімейного виховання й засобів і способів їх досягнення. Окреслені авторкою фактори можна вважати критеріями класифікації сімей за ступенем їхнього виховного впливу на дітей [6].

Сприятливими для формування особистості є ті родини, у яких є обоє батьків і не менше двох дітей, де вміють доцільно й змістовно організувати життя та діяльність її членів, а у внутрішньосімейних взаєминах панує повне взаєморозуміння, демократичний стиль спілкування й поведінки. Такій сім'ї властива позитивна трудова й моральна атмосфера, культурне й раціональне дозвілля; у батьків досить високий рівень освіти, загальної культури та педагогічної підготовленості. Матеріальне становище такої сім'ї задовільне.

Сприятливо-нестійкими вважаються родини, які виявляють в основному позитивний вплив на виховання дітей. Як правило, у сім'ї 1-2 дитини, батьки люблять їх, прагнуть створити всі умови для сприятливого розвитку. Моральна й трудова атмосфера позитивна. Однак немає повного взаєморозуміння між дорослими, тому між ними часто виникають конфлікти. У батьків, як правило, невисокий рівень загальної культури, недостатня освіта та педагогічні вміння. Ці сім'ї можуть бути як повними, так і з дезорганізованою структурою. Матеріальне становище посереднє.

Несприятливими для формування особистості дитини є родини, для яких духовні потреби другорядні; натомість переважають матеріальні, що й робить малоефективним розвиток дітей. Доволі часто один з батьків веде аморальний спосіб життя. Для сім'ї характерне споживацтво як життєвий ідеал, низький рівень освіти, культури. Ці батьки, хоча й відвідують школу та вислуховують учителів, однак не завжди спроможні впливати на дітей педагогічними виховними засобами, що призводить до авторитарного стилю спілкування, взаємного нерозуміння. Звідси – невміння розумно організувати життєдіяльність сім'ї, небажання проводити спільне дозвілля через відсутність культурних запитів з боку дорослих і занадто різні інтереси в дітей і батьків. Матеріальне становище полярне – іноді це сім'ї зі значним достатком, іноді – бідні.

До вкрай несприятливого типу належать родини з аморальним мікрокліматом і негативним впливом на розвиток дитини. Для них характерною є ослаблена морально-трудова атмосфера, постійна конфліктність, антипедагогічне ставлення до дітей, нервозність у взаєминах між іншими членами сім'ї, відсутність загальної культури й духовних запитів. Матеріальне становище, як правило, важке.

Іншу класифікацію типів сімей, де мають місце порушення спілкування батьків і дітей надає А. Венгер [7].

Перший тип – сім'ї «із травматизацією дітей». Люди, що зазнали насильства в дитячому віці, можуть потім ідентифікувати себе або з агресором, або з жертвою. У тому й іншому випадку почуття болі, сорому, жаху, безпорадності після насильства, особливо з боку батьків, можуть стати причинами негативних проявів у підлітковому й дорослому віці.

Другий тип – «нав'язлива» сім'я, у якій батьки нав'язують себе дитині, постійно контролюють її поведінку, що викликає у дитини сором і злість. У батьків у такій сім'ї часто зустрічаються грандіозні, нереалістичні очікування стосовно дітей. У подібних умовах можуть виникнути маски фальшивої ідентичності, лицемірні ролі, які діти використовують для захисту.

Третій тип – «брехлива» сім'я. У результаті постійної неправди, що культивується у такій родині, панівною емоцією дитини стає сором, відбувається деперсоналізація, втрачається почуття реальності.

Четвертий тип – «непоследовна, ненадійна» сім'я. У ній те, що сьогодні схвалюється, завтра – засуджується, що вихваляє батько – те критикує мати. У результаті порушується стабільність супер-его дитини, що може стати однією з причин порушення її соціалізації.

На думку Л. Повалій [3], родини з порушеними міжособистісними взаєминами не можуть самостійно вирішувати виникаючі протиріччя й конфлікти, у результаті чого у членів родини спостерігається зниження соціальної й психологічної адаптації, відсутність здатності до спільної діяльності (зокрема, нездатність батьків до погодження питань виховання дітей). Рівень психологічної напруги в сім'ї має тенденцію до зростання, призводячи до емоційних порушень, невротичних реакцій її членів, виникнення почуття постійного занепокоєння в дітей. Таким чином, дисгармонія сімейних взаємин створює несприятливе тло для емоційного розвитку дитини. Так Л. Петровська, однією з основних причин конфліктів, тобто дисгармонійної взаємодії, вважає неадекватність сприйняття членами сім'ї один одного [8].

Аналіз різних досліджень у сфері вивчення взаємин між батьками й дітьми свідчить про те, що батьки часто вимагають від дітей тих норм поведінки, які самі не завжди виконують. Цікаво, що до своєї поведінки дорослі, як правило, ставляться більш лояльно, ніж до аналогічної дитячої. Таким чином, формується нерозуміння, недовіра в процесі внутрішньосімейного спілкування. Основна проблема впливу батьків на дитину полягає в тому, що вони не сприймають ні себе, ні дитину такими, якими вони є насправді. Доволі часто власні дії та вчинки дітей оцінюються

батьками за різними шкалами цінностей. У результаті такого виховання психологічна дистанція між ними щороку зростає.

Серед аспектів неправильного виховання за ступенем їх патологічної значущості, які не сприяють гуманізації батьківсько-дитячих взаємин, О. Захаров вирізняє наступні [9, с. 39-42]:

1. Невідповідність вимог батьків можливостям і потребам дітей, ритму їх психофізіологічного розвитку, конституціональним та статевим особливостям. Подібне ставлення виявляється у батьків з авторитарними, ригідними, доміантними й гіперсоціалізованими рисами особистості, а також у невротичних батьків.

2. Неприйняття індивідуальності й емоційне неприйняття дітей. Обидва види неприйняття виявляються через роздратовано-нетерпляче ставлення, постійний осуд, погрози та фізичні покарання, відсутність необхідної ніжності та ласки. Таке ставлення свідчить про інтелектуальну й емоційну незрілість батьків, їх нетерпимість і максималізм, конфлікт між ними.

3. Нерівномірність виховання в різні періоди життя дітей з боку одного чи обох батьків. У перші роки життя дитини нестача материнської турботи пов'язана з раннім виходом матері на роботу. Надалі може виявлятися в типовій надмірній турботі – гіперопіці, вираженій при наявності невротичності, тривожності й істеричних рис характеру матері.

4. Неузгодженість у вихованні з боку батьків та інших членів сім'ї. Виникає внаслідок контрастного поєднання суворих обмежень і заборон одного з батьків та дозволом іншого. Подібні відмінності зумовлені твердістю або м'якістю їхнього характеру та конфліктним протиставленням точок зору щодо виховання дітей, яке іноді є єдиною ознакою латентних розбіжностей батьків, оскільки вони намагаються усунути в дитини небажані, на їхню думку, риси характеру один одного.

5. Непослідовність виховання, його нерівність і суперечливість у кожного з батьків окремо. Може бути симптомом невротичного стану матері, виявом істеричних рис її характеру. Непослідовність батька свідчить про його м'який і нестійкий характер.

6. Нестійкість у поведженні з дітьми супроводжується підвищенням голосу, криком, загальною емоційною нерівністю. Вона зумовлена тими ж факторами, що й непослідовність. А також незадоволеністю матері у сфері подружніх відносин.

7. Тривожність у вихованні – це постійне занепокоєння про дитину, наявність зайвих побоювань і запобігань. Властива матері та вказує на відповідні передумови в її характері. При конфліктних відносинах у родині, саме матері стають більш тривожними у ставленні до дітей.

Окрім розглянутих вище особливостей виховання, для батьків дітей, хворих на невроз, типовим є вияв на дітей емоційної напруги у вигляді роздратовано-нетерплячого ставлення та фізичних покарань [9].

Дослідження в царині батьківсько-дитячих взаємин дозволяють стверджувати, що лише окремі батьки, взаємодіючи з дітьми, не заважають вільному розвитку особистості, приймаючи дитину такою, якою вона є, і поважаючи всі її якості. За такого підходу може відбуватися піднесення розвитку інтелектуальних здібностей та досягнення дітьми певних успіхів [6].

Оскільки взаємини, які складаються між батьками й дітьми, здебільшого визначаються внутрішнім станом батька чи матері, то змінити їх неможливо без особистісного зростання останніх. Поліпшуючи власний стан, батьки позитивно можуть впливати й на дитину, її стан і розвиток.

Слушними з огляду на це, є наукові погляди В. Даринської, яка винятково важливим для батьків вважає вміння зрозуміти й, по можливості, задовольнити свої потреби, тоді й бажання дитини матір'ю і батьком відчуються краще. Дорослі з повагою повинні ставитися не лише до своїх обов'язків, а й до свого відпочинку, смаку, хобі. Досвід роботи з батьками переконує, що вони не приділяють значної уваги цій частині життя. У результаті – у них з'являється хронічна втома, яка супроводжується роздратуванням й агресією, що негативно позначається на взаєминах з дитиною [6]. Тому батьки повинні почати з себе, адже лише в радісних, задоволених життях батьків, зростають позитивно налаштовані на соціум діти.

На нашу думку, психологічний супровід сімей, що виховують невротичну дитину має бути спрямований на створення соціально-психологічних умов для емоційного добробуту всіх членів родини. Для корегування рівня емоційного дисбалансу пропонуємо використовувати комплекс технік сімейного консультування, який організовує роботу над: страхами, пов'язаними з майбутнім дитини; взаєморозумінням між батьками, а також розподіл обов'язків під час виховання дитини, що, у свою чергу, знімає напругу в сім'ї та надає час на роздуми та відновлення сил кожного з партнерів; пошук внутрішніх ресурсів [10, с. 162- 163].

Техніка 1 «Сімейна скульптура». Кожен член сім'ї створює живий портрет родини, розставляючи найближчих родичів відповідно до власного погляду на дистанцію між ними. Консультант пропонує члену сім'ї, який виступає в ролі скульптора, поводитися з іншими членами родини так, як ніби вони зроблені з глини. Тобто він повинен поставити їх в таку позицію, яка б могла найбільш повно відтворити його ставлення до цих членів сім'ї.

Таким чином, досвід кожного втілюється в живій картині та проєктується на неї.

Техніка 2 «Список якостей та рис особистості». Попросити батьків написати риси, які повинні мати батько й мати під час виховання невротичної дитини (наприклад, терпіння). Батько зазначає риси дружини, а мати – чоловіка. Потім відбувається обмін списками та спільно й по чергово аналізується.

Техніка 3 «Мої побажання тобі». Побажання є своєрідною корекцією поведінки й «пророцтвом» для себе на майбутнє. Консультант просить написати (чоловіка про жінку, і навпаки) те, що вони хотіли б змінити у своєму партнері по життю, коханій людині в шлюбі: «Я б хотів (хотіла) змінити у тобі в цей період життя і на майбутнє...».

Техніка 4 «Контракти». На окремих аркушах паперу чоловік і дружина записують вимоги й побажання один одному. Наступним етапом є обмін цими контрактами та пошук компромісів. Згодом партнери описують компроміси й утворюють спільну та уніфіковану версію контракту.

Техніка 5 «Лист». Батьки пишуть лист, присвячений негативам і страхам, що адресується усьому недоброму, негативному, злому, що відбувалося (відбувається) у їхньому житті. Лист спалюється по дорозі додому у відповідному місці, яке обирають клієнти.

Техніка 6 «Список дозвілля» або «Як виглядає щасливий день нашої сім'ї». Показником сприятливого родинного клімату є дозвілля, що викликає задоволення у членів сім'ї. Завдання консультанта: знайти у подружжя спільні риси, інтереси й орієнтувати їх на виконання загальної справи, обговоривши й усунувши всі можливі перешкоди та труднощі. Пропонується кожному записати на аркуші паперу те, що було б цікаво й приємно робити на дозвіллі. Отримавши списки, всі разом намагаються знайти спільні справи, які подружжя може робити найближчим часом. Якщо спільних інтересів нема, запропонувати спільний пошук і компроміс.

Техніка 7 «Лише позитивне в моїй дитині» має вигляд мультимедійної презентації з використанням фото дітей і музичного супроводу. Батьки зазначають гарні риси дитини (наприклад, ніколи не обманює, не порівнює себе з іншими, прагне бути кращою чи першою, може бути дуже відданою та люблячою).

Техніка 8 «Спільний сімейний малюнок». Уся родина малює щось на великому аркуші паперу або створює композицію з використанням інших матеріалів. Робота завершується обговоренням динаміки процесу створення спільної композиції, в якій аналізуються сімейні ролі та взаємини.

Техніка 9 «Емоційні портрети». Партнери (члени сім'ї) малюють

портрети один одного в певному емоційному стані. Потім передають малюнки один одному для виправлення. Кожен робить своє зображення таким, яким він хотів би себе бачити.

Техніка 10 «Сімейний герб». Членам родини (після попередньої підготовки арт-терапевтичного простору) пропонується, дивлячись один одному в очі, уявити спочатку своїх батьків, що стоять за спиною, а потім батьків партнера, що стоять за його спиною, потім своїх прабатьків, що стоять за спинами у батьків, а далі прабатьків партнера, що стоять за спинами його батьків тощо, до 7 коліна. Після цього на спеціально підготовлених аркушах (з контуром герба, розподіленого на 5 частин – 4 квадрати й коло посередині) кожному пропонується зобразити: символ матері (зліва вгорі), символ батька (справа вгорі), символ материнського роду (зліва внизу), символ батьківського роду (справа внизу) і символ себе (посередині). Після створення своїх «Сімейних гербів» чоловікові й дружині пропонується поділитися своїми переживаннями.

Досвід роботи вказує на те, що, як правило, результат є тоді, коли батьки зрозуміли, що необхідно своєчасно розв'язувати власні проблеми й підтримувати теплі стосунки в сім'ї; своєчасно стабілізувати нервові напруження в разі його виникнення; діяти узгоджено в питаннях виховання; любити своїх дітей, добре ставитися до них, бути чутливими до їхніх проблем і потреб; зважати на інтереси й захоплення, що відповідають статі дитини; спілкуватися з дітьми щиро, дозволяти їм висловлювати свої почуття та думки. Якщо батьки навчаться довіряти своїй дитині й щиро виявляти позитивні почуття – це буде серйозним досягненням. А розуміння того, що період виховання дитини – це унікальне джерело їхнього духовного розквіту, стане новим етапом життя й гармонізацією всієї родини.

Підсумовуючи, зазначимо, що розвиток гуманістичних тенденцій у психологічному супроводі сімей, які виховують невротичну дитину, пов'язаний з розумінням дитини як рівного дорослому співрозмовника, що так само, як і дорослий, перебуває в стані особистісного розвитку. Найважливішою умовою особистісного розвитку як батьків, так і дитини є їхній рівноправний діалог, а головним показником наявності позитивної динаміки взаємин дорослих і дітей у напрямку їхньої гуманізації – відмова від авторитарної позиції дорослих стосовно дітей. Невичерпний дослідницький інтерес психологів до проблеми невротизації особистості, а особливо, дитини, переконливо свідчить про те, що не всі можливі шляхи їх розв'язання опрацьовано.

### Список використаних джерел

1. Шевченко Н.Ф. Тривожність як чинник дитячого неврозу: теоретичне обґрунтування / Н.Ф. Шевченко // Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Вип. 30. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2015. – 812 с.
2. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А.И. Захаров. – Санкт-Петербург: КАРО, 2006. – 671 с.
3. Пovalій Л.В. Специфіка батьківсько-дитячих взаємин у сучасній сім'ї / Л.В. Пovalій // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді. – Вип. 16. – Том 1. – РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2012. – С. 233-240. – Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/4118/1/Povalii.pdf>.
4. Михальська С.А. Спількування батьків і дітей як фактор розвитку особистості дитини / С.А. Михальська // Проблеми сучасної психології. – 2016. – Вип. 31. – С. 227-237. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl\\_2016\\_31\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2016_31_20).
5. Невротичні розлади дошкільників у контексті сімейного виховання. – Режим доступу: <http://www.garmoniya.mk.ua/articles/nevrotychni-rozlady-doshkilnykiv-u-konteksti-simeynogo-vyhovannya.html>
6. Даринская В.М. Радость семейного общения / В.М. Даринская. – Воронеж, Издательство им. Е.А. Болховитинова, 2000. – 128 с.
7. Венгер А.Л. На что жалуетесь? Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков / А.Л. Венгер. – М.-Рига: Эксперимент, 2000. – 184 с.
8. Петровская Л.А. Самоутверждение: пути истинные и ложные / Л.А. Петровская. – М.: Знание, 1987. – 61 с.
9. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия / А.И. Захаров. – СПб.: Союз, 2004. – 336 с.
10. Андрейко Б.В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків: дис. ... канд. психол. наук (доктора філософії): 19.00.08 «спеціальна психологія» / Б.В. Андрейко. – НПУ імені М.П. Драгоманова. – К., 2018. – 248 с.





**Ганна Борисівна Варіна**

*м. Мелітополь*

*e-mail: anyavarina22@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, які виховують дітей з особливими потребами, безумовно є передумовою виникнення у сучасній науці нового напрямку досліджень. Окремі аспекти цього питання неодноразово ставали предметом різних наукових студій: особливості психоемоційних станів батьків дітей з психофізичними вадами (А. Душка, Т. Скрипник) та різним рівнем психосоціального розвитку (Т. Вісковатова, Ю. Мартинюк); характеристика батьківських реакцій (О. Зерницький, Т. Вісковатова); вплив довгострокової кризи на психологічний, соціальний та соматичний рівні дисфункцій у родині (І. Левченко, В. Ткачева), особливості психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку (Г. Кукуруза)

Неабияке значення для побудови інтегрованої моделі психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами, має доробок закордонних науковців. У ньому науково обґрунтовано чимало важливих питань: визначено 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); розроблено й апробовано засоби діагностики травматичного стресу батьків (С. Гул, А. Ардик, В. Олгунсой, Ю. Унал), 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 наголошено на важливості та необхідності 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). Науковцями вже 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). Однак дослідження окресленої проблеми, переважно виконані в межах когнітивно-біхевіаріального підходу, генетичної психології навчання (С. Максименко), медичної моделі сімейної психотерапії, спеціальної та корекційної психології й педагогіки (Т. Вісковатова, Т. Скрипник, А. Шевцов). Зміст зазначених підходів полягає у визначенні соціально-психологічних чинників, що детермінують, та через які опосередковується взаємодія в сім'ях, а також розкриваються механізми патологізації розвитку дитини з особливими потребами. Разом із тим, поза належною увагою залишаються глибинно-психологічні детермінанти ставлення батьків до дітей у процесі усвідомлення статусу здоров'я дитини та переживання батьківської провини внаслідок рефлексії обставин вагітності, народження та розвитку й прогнозування її життєвих перспектив.

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

Відповідно до дитинно-центрованої моделі, основною цінністю є дитина та її інтереси й потреби. Технології допомоги за цих умов спрямовані на підвищення батьківської компетентності, проте емоційна ситуація в сім'ї залишається поза увагою фахівців. У сімейно-центрованій моделі визначальною є родина як найкраще середовище для розвитку дитини. Дослідниками визнається самоцінність сім'ї та різноманіття сімейних форм. Відхилення в розвитку дитини впливає на всіх членів родини, провокуючи

ризик її руйнування. У фокусі опиняються потреби всіх членів сім'ї, забезпечення їх доступом до соціальних прав. З інструменту родина перетворюється на активного учасника допомоги, однак основним місцем її надання є місце проживання сім'ї. Родинно-орієнтовані види психологічної та соціальної допомоги почали розвиватися порівняно нещодавно. Рушієм їх розвитку слугувало розуміння того факту, що проблема, з якою стикається один із членів сім'ї, впливає на всю систему в цілому, а це, у свою чергу, позначається на його особистій ситуації. З огляду на це, 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 розвитку є для батьків тим поштовхом, що зумовлює процес «переживання горя». Внутрішня духовна робота матері та батька над собою та проблемами, що виникли, стає вирішальною для майбутнього сім'ї [20]. Батьки сповнені відчуттям горя, можуть відчувати втрату незважаючи на те, що в них народилася жива дитина. На думку Г. Фюра, при появі на світ немовляти з обмеженими можливостями, батьки втрачають бажану, здорову, ідеальну дитину – «дитину своєї мрії» [17]. І це відбувається тоді, коли вони найбільш сповнені очікувань та найбільш вразливі.

Загальновідомо, що родина забезпечує умови для вияву та задоволення емоційних потреб своїх членів. Поняттєвий апарат дитячо-батьківських відносин досить широкий і багатозначний: батьківські настанови та відповідні їм типи поведінки; батьківські позиції; типи батьківського ставлення; типи відносин «мати-дитина»; типи позитивного й хибного батьківського авторитету; типи (стилі) виховання дітей; риси патогенних типів виховання; параметри виховного процесу; сімейні ролі дитини; стилі спілкування, тощо. Поняття батьківське ставлення має узагальнений характер і вказує на взаємозалежність батьків 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 охоплює суб'єктивно-оцінне та свідомо-вибіркове уявлення про дитину, що в цілому визначає особливості її сприйняття, спосіб спілкування, характер, дії. У структурі батьківського ставлення виокремлюють 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, якого зазнають члени її сім'ї у зв'язку з довготривалим стресом. Чимало батьків у ситуації, що склалася, виявляються безпорадними. Їх стан можна схарактеризувати як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут [14]. Практика свідчить про те, що при появі дитини з відхиленнями у розвитку, її батьки стикаються з наступними проблемами:

- суперечливі почуття до дитини;
- відсторонення від дитини, перенесення відповідальності за дитину на державні навчальні заклади;
- у сім'ях, де крім дитини з обмеженими можливостями, є інші, звичайні діти, з'являються труднощі, пов'язані із застосуванням різних методів виховання щодо здорових і хворих дітей;
- негативні тенденції в психічному стані батьків (матерів) виявляються через неадекватну поведінку – агресивність, роздратованість, нестриманість, недоброзичливість;
- психологічна травмованість батьків, яка не дозволяє їм адекватно ставитись до проблеми народження хворої дитини [12].

Перед батьками одночасно постають декілька завдань: допомогти дитині видужати або адаптуватися до хвороби за умови неможливості одужання; допомогти самим собі пристосуватися до хворої дитини. У зв'язку з цим виникає проблема нерозуміння батьками потреби дитини з інвалідністю в особливому (оптимістичному, щирому, природному) спілкуванні. 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 емоційно-оцінне ставлення до себе та адекватну самооцінку, дезорієнтує у виборі стратегії й тактики своєї соціальної поведінки. Деяких батьків виснажує постійна потреба бути поруч із дитиною, вони відчують провину перед нею. Внаслідок цього беруть на себе неадекватно високу функцію захисту, стають підкреслено уважними, навіть улесливими, що може заважати дитині адаптуватися до оточення й обмежує можливості її розвитку [11].

Науковці Є. Холостова та В. Мошняга вирізняють так звані шизофреногенні сім'ї, в яких батьки характеризуються взаємною емоційною байдужістю, порушенням контактів. Особливо небезпечними для дитини з

особливими потребами є емоційні розлади матері. Доволі часто чоловіки полишають жінок наодинці з дитиною-інвалідом. Знедоленого малюка виховує знервована мати, яка щоденно травмує і без того порушену психіку дитини, створюючи важку атмосферу в родині. Важливо, щоб у батьків із часом не сформувалося й надцінне ставлення до невиліковно хворої дитини, щоб вони не перетворили своє життя на суцільну опіку над нею [21]. Тому батько з матір'ю не повинні позбавляти себе нормального життя; вони мають відчувати бажану й потрібну межу своєї самопожертви. Це особливо актуально для тих сімей, де поряд із хворою зростає 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, доволі часто виникають емоційні порушення й 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 родинях, де є дитина з особливими потребами, виявляються на наступних рівнях: психологічному, соціальному й соматичному. У сім'ях, які виховують дітей з відхиленнями розвитку, формуються неадекватні міжособистісні відносини внаслідок різних причин. До факторів, що порушують сімейну атмосферу, впливаючи на розвиток неконструктивних моделей дитячо-батьківських і батьківсько-дитячих взаємин і типів виховання дітей з відхиленнями у розвитку, можна віднести такі:

1) характер і ступінь вираженості порушень у дитини, їх незворотність, тривалість і зовнішні вияви 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 (вияв тенденцій до розвитку акцентуацій або аномалій характеру);

3) ціннісні орієнтації батьків (осіб, які їх заміщують) і специфічний характер впливу батьківських настанов на процес виховання, їх залежність від сімейних, національно-етнічних традицій, соціально-культурного рівня й освіченості батьків як вихователів; при цьому важливе значення у виборі

батьками моделі виховання мають їхні психологічні особливості (авторитарний, невротичний і психосоматичний типи);

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

Окрім 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 таких дітей, а також їхнє прийняття або неприйняття.

Отже, залежно від типу внутрішньосімейних стосунків і стилю сімейного виховання, сім'ї, які мають дітей з особливими потребами, диференціюються на чотири групи зі своїми характерними особливостями

– 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 можуть призвести до розлучення. Така родина справляє негативний вплив на формування особистості дитини з інвалідністю, 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 висувають завищені вимоги до медичного обслуговування, намагаючись у такий спосіб компенсувати власний психологічний дискомфорт. Саме у таких сім'ях зустрічається явище прихованого алкоголізму батьків. Родина такого типу сприяє формуванню в дитини емоційної неврівноваженості, високої тривожності, нервовопсихічного напруження, комплексу неповноцінності, беззахисності, невпевненості в собі;

– третя група: стиль співробітництва, конструктивні й відповідальні стосунки з дитиною. Родина усвідомила проблему, вірить в успіх, знає всі сильні сторони дитини, розвиває 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 з інвалідністю розвивається почуття захищеності, впевненості у собі, потреби в активному встановленні міжособистісних відносин 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-агресивна поведінка, плаксивість, підвищена збудливість, дратівливість [7].

Адаптація сім'ї до нових обставин може відбуватися роками, значний відсоток сімей зберігають риси деструктивних, дисфункціональних протягом тривалого часу. Саме в таких родинах 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 з інвалідністю, позбавлена батьківської любові та кваліфікованої допомоги, реалізує лише біологічне існування, не отримуючи мінімальних навичок і вмій самообслуговування [5].

Народження дитини з інвалідизацією як травмуюча подія в родині детермінує ірраціональний страх за неї, що супроводжується та посилюється не менш ірраціональним почуттям провини. Чинні клінічні спостереження засвідчують, що здебільшого почуття провини переживають саме жінки. Згідно з дослідженнями В. Сорокіна, понад 70% матерів дітей з аномаліями розвитку виявляють надзвичайно амбівалентне ставлення до власної дитини. Суперечливість такого поведіння полягає в тому, що дитина одночасно розглядається і як об'єкт любові, і як джерело страждань. Останнє, за оцінкою більшості матерів, є причиною нападів роздратування, неконтрольованої агресії, паніки, відчаю, сорому стосовно 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 і ставлення батьків до ситуації народження дитини з інвалідизуючим захворюванням, М. Семаго і Р. Майромян виокремлюють чотири фази реакції батьків на появу дитини з вадами розвитку. На думку науковців, ці етапи мають насамперед структурний, а не послідовно часовий характер, і залежно від мікросередовища, особливостей внутрішньосімейної ситуації, супроводжуються різними виявами й тривалістю [6]:

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

*Перша – стресовий стан, коли подружжя відчуває 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 подолання пригніченості й тривоги. Характерною рисою цієї фази є проекція власного почуття провини на інших, яка має внутрішньо сімейний характер. Характер проекції може відвертати енергію від адекватного вирішення проблеми, призводить до напружених відносин і підвищує емоційну напругу. У такому випадку батьки зосереджені саме на хворобі, ваді дитини і не помічають позитивних ознак її особистості чи збережених можливостей і якостей, які 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. Посилюється 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. Майромьяном)

На першій стадії відбувається емоційна дезорганізація: шок та заперечення. Заперечення виявляється на несвідомому рівні; його завдання – захистити свідомість від надзвичайної тривоги. На ранній стадії воно відіграє позитивну роль, пом'якшуючи удар, проте надалі може викликати труднощі. Якщо після певного часу, незважаючи на реальність, батьки продовжують заперечувати наявність порушень у дитини, можна очікувати неприємних наслідків. Такі батьки можуть занадто тиснути на дитину, примушуючи її робити те, що їй не під силу; вони можуть відмовлятися від участі в



програмах раннього втручання та безкінечно ходити до лікарів, прагнучи сприятливого діагнозу. На цій стадії батьки відчувають розгубленість, завмирання, дезорганізацію та безпорадність. Деякі з них, 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, у них посилюється самокритика, виникає почуття невдоволеності собою. Почуття провини переростає в страждання і переживання відносно подій і помилок, які спричинили, на їх думку, захворювання дитини. Це почуття може зумовлювати гіперопіку [5]. Співставляючи дійсність з ідеальною моделлю сім'ї та роллю в ній матері, батьки виявляють суб'єктивне відчуття особистісної неадекватності, в якому приховано велику небезпеку, пов'язану з формуванням негативного світосприйняття, яке є засобом морального самозахисту, що дозволяє виправдати та прийняти весь спектр негативних відчуттів.

Друга стадія або фаза позначена функцією неприйняття, що спрямована на збереження рівня надії чи почуття стабільності в сім'ї під впливом фактору, який може їх зруйнувати. Неприйняття факту інвалідності дитини постає певним захисним механізмом щодо емоційної пригніченості та тривоги. Її крайньою фазою є небажання обстежувати дитину та проводити з нею корекційні заходи. Виникає недовіра до компетенції лікарів, тому батьки шукають різні можливості для отримання консультацій в інших фахівців. В основі такої поведінки лежить надія на те, що початковий діагноз неправильний. Батьки можуть не приймати наявності відставання в розвитку дитини й вірити, що лікування чи певний спосіб терапії розв'яже проблему. На цій стадії розвивається так звана «копінг-поведінка» – використання численних консультацій, починаючи з медичних «світил» і завершуючи цілителями. Г. Фюр наголошував, що ця фаза характеризується «магічним» або «фантастичним» типом мислення. В її основі лежить уявлення: якщо батьки дуже старатимуться, то стан дитини дивним чином покращиться. Це, у свою чергу, повинно стати «винагородою» за сумлінну роботу, допомогу іншим або участь у якійсь добрій справі. Батьки можуть приєднатися до місцевих організацій, що відстоюють будь-які гуманні цілі. Ще один вияв фази – 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 оточуючими. При цьому простежується 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 до втрати контролю. Внаслідок цього встановлюється зниження рівня соціальної та 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 як на самого себе, так і на іншого члена подружжя за те, що він зачав або народив хвору дитину, або ж через недостатню допомогу з його боку. Часто гнів проєктується на фахівців, які, на думку батьків, не надавали дитині достатньої допомоги: лікарів або вчителів, що погано навчають. Гнів може виникнути з роздратування, причиною якого стають недобррозичливі сусіди, байдужі фахівці, відсутність адекватної допомоги, втома 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 це тимчасовий епізод, але може розвиватися і «хронічна скорбота» [17]. Важкість депресії залежить від того, як родина інтерпретує стан дитини, та від її здатності долати труднощі.

Четверта стадія адаптації характеризується емоційною реорганізацією, пристосуванням, прийняттям інвалідності дитини. Переорієнтація енергії дозволяє батькам переміщувати увагу з них самих на реальні потреби, пов'язані з вихованням дитини з інвалідністю. Батьки в цей період шукають програми та служби, які могли б бути корисними для їхніх дітей. Вони також допомагають іншим сім'ям з такими дітьми, розвивають реалістичний погляд на дефект дитини, його роль у сім'ї та приймають цей стан. Формується позитивна установка щодо себе й долаються соціальні стереотипи в ставленні до дитини [19]. Деякому потрібні роки, щоб прийти до такої стадії адаптації, інші – не досягають цього ніколи. Покращує проходження кризового періоду підтримка близьких і позитивні відносини 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 з іншими батьками, які мають подібні проблеми) [23].

На будь-якій з вище наведених стадій може виникати певний бар'єр конструктивного сприймання ситуації, пов'язаний з інвалідизацією дитини – стигматизація, що водночас вказує на процес, результат, причину та наслідок і, як наголошував І. Гофман, є руйнівним елементом у процесі соціальної взаємодії [10]. Спираючись на це визначення, варто зазначити, що для батьків дітей з особливими потребами властиво намагатися приховати стигму, про яку вони самі знають. Це означає, що вони, наприклад, будуть замовчувати факт народження та виховання дитини з особливими потребами, аби тільки не бути «стигматизованими» в 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 процес залучення людини до соціальної взаємодії викликає серйозні зміни поведінки, призводячи до девіації, зокрема вторинної [10]. Стигма зумовлює формування певних соціальних настанов, які, у свою чергу, спричиняють суттєві дискримінаційні дії щодо людей, які «стигмують» (діти з інвалідністю та їхні батьки належать до цієї категорії). Стигма також здатна завадити побудові гармонійних відносин на мікрорівні: між дитиною з особливими потребами та її найближчим оточенням – родичами; звести нанівець можливість формування адекватної самооцінки через прояви емпатії, підтримки, схвалення та безумовного базового прийняття.

Результати дослідження особливостей батьківсько-дитячих стосунків дозволили Г. Мішиній виокремити шість неадекватних моделей співпраці батьків з дитиною: ізольованість, передбачувана взаємопов'язаність, мовленнєва взаємопов'язаність, «мовчазна співприсутність», «вплив і взаємовплив», активний взаємозв'язок [8].

У свою чергу, І. Скворцов визначає чотири типи матерів, які по-різному ставляться до дітей з особливими потребами: домінуючий, агресивний, приязний, підлеглий [15]. Ставлення батьків до дітей з особливими потребами в цілому має подібні загальні риси: жалість, опіка, контроль, надмірна батьківська турбота, надзвичайна відданість або жорстоке поводження [15].

Загальновідомими є кілька форм неприйняття дитини з інвалідизацією у родині:

1. Безумовне неприйняття дитини. Зазвичай воно виникає в людей з несформованим батьківським інстинктом. Дитина може бути перешкодою

для досягнення цілей або для отримання задоволення від життя. Доволі часто такі батьки «прилаштовують» малюка до бабусь, рано віддають до дитячого садочка (ясел), направляють до шкіл з повним пансіоном або цілодобовим доглядом. 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 й 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. Внаслідок цього оточуючі, особливо мати, на підсвідомому рівні асоціюють з дитиною наявні проблеми та проєктують на неї своє ставлення до життя.

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

4. «Крижане» мовчання. Помилки дитини караються «крижаним» мовчанням, оскільки батьки помічають надто багато недоліків дитини, у родині міцно встановлюються байдужі відносини.

5. Повна безконтрольність. Діти доволі часто надані самі собі. У родині не встановлено межі поведінки, батьки не цікавляться душевним станом дитини. Найчастіше це явище виникає після розлучення, коли батьки зайняті налагодженням свого особистого життя.

6. Підміна духовної близькості матеріальними цінностями. Батьки виправдовують себе браком часу й необхідністю працювати задля загального сімейного щастя. В родинях, які виховують дітей з інвалідизацією, надається перевага опосередкованому спілкуванню. Тому численні форми безконтактної емоційної взаємодії є достатньо виправданими [1].

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

Згідно із системним підходом до типологізації прийняття дитини та батьківського ставлення, готовність батьків до повного її прийняття визначається такими кроками: дозволом бути такою, якою вона є; увагою до її почуттів і думок, умінням почути та зрозуміти; здатністю підтримати дитину, усвідомлюючи, що її цінності та система поглядів можуть не

збігатися з батьківськими; повагою до позиції дитини, вірою в її сили та можливості; готовністю ділитися власними цінностями і поглядами, створюючи дитині можливість розуміти інших; поблажливим і терплячим ставленням. Підґрунтям цього є безкорислива, істинна любов батьків до дітей, яка допомагає дорослим відмовитися від фіксації на слабкостях, недоліках, недосконалостях, спрямувати виховні зусилля на закріплення позитивних якостей особистості дитини та підтримку її сильних рис.

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

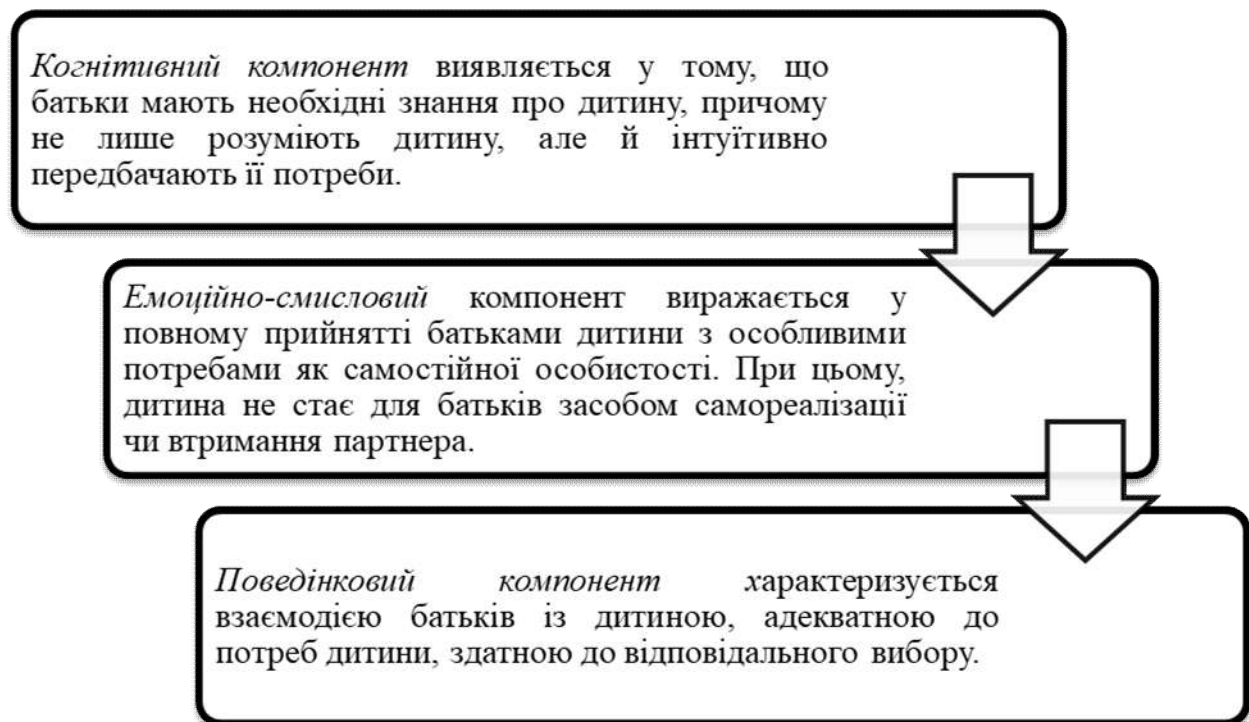


Рис. 2 Структурні компоненти особистісного прийняття дітей з особливими потребами

А. Варга та В. Столін, автори опитувальника батьківського ставлення (ОРО), у структурі батьківського психологічного прийняття дітей з особливими потребами виокремлюють такі складові:

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

2) «прийняття-нехтування» (інтегральне емоційне ставлення демонструє: чи поважають батьки індивідуальність дитини або ж уважають, що вона нічого не досягне у житті);

3) «авторитарна гіперсоціалізація» (спрямований контроль поведінки дитини, вияв батьківського авторитаризму);

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

Особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами можна розподілити на адекватні / неадекватні, суб'єктивні / об'єктивні. Під адекватним розуміємо прийняття дитини «такою, як вона є», адже саме близькі родичі повертають їй віру в сенс життя й саму себе, створюючи особливий психологічний клімат існування в родині. При адекватному прийнятті кожен успіх і досягнення дитини – це успіх усієї сім'ї. Неадекватне прийняття – це «відштовхування» дитини, негативне ставлення до неї. У батьків воно може виявлятися через роздратування щодо дитини, ігнорування її інтересів, оскільки вони є примітивними, а також бажання покарати малюка.

При суб'єктивному прийнятті дитина з особливими потребами постає як суб'єкт соціальних відносин, тобто як повноправний член суспільства. Ані батьки, ані найближче оточення не фокусуються на її інвалідності дитини, що є сприятливим фактором до подальшої адаптації в соціумі, а також сприяє поступовій еволюції ставлення суспільства до людей з обмеженими можливостями.

При об'єктивному прийнятті така дитина характеризується як особистість, віддалена від суспільства. Дослідник І. Скворцов стверджує, що об'єктивне ставлення батьків виявляється у бажанні «сховати» дитину від усіх, що, у свою чергу, зумовлює набуття неадекватної форми взаємодії з соціальним середовищем і виникнення комунікативних проблем та перешкод. Через це відносини з людьми у свідомості дитини асоціюються з чимось несприятливим, для неї характерні відстороненість, тривожність, агресія. Однією з проблем сім'ї, яка має дитину з особливими потребами, є сприйняття її як фактора, що порушує нормальну (усталену в суспільстві) функцію родини. Подальший розвиток сімейних відносин гармонізує або ще більше викривлює їх і відповідним чином впливає як на дорослих, так і на дітей. Тож батькам, як уважає вчений, треба бути усвідомлювати перебіг хвороби, перспективи психічного розвитку дитини та, зважаючи на це, будувати свої відносини в родині й поза її межами [15].

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 виявами любові до дитини та заохоченням її самостійності.
3. Здатні до співпраці з фахівцями та складати короткотривалі та довгострокові плани.

4. Здатні щось забороняти дитині.
5. У них є власні інтереси, що не пов'язані з дитиною.
6. Не виявляють стосовно дитини ні гіперопіки, ні надлишкової непотрібної суворості [21].

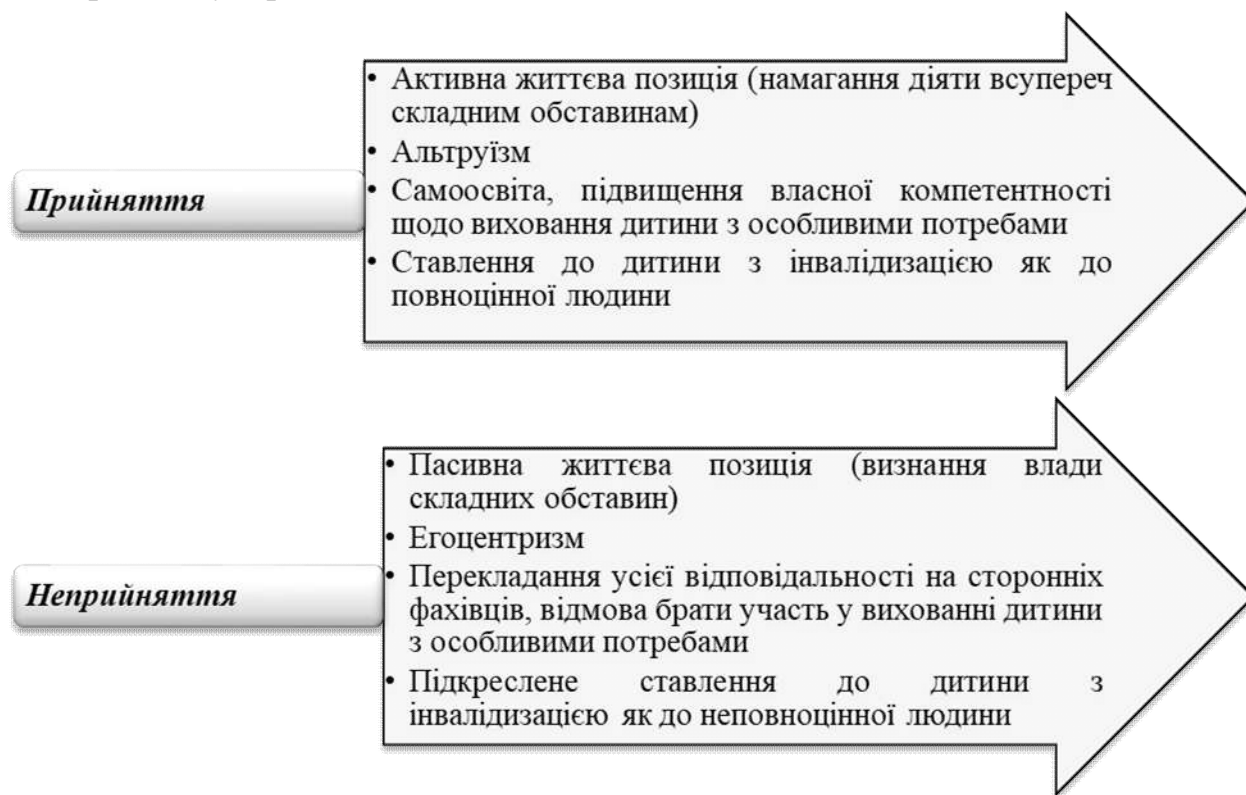


Рис. 3 Психологічні детермінанти «прийняття-неприйняття» батьками інвалідизації власної дитини

Слушним видається твердження Н. Хорнбі: «Деякі батьки проходять цей процес за кілька днів, у той час як іншим, щоб досягти сприятливого рівня адаптації, потрібні роки. Як і при інших серйозних втратах, середній час адаптації становить близько двох років. Проте декому з батьків необхідно більше часу; є й такі, що не досягають повної адаптації взагалі» [20].

Таким чином, під особистісним прийняттям ми розуміємо цілісну систему різноманітних почуттів до дитини та поведінкових стереотипів, що практикуються щодо неї, особливостей сприйняття й розуміння характеру дитини, її вчинків; визнання права дитини на індивідуальність, несхожість на інших, у тому числі на батьків. У ситуації з дитиною з особливими потребами це питання є актуальним, оскільки з її появою в межах особистісного прийняття або неприйняття формується психологічний та емоційний стан батьків, рівень спілкування в родині. Визнання або неприйняття особливостей дитини також зумовлює виховний вплив батьків і вибір ними моделі виховання.

## Список використаних джерел

1. Варга А.Я., Столин В.В. Опросник родительського отношения /А.Я. Варга, В.В. Столин. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [testoteka.narod.r/1/03.htmr](http://testoteka.narod.r/1/03.htmr).
2. Глуханюк Т. Допомога психолога сім'ї, де росте дитина з порушенням інтелекту /Т.Глуханюк. – [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., Голубева М.О., Джугля І.О. Психологічні особливості батьківського ставлення до дітей із особливими потребами / О.М. Макаренко, М.О. Голубева, І.О. Джугля // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – К., 2017. – № 1, 2 (35-36). – 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 / К. Мілютіна. – К.: Главник, 2007. – 144 с.
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 / Н.И. Олиферович, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента. – 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 / Е.А. Савина, О.Б. Чарова // Вопросы психологии. – М., 2002. – № 6. – С. 15-23.

14. Селигман М. Обычные семьи, особые дети: [пер. с англ.] / М. Селигман, Р. Дарлинг. – 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 / В.В. Ткачева // Дефектология. – 2010. – № 4. – С. 3-9.

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

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. –2011. – № 4. – С. 94-101.

21. Чухрій І.В. Суб'єктивне переживання матерів інвалідації дитини / І.В. Чухрій // Збірник наукових праць. Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К. – Т. XIV, част. 1.– 2012. – С. 388-396.

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). – С. 210-228.

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



**Гузь Наталія Василівна**

*м. Мелітополь*

*e-mail:nata.guz1824@gmail.com*

**Гузь Володимир Васильович**

*м. Мелітополь*

*e-mail:vv24.org@ukr.net*

**Дубяга Світлана Миколаївна**

*м. Мелітополь*

*e-mail:svetlana\_107@ukr.net*

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИНИ, ЩО ВИХОВУЄ ДИТИНУ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ, ЯК УМОВА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАРМОНІЙНОГО ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ**

Система освіти в Україні, як основа національного та духовного відродження суспільства, спрямована на реалізацію стратегічного завдання, що полягає у навчанні та вихованні всіх громадян, у тому числі й людей з особливими потребами, які здатні зберегти та примножити цінності національної культури й громадянського суспільства, розвивати та зміцнювати незалежну, соціальну, економічну та правову державу. Одним з результатів гуманістичного розвитку сучасного соціуму є впровадження інклюзивної освіти, психологічний супровід розвитку й навчання цієї категорії дітей, їх успішна соціальна адаптація та залучення до життя спільноти.

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю [14; 16; 21] визначає провідну роль сім'ї в забезпеченні права дітей з особливими потребами (далі – дітей з ОП) на навчання, наголошуючи, що саме родина є природним й основним осередком суспільства та має право на державний захист. Концепція сімейного виховання дитини з відхиленнями в розвитку має основну мету – досягнення гармонійного психологічного простору родини з нестандартною дитиною, максимального розвитку її потенційних можливостей і забезпечення успішної інтеграції в суспільство.

Особи з особливими потребами та члени їх сімей повинні отримувати необхідний захист і допомогу, які надають їм змогу зробити внесок у справу повного й рівного користування правами. Безумовно, залучення батьків дітей з ОП є важливим чинником забезпечення якості процесу інклюзивного навчання [12].

У Концепції родинного виховання наголошується: «Сучасна сім'я має стати головною ланкою у вихованні дитини, забезпечити їй належні матеріальні та педагогічні умови для фізичного, морального і духовного розвитку». З огляду на це, родина є найважливішою системоутворюючою детермінантою в соціокультурному статусі дитини, яка визначає її подальший психофізичний та соціальний розвиток. Якщо аналізувати сім'ю, яка виховує дитину з порушеннями розвитку, то гармонійна внутрішньосімейна атмосфера постає ще і як корекційно-розвиваюче середовище.

У Законі України «Про загальну середню освіту» та методичних рекомендаціях Міністерства освіти і науки України щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами в закладах освіти у 2019-2020 навчальному році окреслено основні положення стосовно організації інклюзивного навчання у закладах освіти [8].

Інклюзивне навчання передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям, сприяло дотриманню прав і добробуту кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Не дивлячись на те, що заклади освіти забезпечують сприятливі умови для досягнення рівних можливостей і повної участі, для їх ефективної діяльності необхідні спільні зусилля не лише вчителів і адміністрації школи, а й батьків, членів родин [5]. Побудувати повноцінне інклюзивне освітнє середовище без активної участі сім'ї неможливо.

Народження дитини з проблемами розвитку найчастіше є психологічною травмою для батьків. Процес переживання батьками моральної травматизації від усвідомлення статусу здоров'я дитини, подолання кризового стану відбувається в кожній родині індивідуально та може набувати негативних наслідків. Проблеми, які виникають у батьків у процесі прийняття дитини з ОП, провокують розвиток у малюків дисгармонійних форм взаємодії з соціальним середовищем та формують дезадаптивні характерологічні риси особистості. Тому поряд з формуванням у дітей з особливими потребами нових умінь та навичок адаптації, соціалізації, постає питання психолого-педагогічного супроводу не тільки дитини, а й сім'ї як основного стабілізуючого фактора її адаптації.

Все це в сукупності зумовлює необхідність надання сім'ям, які виховують дитину з ОП, психолого-педагогічної допомоги, насамперед розробки конкретних форм психолого-педагогічної та психокорекційної допомоги, які сприятимуть гармонійному входженню дитини в соціальний простір. Реалізація комплексного підходу щодо визначеної допомоги таким родинам дозволить вирішити поставлене завдання через оптимізацію

внутрішньосімейної атмосфери, гармонізацію міжособистісних відносин (подружніх, «батьки-діти», «діти-батьки»), супроводу дитини в закладі освіти, діалогових і партнерських відносин «фахівці-батьки».

Дослідженням сутності та специфіки інклюзивної освіти, методологічних основ її впровадження в закладах освіти займалися: В. Бойко, Г. Бурова, О. Василенко, Г. Давиденко, М. Захарчук, С. Іноземцева, М. Малік, Н. Назарова, К. Островська, О. Рассказова, Т. Скорик. Питання модифікації освітнього середовища в інклюзивних умовах початкової школи та організація роботи з батьками й фахівцями для вдосконалення практики навчання, виховання та корекції розвитку дітей з особливими освітніми потребами та без них висвітлено в працях С. Акішиної, Л. Будяк, Л. Вавіної, І. Калініченко, Т. Скрипник, О. Чеботарьової. Проблеми соціалізації дитини в суспільстві, процеси її соціально-психологічної реабілітації та інклюзії розглядали Н. Синягіна, К. Тельмінова, В. Ткачова, О. Уточкіна, а до питань спеціальної та корекційної психології й педагогіки звертались Т. Вісковатова, Т. Скрипник, А. Шевцов.

Переживання батьками народження дитини з особливостями розвитку досліджували такі науковці, як В. Райт, Н. Дуккан, Л. Дрокар. Проблема вивчення взаємодії в сім'ях, що виховують дитину з ОМЗ та функціональними розладами, привертала увагу численних дослідників, з-поміж яких: А. Душка, Т. Сак, В. Синьова, О. Хохліна, Г. Хворова, А. Чуприкова. Л. Шипина О. Агавелян, Р. Майрамян, М. Семаго. У свою чергу, Л. Борщевська, Л. Зіброва, І. Іванова, Т. Комар вивчали вплив психологічного клімату в сім'ї на виховання дитини. Стадії пристосування родини до народження хворої дитини виокремили О. Агавелян, О. Комарова, В. Юртайкін. Проблеми адаптації родини до виховання дитини з особливими потребами досліджувала Л. Кислян. На необхідності наукового вивчення таких родин і на розробці корекційних заходів, призначених для надання їм конкретної допомоги наголошували М. Певзнер, Е. Мастюкова, І. Мамайчук, Л. Кіреєва. Вивченню специфіки особистісної саморегуляції дорослих, які мають розумово відсталих дітей, особливостей психокорекційної роботи з цією категорією осіб присвячено праці М. Радченко, психологічним проблемам сімей, які виховують дітей з особливими потребами, досвіду батьків у подоланні кризових ситуацій та психологічної ізоляції – Л. Гриценко, Т. Ілляшенко, Г. Ком'ячної, І. Осетрової, О. Романенко, Н. Скрипки, О. Царькової. Формування самосвідомості батьків, які переживають психотравмуючу ситуацію, розглядала Е. Тиха. Деструктивні батьківсько-дитячі стосунки в таких родинях, появу в батьків різних соматичних захворювань, астеничних та вегетативних розладів, депресивної

симптоматики вивчали В. Вишневський, Р. Майрамян, І. Мамайчук. Аналіз різних аспектів проблем сім'ї з дітьми з відхиленнями в розвитку здійснено у працях Н. Мазурової, Г. Мішиної, А. Московкіної, А. Співаковської, В. Ткачової та інших. Разом із тим досі актуальним залишається розв'язання важливого питання комплексного професійного психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей з особливостями розвитку.

Метою нашого дослідження є теоретичне вивчення основних аспектів психолого-педагогічного супроводу родини, яка виховує дитину з особливими освітніми потребами як умови забезпечення гармонійного інклюзивного освітнього середовища початкової школи.

Результати дослідження останніх років засвідчують збільшення кількості родин, які виховують дітей з особливими потребами. Ця тенденція вимагає розв'язання питання щодо створення ефективної фахової допомоги цій категорії сімей. Пріоритетним напрямком в освітній політиці держави сьогодні є інклюзивна освіта. В Україні станом на 01.01.2018 року проживає 7,6 млн. дитячого населення, з яких упродовж 2018-2019 навчального року 37,7 тис. навчаються в спеціальних закладах загальної середньої освіти, 15,8 тис. – у санаторних школах і лише 11,8 тис. охоплені інклюзивним навчанням у звичайних школах [12].

Розбудова системи інклюзивного навчання вже багато років перебуває у фокусі держави та суспільства. Міністерством освіти і науки України питання включення дітей з особливими освітніми потребами до спільноти висвітлено в Концепції освітньої діяльності Нової української школи [26, с. 4].

Законодавчими документами щодо запровадження інклюзивної освіти стали: розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Плану заходів щодо запровадження інклюзивного та інтегрованого навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на період до 2012 року» та накази Міністерства освіти і науки України «Про затвердження плану дій щодо запровадження інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на 2009–2012 роки», «Про затвердження Концепції розвитку інклюзивної освіти», «Про затвердження Положення про спеціальні класи для навчання дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітніх навчальних закладах», положення «Національної стратегії розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки», «Національної стратегії у сфері прав людини» [1, 2, 12, 15, 24]. Станом на сьогодні Міністерство освіти і науки також винесло на громадське обговорення Національну стратегію розвитку інклюзивної освіти на 2020-2030 роки [11].

В основу освітніх інновацій покладено концепцію «цілісного підходу»,

яка відкриває шлях до реалізації прав і можливостей кожній людині та, насамперед, передбачає рівний доступ до здобуття якісної освіти. Відбувається перехід від ізоляції до інклюзії, яка поєднує в собі поняття комплексності, предметності й визнається вченими та практиками як принцип організації процесу навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітніх закладів [5; 12]. Цей інтегративний принцип історично закладено ще у «Всесвітній декларації прав людини», ухваленій у 1948 році. З того часу апробовано три моделі інклюзивної освіти: медичну, нормалізаційну та соціальну. У зв'язку з ратифікацією Україною «Конвенції ООН про права дитини» (1989), «Всесвітньої декларації «Освіта для всіх»» (1990), «Саламанської Декларації» (1994), «Дакарської Декларації» (2000) інклюзивна освіта набула загального визнання й поширення [1, 12; 14].

Дитина з особливими освітніми потребами (далі ООП) – це дитина, яка потребує додаткової постійної або тимчасової підтримки в освітньому процесі школи [12].

Сучасний етап розвитку спеціальної педагогіки та психології характеризується пошуком нових шляхів соціальної адаптації дітей з психічними та фізичними проблемами. Значних успіхів у соціалізації дитини з ОПП може бути досягнуто лише за активної участі в цьому процесі сім'ї [5; 22]. Тому поряд із цим питанням постає проблема адаптації родини до нових обставин, що містять у собі виховання та навчання дитини з особливими потребами.

Велика кількість сімей, у яких виховуються діти з відхиленнями в розвитку, живуть із тягарем численних проблем, не кожен батько чи мати виявляються здатними прийняти недугу дитини, адекватно реагувати на постійно виникаючі труднощі. Одні батьки повністю долають нову життєву ситуацію, інші – зупиняються на етапі усвідомлення діагнозу, залишаються в соціальній ізоляції, потребуючи підтримки фахівців [5].

Хронічна стресова ситуація здійснює негативний вплив на психіку батьків та ускладнює їхнє ставлення до дитини. Важливим є наявність у членів родини таких якостей як стресостійкість, саморегуляція, саме вони необхідні для збереження емоційної стійкості, розвитку адаптаційного потенціалу та підтримки дитини. Відсутність цих якостей призводить до ізоляції від соціуму та подальшої нездатності батьків здійснювати виховання та соціальний супровід власної дитини протягом всього життя, взаємодіяти з фахівцями різного рівня.

Тому роботу з родинами дітей з особливими потребами неможливо чітко організувати без всебічного вивчення проблем сім'ї, родинно-дитячих

відносин як наслідок гармонізації та оптимізації внутрішньо-сімейних стосунків у родині, адже саме в сім'ї задовольняється значна частина потреб дитини щодо захищеності, любові, емоційної підтримки, приналежності тощо.

Важливо зазначити, що батьки, які виховують особливу дитину, стикаються не тільки з медичними, юридичними, економічними та професійними, а й з педагогічними та психологічними проблемами. Вони схильні відчувати власну провину за хворобу дитини, неадекватно оцінювати стан психічного розвитку, поведінкових реакцій дитини.

Традиційно проблеми сімей, які виховують дітей з особливими потребами, розглядають винятково крізь призму проблем малюка. У більшості випадків допомога обмежується консультаціями з питань навчання та виховання. Але при цьому з поля зору випускається дуже серйозний аспект – емоційний стан самих батьків. Для того, щоб допомогти їм, важливо спробувати зрозуміти, що відбувається з людиною, коли з'являється дитина з особливостями психофізичного розвитку і як це впливає на життя.

Перші дослідження проблем емоційної сфери батьків, які мають дітей з ОП, належать закордонним авторам. Так, М. Стоун описав проблеми сімей, які виховують дитину з порушеннями психофізичного розвитку, визначив види стресів таких родин, виокремивши насамперед фінансовий, емоційний і фізичний [7].

Життєві цілі членів такої родини різко порушуються або деформуються, у них формується комплекс «власної неповноцінності» [17]. Вивченням психотравмуючого впливу порушення розвитку дитини на психіку та поведінку батьків, дослідженням деструктивних батьківсько-дитячих стосунків у родинях займалися також В. Вишневський, Р. Майрамян, І. Мамайчук. Автори підкреслюють наявність у матерів дітей, які мають порушення розвитку, різних психологічних і психосоматичних проблем, а саме: вираженого афекту туги, синдрому тривожної депресії, виснаження та сильної втоми, неврозів, головних болей, нудоти, коливань артеріального тиску, психогенного свербіжу, порушень менструального циклу, частих застуд та алергій, серцево-судинних та ендокринних захворювань тощо [7].

Досить однотайно описують загальні характеристики батьківських реакцій такі дослідники, як: Д. Ісаєв, Є. Мастюкова, А. Московкіна, В. Ткачова, Л. Шипіцина, В. Сорокін, О. Царькова. До найбільш поширених відносять: заперечення, відкидання, гнів, почуття провини, емоційну дезадаптацію тощо. Дослідники зазначають, що ірраціональний страх за дитину доповнюється ірраціональним почуттям провини перед нею. Здебільшого почуття провини переживають матері. Певною мірою воно поширюється і на чоловіка.

Простежуючи переживання батьками трагедії народження дитини з порушенням у психофізичному розвитку, різні дослідники (Райт, Дуккан, Дрокар) дійшли спільного висновку щодо закономірної зміни їхніх емоційних станів на шляху до адаптації. Ці стани характерні для переживання будь-якого горя. Проте почуття батьків дитини з особливими потребами розтягуються надовго, вони надзвичайно виразні.

В. Сорокін наводить дані про те, що у більш ніж 70 % матерів дітей з аномаліями розвитку простежується надзвичайно амбівалентне ставлення до власної дитини. Суперечливість якого виявляється в тому, що дитина одночасно розглядається і як об'єкт любові, і як джерело страждань. Останнє, за оцінкою більшості матерів, є причиною періодичних нападів роздратування щодо дитини. Також мати відчуває немотивовану тривогу за малюка, постійну присутність якоїсь небезпеки. Третина матерів зазначає, що поступово формується почуття сорому стосовно власної дитини, яке провокується за рахунок недобррозичливого ставлення оточуючих. Почуття сорому та провини перед дитиною зумовлюють переживання неповноцінності себе як матері. І доволі часто виявляється, що в більшості випадків батькам необхідна кваліфікована психологічна допомога, яка могла б запобігти на ранніх стадіях формуванню та фіксації неадекватних стилів ставлення до хворої дитини, що ускладнює процес її психічного розвитку більше, ніж саме захворювання [25].

Все це може призвести до негативної психологічної атмосфери в сім'ї, надмірної невротизації батьків і дітей. Як наслідок, у родині відбуваються якісні зміни: психологічні (продовжений стрес); соціальні (втрата колишніх контактів, друзів, колег, спілкування) і соматичні (психогенний стрес матері провокує соматичні захворювання) [19]. Ці чинники деформують психіку всіх членів сім'ї, ускладнюють соціальну адаптацію дитини та реабілітаційну роботу.

Вивченню процесу адаптації до стресу родин, які мають дітей з порушеннями розвитку, учені надають особливого значення. Детальну періодизацію кризових станів емоційної сфери батьків запропонував Е. Шухардт:

1. Невизначеність (стан панічного жаху перед невідомим, шок, відчуття краху «нормального» життя).
2. Визначеність (суперечність між розумінням проблеми на раціональному рівні та заперечення її існування на емоційному).
3. Агресія (поява негативних почуттів, емоційних спалахів, гніву).
4. Активна, безрезультативна, хаотична діяльність (нераціональні спроби опанувати безвихідь ситуації, пошук чудодійного зцілення).



5. Депресія (відчуття апатії, втоми, безвихідності, спустошеності, відчаю).

6. Прийняття проблеми (віднаходження нового сенсу життя).

7. Активізація (прийняття проблеми, розкриття внутрішнього потенціалу, активна побудова та реалізація життєвих планів).

8. Солідарність (створення об'єднань з іншими батьками, які мають аналогічні проблеми) [7].

Г. Мішина, досліджуючи особливості батьківсько-дитячих стосунків, наголошує на наявності шести неадекватних моделей співпраці батьків з дитиною, серед яких: ізольованість, передбачувана взаємопов'язаність, мовленнєва взаємопов'язаність, «мовчазна співприсутність», «вплив і взаємовплив», активний взаємозв'язок [7].

Проблеми дисгармонійності родинної атмосфери, неконструктивність моделей дитячо-батьківських взаємин, неадекватність стилів виховання дітей з відхиленнями у розвитку зумовлюються характером і ступенем вираженості порушень у дитини, їх незворотністю, тривалістю; особистісними якостями батьків, їхніми психологічними особливостями; родинними ціннісними орієнтаціями; ступенем освіченості батьків; соціальним середовищем й умовами, які перешкоджають реалізації батьками своїх виховних завдань тощо [19].

У сім'ях із неприйняттям дитини з ОП ставлення батьків характеризується її емоційним відштовхуванням, невмінням створювати ситуацію спільної діяльності, неадекватним стилем виховання, недостатньою потребою спілкування з дитиною, відсутністю взаємодопомоги, наявністю деструктивних настанов.

Найпоширенішими помилковими настановами батьків є такі:

- неприйняття ситуації («За що мені таке?!»);
- перенесення провини на дитину («Безпорадна істота! Стільки сил, грошей – усе безрезультатно!»);
- пошук винних («Це все твоя «гнила» кров!»);
- фальшивий сором («Мені неприємно та соромно, що в мене «ненормальна» дитина»);
- синдром жертви («У мене немає життя!»);
- комплекс провини («Це мене Бог покарав! Мій борг – спокутувати провину»);
- самоприниження («Я завжди була нещаслива. Тільки зі мною може таке трапитися!»);
- манія «особливості» («Наша родина особлива, не така, як усі»);
- споживацькі потреби («Нам повинні всі йти назустріч – у нас таке горе!»);

– «убивча» жалість («Ця дитина така безпорадна! Вона нікому не потрібна такою. Без мене вона загине!») [9, с. 22–24].

Наявність таких настанов призводить до погіршення родинного клімату, зациклювання на власних проблемах, до почуття безвиході, створює напружену емоційну атмосферу, підштовхує до непродуманих вчинків, порушує взаємини між членами сім'ї, ускладнює ситуацію соціалізації дитини, виключає співпрацю та підтримку, демонструє небажання батьків допомогти дитині.

Функціонування родини, яка виховує дитину з особливостями розвитку, має низку особливостей і проблем. Серед них: вплив сім'ї на стан хворої дитини та вплив самої дитини на психологічний клімат у родині.

Дослідники виокремлюють такі критерії адаптації батьків до умов життя, ускладнених інвалідністю дитини: соціально-психологічний стан батьків; соціокультурна адаптованість; адекватність батьківсько-дитячих взаємовідносин; реабілітаційний потенціал батьків [2; 12; 22].

О. Агевелян, В. Юртайкін, О. Комарова зазначають, що існує кілька стадій пристосування сім'ї до такої ситуації:

– стадія шоку, агресії, відмови від усвідомлення факту. Батьки шукають винного в трагедії, звинувачуючи одне одного чи лікарів; іноді агресію спрямовують на новонародженого, зростає емоційна напруга;

– стадія скорботи за здоровою дитиною, якої немає. Батьки починають усвідомлювати свою відповідальність, однак відчують себе безпорадними в питаннях догляду, виховання дитини, звертаються до спеціалістів;

– стадія адаптації: батьки «прийняли» ситуацію, починають будувати життя з урахуванням того, що в сім'ї дитина з особливими потребами. У дорослих зменшується почуття жалю, скорботи, посилюється інтерес до навколишнього світу, подій.

Безперечно, для більшості сімей адаптація є умовною, адже вони продовжують жити в умовах стресу, дорослішання дитини приносить нові проблеми тощо [19].

Структура та функції сім'ї змінюються впродовж часу. У зв'язку з цим необхідно враховувати основні стадії (періоди) життєвого циклу. Дослідники Є. Холостова та В. Мошняга виокремлюють такі періоди життєвого циклу родини, яка виховує дитину з особливостями розвитку:

1. Народження дитини: отримання інформації про патологію розвитку, емоційне звикання, інформування найближчого оточення.

2. Шкільний вік: прийняття рішення про форму отримання дитиною освіти та позашкільної діяльності, переживання реакцій однолітків.

3. Підлітковий вік: звикання до хронічної природи захворювання дитини, виникнення проблем, пов'язаних із сексуальним усвідомленням, ізоляцією від однолітків, плануванням майбутнього.

4. Період «випуску» з сімейного «гнізда»: визнання постійної відповідальності за долю дитини, прийняття рішення про місце її проживання.

5. Постбатьківський період: перебудова стосунків між чоловіком і дружиною. Якщо дитина почала проживати окремо – взаємодія з її новим оточенням, спеціалістами з реабілітації [19; 22].

У життєдіяльності таких сімей має місце низка закономірностей:

а) порушення взаємодії з соціумом (рідні, знайомі, лікарі, педагоги та інші фахівці), замикання у своїй родині, неадекватна реакція на лікарські та педагогічні рекомендації, конфронтація з дитячими дошкільними установами;

б) порушення внутрішньосімейних відносин, особливо подружніх. Як правило, у цьому випадку позиція батька змінюється сильніше: він болючіше переживає те, що його дитина хвора, і знаходиться в ситуації «занедбаного»;

в) порушення репродуктивної поведінки, характерної для цього типу родини: у разі навіть незначного ризику народження дитини з тією ж патологією, подружжя приймає рішення не мати більше дітей, і навпаки;

г) формування невірних налаштувань на лікування та виховання дитини. Незворотність діагнозу й наслідки, які з нього витікають, приймаються не всіма батьками та не одразу [4].

Сім'ї по-різному ставляться до проблеми захворювання дитини. Якщо всі члени родини приймають проблему, конструктивно вирішують складні ситуації, намагаються ефективно спілкуватися, мають позитивне ставлення до дитини та до себе, готові прийняти допомогу, то все це сприяє створенню зони комфортного особистісного розвитку дитини та поступово актуалізує в неї потенціал до власної життєдіяльності.

Ставлення батьків до дітей з особливими потребами в цілому має такі загальні риси: жалість, опіка, контроль, надмірна батьківська турбота, надзвичайна відданість, або ж має суперечливий характер і супроводжується емоційним відштовхуванням хворої дитини, що може виявлятися навіть у жорстокому поводженні з нею [7].

Поняття «батьківське ставлення» має загальний характер, вказуючи на взаємний зв'язок, приналежність, залежність і містить суб'єктивно-оцінне та свідомо-вибіркове уявлення про дитину, що в цілому визначає особливості її сприйняття, спосіб спілкування, характер, дії. Як правило, у структурі батьківського ставлення вирізняють 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 [20].

Вияви взаємного ставлення більш тісно пов'язані з емоційними переживаннями, тому порушення емоційного зв'язку між батьками та дітьми може призводити до формування стійкого емоційно-негативного тла у взаєминах, труднощів взаєморозуміння, тобто стосунки батьків із дитиною, яка має особливі потреби, можуть бути, з одного боку, тісними, близькими, дружніми, з іншого – далекими, ворожими, «холодними». При віддаленні від полюса теплих взаємин з'являється «зона психічних негараздів».

Залежно від типу внутрішньо-сімейних стосунків і стилю сімейного виховання, родини, які мають дітей з особливими потребами, диференціюються на чотири групи.

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 родина 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 висувають підвищені вимоги до медичного обслуговування, намагаючись у такий спосіб компенсувати власний психологічний дискомфорт. Саме у цих сім'ях зустрічається явище прихованого алкоголізму батьків. Родина такого типу сприяє формуванню в особистості дитини емоційної неврівноваженості, високої тривожності, нервовопсихічного напруження, комплексу неповноцінності, беззахисності, невпевненості в собі.

Третя група – стиль співробітництва, конструктивні та 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 вияви її самостійності, налагоджують контакти із зовнішнім світом. За таких умов у дитини з інвалідністю розвивається почуття захищеності, впевненості у собі, потреби в активному встановленні

міжособистісних відносин 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 до дотримання певних правил, а при відмові – можливі й фізичні покарання. У такій сім'ї в дитини формується афективно-агресивна поведінка, плаксивість, підвищена збудливість, дратівливість [4].

Підсвідомо, від потреби знайти канал для коригування негативних емоцій, батьки шукають причини свого нещастя та легко знаходять винних, звинувачуючи один одного. Дитина стає причиною сімейних конфліктів, між подружжям може настати відчуження. Непереборне почуття сорому може бути причиною того, що родина починає жити ізольовано. Відчуття самотності, втома від постійного й безуспішного пошуку способів зцілення дитини, виснажливий догляд за нею та зречення від власних потреб та інтересів провокує депресію у батьків.

Проблемою ізоляції сім'ї в суспільстві, а саме відсутності соціального мотиву спілкування, займались Б. Грут, К. Хоуч, Д. Грей, І. Іванова. Фізичне та психічне виснаження мають руйнівний вплив і, як наслідок, можлива хронічна втома, різні соматичні захворювання (К. Островська, Т. Лоуренс, І. Іванова, В. Вишневський, Р. Майромян, Н. Уолтон, Г. Саліван).

Адаптація родини до складних обставин може бути пролонгованою та мати деструктивні наслідки: конфліктність, відсутність скоординованих дій, суперечливість вимог до дитини тощо. Виявляються й такі сім'ї, які ізолюють дитину від оточуючих, позбавляють кваліфікованої допомоги, у зв'язку з чим вона не має мінімальних навичок і вмінь самообслуговування.

Основними завданнями батьків, що виховують дитину з обмеженими можливостями, є відновлення її емоційного статусу, формування навичок взаємодопомоги, вироблення оптимістичної лінії розвитку сина або доньки, налагодження контактів з іншими родинами, які мають схожі проблеми, й особистісне пристосування до дитини, яка має особливості розвитку.

Таким чином, актуальним питанням сьогодення є проблема здійснення психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дитину з особливими потребами. Це надасть змогу розв'язувати психологічні, педагогічні, соціальні проблеми, які виникають у сім'ї.

Організація інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти здійснюється командою психолого-педагогічного супроводу відповідно до наказу Міністерства освіти і науки України № 609 від 08 червня 2018 року «Про затвердження Примірного положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми

потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти» [10]. Це документ визначає основні принципи, завдання та функції, а також порядок організації діяльності команди психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами (далі – Команда супроводу), які здобувають освіту в умовах інклюзивного навчання. Склад Команди супроводу визначається з урахуванням освітніх потреб дитини з ООП.

До складу Команди супроводу входять

- постійні учасники: директор або заступник директора з навчально-виховної роботи, вчитель початкових класів (класний керівник), вчителі, асистент вчителя, практичний психолог, соціальний педагог, вчитель-дефектолог (з урахуванням освітніх потреб дитини з ООП), вчитель-реабілітолог та батьки або законні представники дитини з ООП тощо;
- залучені фахівці: медичний працівник закладу освіти, лікар, асистент дитини, спеціалісти системи соціального захисту населення, служби у справах дітей тощо.

Команда супроводу виконує наступні завдання:

- збір інформації про особливості розвитку дитини, її інтереси, труднощі, освітні потреби на етапах створення, реалізації та моніторингу виконання індивідуальної програми розвитку (далі – ІПР);
- визначення напрямів психолого-педагогічних і корекційно-розвивальних послуг, що можуть бути надані в межах закладу освіти на підставі висновку ІРЦ, та забезпечення надання цих послуг;
- розроблення ІПР для кожної дитини з ООП та моніторинг її виконання з метою коригування й визначення динаміки розвитку дитини;
- надання методичної підтримки педагогічним працівникам закладу освіти з організації інклюзивного навчання;
- створення належних умов для інтеграції дітей з ООП в освітнє середовище;
- проведення консультативної роботи з батьками дітей з ООП щодо особливостей їх розвитку, навчання та виховання;
- проведення інформаційно-просвітницької роботи у закладі освіти серед педагогічних працівників; батьків і дітей з метою недопущення дискримінації та порушення прав дитини; формування дружнього й неупередженого ставлення до дітей з ООП. Створення Команд супроводу допомагає об'єднати зусилля батьків, педагогів і фахівців інклюзивно-ресурсних центрів для соціальної адаптації дітей [10].

З метою налагодження партнерських стосунків між батьками та всіма фахівцями, психолого-педагогічний супровід родини, що виховує дитину з особливими потребами, має бути спрямований на створення соціально-

психологічних умов, які сприятимуть емоційному добробуту дитини як у закладі освіти, так і в родині.

На жаль, сьогодні ще не сформовано чітку методикау надання психолого-педагогічних послуг батькам дітей з особливими потребами. Чинна в Україні система медичного та психологічного обслуговування не розрахована на надання батькам первинної психологічної та психотерапевтичної допомоги, консультації стосовно ставлення до хвороби чи порушення розвитку дитини, повної інформації про її наслідки для дитини й сім'ї [13; 20].

Основне завдання роботи з батьками дитини з особливими потребами полягає в тому, щоб допомогти змінити їхнє ставлення до порушення розвитку власної дитини шляхом подолання емоційної напруги, хронічної втоми, для прийняття дитини, проходження усіх стадій адаптації. Компетентне батьківство та внутрішній стан усіх членів родини є надзвичайно важливими факторами, що сприятимуть повноцінному розвитку дитини, попередять вторинні проблеми та покращать рівень функціонування дитини.

Досвід роботи свідчить, що сім'я, у якій виховується дитина з особливостями психофізичного розвитку потребує особливої уваги. І це мають усвідомлювати адміністрація школи, педагоги та психологи, оскільки успішність інклюзивного навчання значною мірою визначається взаєминами, які склалися в сім'ї. Якщо в родині панує оптимістичний настрій, то впевненість у своїх силах і можливостях матиме й дитина. Активізація діяльності батьків і формування в їхній свідомості потреби в наданні допомоги дитині є основним механізмом, що сприяє гармонійній адаптації дитини.

Основними напрямками в роботі з батьками є:

- 1) інформаційне забезпечення;
- 2) диференційована психолого-педагогічна підтримка;
- 3) гармонізація сімейних стосунків;
- 4) допомога в пошуку адекватних способів подолання труднощів, прихованих ресурсів;
- 5) корекція психічних станів членів родини;
- 6) корекція дитячо-батьківських стосунків;
- 7) допомога в адекватній оцінці можливостей дитини (як фізичних, так і психологічних).

У процесі проведення психолого-педагогічних заходів постійно розширюються знання батьків про психофізичні особливості дитини, підвищується їхня педагогічна компетентність, виховний потенціал сім'ї.

Вони також опановують практичні навички, що дозволяють їм методично правильно спілкуватися з дитиною й ефективно піклуватися про неї.

Основні завдання роботи психолога з родиною, яка виховує дитину з особливими потребами, мають бути спрямовані на допомогу у виборі правильної тактики виховання; навчанні дитини певних навичок; інформування про вікові й індивідуальні особливості дитини через порушення розвитку; допомогу в адекватному оцінюванні можливостей дитини; гармонізацію внутрішньосімейних взаємин; розв'язання особистісних проблем членів сім'ї, спричинених появою дитини з відхиленнями в розвитку; складання стратегії соціальної поведінки в типових стресових ситуаціях.

На успішне подолання батьками різних деструктивних станів налаштовані різні форми психологічної роботи з ними: профілактична, діагностична, консультативна, корекційна.

З огляду на це, провідним завданням психологічної роботи з такими родинами є: допомога батькам пережити травму, ознайомлення їх з особливостями виховання й розвитку дитини, допомога зробити їх свідомими й повноправними учасниками реабілітації дитини, повірити в її природний потенціал, допомогти в процесі самоствердження та самореалізації. Вивчення емоційного стану батьків, які виховують дітей з відхиленнями в психофізичному розвитку, сприяє розробці стратегії психологічної допомоги щодо взаєморозуміння та покращення стосунків в таких сім'ях.

Систематична та комплексна робота психолога з родиною сприяє формуванню позитивної виховної моделі «співробітництво». Корекція світовідчуття та гармонізації самосвідомості можуть стати поштовхом до якісних змін у ставленні батьків до особливої дитини. Лише за умови відкритої безкорисливої, істинної любові батьків до дитини, беззаперечного прийняття, віри в її сили та можливості, уваги до її почуттів, думок та інтересів, терпимості, урахування позитивних якостей особистості дитини, підтримці її сильних сторін, довірливому спілкуванні, відповідальності та взаємодопомозі можливе створення родинної атмосфери, у якій дитина з ОП відчуватиме надійну основу для подальшого становлення та функціонування в непростому дорослому житті.

До обов'язків шкільної адміністрації належить ознайомлення батьків з їхніми правами й обов'язками. Однак батькам дитини з особливими освітніми потребами варто зважати на те, що успіхи майбутнього школяра значною мірою залежать від їхньої участі в процесі інтегрування їхньої дитини в середовище однолітків. Підтримка батьків є неоціненною, оскільки лише вони можуть попередити про завищені або занижені вимоги до знань,



сповістити про відсутність належних умов перебування в дитячому колективі, про емоційну напругу, тривогу тощо.

Налагодження партнерських стосунків між батьками та всіма фахівцями, які працюють у навчальному закладі та надають допомогу дитині з порушенням психофізичного розвитку, є першочерговим завданням інклюзивної освіти [15].

Психологічний супровід такої родини має бути спрямований на створення соціально-психологічних умов для емоційного добробуту сім'ї, де зростає дитина з особливими потребами. Виховна ефективність може відбуватися лише за умов емоційної стабільності батьків, після їхнього примирення з хворобою дитини й відкритті в собі особистих ресурсів, відчуття щастя і задоволеності життям.

Участь у відкритих психотерапевтичних групах має на меті успішність розв'язання проблем батьків і безпосередньо пов'язана з цілеспрямованою соціальною, психологічною та соціально-педагогічною роботою, котра охоплює:

- розширення контактів родини, подолання ізоляції, залучення її до громадського життя;
- надання адекватної інформації про специфічні потреби й перспективи розвитку дитини, сприяння в організації комплексної діагностики та раннього початку освітнього процесу;
- надання повноцінної інформації про соціальні інститути допомоги, сприяння фахівцям у складанні освітнього й реабілітаційного маршруту на основі індивідуальної програми розвитку дитини;
- налагодження сімейного мікроклімату;
- організація психологічної підтримки батьків [2, с. 103].

Найважливішим кроком допомоги дитині є батьківська акцептація, особливістю якої є те, що батьки люблять свою дитину такою, як вона є, і не приховують цього від неї (безумовна любов до дитини), визнають дитину як особистість, поважають її потреби та визнають автономію.

До роботи з сім'єю, що виховує дитину з особливими потребами, слід підходити з урахуванням гуманістичних позицій, орієнтувати батьків на випереджаючу підготовку дитини до життя, виробляти уміння мислити категоріями майбутнього, формувати позитивні перспективи її розвитку.

Отже, мета діяльності команди психолого-педагогічного супроводу полягає в тому, щоб батьки усвідомили, що вони не самотні у своїх труднощах, поруч є кваліфіковані спеціалісти, які готові в будь-яку хвилину прийти на допомогу.

Узагальнюючи результати дослідження можна зазначити, що систематична допомога сім'ям, які виховують дітей з особливими потребами, та запровадження комплексного підходу в наданні таким родинам фахової психолого-педагогічної допомоги можливе через оптимізацію внутрішньосімейної атмосфери, гармонізацію міжособистісних, подружніх, батьківсько-дитячих стосунків.

Психолого-педагогічний супровід сімей, які виховують дитину з особливостями розвитку, сьогодні займає важливе місце в системі інклюзивної освіти й охоплює взаємопов'язані напрямки: навчально-просвітницький та психолого-педагогічний. Підґрунтям цього супроводу є всебічне вивчення та задоволення потреб таких родин, принцип конфіденційності, психологічної довіри, гуманного та чуйного ставлення до членів сім'ї. Через оптимізацію внутрішньосімейної атмосфери, гармонізацію міжособистісних відносин розв'язується проблема диференціальної допомоги дитині з особливими освітніми потребами.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів розглянутої проблеми. Перспективу подальших наукових пошуків вбачаємо в аналізі, узагальненні й адаптації методики психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дитину з особливими потребами, в умовах інклюзивного освітнього простору початкової школи.

### **Список використаних джерел**

1. Демченко І.І. Підготовка вчителя початкової школи до професійної діяльності в умовах інклюзивної освіти як психолого-педагогічна проблема / І.І. Демченко // Вісник Черкаського університету. Серія «Педагогічні науки» / Редкол.: А.І. Кузьмінський (голов. ред.) [та ін.]. – Черкаси: Вид. від. ЧНУ імені Богдана Хмельницького, 2014. – Вип. 10 (303). – С. 111-116.
2. Душка А.Л. Концепция психологической помощи семьям, которые воспитывают особых детей / А.Л. Душка // Вестник Одесского национального университета. Психология. – 2011. – Том 16. – Выпуск 2. – С. 29-36.
3. Кисляк Л.А. Проблеми адаптації сім'ї до виховання дитини з особливими потребами / Л.А. Кисляк // Освіта на Луганщині. – 2011. – № 1. – С. 179-183. – Бібліогр.: 6 назв. – укр.
4. Колупаєва А.А. Інтегративні тенденції в освіті дітей з особливими потребами. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: навчально-методичний посібник / Кол. авторів: А.А. Колупаєва, Ю.М. Найда, Н.З. Софій та ін.: за заг. ред. Л.І. Даниленко. –К., 2007. – 128 с.

5. Колупаєва А.А. Діти з особливими потребами та організація їх навчання: наук.-метод. посіб. / А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук. – К.: Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 274 с.

6. Комар Т. О. Соціально-психологічна робота з людьми з особливими потребами: наук. метод. матеріали / Т.О. Комар, І.С. Довгалюк. – Вінниця: Вінницький обласний центр соціальних служб для молоді, 2004. – 50 с.

7. Макаренко А.Н. Психологические особенности родительского отношения к детям с особенными потребностями / А.Н. Макаренко, М.А. Голубева, И.А. Джугля // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2017. – № 1, 2 (35–36). – С. 105-110.

8. Методичні рекомендації Міністерства освіти і науки України щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами в закладах освіти в 2019–2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/2019/08/07/rekomendatsii\\_organizatsiya-navchannyaoop.pdf](https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/2019/08/07/rekomendatsii_organizatsiya-navchannyaoop.pdf)

9. На допомогу батькам, які мають дітей з особливими потребами: метод. рек. / І.Б. Іванова, Л.В. Борщевська, Л.В. Зіброва та ін. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 1999. – 80 с.

10. Наказ Міністерства освіти і науки України № 609 від 08 червня 2018 року «Про затвердження Примірного положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zatverdzhennya-primirnogo-polozhennya-pro-komandu-psihologo-pedagogichnogo-suprovodu-ditini-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-v-zakladi-zagalnoyi-serednoyi-ta-doshkilnoyi-osviti>

11. Національна стратегія розвитку інклюзивної освіти на 2020–2030 роки (Пропозиція Міністерства освіти та науки України для громадського обговорення). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/ua/news/mon-proponuye-dlya-gromadskogo-obgovorennya-nacionalnu-strategiyu-rozvitku-inklyuzivnoyi-osviti-na-2020-2030-roki>

12. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М.А. Порошенко та ін. – К.: ВІД, 2018. – 252 с.

13. Островська К.О. Психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами з використанням короткотермінової терапії зосередженої на вирішенні BSFT / К.О. Островська, Б.В. Андрейко //

Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова: збірник наукових праць. – 2017. – № 1 (5). – С. 5–15.

14. Про світ дітей з особливими потребами: poradnik керівникам освітніх установ, вчителям, вихователям дошкільних закладів, шкіл-інтернатів, батькам щодо роботи з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку / В.І. Шнайдер. – Кам'янець-Подільський: Абетка-Нова, 2003. – 140 с.

15. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами: навчально-методичний посібник / За заг. ред. А.А. Колупаєвої. – К.: ТОВ ВПЦ «Літопис-ХХ», 2010. – 363 с.

16. Радченко М.І. Адаптаційні можливості батьків дітей з особливими потребами та специфіка їх психокорекції / М.І. Радченко // Актуальні проблеми психології. – Том Х. Частина 8. – К.: Гланік, 2008. – С. 509-516.

17. Радченко М.І. Особистісна саморегуляція дорослих у сім'ях з розумово відсталими дітьми-інвалідами: автореф... канд. психол наук: 19.00.01 / М.І. Радченко / Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2006. – 18 с.

18. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я. Райгородский (редактор-составитель). – Самара: ВИД, 2003. – 672 с.

19. Специфіка роботи соціального працівника з сім'ями, які мають дітей з особливими потребами: метод. рек. / Л.Т. Кобилянська (уклад.). – Чернівці: ЧНУ, 2001. – 38 с.

20. Соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з особливими потребами: навчально-методичний посібник / Укл. Н.В. Заверико, Т.Г. Соловйова. – Запоріжжя: ПП «Тандем», 2008. – 53 с.

21. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів: Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96, прийнята на сорок восьмій сесії ГА ООН.– К., 2003. – 40 с.

22. Сухіна І.В. Родинно-орієнтований підхід у контексті комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом / І.В. Сухіна // Освіта дітей з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2014. – Т 5.– С. 182-192.

23. Сухіна І.В. Актуальні питання психологічного супроводу родини, в якій виховується дитина з інтелектуальними порушеннями / І.В. Сухіна // Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму: матеріали III Міжнародної науковопрактичної конференції. – м. Кам'янець-Подільський, Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж, 2019. – С. 275-280.

24. Хіля А.В. Організація навчально-виховного процесу початкової школи в умовах інклюзивної освіти: законодавчий аспект / А.В. Хіля // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В.О. Сухомлинського: збірник наукових праць. – Випуск 1.43 (93). – Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2013. – Т. 1. – С. 219-223

25. Царькова О.В. Психологічна допомога батькам дітей із особливими потребами / О.В. Царькова // Медична психологія. – Х.: Харківська медична академія післядипломної освіти, Випуск 8. – 2013. – № 4.– С. 17–20

26. Шевцов А.Г. Вітальне слово / А.Г. Шевцов / Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції. – м. Кам'янець-Подільський, Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. – 2019. – С. 4-5.



## ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОНСТРУКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ВЧИТЕЛЯ З БАТЬКАМИ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Сучасний етап розвитку педагогіки та психології характеризується пошуком нових шляхів соціальної адаптації дітей з особливими освітніми потребами. Значних успіхів у соціалізації цієї категорії дітей може бути досягнуто лише за активної участі в цьому процесі сім'ї, і в першу чергу батьків.

У Концепції родинного виховання наголошується на тому, що сучасна сім'я має стати «головною ланкою у вихованні дитини, забезпечити їй належні матеріальні та педагогічні умови для фізичного, морального й духовного розвитку». І це закономірно, адже побудувати повноцінну національну школу без активної участі й підтримки родини неможливо.

Проблема налагодження роботи з дітьми з особливими освітніми потребами та їхніми батьками є об'єктом зацікавлень багатьох закордонних і вітчизняних науковців: А. Колупаєвої, О. Акімової, В. Андрущенко, М. Ярмаченка, Е. Андрєєвої, В. Бондаря, Т. Ілляшенко, Н. Сабат, Є. Ярської-Смирнової, і потребує подальшого практичного спрямування. Так, І. Іванова, Л. Борщевська та Л. Зіброва вказували на те, що сім'я є основним середовищем формування людини, але вона не повинна бути єдиним агентом впливу, оскільки особлива дитина потребує спілкування з іншими членами суспільства й не повинна обмежуватися домашнім оточенням [11, с. 256].

Про важливість взаємодії з батьками наголошується і в чинних нормативно-правових актах. Зокрема, у Законі України «Про загальну середню освіту» зазначено, що батьки є учасниками навчально-виховного процесу та мають право:

- обирати навчальні заклади та форми навчання для неповнолітніх дітей;
- звертатися до відповідних органів управління освітою з питань навчання та виховання дітей;
- приймати рішення щодо участі в інноваційній діяльності загальноосвітнього навчального закладу;
- обирати й бути обраними до органів громадського самоврядування загальноосвітніх навчальних закладів;
- захищати законні інтереси дітей.

Мета дослідження полягає у психолого-педагогічній характеристиці сімей, які виховують дитину з обмеженими можливостями, та висвітленні специфіки соціально-педагогічної роботи й конструктивної взаємодії з ними в умовах закладів освіти.

Упродовж останніх років, з урахуванням впровадження інклюзивного навчання, що передбачає залучення батьків як активних учасників навчально-виховного процесу, в теорії та практиці педагогічної науки виникла необхідність активного дослідження родин, які виховують дитину з особливими потребами. Адже саме зі своєї сім'ї дитина виносить у доросле життя перші уявлення про морально-людські цінності, норми поведінки, характер взаємовідносин з іншими. Вона наслідує близьких, орієнтується на їхні соціальні та моральні настанови. Тому психологічна зрілість батьків, їхні ідеали, досвід соціального спілкування найчастіше мають вирішальне значення в розвитку дитини.

Реалізація ідеї інклюзивної освіти, як однієї з провідних тенденцій сучасного етапу розвитку національної системи освіти, жодним чином не зумовлює згортання існуючої диференційованої системи спеціального навчання. Ефективне інтегрування можливе лише за умов постійного вдосконалення систем загальної та спеціальної освіти. В цій галузі принципово важливою є продумана державна політика, яка не допускає крайнощів у розв'язанні будь-яких питань. Вивчення, осмислення й узагальнення теоретичного та практичного світового й вітчизняного досвіду, а також одержаних експериментальних результатів досліджень дозволяє окреслити коло питань рекомендаційного спрямування щодо визначення перспектив інклюзивної освіти в Україні, яка потребує розробки відповідної нормативно-правової бази, що закріплює «правові засади здобуття якісної освіти особами з обмеженими можливостями здоров'я» [4, с. 228].

Основним завданням інклюзивної освіти є створення всіх необхідних умов для розвитку особливої дитини в освітньому середовищі. Цим займаються: адміністрація навчального закладу, психологи, соціальні педагоги, вчителі, вихователі, сурдопедагоги та інші фахівці. Але одна справа – прийняти дитину з особливими освітніми потребами до школи, і зовсім інша – знайти взаєморозуміння з нею та з її батьками (опікунами). Саме тому в процесі розвитку інклюзивної освіти особливе місце займає тісна взаємодія між школою та родиною, котрі як партнери мають спільну мету – допомогти дитині соціалізуватися в освітньому середовищі.

Один із чинників, які затримують впровадження інклюзії, є неготовність родин до навчання дитини з інвалідністю в масовій загальноосвітній школі.

Раніше було зрозуміло: якщо вчитель має інтерес, хист, бажання до роботи з дітьми з порушеннями здоров'я, він здобуває відповідну освіту й працює в спеціалізованій школі. Сьогодні вчителі, які пропрацювали в загальноосвітніх навчальних закладах десятки років, стикаються з тим, що потрібно переглянути набуті навички, перелаштуватися, отримати додаткову освіту [10, с. 10].

Проте родини мають ще більше питань і сумнівів. Школа – це стрес для всіх дітей, навіть для тих, які не мають жодних порушень. Навчання в школі – це кардинальна зміна діяльності дитини: з ігрової на навчальну. У дошкільних закладах чи вдома до неї було поблажливіше ставлення, м'який режим дня. Школа ж висуває певні вимоги: дисципліна, розклад уроків, сидіння за партами, слухання вчителя. Крім того, початок навчання стає стресом для батьків, адже вони пригадують як усе це було в них, які вимоги висувалися раніше.

Школа для батьків є перевіркою: як вони впоралися із соціальною підготовкою, якими дотепер були батьками, як виховали дитину, підготували до навчання. Ця сукупність переживань зумовлює труднощі інтеграції, насамперед якщо дитина має особливі освітні потреби (ООП). Батьків непокоїть чи впорається дитина, чи правильно вони обрали заклад, чи буде їй там безпечно, чи не будуть з неї насміхатися.

У доволі нелегкі часи для нашого суспільства важливе значення має об'єднуюча роль міцної сім'ї, яка забезпечує повноцінне виховання дітей. Згуртована родина, навіть за несприятливих умов, компенсує чимало вад громадського середовища. Відчуття любові батьків і дітей, навіть у кризовий підлітковий вік, коли вони прагнуть бути самостійними, залишається, хоч для більшості типовим виявом є «автономна моральність», яка часто призводить до педагогічної занедбаності, відчуженості від батьків.

Сім'я – це мікросоціум, у якому формуються моральні якості дитини, її ставлення до людей, уявлення про характер міжособистісних взаємин. І цього факту не можна оминати як при діагностичній, так і при подальшій корекційній роботі з дитиною з проблемами в розвитку.

Родина для дитини з ООП є першим соціалізуючим інститутом, оскільки процес дорослішання дітей цієї категорії відбувається з великими труднощами та в дещо сповільненому темпі. Науковцями виокремлено такі етапи процесу соціалізації:

І етап – входження дитини в соціум. Першою сходинкою є її адаптація в сім'ї. Успішність цього процесу залежить від того, наскільки адекватно члени родини реагують на проблеми дитини й допомагають у їх подоланні. Труднощі, які при цьому виникають, – результат неправильної позиції батьків та інших членів сім'ї.



II етап – перебування дитини в навчальному закладі. За цих умов важливу роль відіграє такт педагогів, повага до дитини з особливими освітніми потребами. Налаштування дитини на перебування в закладі, на важливість нових змін у її житті виконують члени родини.

III етап – адаптація дитини та її сім'ї до суспільства (пошук інших родин із подібними проблемами, встановлення контактів, пошук своєї «соціальної ніші») [9, с.12-20].

Однак роботу з сім'ями дітей з особливими потребами неможливо чітко організувати без всебічного вивчення проблем з якими вона стикається, родинно-дитячих відносин.

Родини, в яких виховуються діти з ОМЗ, живуть із тягарем численних проблем. Не кожен батько чи мати виявляються здатними прийняти недугу дитини, адекватно реагувати на нові труднощі, що виникли з появою в їхньому житті такої дитини. Загальновідомо, що пролонгована психотравмуюча ситуація здійснює негативний вплив на психіку батьків й ускладнює їхнє ставлення до дитини. Декого з батьків трагічність ситуації надламує.

Особистісні якості батьків визначають можливості соціалізації дітей та адаптації до життя, тобто їхнє майбутнє. Саме тому важливою є наявність у них такої якості як стресостійкість, що насамперед необхідна для підтримки дитини. Її відсутність свідчить про нездатність батьків здійснювати виховання та соціальний супровід власної дитини протягом всього життя, взаємодіяти з фахівцями різного рівня чи навпаки, наголошує на схильності до аутизації щодо дитини або соціуму.

Основною метою взаємодії навчального закладу з батьками/опікунами є:

- участь батьків у громадській діяльності у межах навчального закладу;
- налагодження тісного контакту батьків із педагогами шляхом надання постійної допомоги в розв'язанні проблемних питань, пов'язаних з вихованням дитини;
- підготовка батьків як учасників змін у соціумі.

З урахуванням цілей та прикінцевих результатів робота з батьками або опікунами проводиться в таких формах:

- загальні засідання з інформування;
- батьківські навчальні семінари, тренінги з роз'ясненням завдань та обов'язків батьків у процесі виховання та навчання дітей;
- індивідуальне та групове консультування [4, с. 83].

Утім батьки, як і будь-яка ланка, дотична до інклюзії, потребують

відповідної підтримки та допомоги. Обов'язковим є отримання батьками широкого спектру послуг, що нададуть їм можливість стати компетентними захисниками прав своїх дітей. Здобуті навички вони зможуть використати для відстоювання права дитини на рівний доступ до якісної освіти, забезпечення її економічної та соціальної незалежності в майбутньому.

У створеній В. Сухомлинським системі виховання відносин між собою і колективом важливе місце посідає спільна діяльність сім'ї та школи. Зокрема, у своїй праці «Павлівська середня школа» педагог зазначає: «Найбільш повноцінне суспільне виховання – це, як відомо, шкільно-сімейне. Родина з її взаєминами між дітьми й батьками – перша школа інтелектуального, морального, естетичного та фізичного виховання. Батько, мати, старші брати й сестри, дідусь і бабуся – перші вихователі дітей у дошкільному віці й залишаються ними, коли їхні вихованці пішли до школи. Духовне та морально-естетичне багатство сімейного життя – найголовніша умова успішного виховання дитини і в домашніх умовах, і в дитячому садку, і в школі».

На думку В. Сухомлинського, шкільно-сімейне виховання не тільки дає змогу добре виховати молоде покоління, а й одночасно є дуже важливою умовою вдосконалення морального обличчя сім'ї, батька та матері. Учений наголошує: «Без виховання дітей, без активної участі батька й матері в житті школи, без постійного духовного спілкування і взаємного духовного збагачення дорослих і дітей неможлива сама сім'я як первинний осередок суспільства, неможлива школа як найважливіший навчально-виховний заклад і неможливий прогрес суспільства» [3, с. 168].

Забезпечити тривалий зв'язок з батьками можна шляхом безпосереднього залучення їх як волонтерів у різноманітні заходи, що проводяться в навчальному закладі. Батьки можуть брати участь у:

- практичній діяльності дитини спільно з фахівцями (ігри, виховні заходи, екскурсії тощо);
- створенні й адаптації дидактичних матеріалів;
- ремонтних роботах тощо.

В інклюзивному освітньому середовищі батьки дітей з особливими освітніми потребами відіграють важливу роль у процесі створення індивідуальної програми розвитку (ІПР), яка виявляється, здебільшого, в наданні необхідної допомоги для забезпечення прогресивного розвитку дитини, інформації про неї, її родину [2, с. 199].

Батьків дітей з особливими потребами необхідно:

- 1) навчити краще розуміти внутрішній стан дітей та стати компетентними захисниками їхніх прав та інтересів;

2) оцінити потреби та забезпечити надання освітніх, соціальних та інших послуг сім'ям, які виховують дітей з особливими потребами;

3) забезпечити інформаційною підтримкою для задоволення їхнього професійного зростання при відстоюванні прав й інтересів дітей з особливими потребами;

4) спонукати до розвитку активної громадянської позиції, сприяти створенню батьківських організацій.

Робота з сім'ями має будуватися на таких принципах:

– партнерство з батьками – педагог сприймає батьків не як об'єкт свого впливу, а як рівноправних партнерів у вихованні дитини. Завдяки цьому принципу долається дистанція між учасниками освітнього процесу й недовіра, яка часто виникає у батьків до спеціалістів;

– комплексний підхід до організації корекційно-педагогічного процесу – у роботі з сім'ями мають брати участь різні спеціалісти навчального закладу (вчитель-дефектолог, вчитель-логопед, практичний психолог, соціальний педагог, лікар). Саме цей підхід забезпечує подолання різних проблем, що виникають у родині, і дає змогу надати дитині та її батькам різнобічну допомогу;

– позитивна характеристика дитини – передусім слід концентрувати увагу батьків на позитивних, збережених якостях їхньої дитини, перспективних можливостях її розвитку, лише після цього говорити про вади й труднощі. Це допомагає підтримати віру батьків у розвиток дитини, спонукає їх організувати навчальну діяльність, формувати адекватні стосунки з дитиною.

Однією з важливих умов успішної співпраці з родинами є їх вивчення. Фахівцям навчальних закладів необхідно знати інформацію про:

- склад сім'ї;
- соціальний статус сім'ї;
- культурний та освітній рівень батьків;
- становище дитини у сім'ї;
- відносини батьків з фахівцями навчального закладу та батьками інших дітей класу;
- педагогічну компетентність батьків у вихованні дитини;
- готовність батьків співпрацювати з фахівцями навчального закладу та їх безпосередню практичну участь у процесі корекційної роботи.

Можна виокремити такі напрями роботи з сім'ями:

- залучення батьків до корекційно-виховного процесу (переконання батьків, що їхня дитина потребує спеціальної допомоги, додаткової уваги, особливого підходу)

– формування впевненості в тому, що лише за допомогою родини вона зможе все подолати;

– формування в батьків задоволення процесом розвитку дитини [8, с. 22].

У системі педагогічної освіти батьків можна визначити такі структурні компоненти (за А. Кузьмінським, В. Омелянко):

1. Наполегливе й цілеспрямоване формування в суспільстві культури Матері та Батька як начала й основи усіх добродійностей у державі. З цією метою варто використовувати усі засоби впливу на співгромадян: літературу, мистецтво, радіо, телебачення, кіно, театр тощо.

2. У системі шкільного виховання, особливо в роботі з учнями старшого шкільного віку, роз'яснювати їхнє призначення – створити сім'ю, бути гарною матір'ю / батьком, виховати розумних, порядних дітей, а оволодіння професією, професійна діяльність – лише засіб для досягнення успішності функціонування здорової родини. Одночасно викладати дисципліни, які закладали б основи виховання майбутніх матері та батька, надавали б змогу кожній молодій людині пізнавати себе, особливості спілкування з навколишнім середовищем. Це фізіологія, валеологія, психологія, етика, соціологія.

3. Широке ознайомлення в ранньому віці з надбанням етнопедагогіки. Це неперевершене духовне багатство кожного народу, в якому акумульовано знання про створення сім'ї, виховання дітей з урахуванням національних особливостей.

4. Формування в молодих людей критичного ставлення до виявів так званої «масової культури», яка негативно впливає на морально-духовні засади народу, руйнує національний менталітет. Не забороняти, а розумно формувати критичне ставлення до таких явищ.

5. Запровадження обов'язкового розгляду проблем сім'ї та родинного виховання для усіх молодих людей, які готуються до її створення.

6. Створення телевізійних і радіопрограм, які були б спрямовані на підвищення психолого-педагогічної культури всіх, хто займається питаннями сімейного виховання дітей.

7. Видавати великими накладками (з розрахунку на кожну родину) серію популярної літератури з рубрикою «Сім'я».

8. У кожній школі забезпечити діяльність педагогічних університетів для батьків, які впродовж 10-12 років навчання їхньої дитини мають пройти курс оволодіння психолого-педагогічними знаннями з урахуванням поступального розвитку малюка. Робота таких університетів має здійснюватися не на рівні самодіяльності, а мати достатнє економічне

забезпечення з оплатою праці педагогів, психологів, лікарів, соціологів, які організовують і проводять заняття.

9. Суттєве підвищення економічного становища сім'ї надавало б змогу батькам вивільнити свій час для дітей.

10. Створення культурно-розважальних центрів, у яких родини мали б змогу перебувати на дозвіллі.

Роботу з батьками, які виховують дітей з особливими потребами, доцільно вибудовувати поетапно і починати не з традиційних батьківських зборів, а з дня відкритих дверей. Адже навіть якщо батьки знають про те, що в навчальному закладі є вчитель-логопед, вчитель-дефектолог, соціальний педагог, практичний психолог, вони не завжди уявляють, чим займаються ці фахівці [6, с.418].

Останнім часом психолого-педагогічна наука робить спроби окреслити шляхи відмови від традиційних підходів і запропонувати нові задля розв'язання проблем взаємодії сім'ї та школи, виховання дітей і підлітків.

Педагог має усвідомити: культура взаємин передбачає недоторканість родини й невтручання в сімейні взаємини. У житті родини можна втрутитися лише у виняткових випадках, коли нехтуються інтереси дитини, її здоров'я, життя, добробут перебувають у небезпеці через батьків або інших дорослих членів сім'ї.

Також важливо звернути увагу педагога на наступне:

- Школа не рідний дім, адже сім'я ніколи не замінить школу. Звідси випливає, що логіка шкільного та логіка сімейного виховання не є тотожними. Розмежовуючи виховні сфери школи та родини, педагог має враховувати психологію дитинства й дорослішання дитини і, певним чином зближуючи їх, у жодному разі не намагатися підмінити собою батьків і не інструментувати шкільне життя як життя родинне.

- Школа – інститут соціальний, її призначення – передавати як естафету духовні надбання людства й вчити дитину жити у світі матеріальних продуктів культури.

- Школа вільна від батьківських вказівок і настанов щодо організації своєї професійної діяльності.

- Школа незалежна від батьків у будові життєдіяльності школярів.

- Школа не є частиною ринкового простору, оскільки не надає послуг, не торгує крамом, не обслуговує батьків [6, с. 418].

Проблема навчання та виховання дитини з особливими потребами в загальноосвітньому закладі має вирішуватися тільки у співпраці з батьками. Сім'я є першим і головним вихователем дитини, тому неможливо надати їй адекватну допомогу, створити середовище, яке сприяє її розвитку, якщо

батьки не співпрацюють з педагогами в розв'язанні цих питань.

Таким чином, взаємодія з батьками постає ключовим елементом у створенні середовища, у якому діти почуватимуться щасливими та захищеними, відчуватимуть підтримку родини та зможуть максимально розвивати свій потенціал. У межах цього середовища фахівці та батьки мають співпрацювати задля надання допомоги дитині в навчанні.

Педагогам, практичним психологам необхідно враховувати те, що не всі родини можуть подолати проблеми, пов'язані з турботою про дитину з порушеннями розвитку, самостійно.

Сутність підтримки, як соціально-педагогічної практики, полягає не стільки в усуненні існуючих у сім'ї проблем, скільки у тому, щоб допомогти батькам таких дітей оволодіти засобами виявлення та самостійного розв'язання власних проблем.

Позитивний терапевтичний вплив на родини, що виховують дітей із порушеннями розвитку, можуть здійснювати об'єднання батьків.

У тих батьків, які прийняли виклик долі й почали активно працювати з дитиною, значно більше шансів на те, щоб покращити ситуацію. Тому важливо правильно організувати життя та виховання дитини з урахуванням структури дефекту.

Перспективи наших подальших наукових розвідок полягають у дослідженні процесів соціально-психологічної адаптації дітей із порушеннями розвитку.

### **Список використаних джерел**

1. Грабовенко Н.В. Соціально-педагогічна робота з сім'ями, що виховують дітей з обмеженими можливостями, в умовах реабілітаційного центру: автореф. дис. на здобуття наук. ст. канд. пед. н.: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / Н.В. Грабовенко; Інститут проблем виховання АПН України. – Київ, 2008. – 199 с.

2. Инклюзивное образование: Методическое пособие для непрерывного обучения дидактических кадров, работающих в области инклюзивного образования детей / Г. Булат, Р. Соловей, В. Балан [и др.]; коорд.: Д. Гыну; Проект «Интеграция детей с ограниченными возможностями в общеобразовательные школы», Fondul de Investiții Sociale din Moldova, LUMOS (Protecting Children. Providing Solutions). Кишинев, 2016. – Часть 1. – 168 с.

3. Инклюзивное образование: Учебное пособие / Б. Вера, Б. Лилиана, Ботнар Валентина; коорд.: В. Надежда; М-во образования, культуры и исследований Респ. Молдова. Кишинев: Б. и., 2017 (Tipogr. "Bons Offices"). 308 p.: fig., tab.

4. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія / А.А. Колупаєва. – К.: Самміт-Книга, 2009. – 272 с.

5. Кузьмінський А.І., Омеляненко В.Л. Педагогіка: Підручник / А.І. Кузьмінський, В.Л. Омеляненко. – К.: Знання – Прес, 2003. – 418 с.

6. Макаренко І.В. Соціально-педагогічна підтримка батьків дітей раннього віку з особливими потребами: автореф. дис. на здобуття наук. ст. канд. пед. н.: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / Макаренко Ірина Володимирівна; Луганський національний університет імені Тараса Шевченка. – Луганськ, 2009. – 22 с.

7. Методичні рекомендації для вчителів загальноосвітніх та спеціальних закладів щодо процедури переходу до інклюзивного навчання дітей з особливими потребами // Завуч. – 2009. – № 19. – С. 12-20.

8. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / за заг. ред. М.А. Порошенко та ін. – К.: 2018. – 10 с.

9. Підготовка до школи дітей з особливими потребами в умовах сім'ї: поради батькам: Книга 1, 2 / В.І. Бондар, В.І. Березінь, Л.С. Вавіна та ін.: за ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка. – К.: Науковий світ, 2005. – 256 с.









## **РОЗДІЛ II**

**КОРЕКЦІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ З  
ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В КОНТЕКСТІ  
СІМЕЙНО-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ**



## РОЗВИТОК ЗОРОВО-ПРОСТОРОВОГО СПРИЙНЯТТЯ ПРИ РАС (РОЗЛАДАХ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ)

Проблема генезису психіки та детермінант процесу сприйняття як необхідного етапу пізнання неодноразово була предметом дослідження в психології: Б. Карвасарський [28], О. Леонт'єв [34], Р. Немов [41], С. Максименко [38], С. Рубінштейн [46]. У сучасній загальній психології проблема сприйняття висвітлена досить широко Т. Башаєвою [5], Л. Веккером [11], А. Мітькіним [40], Б. Величковським [12], Г. Крайг [29].

Однак, незважаючи на сформовані традиційні підходи до розуміння процесів сприйняття в дослідженнях Т. Башаєвої [5], А. Гусевої [20] та ін., однозначного й повного визначення сприйняття не виявлено. Одні автори розглядають його як інтелектуальний процес (Р. Немов [4]) або процес чуттєвого пізнання, інші – як умову та результат побудови образу (Е. Соколов, Н. Незлин [51]), треті тлумачать сприйняття як наслідок відображення дійсності (С. Рубінштейн [46]). У численних дослідженнях зустрічаємо ідентифікацію процесів сприйняття з безпосереднім враженням і переробкою інформації (Н. Алієва [1], В. Любимов [35]).

Основним теоретико-методологічним підходом до дослідження онтогенетичного дозрівання процесу сприйняття є принципи розвитку й історизму, закон соціогенезу вищих психічних функцій, найбільш повно викладені Л. Виготським [14], а також генетичний принцип, засновником якого в сучасній вітчизняній психології є С. Максименко [38]. Саме генетичний підхід дозволив у сучасних умовах вивчати особливості процесу сприйняття на прикладі осіб з крайньою формою психологічного відчуження – аутизмом (Е. Баєнська [3], Б. Беттельхейм [9], Л. Булахова [10], Т. Скрипник [47], Чилверс [57], С. Лорд, М. Рутгер, П. ДіЛавор, С. Рісі [63], Е. Міллер, К. Міллер [65]).

Дослідниками визначено такі особливості сприйняття при РАС: відсутність або слабка вираженість комплексу пошквалювання (реагування), порушення процесу комунікації, певна ритуальність поведінки (стереотип), порушення використання особистого займенника, недостатній розвиток процесу антиципації, розлад ігрової діяльності, що може бути концентрованим виявом стану соціально-афективної та пізнавальної незрілості (Е. Смирнова [50], А. Співаковська [52], Л. Шипіцина [54],

Е. Пісула [67], Г. Ресшмидт [69], Б. Шеуерман, Д. Веббер [72], С. Лорд [63]). Окрім того, відсутні відомості про особливості зорово-просторового сприйняття особами з аутизмом.

Стосовно осіб з РАС, у науковій літературі, на жаль, відсутнє використання таких загальноприйнятих психологічних категорій як «особистість» та «індивідуальність». Це зумовило необхідність їх трактування щодо осіб цієї категорії. Вивчення названої проблеми необхідно для розробки теоретичних основ проведення корекційної роботи та надання практичної допомоги досліджуваному контингенту, з метою включення його (у повному або частковому об'ємі) у соціальне середовище, що зумовить зменшення економічних витрат на його утримання, і сприятиме вирішенню одного із загальнодержавних завдань.

Для того, щоб зрозуміти все різноманіття психічних явищ в їх найбільш істотних внутрішніх взаємозв'язках, необхідно, насамперед, знайти ту одиницю виміру або точку відліку, яка дозволить розкрити зачатки всіх елементів психіки. У контексті методології нашого дослідження такою точкою відліку є специфіка розвитку зорово-просторового сприйняття при РАС (розладах аутичного спектру).

Аутизм як крайня форма психологічного відчуження традиційно викликала в науці велику кількість дискусій і різночитань. Так, одні автори, наприклад М. Вроно [13], Ю. Шевченко [53], А. Співаковська [52], розглядають аутизм не як первинне порушення контактів, а як розлад сприйняття в цілому. Інші, більш категоричні у своїх судженнях (Б. Фрімен [62], Л. Ейсінберг [60], М. Рутгер [71]), вважають першопричиною проявів аутизму саме порушення сприйняття, треті підкреслюють полімодальний характер порушень, що зачіпає базові механізми перцептивних процесів (О. Нікольська [42], В. Каган [27], К. Лебединська [33], L. Wing [75]).

Серед онтогенетических досліджень цієї проблеми особливе місце займають роботи Т. Грандін, яка сама є аутистом, тому її висновки мають особливе прикладне значення [19]. Авторка стверджує, що патологічні феномени сприйняття полягають або у відсутності здатності до емпатії, або в болісно-нав'язливій емпатії (чуже психічне життя захоплює беззахисну жертву), або, нарешті, у фантастично оманливій емпатії. Подібних поглядів дотримується Б. Фрімен, стверджуючи, що для аутизму як порушення, характерна типово вроджена відсутність здатності людини сприймати та відповідати на афективну експресію інших [19]. Це підтверджується результатами його експериментальних досліджень, спрямованих на вивчення здатності оцінювати емоційний вираз обличчя серед обстежуваних ним дітей. У зв'язку з таким дефіцитом, особа з аутизмом, як зазначає Т. Пітерс [44], не

отримує необхідного соціального досвіду в період від 0 до 7 років, що призводить до неповноцінності когнітивних структур, необхідних для нормального спілкування. Вчений, описуючи процеси пізнання в людей, що страждають на аутизм, підкреслює: «У всьому світі діти народжуються з біологічно закладеною здатністю додавати значення до сприйняття при мінімальному соціальному стимулюванні. Завдяки цій здатності вони інтуїтивно вважають кращими людські звуки, у певний період починають аналізувати й розуміти спілкування і, у підсумку можуть спілкуватися самі. Ця здатність також допомагає їм правильно розуміти поведінку інших людей, а потім не тільки розуміти, а й розвивати адекватну соціальну поведінку. Саме ця вроджена біологічна здатність порушена в людей, що страждають на аутизм. Вона не відсутня у них, а тільки порушена» [44, с. 79].

Дитина проробляє низку принципово послідовних етапів у розвитку відносин з навколишнім та предметним світом: послідовне виокремлення людей зі світу предметів (мати – інші дорослі – старші діти – молодші діти – однолітки) і відповідне розширення кола спілкування з формуванням ставлення до іншої людини як суб'єкта, потім – ідентифікація себе як суб'єкта спілкування (поява слова «Я»), особистості [45]. Останні два етапи й при сприятливій динаміці рідко можуть бути повністю завершеними – глибоке та диференційоване сприйняття суб'єктності іншого залишається малодоступним для більшості аутичних дітей. Усвідомлюючи себе вже як суб'єкта спілкування, аутична дитина завжди відчуває труднощі співвіднесення власної суб'єктності й об'єктності, що, на думку Ю. Головіна, характеризується самоізолюваністю з нездатністю до встановлення контакту з оточуючими, відсутністю поведінкового орієнтування на людей, нездатністю до відмінності їх від неживих предметів [49].

Як відомо, у період дитинства першим проявом соціалізації дитини, її потреби до спілкування з дорослими є набір поведінкових реакцій, іменованих «комплексом пожвавлення» (посмішка, зорове зосередження, рух рук і ніг у відповідь на усмішку, обличчя, голос дорослого). А в більшості аутистів «комплекс пожвавлення» взагалі не був виражений. Батьки згадують, що діти абсолютно не посміхалися, не «оживали» при звуці голосу. Поряд із цим, В. Каган зазначає, що усі компоненти реакції пожвавлення спостерігалися у багатьох дітей при відсутності дорослого [27].

Багато дітей з РАС мають певні проблеми сприйняття зорової інформації, такі як тунельний зір, невпевненість у периферичному зорі, або труднощі в розрізненні близького від далекого. Вони можуть характеризуватися підвищеною чутливістю до мерехтливого та флюоресцентного світла, що блимає і подає високочастотний звук. Доволі

часто ці діти не можуть фокусуватися на постійно мінливому зоровому стимулі, наприклад очах іншої людини. Діти з аутизмом не здатні одночасно дивитися на когось і слухати його. Щодо цього Т. Грандін зауважує: «Я дуже погано пізнаю людей. Це ще одна проблема аутистів. Я не пам'ятаю, скільки часу проводила з ними» [19].

Помітною є гіперчутливість до запахів, через що деякі діти з аутизмом можуть відмовлятися від певного виду їжі, ходити до зоопарку, не переносять парфумерні аромати, дим цигарок або запахи від приготування їжі. Чимало дітей з аутизмом дуже чутливі до тактильних стимулів. Г. Даусон вказує на те, що найчастіше дитина, що страждає на аутизм, біжить від навколишньої дійсності, зовнішнього світу, намагаючись сховатися від нестерпного потоку вражень (сенсорних). Аутизм як порушення відокремлює людину від світу міжособистісних відносин [58].

В. Каган наголошує, що в такої дитини відбувається зрушення від взаєморозуміння, як мети та сенсу спілкування, до уникнення невротичного страху, що спричиняється відсутністю такого взаєморозуміння і, насамперед, переживаннями несприйняття оточенням її як особистості. Як наслідок, ядром мотивації поведінки аутичної особистості стає психологічний захист, уникнення всього того, що може підтримувати й посилювати страх, а далі це призводить до невротичної установки на згортання спілкування. Автор зазначає, що в цьому випадку спостерігається своєрідний невроз очікування спілкування і страху, пов'язаного з ним [27]. Ця теза ілюструється також результатами досліджень Г. Міллер, К. Прібран, Е. Галантер, які підтверджують, що рідкісний фізичний контакт з оточуючими має незграбний і маніпулятивний характер, доволі часто виробляючи формальний вияв агресії: дитина може наступити на ногу іншій дитині, або обійняти за голову так, що інша дитина не зможе дихати [65]. Мова, незалежно від того, розвивається вона у звичайні терміни, із затримкою або, навпаки, з випередженням, не використовується або використовується вкрай обмежено.

Однак, незважаючи на труднощі, яких зазначає аутична особистість у мовній сфері, чимало дослідників акцентують на більш ранніх етапах її розвитку. Так, наприклад, К. Гіблерт і Т. Пітерс [15] зазначають, що для раннього розвитку при аутизмі характерні специфічні особливості прелінгвістичного розвитку, зокрема ускладнена інтерпретація плачу, обмеженість або незвичайність гуління (швидше нагадує вереск або крик), відсутність імітації звуків. За результатами досліджень інших авторів, незалежно від рівня розвитку мови при аутизмі в дітей, у першу чергу, страждає можливість використання її з метою спілкування. Слід наголосити,

що відхилення від нормального онтогенезу досліджуваних особистостей спостерігаються вже на стадії прелінгвістичного розвитку. Спектр мовних розладів варіює від повного мутизму до випереджаючого (у порівнянні з нормою) розвитку (за Н. Манеліс) [37].

Особливості комунікації в дітей з РАС взаємопов'язані з формуванням «Я», яке в багатьох з них відбувається до 6-8 років. Слово «Я» з'являється в мові не раніше, ніж дитина починає досить вільно та правильно використовувати займенники «Він», «Вона», «Вони» і «Ти». Відтворенням початкових стадій цього процесу є вміння дитини впізнавати себе в дзеркалі, на фотографіях, а також правильне використання особових займенників. На наш погляд, ця теза вимагає додаткового емпіричного підтвердження, оскільки за результатами досліджень різних авторів, вказівки на час появи можливості розпізнавати себе в дзеркалі сильно варіюються. Так, Ж. Лакан [32] описує її в немовлят у віці 6 місяців, Р. Заззо [25] вказує на вік після двох років, коли дитина починає вважати зображення в дзеркалі власним. Дослідник зазначає, що у 2 роки дитина пізнає на фотографії інших людей, але себе починає розрізняти приблизно на 6 місяців пізніше. Це тісно пов'язано з еволюцією мови. У 3-річному віці вона починає використовувати займенник «Я». Водночас виникають непрямі відмінки від «Я» і «Ти» й присвійні форми. Приблизно на цей період припадає криза трьох років, що виявляється в протиставленні себе навколишньому, і негативізм.

На думку К. Маркієвич та Е. Цікевич [64], поведінка дитини з аутизмом, вирізняється байдужістю або захисною реакцією щодо «нормальних» пропозицій контакту, спілкування; напружено-боязкою прихильністю до певних щоденних умов і процедур; недостатнім розвитком засобів вираження, комунікації (мови, міміки); неготовністю до практичних вимог життя. Уважаємо, що все перераховане вище є концентрованим виявом стану соціально-афективної та пізнавальної (логічної) незрілості.

Представником нейрофізіологічної концепції Б. Рімланд [70] особливості розвитку видів сприйняття у дітей з аутизмом кваліфікуються, у першу чергу, як вияв центральних порушень процесів обробки подразників нервової системи. На противагу цьому, з позицій психології підсвідомості Б. Бетельхейма [9], окреслюється значення неправильного ставлення матері до дитини в ранньому віці, як істотної причини розвитку аутичних порушень. Нині більшістю дослідників визнається поліетіологічність виникнення й розвитку раннього дитячого аутизму, однак виникає складність при визначенні сутності синдрому.

Зорове сприйняття в осіб з РАС, починаючи з раннього віку, має свої специфічні відмінності. Однак, саме в другій половині першого року життя,

як зазначають Г. Мол, М. Шмідт [66], риси поведінки аутистів виявляються більш чітко й диференційовано: одні діти постійно бездіяльні та пасивні, не зацікавлені в нових іграшках, швидко випускають предмети з рук, інші, навпаки, відрізняються підвищеною рухливістю й метушливістю, схоплюють все, що потрапляє їм на очі (але без характерного «обмацування», за допомогою якого зазвичай вивчають властивості предмета) зі стереотипними, повторюваними рухами руками, пальцями. На думку Т. Грандін, типовим стереотипом поведінки аутичних дітей є обертання. Цю тенденцію авторка пов'язує зі слабкою виразністю ністагму, а також з необхідністю обертання як фактора, що своєрідно коригує незрілість нервової системи [19].

В особистостей з РАС, як зазначає Р. Чілверс [57], становлення всіх видів сприйняття (зорового, тактильного, рухового, слухового, смакового), що в нормі формують уявлення про предмети та явища навколишнього світу, відбувається нерівномірно й неузгоджено.

Цілісне сприйняття предмета є не лише важливою умовою правильного орієнтування дитини в навколишньому матеріальному світі, а й лежить в основі багатьох видів діяльності – предметної, ігрової, трудової, образотворчої. Воно формується тоді, коли під час дидактичних ігор діти з аутизмом навчаються не сприймати навколишній світ разом, глобально, а бачать у предметі форму, величину, можуть виокремити суттєві частини, необхідні для дій з ним. Е. Шоплер [55] і Т. Пітерс наголошують, що формування цілісного образу в таких дітей відбувається з істотною затримкою та позначається на діях з самообслуговування, предметно-ігрових діях, предметному малюнку [44]. По-справжньому чіткими, рухливими уявлення стають тільки тоді, коли вони з'єднуються зі словом – назвою певного предмета (якість, ознака, дія). Таке слово може викликати в пам'яті знайоме уявлення в будь-який час. Але навіть за вказаними ознаками, без конкретної опори на образ, аутистам складно його уявити, оскільки образне уявлення в них порушено. Правильне поєднання слова з тим, що воно означає, підкреслює Т. МакКерн [36], не тільки закріплює у свідомості дитини образ предмета, образне уявлення про нього, але й надає можливість відтворити цей предмет, його властивість. Повністю погоджуємося з наведеним твердженням і вважаємо, що саме ця теза має лежати в основі корекційної роботи та соціально-психологічної адаптації дітей, що страждають на аутизм.

Інтелектуальний розвиток більшості дітей з РАС знижений у зв'язку з когнітивними порушеннями. З урахуванням цього, М. Рутгер зазначає: «Їм легше живеться у світі, обмеженому конкретними й видимими речами. Важко даються узагальнення й відмінності між двома подібними та різними

стимулами або подіями. Вони доволі часто використовують частину як ціле або ціле як приватний компонент. Візуально-просторові завдання виконують легше, ніж мовні. Конкретність їх інтерпретації при розв'язанні проблеми зберігається впродовж усього життя. Розвиток здібностей до абстрагування має центральне значення (основа навчання читанню, письму, арифметиці). Їх необхідно тренувати в контексті виконання певної задачі, у подібних контекстах. При цьому має здійснюватися постійна підготовка завдання відповідності до потреб» [71].

Аналіз наукової літератури дозволяє нам припустити, що для адекватного розуміння й інтерпретації описаних закономірностей характеру дитини з РАС і побудови подальшої корекційної програми, необхідно відштовхуватися від важливого теоретико-методологічного підходу А. Запорожця, згідно з яким розвиток комунікативності передуює віковому розвитку спілкування. Кожний наступний рівень відтворення дійсності й ставлення до неї формується не раніше, ніж сформовано необхідні для цього психічні властивості та функції [26]. Відповідно до результатів численних досліджень, процес антиципації виконує три важливі функції в процесі відображення світу. По-перше – це передбачення подібних подій; по-друге – готовність до подій, попередження їх у поведінці. Нарешті, третя функція антиципації, – комунікативна, – забезпечує можливість нормального спілкування. Формування антиципації в людини в результаті онтогенетичного розвитку – безперервний процес, який починається з моменту народження, виявляючись у вродженій здатності вибірково реагувати на певні параметри оточення, розрізняти мимічну експресію, віддавати перевагу людському обличчю й мові тощо. Порушення цього процесу на ранніх етапах онтогенезу позначається певним чином на всьому розвитку особистості.

Виходячи із зазначеного вище, вважаємо, що аномалії спілкування та реципрокної взаємодії, характерні для дітей з РАС, багато в чому зумовлені саме недостатнім розвитком процесу антиципації.

Аналіз наукових праць та отримані результати власних досліджень, дозволили нам виокремити й обґрунтувати низку теоретичних моделей аномального сприйняття (перцепції) для індивіда з РАС:

1. За кількістю сенсорних каналів, що працюють одночасно, суб'єкти з аутизмом поділяються на осіб з «багатоканальним» і «моноканальним» прийомом.

Більшість людей у результаті нормального розвитку застосовують всі органи чуття одночасно. Коли вони що-небудь чують, то продовжують бачити й відчувати як емоційно, так і фізично. Людина знає, який стан



приймає її тіло, коли вона говорить, або який вираз має її обличчя при жестикулюванні. Людина відчуває все це, отже її сприйняття «багатоканальне». Для індивідів, які живуть з «моноканальним» прийомом або принципом сприйняття, зрозуміти, що їм кажуть, при одночасному до них фізичному дотику, просто неможливо: вони або розуміють, що їм говорять, але не відчувають дотиків, або відчувають дотик, але не розуміють сенсу розмови. Якщо вони усвідомлюють місце дотику, або те, що до них торкаються, коли їм що-небудь показують, то вони не бачать нічого, крім кольору, форми і руху. Так, Д. Вільямс, описуючи сприйняття свого тіла, як і всього іншого, стверджує, що воно в основному відбувається з використанням «моноканального» принципу. Якщо вона доторкалась рукою своєї ноги, то відчувала це або на руці, або на нозі, але не одночасно, тобто сприймала своє тіло фрагментарно, і була або рукою, або ногою, або носом [74].

2. За вхідними каналами (або каналом), що охоплює зір, слух, нюх, дотик, тактильність, і є дефіцитарним.

Однією з причин, через яку індивіди з аутизмом отримують спотворене уявлення про образи при сенсорній стимуляції ззовні, є те, що один або кілька вхідних каналів (зір, слух, нюх, дотик, тактильність) так чи інакше дефіцитарні. Встановити, який саме канал або канали вражені в індивіда з аутизмом важко, бо всі органи чуття в організмі людини взаємопов'язані, а порушення одного з них призводить до порушень інших. Аналіз чинної наукової літератури й наші дослідження свідчать про те, що в результаті порушень сприйняття чимало методів корекції є неефективними. Наприклад, аудіоінтеграційна терапія, метод Ірлен, які допомагають одним людям з аутизмом і не приносять жодних поліпшень іншим. За нашими спостереженнями, корекція дефіцитарності каналу призводить до виправлення декількох перцептуальних порушень. Можна навести приклад, який яскраво демонструє порушення каналів сприйняття, описаний А. Стехлі, щодо її дочки Джорджіани, яка мала гіперслух. Після проходження аудіоінтеграційної терапії, проведеної доктором Г. Берарді, її гіперсензитивність до звуків знизилась, поступово функція слухання нормалізувалася, що призвело до нормалізації роботи й інших каналів настільки, що зараз вона вже не вважається аутистом.

3. За інтенсивністю сприйняття органами чуття розрізняється гіпер- і гіпосензитивність. Так, К. Делагато [59] класифікує кожен сенсорний канал як гіпер- і гіпо- або «білий шум» (перешкоди / інтерференція всередині системи). У суб'єкта з аутизмом кожен з них може характеризуватися різними ураженнями. Наприклад, канал може бути гіпо- по зору, «білий

шум» по слуху, гіпо- по нюху й смаку, і гіпер- по тактильній чутливості. Carl Delacato, спираючись на результати свого дослідження, додає ще одну категорію до вище перерахованих – «фрагментарність» зору, слуху тощо.

4. За (не) постійністю сприйняття сенсорних стимулів (слухових, візуальних, тактильних).

Як засвідчив аналіз результатів проведеного нами дослідження, однією з найскладніших рис індивідів з аутизмом є мінливість сприйняття ними сенсорних стимулів: у певні моменти суб'єкт здається глухим, тоді як в інші – реагує на звичайнісінький звук так, ніби він завдає йому гострого болю. Візуальні стимули, як зазначає Б. Фрімен [62], також можуть здаватися людині з РАС або занадто яскравими, або дуже тьмяними.

Функціональні аутисти надають своє пояснення цьому явищу. Вчені визначають його як «раптове випадання» з аутизму, й описують відчуття подібного процесу таким чином: «Перебування в НЕаутичних станах триває лише кілька хвилин, процес входу відбувається миттєво, тоді як повернення (в аутизм) – поступово» [74]. Так, Д. Вільямс відчувала перцептуальні проблеми глухоти, німоти й сліпоти як дуже реальні. Вона пояснювала це «відключенням» сприйняття, спричиненим сильним стресом, оскільки в подібних ситуаціях люди з аутизмом не здатні впоратися з інформацією, що надходить. Авторка порівнює аутизм з дитячою саморобною гойдалкою (дошкою, покладеною на колоду): коли вона піднімається вгору або опускається вниз, не видно життя таким, яким воно є; коли гойдалка проходить через середину, з'являється можливість мимохіть побачити життя, яке б відчувалось, якби не аутизм [74].

Спираючись на аналіз вітчизняних досліджень, наголосимо, що єдиного підходу до розуміння джерел мінливості сприйняття сенсорних стимулів в осіб, які страждають на РАС, у науці ще не сформовано. Так, М. Вроно, Д. Жуков, Ю. Шевченко, А. Співаковська розглядають аутизм не як первинне порушення контактів, а як розлад сприйняття в цілому [13, 24, 53, 52]; Е. Fombonne вважає, що більшість виявів аутизму пов'язані з порушенням сприйняття [61]. Чимало авторів зазначають, що ці порушення мають полімодальний характер і зачіпають базові механізми перцептивних процесів або характеризуються підвищеною селективністю [57, 67], тим або іншим ступенем дефіцитарності [73] тощо.

Результати опрацювання наукової літератури дозволяють нам виокремити й узагальнити особливості розвитку зорово-просторового сприйняття на ранніх етапах онтогенезу (у дітей від 0 до 7 років) при РАС:

0-12 місяців. Слабка реакція на світло, звук, обличчя, брязкальце. Відсутність або слабкість будь-якого компонента: рухового, голосового,

посмішки. Затримка у впізнаванні матері, батька, інших близьких. Відсутність «почуття межі» (звішування за край коляски, прагнення вибратися з манежу). Відсутність страху висоти.

1-2 роки. Страх зміни інтенсивності світла, предметів визначеного кольору та форми. Незвичайність початкового об'єкта фіксації уваги (яскрава пляма, деталь одягу тощо).

3-4 роки. Відсутність фіксації погляду на очах людини (погляд вгору, «повз», «довкола»). Активне уникнення погляду людини. Погляд «повз» об'єкт. Відсутність стеження поглядом за предметом. Зосередженість погляду на «безпредметному» об'єкті: світловій плямі, ділянці блискучої поверхні, візерунку шпалер, килима, мерехтінні тіней. Завороженість таким спогляданням. Затримка на етапі розглядання своїх рук, перебирання пальців. Страх висоти, сходинок, вогню. Відсутність страху темряви. Раннє розрізнення кольорів. Малювання стереотипних орнаментів. Зорова гіперсензитивність: переляк, крик при ввімкненні світла, прагнення темряви.

5-6 років. Розгляд і перебирання пальців матері. Наполегливий позов певних зорових відчуттів. Стійке прагнення до споглядання яскравих предметів, їх руху, кружляння, миготіння сторінок. Тривале викликання стереотипної зміни зорових відчуттів (при ввімкненні та вимкненні світла, відкриванні та закриванні дверей, вертінні колес, пересипанні мозаїки тощо). Переважання інтересу до форми, кольору, розміру над образом в цілому. Інтерес до знаку: тексту книги, букви, цифри, інших позначень. Умовні позначки в грі. Переважання інтересу до зображеного предмета над реальним. Незвичайна зорова пам'ять (запам'ятовування маршрутів, розташування знаків на аркуші, платівці, рання орієнтація в географічних картах).

Таким чином, особливостями сприйняття при РАС в онтогенезі є: зорова гіперсензитивність, труднощі в сприйнятті зорової інформації (тунельний зір, невпевненість у периферичному зорі), або в розрізненні близького від далекого, гіперчутливість до запахів. В осіб з РАС становлення всіх видів сприйняття (зорового, тактильного, рухового, слухового, смакового, нюхового), які формують уявлення про предмети та явища навколишнього світу, відбувається нерівномірно й неузгоджено. Крім того, аналіз наукової літератури та результати власних багаторічних досліджень, дозволили нам виокремити теоретичні моделі аномального сприйняття (перцепції) для індивіда, який страждає на РАС, відповідно до таких критеріїв: за кількістю сенсорних каналів, що працюють одночасно («багатоканальний» і «моноканальний» прийоми); за вхідними каналами, що охоплюють зір, слух, нюх, дотик, тактильність, і є дефіцитарними; за

інтенсивністю сприйняття органами чуття (гіпер- і гіпосензитивність); за (не) постійністю сприйняття сенсорних стимулів (слухових, візуальних, тактильних).

### Список використаних джерел

1. Алиева Н.З. Физика цвета и психология зрительного восприятия / Н.З. Алиева. – М.: Академия, 2008. – 208 с.
2. Аппе Франческа. Введение в психологическую теорию аутизма / Франческа Аппе. – М.: Благотворительный фонд «Теревинф», 2016. – 216 с.
3. Баенская Е.П. О коррекционной помощи аутичному ребенку раннего возраста / Е.П. Баенская. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 365 с.
4. Барабанщиков В.А. Психология восприятия. Организация и развитие перцептивного процесса / В.А. Барабанщиков. – М.: Когито-Центр, 2006. – 240 с.
5. Башаева Т.В. Готовим ребенка к школе. Развиваем познавательные способности. Внимание, восприятие, память, мышление, речь, воображение. Диагностика, тесты, упражнения для детей 4-7 лет / Т.В Башаева. – Ярославль: Академия Развития, 2008. – 208 с.
6. Башина В.М. Детский аутизм процессуального генеза: вопросы патогенеза, клиника и дифференциальная диагностика / В.М. Башина, М.Г. Красноперова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6. – № 1. – С. 35-38.
7. Баенская Е.Р. О коррекционной помощи аутичному ребенку раннего возраста / Е.Р. Баенская. – СПб: Дидактика Плюс, 2004. – 365 с.
8. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием / Е.Р. Баенская; 2-е изд. – М.: «Теревинф», 2009. – 112 с.
9. Беттельхейм Бруно. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я / Бруно Беттельхейм. – М.: Академический Проект, Традиция, 2011. – 593 с.
10. Булахова Л.А. Детская психоневрология / Л.А. Булахова. – К.: Здоров'я, 2001. – 495 с.
11. Веккер Л.М. Восприятие и основы его моделирования / Л.М. Веккер. – Ленинград: Изд-во Лен. ун-та, 1964. – 97 с.
12. Величковский Б.М. Когнитивная наука. Основы психологии познания / Б.М. Величковский. – М.: Академия, 2006. – 448 с.
13. Вроно М.Ш. О раннем детском аутизме (синдром Каннера) / М.Ш. Вроно // Педиатрия. – 1976. – № 7 – С. 78.
14. Выготский Л.С. Психология развития ребенка / Л.С. Выготский. – М.: Эксмо, 2004. – 512 с.
15. Гилберт К. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие / К. Гилберт. – М.: Книга по Требованию, 2016. – 144 с.

16. Гончаров О.А. Восприятие пространства и перспективные построения / О.А. Гончаров. – СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2007. – 252 с.

17. Глоба О.П. Соціалізація дітей та молоді з обмеженими можливостями в умовах регіонального реабілітаційного простору: зб. наук. праць / О.П. Глоба // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – Серія 19. – Корекційна педагогіка та психологія. – № 10. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2010. – С. 111-117.

18. Григоренко Е. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. Учебное пособие для студентов / Елена Григоренко. – М.: «Практика», 2018. – 280 с.

19. Грэндин Тэмпл. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма / Тэмпл Грэндин, Маргарет М. Скариано. – М.: Теревинф, 2012. – 184 с.

20. Гусев А.Н. Общая психология. В 7 томах. / А.Н. Гусев / Том 2. Ощущение и восприятие. – М.: Академия, 2007. – 416 с.

21. Данные организации Autism Speaks. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.autismspeaks.org/autism-facts-and-figures/>

22. Дети с расстройствами аутистического спектра в детском саду и школе. Практики с доказанной эффективностью / С. Довбня, Т. Морозова, А. Залогина, И. Монова. – М.: Фонд «Обнаженные сердца», 2018. – 202 с.

23. Dimitroshkina L.I. Autism resulting from child's ancestral problems — XII international correspondence scientific specialized conference «International scientific review of the problems of philosophy, psychology and pedagogy» (Boston. USA. July 10-11, 2019). ISBN 978-1-948507-00-4 UDC 08.

24. Жуков Д.Е. Особенности картины мира детей с аутизмом. Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, спец. психологии: матер. III съезда РПА и науч.-практ. конференции / Д.Е. Жуков. – Курск: Изд-во Курск. гос. ун-та, 2003. – 271 с.

25. Заззо Р. Стадии психического развития ребенка. Развитие ребенка / Р. Заззо. – М.: Просвещение, 1968. – С. 131-161.

26. Запорожец А.В. О значении ранних периодов детства для формирования личности ребенка / А.В. Запорожец // Современные проблемы дошкольного образования и педагогические технологии: Сборник научных трудов. – Смоленск: СГПУ, 1998. – С. 3-10.

27. Каган В.Е. Аутизм у детей / В.Е. Каган. – М.: АСТ, Corpus, 2013. – 208 с.

28. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: [учебник для вузов] / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 2004. – 960 с.

29. Крайг Г. Психология развития / Грейс Крайг, Дон Бокум. – СПб.: Питер, 2007. – 940 с. – (серия «Мастера психологии»).
30. Краткий психологический словарь / [сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского]. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
31. Кукуруза Г.В. Психологічна допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: дис. докт. псих. наук: 19.00.04 / Г.В. Кукуруза – Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Х., 2013. – 350 с.
32. Лакан Ж. Стадия зеркала как образующая функция. Кабинет. Картины мира / Ж. Лакан. – СПб.: Инапресс, 1998. – С. 9-18.
33. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм / К.С. Лебединская. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 365 с.
34. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии / А.Н. Леонтьев. – М.: МГУ, 2000. – 450 с.
35. Любимов В.В. Психология восприятия / В.В. Любимов. – М.: Эксмо, 2007. – 488 с.
36. Маккернен Т. Аутизм. Практическое руководство для персонала / Том Маккернен, Джон Мортлок. – Минск: БелАПДИ, 2000. – 112 с.
37. Манелис Н.Г. Сравнительный нейропсихологический анализ формирования высших психических функций у здоровых детей и у детей с аутистическими расстройствами: дис. канд. психол. наук / Н.Г. Манелис. – М., 2000. – 124 с.
38. Максименко С.Д. Проблеми прогнозування психічного розвитку дитини /С.Д. Максименко // Проблеми девіантної поведінки: історія, теорія, практика: Матеріали всеукр. наук.- практ. конф. – К., 2002. – С. 28-29.
39. Марлен Дж. Коэн, Питер Ф. Герхардт. Визуальная поддержка. Система действенных методов для развития навыков самостоятельности у детей с аутизмом / Марлен Дж. Коэн, Ф. Питер. – Екатеринбург: «Рама Паблшинг», 2018. – 280 с.
40. Митькин А.А. Психология развития: спорные вопросы и прогнозы / А.А. Митькин // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1.
41. Немов Р.С. Психология. Книга 3. Психодиагностика / Р.С. Немов. – М.: ВЛАДОС, 2006. – 631 с.
42. Никольская О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2007. – 288 с.
43. Открывая двери: комплексное психолого-педагогическое сопровождение людей с расстройствами аутистического спектра: материалы Международной научно-практической конференции, 27-28 октября / [ред.: к. п. н., доц. А.И. Ахулкова]. – Орел: Горизонт, 2016. – 103 с.
44. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к

педагогическому воздействию. Педагогам-дефектологам / Т. Питерс. – М.: Владос, 2016. – 240 с.

45. Психофизиологические закономерности восприятия и памяти / [сборник статей. АН СССР. Ин-т психологии / отв. ред. А.Н. Лебедев]. – М.: Наука, 1985. – 224 с.

46. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника: [учеб. пособие для студ. по спец. № 2111 Дефектология] / С.Я. Рубинштейн. – М.: Просвещение, 1978. – 192 с.

47. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму / Т.В. Скрипник. – К.: Видавництво «Фенікс». – 2010. – 388 с.

48. Скрипник Т.В. Взаємодія з батьками аутичної дитини у світлі феноменологічного підходу / Т.В. Скрипник // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб. – К.: Наук. світ, 2009. – Вип. 11. – С. 227-234.

49. Словарь практического психолога / [сост. Ю. Головин]. – Минск: Харвест, 1997. – 800 с.

50. Смирнова Е.О. Детская психология / Е.О. Смирнова. – М.: Владос, 2008. – 366 с.

51. Соколов Е.Н. Сегментация, группирование и акцентирование в восприятии стимулов / Е.Н. Соколов, Н.И. Незлина // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. – 2009. – Т. 59, № 1. – С. 15-33.

52. Спиваковская А.С. Психическое развитие детей с синдромом аутизма / А.С. Спиваковская. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 365 с.

53. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом / Ю.С. Шевченко. – М.: Вита-Пресс, 1997. – 129 с.

54. Шипицина Л.М. Социальная реабилитация с детей аутизмом / Л.М. Шипицина, И.Л. Первова. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 135 с.

55. Шоплер Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей: сборник упражнений для специалистов и родителей по программе ТЕАСН / Э. Шоплер, М. Ланзинд, Л. Ватере. – Минск: Бел АПДИ, Открытые двери, 1997. – 254 с.

56. Шульженко Д. Аутизм – не вирок / Д. Шульженко. – Л.: Кальварія, 2010. – 218 с.

57. Chilvers R. The Hidden World of Autism: Writing and Art by Children With High-functioning Autism / Rebecca Chilvers. – Jessica Kingsley, 2007. – 124 p.

58. Dawson G. Autism. Nature, Diagnosis and Treatment / G. Dawson. – London: Guilford Press, 1989. – 173 p.

59. Delacato Carl. The Ultimate Stranger. The Autistic Child / Carl H.

Delacato. – Novato: Academic Therapy Publications, 1990. – 226 p.

60. Eisenberg L. The autistic child in adolescence / Leon Eisenberg // *American Journal of Psychiatry*. – 1956. – № 112. – p. 607-612.

61. Fombonne E. Is autism getting commoner? / Eric Fombonne // *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. – 2008. – 193(1). – p. 59.

62. Freeman B.J. Guidelines for Evaluating Intervention Programs for Children with Autism / B.J. Freeman // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 1997. – Vol. 27, № 6. – p. 641-651.

63. Lord C. ADOS / C. Lord, M. Rutter, P. DiLavore, S. Risi. – Richmond: Psycan Corporation, 2002.

64. Markiewicz K. Diagnostyczne różnicowanie autyzmu wczesnodziecięcego. / K. Markiewicz, E. Ciećkiewicz // *Autyzm wyzwaniem naszych czasów* – Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. – 2000.

65. Miller E. The Girl Who Spoke with Pictures: Autism Through Art / Eileen Miller, Kim Miller. – Kingsley: Singing Dragon, 2008. – 208 p.

66. Moll G.H. Entwicklungen in der Therapie des frühkindlichen Autismus. Ergebnisse der Therapieforschung / G.H. Moll, M.H. Schmidt. – *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie*, 1991.

67. Pisula E. Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia. / E. Pisula – Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. – 2005.

68. Rapin I., Tuchman R.F. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis // *Pediatr Clin North Am*. – 2008. – 55 (5). – Pp. 1129-1146.

69. Remschmidt H. Psychosomatische Erkrankungen / H. Remschmidt // Heidelberg, Springer. – 2007. – P. 1861-1869.

70. Rimland B. Infantile Autism / B. Rimland. – Irvington Pub, 1984.

71. Rutter M. Concept of autism / M. Rutter // *New directions in childhood psychopathology*. – 1982. – Vol. 2. – P. 983-1017.

72. Scheuermann B. Autism: Teaching does make a difference / Brenda Scheuermann, Jo Webber. – Wadsworth Publishing, 2001. – 300 p.

73. Sturm H. Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels; associated impairments and subgroups / H. Sturm, E. Fernell, Ch. Gillberg – *Develop Med Child Neurol*. – 2004; 46(7) – p. 44-71.

74. Williams D. Autism: An Inside-Out Approach / Donna Williams. – Jessica Kingsley Publishers, 1996. – 336 p.

75. Wing L. Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner'a / L. Wing – PZWL: Warszawa, 2005. – p.115-149.





**Андрей Валерьевич Старовойтов**

*г. Симферополь*

*e-mail: art.lab.projects@gmail.com*

## **СКРЫТЫЕ ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСГАРМОНИЧНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ РЕБЕНКА В УСЛОВИЯХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СЕМЬИ**

Инклюзивный подход в современной педагогике и прикладной психологии обусловлен множеством причин как социального, так общекультурного характера. Современная европейская цивилизация стремится к большей транспарентности, к включению каждого мотивированного и активного субъекта в полноценную социальную жизнь, в динамику общедоступной культуры, к обусловленному свободным волеизъявлением участию в культурной, политической и экономической жизни государства. Все это предполагает множество частных факторов и форм проявления персональной идентичности субъекта. В том случае, если речь идет о людях с особыми социальными и личными потребностями, их включение в социальный и культурный процесс требует особого внимания. Значительную роль в процессе социальной интеграции играет преодоление рамок повседневной стигматизации личности. Особую важность это приобретает в отношении детей. Ребенок по своей природе оказывается более уязвим к различного рода негативным влияниям, тем более если он имеет в соответствии со своим физическим или психическим статусом особые потребности.

Инклюзивная педагогика и психология основаны на приоритетах социальной адаптации ребенка, непрерывности инклюзивного процесса на всех возрастных этапах, природосообразности и экологичности образовательных и психологических технологий, их адекватности возможностям ребенка и общей логике его развития.

В контексте этого, определяющими аспектами социально-психологического и педагогического сопровождения ребенка будут выступать: развитие коммуникативных навыков, умение взаимодействовать с другими людьми и социальными структурами, профилактика и преодоление инвалидизации и искусственной изоляции как семьи, так и самого ребенка, профилактика стигматизации дефекта, развитие компенсаторных способностей, адаптация к особенностям своего психосоматического статуса [1].

Очевидно, что эффективная и целесообразная реализация задач психологического сопровождения детей с особыми потребностями в рамках семейной системы требует комплексного подхода.

Каждая семья – это уникальная система отношений, связанных со стремлением человека организовать свою жизнь в рамках социальной действительности определенным образом, с тем, чтобы обеспечить возможность продолжения существования последующих поколений. Каждая семья живет в своей специфической и уникальной реальности, обусловленной особым набором мифологем, со своими тайнами и переплетениями судеб [2; 3]. И она может обладать большей или меньшей степенью адекватности, порождая из поколения в поколение различного рода дисгармонии, либо сглаживая их [4; 5]. Особое значение приобретает данный факт в том случае, если речь идет о семье, в которой растет ребенок с особыми потребностями. Данная ситуация накладывает дополнительную меру ответственности за гармоничное воспитание ребенка, за формирование его целостной идентичности и за его будущее. Однако, несмотря на все понимание со стороны специалистов того, как должно быть организовано воспитание особого ребенка, какие требуются меры психологического и социального сопровождения, реальность не редко вносит свои коррективы в ситуацию, и сама психологическая атмосфера, складывающаяся внутри семейной системы, противоречит задачам гармоничного развития ребенка. Родители могут выступать значимыми факторами дестабилизации формирующейся идентичности, негативно влиять на самооценку и повышать дисфункциональность личности. В конечном счете это служит определяющим фактором негативного проекта будущего.

Любой специалист понимает, что каждый ребенок обладает своим уникальным потенциалом, и, несмотря на семейные трудности, этот естественным потенциал души способен найти свой путь к реализации собственного будущего и своей судьбы [6]. Но очевидно и то, что бессознательный родительский проект и латентные послания, инроецированные в психику ребенка, способны в значительной мере моделировать его будущее, особенно в том случае, если данные послания носят травмирующий для самооценки характер [7].

Семья является экзистенциальной системой, поскольку дает основания для формирования идентичности и последующего утверждения ребенком себя в мире. Она способна обеспечить приобретение базовых экзистенциальных смыслов существования. Это возможно в том случае, если семья выступает для ребенка поддерживающей, питающей его самосознание почвой, способствующей его дальнейшему самоутверждению. Но опыт

показывает, что такое самоутверждение возможно и «от противного»: экзистенциальный вакуум семейной системы, ее травматическая опустошенность нередко побуждают к собственному поиску жизнеутверждающих оснований, в себе, в других людях или во внешнем мире: через боль, через собственную пустоту, через сопротивление и внутренний конфликт, через осознание утраты в семье экзистенциальных опор и необходимости их восстановления. Поэтому, семья – это не только то, что способно поддержать и утвердить жизнь, семья способна выбить почву из-под ног, обесценить и омертвить – вплоть до бессознательно мотивированного выбора ребенком агонистической и потенциально губельной стратегии самореализации (о чем красноречиво свидетельствуют случаи ранних детских суицидов).

Семья инициирует ребенка с самого момента рождения в систему собственных экзистенциальных смыслов, а именно в то, почему данная группа людей является семьей, что их связывает, какие существуют закономерности, правила и стратегии их совместного существования, почему они вместе и почему именно эти люди оказались вместе и стали обозначать себя понятием семья [8].

Символическое погружение ребенка в контекст семейной системы начинается уже в период беременности матери, особенно на поздних сроках, когда в семье, у родителей в первую очередь, формируется осознанное отношение к факту появления в скором времени нового члена семьи. Но активное взаимодействие и целенаправленный обмен семиотическими сигналами начинается после рождения. На протяжении определенного периода (как правило это первое полугодие после рождения) семья постепенно интегрирует ребенка в свои границы, где он становится активным участником интеракций. Целый ряд ритуализированных социальных практик несет в себе смысл экзистенциального принятия младенца как «уже-своего». Например, религиозные обряды, скажем крещение в православной культуре: до момента крещения ребенок еще как бы остается «не от мира сего», тогда как с крещением он становится для семьи и традиционного коллектива «своим», т.е. принадлежащим к ритуально регламентированному миру «своих»; частью такого ритуально регламентированного мира в традиционной культуре была, в том числе, и семья. Поэтому крещение легализует статус ребенка не только для церкви, но во многом и для семьи. В современном секуляризованном обществе регламентирующая функция церкви значительно снижена, и отчасти роль сигнификации статуса ребенка в качестве активного субъекта социального взаимодействия принимают на себя другие структуры: детские учебные

заведения, развивающие студии, муниципальные, социальные, медицинские и профилактические учреждения. Ребенок с раннего детства выступает своего рода триггером, запускающим целую ряд социальных практик заботы, опеки и ухода. Естественно, что если парентальная среда благоприятна и родители гармонично встроены в систему социальных отношений и общественных учреждений, это скорее способствует гармоничному развитию ребенка. В том же случае если семейная система дисфункциональна и относится к категории риска, высока вероятность столь же дисгармоничного развития и ребенка. Это касается алкоголизированных семей, семей с низким уровнем этической регулируемости, семей с пограничным статусом, тех семей, в которых наблюдается узурпация власти и насилие.

Семья в значительной степени легитимизирует статус ребенка в качестве нормального, здорового полноценного субъекта общества. Ребенок с особыми потребностями в отношении своего психического или физического статуса первый опыт стигматизации также может получить именно в семье. Особенно это касается дисфункциональных семей. В том же случае, если родители принимают особый статус ребенка и внутренне соглашаются быть частью его реальности и принимают своего особого ребенка в качестве осознанной реальности собственной жизни – это минимизирует раннюю стигматизацию, либо в семье она полностью нивелируется. Адекватно функционирующая, зрелая семейная система способна компенсировать травматический потенциал прочих социальных контактов и тех обстоятельств с которыми особый ребенок сталкивается за пределами своей семьи.

Экзистенциальный контекст семейной системы призван избавить человека от ощущения своей инаковости и отчужденности. Это достигается через систему родственных связей, предполагающих возможность разделения ответственности, дающих чувство принадлежности и безопасности. Избавление от чувства инаковости и отчужденности осуществляется через различные формы ритуализации, например, через «ритуалы» приема пищи (семейные обеды и ужины), сборов на ежедневную прогулку или укладывания спать, через совместный отдых, коммуникацию, посещение общественных мероприятий, выполнение ежедневных гигиенических процедур. Ритуализация семейного быта способствует укреплению и поддержанию внутрисемейных связей, а также связей с внешней средой. Закономерно, что обеднение связей в семье, их дефицит, особенно если речь идет о раннем детском возрасте, разрыв, как пишет об этом Борис Цирюльник, «окружающей нас чувственной оболочки» семьи, вследствие чего она больше не способна защищать ребенка – все это в итоге

приводит к психологическому травмированию, сопровождающемуся чувством стыда и униженности [9, с. 62]. Редукция привычных повседневных ритуалов, их распад и кризисная трансформация для детской психики равносильна распаду привычного семейного мира, его предсказуемости и стабильности, поскольку ритуал, как известно из антропологии – это форма поддержания и укрепления мира и «символического космоса». Для ребенка таким миром выступает семья. Впрочем, таким миром семья выступает не только для ребенка, но и для окружающих его взрослых – бабушка и дедушка, мама и папа, братья и сестры, а также другие родственники, которые в своей общности создают ощущение комфортного и освоенного микрокосмоса. Но стыд – это результат распада или патологической трансформации привычного внутреннего мира семьи, это провокация собственной инаковости и никчемности в глазах значимого другого, в роли которого выступает как правило одна из родительских фигур. И, чтобы искупить вину инаковости, он решается на искупительное умерщвление, на привнесение себя в жертву семейным обстоятельствам: чтобы папа и мама были вместе, чтобы не ссорились, не болели, «не пили», не наказывали, и т.д. – я готов стать никем или тем, кого во мне хотят видеть, я готов даже умереть, по крайней мере внутренне, лишь бы сохранить незыблемость, стабильность, привычность того мира, который я называю своей семьей...

Венгерский психотерапевт Имре Херманн объяснял чувство стыда тем, что ребенок утрачивает контакт с матерью, вследствие чего у него возникало данное токсическое чувство [цит. по 9, с. 69-70]. Ребенок для своего развития испытывает потребность в идущей от матери и отца защите; в том же случае, если адресованное родителям примитивное (архаическое) доверие и ощущение собственной защищенности, экранированности фигурами отца и матери, утрачивается, ребенок сталкивается с чувством собственной ничтожности, что крайне негативно сказывается на формировании его идентичности и чувства собственного достоинства.

Отвержение – это форма инверсии свободы, о которой в качестве одной из экзистенциальных данностей писал Ирвин Ялом. Реализация свободы одаривает ужасом утраты привычных опор и нарастанием риска раскрепощающей сознание непредсказуемости [10]. И если реализация свободы – это сознательный выбор человека, то отвержение – это насильственное освобождение, не учитывающее степень готовности стоять на своих собственных ногах. Отвержение – это лишение ребенка опор в ходе утверждения им своего «Я» и формирования идентичности. Оно связано с редукцией (распадом, утратой, намеренным или патологическим разрушением) кодов значимости, уважения и принятия. В качестве таких

каналов кодирования мы выделяем: речь (интонационный и смысловой компоненты высказываний), взгляд (длительность фиксации взгляда и его эмоциональное содержание), прикосновение (частота и длительность тактильного контакта), мимический ответ (лицевая экспрессия эмоций), величина дистанции (ее сокращение либо увеличение).

Характер ответа на потребность значимого контакта, его длительность, конгруэнтность и комплементарность запросу, приобретает огромное значение для формирования и поддержания значимого присутствия другого и соответственно привязанности между членами семьи (супруги, родитель – ребенок). Именно адекватная (поддерживающая, но не сковывающая) привязанность снижает лакунарность души ребенка, разрывы которой заполняются стыдом и виной; значимая привязанность (не патологическая) инспирирует ребенка теми смыслами, которые позволяют ему воспроизвести себя в будущем в отношениях привязанности, в любви и проектах собственной нуклеарной семьи.

Любая семья – это особая реальность смыслов и отношений. В некотором роде такая реальность является фантазматической, поскольку в ней переплетаются, порой путаясь, действительность, домыслы, ложь, фантазии и сновидения участников семейного процесса. И она может обладать большей или меньшей степенью адекватности, порождая из поколения в поколение различного рода дисгармонии и странности, пересекающие нередко порог ужаса, когда возникает впечатление невозможности, невероятности и бесчеловечности того, что случается между людьми, называющими свое совместное существование семьей. В качестве гипотезы мы позволим себе предположить, что степень дисфункциональности семейной системы напрямую зависит от тотальности работы фантазма внутри семьи.

Понятие фантазм традиционно относится к психоаналитическому дискурсу. Оно интерпретируется в контексте дифференциации воображаемого и реального [11, с. 551-557]. В буквальном смысле, фантазм – это иллюзия, искажающая восприятие реальности и, в отличие от простой фантазии, обладает мотивирующим потенциалом, побуждающим субъекта к определенному рода действиям, поскольку возникает устойчивая убежденность в целесообразности именно таких действий и именно в данной ситуации. Но проблема в том, что в основе подобных побуждений лежат ложные мотивы, то, что обозначается понятием чувство повышенной значимости (апофения) – лишенная реальных оснований и причин убежденность в истинности своего видения ситуации и опора на то, что мнится самому субъекту. Однако скрытое назначение фантазма – это попытка избавиться от чувства внутренней нехватки и пустоты с помощью

заполнения их мнимыми категориями, ложными мнениями, установками и ценностями.

Что же такое семейный фантазм? И почему семья представляет собой ярко выраженный фантазматический феномен? Именно по тому, что в рамках семейной системы, и нередко за ее пределами, крайне сложно, или даже невозможно, определить, что есть правда (истина), а что является следствием ложных, вымышленных представлений, что есть ее реальность, а что иллюзия. Вероятнее всего само понятие истинности, правдивости к семейной системе, особенно находящейся в кризисе, не применимо: чем глубже семейный кризис, тем выше степень подчиненности внутрисемейной динамики фантазматическим конструкциям, которые в сущности никому не принадлежат, и мы не можем с точностью сказать, кто именно является источником, причиной или «автором» фантазматических установок, поскольку вся их специфика указывает на принадлежность не людям, как отдельным сущностям, но самой системе, формируемой сопричастностью друг другу членов одной семьи.

В контексте фантазматической динамики целесообразно использовать понятие семейная истина, как нечто формирующееся на границе мифологических построений, семейных сценариев и неотрефлексированных (имплицитных) правил. Семейная истина как форма воплощения фантазма представляет собой некое руководство к действию: именно потому, что это «истина» – она не требует обсуждения и понимания, она также не должна подвергаться сомнению и не требует доказательств, поскольку это модель, которая, как кажется, должна обеспечить сохранность семейной системы, своего рода основание для выживания семьи. Наличие такой истины и есть свидетельство стоящей за ней совокупности фантазмов, или одного доминирующего фантазма. Семейная истина есть форма специфического отношения к себе как сопричастному элементу семейной системы, к семье и ее членам, а также к миру, который семью окружает. Такая истина, если она имеет место быть и приобретает вес доминирующей установки, крайне осложняет свободное течение мысли и эмоций, а также формирует специфические желания в контексте организации отношений как в кругу самой семьи (например, инцестуозные), так и за ее пределами (например, парафилические).

Работая на протяжении последних 10 лет с различными типами семей, мы обнаружили ряд фантазмов, перечень и расшифровку которых приводим ниже:

1. Фантазм заботы и опеки – проявляется в априорном знании того, что нужно кому-либо из членов семьи для его нормального существования и функционирования. Наиболее ярко проявляется в отношении детей, в знании

«правильных» воспитательных стратегий; реализация данной стратегии может касаться вариантов отыгрывания чувств беспомощности и собственной ненужности, тянущихся из собственного детства, и лишаящих ребенка возможности для выражения собственных потребностей и чувств. В том случае если это особый ребенок, данный фантазм потенцируется его особым статусом, что нередко блокирует любые с его стороны попытки собственного самоутверждения. Но также, в том случае если данная фантазматическая конструкция приобретает тотальный характер, ни в меньшей степени это накладывает жесткие рамки на жизнь самих родителей.

2. Фантазм наказания – проявляется в идее «нормативного» наказания, а также в идее, что за наказанием последуют должные воспитательные результаты и что наказание способно сформировать личность ребенка.

3. Фантазм вины – связан с представлениями о том, что кто-либо в семье виновен в причинах тех или иных событий, или ситуаций – ребенок, который обвиняется в том, что он родился, супруг/супруга, обвиняемые в собственных неудачах; вопрос касается не только актуальных отношений, но и трансгенерационных – в какой степени виноваты наши предки в наших ошибках, неудачах или переплетениях судьбы? Наследуем ли мы «грехи своих отцов» и если да, то до какого поколения? Нередки в контексте данного фантазма случаи, когда человеку с раннего детства и на протяжении значительного отрезка жизни стоит огромных усилий доказать себе, окружающим и всему миру право на собственное существование, право на то, что бы быть собой.

4. Фантазм воспитательной цели – воспитывать ребенка необходимо так, чтобы сформировать определенный тип личности, направленность мировоззрения, жизненную позицию и пр.; либо это касается попыток «перевоспитать» его, исправить допущенные кем-то ошибки. В основе фантазма лежит идеализированный образ ребенка, или часть собственной непрожитой жизни.

5. Фантазм ответственности – ребенок должен нести особую ответственность за те или иные события, процессы или функции (например, старший ребенок за младшего, за порядок и чистоту в доме).

6. Фантазм долженствования – реализуется в идее того, что кто-то кому-то что-то должен в связи с чем-то: например, дети должны заботиться о родителях потому, что те, в свою очередь, вкладывали свои силы в заботу и воспитание. Фантазм долженствования очень тесно связан с фантазмом заботы: забота может быть продиктована бессознательным желанием вернуть себе то, что было вложено в ребенка и ожиданием того, что ребенок обязан будет заботиться о стареющих родителях и с него можно будет «потребовать»



такую заботу или спровоцировать его к этому демонстрацией беспомощности.

7. Фантазм контроля – проявляется в стремлении контролировать жизнь ребенка (взрослеющей дочери или сына), или всю ситуацию в семье; бессознательной причиной реализации данного фантазма является отсутствие доверия и проекция неспособности (отсутствие внутреннего ресурса) к контролю за собственными мыслями, чувствами и поступками.

8. Фантазм семейной стабильности – что бы не происходило в семье, какой бы дисфункциональной она не была, и не зависимо от степени собственного страдания и страдания других членов семье (ребенка), систему следует сохранять во что бы то ни стало; полная семья, какой бы она ни была, лучше, чем «урезанная».

9. Фантазм жертвенности – ради ребенка следует сохранять дисфункциональные отношения, поскольку ребенок должен «иметь» папу/маму, он должен расти в структурно полной семье, даже несмотря на то, что в функциональном плане она неполноценна и ущербна. Один из родителей или оба готовы пожертвовать своим личным благополучием для того, чтобы обеспечить мнимое благополучие ребенка. Когда родители жертвуют своим благополучием и правом на счастье, жертвой неминуемо становится сам ребенок.

10. Фантазм уничтожения – связан с бессознательным желанием исключить кого-либо в семейной системе из семейного контекста и линии родства (отвергаемый ребенок, старики, супруг/супруга); вероятнее всего, данный фантазм выстраивается на патологическом сценарии или дегенеративном переплетении судеб, и связан с актуализацией механизмов символического умерщвления в мультигенерационной системе.

11. Фантазм собственного уничтожения – редукция самоутверждения в семейной системе в качестве значимой фигуры со стремлением исключить себя из контекста семейной динамики (психологически или физически) – уход, утрата собственной воли, алкоголизация, сумасшествие, самоубийство. Патологическая реализация агонистической стратегии одним из родителей (хронический алкоголизм, суицидальное поведение, аутоагрессия) непоправимо деформирует формирующуюся идентичности ребенка провоцируя его на поиск собственной агональности.

Семья ребенка с особыми потребностями имеет в своей динамике те или иные фантазматические идеи, но, как мы отмечали выше, дисфункциональная семейная система реализует фантазм как доминирующий фон взаимодействия с ребенком, при котором рациональная оценка ситуации минимизируется и семья погружается в темную массу иллюзорных

стратегий, способствуя развитию у ребенка дисгармоничной идентичности. И для ребенка, особенно в раннем возрасте, условия семейной системы представляют собой в некотором роде тотальность: это «целостная» форма организации взаимодействий и обменов сигналами, и если фантазм выступает доминирующей коммуникативной стратегией, то для особого ребенка, как впрочем и для любого, это будет означать формирование идентичности в фантазматической среде, т.е. в некотором отрыве от действительности. В целом, это фактор потенциального снижения общей адаптированности и принятия себя.

Принятие ребенком тотальности фантазма основано на феномене внутрисемейной лояльности.

Явление семейной лояльности (принятия, привязанности) основывается на факте кровного родства и на принадлежности к мультигенерационной семейной системе. Если между родительскими фигурами развивается конфликт, за ним можно усматривать конфликт генеалогий, тогда следует говорить о системном генеалогическом конфликте. Конфликт генеалогий проецируется в душу ребенка, когда он вынужден решать, чью сторону ему занять в этом конфликте. Интенсивность конфликтного напряжения в его душе возрастает по мере испытываемого затруднения в выборе. Данную ситуацию следует обозначать как конфликт лояльности – когда ребенок вынужден делать выбор между отцовской и материнской линией родства. Конфликт в детской душе может проявиться по-разному – через нарушение поведения, через эмоциональные затруднения, или через различные формы соматизаций. Но в любом случае ребенок выступит носителем системного симптома, или системной жертвой генеалогического конфликта. Родители могут использовать его в качестве посредника в решении данного конфликта. Однако ребенок не является оптимальным средством такого решения или средством отыгрывания дисфункциональных сценариев, поскольку такое отыгрывание происходит за счет его психического благополучия или здоровья, и не сулит полноценного разрешения ситуации, лишь частичный сброс напряжения, обусловленного фантазматической моделью внутрисемейной коммуникации.

Результатом семейного конфликта может быть удаление части генеалогии без всякого объяснения. Часто так происходит после развода или конфликтного расставания родителей, когда ребенок оказывается на иждивении одной части семьи и больше не может выражать свою привязанность к представителям другой части. В этом случае следует говорить о разрыве лояльности, когда перед лицом конфликтных требований явно выраженная привязанность по отношению к одному из родителей

автоматически воспринимается другим как проявление нелояльности к себе, либо лояльность к одному из родителей автоматически исключает принятие другого.

Эти конфликты провоцируют внутренний разлад в связи с невозможностью для ребенка реализовать свою экзистенциальную потребность в принадлежности (экзистенциальную лояльность) никаким иным способом, кроме как через попытки примирить своих родителей в идеальном союзе, которого ему никогда не удастся достичь. В итоге ребенок теряет веру в свои силы, а его глубинная идентичность оказывается деформированной, как если бы ему не удалось добиться сосуществования двух частей в нем самом – внутренняя целостность ребенка равносильна изначальной целостности его семейной системы и целостности образов парентальных фигур в его душе. Мы должны признать тот факт, что ребенок с особыми потребностям выступает дополнительным фактором повышения напряженности в семейной системе и от родителей, их внутренней зрелости и готовности развиваться совместно с ребенком во многом зависит его будущее благополучие, как впрочем и их собственное.

Дисфункциональная динамика семейной системы приводит к развитию у ребенка признаков пограничного поведения. Тем более это важно учитывать если речь идет об особом ребенке, психика которого в известной мере сенсублизована. Пограничный синдром на фоне врожденных аномалий психического или физического развития подразумевает системное нарушение поведение, не относящееся ни к уровню невротических, ни к уровню психотических расстройств; это своего рода психодинамических конструкт, используемый для описания феноменов импульсивности, аффективных приступов, страхов и неустойчивых эмоциональных состояний [12, с. 41-64]. В данном контексте не следует рассматривать пограничность поведения с точки зрения принятой в психопатологии систематики и классификации психических расстройств. Пограничность в данном случае понимается в психоаналитическом ключе, а именно – в аспектах социально-психологической дезадаптации. Ядром данного синдрома выступает нарушение базовой идентичности ребенка, не компенсированное гармоничной и лояльной семейной атмосферой.

Специфика системного подхода к пограничным реакциям заключается в том, что он сфокусирован на контекстуальных аспектах поведения, задаваемых особенностями интеракций и скрытыми процессами в семейной системе [13]. Контекстуальный подход к пониманию специфики пограничных реакций у детей берет свое начало в теории объектных отношений (М. Кляйн, Д. Винникотт). Данная теория говорит о естественной

способности каждого ребенка интернализировать внешние объекты и присваивать их, трансформируя во внутренние переживания. Этот процесс связан с формированием дифференцированных концептов «Я» и «не-Я», и с ощущением своей внутренней безопасности в контакте с родительскими фигурами и, опосредовано, через них с остальным миром. Естественная потребность любого ребенка – формировать структуру безопасных объектов в безопасной среде. Однако это идеализированная ситуация. Чаще бывает не так и ребенок наряду с безопасными объектами сталкивается с опасными, которые попадают в категорию «не-Я». Те объекты, которые расцениваются как безопасные, соотносятся с категорией «Я». Соответственно степень внутреннего благополучия будет пропорциональна объему положительных внутренних объектов, способных обеспечить положительную проективную идентификацию. Объем и качество таких безопасных интроектов непосредственно зависит от характера взаимодействия с ребенком его родителей.

Пограничный синдром, с учетом сказанного, может быть связан с особенностями взаимодействия ребенка с внутренними объектами, в качестве которых выступают интроекты родительских фигур.

Далее мы приводим глоссарий признаков, которые характеризуют пограничную динамику поведения особого ребенка, формирующуюся на фоне искажений его идентичности:

1. Нарушения межличностных взаимоотношений:
  - повышенная требовательность и стремление к контролю;
  - избыточная общительность;
  - крайняя замкнутость и отстраненность;
  - чрезмерные вспышки любви или ненависти;
  - преувеличенное копирование чужого поведения;
  - изоляция от сверстников и отсутствие друзей.
2. Нарушения чувства реальности:
  - фантазии о всемогуществе, сопровождаемые соответствующим поведением;
  - чрезмерный уход в фантазирование;
  - трудности в разделении игры и реальности;
  - паранояльные идеи и фантазии;
  - магическое мышление.
3. Повышенная тревожность:
  - панические эпизоды;
  - страх контактировать с посторонними или с новыми людьми;
  - беспокойство по поводу новых ситуаций;

- страх разлуки (сепарационная тревога).

4. Чрезмерно выраженное импульсивное поведение в ответ на незначительные раздражители:

- повторяющиеся вспышками гнева и агрессии;
- потеря контроля за своими действиями,
- уничтожение и разрушение предметов;
- неуправляемость, вследствие агрессивного поведения;
- потеря контакта с реальностью во время этих эпизодов;
- аффективные приступы, продолжительностью более часа;
- параноидные идеации во время приступа.

5. Неврозоподобные симптомы, в том числе ритуальные действия, ипохондрия, навязчивости, множественные фобии, нарушения ритма повседневной жизнедеятельности, нарушения сна, нарушения пищевого поведения.

6. Неравномерное или искаженное развитие:

- отклонение или неустойчивость физиологических реакций;
- апатия, снижение аппетита, вялая реакция на человеческие контакты;
- стереотипные движения, включающие раскачивание тела, щелчки пальцами, удары головой и т.д.;
- задержка моторного или речевого развития.

Анализ данных признаков в контексте современной социальной ситуации развития детей и в контексте культуры в целом показывает, что стандарт рассмотрения пограничных феноменов как исключительно психопатологических явлений, вероятно, себя исчерпал. В современном мире стандарты поведенческой и психической нормы трансформируются в сторону расширения допустимого. Общество и культура становятся более толерантными к пограничным явлениям и поведенческим дисфункциям. Для нас же представляет важность вопрос степени уместности и допустимости тех или иных форм поведения не в соответствие с неким теоретическим конструктом или стандартом нормы, а относительно конкретных условий и конкретного социального окружения ребенка. Иными словами, как достичь большей взаимной адаптированности и принятия внутри семьи при имеющихся обстоятельствах и особенностях поведения ребенка и его родителей.

Если мы попытаемся дать трактовку пограничной феноменологии поведения особого ребенка с точки зрения структурной организации его личности и психодинамики бессознательных процессов, то придем к следующим заключениям.

1. Пограничные феномены связаны со слабой организованностью (устойчивостью структуры) «Я» ребенка и его идентичности. Это приводит к колебаниям степени интенсивности контакта с собственными мыслями и чувствами, к недостаточной самоидентичности, что проявляется в изменениях стилистики поведения: моторики, мимики, локомоции и вокализаций. Недостаточная организованность структуры «Я» повышает подверженность психики аффективным компонентам бессознательного.

2. Аффективная дезорганизованность поведения. Может являться реакцией на дезорганизующее влияние среды и свидетельствовать о попытках компенсаторной адаптации за счет внутренних ресурсов. Интенсивность аффективной дезорганизации будет свидетельствовать о доступных для ребенка внутренних ресурсах и степени их истощенности. Внутренняя дезорганизованность будет проявляться в аффективных вспышках, паралогических умозаключениях и идеях.

3. Нестабильность объектных отношений, неустойчивость контакта с внутренними объектами и затруднения в присоединении к внешним объектам (родителям). Это проявляется в сложности установления межличностных контактов, усиленной страхами, аффектациями и паническими вспышками.

4. Затруднения в формировании стабильных объектных отношений могут приводить к погружению в фантазматическую реальность, что повышает трудности в достижении полноценной и адекватной самоидентификации.

5. На фоне аффективной дезорганизации и нестабильности структуры «Я» может проявляться эмоциональное слияние с объектом, что связано с нарушениями на границе контакта и несформированностью способности к объектному различению. В поведении это проявляется в эмоциональном заражении и полезависимом поведении, в тенденции к психологическому слиянию с родительскими фигурами, или в целом с родительской (опекающей) средой.

6. На фоне недостаточной структурированности «Я» приобретают выраженность примитивные защитные реакции, такие как обесценивание, отрицание, проекция и вытеснение. В случае затруднений в переработке и интеграции опыта, это приводит к внутренним расщеплениям и частичным изоляциям подструктур «Я», формируя в итоге множественную феноменологию личности.

7. В итоге, ребенок неминуемо столкнется с затруднениями в дифференциации фантазматической и объективной (социальной) реальности, что будет влиять на организацию им дальнейшего проекта собственной жизни.

Семья является базовой средой, способной обеспечить полноценное развитие и становление личности, либо создать негативные условия для развития ребенка. Ее потенциал достаточен, чтобы компенсировать различного рода врожденные аномалии и дефекты развития. Много в этом вопросе зависит от самих родителей, от того насколько благополучен их собственный психологический фон, насколько они обладают необходимым ресурсом, для обеспечения такой компенсаторной функции, и всех связанных с этим задач.

Психологическое сопровождение родителей детей, имеющих аномалии развития является такой же важной задачей, как и психологическое сопровождение самих детей.

Психологическое сопровождение родителей детей с особыми потребностями предполагает в первую очередь партнерские отношения со специалистами. Не следует лишать родителей возможностей осознанного, ответственного выбора и принятия решений относительно будущего ребенка. В случае лишения таких возможностей, рекомендации специалистов воспринимаются как приговор, а консультация не открывает возможностей и вариантов решений, но помещает родителя в жесткие рамки необходимости.

В ходе психологического сопровождения позиция родителей должна приобретать всё большую самостоятельность и активность. Умение организовывать продуктивный диалог с родителями, привлекать их к участию и сотрудничеству, к совместному обсуждению условий образования и развития ребёнка – важная задача психологического сопровождения.

Психологическое обеспечение и коррекция дисфункциональных установок родителей профильными специалистами (кризисные, семейные, школьные психологи) непосредственно влияет на более гармоничное развитие ребенка.

Мы выделяем несколько этапов психологического сопровождения родителей:

I. Психологическая диагностика: тестирование и диагностическая беседа.

II. Психологическая консультация по результатам тестирования.

III. Психологическая консультация по актуальным вопросам взаимоотношений с ребенком.

IV. Психологическая консультация по вопросам самореализации и удовлетворенности собственной жизнью.

V. Психологическая консультация по вопросам дальнейшего развития и становления ребенка и собственного родительского статуса.

VI. Консультация по вопросам долгосрочной стратегии в организации жизни и развития семьи.

Вся работа с родителями, воспитывающими детей с особыми потребностями, направлена на преодоление их социальной беспомощности за счет повышения психологической компетентности, обучения навыкам взаимодействия и общения со своим ребенком, совместно выполняемых домашних заданий и рекомендаций специалистов, а также за счет общения с другими родителями в рамках групповой работы.

Таким образом, системное психологическое сопровождение родителей и детей позволит решить задачи полноценного развития основных субъектов инклюзивного психолого-педагогического процесса.

### **Список использованных источников**

1. Лукьяненко М.А., Михайлова Н.Б. Роль психологического сопровождения в инклюзивном образовании / М.А. Лукьяненко, Н.Б. Михайлова // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2016. – Т. 8. – № 5/3. – С. 105-108.
2. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы / М. Николс, Р. Шварц. – М.: Эксмо, 2004. – 960 с.
3. Теория семейных систем Мюррея Боуэна / Под ред. К. Бейкер, А.Я. Варги. – М.: Когито-Центр, 2008. – 496 с.
4. Гольжак де В. История в наследство / В. де Гольжак. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. – 233 с.
5. Шутценбергер А.А. Синдром предков / А.А. Шутценбергер. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 256 с.
6. Зинченко В.П. Психологические основы педагогики / В.П. Зинченко. – М.: Гардарики, 2002. – 432 с.
7. Реверди-Аррюс Ж. Незрелые родители и взрослые дети / Ж. Аррюс-Реверди. – СПб.: Питер, 2015. – 320 с.
8. Уорден М. Основы семейной психотерапии / М. Уорен. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. – 256 с.
9. Цирюльник Б. О стыде / Б. Цирюльник. – М.: РИПОЛ классик, 2017. – 272 с.
10. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М.: Класс, 2005. – С. 576.
11. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис. – М.: Высшая школа, 1996. – 623 с.
12. Комбрик-Грэхэм Л. Пограничный синдром у детей с точки зрения системного семейного подхода / Л. Комбрик-Грэхэм // Дети в семейной психотерапии / Под ред. Дж. Зильбах. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2004. – С. 41-64.
13. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной психотерапии / С. Минухин, Ч. Фишман. – М.: Класс, 2009. – 304 с.





## **НАДАННЯ ОСВІТНІХ ПОСЛУГ ДІТЯМ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ**

Більшість дітей з особливостями психофізичного розвитку може навчатися в загальноосвітніх навчальних закладах за умови реалізації інклюзивної моделі освіти. Пріоритетними напрямками якої є сприяння соціальному, емоційному та когнітивному розвитку кожної дитини задля того, щоб вона відчувала себе неповторним і повноцінним учасником суспільного життя. Відтак, сьогодні школам складно адаптуватися до вимог інклюзивної освіти, тому на етапі її впровадження існують заклади з окремими інклюзивними класами. Проблема, що постає перед інклюзивною школою, полягає в розробці особистісно орієнтованих педагогічних методів, які б забезпечили успішне навчання всіх дітей, у тому числі й дітей з розумовими чи фізичними розладами.

Інклюзивна школа – навчальний заклад, який забезпечує інклюзивну модель освіти як систему освітніх послуг, і, зокрема, передбачає адаптацію навчальних програм та планів, фізичного середовища, методів і форм навчання, залучення батьків, співпрацю з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей, створення позитивного клімату в шкільному середовищі. Загальноосвітнім навчальним закладам необхідно знаходити шляхи, які б забезпечували успішне навчання всіх дітей, включаючи й дітей з особливостями розвитку [2].

Основний принцип створення інклюзивної школи полягає в тому, що всі діти мають навчатися разом у всіх випадках, коли це виявляється можливим, незважаючи на певні труднощі чи відмінності, що існують між ними. Такий заклад має визнавати та враховувати різноманітні потреби своїх учнів шляхом узгодження різних видів і темпів навчання, а також забезпечення якісної освіти для всіх шляхом розробки відповідних навчальних планів, запровадження організаційних заходів, розробки стратегії викладання, використання ресурсів і партнерських зв'язків зі своїми громадами.

Реалізація інклюзивної моделі освіти потребує розв'язання низки завдань:

– організувати навчально-виховний процес, який би задовольняв освітні потреби всіх дітей;

– розробити систему надання спеціальних освітніх і фахових послуг для дітей з особливими освітніми потребами;

– створити морально-психологічний комфорт у шкільному середовищі та поза його межами [6].

Якість навчально-виховного процесу значною мірою визначається тим, наскільки враховуються та реалізуються потенційні можливості навчання й розвитку кожного учня, його індивідуальні особливості. Якими б не були фізичні чи психічні обмеження, у дитини завжди є резерви для розвитку, використання яких може суттєво поліпшити якість її життя.

Інклюзивна модель освіти охоплює:

– систему освітніх послуг, зокрема адаптацію навчальної програми та плану, фізичного середовища, методів і форм навчання;

– існуючі в громаді ресурси для залучення батьків;

– співпрацю з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до потреб дітей;

– створення позитивної атмосфери в шкільному середовищі [7].

Дехто з педагогів адаптує навчання, вважаючи, що саме така практика і є гарним навчанням. Наприклад, учитель може записувати ключові слова крейдою на дошці, зображувати ці слова: вивісити на стіні графік роботи в класі, щоб допомогти учням організувати свій час; або надати їм кілька вербальних підказок під час переходу до іншого виду діяльності тощо. Хоча загальна адаптація освіти може суттєво допомогти дітям з порушеннями розвитку брати участь у роботі, однак їм можуть знадобитися більш індивідуалізовані адаптації та модифікації. Адаптація дає змогу вчителю розширити обсяг методів навчання, врахувати вікові потреби учнів, інтереси, оскільки має на меті допомогу, компенсування їхніх фізичних, інтелектуальних або поведінкових відмінностей і труднощів. Вчителі здійснюють адаптацію, щоб надати дітям рівні можливості для участі в процесі навчання. У деяких випадках певні види адаптації задовольняють загальні потреби учнів з порушеннями розвитку. Наприклад, під час навчання дітей, які мають порушення слуху, важливо уникати ситуацій, коли ви стоїте спиною до них, або у вас за спиною горить яскраве світло, або ваш артикуляційний апарат не видно. Якщо учень страждає на травматичне ураження мозку з характерним зниженням витривалості та підвищеною втомлюваністю, педагогу, у разі необхідності, слід робити перерви, щоб він відпочив.

Вчителю необхідно докласти зусиль задля залучення батьків/членів родини учня до процесу пошуку ідей стосовно адаптації. Сім'ї дітей з особливостями розвитку часто мають значний досвід здійснення адаптації у

себе вдома. Крім участі у створенні індивідуального навчального плану, вони можуть пропонувати свої ідеї впродовж усього навчального року. Наприклад, розпитайте членів сім'ї про всі види адаптацій, які вони використовують удома. Залучіть їх до обговорення, яку саме допомогу вони можуть надати дитині в процесі вивчення чогось нового. Коли ви створюєте учневі адаптацію, рекомендується обговорити з батьками, як вони могли б здійснити її вдома.

Серед позитивних аспектів залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх шкіл варто виокремити такі:

- діти почуваються потрібними, бажаними, стають самостійними;
- змінюється поведінка, ставлення до навчання та оточуючих;
- діти успішно адаптуються в колективі, у них з'являються нові друзі, зникає відчуття ізольованості;
- відбуваються швидкі та помітні зміни в розвитку;
- діти значно вдосконалюють свої вміння й навички, намагаються краще читати, писати, малювати (це простежується в дитячих роботах);
- навчаються у ровесників соціального досвіду;
- здорові діти накопичують позитивний досвід взаємодії;
- усі діти сприймають один одного як рівного;
- здорові діти стають добрішими, милосерднішими;
- забезпечується співпраця, співпереживання, співдружність;
- діти з особливими потребами комфортно почуваються;
- педагоги мають додаткові можливості розвинути та продемонструвати свою педагогічну майстерність і творчість [7].

Для успішного навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку інклюзивна школа реалізує програму психолого-педагогічного супроводу із залученням кваліфікованих логопедів, дефектологів, психологів, соціальних педагогів, асистентів учителів та інших фахівців.

Супровід навчання та виховання дітей цієї категорії дітей ґрунтується на наступних засадах:

- доступність усіх форм навчання та освітніх послуг;
- запровадження спеціальних технологій та адаптивних технічних засобів навчання;
- індивідуалізація й адаптація навчальних програм з урахуванням потреб і можливостей дитини;
- поєднання традиційних та інноваційних підходів до розвитку дитини з особливими потребами;
- створення сприятливих умов для соціалізації, самовизначення та самореалізації школярів;

– професійна орієнтація, підготовка до вибору майбутньої професії [9].

Психолого-педагогічний супровід розглядається як цілісна діяльність, командна взаємодія (учителів, асистентів учителя, батьків, практичного психолога, соціального педагога, логопеда, медпрацівників та інших фахівців), що поєднує такі взаємопов'язані компоненти:

– систематичне дослідження психолого-педагогічного статусу дитини (відповідність вимог, які ставить перед нею школа, особливостям розвитку школяра), динаміки її психічного розвитку в процесі здобуття освіти;

– створення соціально-психологічних умов для розвитку особистості учнів та їхнього успішного навчання;

– створення спеціальних соціально-психологічних умов для надання допомоги дітям, які мають проблеми в розвитку та навчанні [3].

Психологічний супровід дітей з особливими потребами передбачає:

– психологічну діагностику дітей (первинне діагностування на етапі вступу дитини до школи з метою вивчення сильних і слабких сторін розвитку особистості, виявлення та розв'язання проблем, що виникають у процесі інтеграції її в освітній простір, проведення діагностичних мінімумів на різних етапах навчання дитини в школі задля вивчення динаміки її розвитку та подолання можливих труднощів під час кризових періодів);

– надання психологічної підтримки педагогам (створення на основі отриманих даних індивідуальних карт учнів і розробка індивідуальних навчальних планів, здійснення адаптації та модифікації для дітей з особливостями психофізичного розвитку);

– психологічну підтримку батьків.

Інклюзія постає як процес, спрямований на всі групи осіб, що їй піддаються, у якому право на освіту поширюється на всіх дітей незалежно від походження, релігійної, етнічної, соціальної приналежності. У свою чергу, обов'язком педагогів є адаптація методик навчання до потреб учнів з різним потенціалом і незалежно від соціокультурної приналежності.

На сучасному етапі розвитку України спостерігається переорієнтація соціальної політики від опіки та благодійності на створення рівних можливостей для осіб з інвалідністю. Активна участь людей з обмеженими можливостями в суспільно-корисній трудовій діяльності сприяє не тільки поліпшенню їхнього матеріального добробуту, а й підвищенню соціального статусу, усвідомленню себе корисними та рівноправними членами суспільства.

Оскільки нині відбувається реформування вітчизняної освіти, пов'язане з входженням нашої держави до єдиного освітнього європейського простору, варто наголосити на основних формах модернізації послуг, що надаються

дітям з особливими потребами, до яких належить: методика викладання та зміна культури шкіл, спільне викладання, групове навчання і кооперація, ресурсне забезпечення, підготовка педагогів, бажання вчитися.

Освітні системи різних країн різняться одна від одної методиками викладання, передбаченими чинними навчальними програмами. Професія вчителя традиційно несе в собі елемент «одноосібно», і це дійсно так. Існує велика кількість педагогів, які звикли працювати самі по собі, виконуючи посадові обов'язки суворо в передбаченому обсязі й не більше. Їхня «одноосібність» виявляється не тільки в цьому, а й у професійному спілкуванні з колегами. Аналізуючи досвід закордонних навчальних закладів Данії, ми помітили, що вирішення проблемних ситуацій спільними зусиллями педагогів, дефектологів і керівництва школи в них не прийнято. Якщо виникав учень з особливими освітніми потребами, його проблеми, так само як і його, просто усували з класу.

У школах, які працюють за принципами інклюзивної освіти, викладання та навчання розглядаються як об'єкти диференціації. Наприклад, у Норвегії практикуються технології адаптивного навчання, що передбачають широкий діапазон заходів, реалізованих школою для максимально ефективного навчання дітей. Такі технології можуть бути спрямовані на оптимізацію викладання, виховних заходів, підвищення успішності. Оскільки головною функцією освітнього закладу є забезпечення арени для спільного навчання, адаптивні технології мають встановити баланс між індивідуальним потенціалом учнів та освітнього середовища певного класу/школи.

Спільне викладання (форма співпраці педагогів) передбачає пояснення предметів у класі з різними контингентами учнів одночасно двома вчителями (зазвичай педагогом без спеціальної освіти та дефектологом). Характер спільного діяльності визначається чотирма факторами. По-перше, навчання ведеться педагогами в кількості двох або більше осіб. По-друге, всі вони повинні мати активну позицію. По-третє, їхня діяльність пов'язана з навчанням класу, що характеризується багатоплановістю контингенту. По-четверте, процес навчання завжди локалізований в одному і тому ж місці, навіть якщо робота класу організовується в малих групах.

Процес спільного викладання може реалізовуватися в таких формах, як:

- ведучий-асистент (один учитель проводить урок, інший – спостерігає й асистує);

- паралельне викладання (обидва вчителі, попередньо погодивши свої дії, пояснюють групам один і той самий матеріал);

- «і тут, і там» (учні переходять з одного робочого місця на інше, де викладачі пояснюють матеріал – кожен свою частину);

– вчися по-іншому (один учитель працює з великою групою, інший – з малою);

– гнучке угруповання (учні об'єднуються в групи в залежності від здібностей і необхідності в підтримці, з обов'язковою можливістю переходу з однієї групи до іншої; склад груп і їх викладач повинні періодично змінюватися);

– кооперація (урок проводять обидва педагоги: один з них пояснює матеріал, інший – його ілюструє, доповнює, ставить запитання, ініціює обговорення).

Спільне викладання має багато переваг, як для учнів, так і самих педагогів. Діючи спільно, вчителі заручаються підтримкою колег, вчаться один в одного й об'єднують зусилля. Планування занять спільно з колегою підвищує ефективність викладання. Поряд із цим, таке викладання мотивує та змушує ставитися до своєї діяльності з ентузіазмом. Клас відчуває більше уваги, отримує більше підтримки та спілкування, а учнів, які потребують особливої підтримки, помічають раніше й швидше надають їм допомогу. Крім того, при спільній формі викладання легше враховувати індивідуальні здібності учнів і долати проблемні ситуації. Виникає певна мотивація дітей до навчання. Педагоги обмінюються матеріалами та ідеями. Працюючи спільно, вони краще розуміють освітній потенціал учнів. Таке викладання дозволяє більш чутливо реагувати на «різноманітність» класу й робити щоденні заняття цікавими, презентуючи емпіричну та природну форму навчання.

Важливим аспектом інклюзивної освіти є групове навчання та підтримка однокласників. Досвідчений педагог користується методикою групового навчання для кращого засвоєння матеріалу і, щоб відійти від дошки, попрацювати з учнями, або групами, індивідуально. Вчителі, які практикують методику спільного викладання, також організують роботу в групах і парах як елемент інклюзивного навчання. Склад груп варіюється в залежності від ситуації або навчальних завдань, і формується за ознакою комунікабельності й уміння учнів працювати разом, наявності особливих потреб, особливостей сприйняття та рівня підготовки. Робота в групах розвиває комунікабельність і навички взаємодії, діти вчаться поважати один одного. Щоразу, працюючи в парі або групі з новими однокласниками, діти вчаться контактувати по-новому.

У спеціалізованій школі для дітей з важкими порушеннями інтелекту інклюзія в навчанні досягається шляхом організації позакласних заходів, на які запрошуються учні звичайних освітніх закладів. Під час таких заходів спілкуватися і взаємодіяти один з одним вчаться всі, оскільки вони

спрямовані на створення атмосфери, у якій суспільство приймає всіх абсолютно такими, якими вони є.

Дослідники Бут і Ейнскоу зазначають, що ресурси зовсім не обмежуються коштами, обладнанням і персоналом. Пам'ятаючи про це, колектив школи має навчитися знаходити їх там, де зазвичай не шукають. На думку науковців, виявитися ресурси можуть «у будь-якому аспекті шкільного життя: в учнях, батьках/опікунах, колективі та педагогах; у змінах, що відбуваються в культурах, стратегіях і практиках». Таким чином, працюючи в інклюзивних школах, ми повинні навчитися знаходити ресурси в учнях. Потрібно вірити в здатність дітей вчитися та допомагати один одному. Це стосується і педагогів: кому, як не їм, знати про фактори, що перешкоджають успішному навчанню та про те, як ефективно застосовувати педагогічні знання, вміння й навички на практиці. Отже, це і є ресурси, які роблять процес впровадження інклюзивної освіти незалежним від того, що повинно бути направлено на його цілі ззовні [8].

Раніше вважалося, що інклюзія неможлива без фінансування та кадрів – дефектологів, соціальних працівників, консультантів тощо. Особливо важливу роль при цьому відіграє планування: якщо часу на чітке планування діяльності недостатньо, за інклюзивну освіту краще не братися. Педагоги, які понаднормово працюють з учнями з особливими потребами, мають отримувати бонус до заробітної плати.

Наприклад, у Фінляндії професія дефектолога, в порівнянні з викладачами «звичайних шкіл», є більш високооплачуваною. Надбавки, незважаючи на те, що їх виплата виправдана та логічна як винагорода за більш високу кваліфікацію, дійсно підкріплюють думку про те, що освітня підтримка студентів, які потребують особливої уваги, повинна надаватися тільки вузькими спеціалістами.

Розвитку систем інклюзивної освіти сприяє процес підготовки педагогів. У більшості країн система підготовки вчителів зазнала значних змін, що були спрямовані на розробку змісту нових компетенцій педагога інклюзивної школи.

У межах масштабного дослідницького проєкту експерти з країн Європи визначили базовий набір компетенцій «інклюзивної» педагога [5]. Цей набір спростовує міф про те, що працювати з особами з обмеженими можливостями здоров'я та інвалідністю повинні виключно вузькі фахівці. Основою для розробки списку компетенцій є чотири базові цінності інклюзивної освіти, за кожною з яких задається два формати областей компетенції педагога:

– шанобливе ставлення до багатоплановості контингенту учнів (багатоплановість контингенту розглядається як освітній ресурс);

– надання підтримки всім учням (педагог висуває надто високі вимоги до успішності всіх учнів);

– робота в команді (діяльність усіх педагогів здійснюється на основі співпраці та роботи в команді);

– особистісне професійне зростання (викладання передбачає вдосконалення навичок; педагоги повинні навчатися постійно) [1].

Список базових компетенцій супроводжується обґрунтуванням необхідності в кожній з них, а також описом знань, умінь і навичок, що становлять їхню сутність. У змісті компетенцій вказуються ті важливі моменти, яким у процесі підготовки вчителів необхідно приділяти особливу увагу. Підкреслюється тісний зв'язок знання, бачення, навичок і вмінь педагога з базовими цінностями інклюзивної освіти. Якщо в певний момент вони перестануть бути фундаментальною основою системи педагогічної підготовки, зв'язок між цільовими навичками та завданнями інклюзивної освіти буде втрачено.

Базові цінності, що визначають характер діяльності «інклюзивної» педагога, повинні охоплювати всю систему підготовки вчителів у закладах вищої освіти. Тим самим, вони певною мірою ускладнюють завдання вищів щодо підготовки кваліфікованого фахівця, оскільки принципи шанобливого ставлення до «різноманітності» здобувачів вищої освіти та навчання на основі співпраці мають реалізовуватися і закладами.

Розвивати інклюзивну освіту, безумовно, складно. Небажання щось змінювати виникало в колективів освітніх установ усіх країн – і це природно. Педагоги бувають різні: хтось прагне інновацій, інший – звик працювати по-старому. Крім того, ентузіазм та ініціатива можуть стримуватися таким фактором як розмір оплати праці, оскільки, працюючи в однаково складних умовах інклюзивного середовища, певні фахівці отримують більше, ніж ті, які не мають відповідної кваліфікації [1].

Розуміння інклюзивної освіти як процесу передбачає готовність усіх педагогічних працівників навчатися та розвиватися. Адже це і є, як було зазначено вище, одна з базових цінностей, якими «інклюзивні» педагоги повинні керуватися у своїй діяльності. У свою чергу, готовність вчитися та розвиватися вимагає від учителя самовіддачі, для формування якої потрібна підтримка колег і керівництва. Віддавати себе професії можуть не всі, і, без сумніву, процес реалізації інклюзивної освіти створює умови для появи розбіжностей. Виникає враження, що ідеї інклюзивної освіти реалізуються в школах, адміністрація яких має намір їх впроваджувати та може впоратися з «невдоволенням в учительській» шляхом конструктивного діалогу. Талановиті керівники зазвичай вміють виділяти та розподіляти ресурси,



необхідні для реалізації ідей інклюзивної освіти таким чином, щоб було враховано інтереси всіх сторін.

З огляду на це, можна зробити висновок: універсальної моделі інклюзивної освіти не існує, це постійний процес розвитку, що формується суспільством, прийнятими практиками організації діяльності, культурою школи та методикою роботи з класом.

Уважаємо, що процеси інтеграції дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітні навчальні заклади набудуть значного поширення й стануть успішними за умови зміни ставлення суспільства до них та до ідеї інклюзії, належного фінансування інклюзивних заходів, здійснення необхідної фахової підготовки майбутніх педагогів і їхньої перепідготовки. Важлива складова успішного функціонування інклюзивної системи освіти – це командний підхід, тобто тісна співпраця педагогів, батьків та фахівців в одному напрямку.

### Список використаних джерел

1. Бондар В.І. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі / В.І. Бондар, В.В. Засенко. – К., 2011. – 247 с.
2. Державне управління: Словн.-довід. / уклад.: В.Д. Бакуменко (кер. творчого кол.), Д.О. Безносенко, І.М. Варзар, В.М. Князев, С.О. Кравченко, Л.Г. Штика; Заг. ред. В.М. Князева, В.Д. Бакуменка. – К.: Вид-во УАДУ. – 2002. – 228 с.
3. Елен Р. Даніелс, Кей Стаффорд. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів /Елен Р. Даніелс, Кей Стаффорд. – Львів: Товариство «Надія», 2002. – 256 с.
4. Зотова А.М. Интеграция ребёнка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации /А.М. Зотова // Дефектология. – 1997. – № 6 – С. 21-25.
5. Маллаев Д.М. Проблема подготовки специалистов для интегративного обучения в системе дошкольного и начального образования /Д.М. Маллаев // Коррекционно-развивающее обучение. – Махачкала: ДГПУ, 1997. – С. 3-6.
6. Олпорт Г.В. Личность в психологии / Г.В. Олпорт. – М.: «Ювента». – СПб., 1998. – 375 с.
7. Психология личности в трудах отечественных психологов / сост. Л.В. Куликов. – СПб: Питер, 2000. – 480 с.
8. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т.М. Титаренко. – К.: Либідь, 2003. – 376 с.
9. Ярмошук І. На шляху до інклюзивного навчання / І. Ярмошук // Математика в школі. – 2010. – № 1/2. – С. 51-54.



**Ольга Вікторівна Царькова**

*м. Мелітополь*

*e-mail: olik.tzarkova@gmail.com*

**Тетяна Анатоліївна Каткова**

*м. Мелітополь*

*e-mail: katkova963@gmail.com*

## **ФОРМИ ТА МЕТОДИ ЕФЕКТИВНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ В УКРАЇНІ**

Сучасний стан законодавства України щодо дітей з обмеженими можливостями є результатом пильної уваги урядовців до цього питання переважно протягом останніх років. Воно відтворює загальні умови життя, а також соціальну та економічну політику, залишаючи не розв'язаною низку проблем. У ставленні соціуму до таких дітей склалося багато специфічних факторів, які впливають на умови їхнього життя. Неосвіченість, зневага оточуючих, зневіра сьогодні є тими соціальними чинниками, що ізолювали та затримали розвиток цих дітей.

Суттєве обмеження життєдіяльності дітей з обмеженими можливостями сприяє соціальній дезадаптації, зумовленій порушеннями розвитку, труднощами при самообслуговуванні, спілкуванні, набутті професійних навичок. Засвоєння дітьми суспільного досвіду, залучення їх до існуючої системи відносин потребує від соціуму певних додаткових заходів, засобів та зусиль. Розробка цих заходів повинна базуватися на знанні закономірностей, завдань і сутності процесу соціалізації.

Збереження здоров'я кожної дитини, впровадження нових форм роботи з вразливими категоріями дітей задля їхньої реабілітації та повноцінної інтеграції в суспільство, впровадження сучасних методик комплексної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я, у тому числі ранньої допомоги дітям з важкими порушеннями, повинні бути принципами державної підтримки цієї категорії дітей. Саме тому актуальною є проблема соціально-психологічної допомоги як форми державної підтримки дітей на ранніх етапах їхнього розвитку. Цей вид допомоги має спрямовуватися на виявлення, визначення та розв'язання проблем дитини з метою реалізації та захисту її прав на повноцінний розвиток й освіту.

На даному етапі розвитку України можна говорити про створення цілісної державної системи ранньої соціально-психологічної допомоги дітям

з обмеженими можливостями як форми врегулювання позитивних відносин з оточуючим середовищем.

Починаючи з 1970-х рр. до вивчення різних аспектів освіти дітей з обмеженими можливостями, а пізніше й інклюзивної освіти, звертались закордонні дослідники: У. Бронфенбреннер, Дж. Мерсер, М. Рейнольдс, І. Дено, М. Уїлл, Д. Ліпські, А. Гартнер, Г. Піннел, С. Гелловей, А. Дайсон. Здобуття університетської освіти дітьми з обмеженими можливостями стало об'єктом досліджень групи вчених, серед яких: Є. Белозерова, Д. Зайцев, Г. Карпова, Е. Наберушкіна, П. Романов, А. Чернецька, О. Ярська-Смірнова. В Україні проблеми інтеграції людей з особливими потребами в усі галузі життя суспільства вивчали С. Болтivecь, Б. Гершунський, О. Дікова-Фаворська, В. Журавський, І. Зязюн. Особливостям організації навчання дітей і молоді з особливими потребами та концептуальним засадам упровадження інклюзивної освіти присвячено роботи С. Андрійчук, О. Василенко, С. Іноземцевої, Є. Ісаєвої, А. Колупаєвої, І. Макаренко, К. Ощепкової, В. Скрипник, Т. Соловйової, Н. Теплової, М. Чайковського, Д. Шевченко. Механізми державного управління розвитком освіти досліджено Т. Ярцевою, а вищої освіти – Ю. Журавльовою та О. Поступною [3].

Мета дослідження полягає у виявленні та розробці шляхів впровадження ефективних форм державної підтримки дітей з обмеженими можливостями як форми врегулювання позитивних відносин з оточуючим середовищем.

Дитина з обмеженими можливостями – це особа, яка внаслідок хронічних захворювань, вроджених чи набутих порушень розвитку, має обмеження в життєдіяльності, перебуває в складних і надзвичайних умовах та має особливі потреби в розвитку психофізичних можливостей, природному сімейному оточенні, доступі до об'єктів соціального оточення та засобів комунікації, соціалізації й самореалізації [5].

Показниками для інвалідності у дітей є патологічні стани, які розвиваються при уроджених, спадкових, набутих захворюваннях та після травм. Питання про встановлення інвалідності розглядаються після проведення діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів. Рішення про визнання дитини інвалідом в Україні приймають державні, обласні, міські, спеціальні дитячі лікарні та відділення.

До форм державної підтримки дітей з обмеженими можливостями, можемо віднести:

– медичний захист дітей з обмеженими можливостями, що виявляється в забезпеченні технічними й іншими засобами реабілітації та в наданні безоплатної медико-психологічної допомоги;

– соціальну підтримку дітей з особливостями розвитку та їхніх батьків, яка полягає в наданні грошової допомоги, засобів пересування, орієнтації та сприйнятті інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки, а також пристосуванні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей таких дітей;

– психолого-педагогічну підтримку, що виявляється у створення умов для якісного здобуття освіти, а саме у: забезпеченні доступності та безоплатності різних форм високоякісної освіти в державних і комунальних навчальних закладах; формуванні мережі навчальних закладів, здатних забезпечувати високоякісні освітні послуги, – створенні дошкільних навчальних закладів різних типів, профілів та форм власності; оптимізації структури загальноосвітніх навчальних закладів для однозмінного, профільного, екстернатного та дистанційного навчання й позашкільних навчальних закладів.

Інклюзивна освіта передбачає готовність нести спільну відповідальність за роботу з усіма учнями, а також упевненість в тому, що впоратися з різними потребами учнів під силу всім педагогам. Викладачі, які працюють у школах, та не мають можливості надавати спеціальні освітні послуги, в цілому займають більш доброзичливу позицію щодо «різноманітності» і більш впевнені у своєму професіоналізмі та здатності ефективно працювати з багатоплановим контингентом. Головною проблемою в реалізації інклюзивної освіти сьогодні є парадигмальний зсув у дослідженнях, практиці та уявленнях про цей феномен.

Соціальна політика держави нині робить акцент на медичному, соціальному, психологічному та політичному аспектах реабілітації дітей з обмеженими функціональними можливостями. Наш час характеризується глобальністю інтеграційних процесів, що торкаються усіх сфер діяльності людини. Проблема дитячої інвалідності увійшла до таких, як реабілітація, освіта, психологія, статистика, політика, демографія, соціологія, економіка, антропологія тощо. Тому великої актуальності набуває проблема стандартизації підходів до проблеми інвалідності, вирішення якої здебільшого залежить від вироблення єдиної інтерпретації такого соціального явища як інвалідність. І в цьому відношенні певне значення має систематизація вже існуючих теорій відносно моделей інвалідності, соціальної політики, психології та соціальної системи, що створюються на основі тієї або іншої моделі, на реальні потреби та інтереси людей, що мають особливі потреби.

Розглянувши напрями державної роботи з підтримки дітей з особливими потребами, можемо стверджувати про наявність певних механізмів їхньої реалізації.

Говорячи про медичний, психологічний та соціальний супровід дітей з обмеженими можливостями, зазначимо, що раннє виявлення та вчасна медико-соціальна реабілітація дітей із вродженими вадами, або із затримками розвитку, потребують тісної між секторальної взаємодії, що ґрунтується на наданні послуг не лише дитині, але й сім'ї. Забезпечення технічними засобами, надання медичної допомоги, певних лікувально-профілактичних заходів – усе це належить до галузі медичної підтримки таких дітей.

Соціальна та психологічна реабілітація дитини з обмеженими можливостями – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин.

Метою соціально-психологічної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціально-психологічної адаптації в суспільстві, досягнення певної соціально-психологічної незалежності. Неодмінною умовою цієї реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю досконалістю. Якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої дитини [6, с. 165].

Нині соціальна допомога поєднує: патронаж людей з обмеженими функціональними можливостями вдома; їхнє медичне обслуговування; забезпечення медикаментами; санаторне лікування; виплату коштів та реалізацію пільг, гарантованих державою.

Завдання соціально-психологічної та педагогічної роботи за цією моделлю полягає в підтримці життєдіяльності особистості переважно за допомогою медичних заходів та домінуючому акценті на соціально-психологічному захисті осіб з інвалідністю.

Соціальна підтримка дітей з обмеженими можливостями передбачає [2, с. 98]:

- розширення сфери їхніх соціальних контактів;
- створення умов для довільного переміщення;
- забезпечення різних видів психологічного консультування;
- навчання дітей з обмеженими можливостями в загальноосвітніх школах;
- допомогу в професійному самовизначенні та працевлаштуванні;
- розвиток потенційних можливостей дітей з особливими потребами;
- створення мережі громадських організацій, які здійснюють різні види соціально-психологічної реабілітації та захищають інтереси дітей з обмеженими можливостями в суспільстві;
- залучення волонтерів до роботи з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями.

Психолого-педагогічний напрям форми державної підтримки дітей з обмеженими можливостями реалізується через створення умов для ефективної адаптації дитини до освітнього та соціального середовища. З психологічного боку застосовуються такі напрями як: діагностика, корекція, консультація, просвітницька та профілактична діяльність.

Широкої популяризації в цьому напрямі здобуває інклюзивна освіта. Згідно з визначенням ЮНЕСКО, це «процес звернення та відповіді на різноманітні потреби учнів через забезпечення їхньої участі в навчанні, культурних заходах і житті громади та зменшення виключення в освіті та навчальному процесі» [7].

Метою інклюзивного навчання є покращення навчального середовища, в якому вчитель й учні відкриті до різноманіття, де гарантується забезпечення потреб дітей і повага до їхніх здібностей та можливостей бути успішними.

У прагненні людей, що мають особливі потреби, отримати рівні права та можливості на свободу вибору, самовизначення, бути господарями своїх життєвих обставин, сподівань, суспільство вбачає прагнення до самоствердження особи, поліпшення життєвих можливостей. Змінилося традиційне ставлення до проблеми інвалідності тільки як до медичної проблеми. Пошуки нових, повніших інтерпретацій інвалідності, ефективніших форм і методів розв'язання соціальних проблем людей з обмеженими можливостями, призвело до спроб створення наукових методологій, що описують діалектику розвитку соціальної політики в тісному зв'язку з розвитком суспільства в цілому. Так, фахівцями в галузі соціально-психологічних та соціально-педагогічних наук виокремлено основні моделі підтримки та реабілітації дитячої інвалідності [1, с. 198].

Інклюзивна освіта потребує змін на всіх рівнях освіти, оскільки це особлива система навчання, яка охоплює різноманітний контингент учнів і диференційований освітній процес, зважаючи на потреби дітей усіх груп та категорій. Оскільки спеціальні навчальні заклади розташовані нерівномірно, то діти часто повинні здобувати освіту та виховуватися в спеціальних школах-інтернатах. Потрапляючи до такого закладу, вони ізолюються від сім'ї й однолітків, які розвиваються нормально, від суспільства в цілому. Діти наче замикаються в певному соціумі, своєчасно не здобувають належний соціальний досвід.

Головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає в порушенні її зв'язку зі світом, в обмеженій мобільності, недостатності контактів з однолітками та дорослими, в обмеженому спілкуванні з природою, недоступності низки культурних цінностей, а іноді й елементарної

освіти. Ця проблема є наслідком не тільки суб'єктивного чинника, яким є стан фізичного та психічного здоров'я дитини, а й соціальної політики та сталої суспільної свідомості, які санкціонують існування недоступного для дитини з обмеженими можливостями архітектурного середовища, громадського транспорту, соціальних служб.

Дитина з особливими потребами може бути такою ж здібною та талановитою, як і її здоровий одноліток, але виявити свій талант, розвинути його, приносити користь суспільству їй заважає нерівність можливостей.

Дитина не пасивний об'єкт соціальної допомоги, а людина, яка розвивається, має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості [5].

Держава повинна не тільки надати дитині, яка має особливі потреби, певні пільги та привілеї, а й «піти назустріч» її соціальним потребам і створити систему соціальних служб, що дозволяла б згладжувати обмеження, які заважають процесам її соціалізації та індивідуального розвитку.

Пожвавлення роботи за окресленими вище напрямками, на нашу думку, надасть змогу, з одного боку, наблизити освітні вимоги до загальноприйнятих стандартів, а з іншого – забезпечити можливість дітям всіх категорій здобувати бажаний рівень освітньої та фахової підготовки, маючи при цьому альтернативний вибір форми навчання й типу навчального закладу.

Ефективність організації інклюзивного навчання багато в чому залежить від правильно організованої корекційно-розвивальної роботи. Саме тому необхідним є чітке розуміння особливостей її змісту та відмінностей від подібної роботи в умовах спеціальної школи-інтернату. Корекційно-розвивальні заходи тісно пов'язані з діагностикою порушень. Водночас, діагностика й корекція сьогодні недостатньо скоординовані. При діагностичній і корекційній роботі не має виявлятися захоплення функціональною та симптоматичною діагностикою, не повинні бути розмежування: у психолого-медико-педагогічній консультації діагностували, а в загальноосвітніх закладах навчали, коригували. Адже специфіка роботи полягає в комплексному обґрунтуванні, прогнозуванні на основі медичних і психолого-педагогічних даних. Об'єктивно необхідною виявляється взаємодія педагогів, психологів, логопедів, сурдо-, тифло-, олігофренопедагогів, соціальних педагогів і медичних працівників.

Психологічна корекція розглядається у двох аспектах: у широкому – як комплекс психолого-педагогічних впливів, спрямованих на виправлення в дітей недоліків розвитку, і у вузькому – як метод психологічного впливу, спрямований на розвиток психічних процесів і функцій в дитини та гармонізацію розвитку її особистісних властивостей.

Корекційна робота з дитиною повинна будуватися не як просте тренування вмінь і навичок, не як окремі вправи по вдосконаленню психологічної діяльності, а як цілісна усвідомлена діяльність. При цьому необхідно проводити цю роботу як із самою дитиною щодо зміни її окремих психологічних утворень, так і з умовами життя, виховання та навчання, в яких вона перебуває. Розглянемо стратегічні завдання, оскільки вони є загальними для всіх дітей з проблемами в розвитку. В практиці психокорекційної роботи традиційно вирізняють три основні моделі корекції: загальна, типова, індивідуальна.

Типова модель корекції ґрунтується на організації конкретних психокорекційних впливів з використанням різних методів: ігротерапії, сімейної терапії, психорегулюючих тренувань.

Індивідуальна орієнтована на корекцію різних порушень в дитини чи підлітка з урахуванням його індивідуально-типологічних, психологічних особливостей. Це досягається в процесі створення індивідуальних психокорекційних програм, спрямованих на корекцію наявних недоліків, зважаючи на індивідуальні фактори.

Принципи побудови корекційно-розвивальних програм визначають стратегію, тактику їхньої розробки, тобто окреслюють цілі, завдання корекції, методи та засоби психологічного впливу. Складаючи різного роду корекційні програми, необхідно спиратися на принципи:

- системності корекційних, профілактичних і розвивальних завдань;
- єдності діагностики та корекції;
- пріоритетності корекції причинного типу;
- діяльнісний принцип корекції;
- урахування вікових, психологічних й індивідуальних особливостей дитини;
- комплексності методів психологічного впливу;
- активного залучення соціального оточення до участі в корекційній програмі;
- опори на різні рівні організації психічних процесів;
- програмованого навчання;
- зростання складності;
- урахування обсягу та ступеня різноманітності матеріалу;
- урахування емоційного забарвлення матеріалу [10].

Принцип системності корекційних, профілактичних і розвивальних завдань відтворює взаємозв'язок розвитку різних сторін особистості дитини та гетерохронність (нерівномірність) цього розвитку. Тобто кожна якість дитини знаходиться на різних рівнях розвитку щодо певних аспектів на рівні:



благополуччя, що відповідає нормі розвитку; ризику, що означає загрозу виникнення потенційних труднощів розвитку; актуальних труднощів розвитку, що об'єктивно виражається в різного роду відхиленнях від нормативного ходу розвитку. У цьому факті виявляється закон нерівномірності розвитку, тому відставання та відхилення в розвитку певних рис особистості закономірно приведуть до труднощів і відхилень у розвитку інтелекту дитини, і навпаки. Наприклад, нерозвиненість навчальних і пізнавальних мотивів та потреб з високою імовірністю призводить до відставання в розвитку логічного операційного інтелекту. Під час визначення цілей і завдань корекційно-розвивальної роботи не можна обмежуватися лише актуальними проблемами і труднощами розвитку дитини, потрібно виходити з найближчого прогнозу розвитку. Вчасно прийнято превентивні міри дозволяють запобігти різного роду відхиленням у розвитку [9].

З іншого боку, взаємозумовленість у розвитку різних сторін психіки дитини дозволяє значною мірою оптимізувати розвиток за рахунок інтенсифікації сильних сторін через механізм компенсації. Крім того, будь-яка програма психологічного впливу на дитину повинна бути спрямована не просто на корекцію відхилень у розвитку, на їхнє попередження, але і на створення сприятливих умов для найповнішої реалізації потенційних можливостей гармонійного розвитку особистості.

Таким чином, цілі й завдання будь-якої корекційно-розвивальної роботи повинні бути сформульовані як система завдань трьох рівнів: корекційного – виправлення відхилень і порушень розвитку, вирішення труднощів розвитку; профілактичного – попередження відхилень і труднощів у розвитку; розвивального – оптимізація, стимулювання, збагачення змісту розвитку.

Тільки успішна психокорекційна робота з причинами, які зумовлюють страхи та фобії (у цьому випадку робота з оптимізацією дитячо-батьківських відносин), дозволить уникнути відтворення симптоматики несприятливого розвитку. Принцип пріоритетності корекції каузального типу свідчить про те, що провідною метою проведення корекційних заходів повинно стати усунення.

Діяльнісний принцип корекції визначає тактику проведення корекційної роботи через організацію активної діяльності дитини, у ході якої створюється необхідна основа для позитивних зрушень у розвитку її особистості. Корекційний вплив завжди здійснюється в контексті тієї чи іншої діяльності дитини.

Корекційна програма не може бути знеособленою чи уніфікованою. Навпаки, вона повинна створювати оптимальні можливості для індивідуалізації й утвердження самості.

Система відносин дитини з близькими дорослими, особливості їхніх міжособистісних відносин і спілкування, форми спільної діяльності, способи її здійснення є основним компонентом соціальної ситуації розвитку, що визначає зону найближчого розвитку. Особистість розвивається в цілісній системі соціальних відносин нерозривно і в єдності з ними. Тобто об'єктом розвитку є не ізольована дитина, а цілісна система соціальних відносин. Рівень труднощів має бути доступним конкретній дитині. Це дозволяє підтримувати інтерес до корекційної роботи та надає можливість відчувати радість подолання.

*Урахування обсягу й ступеня різноманітності матеріалу.* Під час реалізації корекційної програми необхідно переходити до нового матеріалу тільки після відносної сформованості того чи іншого вміння. Урізноманітнювати матеріал і збільшувати його обсяг необхідно поступово.

*Урахування емоційної складності матеріалу.* Цей принцип вимагає, щоб проведені ігри, заняття, вправи, пропонований матеріал створювали сприятливе емоційне тло, стимулювали позитивні емоції.

Корекційні заняття обов'язково повинні завершуватися на позитивному емоційному тлі. Програма корекційної роботи має бути психологічно обґрунтованою. Успіх залежить, насамперед, від правильної, об'єктивної, комплексної оцінки результатів діагностичного обстеження. Корекційна робота спрямована на якісне перетворення різних функцій, а також на розвиток різних здібностей дитини.

Для здійснення корекційних впливів необхідно створити й реалізувати певну модель корекції: загальної, типової, індивідуальної.

Загальна модель корекції – система умов оптимального вікового розвитку особистості, що в цілому передбачає розширення, поглиблення, уточнення уявлень дитини про навколишній світ, про людей, суспільні події, про зв'язки та відносини між ними; використання різних видів діяльності для розвитку мислення, що аналізує сприйняття, спостережливість тощо. Такий характер проведення занять враховує стан здоров'я (особливо в дітей, які пережили посттравматичний стрес, які перебувають у несприятливих умовах розвитку). Необхідно оптимально розподіляти навантаження упродовж заняття, дня, тижня, року, вести контроль та облік стану дитини.

Типова модель базується на організації практичних дій на різних основах.

При постановці загальних цілей корекції необхідно враховувати далеку й близьку перспективу розвитку особистості та планувати як конкретні показники особистісного й інтелектуального розвитку клієнта, так і можливості відображення цих показників в особливостях діяльності та спілкування клієнта на наступних стадіях його розвитку.

Необхідно пам'ятати, що ефект корекційної роботи виявляється протягом достатньо тривалого часового інтервалу: приблизно впродовж півроку можна остаточно говорити про закріплення чи про втрату клієнтом позитивних ефектів від цієї роботи.

Ефективність психокорекційного процесу здебільшого залежить від вміння психолога скласти психокорекційну програму. При цьому необхідно враховувати наступні методичні вимоги:

- чітко сформулювати основні цілі психокорекційної роботи;
- виділити коло завдань, які повинні конкретизувати основну мету;
- визначити зміст корекційних занять з урахуванням структури дефекту та індивідуально-психологічних особливостей дитини, розвитку провідного виду діяльності;
- визначити форму роботи з дитиною (групова, сімейна, індивідуальна);
- відібрати відповідні методи й техніки з урахуванням вікових, інтелектуальних і фізичних можливостей дитини;
- запланувати форму участі батьків та інших осіб в корекційному процесі;
- розробити методи аналізу оцінки динаміки психокорекційного процесу;
- підготувати приміщення, необхідне обладнання та матеріали [4].

Результати корекційної роботи можуть виявлятися в дитини в процесі роботи з нею, до моменту завершення психокорекційного процесу та протягом тривалого часу після закінчення занять.

Ефективність психологічної корекції залежить як від об'єктивних, так і суб'єктивних факторів.

До об'єктивних факторів належить:

- ступінь важкості дефекту дитини;
- чіткість поставлених корекційних завдань;
- чіткість організації психокорекційного процесу;
- час початку корекційного процесу;
- професійний та особистісний досвід психолога [8].

До суб'єктивних факторів можна віднести: установки дитини та батьків на психологічну корекцію; їхнє ставлення до психологічної корекції та до психолога.

При оцінці ефективності психокорекційних впливів, у залежності від поставлених психокорекційних завдань, необхідно використовувати різноманітні методи.

При оцінці поведінкових та емоційних реакцій дитини краще поєднувати метод спостереження з проєктивними методами дослідження особистості (кольорово-асоціативні тести, методика незакінчених речень, малюнкові тести).

Вивчаючи ефективність корекції пізнавальних процесів у дітей можна використовувати функціональні проби, спрямовані на аналіз гностичних процесів, результати педагогічних спостережень. Оцінку ефективності корекції може провести й незалежна експертна комісія, яка охоплює не тільки психологів, а й лікарів, педагогів, соціальних працівників.

Прогностичний блок психокорекції спрямований на проектування психофізіологічних функцій дитини чи підлітка.

Головною формою ефективної реалізації державної підтримки дітей з обмеженими можливостями є корекційно-розвивальна робота, котра повинна реалізуватися у двох аспектах:

– здійсненню корекційної роботи обов'язково повинен передувати етап комплексного діагностичного обстеження, що дозволяє виявити характер та інтенсивність труднощів розвитку, зробити висновок про їхні можливі причини та на його підставі сформулювати цілі й завдання корекційно-розвивальної програми, яка може бути побудована лише на основі ретельного психологічного обстеження;

– реалізація корекційно-розвивальної програми вимагає від психолога постійного контролю динаміки змін особистості, поведінки та діяльності, емоційних станів, почуттів і переживань дитини. Такий контроль дозволяє внести необхідні корективи в завдання програми, методи і засоби психологічного впливу на дитину. Інакше кажучи, кожен крок у корекції має бути оцінений з точки зору його впливу та з урахуванням прикінцевих цілей програми.

Основою соціальної моделі є взаємозв'язок між людиною з обмеженими можливостями та соціумом, а не відхилення в її здоров'ї та розвитку. Обмежені можливості розуміються як наслідок того, що соціальні умови звужують можливості самореалізації таких, тобто вони переважно розглядаються як дискримінована група, а не аномальна. Щоб подолати це, необхідна інтеграція людей з обмеженими можливостями у суспільство через створення умов для максимально можливої самореалізації, а не шляхом пристосування дітей з обмеженими можливостями до норм та правил життя здорових людей. Суспільство має адаптувати наявні в ньому стандарти до потреб людей з обмеженими можливостями для того, щоб вони не почували себе заручниками обставин та обмеженої дієздатності.

### **Список використаних джерел**

1. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О.В. Безпалько. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 208 с.

2. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 19 грудня 2017 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>

3. Ілляшенко Т. Інтеграція дітей з особливими потребами / Т. Ілляшенко // Директор школи (Шкільний світ). – 2009. – № 34. – С. 20-24 с.

4. Крикун А. Включення дітей з особливими потребами в освітнє середовище / А. Крикун // Вихователь-методист дошкільного закладу. – 2009. – №10. – С. 9-15.

5. Лабайчук Г.Ф. Навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я / Г.Ф. Лабайчук // Радість дитинства – вільні рухи. – 2007 – № 4. – С. 4-5.

6. Литовенко С. Інклюзивна школа – реальність / С. Литовенко // Педагогічна газета. – 2009. – № 4. – с. 6-16.

7. Ляшенко В.І. Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів / В.І. Ляшенко // Соціальний захист. – 1999. – № 5 – С. 34-41.

8. Назарова Н. Интегрированное (инклюзивное) образование: генезис и проблемы внедрения / Н. Назарова // Социальная педагогика. – 2010. – № 1. – С.77-87.

9. Ткачева В.В. К вопросу о концепции психологического изучения семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии /В.В. Ткачева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 1. – С. 46-51.

10. Шнайдер В.І., Кулик О.О., Фінько Г.М. Організація індивідуального навчання (Методичні рекомендації на допомогу педагогам ЗОШ та спеціальних закладів, реабілітаційних центрів, фахівцям психологомедико-педагогічних консультацій, педагогам, психологам, батькам) /В.І. Шнайдер, О.О. Кулик, Г.М. Фінько. – Кам'янець-Подільський: «Абетка-Нова», 2007. – 148 с.



**Ірина Олександрівна Яковенко**

*м. Мелітополь*

*e-mail: irinka.yakovenko@ukr.net*

**Вікторія Володимирівна Чорна**

*м. Мелітополь*

*e-mail: chernajaviki@gmail.com*

**Людмила Юріївна Москальова**

*м. Мелітополь*

*e-mail: moskalevalu1@gmail.com*

## **ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗІЇ**

З проголошенням незалежності України сформувалася тенденція щодо демократизації та модернізації суспільства з орієнтацією на гуманістичний вектор розвитку підростаючого покоління. Тема інклюзії та виховання дітей з особливими освітніми потребами (далі – ООП) увійшла до переліку нагальних питань, що потребують залучення до участі в освітньому процесі достатньої кількості фахівців.

Аналіз ключових міжнародних документів з прав дитини з особливими освітніми потребами (Загальна декларація ООН про Права людини, Декларації прав дитини, Саламанська декларація, Декларація про права розумово відсталих осіб, Декларація про права інвалідів) надає можливість визначити вектор спрямування методичної роботи Нової школи – набуття вчителями інклюзивного класу специфічних компетентностей щодо індивідуального розвитку дитини з ООП, та змогу ґрунтовного й виваженого вивчення ключових компетентностей цього педагога.

У Законі України «Про освіту» визначено поняття осіб з особливими освітніми потребами. До них віднесено особу чи групу осіб, яка «потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту» [5]. До цієї категорії належать не тільки діти з інвалідністю, а й діти-біженці, внутрішньо переміщені особи, котрі потребують тимчасового захисту й підтримки. Осіб, що мають особливі мовні потреби, також можна віднести до цієї групи [5].

Якщо розглядати освітній процес в цілому, то будь-яка школа, чи вчитель зокрема, повинні дотримуватися інклюзивної філософії у своїй

викладацькій діяльності, тобто створювати максимально комфортне розвивальне середовище кожному учневі.

Важливо наголосити, що доволі часто присутність дитини з ООП у класі спричиняє неоднозначні думки з приводу успішності навчально-виховного процесу. Численні дослідження доводять, що освітній рівень дітей інклюзивного класу не нижчий за своїми показниками за звичайний клас. Навпаки, вчителі, що навчають дитину з ООП, підвищують свою кваліфікацію, вчать бути більш уважними до особливої дитини і, як наслідок, до всього колективу. Також дуже важливим є момент, коли члени дитячого колективу помічаючи, що дитина, яка має труднощі в засвоєнні матеріалу, стає навчатися краще, також намагаються підвищити власний рівень.

Позитивно виявилася динаміка самоосвіти та поглибленого навчання вчителів для набуття спеціальних компетентностей, що допоможуть організувати навчально-виховне середовище в інклюзивному класі. У Законі «Про освіту» зазначено, що вчителі таких класів повинні підвищувати кваліфікацію щорічно, проходячи відповідні модулі підготовки. Важливо наголосити, що керівники навчально-виховного процесу в інклюзивному класі не повинні ставати медиками чи здобувати освіту корекційного педагога, логопеда. Вони мають розуміти особливості діагнозу дитини й обирати ефективні методи корекції та способи донесення матеріалу, форми контролю й оцінки знань. Важливою для вчителя є інформація при роботі з дитиною з ООП, що стосується навчальної діяльності: робота пам'яті, перебіг мисленнєвих процесів, основні способи запам'ятовування інформації, особливості сприйняття та мислення, розвиток емоційно-вольової сфери. Для створення комфортного освітнього середовища в інклюзивному класі також доцільними є відомості про особливості комунікативних взаємин дитини з ООП.

Звернемо увагу, що Закон «Про освіту» з 01 січня 2018 року надає право вчителю обирати місце підвищення кваліфікації серед закладів, що мають акредитовані освітні програми. Серед рекомендованих – заклади вищої освіти й інститути післядипломної педагогічної освіти.

Однією з нагальних проблем навчання дитини з особливими освітніми потребами в сучасних навчальних закладах є добір доцільних методів викладання та вибір стратегії взаємодії з дитячим колективом. Для забезпечення ефективності навчання та виховання дитини з ООП фахівцям необхідні знання, що розкривають етимологію порушення й особливості сприймання матеріалу, поведінки, особливості уваги, пам'яті, комунікативну взаємодію.

Особливо ця тема торкається дітей з ГРДУ (гіперактивний розлад з дефіцитом уваги). Коли ми звернемося до міжнародної класифікації хвороб десятого слухання (МКХ–10), то в категорії F9 “Розлади поведінки та емоцій, які починаються здебільшого у дитячому та підлітковому віці” знайдемо ГРДУ. У підрозділі F90 “Гіперкінетичні розлади” зазначено підпункти F90.00 – розлади рухової активності та уваги; F90.10 – гіперкінетичний розлад поведінки; F90.80 – інші розлади поведінки; F90.90 – гіперкінетичні розлади, неуточнені [15].

Зазначена група розділів характеризується надмірною моторною активністю, дефіцитом уваги та імпульсивною поведінкою. Прояви ГРДУ найбільш яскраво виявляються під час навчально-виховного процесу. Дитині важко сконцентрувати увагу на виконанні завдання до кінця, під час засвоєння нового матеріалу вона є неуважною і тому має прогалини в знаннях, через моторну гіперактивність швидко стомлюється та не в змозі працювати тривалий час. Причини виникнення ГРДУ в дитини можуть бути різними: спадковість (якщо хтось із рідних мав такі прояви поведінки раніше); ускладнення під час вагітності та пологів; небезпеки перших років життя (травми та падіння з забиттям голови).

Хоча симптоми ГРДУ виявляються вже з перших років життя дитини, дорослі часто пояснюють такі прояви поведінки як специфічний вияв характеру. Доволі часто ГРДУ діагностується лише в шкільному віці, що, звичайно, знижує шанси на легку корекційну роботу.

За даними М. Мушкевич, показники ГРДУ серед дитячого населення становлять приблизно 7,6 %, що є досить вагомою категорією для роботи психологів та корекційних педагогів, а в дошкільному та молодшому шкільному віці – логопедів [16, с. 64-70]. Проте зазначений показник є значно вищий, адже в більшості дітей цей розлад не діагностовано, хоча всі симптоми наявні.

Таким чином майже в кожній групі закладу дошкільної освіти та в шкільному колективі класу буде присутньою дитина з проявами ГРДУ. Для обрання доцільних методів роботи звернемося до характерних порушень, що супроводжують ГРДУ: порушення дрібної моторики, загальної моторики та координації рухів, часті зміни емоційних станів (роздратованість, загальна розгальмованість, надмірна плаксивість), порушення фізіологічного дихання (поверхневе, уривчасте, носове), порушення фонетико-фонематичної складової мовлення (важке розрізнення подібних за звучанням фонем), зміна плавності звучання голосу (потужний з затуханням наприкінці промови), недорозвинення лексико-граматичної складової мовлення (може спостерігатися відсутність закінчень, сполучників, узгоджень часових форм),



зниження швидкості психічних операцій (через загальну розгальмованість).

У логопедичній роботі слід приділити увагу розвитку фонетико-фонематичного сприймання мовлення, узагальненню, узгодженню частин мови, умінню поширювати прості речення (у більшості випадків у дошкільному та молодшому шкільному віці користуються простими реченнями).

Щодо добору методів навчання, то слід звертати увагу на мовлення дорослих, що оточують дитину (повинно бути чітке, неквапливе та виразне) та мають оберігати дитину від спілкування з надмірно емоційними людьми; запобігати надмірним проявам агресії й хвилювання; не навантажувати мовлення дитини заучуванням складних віршів і важких синтаксичних конструкцій; хвалити дитину після кожного успіху (дуже вразливі та не визнають власних дефектів у мовленні та поведінці); надавати дитині лише одне завдання (після виконання та перевірки доцільно пропонувати наступне); для забезпечення якості виконання завдання використовувати зорові інструкції; під час ігор пропонувати дитині обмежене коло партнерів (обирати спокійних і неімпульсивних дітей). На робочому місці дитини повинна бути мінімальна кількість предметів (для зосередження на завданні та попередження неухважності).

Важливим складником успішного навчання дитини з ООП також є можливість висловлювати власні думки, сприймати матеріал, прочитати та записати його. Так, мовлення виступає ключовим чинником комунікативної діяльності в соціальному розвитку особистості. Правильний перебіг процесів формування мовленнєвої комунікації допомагає виробити необхідні навички взаємодії з соціальним середовищем, опанувати основи грамоти.

Таким чином, головним контингентом корекційних груп є діти з низьким рівнем сформованості мовленнєвої функції та системи мовлення в цілому.

У сучасній корекційній літературі недорозвинення мовлення не виступає самостійною нозологічною одиницею, однорідним розладом. Зазвичай під цим поняттям об'єднується порушення онтогенезу та подальший аномальний розвиток мовлення дитини.

М. Шеремет зазначає, що загальний недорозвиток мовлення характеризується мовленнєвою аномалією, при якій порушено звукову та смислову складові мовлення. При цьому дослідниця наголошує, що в дітей із загальним недорозвитком мовлення (далі – ЗНМ) в основному зберігається нормальний слух і первинно збережений інтелект [12, с. 408].

Питаннями корекції мовлення дітей із ЗНМ займалися М. Шеремет, Р. Левіна, В. Тищенко, Л. Касілова та інші. Більшість науковців поділяють

думку про взаємопов'язаність моторної функції дитини з розвитком мовленнєвої комунікації.

У свою чергу В. Тищенко зазначає, що розвиток моторної функції вихованця є передумовою успішної корекційної роботи. Також слушним видається твердження щодо визначення причини аномального мовленнєвого розвитку. За клініко-педагогічною класифікацією корекційна робота при загальному недорозвитку мовлення спирається на симптоматику захворювання та патогенез. Науковець вказує на те, що логопедичний висновок «загальний недорозвиток мовлення» містить інформацію щодо психофізіологічного розвитку логопата [16, с. 397].

Незважаючи на різне походження відхилень у мовленнєвому розвитку, ЗНМ має типові характеристики. До них належить пізній початок мовлення. Перші слова можуть з'явитися у 3-4, або іноді навіть у 5 років. Мовлення дітей є малозрозумілим, порушено вимову значної кількості звуків. Спостерігається недостатній рівень мовленнєвої комунікації. Без спеціального корекційного розвитку мовленнєва комунікація згасає та регресує.

Важливо зазначити, що для полегшення корекційної роботи при ЗНМ типові відхилення мовленнєвої комунікації дитини науковцями об'єднано в три (чотири) групи.

Так, перша група характеризується наступними ознаками розвитку мовлення: активний словник недостатньо розвинений (зародковий стан). Характерними проявами мовлення дитини є звуконаслідування, слова-белькотіння та деякі загальноповжиті слова. Значення слів є недиференційованими. Важливо також зазначити, що фразове мовлення дитини практично відсутнє.

До другої групи ЗНМ відносять такі характеристики: діти володіють пасивною побутовою лексикою; пасивний словник ширше за активний; діти починають користуватися фразами, але зв'язне мовлення перебуває в зародковому стані; покращується розуміння мовлення; з'являються спроби зміни слів за родами, числами та відмінками, але невдалі.

Третя група має наступні ознаки мовленнєвого розвитку: воно стає більш розгорнутим; наявні стійкі помилки при вимові звуків; у мовленні переважають іменники та дієслова; формується зв'язне мовлення, але наявні помилки при словозміні й порушено узгодження слів у реченні.

Деякі науковці виокремлюють і четвертий рівень ЗНМ. До нього відносяться помилки при вимові, невідповідність у спробах змінювати слова за числами, родами, відмінками; речення будуються дуже стислі;

виявляються труднощі при поширенні речення. Тобто порушення вимови є несистемними, змазаними.

При корекційній роботі поділи на рівні розвитку мовлення при ЗНМ є дуже важливими, адже визначають шляхи та методи розгортання роботи вчителя-логопеда.

Важливо зазначити, що при першому й другому рівні ЗНМ ведеться робота з розширення словникового запасу. Для другого більш доцільним є засвоєння елементарних мовних узагальнень, розвиток кількісного та якісного словника, корекція порушень фонетико-фонематичної складової мовлення, формування зв'язного мовлення. На третьому та четвертому рівнях необхідно проводити корекційну роботу з формування правильної артикуляції звуків, автоматизації та диференціації фонем у мовленні дитини, розвиток фонетико-фонематичного слуху, поширення речень за допомогою прикметників і прийменників, роботу над синтаксичним оформленням висловлювання.

Успішна навчальна діяльність дитини зумовлена низкою факторів, визначальним серед яких є оволодіння навичками процесу письма. Фонетично та граматично правильне письмо надає можливість легко засвоїти матеріал і набути необхідної підготовки, а правильно підібрані методи роботи з учнівським колективом і визначення чинників успішної підготовки до письма роблять процес навчання цікавим та захоплюючим.

Аналізу процесу письма та підготовки школярів до опанування грамоти присвячено велику кількість публікацій. Більшість із них спрямовані на розкриття несприятливих біологічних і соціальних передумов підготовки до письмової діяльності (Н. Голуб, А. Лурія та ін.) та зростання кількості дітей, що мають мовленнєві порушення (Л. Журавльова, О. Купчак). Численні наукові праці надають інформацію про особливості підготовки руки дитини до письма (А. Богуш та інші).

Дослідження різних науковців дозволяють визначити, що в дітей із порушеннями мовлення існує ризик неуспішного оволодіння письмовою діяльністю, що негативно впливатиме на навчання в школі. Аналіз чинників підготовки до письма та застосування цікавих методів у роботі допоможе попередити труднощі при опануванні письмової діяльності в дітей з порушеннями мовлення.

Вивчаючи писемне мовлення дітей Н. Голуб зауважує, що цей процес є складним і багатоаспектним. Розглядати підготовку до нього доцільно з урахуванням соціально-культурних факторів (наявність різних знакових систем мови; ускладнення і диференціація функціональних стилів писемного

мовлення; тенденції розвитку масової культури, особливо комп'ютерних технологій); соціально-освітні фактори (навички читання та письма є базою для успішного навчання дитини в школі; оволодіння писемним мовленням допомагає долучитися до національної скарбниці знань), а також фактори розвитку індивіда (розвиток психічних функцій та інші форми мови) [1, с. 59].

Зауважимо, що писемне мовлення належить до найбільш пізніх форм мовлення та ґрунтується на вже засвоєних мовленнєвих комунікаціях. Писемне мовлення – це читання й письмо. У нашому дослідженні звернемо увагу на підготовку дитини саме до процесу письма. Важливим для успішного оволодіння цим процесом є достатній розвиток певних психічних функцій.

О. Лурія та П. Анохін дійшли висновку, що забезпечення процесу письма здійснюється завдяки узгодженій роботі різних структур мозку та відповідних аналізаторів: зорового, слухового, акустичного, рухового. Робота зазначених аналізаторів забезпечує необхідну підготовку до цієї діяльності (механізми артикуляції, зоровий і слуховий гнозис, слухова та зорова пам'ять, слуховий і зоровий аналіз та синтез, дрібна моторика, зоровий і слуховий контроль) [14].

О. Купчак, досліджуючи питання підготовки до письма, зауважила, що цей процес є послідовним переходом від фонематичної сторони мовлення до формування лексичного запасу і, врешті-решт, до граматичної будови. Відповідно до цього, якщо певний елемент зазначеного алгоритму було недостатньо засвоєно, вся система зазнає викривлення. До базових компонентів письма вчена віднесла функціональні (словесно-логічна пам'ять; об'єм, рівень уваги; оптико-моторна координація рухів; слухомоторна координація), мовленнєві (відсутність дефектів звуковимови, фонематичне сприйняття звукового потоку, лексико-граматична сторона мовлення), операційні (програмування висловлювання; фонематичний аналіз того, що необхідно записати і, безпосередньо, реалізація графічних навичок) [9].

У працях більшості науковців, що займалися дослідженнями неуспішності оволодіння процесом письма, ключове місце відведено дефектам мовлення [21]. З огляду на це, неуспішність дитини пов'язана з мовленнєвими порушеннями.

Саме тому вважаємо за необхідне стисло розглянути клініко-педагогічну класифікацію (М. Хватцев, Ф. Рау, О. Правдіна, С. Ляпідевський, Б. Гріншпун) мовленнєвих порушень (рис. 1), в основу якої покладено вивчення етіології вад та, відповідно, добір методів і способів навчання.



Рис. 1. Клініко-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень [22]

Розглянемо більш детально кожен із блоків.

Так, до розладів фонаційного оформлення висловлювання відносять дисфонію (порушення голосу), брадилалію (патологічно вповільнений темп мовлення), тахілалію (патологічно пришвидшений темп мовлення), заїкання (порушення темпоритмічної складової мовлення, зумовлене судомами м'язів мовленнєвого апарату), дислалію (порушення вимовної складової мовлення зі збереженням слуху й іннервації мовленнєвого апарату), ринолалію (порушення тембру, голосу, звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними вадами мовленнєвого апарату), дизартрію (порушення вимовної складової мовлення, спричинене недостатньою іннервацією мовленнєвого апарату).

До порушень структурно-семантичного оформлення висловлювання відносять алалію (відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку) та афазію (повна або часткова втрата мовлення, спричинена локальними ураженнями головного мозку).

До порушень писемного мовлення зараховано дислексію (часткове порушення процесів читання) та дисграфію (часткове специфічне порушення процесів письма).

Серед видів мовленнєвих порушень нас цікавить блок письмового мовлення, а саме дисграфія. Більшість учених, які займалися дослідженням підготовки дитини до письма (Л. Бартенева, Л. Журавльова, Р. Левіна, Л. Спірова, В. Тарасун та інші), розглядають дисграфію як неспроможність повноцінно оволодіти навичками письма унаслідок недорозвинення усного мовлення.

Л. Журавльова зазначає, що найбільш повторюваними випадками нездатності до процесу оволодіння письмом є труднощі перетворення звукової структури слова в літерний запис. Цей процес поєднує два етапи: фонематичний аналіз слова, що необхідний для правильного запису, та часова послідовність літер для відтворення почутого чи прочитаного [3]. При порушенні першого етапу виникають специфічні помилки, що є характерними при дисграфії (заміна букв за схожістю вимови; роздільне написання частин слова або з'єднання двох і більше слів; уникнення прийменників та неузгодженість у роді, числі, відмінку; помилки щодо ненаголошених голосних та приголосних (дзвінки та глухі, пом'якшення); відсутність великої літери на початку речення та крапки в кінці. Другий етап охоплює спотворення складової структури слова; заміну букв за графічною схожістю, за розташуванням у просторі тощо.

Проаналізувавши праці вчених щодо формування писемного мовлення, можемо зробити висновок про взаємопов'язаність усного мовлення дитини з успішністю опанування писемного. Для підтвердження актуальності звернення уваги на пропедевтику підготовки до письма наведемо статистику О. Прищепи, за якою лише 47,4 % першокласників опановують письмо відповідно до вимог. Це свідчить про те, що діти не готові до переходу на більш інтенсивний письмовий рівень, бо ще не засвоїли добре звуко-буквенний [21, с. 125].

А. Богуш, розглядаючи проблему підготовки дитини до письма, наголосила на взаємозв'язку трьох навичок, що забезпечують успішну письмову діяльність дитини: технічні (ознайомлення дитини з технічним приладдям, координацією руху руки та гігієнічними правилами), графічні (відтворення графічного зображення почутих звуків), орфографічні (визначення звуко-буквенного складу слова) [19].

Досліджуючи проблеми підготовки до письма, науковці одностайно стверджують, що ключовим методом виступає гра. Надається перевага іграм із залученням дрібної моторики: маніпулювання шнурівками, мозаїкою, тістом, модуліном, природними матеріалами. Під час таких дій покращується не тільки дрібна моторика, а й окомір, точність і плавність рухів. Важливим прийомом також постає навичка штрихування.

На нашу думку, дидактичні посібники, в яких розвиток технічних, графічних, орфографічних навичок написання літер поєднаний із розвитком зв'язного мовлення дитини та пізнавальними процесами є неоціненними при її підготовці до письма.

На підставі викладеного матеріалу, акцентуємо на доцільності виділення та врахування у навчально-виховній діяльності чинників успішної

підготовки до письма та застосування цікавих ігрових методів роботи з учнівським колективом. До зазначених чинників віднесемо: розвиток пам'яті, мислення, зв'язного мовлення, дрібної моторики, фонетичний аналіз слова, а також розвиток технічних, графічних, орфографічних навичок написання літер у поєднанні з ігровою діяльністю.

У навчально-виховному процесі, де присутні діти з ООП, доречним є застосування альтернативних методів корекційної роботи, таких як: казкотерапія, Lego та комп'ютерні технології при корекції усного та писемного мовлення. Розглянемо кожен метод окремо.

Казкотерапія як метод роботи з дітьми є предметом досліджень широкого кола науковців (Ш. Амонашвілі, В. Кондрашин, М. Плоткін, М. Щирбик та інші), що зарекомендував себе як один з варіантів альтернативної роботи по корекції дитячої психіки та поведінкових розладів дітей дошкільного та молодшого шкільного віку (Л. Алексеева, А. Панова, О. Холстова та інші). Незважаючи на значну кількість праць відносно впливу казкотерапії на становлення особистості дитини, питання пошуку інноваційних методів роботи з дітьми з ООП залишається відкритим.

На думку С. Штіль, програмовий матеріал дітьми з особливими потребами сприймається легше на основі застосування казки для запам'ятовування почутого. Дослідниця звертає увагу на те, що прочитання дітям казки не вичерпує всіх можливостей методу [26]. Прийомів роботи на занятті існує чимало: аналіз казок, розповідь, переписування, постановка казок за допомогою ляльок, складання казок та інші.

І. Садова зауважує, що казкотерапія належить до методів, що розвивають уяву, творчі здібності, розширюють свідомість, допомагають у невимушеній формі збільшити словниковий запас та навчитися аналізувати запропонований матеріал. Важливими також є зв'язки, що встановлюються дитиною між казковим і реальним світом, приклади поведінки. Казкотерапія формує в дитини потенційно позитивні риси характеру, що притаманні головним героям твору, вчить знаходити варіанти розв'язання різних життєвих ситуацій, вміння протистояти труднощам і досягати поставленої мети [23, с. 295]. Це дієвий інструмент подолання відчуття тривожності в дітей з особливими потребами. На думку дослідниці, казки є привабливим інструментом для розвитку інтелектуальної та емоційно-вольової сфери дітей з ООП. Вчена приходить висновку, що в казках зазвичай відсутня мораль, можуть бути введені лише певні висновки щодо сюжету подій. Також ці твори допомагають вималювати у свідомості дитини причинно-наслідкові зв'язки. Важливою є відсутність персоніфікацій персонажів, адже вони виступають як збірні поняття. Казка дарує дитині психологічну захищеність і впевненість через позитивне завершення [23, с. 296].

Завдяки методу казкотерапії дитина легко розуміє взаємозв'язок праці над собою з досягненням поставленої мети. Аналіз казки допомагає розвинути зв'язне мовлення, уміння узагальнювати, знаходити прихований підтекст, робити висновки та співпереживати події. Цей метод дозволяє дитині з ООП розширити емоційно-вольову сферу, змінити внутрішні переживання та страхи на позитивний сюжет, викласти хвилюючі моменти на папері у вигляді малюнків і поговорити про зображене.

Досліджуючи пізнавальну сферу дітей з особливими освітніми потребами, О. Нагорна звернула увагу на відмінності в запам'ятовуванні та відтворенні матеріалу. Під час вивчення різних видів пам'яті у дітей з ООП вчена зробила висновок про найбільш активну роль зорової й тактильної пам'яті. Вона наголошує, що слухово-мовленнєва пам'ять є найменш розвиненою через прямий зв'язок мовлення зі швидкістю перебігу мисленнєвого процесу в корі головного мозку. У зв'язку з тим, що при аналізі зорової пам'яті в дітей з особливими освітніми потребами констатовано, що у більшості випадків вона перебуває у межах норми, то для розвитку пізнавальної сфери доцільним постає використання наочного матеріалу при запам'ятовуванні сюжетних ліній твору [17, с. 15-17].

Одним із потужних ресурсів, що поєднує в собі зорові образи з запам'ятовуванням головних персонажів та їх дій за характерною кольоровою гамою є цеглинка Lego. Поєднання казкотерапії з розвитком дрібної моторики, умінням переказувати прослуханий матеріал та будувати свій сюжет допоможе дитині з особливими освітніми потребами перейти від процесу прослуховування до запам'ятовування й легкого відтворення програмового матеріалу.

Звертаючись до конструкторської діяльності, зазначимо про існування можливості полегшення переказу казок як за допомогою Lego-цеглинок, так і системних наборів Lego. Наприклад, після прослуховування казки й аналізу сюжетних ліній дітям можна запропонувати скласти з набору Lego персонажа, який найбільше сподобався. При цьому дошкільники будуть тренувати дрібну моторику, напружувати зорову та слухову пам'ять, розвивати творчі здібності для виконання завдання. Після конструкторської роботи вихователь обов'язково повинен запитати дитину про її персонажа та манеру будівництва, добір кольорів.

Застосування Lego допоможе забезпечити доцільні педагогічні умови роботи з казкою: розуміння змісту тексту; наявність чіткого плану для переказу і, відповідно, впевненості у своїх силах; моделювання казкових ситуацій, запам'ятовування кольорів і вчинків; взаємозв'язок різних аналізаторів, що беруть участь у відтворенні матеріалу: зоровий, дотиковий,



мовленнєвий. Розвиток логічного мислення, просторових понять, формування уміння узагальнювати тісно переплітаються у застосуванні методу казкотерапії на основі використання lego. Робота з наборами lego допоможе подолати бар'єри спілкування дитини з особливими потребами та групою. Конструкторська діяльність позитивно вплине на розвиток логічного мислення, допоможе орієнтуватися у просторі та приймати рішення.

Досить продуктивним методом роботи з дітьми з ООП є застосування комп'ютерних технологій при навчанні та корекційній роботі з розвитку мовлення. Найбільш поширеним мовленнєвим недоліком за клініко-педагогічною класифікацією мовленнєвих порушень у період початкового навчання дитини в школі є дисграфія.

Звертаючись до напрацювань вітчизняних корекційних педагогів зазначимо, що це питання ґрунтовно було висвітлено в працях Р. Лалаєвої, Л. Парамонова, М. Шеремет та інших.

Питанню дослідження проблеми дисграфії й особливостям організації корекційно-педагогічної роботи з дітьми молодшого дошкільного віку присвячено наукові студії В. Ляудіс, Т. Фотекова, А. Ястребова та інших. Застосування інформаційних технологій у корекційній педагогіці висвітлено в напрацюваннях О. Оксимець, О. Зацепіної.

Актуальність нашого дослідження пов'язана із застосуванням нової комп'ютерної програми «SpeechTherapy» для дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку при подоланні дисграфії.

Дисграфія – це часткове порушення процесу письма, що виявляється у відхиленні діяльності аналізаторів, що беруть участь в операції фонематичного сприйняття та графічного кодування мовленнєвих символів. Розрізняють артикуляторно-акустичну й акустичну, оптичну й аграматичну дисграфії.

Артикуляторно-акустична дисграфія є характерною для дітей, що мають вади усного мовлення, які при письмі зберігаються. Тобто дитина робить ті ж помилки на письмі, що й в усному мовленні (звукозаміна, випадіння звуку, перестановка складів тощо). Відбувається фонемне невпізнання (дзвінки приголосні замінюються глухими, і навпаки).

Оптична дисграфія характеризується порушенням просторового сприймання, що унеможливорює розрізнення подібних за своїми елементами букв на письмі. До типових помилок можна віднести написання літер у дзеркальному відображенні, пропуск елементів букв. Оптичну дисграфію легко виявити через особливості прояву поведінки дитини при письмі: закривання одного ока, нахил голови під великим кутом вправо чи вліво, скарги на головний біль.

Аграматична дисграфія в основному констатується в другому класі, коли дитина починає вивчати правила граматики. Це порушення мовного аналізу та синтезу. Діти припускаються помилок у вигляді пропуску складів, заміни складу, недописування закінчень, написання префікса окремо від кореня, злитого написання слів, неузгодження слів у роді, числі, відмінку, особі [13].

До причин виникнення дисграфії відносять: генетичну схильність, особливості протікання вагітності, черепно-мозкові травми, перенесення тяжких інфекційних захворювань у віці до одного року.

Займатися корекційною роботою з усунення дисграфії в дітей молодшого шкільного віку доцільно якомога раніше. З поширенням інклюзивного навчання у молодшій школі [8] вчителям необхідно знати основні типові помилки при письмі, що вказують на прояви дисграфії. До них належать: помилки фонетичного характеру за схожістю, спотворення складів (пропуск, заміна, перестановка), роздільне написання частини слова чи злите написання двох і більше слів, помилки графічного характеру (за зовнішньою схожістю), пом'якшення приголосних в кінці слова чи пропуск м'якого знака при необхідному вживанні [24].

Наголосимо, що вище зазначені помилки на письмі не виникають через лінощі дитини та небажання вчитися. Це явище характеризується як певне порушення роботи аналізаторів і не залежить від кількості вправлень у написанні того чи іншого слова, вивчення правил граматики чи уважності учня при виконанні письмових завдань.

Для подолання дисграфії у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку рекомендовано поетапний підхід до письмових завдань.

Перший етап поєднує ознайомлення дитини зі звуком (звучання, графічне зображення) і впізнавання його серед мовленнєвого потоку (визначення місця звука в слові). Тобто до цього етапу корекційної роботи буде входити фонематичне сприйняття звука та графічне зображення букви, що позначає цей звук.

Другим етапом корекційної роботи передбачено впізнання звуку з узагальненням вивчених понять («назви одним словом»). Також важливим принципом роботи є розвиток словника дитини та вправлення в розумінні значення абстрактних понять.

Наступний крок, що допоможе позбутися проявів дисграфії, – орієнтування у просторі («праворуч-ліворуч», добір вправ на зображення предмету в різних частинах площини). Більш дієвим способом роботи з формування навичок орієнтації в просторі є маніпулятивні дії з предметами (наприклад: іграшка на коробці, у коробці, справа від, зліва від).

Для запобігання пропуску складів ведеться корекційно-розвивальна робота щодо поділу слова на склади. Якщо в дитини наявна артикуляторно-фонематична форма дисграфії використовуються вправи з виправлення недоліків вимови пошкодженого чи відсутнього звуку.

Саме завдяки специфічності дисграфії як мовленнєвому захворюванню дітей дошкільного та молодшого шкільного віку доцільною постає розробка нестандартних методів і форм роботи щодо усунення цієї вади. Найбільш повне подолання дисграфії можливе через використання засобів комп'ютерних технологій.

До таких технологій належить корекційно-розвивальний комплекс «SpeechTherapy», який схвалено Міністерством освіти і науки України для використання дітьми з особливими потребами [27]. Розроблений комплекс вправ спеціально для дітей з порушеннями слуху (системного та фонематичного) і дітей з тяжкими вадами мовлення (дизартрія, алалія, фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення, алалія (сенсорна і моторна), а також задля усунення мовленнєвого захворювання в дітей старшого дошкільного і молодшого шкільного віку – дислалії (у нашому випадку, мономорфна складова).

Програма легка у використанні й не потребує спеціальних знань з програмування. Вправи дібрано таким чином, що легко допоможуть дитині підготуватися до процесу письма та виправити недоліки, пов'язані з дисграфією.

Вправи корекційно-розвивального комплексу «SpeechTherapy» підібрано таким чином, що вони допомагають дитині не лише пройти всі етапи підготовки до письмової роботи, а й унаочнити матеріал, зробити його цікавим.

Важливою вважаємо функцію повтору завдання та вмонтований у програму анімаційний персонаж-помічник: коли дитина не знає відповіді або їй важко виконати завдання, помічник допомагає у виконанні.

До кожного звуку дібрано по 6 завдань: «Послухай і запам'ятай», «Обери в якому слові є звук ... (додаткове завдання на повторення)», «Назви одним словом (додаткове завдання на закріплення)», «Право-ліво (додаткове завдання на закріплення)», «Розташування звуку в слові (складова структура слова)», «Логоритмічне завдання».

Уважаємо актуальним розроблене оцінювання виконання вправ дитиною у вигляді анімаційних персонажів. У нашому випадку – совеня повне (відмінно), до половини (добре), видно зі шкаралупи лише очі сови (задовільно).

Таким чином, навчально-виховна робота в умовах інклюзії потребує

набуття фахівцями відповідних знань відносно нормативно-правового забезпечення, особливостей організації розвивального середовища для дітей з ООП, етимології порушень (перебіг мисленневих процесів, закономірності розвитку пам'яті, мислення, уваги, сприймання).

### Список використаних джерел

1. Голуб Н.М. Науково-теоретичні засади досліджень писемного мовлення та його порушень / Н.М. Голуб // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – Серія 19. – Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2012. – Вип. 21. – С. 58-63.
2. Гриневич Л.М. Підсумки 2017/2018 н. р. та основні напрями підготовки до нового 2018/2019 н.р. URL: <http://www.uosvitydnr.gov.ua/docs/section/MONPIDSUMKY08062018final.pdf> (дата звернення: 05.03.2019 р.).
3. Журавльова Л.С. До проблеми корекції мовленнєвого розвитку молодших школярів із дисграфією. Актуальні питання корекційної освіти. – 2016. – Вип. № 7. URL: <http://aqce.com.ua/download/publications/56/49.pdf> (дата звернення: 29.01.2019).
4. Закон України «Про освіту». URL: <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19> (дата звернення: 4.03.19).
5. Закон України «Про освіту». URL: <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19> (дата звернення : 5.03.2019 р.).
6. Закон України «Про позашкільну освіту». URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-14/ed20181013#\\_n453](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-14/ed20181013#_n453) (дата звернення : 5.03.2019 р.).
7. Калініченко І.О. Особливості формування інклюзивного освітнього середовища для забезпечення всебічного розвитку дитини / І.О. Калініченко // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – 2012. – № 9. – С. 120-126.
8. Концепція Нової Української школи. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/reforms/ukrainska-shkola-compressed.pdf> (дата звернення: 24.10.18).
9. Купчак О.М. Профілактика порушень писемного мовлення в учнів початкових класів / О.М. Купчак // Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун.-ту ім. І. Огієнка. – Серія «Соціально-педагогічна». – 2012. – Вип. 20(1). – С. 144-153.
10. Лист МОН України від 09.06.2016 № 1/9-293 «Про доступність дітей з особливими потребами до опорних навчальних закладів» URL: [http://old.mon.gov.ua/files/\\_\\_\\_normative/2016-06-09/5629/lmon\\_293.pdf](http://old.mon.gov.ua/files/___normative/2016-06-09/5629/lmon_293.pdf) (дата звернення: 5.03.2019 р.).

11. Лист МОН України від 10.01.2017 № 1/9-2 «Про сучасні підходи до навчально-виховного процесу учнів з особливими освітніми потребами» URL: [https://ru.osvita.ua/legislation/Ser\\_osv/53862/](https://ru.osvita.ua/legislation/Ser_osv/53862/) (дата звернення: 5.03.2019 р.).
12. Логопедія: підручник / за заг. ред. М.К. Шеремет. Вид. 3-тє, перер. та доповн. – К.: Вид. дім «Слово», 2015. – 776 с.
13. Логопедія: підручник / за ред. М.К. Шеремет. Вид. 3-тє, перер. і доповн. – К.: Вид дім «Слово», 2015. – С. 576-592.
14. Лурия А.Р. Очерки психофизиологии письма. Письмо и речь: Нейролингвистические исследования: учеб. пособ. /А.Р. Лурия. – М.: «Академия», 2002. – 352 с.
15. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ–10). URL: <https://mkh10.com.ua> (дата звернення: 12.04.2019 р.).
16. Мушкевич М.І. Особливості діагностичної роботи з дітьми з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги / М.І. Мушкевич // Вісник Одеського національного університету. – Серія «Психологія». – 2009. – Т. 14. – № 5.– С. 64-70.
17. Нагорна О.Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами: навч. посіб. /О.Б. Нагорна. – Рівне, 2016. – 141 с.
18. Наказ МОН України від 09.12.2010 «Про затвердження Положення про спеціальні класи для навчання дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітніх навчальних закладах» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1412-10> (дата звернення: 05.03.2019 р.).
19. Підготовка руки дитини до письма. Дошкільна лігводидактика: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / упоряд. Богуш А.М. – К.: Вид. Дім «Слово», 2005. – С. 694-704.
20. Постанова Кабінету Міністрів України від 26 жовтня 2016 р. № 753 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2003 р. № 585. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2016-p> (дата звернення: 05.03.2019 р.).
21. Прищепя О.Ю. Професійна компетентність учителя як умова навчання письма першокласників / О.Ю. Прищепя// Теорія і практика навчання та виховання.– 2011. – № 17 (18). – С. 124-126.
22. Рібцун Ю.В. Професійний довідник учителя-логопеда дошкільного навчального закладу. 2-ге вид. / Ю.В. Рібцун. – Харків, 2013. – С. 127.
23. Садова І. Казкотерапія – сучасний метод роботи з дітьми, які мають особливі потреби / І. Садова // Актуальні питання гуманітарних наук. – 2015. – Вип 11.– С. 293–298.

24. Тарасун В.В. Основи теорії і практики логодидактики: підручник / В.В. Тарасун. – К.: Каравела, 2017. – С. 87-93.

25. Тищенко В.В. Загальний недорозвиток мовлення: перспективи подальших досліджень / В.В. Тищенко // Зб. наукових праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту. Кам'янець-Подільський. – Ч. 2. – 2013. – С. 396-405.

26. Штіль С. Казкотерапія на заняттях із дітьми з особливими потребами: дошкільний вік / С. Штіль // Дефектолог. – № 4 (Квітень). – 2009. – С. 24-39.

27. Speech Therapy. URL: [http://impression.ua/news?articles\\_id=246](http://impression.ua/news?articles_id=246). (дата звернення: 24.10.2018 р.).



**Світлана Віталіївна Шевченко**  
*м. Мелітополь*  
*e-mail: svetlanashev1986@gmail.com*

## **ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЯК УМОВА ЕФЕКТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ**

Кількість осіб з обмеженими можливостями постійно зростає, хоча її причини та наслідки можуть бути різними. За даними ООН, кожна четверта сім'я у світі стикається з проблемами інвалідності, загальна кількість людей з обмеженими можливостями на планеті становить 600 млн. осіб, і понад чверть з них – діти (зокрема в Україні налічується понад 160 тис. дітей-інвалідів у віці до 16 років).

Упродовж останніх років у зв'язку зі зміною Концепції інвалідності, реабілітація осіб з інвалідністю стала усвідомленою основою соціальної політики держави. Головним напрямом якої є комплексна (медична, психологічна та соціальна) реабілітація, що повертає особистість до повноцінного й нормального життя. Добре продумана система реабілітаційних заходів здатна практично повністю повернути цю категорію осіб до звичного способу та ритму життя. Але без урахування особистісних особливостей, оцінки їхніх ресурсних можливостей неможливо вибудувати ефективну систему реабілітаційних заходів, здатних повернути людину до повноцінного життя [6, с. 284-285]. Психологічна діагностика осіб з обмеженими можливостями має на меті виявлення та розв'язання проблем, що виникають у процесі їх інтеграції в навколишнє середовище.

У вітчизняній науці розглядаються різні аспекти вивчення зазначеної проблеми. Так, особливості ситуації розвитку особистості з різними хворобами, травмами, дефектами, питання їхньої психологічної готовності прийняти новий статус й інтегруватись у соціум висвітлено в роботах Р. Войтенко [1], І. Левченко, Н. Шабаліна [2] та ін. У дослідженнях Е. Боровіка, В. Коробова, А. Осадчих зазначено, що психологічна діагностика відіграє одну з головних ролей у системі реабілітаційних заходів, оскільки зміна соціальної ситуації розвитку людини, пов'язана з хронічним захворюванням й інвалідністю, призводить до специфічних змін його особистості, що позначається на всіх сферах життєдіяльності людини. Проблема взаємозв'язку соматичного та психічного компонентів, співвідношення між системами тілесної організації й психічними утвореннями індивіда є однією з провідних проблем у психології тілесності.

Предметом самосприйняття та самооцінки індивіда виступає його власне тіло, здібності, соціальні відносини, а також безліч особистісних проявів.

У низці досліджень (О. Соколова, А. Рождественський, М. Пауелл, В. Куніцина, А. Лоуен, Т. Кеш) образ тіла розглядається як складне структурне утворення, що поєднує когнітивну, емоційно-оцінювальну й регулятивну складові [7]. Врахування психологічних чинників повинно відбуватися на всіх етапах лікування та реабілітації хворих й осіб з обмеженими можливостями. Найважливішими психологічними аспектами є ставлення до хвороби й особливості психоемоційної сфери.

Аналіз наукових джерел свідчить про те, що, незважаючи на значну кількість теоретичних досліджень окресленої проблеми, окремої уваги потребує розробка психокорекційних та реабілітаційних технік і методик, які б сприяли психологічній адаптації, більшій результативності й ефективній реабілітації, в основі яких – комплексна психологічна діагностика.

Таким чином, концептуальна нерозробленість цієї проблеми, теоретична й практична значущість діагностики осіб з обмеженими потребами для обґрунтування шляхів реабілітації й адаптації зумовили вибір напряму нашого дослідження.

Мета дослідження випливає з актуальності теми й полягає в необхідності визначення психологічних особливостей осіб з обмеженими можливостями та обґрунтування психологічного аспекту реабілітаційної роботи й адаптації цієї категорії осіб.

У більшості людей з обмеженими можливостями спостерігається соціально-психологічна дезадаптація, яка зумовлена соціальними, і психологічними чинниками (відсутність навичок спілкування, неадекватна самооцінка, егоцентризм, негативне сприйняття оточуючих людей), що, поряд з поглибленням проблеми адаптації до життя в соціумі, ускладнює процес професійної реабілітації (психологічний стан, мотивація, взаємовідносини з оточуючими, все це впливає на засвоєння навчального матеріалу тощо). Розв'язання цього питання, а саме психологічна адаптація до виконання суспільної ролі та повноцінного життя, постає перед соціально-психологічною службою центру реабілітації будь-якого рівня [8].

Для успішного процесу реабілітації необхідна, у першу чергу, детальна психодіагностика, яка б дозволила визначити психологічні проблеми, що потребують корекції та планування реабілітаційних заходів відносно осіб з обмеженими можливостями. Задля розв'язання цієї проблеми психодіагностичне тестування в центрі реабілітації інвалідів має здійснюватися в три етапи.

Перший етап – вступна психодіагностика, яка забезпечує загальну



психологічну діагностику, що дозволяє визначити основні психологічні проблеми (які потребують корекції). На основі психодіагностичних даних здійснюється розподіл за напрямками соціально-психологічної реабілітації: соціально-групова робота – соціальна адаптація, комунікативний тренінг; індивідуальна робота з психологом – підтримуюча терапія, психокорекція, консультативна робота, короткострокова позитивна терапія; індивідуальна робота з психотерапевтом.

Другий етап – визначення психологічних змін та, у разі необхідності, внесення коректив в індивідуальну реабілітаційну програму клієнта.

Третій етап – контрольне тестування: загальна оцінка психологічного стану, аналіз змін, рекомендації.

На початковому етапі обстеження проводиться індивідуальна бесіда, в процесі якої виявляються клініко-демографічні та соціальні характеристики, а також особливості суб'єктивного ставлення до інвалідності. Далі дослідження проводиться за допомогою наступних методик.

Методики вивчення особливостей нервової системи: Методика визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі «Прогноз»; багаторівневий особовий опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова і С. Черм'яніна; «Діагностика соціально-психологічної адаптації» (СПА) (Д. Роджерс та Р. Даймонд); «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (УСФ); «Методика, що виявляє переважаючий стан, що породжується сімейними взаєминами» (Е. Ейдемільер, В. Юстіцкіс).

Методики вивчення психічних процесів: Методики дослідження пам'яті, коректурна проба (тест Бурдона); методика «Таблиці Шульте»; методика вивчення рівня уваги; методика визначення рівня сприйняття (тест Мюнстерберга); методика для оцінки логічного мислення; методика «Інтелектуальна лабільність»; дослідження інтелекту за методикою «Прогресивні матриці Равена» та за методикою вивчення розумових здібностей (Амтхауер).

Методики вивчення особових властивостей: ММРІ; багатофакторне дослідження особи за методикою «Кетела»; «Опитувальник Р. Айзенка» (ЕРІ) (адаптація А. Шмельова); Фрайбурзький особовий опитувальник (FPI); опитувальник «ХОЛП-124»; методика діагностики показників і форм агресії (Басса-Дарки) (Д. Райгородський); вивчення потребо-мотиваційної сфери за допомогою дослідження за методикою «Піраміда Маслоу» й опитувальником мотивації (Елерс); Характерологічний опитувальник (Шмішек); ПДО (Лічко); методика визначення психотипів особи (Прутченков); методика визначення типу особи та ймовірних розладів цього типу (Автопортрет); методика діагностики ціннісних орієнтацій (Рокич), опитувальник експрес-діагностики

рівня емпатії (Юсупов); методика дослідження комунікативних й організаторських схильностей; тест гумористичних фраз.

Методики вивчення психічних станів: «Торонтська Алекситемічна шкала» (TAS); методика діагностики стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге; методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (Васерман); шкала реактивної й особової тривожності (Спілбергер); САН; тест Люшера; шкали тривожності (Тейлор); опитувальник депресивності Бека; шкала депресії (Бехтерев); шкала самооцінки тривоги Цунга; методика діагностики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком; методика діагностики самооцінки, оцінка рівня прагнень (Ф. Хоппе), «Індекс життєвого стилю» (life stile index); С-тест (діагностика страхів).

Методики діагностики особливостей активності особи: Опитувальник оцінки засобів поведінки в конфліктній ситуації (Томас); ЛОБІ; рівень суб'єктивного контролю; методика «Q-сортування», методика соціометрії та референтометрії, тест СЖО (Леонтьєв) [4].

Для досягнення зазначеної вище мети використовувався комплекс методів, зумовлених об'єктом і предметом дослідження: методика самооцінки особистості (САН), що характеризує параметри самопочуття, активності й настрою особистості; методика Ч. Спілберга – Ю. Ханіна, яка надає змогу визначити рівень реактивної особистісної тривожності; методика М. Гамільтона, котра характеризує ступінь вираженості депресії й тривоги; методика для оцінки якості життя.

У процесі дослідження нами було вивчено особливості емоційної сфери, найбільш типові для осіб з обмеженими можливостями. Так, у 88,33 % респондентів спостерігається вірогідно високий рівень особистісної тривожності, що виявляється як риса особистості. Пов'язані з хронічною хворобою обмеження свободи дій, здійснення роботи або навчання, активної фізичної діяльності та соціальних контактів, реалізації планів на майбутнє підсилюють фрустрацію особистості, підтримуючи постійну тривогу, зокрема страх перед майбутніми ускладненнями хвороби, і виснажуючи сили через напругу.

За результатами опитування було з'ясовано, що особи з обмеженими можливостями в 72,5 % надають більш низьку оцінку свого здоров'я, попри те, що їх стан не викликає побоювання з боку лікарів і родичів. Більшість (53,4 %) відчують гостру тривожність, маючи правдивий ризик щодо розвитку депресивних станів. В абсолютній кількості осіб (78,8 %) виявлено високу прихильність до свого дому, при цьому вони відчують залежність від родичів. У 46,29 % простежуються елементи депресії, що виявляються у вираженій пасивності, відсутності інтересу до навколишнього світу,

низькому ступені соціальної адаптації, схильності до депресивного типу реагування на дистрес, наявності негативних установок на майбутнє. Тому для закріплення ефекту реабілітаційного процесу, запобігаючи загостренню захворювання, необхідно тривало проводити психокорекцію, незалежно від ступеня тяжкості стану хворого. Причому, доцільно її реалізовувати не тільки в клієнта, а й членів його родини.

При взаємовідносинах осіб з обмеженими можливостями з іншими, у багатьох не вистачає соціальних навичок, вміння виявити себе в спілкуванні з колегами, знайомими, адміністрацією, роботодавцями. Ці особи не завжди можуть вловити нюанси людських відносин, сприймають інших загально, оцінюючи їх на підставі лише деяких моральних якостей – доброти, чуйності тощо. Не цілком гармонійно складаються взаємини і між особами з інвалідністю. Належність до групи людей з обмеженими можливостями зовсім не означає, що інші члени цієї групи будуть налаштовані до неї відповідним чином. Досвід роботи засвідчує, що особи з інвалідністю вважають за краще об'єднуватися з людьми, що мають ідентичні захворювання, і негативно ставляться до інших.

Основним показником соціально-психологічної адаптації осіб з обмеженими можливостями є їхнє ставлення до власного життя. Практично половина з них (за результатами досліджень) оцінюють якість свого життя як незадовільну (в основному, це інваліди 1 групи). Близько третини осіб (2-ої та 3-ої групи) характеризують своє життя як цілком прийнятне. Поняття «задоволеність/незадоволеність життям» доволі часто зводиться до поганого або стабільного задоволення матеріальним становищем особистості. Чим нижчими є доходи особистості, тим песимістичнішими виявляються її погляди на своє існування. Одним з факторів ставлення до життя є самооцінка особистості стану свого здоров'я. За результатами досліджень, серед осіб визначають якість свого існування як низька, тільки 3,8 % оцінили своє самопочуття як задовільне.

Важливим елементом психологічного самопочуття осіб з обмеженими можливостями є їх самосприйняття. Тільки кожен десятий інвалід вважає себе щасливим, третина – пасивними, кожен шостий – нетовариським, чверть – сумними. Дані психологічних характеристик людей з інвалідністю істотно різняться в групах, що мають різні доходи. Кількість «щасливих», «добрих», «активних», «товариських» більша серед тих, чий бюджет стійкий, а «нещасних», «злих», «пасивних», «нетовариських» – серед тих, хто постійно потребує коштів. Подібні психологічні самооцінки спостерігається в різних за тяжкістю групах. Найсприятливіша самооцінка в інвалідів 1 групи. Серед них більше «добрих», «товариських», «веселих». Гірше становище в осіб з

інвалідністю 2 групи. Привертає увагу певна особливість: серед інвалідів 3 групи менше «нещасних» і «сумних», але значно більше «злих», що характеризує негаразди в соціально-психологічному плані. Це підтверджується і низкою більш глибоких індивідуально-психологічних досліджень, які виявляють психологічну дезадаптацію, почуття інакшості, значні труднощі в міжособистісних контактах інвалідів 3 групи. Також простежується різниця в самооцінці в чоловіків і жінок: «щасливими» себе вважають 7,4 % чоловіків і 14,3 % жінок, «добримими» – 38,4 % і 62,8 %, «веселими» – 18,8 % і 21,2 %, що вказує на високі адаптаційні можливості жінок.

Помічено відмінність у самооцінці працюючих і безробітних осіб з обмеженими можливостями: в останніх вона значно нижча. Частково це зумовлено матеріальним становищем працюючих, більшою соціальною адаптацією, порівняно з безробітними. Найменш пристосованими є одинокі інваліди. Незважаючи на те, що їхнє матеріальне становище не вирізняється принципово в гіршу сторону, вони становлять групу ризику в плані соціальної адаптації. Ця категорія частіше за інших негативно оцінює своє фінансове становище (31,4 %, а в середньому серед осіб з інвалідністю 26,4 %). Вони вважають себе більш «нещасними» (62,5 %, середній показник серед інших – 44,1 %), «пасивними» (відповідно 57,2 % і 28,5 %), «сумними» (40,9 % і 29 %). 3-поміж цих людей мало осіб, задоволених життям.

Прояви соціально-психологічної дезадаптації одиноких осіб з обмеженими можливостями мають місце попри те, що в заходах щодо соціального захисту вони мають певний пріоритет. Погіршення їхнього морально-психологічного стану пояснюється також складними економічними та політичними умовами в країні. Як і всі люди, особи з інвалідністю відчувають страх перед майбутнім, тривогу та невпевненість у завтрашньому дні, почуття напруженості та дискомфорту. Загальна стурбованість набуває форм, характерних для сучасних політико-економічних і соціально-психологічних умов. Поряд з матеріальними негараздами, це призводить до того, що найменші труднощі викликають у них паніку та сильний стрес.

Одним з критеріїв ефективності реабілітації в соціально-психологічному контексті вважається здатність особи з обмеженими можливостями адаптуватися та жити в суспільстві. Точнішою оцінкою за цих умов будуть досягнення запланованого результату реабілітаційної дії, ступінь поліпшення життєдіяльності та підвищення соціальної активності [3, с. 29-32].

При оцінці ефективності реабілітації важливо користуватися показниками, серед яких можна виокремити: якісні та кількісні. До першої

категорії належить активізація діяльності, відновлення (набуття) комунікативних здібностей, відновлення (набуття) трудових і професійних навичок, інтеграція в суспільство. Серед кількісних показників – тривалість ремісії при хронічному захворюванні, норми виробітку в осіб, які пройшли реабілітаційні заходи, що працюють на підприємствах тощо. [5, с. 139-145].

Основними принципами психологічної реабілітації повинні стати: принцип партнерства; принцип різноплановості зусиль; єдність психологічних, соціально-психологічних і соціальних методів впливу; поступовість і ступеневість реалізації реабілітаційних заходів; досягнення поліпшення й стабілізації психологічного здоров'я особистості.

Сьогодні реабілітаційні проблеми вирішуються ніби у двох площинах: вивчення всього спектра вимог до інвалідності та дослідження можливостей суспільства задовольнити потреби інвалідів. Тому реабілітація – це суспільно необхідне, соціально-трудове відновлення інвалідів, яке передбачає створення оптимальних умов для їхньої активної участі в житті соціуму та повернення до праці [9, с. 107-109].

Незважаючи на відмінності в поглядах на теорію та практику психологічної допомоги, загальним для всіх науковців є виокремлення найважливішої складової психологічного впливу на особистість, як при індивідуальній, так і при груповій формах роботи, – терапевтичного впливу на переживання й уявлення особистості, пов'язані зі ставленням до себе у своїй співвіднесеності з навколишнім світом [2, с. 29-32].

Психологічний аспект індивідуальної програми реабілітації осіб з обмеженими можливостями охоплює комплекс заходів, спрямованих на вивчення характеру та виразність психоемоційних порушень, які доволі часто розвиваються при захворюваннях, та їх лікування. Основним завданням психологічного аспекту цієї програми є підвищення реабілітаційного потенціалу особистості хворого – створення максимальних передумов прийняття реабілітантом оптимальних рішень і дій про досягнення мети, передбаченої індивідуальною програмою реабілітації [10, с. 464-465].

Аналіз соціально-психологічної адаптації осіб з обмеженими можливостями, які знаходяться в процесі реабілітації, засвідчив істотні відмінності соціально-психологічних характеристик. Це підтверджує статистично достовірну різниця в наступних індивідуально-особистісних адаптаційних компонентах, що виявляються: у «фізичній і вербальній агресії», «негативізмі», «дратівливості» «алексitemії», «тенденції до екстернальності», «кризі особистої та соціальної ідентичності», «звуженні потребо-мотиваційної спрямованості особистості», «неадекватній самооцінці

щодо якостей, станів і самоефективності», «незадоволеності сімейними стосунками», «тривожності в сім'ї», «негативному ставленні до майбутнього», у напруженості психологічного захисту («витіснення», «заміщення») і домінуванні емоційно-орієнтованої поведінки («агресивність», «безнадійність», «протест»); а також соціально-середовищних компонентах адаптації, які виявляють дефіцит у таких сферах, як економічна нестабільність (пов'язана зі «зниженням рівня доходу») і соціально-психологічна нестабільність («зміна соціального статусу»).

Отже, можна констатувати, що нині процес соціально-психологічної адаптації осіб з обмеженими можливостями ускладнений, оскільки: задоволеність життям цієї категорії осіб є низькою; самооцінка має негативну динаміку; істотні проблеми постають перед особистістю при взаєминах з оточуючими; емоційний стан характеризується тривожністю та невпевненістю в майбутньому, песимізмом.

Найнесприятливіша в соціально-психологічному сенсі постає група, у якій спостерігається поєднання різних негативних показників (низької самооцінки, настороженості щодо оточуючих, незадоволеності життям тощо). До неї належать особи з поганим фінансовим становищем і житловими умовами, самотні, інваліди 3 групи, особливо безробітні, інваліди з дитинства (наприклад, хворі на ДЦП).

За результатами проведених психологічних досліджень осіб з обмеженими можливостями виявлено основні психологічні проблеми: соціальна дезадаптація, депресія, низький рівень розвитку комунікативних навичок (найчастіше як наслідок соціальної ізоляції), і, з огляду на це, емоційна нестабільність, неадекватна самооцінка, емоційні проблеми.

Спільне використання соціальних і психологічних заходів реабілітації дозволить розробити та впровадити комплексну корекцію психологічного стану осіб з обмеженими можливостями й адаптувати їх до максимально повноцінного життя в соціумі. Розвиток реабілітаційних технологій, орієнтованих на корекцію та формування адаптивних особистісних настанов, доступність різних ресурсно-розвиваючих видів психологічної допомоги та підтримки, забезпечить психологічну готовність особистості до змін. Це можливо за рахунок здобуття психоемоційної стабільності, розуміння нового себе, умов, що змінилися, можливостей і свого місця в житті. Подальший розвиток реабілітаційних технологій сприятиме успішній інтеграції в суспільне соціально-економічне життя значної кількості осіб з обмеженими можливостями.

### Список використаних джерел

1. Войтенко Р.М. Основи реабілітології та соціальна медицина: концепція і методологія / Р.М. Войтенко – СПб.: «Медєя», 2007.
2. Добровольская Т.А., Шабаліна Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых / Т.А. Добровольська, Н.Б. Шабаліна // Социологические исследования. – 1993. – № 3. – С. 62-66.
3. Залученова Е.А. Принципи оцінки психологічного компонента реабілітаційного потенціалу / Е.А. Залученова // Медико-соціальна експертиза та реабілітація. – 1998. – № 2. – С. 29-32.
4. Купреева О.І. Методика діагностики ставлення до іншого людей з інвалідністю / О.І. Купреева // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К.: Університет «Україна», 2004. – С. 301-307.
5. Липа В.В. Формування життєвих компетенцій дітей з особливими освітніми проблемами / В.В. Липа, В.О. Липа // Гуманізація навчально-виховного процесу: Збірник наукових праць (Спецвипуск) / За загальною редакцією В.І. Сіпченка. – Слов'янськ, 2006. – С. 139-145.
6. Місяк С.А. Організація освіти осіб з фізичними вадами в Україні / С.А. Місяк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2005. – С. 284-285.
7. Рождественський А.Ю. Тілесність та її потенціал у психологічному просторі життя людини / А.Ю. Рождественський. – К.: Знання, 1999. – 50 с.
8. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу / Л.Г. Терлецька. – К.: ВПЦ «Київ. ун-т», 2003. – 150 с.
9. Тюптя Л.Т. Психокорекційні методи роботи з людьми з особливими потребами / Л.Т. Тюптя, О.В. Тюптя // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції. – К.: Ун-т «Україна», 2003. – С. 107-109.
10. Церклевич В.С. Проблема працевлаштування людей з особливими потребами в сучасних умовах України / В.С. Церклевич // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2005. – С. 464-465.



## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Наукові студії впродовж останніх років засвідчують тривожну тенденцію щодо зростання кількості дітей з відхиленнями фізичного та психічного здоров'я, зумовленими біологічними, екологічними, соціально-психологічними та іншими чинниками, а також їх поєднанням. Значну частину серед цих дітей займають особи із затримками психічного розвитку (ЗПР), яких на тлі загального погіршення дитячого здоров'я стає дедалі більше. Посилення громадської тривоги через стан та місце дітей з різними вадами психічного розвитку в школі, визнання необхідності посилення психолого-педагогічного впливу задля покращення та збереження їхнього психічного й фізичного здоров'я окреслюють одне з невідкладних завдань – обґрунтування та створення адекватної системи шкільного навчання та виховання цих дітей.

Проблема ЗПР дітей молодшого шкільного віку гостро постала перед психолого-педагогічною наукою вже давно. Це питання активно вивчалось і в загальному психолого-педагогічному напрямку (Т. Андрющенко, А. Богуш, Т. Карабанова, Н. Максимова, Н. Менчинська, Є. Мілютіна, Л. Носкова, В. Піскун, В. Ямницький), розроблялися методи компенсуючого навчання (Г. Кумаріна, Є. Мастюкова), визначалися засоби реабілітації розумової працездатності дітей (К. Корольова, М. Раттер). Деякі питання корекції вад психічного розвитку дітей розглядалися в контексті проблеми психологічної готовності до школи та труднощів шкільного навчання (І. Агафонова, М. Безруких, С. Громбах, І. Дубровіна, С. Єфімова, Н. Коцур, Б. Круглов, В. Степанов, А. Фурман).

У дитячому віці уповільнений темп психічного розвитку зустрічається значно частіше, ніж психічне недорозвинення. Зазвичай затримка психічного розвитку (ЗПР) діагностується і дітей до закінчення дошкільного віку або при вступі до школи. ЗПР виявляється в зниженні загального запасу знань; в обмеженості уявлень, у незначній інтелектуальній цілеспрямованості.

Причин, які викликають затримку психічного розвитку в дітей, чимало. Це можуть бути несприятливі умови виховання, спадкова схильність, довготривалі хронічні захворювання в ранньому дитинстві, порушення



функціонування мозку, що виникають ще під час внутрішньоутробного розвитку, ускладнені пологи. Відповідно до причин виокремлюють форми затримки психічного розвитку:

- конституційного походження (спостерігається в дітей з особистісною й емоційною незрілістю, зумовленою незрілістю мозку);
- соматогенного походження (простежується в дітей з емоційною незрілістю, спричиненою тривалими хронічними захворюваннями);
- психогенного походження (пов'язана з несприятливими умовами виховання дитини);
- церебрально-органічного генезу (органічне ураження ЦНС на ранніх етапах онтогенезу) [2].

Успішний розвиток дитини із затримкою психічного розвитку залежить від умов сімейного виховання, водночас дуже важливо вчасно залучити дитину в корекційно-розвивальний процес у дитячому садку. Це може бути спеціальний дошкільний навчальний заклад, або інклюзивна група масового дошкільного навчального закладу. У будь-якому випадку дитина буде навчатися в умовах, які забезпечать ранню корекцію її психофізичного розвитку. Для того, щоб корекційний розвиток і навчання проходили успішно необхідна співпраця та взаєморозуміння між педагогами дошкільного навчального закладу та членами родини.

Основними напрямками в роботі вихователів дошкільного навчального закладу з сім'єю є:

- вивчення особливостей родинного виховання;
- розробка й реалізація, спільно з сім'єю, індивідуальної програми допомоги дитині;
- просвітницька робота з батьками з метою розширення уявлень про особливості розвитку дитини із затримкою психічного розвитку, про прийоми та методи корекційно-розвивальної роботи з нею;
- розробка, на диференційованій основі, системи взаємодії з родинами вихованців із метою корекції взаємодії «дитина-батьки».

Сім'ї обов'язково мають бути забезпечені спеціальною літературою з проблем виховання дитини із ЗПР. За потреби батьки консультують її в дитячого психоневролога. У такому випадку вони мають стежити за її станом і виконувати всі рекомендації лікаря.

Вихователі дошкільного навчального закладу повинні допомогти батькам зрозуміти особливості психофізичного розвитку дитини при затримці психічного розвитку, вікового й особистісного розвитку їхніх дітей, відмінні від норми, допомогти конкретними порадами щодо виховання. Працівникам закладу важливо знати й розуміти особливості сім'ї, в якій

виховується хвора дитина.

Дуже часто мікроклімат родини, в якій зростає дитина із ЗПР відрізняється від сімей, де виховуються здорові діти. Усвідомлення батьками того, що їхній малюк не такий як інші, спричинює сум'яття та неспокій, вносить в атмосферу сім'ї розлад між подружжям, між батьками й дитиною, інколи навіть призводить до неусвідомленого неприйняття дитини батьками.

Батьки, найближчі дорослі, педагоги мають пам'ятати, що дитина з особливостями розвитку більше, ніж здорова, потребує поваги до себе, вразливіша, беззахисна. Найменший вияв недобррозичливості глибоко ранить її, нервова система стає слабшою, нестійка психічна рівновага порушується. Така дитина звикає до постійних докорів, стає замкнутою, що ускладнює її фізичні та психічні проблеми, сприяючи патологічному розвитку особистості. Адже малюк по-справжньому щасливий, коли відчуває турботу, увагу й любов найближчих людей. Для правильного виховання дитини важливо, щоб слова та справи батьків, педагогів були завжди прикладом для наслідування. Кожний вчинок, кожне слово вагоме в процесі навчання та виховання, особливо стосовно дитини з особливостями розвитку [1].

Дошкільний вік – найбільш сприятливий період у розвитку дитини, тому своєчасне виявлення, вивчення й психолого-педагогічна корекція ЗПР повинні здійснюватися якомога раніше, коли така робота найбільш продуктивна. Це зумовлено ще й тим, що діти з органічною недостатністю, у тому числі й зі ЗПР, мають потребу в більш активній стимуляції розумової діяльності, ніж їхні здорові однолітки. Несприятливі психологічні й соціальні умови (недостатній культурний рівень сім'ї, гіперопіка й гіпоопіка, відсутність педагогічно доцільного впливу дорослих на дитину, психотравмуючі ситуації) у сенситивний період, у свою чергу, сповільнюють психічний розвиток у цілому й обтяжують дефект при ЗПР.

Психологічна корекція – метод комплексного психологічного впливу на мету, мотиви та структуру поведінки суб'єкта, а також на розвиток певних психічних функцій: пам'яті, уваги, мислення. Головним завданням є навчання та тренінг, засвоєння нових навичок поведінки, спілкування, запам'ятовування тощо [7].

Психолого-педагогічна корекція затримки психічного розвитку будується з урахуванням структури емоційного й інтелектуального дефектів. Характерними рисами є те, що ЗПР – це не необоротне недорозвинення, а вповільнення темпу психічного дозрівання. Первинний дефект при ЗПР пов'язаний з мозаїчним ушкодженням базальних структур і нейродинамічними розладами, а вторинний формується як комплекс культурних утворень, що зумовлює вповільнення темпу загального

психологічного розвитку. Основною координатою недорозвинення є координата «знизу нагору». Тому повинна проводитись розвиваюча робота, специфічна для того віку, що демонструє дитина. Безумовно, необхідне формування і функцій програмування, контролю та регуляції власної діяльності, в основному через ігровий компонент, із урахуванням провідного типу мотивації. При необхідності, можливим є «паралельне» підключення логопеда (як правило, для корекції звуковимови). Спостереження лікаря-педіатра потрібне, оскільки дитина потребує загальнозміцнювальної підтримки, вітамінотерапії тощо [6].

Прогноз розвитку оцінюється як гарний, особливо в тому випадку, коли дитина починає регулярне навчання не відповідно до паспортного віку, а за фактом готовності (дозрівання в необхідному для початку навчання обсязі властиво регуляторних функцій, емоційно-особистісної та когнітивної сфер). Як правило, це відбувається у віці до 7,5-8,5 років.

Якщо ж особливості розвитку дитини не враховуються, і вона починає навчання в школі «за віком», або батьки, навпаки, вважають, що школа саме і «вправить їй мізки», фактично неможливим є не тільки нормальне засвоєння матеріалу, а й емоційна та поведінкова неадекватність умовам навчання, що можуть сприяти формуванню дисгармонічних рис особистості, порушенню поведінки й шкільної дезадаптації в цілому [8].

У системі розвиваючої та корекційної роботи з цією категорією дітей пріоритетні програми з гармонізації рівня системи афективної регуляції. Крім психотерапевтичної допомоги, ефективна програма з формування довільної регуляції (у своєму розвиваючому варіанті), а також моторна корекція, заснована на нейропсихологічному підході. У низці випадків показана батьківсько-дитяча психотерапія. При соматичних захворюваннях, безумовно, необхідне спостереження в профільного лікаря [3].

Різномічне вивчення дітей із ЗПР у молодшому шкільному віці дало основу для введення в систему народної освіти спеціального типу освітнього закладу – школи для дітей із затримкою психічного розвитку.

Уже в дошкільному віці так діти не можуть впоратися з програмними вимогами дошкільної установи й до моменту вступу до школи не досягають потрібного рівня готовності до навчання. Тому в школі вони відразу ж потрапляють до категорії «невстигаючих». Попередити це можливо за умови своєчасного, до початку систематичного навчання в школі, виявлення дітей зі ЗПР і надання їм кваліфікованої психолого-педагогічної допомоги.

У психології гра розглядається як провідна розвиваюча діяльність у дошкільному віці, у межах якої виникають основні новотвори певного віку. Обговорення проблеми ранньої діагностики й корекції ЗПР повинне

ґрунтуватися на виразному розумінні механізмів гри як провідного виду діяльності дошкільників і знанні особливостей її становлення для дітей певної категорії.

Специфічне значення сюжетно-рольової гри для розвитку малюка полягає в наступному. У першу чергу гра вимагає від дитини дій у внутрішньому, уявному плані, таким чином, формується план уявлень. Істотним моментом є те, що в її розгорнутій формі вона вимагає від дитини бачення предметів відповідно до взятої на себе ролі й узгодження своєї точки зору з іншими гравцями. З огляду на це, у дитини розвивається нова система операцій, здійснюється перехід від доопераційного мислення до конкретних операцій.

У грі в дитини формується орієнтація в соціальних відносинах. Вона засвоює різні комбінації супідрядності соціальних ролей. Особливе значення надається грі як спільній діяльності, що є вихідною точкою для розвитку якостей, що забезпечують певний рівень соціалізації.

Л. Виготський характеризував гру як основну умову розвитку дитини, за якої вона може виявити здібності, що відкривають рівень її найближчого розвитку. Однак створювати зону найближчого розвитку може лише повноцінна ігрова діяльність. У тих випадках, коли провідна діяльність не сформована, вона не може сприяти становленню психічних властивостей і якостей дитини, набуттю знань, умінь, навичок.

Дитина переростає гру, перестає задовольнятися нею як основним заняттям у тому випадку, якщо вона достатньо опанувала її складні, розгорнуті форми. Ті діти, у яких ігрова діяльність не сформована, звичайно не відчують потреби в переході до нової провідної діяльності – навчальної [9].

Окремі факти, наведені в роботах Е. Іванової, У. Ульєнкової свідчать про те, що ігрова діяльність дітей зі ЗПР відрізняється від гри їхніх здорових однолітків. У свою чергу, Н. Белопольська та І. Марковська у своїх дослідженнях зазначають, що при явній перевазі ігрових інтересів над навчальними в молодших школярів зі ЗПР в іграх чітко простежується одноманітність, відсутність творчості й слабкість уяви. Ускладнення правил гри найчастіше призводить до її фактичного розпаду.

Л. Кузнєцова вперше зробила спробу вивчення можливостей використання сюжетно-рольової гри для вирішення освітніх і виховних завдань в установах для дітей із затримкою психічного розвитку. При цьому авторка приділяла особливу увагу аналізу ігрової діяльності. Дослідниці вдалося виявити важливі факти, що характеризують сюжетну гру дітей цієї категорії: відсутність розгорнутого сюжету; недостатня координованість

ігрових дій; нечіткий поділ і дотримання ігрових правил тощо. Вона думає, що рівень розвитку гри в дітей зі ЗПР до моменту надходження в школу такий, що не забезпечує їхнього природного переходу до навчання в масовій школі.

Матеріали, отримані під час вивчення готовності до шкільного навчання дітей зі ЗПР 6-7 років, засвідчують значне відставання в розвитку рольової гри. Більшість із них належить до першого-другого рівня розвитку ігрової діяльності. Становлення цього виду діяльності в дітей із затримкою психічного розвитку підпорядковується загальним закономірностям, але відбувається значно повільніше і має низку специфічних особливостей.

У всіх дітей із ЗПР різного ступеня виразності виокремлюються особливості мотиваційно-цільові основи ігрової діяльності. Це виявляється, у першу чергу, в різкому зниженні активності ігрової поведінки.

Сюжетна гра як спільна діяльність без втручання дорослого не спостерігається. Найчастіше ігри дітей з ЗПР мають немовний характер, украй рідко використовуються предмети-замісники. Ігрова поведінка таких дітей у цілому є недостатньо емоційною.

Навіть після проведеного корекційного навчання цих дітей сюжетній грі, ігрова діяльність має низку специфічних особливостей, що не піддаються корекційному впливу. На перший план виступають істотні труднощі формування мотиваційно-цільового компонента ігрової діяльності: недостатність етапу народження задуму, украй вузька варіативність при пошуку шляхів його реалізації, відсутність потреби в самовдосконаленні своєї діяльності. План-задум гри обмежений, нестійкий, недостатньо спрямовує дії дитини. Простежується надмірна спрямованість на здійснення ігрових дій, а не на реалізацію задуму гри. Все це свідчить про істотну недостатність регулятивного аспекту цілеутворення в ігровій діяльності. При створенні задуму й плану його реалізації життєвий матеріал є обмежувачем, а не точкою відліку для творчого комбінування реальних подій. Все це перетворює сюжетну гру на малорухоме утворення.

Роль, один раз зіграна дитиною, ніби закріплюється за нею, виконується постійно. Імовірно тому, майже не зустрічаються конфлікти з приводу розподілу ролей. Діти реалізують їх суворо фіксованими способами, не поглиблюючи й не розвиваючи. Зафіксовано труднощі при відмежуванні дій від предметів, узагальненні, заміні словом, перекладі у внутрішній розумовий план. Своєрідні взаємодії між двома складовими сюжетної гри – предметно-практичною та соціальною, пов'язані з труднощами у вищленуванні й усвідомленні міжособистісних відносин. У поєднанні з недостатністю процесу інтеріоризації розумових дій, це призводить до

застрягання на тому рівні сюжетної гри, змістом якої є предметні дії, і труднощі при переході до сюжетних ігор, основний зміст яких – взаємини між людьми. При цьому світ відносин моделюється вкрай поверхово, примітивно, а найчастіше просто неадекватно. Це знаходить вираження в тому, що діти із ЗПР досить легко, здійснюючи перехід до сюжетних ігор, що відтворюють моделювання дій відповідно до логіки реального предметного світу, не можуть перейти до сюжетних ігор, у яких рольові дії співвідносяться з логікою реальних соціальних відносин і соціальним змістом. Ігрові правила в основному поширюються на змодельований предметно-практичний світ, а не на світ соціальних відносин. Наголосимо, що можливими причинами виявлених специфічних особливостей становлення сюжетної гри в дітей із затримкою психічного розвитку є: труднощі при формуванні рівня образів-уяв і дій у цій сфері; недостатність регуляції діяльності, що реалізується образами-поданнями; недостатність спілкування за лініями «дорослий-дитина», «дитина-дитина» й, як один з наслідків цього, труднощі при виділенні, осмисленні, моделюванні світу людських взаємин [10].

На початку ХХ століття психіатри та психологи виокремили образотворчу діяльність як один з найважливіших засобів у діагностичному інструментарії. Набагато пізніше вона почала використовуватися в корекційних цілях.

Образотворча діяльність є однією з форм засвоєння дитиною соціального досвіду. У процесі створення малюнка діти опановують знаково-символічну систему координат, специфічну для вираження відносин предметного світу, а також людських почуттів. Спеціально організована діяльність повинна відбивати увесь спектр соціально-особистісних потреб дитини, впливати на становлення особистісних якостей і соціальну компетентність. Особливо актуальний такий підхід до виховання та навчання дітей з ЗПР.

Вивчаючи рівень сформованості образотворчої діяльності в дітей з інтелектуальними порушеннями, розглядалися такі загальні показники: рівень організації процесу; рівень сформованості графічних образів і графічних дій; рівень відбиття соціальних уявлень, адекватних віку й пізнавальному розвитку дітей. Для дітей з різними формами інтелектуальних порушень характерною є: відсутність стійкого інтересу до результату; слабкість асоціацій між власними графічними побудовами й реально існуючими предметами та явищами; діти не пізнають у власних графічних образах реальні предмети й швидко їх забувають; статичність малюнків за формою й змістом; відсутність навмисного вибору кольорів, що відповідає

задуму зображення; бідність кольорових рішень; відсутність або нерозвиненість сюжетних побудов; наявність супровідної мови примітивно фіксуєчого характеру. Знаково-символічна функція цих дітей формується із запізненням і має низку специфічних особливостей, які сповільнюють перехід дитини на якісно новий рівень оволодіння зображувальною діяльністю. В цілому, асоціації власних зображень з конкретними предметами відсутні до закінчення дошкільного віку; більшість зображень складаються з каракуль, голівок-ніжок або фрагментів предметів; спостерігається уподібнення форм навіть при зображенні добре знайомих предметів. Діти неспроможні показати в малюнках свій особистий і соціальний досвід.

Методика навчання базувалася на вихідних положеннях, прийнятих в галузі спеціальної (корекційної) педагогіки та спеціальної психології:

- гетерохронність дитячого розвитку;
- єдність механізмів розвитку в нормі й патології;
- сенситивність до корекційного впливу;
- взаємозалежний і пролонгований характер процесів діагностики та корекції в процесі навчання;
- облік зон актуального й найближчого розвитку;
- залежність ефективності корекційної роботи від змісту й методів навчання;
- розвиваючий характер навчання [4].

Крім того, враховувалося положення про те, наскільки адекватно підібрані, або створені, педагогічні умови сприяють появі в дитини компенсаторних можливостей і формується позитивний соціально-педагогічний прогноз.

Під природою процесу малювання розуміється: володіння знаковими системами, що передбачає засвоєння функцій знака як позначення й повідомлення. Посилаючись на теорію Л. Виготського про культурно-історичний розвиток дитини, зазначимо, що оволодіння знаком – це є опанування соціальним засобом. При такому підході навчання набуває розвиваючого характеру. У протилежному випадку – накопичені дитиною знання, уміння та уява не набувають достатнього рівня узагальнення та не стають сходинкою для подальшого психічного розвитку.

Однак можна вважати, що процес засвоєння знаків має чітку ієрархічність. Наприклад, спочатку дитина опановує графічні образи як знаки зображуваних предметів, і лише потім її треба знайомити з умовними знаками графічного характеру – піктограмами, буквами, цифрами та схемами.

У процесі навчання малюванню вирізняються чотири етапи: підготовчий, формування предметних зображень, становлення сюжетних зображень та етап створення творчих зображень.

Спираючись на теорію П. Гальперіна про поетапне формування розумових дій, ці етапи психологічно можна представити в такий спосіб. Спочатку відбувається етап формування орієнтовних основ образотворчої діяльності; далі – формування всіх основних ланок продуктивної діяльності в процесі опанування дитиною способів відбиття істотних зовнішніх якостей і властивостей предметів. Наступний етап спрямований на розвиток властиво продуктивної діяльності дитини на тлі скорочення зовнішніх орієнтовних дій та активізації образної сфери дітей. Останній – це етап творчого ставлення до створюваних зображень, що ґрунтується на високій емоційній сфері дитини в процесі малювання з елементами уяви. На цьому етапі мотиваційний компонент діяльності стає соціально вагомим. Дитячі зображення орієнтовані на естетичну складову, при виконанні дитина прагне виразних малюнків або, принаймні, націлена на створення подібних образів.

Технологія корекційної роботи засобами образотворчої діяльності повинна враховувати своєрідність дітей, тісно пов'язану з недорозвиненням пізнавальної діяльності. Одне із завдань навчання дітей цієї категорії – насичення малюнків предметним, значеннєвим змістом.

Корекційно-педагогічна робота засобами образотворчої діяльності у дітей з затримкою психічного розвитку має реалізовуватися з огляду на наступні принципи: формування в дітей уявлення про те, що будь-яке зображення – це відбиття реальних предметів навколишньої дійсності та соціальних явищ; тісний взаємозв'язок образотворчої діяльності з різними видами дитячої діяльності – предметної, ігрової, трудової та спілкування; актуальність соціальної спрямованості цієї діяльності при відборі методів, прийомів і змісту навчання; емоційна сфера дитини в процесі створення зображень на всіх етапах навчання; розвиток усіх аспектів мови як складова частина процесу формування образотворчої діяльності.

Дослідженнями багатьох учених підтверджено зв'язок мовної та пальцевої моторики: рівень розвитку мови дітей залежить від ступеня сформованості тонких рухів рук. М. Кольцова дійшла висновку, що «морфологічне та функціональне формування мовних галузей відбувається під впливом кінестетичних імпульсів від рук». Вона підкреслює, що «вплив пропріоцептивної імпульсації з м'язів руки важливий лише у дитячому віці, поки формується мовна моторна галузь». Систематичні вправи з тренування рухів пальців поряд зі стимулюючим впливом на розвиток мови є, на думку дослідниці, «могутнім засобом підвищення працездатності головного мозку» [5].



Формування словесної мови дитини починається тоді, коли рухи пальців рук досягають достатньої точності. Розвиток пальцевої моторики є підґрунтям для наступного формування мови. Оскільки є тісний взаємозв'язок і взаємозалежність мовної та моторної діяльності, то при наявності мовного дефекту в дитини особливу увагу слід приділити тренуванню її пальців.

Нині кількість дітей з мінімальними мозковими дисфункціями зростає, що виявляється порушеннями мови, мислення, змінами якості психіки. Значну роль у їх виникненні відіграють порушення функціональної асиметрії кори великих півкуль головного мозку і міжкульової взаємодії.

Морфологічною основою недостатності інтелекту можна вважати недорозвинення лобових часток мозку. При порушенні онтогенезу за типом стійкого недорозвинення більше страждають системи: філогенетично найбільш молоді й онтогенетичне найменш зрілі. До таких систем належать лобові й тім'яні частки, недорозвинення яких при розумовій відсталості підтверджують клінічні та нейрофізіологічні дослідження.

У дітей з відхиленнями в розумовому розвитку часто простежується розбіжність біологічного та календарного віку. Функціональний стан кори головного мозку, розвиток глибинних, підкіркових структур і їх взаємозв'язок з корою характерні для більш ранніх етапів розвитку.

Крім нездатності засвоювати новий матеріал, у дітей спостерігаються й інші порушення: невміння адекватно читати та писати, перестановка слів, ознак, знаків, явищ. Іноді вони бувають «сліпі» до цілих фраз. Описаний стан одержав назву «дислексія», що, у перекладі з грецької, означає «заперечення слова». Порушення міжкульових взаємодій мозку можуть бути причиною цих мовних розладів. Дислексія, алалія й афазія в дітей виникають лише при ураженнях лівої півкулі, однак завдяки високій пластичності мозку може відбуватися відновлення мовної функції.

Автори практичної кінезіології вважають, що однією з причин даного стану є так звана «координаційна нездатність» до навчання, що може бути усунута через оволодіння специфічними руховими вправами.

У зв'язку з поліпшенням інтегративної функції мозку в багатьох дітей при цьому спостерігається значний прогрес у плані здібностей до навчання, а також керування своїми емоціями. Труднощі в навчанні виникають у зв'язку з незрілістю визначених функцій, дисгармонії дозрівання головного мозку, порушенні міжкульових взаємодій.

Кінезіологічні вправи поліпшують увагу й пам'ять, формують просторові уявлення. Заняття, спрямовані на подолання патологічних синкінезій, усувають дезадаптацію під час навчання, гармонізують роботу

головного мозку. Усі вправи психолог має виконувати разом із дітьми, поступово, від заняття до заняття, збільшуючи час і складність [11].

Самомасаж рук є одним із видів пасивної гімнастики. Масаж реалізує загальнозміцнювальну дію на м'язову систему, підвищує тонус, еластичність і скорочувальну здатність м'язів. Працездатність стомленого м'яза під впливом масажу відновлюється швидше, ніж при повному спокої. При систематичному проведенні масажу поліпшуються функції рецепторів, провідних шляхів, підсилюються рефлекторні зв'язки кори головного мозку із м'язами та судинами. Під впливом масажу в рецепторах шкіри й м'язах виникають імпульси, що, досягаючи кори головного мозку, впливають на центральну нервову систему, унаслідок чого підвищується її регулювальна роль щодо всіх систем та органів.

Є наступні прийоми самомасажу: погладження, розтирання, розминання, натискання, активні й пасивні рухи. Результативність забезпечує використання масажерів для рук. У комплекс входять вправи трьох видів: самомасаж тильної сторони кистей рук, самомасаж долонь, самомасаж пальців рук. Психокорекційна програма складається з таких завдань: стимулювання ЦНС (вправи для моторики рук), розвиток уваги, пам'яті, мислення. Заняття проводяться в ігровій формі, бо гра є провідною та розвиваючою діяльністю дітей у дошкільному віці, у межах якої виникають основні новотвори. Враховуючи той факт, що діти, хоча й переросли дошкільний вік, мають несформовані орієнтації в соціальних відносинах, пасивні в ігровій поведінці. Сюжетно-рольова гра, як спільна діяльність, переважно не спостерігається.

Для засвоєння шкільного матеріалу дітям з затримкою психічного розвитку треба більше часу, тому вона подається більш роздроблено. Початкову школу такі діти засвоюють за чотири роки. Після закінчення лише деякі з них мають проблеми в недорозвиненні, основна ж частка наздоганяє в розвитку своїх однолітків і може навчатися в сучасній українській школі.

Корекція затримки психічного розвитку – довгостроковий і складний процес, що вимагає з'єднання навчального й виховного впливу психолога, учителя, вихователя, батьків. Спираючись на проведену нами корекційну роботу, можемо зробити висновок: у досліджуваних підвищується запас знань, вони в змозі виокремити істотні ознаки предметів і явищ, у них підвищується здатність до встановлення логічних зв'язків і відношень між поняттями, вони вчаться узагальнювати. Апробація психокорекційної програми подає надію на те, що глибина ЗПР у школярів не є даною раз і назавжди. У процесі дослідження виявлено можливість переходу дітей з одного рівня на інший.

### Список використаних джерел

1. «Віконечко». Програма розвитку, навчання та виховання дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку / за ред. проф. Т.В. Сак. – 2012. – 238 с.
2. Дети социального риска и их воспитание // Под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: «Речь», 2003. – 143 с.
3. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / под ред. С.Г. Шевченко. – М.: Аркти, 2001. – 224 с.
4. Изобразительная деятельность в обучении и воспитании дошкольников с отклонениями в развитии / Е.А. Екжанова // Дефектология. – № 6. – М.: МГСУ, 2003.
5. Исследование биопотенциалов головного мозга у детей 10-12 лет с ЗПР / М.А. Латышева // Практична психологія та соціальна робота. – Ялта, 2004. – № 3.
6. Исследование психолого-педагогических основ коррекционной направленности трудового обучения учащихся с ограниченными умственными возможностями / Е.П. Хохмена // Дефектология. – № 2. – Институт дефектологии АПН Украины, 2003.
7. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології / Н.Ю. Максимова, К.Л. Мілютіна, В.М. Піскун. – К.: Перун, 1996.
8. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.: илл.
9. Слепович Є.С. Ігрова діяльність дошкільників з затримкою психічного розвитку / Є.С. Слепович. – М.: Педагогіка, 1990. – 96 с.
10. Шебанова В.І. Особливості емоційного реагування дітей із затримкою психічного розвитку в ситуаціях фрустрації [Текст] / В.І. Шебанова // Педагогіка і психологія: Науково-теоретичний та інформаційний журнал Академії педагогічних наук. – 2003. – № 2. – С. 98-105.
11. Шмаргун В.М. Розвиток функцій когнітивної диференціації та інтелекту дітей з затримками психічного розвитку в процесі корекційного навчання [Текст] / В.М. Шмаргун // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 3. – С. 73-80.



## **ПСИХОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ (А) Й АУТИЧНОГО СПЕКТРУ РОЗЛАДАМИ (АСР)**

Проблема А (аутизм) й АСР (аутистичний спектр розладів) у дітей і надання їм адекватної допомоги є однією з актуальних проблем у галузі психіатрії. Дані масових соціологічних досліджень населення свідчать, що кількість дітей з А й АСР та іншими формами розладів мови неухильно зростає. Широке коло затримки психомоторного, психомовного, психосенсорного розвитку охоплює А, АСР функціонального й органічного, ендогенного, екзогенного, хромосомного (спадкового) походження. Вимагають розв'язання й досить складні проблеми, у т.ч. диференціальної діагностики та розробки відповідних реабілітаційних заходів. При цьому, якщо в зазначену категорію дітей долучити хворих з соціальнонеадекватним слухом та органічними патологіями ЦНС, які супроводжуються затримкою мови або взагалі її відсутністю, то тоді кількість дітей з А й АСР, у поєднанні з різними поведінковими, особистісними, комунікативними й іншими розладами, становитиме 3-5 та більше на 100 дітей. А, АСР є поліетіологічними патологіями, і позитивний результат від проведених лікувально-реабілітаційних заходів пропорційно залежить від онтогенезу, зокрема й зазнавання матір'ю впливу токсичних речовин, радіації, застосовуваних лікарських препаратів, етіопатогенезу, своєчасно розпочатих реабілітаційних заходів, соціального оточення, у т.ч. можливостей сім'ї хворої дитини. У більшості країн за ступенем негативного впливу та ризику для плоду лікарські препарати розподілено на категорії: від (А) – безпечні до (Д) – протипоказані в період вагітності; виокремлено також категорію (Х) – абсолютно протипоказані в період вагітності. На сьогодні не існує єдиного алгоритму надання медичної та соціально-психологічної допомоги цим хворим, зокрема і їхнім родинам [1].

Давно потребують розв'язання питання, пов'язані з наданням допомоги цим категоріям хворих та їх сім'ям. Підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів повинно вирішуватися не тільки органами охорони здоров'я та соціального забезпечення, а й іншими громадськими організаціями, які виконують функції з надання медичної та соціальної допомоги інвалідам, у т.ч. і їх родинам. В основу розробки цього методу та

доцільності його застосування покладено аналіз результатів багаторічних спостережень, обстежень, медично- та психосоціальної реабілітації більш ніж 2000 дітей з невротичними, пов'язаними зі стресами, та соматоформними розладами F 40 – 49; з поведінковими синдромами, спричиненими фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F 50 – 59); з розумовою відсталістю (F 70 – 79), розладами психологічного (психічного) розвитку (F 80 – 89), емоційними розладами та розладами поведінки, що зазвичай починаються у дитячому та підлітковому віці (F 90 – 99); з сенсоневральними порушеннями слуху H 90.3, у поєднанні з А й АСР.

Використані методики базуються на вдосконаленій моделі комунікації та поведінки, її оптимізації в соціальному мікро- та макросередовищах, що дозволяє хворому та його родині легше подолати негативні ендо- та екзогенні фактори, а також негативні (власні та соціальні) переживання й конфлікти. Численні експериментальні дослідження засвідчили, що взаємодія звукових аферентних сигналів (імпульсів) у ЦНС з іншими аферентними сигналами відбувається на структурах асоціативних ядер зорових горбів. Послаблення світлової аферентації знижує кортикофугальні активуючі впливи на гальмівні системи зорових горбів і може сприяти активації таламічних нейронів, що сприймають звукову сигналізацію, і тим самим активізувати психосенсорну, психомовну, психо- й сенсомоторну та інші функції ЦНС [13]. Імпульси від кори головного мозку можуть модулювати діяльність перемикальних систем таламуса, чинячи тонічний вплив на нейрони, що сприймають звукову інформацію та підвищують її сприйняття нейронами асоціативних ядер зорових горбів. Вказані вище теоретичні передумови використані при розробці основних принципів запропонованої методики. Цілеспрямоване застосування методики дозволяє активізувати функції ЦНС (розгальмовуючий ефект), покращує психомоторні, психомовні функції, когнітивні процеси мозку, комунікативну діяльність, поведінку, соціальну і емоційну перцепції та ін. Медикаментозна терапія у цій системі реабілітації не застосовується. Або застосовується обмежено при симптоматичній терапії, індивідуально, у т.ч. при проявах суїцидальних намірів, ауто- й гетероагресивних поведінках тощо.

Головний принцип реабілітаційних заходів полягає у цілеспрямованому, систематичному та послідовному створенні умов для активізації діяльності ЦНС і організму в цілому як на свідомому, так і несвідомому рівнях, з метою компенсації втрачених функцій, психомоторних і психофізичних процесів ЦНС, а також відновленні й гармонізації біо- та психосередовища людини, у тому числі сім'ї хворого [14].

### *Основні принципи медично- та психосоціальних, психотерапевтичних заходів у системі реабілітації хворих з А й АСР.*

Медично- та психосоціальна реабілітація хворих з А й АСР – безперервний і динамічний процес, який складається з таких етапів:

1. Первинний прийом хворих – реєстрація, відкриття або заповнення амбулаторної карти /історії хвороби/: обстеження, які проводять зазвичай протягом 2 – 3 днів: електрофізіологічні та психологічні обстеження, огляд фахівцями, вивчення анамнезу, етіопатогенезу захворювань, визначення вираженості коморбідних, у т.ч. поведінкових, особистісних, когнітивних розладів, обстеження та вивчення сім'ї та соціального середовища хворого.

2. Підготовчий період – підбір методики та ознайомлення хворих та їхнього оточення з результатами обстеження пацієнтів, яких лікували раніше, з даними їх обстеження та результатами реабілітації «до» та «після» лікування. Таке ознайомлення значною мірою сприяє тому, що хворі та їх рідні (психологічно) налаштовуються на подальше лікування.

3. Безпосереднє лікування – тактику та методи лікування визначають своро індивідуально для кожного хворого.

4. Період після лікування – на цьому етапі призначають хворим підтримуючі психотерапевтичні заходи та контролюють стан психомовного, психомоторного, психосенсорного розвитку в динаміці тощо.

Рис. 1. Алгоритм реалізації медично- та психосоціальних, психотерапевтичних заходів у системі реабілітації хворих з А й АСР

Цілі та завдання вибору психотерапевтичних методів визначаються конкретними клінічними характеристиками та психологічними особливостями хворого й перебігом хвороби:

а) особливостями коморбідних розладів, особистісними якостями пацієнта та родини, їх реакцією на хворобу;

б) психологічними факторами, у т.ч. макро- та мікросередовищем; причинами захворювання;

в) нозологічною належністю хвороби та її етапами;

г) структурно-організаційними рамками тощо.

Впливаючи на всі сторони особистості хворого, психотерапія, заняття з психологом є тим способом лікування, який дозволяє пом'якшити і навіть усунути супутні коморбідні розлади, дефіцит комунікації, когнітивних процесів та ін. [11].

Ця система містить наступні основні процеси: роботу з пацієнтами; роботу з родиною хворого; співпрацю з педагогічними та соціальними працівниками у здійсненні реабілітаційних заходів; визначення значущості соціального середовища пацієнтами та подальша їх адаптація до нього в процесі реабілітації. Пацієнт розглядається як головний (основний) об'єкт системи, і на першому етапі методики основний акцент робиться на виявлення коморбідних розладів та вивчення комплексу психологічних розбіжностей, наприклад, аналізується адекватність прийомів дослідження, лікування і внутрішньої картини хвороби (ВКХ) з навколишнім середовищем.

При цьому на перший план виносяться дослідження та ставлення хворих і навколишнього середовища до його хвороби, зокрема:

- а) адекватне;
- б) пасивне (байдуже);
- в) негативне (від'ємне);
- г) нестійке (мінливе) тощо.

Сім'я є одним з ключових факторів у створенні та організації життєвого середовища хворого. Оскільки він пов'язаний зі своїми рідними глибокими та тісними взаєминами, то його психологічний комплекс неповноцінності, викликаний недугою, може перейти на родину в цілому [8]. Лікар повинен починати саме з вивчення ставлення близьких до хвороби пацієнта. Виходячи з виявленої картини, застосовуються різні методи психотерапії, які є провідними під час всього реабілітаційного процесу.

Медичні працівники виступають в ролі провідників лікувальної методики. Від їхнього професіоналізму, толерантності й уважності багато в чому залежить правильність використання системи на практиці, налагодження потрібного контакту з усіма елементами та ланками методичного ланцюга.

Педагогічні працівники розглядаються як основний, так і вторинний, а в деяких випадках і як третинний фактори, які або запозичають на час контакту з хворим необхідні функції у медичних працівників, або делегують їм педагогічні функції, не усуваючись від реабілітації хворого в цілому (допомагаючи побічно, наприклад, замінюючи дітям на якийсь час батьків та вчителів).

Соціальне середовище залишається головним чинником у процесі одужання пацієнтів, де поєднуються, з огляду на глобальний характер цього життєвого простору, зусилля всіх учасників реабілітації – медичних, педагогічних та соціальних працівників. Для досягнення позитивних результатів лікувально-реабілітаційних заходів при застосуванні методики одним із головних чинників є підготовленість хворих та їх родичів до прийому цієї методики, мотивація до одужання і їх активна участь у цих заходах. Разом з цим, з перших етапів лікувально-реабілітаційних заходів застосовується увесь комплекс психотерапевтичних, психологічних дій як на хворих дітей, так і на їх батьків. Після підготовчого періоду приступають до цілеспрямованого застосування терапії [17].

Ці головні чинники використовуються не лише на ранніх стадіях реабілітації, а й на самих пізніх. Принцип «краще пізніше, ніж ніколи» залишає хворому ще один шанс для відновлення необхідних функцій. І на всіх етапах реабілітації головним для пацієнта залишається активне прагнення до одужання і підтримка цього прагнення близькими людьми. У цьому контексті слід зазначити, що такі фактори як етіопатогенез і важкість патологічних процесів, симптоматика захворювань і помилки, допущені в лікувально-діагностичних процесах, що проводилися раніше, відіграють в медичній та психосоціальній реабілітаційній системі другорядну роль [23].

Методика системи медично- та психосоціальної реабілітації: поєднує психотерапевтичний і психофізичний вплив. У комплекс фізичних входять: кореляція слухового та зорового аналізатора (ДВЗА та СА(І)), у т.ч., фізіотерапія, фітотерапія (ФТТ), голкорексфлексотерапія (ГРТ), масаж БАТ(З) та ін. [24].

З метою досягнення повноцінного ефекту реабілітації основний акцент робиться на створенні тимчасово-штучних, у фізіологічно допустимих нормах, «екстремальних умов для організму, які активізують процес виживання» та мобілізації глибоких резервів організму як у фізичній, так і у психологічній сферах.

З цією метою щодня, крім комплексу психотерапевтичних заходів, за спеціально розробленою методикою, обмежується доступ як зорових, так і слухових (сенсорних) подразників (інформації) та створюються мотиви для одужання хворих; рекомендується активно рухатися та перебувати в постійному звуковому, мовному та колірному середовищах подразників.

Екстремальні умови спонукають організм хворого знаходити нові способи компенсації з метою реабілітації. Це змушує «дрімаючий» мозок почати активний пошук виходу з глухого кута. Через об'єктивні причини на початковому етапі лікування деякі пацієнти можуть відчувати дискомфорт,



негативізм до лікування і, переважним чином, чинять опір. У такому випадку фахівці (психотерапевти, психологи та інші) зобов'язані працювати в комплексі з хворим та з його родиною, щоб подолати цей перший бар'єр. З цією метою самі батьки є активними учасниками реабілітаційних програм.

Мотивації до одужання. В цілому вибір характеру впливу з боку психотерапевта, психолога багато в чому залежить від ступеня тяжкості хвороби, прояву вторинних коморбідних /невротичних і соматоформних (психосоматичних)/ розладів, а також ставлення хворого та його рідних до хвороби, положення хворого в мікро- та макросередовищі та ін. В даному випадку важливе значення мають такі фактори, як усвідомленість пацієнтом тяжкості патології, інтерес і мотиви до лікування як з боку пацієнтів, так і їх рідних. Саме з цього моменту спеціаліст починає працювати з тим, щоб зацікавити хворих і рідних, спонукати їх брати активну участь у реабілітаційних заходах, мобілізувати їх на подолання труднощів, що виникають в ході лікування, для того, щоб знайти оптимальний спосіб і досягти максимальних результатів.

Це передбачає комплекс реабілітаційних заходів:

- суворий режим під час процесу лікування;
- підвищена рухова активність;
- уникнення шкідливих звичок;
- відрив від сім'ї (навчального та трудового колективу);
- ведення спостережень з фіксацією їх в щоденнику та ін.

Фахівцеві потрібно застосувати доцільні, відповідні стану хворого, які виправдовують себе, підходи та мотивації, щоб уникнути небажаних наслідків [14].

Рекомендуються наступні елементи мотивації:

- прагнення до одужання та подолання труднощів на шляху до досягнення мети; прагнення до досконалості;
- набуття сталого статусу в мікро- та макросередовищі й потребі стати частиною колективу;
- прагнення стати самостійним;
- психофізичне благополуччя;
- прагнення бути вродливим, здоровим, мати добрий характер;
- подолання страху та ін.

Перелік цих елементів може бути розширений або, навпаки, зменшений під час ретельного аналізу спеціалістом стану пацієнта, його характеру та нахилів, а також реабілітаційних можливостей, які має навколишнє середовище, що оточує хворого.

Психотерапія та психосоціальні реабілітаційні заходи. Одним з

основних методів у всіх реабілітаційних заходах є психотерапія, що превалує на всіх етапах медично-соціальних заходів. Вплив на хворих проводиться як вербальними (словесними), так і невербальними методами. В залежності від індивідуальних особливостей хворого застосовується весь спектр психотерапевтичних дій, аж до психоаналізу. Такі методи завжди адаптовані для кожного окремого випадку [9].

В системі реабілітації дітей головним чинником є робота з родиною, мобілізація її потенціалу в спільній роботі з лікарями. З цією метою слід починати з СК (сімейна консультація) і СП (сімейна психотерапія).

СК є одним з головних етапів СП, метою якої є ознайомлення з сімейними відносинами, проблемами членів (члена) родини та взаємозв'язок хвороби дитини з цими проблемами. При цьому аналізуються ситуації, аспекти рольових взаємозв'язків-взаємодій у родині для пошуку елементів лікувального впливу (ресурсу) для подальшого проведення лікувально-реабілітаційних заходів [3]. При цьому:

а) здійснюється первинний прийом й встановлюється контакт з хворими та членами родини;

б) проводиться ознайомлення та збір інформації;

в) створюється терапевтичний настрій та потенціал когнітивних, комунікативних процесів хворого та членів сім'ї;

г) мобілізується їх віра в лікування та психофізичні можливості для виконання лікарських вимог у спільній роботі з хворими дітьми;

д) проводиться обговорення психотерапевтичних та у цілому лікувально-реабілітаційних заходів для кожного конкретного пацієнта.

Різноманіття прийомів СК дозволяє вибирати різні терапевтичні концепції та методи, серед яких провідними являються: СП (сімейна психотерапія), КПП (когнітивно-поведінкова психотерапія), РЕП (раціонально-емоційна психотерапія), АРТ (арттерапія), МЗТ (музикотерапія) тощо [15].

Сімейна психотерапія. Поведінка батьків, членів родини, близьких, їхнє ставлення до хворої дитини значно впливають на лікувально-реабілітаційний процес. При цьому під час планування та проведення ЛРЗ необхідно враховувати порушення сімейних відносин (конфлікти, розлучення), суїцидальну поведінку та інші несприятливі внутрішньосімейні обставини.

У СП виділяються 4 етапи:

Психотерапевтичні впливи, які часто застосовуються в СП:

а) подолання дезадаптації, дезінтеграції у зв'язку з психотравмуючою ситуацією, хворобою дитини, в конкретних ситуаціях між членами сім'ї;

б) подолання емоційного зламу, усвідомлення своєї помилки та

критика своєї поведінки;

в) повага до «супротивника» та виявлення позитивного у «супротивника»;

г) подолання афективної поведінки та вироблення «режиму мовчання»;

д) уміння слухати супротивника та інших членів родини; е) програвання ролей;

ж) конфронтація;

з) аналіз власної поведінки, у т.ч. й аудіовізуальних записів та ін. [16].



Рис. 2. Алгоритм проведення сімейної психотерапії у системі реабілітації хворих з А й АСР

У наших ранніх дослідженнях було виявлено, що після хвороби дитини у 84% матерів і 18% батьків з'являються різні емоційно-афективні неспокійні розлади. Якщо не вжити заходів щодо їх усунення, то надалі виникає реальна можливість психосоматичних захворювань більш тяжкого характеру. Ці розлади мають і соціальне значення, а саме: в 5,2 – 6,8% таких сімей відбувається розпад шлюбу, в 11,0% спостерігається зловживання алкоголем, в 9,8 – 16,7% має місце відмова від раніше запланованої другої дитини та ін. [20; 21].

СП є одним з психотерапевтичних методів, при якому відбувається корекція та усунення негативних міжособистісних відносин, емоційних перенапруг окремих членів родини, надання психологопсихотерапевтичної допомоги в усуненні невротичних і соматоформних (психосоматичних) та інших розладів, найбільш виражених в окремих членів родини.

Узагальнюючи важливість психотерапії сім'ї, слід зазначити, що одним з її завдань є те, що окремі члени груп батьків, які пройшли етап

реабілітаційних заходів, забезпечують взаємну моральну підтримку хворим, які щойно надійшли, та їхнім батькам, діляться власним досвідом роботи з хворими дітьми, знайденими способами відволіктися від власного «нещастя», що спіткало їх у родині (хвороба дитини), альтернативними шляхами подолання дезадаптації, дезінтеграції, емоційного напруження й проблем, викликаних хворобою дитини.

З метою надання допомоги членам родини, від яких залежить подальша доля дитини, в індивідуальному порядку слід залучити інших фахівців та інші методи, у т.ч. поєднання СП з фармакотерапією.

ШБ (Школа батьків). При проведенні СП і СК для досягнення максимального позитивного результату необхідна організація ШБ. На відміну від існуючих методів СП, з метою організації ЛРЗ хворим дітям, навчання елементів психологічної допомоги батькам необхідна обов'язкова організація ШБ. У практиці понад 90 % батьків, почувши від фахівців про невиліковність хвороби дитини, відчувають сильний стрес. У початковому періоді хвороби дитини вони дезорганізовані, дезінтегровані, перетворюються в пацієнтів «лікарських лабіринтів».

Це додатково посилює їх негативний стан, у т.ч. стан дітей. Деякими елементами негативних впливів є:

- а) гіперопіка;
- б) жалість (патологічна);
- в) повторення при хворих дітях їхніх недоліків і скарг;
- г) обмеження трудової діяльності;
- д) хвороблива сором'язливість, приховування хвороби дитини й обмеження контактів з оточуючими;
- е) пробачення капризів дітей;
- є) надмірне переживання хвороби дитини;
- ж) прояв емоційної нестриманості батьків (плач, сльози та скарги) на очах у дитини;
- з) страх перед майбутнім;
- и) обмеження уваги до інших членів родини через надмірну увагу до хворої дитини;
- і) віра в нетрадиційні методи лікування (чаклунів, знахарів та ін.) та ігнорування традиційних методів і рекомендацій фахівців та ін.

Як засвідчує практика, через жалість до дитини багато батьків обмежують її самостійний розвиток. Зокрема, годують дитину, навіть «сидячи перед телевізором», беруть на руки та інше, хоча самі діти здатні до самостійного харчування та ходіння. Це додатково гальмує розвиток дрібної й великої моторики. Всі ці проблеми і, зумовлені цим негативні наслідки з

боку батьків й окремих членів родини є предметом обговорення в ШБ для вироблення способів відходу від цієї проблеми [19].

З цією метою до обговорення проблеми залучаються інші фахівці, діти, які лікуються, та їхні батьки, які являються активними учасниками ШБ.

АРТ (Арт-терапія). У практиці медично-соціальної реабілітації дітей з А й АСР, АРТ є одним з терапевтичних факторів у наданні їм допомоги. У цей комплекс входять спеціальні психологічні та психотерапевтичні методи, які дозволяють впливати на моральне (духовне) життя хворого та родину хворого, у т.ч. дозволяють подолати такі якості як сором'язливість, нерішучість, страх, страх перед незнайомими. Комплекс проводиться в два етапи.

Перший – самостійний вибір хворими тем та матеріалів для реалізації задуму. Якщо необхідно, психолог або психотерапевт підтримує творчі ініціативи; також до надання допомоги можуть залучатися вже реабілітовані так чи інакше хворі.

Другий – пацієнтам надається можливість самостійного виготовлення виробів, малюнків, фігур й т. п. Наприкінці заняття у колективі дітей і батьків обговорюються якості, які були активізовані під час творчого процесу – психологічна та рухова активність, манера поведінки та ін.

Діти по-різному сприймають АРТ, і значущість її видозмінюється в процесі терапії. На початкових етапах – переслідуються адаптивні цілі, на наступних етапах – комунікативні цілі. Терапевт, в залежності від результатів терапії, може ускладнити завдання для розвитку когнітивних процесів і досягнення нових навичок для впливу на емоційно-вольову сферу дитини. У ряді випадків – заспокійливих (седативних), що активізують вплив. При цьому, переходячи від індивідуальної до колективної комунікації, для досягнення лікувального ефекту використовується залучення декількох пацієнтів, застосовуються самовираження та набуття нових навичок у процесі вільного спілкування [12].

На початкових етапах активно беруть участь самі батьки, у подальшому їх допомога відіграє пасивнішу роль або взагалі виключається зі спілкування. Це сприяє зняттю гіперопіки, ліквідації негативного ставлення до АРТ.

З метою підвищення мотивації до АРТ використовують метод заохочення. АРТ слід проводити не тільки в межах окремих кабінетів, але й на природі (малюнки на асфальті, ігри на піску, виліпити Снігуроньку та ін.). Виготовлені вироби діляться між хворими. Наприклад, одну частину малюнка виконує одна дитина, другу частину – інша дитина (навіть із завданням додому, підтримкою терапевта або лідера групи – частіше серед

дітей з АСР, оскільки вони більш комунікабельні, ніж діти з А).

Наприкінці обов'язково проводиться конкурс малюнків, виробів та інше з урочистим заохоченням дітей, з використанням опосередкування й потенціювання, позитивних рис хворих дітей, з імперативним навіюванням у безсонному стані. Наприклад, дитина Антон сьогодні малював голубів, а наступного разу він буде малювати літак, машину, самостійно розповість вірші і т.п. Можливості АРТ у дітей з А й АСР невичерпні й у комплексі з іншими методами дозволяють виробити нові навички та здібності дитини. При цьому АРТ є одним з головних елементів індивідуальних й групових психотерапевтичних занять і психологічних дій на хворих, які сприяють їх адаптації та комунікації в мікро- та макросередовищі.

МЗТ (музикотерапія), як і інші способи гармонійного впливу, дозволяє активізувати психофізичні можливості організму пацієнта, поліпшити його соціальну адаптацію і т.д. МЗТ можна використовувати як самостійний метод, так і в комплексі з іншими методами, зокрема, з АРТ. У проведенні МЗТ активно беруть участь діти та батьки, які мають музичні навички й навички співу. У практиці ми використовуємо МЗТ як додаток до АРТ та з метою заохочення дітей та батьків, що активно беруть участь, у вигляді конкурсу малюнків, виробів, в урочистому концерті та їхньому заохоченні.

Відеотерапія та відеоспостереження (АВЗ) у групах, або погляд на себе зі сторони. Проводиться з перших днів контакту хворого з лікарем. В процесі реабілітаційних заходів хворі спостерігають зміни у своєму стані, що спонукає їх виглядати ще краще, усувають свої психічні та фізичні недоліки і т.п. По мірі накопичення позитивних зрушень вони можуть оцінити успіхи у комплексі та побачити динаміку одужання. Крім того, аудіовізуальний спосіб допомагає людям з вадами мови, порушенням моторики та іншими фізичними проблемами контролювати та виправляти вимову, рухову активність та ін. АВЗ в групах дозволяє створити умови для самоконтролю власних дій, об'єктивної й нейтральної фіксації їх поведінки. При цьому використовується як активний відеозворотній зв'язок на хворого (з коментарями), так і пасивна демонстрація хворого у запису (без коментарів їхньої поведінки) [22].

Також використовується прямий відеозв'язок у поточний момент й відкладений – до завершення декількох занять. АВЗ повинно бути короткочасним: 5–10 хв. Це дозволяє моделювати діяльність й адаптивну поведінку. На наступних етапах, при позитивній динаміці, позитивна поведінка пацієнтів опосередковується, потенціюється та служить прикладом (зразком) індивідуальної поведінки, що дозволяє направити відеомоделювання на власне самоделювання (аутоекземпліфікацію) [10].

АТ (аутогенне тренування) є одним з етапів видужуючих хворих, у т.ч. сімейної психотерапії для батьків. При цьому навчаються тренуванню розслаблення м'язів, самонавіюванню, самовихованню (аутодантика) та ін. З цією метою дорослим хворим з АСР (підліткам) та батькам, які су проводжують дітей, видається заздалегідь підготовлена інструкція, в якій містяться поетапні заняття АТ. При цьому на початковому етапі батьки та хворі займаються під керівництвом лікаря, надалі вони навчаються самостійному засвоєнню АТ.

Основним керівництвом для хворих та їхніх батьків, які займаються АТ, повинно бути: поступовість, регулярність, послідовність. Лікар-психотерапевт повинен заздалегідь підготувати хворого, мотивувати його бажання до лікування.

АСТ (асертивний тренінг). В процесі АТ, на наступних етапах, проводиться асертивний тренінг (АСТ), метою якого є вироблення впевненості в собі, впевненої поведінки. При цьому АСТ сприяє хворому у висуненні й запобіганні власної фантазії та ідеї потреби, домагання, почуттів (емоцій), інтересів у відношенні до себе й оточуючих.

Впевненість у собі (поведінка) досягається шляхом:

- а) усунення комунікативного страху;
- б) готовності індивідуального (мотиву) установки на досягнення мети, самому володіти (дрібними та великими моториками) власними домаганнями, діями.

Це частково сприяє придушенню ауто- і гетероагресії та їх редукції. При цьому мета досягається та здійснюється штучно, створенням «негативних», «небажаних» ситуацій і реалізуються (тренуються) у рольовій грі за активної участі терапевта й самих батьків. Надалі проводиться аналітична групова психотерапія (психоаналіз). У групі обговорюється негативна і позитивна поведінка, дії за участю хворих у тренінгу й використовуються елементи заохочення їх позитивної діяльності.

Лікувально-педагогічні заходи (ПТ). Методика дозволяє розширити процес лікування з медичного плацдарму до більш широкого, соціального, щоб інтегрувати пацієнта у повноцінний життєвий простір.

У цьому випадку вирішуються наступні завдання:

- навчання дітей з обмеженими можливостями самостійному мисленню і розвиток здатності знаходити вихід у різних життєвих ситуаціях;
- стимулювання фізичної та мовної активності, здатності пересуватися, правильно говорити, спілкуватися та ін.;
- виховання активного відношення до процесу реабілітації та лікування конкретних вад слуху, мови та інших фізичних порушень;

– адаптація до нової, позитивної формули життя (усунення думки про власну неповноцінність, стимуляція позитивних емоцій та ін.);

– робота на позитив з батьками (зміна стереотипів, адаптація до більш здорового способу життя дитини та родини).

Заняття з логопедом (сурдопедагогом) – невід’ємна частина терапії, яка проводиться з першого дня перебування хворого на лікуванні і ділиться на два етапи:

– перший – навчити хворого навичкам «як говорити»;

– другий – закріпити набуті мовні (слухові) навички як систему.

У цьому контексті до логопеда (сурдопедагога) висувуються підвищені вимоги (мати крім спеціалізованих знань, психологічні, зокрема, пов’язані з розділом психології, що працює з хворими з обмеженими можливостями). Заняття дефектологів внесені в загальний комплекс лікувально-педагогічних заходів.

ІТП (інтегративна психотерапія). У програмах з реабілітації хворих з А й АСР не може бути стереотипних підходів. Тим більше, що подібна реабілітація охоплює, зазвичай, у своє коло і рідних пацієнтів як середовище переважного проживання. Спілкування дітей з їх здоровими однолітками дає переваги соціальному, моральному та когнітивному розвитку кожної дитини.

Затиснутий в рамках недуги та переживань, хворий створює певне суб’єктивне уявлення про себе та соціальне середовище, що його оточує. Це призводить до деформації способу життя, його сенсу в цілому та створення дезадаптованого стереотипу поведінки хворого. У підсумку він відчуває глибокі переживання і може виробити ставлення до навколишнього середовища, «як до злого ворога», що приводить, у свою чергу, до ускладнення соціального існування й потреби в ізоляції від світу. Більш того, перебуваючи в середовищі хворих, він кооперується з ними та намагається пристосуватися до їхнього подальшого невідомого способу життя. Ті залишки надії, які він має, без тренування і боротьби блокуються. У хворого виробляється новий, досить пасивний, стереотип не тільки поведінки, але й життєдіяльності всього організму. Це замкнуте коло, і тому будь-яка ізоляція повинна бути розірвана. Інакше, до пут хвороби людини додається ще й клітка, в яку його помістили. У хворого виробляється пасивний стереотип поведінки та життєдіяльності в цілому. На противагу цьому інтегративний принцип дає можливість людині розкватися, оскільки містить великі комунікативні можливості [25].

Перебуваючи в різноманітному середовищі, хворий кооперується з іншими його учасниками, що стимулює пристосування до більш масштабного способу життя. Позитивним випадком є й такий, коли хворий з



обмеженими можливостями залишається в середовищі здорових людей, тоді він змушений пристосовуватися і кооперуватися з цим середовищем. З'являється вимушена мотивація. Це дозволяє йому тренувати й раціональніше використовувати можливості організму, що позитивно впливає на соціальну реабілітацію не тільки хворого, а і його родини.

ІТП для хворих А, АСР (ЗПР, ЗМР) дозволяє позбавити їх комплексу неповноцінності й залучити до суспільного життя. При цьому зникає відчуття самотності, неповноцінності, соціальної непотрібності, відпадає потреба в надлишковому гіперпідключанні й потуранню з боку батьків і рідних. Терпіння лікаря, збалансована робота сім'ї та всього колективу, зайнятого в процесі реабілітації, дозволяють своєчасно подолати перераховані вище негативні явища і, в першу чергу, дезадаптований стереотип з подальшим комплексом проблем. Тобто, інтегративна терапія враховує важливість фактора соціального середовища, зокрема, емоційних когнітивних, поведінкових стереотипів хворого [37].

СОТ, ТС (соціотерапія / терапія середовищем). Метою СОТ-заходів є поліпшення соціальних взаємин, пробудження й зміцнення інтересу до здорової трудової діяльності, а також виключення комплексу неповноцінності. З цією метою використовується сукупність психотерапевтичних заходів у поєднанні з лікувально-педагогічним впливом. При такому інтегрованому підході одні лікувальні заходи доповнюють інші.

Система дає можливість спілкування, зустрічей в неформальних групах. Наприклад, проводяться традиційні зустрічі пацієнтів, які вже лікувалися і нових. До таких лікувально-педагогічних заходів залучаються педагоги, керівники трудових колективів, соціальні працівники, а також активними й безпосередніми учасниками є родичі хворих, їх близькі.

В системі СОТ-заходів використовуються специфічні заходи: терапія зайнятості, трудотерапія, реабілітація, побутові (домашні) тренування набутих навичок під час лікувально-реабілітаційних заходів та ін.

Елементи соціо-терапевтичних заходів використовуються в процесі реабілітації з першого дня прибуття пацієнта та до закінчення лікування. Велика увага приділяється їм і на повторних етапах. Ще одна необхідна умова: після виписки слід підтримувати зв'язок з хворими, координувати (вже поза стінами лікувальної установи) подальші психотерапевтичні заходи, в яких головним інструментом впливу на пацієнта залишається саме СОТ.

ПТТ (підтримуюча терапія). Лікування в цьому випадку спрямоване на поліпшення соціального існування. Протягом 2-3 місяців після лікування хворі перебувають під активним спостереженням. З ними проводяться такі підтримуючі психотерапевтичні заходи як переговори по телефону,

листування та спілкування в мережі Інтернет, в клубі колишніх пацієнтів та їхніх родин тощо. У разі необхідності хворому може призначатися короткий курс лікування в стаціонарі або амбулаторно.

ПТТ використовується для продовження та поліпшення набутих навичок під час лікування, після завершення основного курсу терапії. В рамках СП, ПТТ має особливе значення. При цьому ПТТ дозволяє у випадках виникнення кризових ситуацій надавати підтримуючу психологопсихотерапевтичну допомогу як хворим, так і членам їхніх родин.

Багаторічні спостереження дали можливість зробити висновок про ефективність даного підходу. У більшості пацієнтів і їхніх родин після лікування нормалізуються параметри соціального існування, вони відчувають психологічну підтримку, яка сприяє адекватній адаптації та поліпшенню комунікативної сфери діяльності. Як показує практика, у дітей, які пройшли запропонований комплекс реабілітаційних заходів, поліпшується якість життя.

Гармонізація психічного життя призводить до зникнення дискомфорту в спілкуванні з зовнішнім середовищем, з'являється інтерес до творчості та мистецтва. У дітей, які пройшли комплекс лікувально-реабілітаційних заходів, надалі можна діагностувати алекситимію (АЛТ) (грец.: а – заперечення, lexis – слово, thyme – почуття) й елюзію (англ.: elusion – виверт, ухилення).

АЛТ у хворих з А й АСР характеризується стійкою рисою особистості (відокремленим унітарним мисленням), бідністю емоційного потенціалу, які виражаються труднощами в розумінні власних та чужих емоцій, почуттів, труднощі й нерозуміння тонких нюансів своїх і чужих переживань та складності їх вираження як за допомогою вербальної, так і невербальної комунікації: жестів, поз, міміки. Діти з АЛТ ніби «ізолюють», «викреслюють» почуття, емоції, навколишній світ зі свого життя, при зверненні – не дивляться у вічі, відвертаються, ігноруючи співрозмовника та навколишній світ сенсорних, тактильних подразників. При цьому вони не здатні орієнтуватися у своїх та чужих почуттях і виражати їх [2].

У дорослому – підлітковому віці цим хворим невідомі високі ідеї, самопожертва, самопрагнення. Вони механічно живуть своїм життям. Навколишній світ в їхній свідомості перетворюється в неживі предмети, їм чужі родичі та навколишній макросвіт. У деяких з часом, у зв'язку з психотравмуючими ситуаціями, несприятливими соціально-побутовими умовами та переживаннями, загострюється психосоматичний статус. Але мотиви на лікування у них ослаблені. Вони не прагнуть до пошуку виходу з ситуації. Можуть приховувати свої переживання, хвилювання, відмовитися

від своєчасної терапії, а при проведенні терапії можуть ігнорувати рекомендації лікарів. Водночас, деякі з них у пошуках виходу з ситуації можуть зловживати алкоголем або іншими видами самолікування, що не пов'язані зі зверненням до медперсоналу.

При симптомі елюзії у дітей з А й АКР у підлітковому й в більш дорослому періодах життя виявляється відхід від реального світу та занурення у світ фантазій (елюзій). З'являються нереальні плани, що не відповідають дійсності, у т.ч. психофізичному розвитку. Вони живуть у своєму віртуальному світі з внутрішніми та соціальними розбіжностями, вигадують і видають за свої чужі дії, результати чужих досягнень, розповідають дорослим й одноліткам про дружбу зі знаменитостями, у т.ч. описують спортивні досягнення, сюжети з кінофільмів та ін. Вони ставлять перед собою недосяжні цілі, плани та вірять у реалізацію своїх висловлювань. Однак, коли оточуючі дізнаються про їхню брехню й необґрунтовану фантазію, вони перетворюються на об'єкт насмішок [4; 6].

При глибшому ознайомленні з їх розповідями можна виявити елементи паралогії (paralogia, грец.: paralogas – противний розум, нерозумний), обман і фантастичний зміст вигаданих дій і висловлювань. Також можна виявити елементи невротичних і соматоформних розладів, розлади особистості, розумової відсталості, розлади психологічного розвитку, емоційні та поведінкові розлади та ін.

Елюзії можуть спостерігатися й у здорових дітей, зокрема, підлітків, як механізм психологічного захисту у конкретних ситуаціях, шляхом відходу від реальності у світ фантазій і мрій. При цьому кордони між реальним світом та фантазією розмиваються, і один світ підміняє інший. Але їх елюзії більш «об'єктивні», у них відсутні елементи ілюзії та інше, й з часом вони зникають. У хворих елюзія може поєднуватися з ілюзією.

При такому поєднанні спотворюється сприйняття реального життя, досягнення намічених цілей і їх ідентифікація. Це сприйняття може тривати протягом усього життя. Такі діти у мікро- та макросередовищі можуть бути ініціаторами конфліктних ситуацій і безпідставно звинувачувати інших в цих конфліктах, не ви знають своїх помилок, «вони завжди мають рацію». Їх доводи для виправдання своїх дій «примітивні» і можуть викликати у навколишніх глузування й негативізм на їхню адресу. Такі підлітки створюють багато проблем в рамках родини та колективу, для вихователів, вчителів, вони легко потрапляють під чужий вплив, у т.ч. кримінальних елементів. Слід врахувати, що через несвоєчасно вжиті заходи та надання неадекватного лікування, за несприятливих соціально-побутових умов, симптом АЛТ може проявитися у 70 – 80%, а симптом елюзії – у 20 – 30% хворих протягом усього життя [7].

Фахівці повинні звернути увагу на вияв цього симптому і з першого дня лікування коригувати процес медично- та психосоціальних лікувально-реабілітаційних заходів, спільно з родиною, соціальними працівниками, психологами, педагогами та ін. Традиційні методи терапії малоефективні. У цьому плані сприятливого ефекту можна досягти за допомогою ППТ, ТОТ та інше.

ППТ (поведінкова психотерапія). У медично- та психосоціальній реабілітації дітей з А й АСР ППТ містить невербально- і вербально-когнітивні, мотиваційно-афективні, емоційно-суб'єктивні, невербально-наслідувальні маніпуляції, метою яких є поліпшення соціального пристосування та комунікації в мікро- та макросередовищі, і має наступні особливості:

а) постановка мети – психотерапія. На основі клінічних і експериментально-психологічних досліджень визначає, які навички або поведінкові розлади слід виправляти в процесі роботи;

б) оцінка проблеми – які негативні звички слід прибрати;

в) вивчення мотивації у грі або індивідуальних позитивних відгуків на соціальні взаємини та допомогу хворому в реалізації своїх здібностей.

Згідно з теорією поведінкової терапії, будь-яка поведінка людини у своєму вияві завжди виконує якусь функцію. У хворих з А й АСР через дезадаптивну поведінку у процесі усунення цих проблем можуть виникнути нові дозволяючі проблеми та поведінки. З цією метою необхідний конкретний план управління новими, непередбаченими, несподіваними проблемами. У зв'язку з цим у стратегії ППТ з перших етапів реабілітації дії повинні бути спрямовані на посилення більш продуктивної поведінки та придушення небажаної. Це ставить перед психотерапевтами завдання посилення адекватної поведінки.

ППТ передбачає індивідуальне заняття з медичним психологом або корекційним педагогом з послідовною поведінковою перспективою кондиціонування. Класична модель «стимул – реакція – результат» передбачає розвиток необхідної навички на невеликі послідовні етапи. Кожен з цих етапів має бути засвоєно до того, як буде введено наступний.

Для досягнення бажаної поведінки використовуються підказки та стимули (як позитивні, так і негативні). Цей вид інтервенції є ефективним у разі його застосування в інтенсивній формі (20-40 годин на тиждень) [12; 18]. При цьому необхідно ретельно вивчити і хворого, і його оточення, а також визначити, з якими проблемами необхідно працювати у першу чергу:

– первинне невідкладне рішення (ауто- і гетерогенна агресивна й хибна поведінка);

- вторинне непряме рішення, яке допоможе реалізувати усунення основних, нагальних проблем;
- комбінації цих рішень, при яких можуть реалізуватися поставлені цілі й завдання.

Як показує практика, з метою досягнення необхідних позитивних зрушень необхідно проведення або використання декількох методів, зокрема, поєднання поведінкової психотерапії з когнітивною біхевіоральною терапією, яка являє собою синтез поведінкових методів з теорією (переробки) інформаційних дій, є навчальною практикою, яка спрямована на формування у пацієнтів нових патернів поведінкових реакцій [18].

У процесі реабілітаційних заходів ППТ одночасно є і навчальною. При цьому дезадаптивні, особистісні, поведінкові розлади у процесі психотерапії змінюються при цілеспрямованому та поетапному навчанні й самонавчанні, активізуються когнітивні (психогенні) процеси.

ТОП (тілесно орієнтована психотерапія) у системі реабілітації дітей з А й АКР є одним з методів психотерапії, спрямованим на усвідомлення хворою дитиною позитивних і негативних тілесних відчуттів, які створюються штучно самим медперсоналом (лікарем, реабілітологом).

Особливості ТОП у дітей з А й АСР полягають у тому, що вона докорінно відрізняється від загальноприйнятих ТОП, яка, в основному, орієнтована на вивчення свого тіла, відчуттів, усвідомлення хворим тілесних відчуттів, на дослідження того, як бажання, потреби, почуття проявляються в різноманітних тілесних станах, і допомогти хворим реалістичним способом позбутися негативних явищ у цій області. При цьому особлива увага приділяється позитивному відношенню між психотерапевтом (керівником групи) і кожним учасником.

Застосовується метод заохочення й підтримки окремих учасників групи, індивідуально для кожного хворого. У запропонованій методиці ТОП є складовою частиною інтегративного підходу, спрямована на комунікативну сферу, за відсутності перцепції, до появи позитивних відгуків від самих пацієнтів.

ТОП охоплює поняття «енергія», «м'язова броня», «грунт під ногами». У понятті «енергія» вивчається тіло в основі його біоенергетичних процесів, які сприяють комунікативності, у т.ч. і психосоматичним порушенням, і їх лікування (усунення) сприяє активізації соціальних взаємин, цілеспрямованих особистісних, поведінкових перенапруг, які сприяють реабілітації.

У понятті «м'язова броня» вивчають різні м'язові напруження та їх зв'язок з психотравмуючими ситуаціями, перенапруженнями й

індивідуальною здатністю кожного пацієнта знайти вихід із ситуації. При цьому з діалектичної точки зору формування характеру, особистості і «м'язової броні», фізичне тіло та психіка в цьому процесі взаємопов'язані.

Під час ТОП минулі й теперішні, психотравмуючі й негативні соціальні умови, які гальмують природний розвиток психомовних, психомоторних і психосенсорних процесів, стають несвідомими. У понятті «грунт під ногами» мається на увазі не тільки реальна фізична опора, а й метафоричний вираз фрейдівського прийняття реальності. При цьому чим міцніше і сильніше відчуття й контакт з психотерапевтом, з реальним мікро- та макросвітом і більше перенапруження в процесі терапії, тим кращі результати й більше змін в особистості та поведінці хворого.

У процесі ТОП фізіологічні, у т.ч. сенсорні, перенапруження сприяють розгальмуванню деформованих патернів психомоторики, застійних м'язових рухів, які надалі стають звичками поза свідомістю, аж до автоматизму. Фізичний контакт і виражене психоемоційне перенапруження сприяють вивільненню у хворого негативних емоцій із заміщенням їх позитивними емоціями й появою невербальної, наслідувальної та вербальної конфронтації, дихальних перенапруг й емоційної розрядки, ускладнюючи його більш тривалими впливами для виникнення нових відчуттів, до появи вербального зв'язку та взаємними діями з боку пацієнта.

ТОП у комплексі зі стимуляцією кіркових і підкіркових мовних зон (чутливої первинної мовної зони Верніке, вторинної моторної зони Брока та слухових кіркових зон). У процесі психотерапевтичних заходів одночасно проводяться стимуляції мовних зон (зона Верніке і зона Брока) і слухових кіркових зон (домінуючої півкулі мозку). У 95% людей мовна зона розташована у лівій півкулі мозку. З цією метою рекомендується масаж голови у поєднанні з акупунктурою, акупресурою, шіацу, термопунктурою, кріопунктурою, електропунктурою, лазеропунктурою, магнітопунктурою та ін. Застосовуються меридіани БАТ (3), які більше проєктуються на голові: VB (XI) – меридіан жовчного міхура; V (VII) – меридіан сечового міхура; E (III) – меридіан шлунку; TR (X) – меридіан трьох частин тулуба і T (XIII) – задньо-серединний меридіан. Ці точки та зони можна масажувати або проводити акупунктуру за класичним методом, або надавати іншого впливу. При цьому враховуються вік хворого, індивідуальні особливості, ступінь порушень ЗПР, ЗМР, у т.ч. як самостійного, без супутніх органічних сенсорних розладів, або наявність органічних уражень ЦНС (сенсорної системи). Для стимуляції – активізації відповідних зон мозку (мовні, сенсорні), крім БАТ (3), розташованих на голові, використовуються і позамеридіанні точки стопи (РС), точка передньої серединної лінії на животі

J (XIV), а також точки, розташовані в пахвах VB (XI) – меридіан жовчного міхура, RP (IV) – меридіан селезінки (підшлункової залози). Через хворобливість дії ці точки краще масажувати до появи легкої гіперемії (у дітей до 3-х років) [5].

Цей метод у поєднанні з класичною акупунктурою більше рекомендується дорослим хворим (зокрема, після I курсу терапії і після перерви через 3-4 місяці) на подальших етапах реабілітації. Дітям до 3-х – 4-х років, які чинять опір, можна індивідуально замість ГРТ застосовувати акупресуру, масаж БАТ(3), вібромасаж та ін. ТОП у поєднанні з ТТ [36]. Один із способів стимуляції комунікативних сфер у дітей із А й АСР – це ТОП у поєднанні з тактильною терапією (стимуляцією БАТ(3)). З цією метою щодня проводиться штучна стимуляція БАТ(3) дитини до появи позитивних емоцій на обличчі. Можна стимулювати БАТ(3) на животі, в пахвах, на стопах. З цією метою використовуються позамеридіанні точки стопи РС і точка передньої серединної лінії на животі J (XIV), у пахвах VB(XI), RP(IV).

При цілеспрямованій стимуляції хворих ця процедура викликає позитивні емоції. Процедуру слід повторювати щодня, особливо в першій половині дня, впродовж 3-5 хвилин до тих пір, поки діти самі проситимуть цю процедуру. Деякі діти, особливо з АСР, чекають моменту «процедур» і взаємно можуть спробувати «лоскотати» лікаря. Це треба сприймати як «жарт», і «потрібна» сильна позитивна взаємна реакція з боку медперсоналу. Для дітей це добрий знак у комунікативній діяльності. З цього моменту діти стають «гучними», можуть підглядати в кабінет медперсоналу, проситися на руки, несподівано чіпати лікаря і медперсонал. Потрібно не припиняти процедур, їх потрібно ускладнити, доповнити новими позитивними стимулами. Наприклад, надалі процедура ускладнюється проханням на фоні сміху повторювати певні слова. Ця процедура дозволяє поліпшити поведінку, когнітивну функцію, впливати на емоційно-вольову сферу, коригувати особистість. Позитивні емоції від ТТ повинні бути порційними, сам процес подразнення БАТ або особливо чутливих зон повинен бути миттєвим і тривати від 1 секунди до 10 секунд, індивідуально в кожному випадку. Процедуру можна знову повторити за такою ж схемою, але після наступного етапу перерва (відпочинок) повинна тривати 10 хвилин. Потім знову проводиться процедура за вищевказаною схемою. За такою ж схемою процедуру можна повторити вдень і ввечері.

Цей метод рекомендується на початковому етапі реабілітації (I курс). Після досягнення позитивних результатів можна перейти до класичного методу ГРТ (голкорексфлексотерапія). При цьому у всіх реабілітаційних заходах присутні психотерапевтичні та педагогічні впливи (елементи). Час

впливу і перерва повинні бути підібрані індивідуально, за показниками. Бажано, щоб процедуру проводив один і той же медперсонал. Перед початком процедури дитина повинна сходити в туалет; навколо дитини треба прибрати сторонні предмети; прибрати їжу з рота. Процедури бажано проводити за 30-40 хвилин до прийому їжі або через годину після нього. Діти, які мають в анамнезі судомну готовність, захворювання верхніх дихальних шляхів (бронхіт, астма та ін.), гідроцефалію, захворювання серцево-судинної системи (недостатність мітрального клапана) для проведення подібного лікування мають протипоказання.

Для опису послідовності й тривалості процедури впливу на БАТ побудована з використанням редактора Microsoft Office Project1 діаграма Гантта.

ПОП (процесуально-орієнтована психотерапія) (від англ.: Process Oriental Psychology, Process Work) – цілеспрямований комплекс заходів (напрямок, що об'єднує широкий спектр областей й містить психологію, психотерапію, психіатрію, педагогіку), спрямованих на соціальну, трудову, групову перцепцію та інше. Методи ПОП поліморфні. Залежно від терапевтичного середовища, клінічних проявів основного захворювання, використовуються різні методи психотерапії, психологічних, у т.ч. психофізичних, впливів.

Роль психотерапевта, психолога, лікаря у цілому може змінюватися від пасивного спостерігача до активного провідника, який грає провідну роль у здійсненні медичної та соціальної реабілітації хворих та їх сімей. Психотерапевт, не змінюючи своєї ролі психоаналітика, проникає у душу хворого, його сімейні проблеми (конфлікти), може одночасно бути арттерапевтом, масажистом, викладачем, вихователем, танцювальним інструктором, художником, замінювати молодший медперсонал (санітара, медбрата та ін.) і крок за кроком, прямим й побічним чином, наближається до усунення міжособистісних проблем хворого, родини в цілому, до їх медичної та соціальної реабілітації.

А й АСР є процесуальними захворюваннями, основна тенденція яких виражається у подальшому погіршенні стану хворого, зокрема, від функціональних до незворотних органічних змін. Кожен етап розвитку виражається появою нових симптомів, вираженість яких залежить від етіопатогенезу, давності захворювання, соціального середовища й проведених лікувально-реабілітаційних заходів. Кожен синдром /симптом/ виникає на певних етапах захворювання, у певний час, і вони пов'язані один з одним.

Торкаючись питання гіперактивної поведінки, стереотипій, «папужачої мови» у пацієнтів з А й АСР, треба пам'ятати, що це є свідомим на рівні



реальних й усвідомлено «вигаданих» реактивних минулих і теперішніх переживань, позитивне рішення яких можливе за допомогою фізіологічно допустимих норм психофізичних методів (створюваних стресових ситуацій), які можна усунути (вирішити за допомогою внутрішньоособистісного, міжособистісного, індивідуального, групового і глобального впливу).

Водночас у дітей, які пережили внутрішньоутробні психотравмуючі ситуації, стереотипії, «папужача мова», поведінковий й міжособистісний негативізм пов'язані з несвідомістю й цілим рядом ненавмисних (неінтенціональних) вербальних та невербальних подразників (сигналів) і їх перцепціями (соціальними, міжособистісними, комунікативними), ідеями, переконаннями, при яких пацієнт не ідентифікується. У результаті терапії відбуваються зміни на рівні психічної реальності пацієнта. При цьому змінюється суб'єктивне у цілому і об'єктивнореальне, адекватне сприйняття того, що відбувається в навколишньому середовищі, але не саме середовище.

Зміна сприйняття зовнішньої реальності є істинним опосередкованим результатом змін у власному (внутрішньому) психічному світі. Це сприяє зміні суб'єктивного сприйняття оточуючих людей, подій, ставлення до них. Відбуваються позитивні поведінкові й особистісні зміни, що сприяють соціальній, індивідуальній, міжособистісній перцепції [15].

Психотерапія та «терапевтичне життя», у т.ч. реабілітаційна робота з хворими, – це не шоу, а складна, довгострокова, виснажлива робота, яка підлягає певним, багатоскладним технологіям. Їх потрібно дотримуватися у загальному застосуванні, але видозмінювати у кожному конкретному випадку, індивідуально для кожного хворого, кожної родини. І рішення лікувати слід приймати у той момент, коли дозріли батьки, й потрібно приймати і вибирати ті чи інші форми методики для кожного індивідуально, у форматі їх готовності. У дітей з А й АСР в ЦНС з'являються стійкі патологічні вогнища, які утворюють замкнуті функціональні (патологічні) зони і, у підсумку, гальмують (блокують) доступ аферентних подразників і еферентних притоків, негативно впливають на інші дружні зони і психомовну, психомоторну й сенсорну системи.

На фоні застосування запропонованих методик відбувається інтенсивне тренування (активізація) і, як наслідок, відновлення втрачених й порушених зв'язків, структур та структурних взаємин відповідних зон мозку (психомоторної, психомовної, сенсорної та ін.). Настає синхронізація їх роботи і відновлюються втрачені полісенсорні зв'язки між ними.

Куди віддавати дитину навчатися: масовий садок (школу) або спеціалізований. З цією темою фахівці стикаються щодня. З одного боку, вибираючи спец. школу (садок), батьки «полегшують» собі життя. Ніби все

гаразд, діти вчаться. Але у цьому випадку слід врахувати те, що саме відрив дитини від родини – це важка психологічна травма і для хворих дітей, і для їх батьків. Особливо, якщо діти там не перебувають тривалий час, і забирають їх додому раз на тиждень або навіть на місяць. З іншого боку, навчання у масових школах (садках) має свою позитивну сторону. Однак батьків не виправдовує той факт, що вони покладуть всю відповідальність за їх дитину на вчителів, самі при цьому нічого не роблячи. В даному випадку батьки повинні бути найголовнішими помічниками вчителів, при необхідності допомагати їм, проводити додаткові заняття з фахівцями й т.д. При цьому слід враховувати показання та протипоказання при оформленні дітей у спеціалізовані або масові садки (школи).

1. Потенціал сім'ї. Приклад з практики: хвора дитина з діагнозом АСР з великою втратою сенсорних можливостей (втратою слуху – глухота). Закінчив масову школу, потім – юридичний факультет і наразі працює адвокатом. При цьому батько й мати – юрист і вчений. В іншому випадку, дитина з діагнозом сенсоневральне порушення слуху (глухуватість I ступеня й АСР) за несприятливих соціальних умов навчалася у спеціалізованій школі, бо сім'я була неблагополучною і діти знаходилися під опікою бабусі.

2. Поєднана патологія. Крім основного захворювання, є й інші патології. Наприклад, А й АСР у поєднанні з порушенням зору або ж втрата слуху, поєднана з розумовою відсталістю або порушенням опорно-рухового апарату, а також поєднані соматичні захворювання та ін. У кожному з випадків обов'язково необхідний індивідуальний підхід до кожного пацієнта.

Рекомендації після завершення реабілітації. Після закінчення реабілітаційних заходів хворі повинні перебувати під динамічним спостереженням фахівців. Таке спостереження необхідно для поступового звикання хворого до нових мовних, сенсорних і фізичних навантажень, його адаптації в соціальному мікро- та макросередовищі як видужуючої людини, яка відкрила для себе нові сенсорні й фізичні можливості організму або їх відродила. Якщо пацієнт відчуває дискомфорт від оточуючих сенсорних подразників (світ звуків), то рекомендується тимчасово уникати відвідування галасливих закладів, місць з негативним впливом вібрації тощо.

Повторення курсу терапії призначається індивідуально у кожному випадку. Як правило, цей інтервал не повинен перевищувати 3-6 місяців. Встановлено, що очікуваний прогноз при лікуванні дітей кращий тоді, коли процес реабілітації розпочато раніше.

Як використовувати мовні та сенсорні (слухові) навички? На основі досвіду роботи слід констатувати той факт, що для досягнення максимального ефекту від реабілітації або компенсації втрачених

психомовних, психомоторних, психосенсорних функцій тривалість інтенсивних реабілітаційних заходів слід продовжувати від 1 до 4 років. Наприклад, якщо дитина хворіє з 1 року, а зараз їй 5 років, то необхідно 3 – 4 роки, щоб досягти позитивних результатів. При цьому важливо враховувати фактор етіопатогенезу та соціальне середовище. Зокрема, має значення і сімейний фактор. Якщо дитина постійно знаходиться в інтенсивному звуковому та мовному середовищі і після завершення реабілітаційних заходів батьки продовжують займатися з нею у домашньо-побутових умовах, тоді цей термін може також скорочуватися.

Після досягнення позитивних результатів у багатьох хворих, наприклад, з АСР (з супутнім порушенням слуху) через порушення когнітивних процесів послаблена слухова увага і відсутні навички «прислуховування». Багато дітей стають багатомовними, допитливими через «сенсорний голод». З'являється багатомовність, «словесна мозаїка», «незрозумілі слова, звуки». У процесі цілеспрямованих лікувальнореабілітаційних заходів з раніше незрозумілих слів, звуків («словесної мозаїки») формуються нові слова, речення. Подібний стан дітей є позитивним результатом проведених реабілітаційних заходів. Фахівці та батьки хворих дітей повинні збагачувати мозок дитини новими психомовними, психосенсорними навичками.

Показання та протипоказання. Багато елементів запропонованої методики можна використовувати при лікуванні дітей у віці від 1 року й менше (індивідуально), «у вигляді гри», за адекватних соціально-побутових умов, підтримки і допомоги батьків, їх мотивації.

Протипоказаннями для застосування запропонованої методики є: психози, інфекційні захворювання, запальні процеси, кон'юнктивіт (при ДВЗА(І)), судорожний синдром (епілепсія) в анамнезі, соматичні й неврологічні захворювання у стадії декомпенсації (у т.ч. виражені резидуально-органічні недостатності та пухлині мозку).

Слід зазначити, що застосування ТОП у поєднанні з ТТ протипоказано при захворюваннях серцево-судинної системи і хворобах легенів (астма, бронхіт). У дітей з ауто- і гетероагресивною поведінкою, зухвалими опозиційними розладами, гідроцефалією (гідроцефальний, гіпертензивногідроцефальний синдром), з невротичними і соматоформними розладами, соматичними й неврологічними захворюваннями, а також при негативізмі з боку батьків та інших членів сім'ї запропоновані методики слід проводити після усунення цих розладів й негативного відношення з боку рідних.

Ураховуючи, що запропоновані методики передбачають активну участь сім'ї у процесі терапії, надалі слід при застосуванні цих методик обов'язково

розраховувати на використання потенціалу сім'ї та її допомогу. Відсутність підтримки і допомоги сім'ї (батьків), їх мотивації та наявність негативізму є відносними протипоказаннями до проведення лікувально-реабілітаційних заходів.

Висновки.

1. Мета та завдання вибору психотерапевтичних методів визначаються конкретними клінічними характеристиками й психологічними особливостями хворого та перебігом хвороби:

а) особливостями коморбідних розладів, особистісними якостями пацієнта та міжособистісними відносинами у родині (мікросередовищі) й поза родиною (макросередовищі), їх ставленням і реакцією на хворобу та хворого;

б) психологічними факторами;

в) етіопатогенезом (причинами) захворювання;

г) нозологічною належністю хвороби та її етапами; структурно-організаційними рамками.

2. З метою підвищення ефективності реабілітаційних заходів рекомендуються наступні елементи мотивації:

а) прагнення до одужання та подолання труднощів на шляху до досягнення мети;

б) прагнення до досконалості;

в) придбання стійкого статусу у мікро- та макросередовищі, психофізичне благополуччя, прагнення бути красивим, подолати страх, мати хороший характер та ін.

3. Лікар, який приймає пацієнта та його близьке оточення, шляхом сенсорних відчуттів при первинному ознайомленні (з пацієнтом та його оточенням) стає інформативним й осмисленим через їх знання і світогляд. Зокрема, психічні уявлення у вигляді мнемонічних реєстрацій почуттів, сприйняття, відчуттів відображають психофізичний потенціал пацієнта та лікаря.

4. У системі реабілітації дітей головним чинником є робота з сім'єю, мобілізація її потенціалу та спільна робота з лікарем. З цією метою слід починати з сімейного консультування (СК).

5. Різноманіття прийомів СК дозволяє обирати різні терапевтичні концепції й методи, серед яких ведучими є сімейна психотерапія (СП), когнітивно-поведінкова психотерапія (КПП), раціонально-емоційна психотерапія (РЕП), арт-терапія (АРТ), музикотерапія (МЗТ) та ін.

6. У практиці більше 90% батьків через хворобу дитини дезорганізовані, дезінтегровані, у них розвиваються вторинні психотичні і

непсихотичні (неврастенічні й соматоформні) розлади. Це додатково погіршує їх стан, у т.ч. і стан дітей. При цьому поведінка батьків, членів родини, близьких та їхнє неадекватне ставлення до хвороби дитини негативно впливає на хвору дитину й ускладнює її психосоматичний статус, сприяє розвитку соматичних та невротичних розладів.

7. На підставі наведених клінічно-психологічних і соціальнопсихологічних досліджень встановлено порушення сімейних відносин (конфлікти, розлучення), суїцидальні поведінки та інші несприятливі внутрішньосімейні обставини, які необхідно враховувати при плануванні та проведенні лікування хворих аутизмом (А) й аутичного спектру розладами / аутичного кола розладами (АСР / АКР). У зв'язку з цим одним з головних завдань СК і СП є організація школи для батьків (ШБ). Всі ці проблеми й негативні наслідки, що витікають з них з боку батьків та окремих членів родини – предмет обговорення у ШБ.

8. Арт-терапія (АРТ), музикотерапія (МЗТ) та інші психотерапевтичні способи дозволяють активізувати психофізичні можливості пацієнта, поліпшити його соціальну орієнтацію.

9. Аудіовізуальний зв'язок (АВЗ) дозволяє створити умови для самоконтролю власних дій, об'єктивної й нейтральної фіксації поведінки хворих.

10. Аутогенне тренування (АТ) з наступним етапом асертивного тренінгу (АСТ) є одним з етапів одужання хворих і батьків та дозволяє виробити впевнену поведінку у мікро- та макросередовищі, сприяє хворому у вираженні та поданні власних фантазій та ідей, потреб, домагань, почуттів (емоцій), інтересів у відношенні до себе й оточуючих. Надалі проводиться аналітична групова психотерапія (психоаналіз).

11. Лікувально-педагогічні заходи (педтерапія – ПТ) дозволяють розширити процес лікування з медичного дослідження до більш широкого – соціального, щоб інтегрувати пацієнта у повний життєвий простір.

12. Інтегративна психотерапія (ІТП), соціальна терапія (СОТ) і терапія середовищем (ТС) дозволяють позбавити хворих їх комплексів неповноцінності, інтегрувати у соціальне макросередовище та залучити їх до суспільного життя. Відбувається поліпшення соціальних взаємин, переважання і зміцнення бажання щодо самостійної трудової діяльності. Після завершення реабілітаційних заходів підтримуюча психотерапія (ПТТ) дозволяє поліпшити набуті під час лікування та після завершення терапії навички, а також дозволяє, у разі виникнення кризових ситуацій, надавати підтримуючу психолого-психотерапевтичну допомогу як хворим, так і членам родини.

13. Поведінкова психотерапія (ППТ) охоплює невербально- та вербально-когнітивні, мотиваційно-афективні, емоційно-суб'єктивні, невербально-наслідувальні та інші маніпуляції, метою яких є поліпшення соціального пристосування та комунікації у макро- та мікросередовищі.

14. Тілесно-орієнтована психотерапія (ТОП) у системі реабілітації дітей з А й АСР спрямована на усвідомлення хворою дитиною позитивних і негативних тілесних відчуттів, які створюються штучно самим лікарем. При цьому у процесі психотерапевтичних заходів одночасно проводиться стимуляція сенсорних, моторних, мовних і слухових кіркових зон. З цією метою використовується масаж відповідних зон у поєднанні з акупунктурою, акупресурою, шіацу, термопунктурою, кріопунктурою, електропунктурою тощо.

### **Список використаних джерел**

1. Башина В.М. Аутистические расстройства // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Н.В. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с. / С. 700-727.

2. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Хрестоматия: Учеб. пособ. для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / составитель Л.М. Шипицына; изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – С. 77-88.

3. Детская психоневрология / Л.А. Булахова, О.М. Саган, С.Н. Зинченко и др.; под ред. Л.А. Булаховой. – К.: Здоров'я, 2001. – 496 с.

4. Детский аутизм // Хрестоматия: Учеб. пособ. для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / составитель Л.М. Шипицына; изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 368 с.

5. Клінічні протоколи надання медичної допомоги дітям із гіперкінетичними розладами та розладами загального розвитку / І.А. Марценковський, С.Е. Казакова, Я.Б. Бікшаєва, В.Ю. Мартинюк, В.С. Підкоритов та ін. – Київ-Донецьк: Видавництво Заславський О.Ю., 2010. – 51 с.

6. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм / К.С. Лебединская// В кн. Детский аутизм. Хрестоматия: Уч. пособ. для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / составитель Л.М. Шипицына; изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – С. 60-69.

7. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 97 с.
8. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Ткачова О.В. Вимоги до програмноцільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму / І.А. Марценковський, Я.Б. Бікшаєва, О.В. Ткачова // Методичні рекомендації. – Київ, 2009. – 32 с.
9. Михайлов В.Б., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия / Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации / В.Б. Михайлов, С.И. Табачников, И.С. Витенко, В.В. Чугунов. – Харьков: Око, 2002. – 768 с.
10. Неезжалый А.А., Рахманов В.М., Клименко Д.И. и др. К вопросу слухопротезирования детей с нейросенсорными нарушениями слуха, гиперактивностью и дефицитом внимания / А.А. Неезжалый, В.М. Рахманов, И.Д. Клименко / Журнал ушных, носовых и горловых болезней, № 5. – 2011. – С. 97-98.
11. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2005. – 224 с.
12. Попов Ю.В., Вид Ю.Д. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, Ю.Д. Вид. – СПб.: ООО «Речь», 2002. – 405 с.
13. Рахманов В.М. Завалко Ю.Н., Рахманов Р.В. Значимость психологических исследований у больных с ограниченными возможностями / В.М. Рахманов, Ю.Н. Завалко, Р.В. Рахманов // Сучасні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XII Платонівські читання). Матеріали науково-практичної конференції. – Харків, 2011. – С. 83.
14. Рахманов В.М. и др. Дезорганизация семьи и наш опыт работы по оказанию психолого-психотерапевтической помощи детям и их семьям / В.М. Рахманов // Психічні соматичні розлади психогенного походження (XII Платонівські читання). Матеріали науковопрактичної конференції. – Харків. – 2009. – С. 122-123.
15. Рахманов В.М. и др. Психосоциальная реабилитация детей с нейросенсорными нарушениями слуха в сочетании с аутизмом / В.М. Рахманов // Журнал вушних, носових і горлових хвороб, № 5. – 2009. – С. 161.
16. Рахманов В.М. Проект системи психофізичної реабілітації хворих з обмеженими (сенсорними) можливостями / В.М. Рахманов // Соціальна педіатрія. Випуск III / Зб. наук. праць. – К.: Інтермед, 2005. – С. 79-81.

17. Рахманов В.М. Психофизический и психофизиологический метод реабилитации больных с сенсоневральными нарушениями слуха / В.М. Рахманов // Журнал вушних, носових і горлових хвороб, № 3. – 2009. – С. 129-130.

18. Рахманов В.М. та ін. Особливості аутизму й аутистичних (парааутичних) розладів у дітей з сенсоневральними порушеннями слуху / В.М. Рахманов // XI з'їзд отоларингологів України, Судак, 17-19 травня, 2010. – С. 298.

19. Рахманов В.М. та ін. Психосоціальна реабілітація дітей, які страждають нейросенсорними порушеннями слуху та гіперактивністю з дефіцитом уваги / В.М. Рахманов // XI з'їзд оториноларингологів України, Судак, 17-19 травня, 2010. – С. 301.

20. Рахманов В.М. та ін. Родина та хвора дитина – правда про хворобу / В.М. Рахманов // Соціальна педіатрія. Випуск III / Зб. наук. праць. – К.: Інтермед, 2005. – С. 329-331.

21. Рахманов В.М., Завалко Ю.Н., Рахманов Р.В. Семейная психотерапия у родителей детей с ограниченными возможностями / В.М. Рахманов // Сучасні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XII Платонівські читання). Матеріали науково-практичної конференції. – Харків, 2011. – С. 81-82.

22. Рахманов В.М., Рахманов Р.В. Видеотерапия в клинике – коррекция поведения и улучшения познавательных процессов больных с невротическими и невротоподобными расстройствами / В.М. Рахманов // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сб. научн. работ. – Том 3. – Харьков, 1996. – С. 318-320.

23. Рахманов В.М., Рахманов Р.В. Детский аутизм и акатизия в практике врачей психотерапевтов / В.М. Рахманов // Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження (XII Платонівські читання). Матеріали науково-практичної конференції. – Харків, 2010. – С. 181-182.

24. Рахманов В.М., Рахманов Р.В. Психофізичний і психофізіологічний метод лікування хворих дітей аутичного кола / В.М. Рахманов // Патент на корисну модель № 56804 // Опубліковано 25.01.11. Бюл. № 2 / 2011.

25. Рахманов В.М., Рахманов Р.В., Новик О.Е. Інтегративна психотерапія хворих з обмеженими (сенсорними) можливостями / В.М. Рахманов // Соціальна педіатрія. Випуск III / Зб. наук. праць. – К.: Інтермед, 2005. – С. 324-326.





**Марія Михайлівна Павлюк**

*м. Київ*

*e-mail: psycholprof@gmail.com*

**Антоніна Михайлівна Грись**

*м. Київ*

*e-mail: antoninasgris@i.gmal.com*

**Олена Леонідівна Шопша**

*м. Київ*

*e-mail: shel\_l@i.ua*

## **ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ САМОСТІЙНОСТІ ДИТИНИ В УМОВАХ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОГО СУПРОВОДУ РОДИНИ**

Актуальність дослідження самостійності визначається сучасними тенденціями інтеграції існуючих психологічних теорій і практик. Відбувається зміна конкуруючого або ж ігноруючого стилю між теоріями, напрямками, школами на інтегративний науково-практичний світогляд. При вивченні різних аспектів життя особистості дослідники акцентують увагу на взаємовпливах і взаємозв'язках. Не є винятком і розвиток самостійності як системної якості особистості. Сьогодні з'являється все більше підходів, що розглядають особистість як архітектора власного життєвого шляху. За таких умов особливо популярним постає вивчення психології розвитку самостійності.

Виходячи із цих міркувань, інтегративні психологічні технології розвитку самостійності особистості цілком віддзеркалюють інноваційні тенденції та сучасні пріоритети у сфері соціалізації особистості в родині. Зокрема назріла потреба реалізації ресурсно-компетентнісного підходу до розвитку самостійності особистості.

Йдеться про такий процес становлення самостійності, який забезпечується механізмами перетворення ресурсів інтегрованої структури суб'єктного досвіду на ключові компетентності. При цьому компетентність у контексті розвитку самостійності забезпечується не лише відповідним рівнем знань, умінь і навичок, чи результатів діяльності. А й, і що найважливіше, детермінується системною організацією свідомості, самосвідомості особистості, що містить такі компоненти: властивості особистості як цілого (суб'єкта діяльності), цінності, соціально-орієнтовані мотиви, взаємини з собою й іншими, ставлення до діяльності, особливості саморегуляції.

Вектор вивчення самостійності як системної якості особистості спрямовано на розкриття особистісного потенціалу та на конструктивістську систему поглядів, що підтверджується сучасними дослідженнями в галузі нейробіології, які вказують на пластичність людського мозку, тобто його здатність розвиватися не лише в дитинстві, коли закладаються основи самостійності, а й впродовж усього життя.

Аналіз наукової літератури засвідчує, що проблема самостійності особистості розкривається передусім у педагогічному (В. Бенера, В. Балюк, А. Вербицький, М. Данілов, М. Д'яченко, Р. Іванов, Л. Кандибович, І. Кпегеріс) та психолого-педагогічному аспектах (І. Кон, О. Кононко, В. Котирло, Г. Люблінська, Е. Мосин, С. Рубінштейн, В. Селіванов, Е. Суботський, Л. Якунін, Ю. Янотовська тощо).

Поняття «самостійність» у психологічних дослідженнях розглядалося по-різному: як якість чи властивість особистості (Г. Костюк, О. Петровський, О. Ковальов), як риса характеру (К. Платонов), як тенденція (Н. Левітов), як вольова властивість особистості, здатність систематизувати, планувати, регулювати й активно здійснювати свою діяльність без постійного керівництва та практичної допомоги ззовні (В. Бродовські, І. Патрік, Д. Цирінг, В. Яблонко), як узагальнена властивість особистості, що виявляється в ініціативності, критичності, адекватній самооцінці й почутті власної відповідальності за свою діяльність і поведінку, активній роботі думок, почуттів, волі (С. Головін), що свідчить про визнання стійкості самостійності як особистісного утворення, що забезпечує визначений характер і рівень поведінки та діяльності.

Самостійність характеризує особистість з точки зору її активності та свідомої самореалізації у діяльності. Вона є найбільш істотною якістю людини як особистості та як суб'єкта діяльності (О. Брушлинський). Самостійність розглядається як система суб'єктної регуляції діяльності (Г. Пригін), у якій зображуються найбільш суттєві структурні характеристики особистості, що визначають її цілісність, яка надає виконанню діяльності індивідуальний характер. Особистісно-типологічні особливості найяскравіше виявляються в автономності особистості.

Отже, можна зробити висновок, що психологія розвитку самостійності особистості багатогранна та багатоаспектна. Тому у межах цієї публікації окреслимо основною *метою* розгляд можливостей застосування накопичених у психології знань про феномен самостійності в конструюванні психологічних технологій розвитку означеної особистісної якості.

Теоретичні засади наукових досліджень проблеми розвитку самостійності ґрунтуються на розробках філософів ще з часів Античності

(Арістотель, Сократ, Платон), що підкреслювали у своїх працях значущість добровільного, активного й самостійного оволодіння знаннями; вважали, що розвиток мислення забезпечується процесом і результатом самостійної діяльності та пов'язували самостійність з проблемою свободи волі особистості, її здатності до втілення себе в діяльності, у взаємодії із суспільством.

За Нового часу представники німецької класичної філософії (Г. Гегель, І. Кант, Л. Фейєрбах) зазначали, що фундаментом суспільства є діяльність як специфічна людська активність. Діяльність породжує самостійну, вільну людину (Г. Гегель). У контексті приналежності до філософських категорій активність розглядається як загальна властивість, що виявляється:

- 1) у здатності до саморуху;
- 2) у здатності змінювати інші об'єкти;
- 3) у здатності розвивати окремі внутрішні стани.

Аналіз внеску вчених, що працювали в екзистенційній традиції (Л. Кам'ю, П. Сартр, М. Гайдеггер, К. Ясперс) засвідчив важливість питання свободи й відповідальності особистості в суспільстві. Вільною стає та людина, яка досягає поставленої мети відповідно до своїх потреб у власній активній діяльності. Обов'язковим компонентом свободи при цьому виступає вияв волі людиною для досягнення цієї мети, а її реалізація відбувається у виборі (Ж.-П. Сартр).

Всебічного розгляду питання самостійної діяльності здобуло в працях П. Підкасистого, М. Махмутова, І. Лернера. У більшості досліджень розглядається пізнавальна самостійність, котра визначається як сформованість прагнення й уміння пізнавати в процесі цілеспрямованого пошуку.

Українські дослідники нині зосереджують свою увагу на вивченні процесу становлення самостійності на різних вікових етапах (З. Гуріна, В. Кузьменко). Це поняття розглядається як морально-вольова якість особистості, що характеризується ініціативним, критичним, відповідальним ставленням до власної діяльності, умінням планувати цю діяльність, ставити перед собою завдання та шукати шляхи їх розв'язання без сторонньої допомоги, спираючись при цьому на наявні у власному досвіді знання, уміння та навички.

Г. Олпорт у якості центрального конструкта, який узагальнює всі аспекти особистісного розвитку, використав поняття «Пропріум самозвеличення». Це позитивна, творча, властивість людської природи, що прагне зростання: «усвідомлювана як найбільш важлива і центральна» [цит за 6, с. 282]. Різні аспекти самозвеличення (Г. Олпорт видокремив сім),

будучи пропріотичними функціями, у результаті еволюції консолідуються та формують «Я», як об'єкт-суб'єктивне пізнання й відчуття [1].

Першим аспектом розвитку пропріуму є тілесне самозвеличення. Впродовж першого року життя діти починають усвідомлювати свої тілесні відчуття, які, повторюючись, дозволяють немовляті відрізнити себе від інших об'єктів. Сформоване на цій стадії тілесне самозвеличення залишається упродовж усього життя опорою самосвідомості. Залишаючись неусвідомлюваним, воно функціонує у вигляді первинних інтерпретацій відчуттів. Друга стадія розвитку пов'язана з іншим аспектом самозвеличення – самоідентичністю.

Відчуття самоідентичності стає найочевиднішим у період розвитку мови. За допомогою мовлення дитина усвідомлює себе в якості певної та постійної особи. Наступна стадія – самоповага, визначається Г. Олпортом як стадія гордості за свої досягнення. Протягом третього року життя в дитини формується почуття гордості за самостійні дії. Цей етап розвитку характеризується тим, що дитина самостійно поводить з оточуючими предметами. У зв'язку з цим, дії батьків, що обмежують самостійність, сприймаються дитиною як посягання на свою цілісність й автономність. Позбавлення дитини самостійності спричиняє витіснення почуття самоповаги відчуттям сорому та роздратування.

До 4-5 років самоповага набуває характеру змагання, що дає змогу дитині відчувати свою значущість і повагу з боку оточення. У період з 4-6 років пропріум людини розвивається за допомогою розширення меж самозвеличення. Усвідомлення того, що дитині належить не лише її тіло, але й певні важливі елементи оточуючого світу, дає змогу осмислити значення «мій». На цьому етапі розвитку дитина виявляє почуття ревності і власності щодо важливих для неї елементів об'єктивної дійсності. У цьому ж віці відбувається розвиток ще одного аспекту самозвеличення – образу себе. На цій стадії дитина починає співвідносити себе з категоріями поганий/гарний, хоча ще недостатньо розвинена свідомість для аналізу цього співвідношення. Воно виникає із здатності дитини наслідувати очікування оточуючих її дорослих.

Між 6-12 роками в дитини активно розвивається рефлексивне та формальне мислення, смисловий зміст якого визначається абстрактною аргументацією й застосуванням логіки для дозволу та розв'язання повсякденних проблем, що дає змогу раціонально керувати собою. Ця стадія пропріуму відтворює сильний конформізм унаслідок того, що дитина ще не відчуває себе морально незалежною. У своїх судженнях і вчинках вона орієнтується на норми й цінності сім'ї, релігії, однолітків.

Підлітковий вік характеризується активним пропріативним прагненням, сутність якого, на думку Г. Олпорта, полягає в постановці перспективних цілей, пошуку шляхів реалізації поставлених завдань, відчутті того, що життя має сенс. Юність і рання зрілість характеризуються новим етапом пошуку самоідентичності та самосвідомості. Цей рівень розвитку досягається людиною лише в зрілості, оскільки реалізація прагнення до самоудосконалення вимагає узагальненого почуття самозвеличення, для якого потрібна сформованість усіх аспектів «Я». На завершальній стадії розвитку пропріум співвідноситься з унікальною здатністю людини до самопізнання й самоусвідомлення. Цей аспект синтезує всі інші аспекти розвитку та є суб'єктивною стороною «Я», що усвідомлює об'єктивне «Я» [2].

Погоджуючись з вище перерахованими вченими, ми розглядаємо самостійність як складну, системну якість суб'єкта, що має специфічний зміст і структуру та виявляється в активності до пізнання та розвитку, свободи вибору, характеризується вміннями: свідомо скеровувати власну поведінку, практичну діяльність у відповідності до наявних цінностей, поглядів і переконань, долати перешкоди на шляху до обраної життєвої траєкторії, через активізацію особистісних ресурсів та набуття відповідних компетентностей. Самостійність є інтегративною якістю особистості, що має складну багаторівневу структуру, основні рівні якої ієрархічно взаємопов'язані та взаємозалежні між собою.

Теорія вивченої безпорадності і в біхевіористичному, і в когнітивному напрямках розглядає вивчену безпорадність як стан, що виникає як реакція на невдачу, травмуючі події, що узгоджується із визначеннями зазначеного феномена в різних словниках. Наприклад, М. Енікеев у «психологічному енциклопедичному словнику» пише: «Вивчена безпорадність – це стан пасивності в окремих ситуаціях, що виникає у результаті систематичних невдач чи перешкод та має тенденцію до генералізації – поширення на суміжні види діяльності».

Роздуми про стан безпорадності зустрічаємо також в інших авторів: Р. Корсіні, А. Аузрбаха, У. Семюела. Однак ще в 1975 році М. Селігман пише наступне: «Певні люди більш піддатливі депресії й тривозі, ніж інші. Для деяких осіб відчуття безпорадності та стан депресії настане тільки після тривалих, повторюваних, труднощів, що викликають страждання. Інші ж, при найменших невдачах впадають у стан депресії, для них депресія більше ніж стан, це властивість особистості [7].

Стан безпорадності викликаний переважно досвідом, отриманим у ранньому дитячому та підлітковому віці. Слід зазначити, що М. Селігман у

своїх дослідженнях зосереджується насамперед на вивченні станів безпорадності, так само як і його послідовники.

Ідея розрізнення безпорадності як стану та як стійкої характеристики особистості отримала свій розвиток у вітчизняній психології в 2000-х роках, спочатку у роботах Д. Цирінг, Н. Батурина, потім – у дослідженнях Є. Веденеєвої, Е. Єгорової, Є. Забеліної, Ю. Яковлевої.

Дослідниками було з'ясовано, що безпорадність – це утворення особистісного рівня, що становить сукупність особистісних особливостей у поєднанні із песимістичним атрибутивним стилем, депресивними та тривожними поведінковими характеристиками (пасивністю, байдужістю, відсутністю захопленості будь-якою справою). Особистісна безпорадність є тією характеристикою, яка визначає особливості життєдіяльності суб'єкта: його поведінку, діяльність, взаємини з оточуючими. Вона виражається в пасивності суб'єкта, його нездатності долати труднощі, перешкоди, його надмірною залежністю від оточення, зумовлює ускладнення цілепокладання, песимістичність очікувань, а також досягнення цілей, що вимагають докладання зусиль, гнучкості, наполегливості. Це характеристика особистості, що обмежує здатність суб'єкта до перетворення дійсності, з одного боку, і обмежує його адаптаційні можливості, з іншого.

Як уже згадувалося вище, суб'єкт з особистісною безпорадністю, стикаючись з важкими життєвими ситуаціями, травмуючими або просто неприємними подіями, часто відчуває стан безпорадності. Особистісна безпорадність є не просто сукупністю низки окремих складових, компонентів, а їх цілісністю, єдністю, взаємопов'язаністю, що робить можливим вживання щодо цього феномену терміна «симптомокомплекс», який використовується переважно в медичній психології, зокрема, патопсихології, та зображає важливу характеристику особистісної безпорадності – її цілісність з одного боку, і наявність багато складових, з іншого. Це якісна єдність особливостей особистості, що визначає її взаємодію зі світом.

Особистісна безпорадність є стійким особистісним утворенням, що виникає та розвивається під впливом внутрішніх факторів.

Визначальними факторами, на думку Д. Цирінг, є середовищні чинники, а вроджені передумови, такі як особливості нервової системи, статеві або інші особливості, виступають скоріше факторами ризику, що збільшують ступінь вразливості суб'єкта при взаємодії із середовищними факторами.

Крім особистісної безпорадності Д. Цирінгом було виокремлено утворення особистісного рівня, протилежне за своїм психологічним змістом,

назване «самостійністю», що характеризується вираженою вольовою активністю, оптимістичним світосприйняттям, емоційною врівноваженістю, мотивацією, креативністю. Обидва феномени мають у своїй структурі чотири основних компоненти: вольовий, мотиваційний, емоційний, когнітивний [9].

Самостійність, як і особистісна безпорадність, визначає особливості життєдіяльності суб'єкта з тією різницею, що його поведінка, діяльність і взаємини є проявом високої здатності до перетворення дійсності, яка виступає у якості власної активної життєвої позиції.

Важливим показником сформованості особистості виступає самостійність. Це пов'язано з тим, що для дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків, нерідко характерні невпевненість у собі, неусвідомлення власної самоцінності, відсутність життєвої перспективи. У багатьох випадках у них формується комплекс безнадійності та безпорадності. Саме тому набуття самостійності має допомогти здолати такий стан. А. Наточій визначає самостійність як складну інтегративну якість особистості, що визначається вмінням свідомо скерувати поведінку, практичну діяльність відповідно до власних поглядів і переконань, долати перешкоду на шляху до реалізації обраної програми життєдіяльності без допомоги з боку інших людей.

Серед головних труднощів і недоліків, при роботі з формування самостійності, О. Голуб виокремлює такі:

- відсутність належної системності у розвитку самостійності;
- перевагу словесних методів виховання, недостатній вплив на емоційну сферу дитини та на самосвідомість;
- недостатню реалізацію принципу диференційованого підходу у здійсненні завдань формування самостійності.

Розвиток самостійності відбувається більш успішно за умов спільної діяльності дитини й дорослого, коли проводиться спеціальна робота для включення мовленнєвого спілкування в самостійну діяльність вихованців, формується «внутрішній план дій» [5].

Самостійність як високий рівень суб'єктності неможлива без розвиненої системи ціннісних орієнтацій, без чіткої ієрархії, переваг, яка допомагає людині визначитися з тим, що їй потрібно й чого вона прагне. Навіть у складних ситуаціях самостійність, яка визначає високий рівень суб'єктності передбачає пошук причин невдачі, труднощів, при цьому аналізується, оцінюється реальний стан речей, порівнюються нинішні дії з діями минулого. Головним результатом такого оцінювання є висновок особистості про те, чи може людина контролювати ситуацію, чи може її змінити. У тих випадках, коли ситуація розцінюється як підконтрольна,

особистість як суб'єкт активності, орієнтуючись на систему ціннісних орієнтацій здатна використовувати конструктивні стратегії виходу, що перетворюють ситуацію на більш сприятливу.

Для адаптивного типу, на наш погляд, буде характерна орієнтація на соціальні цінності. Його поведінка зумовлена зовнішніми впливами, тому, не маючи чітких власних переконань, люди, що відносяться до даного типу, потребують зовнішнього стимулювання. У процесі досягнення успіху, вони, у першу чергу, прагнуть побачити будь-які зовнішні показники, тобто їм необхідно отримувати постійне підкріплення своїх дій із зовнішнього середовища. Така поведінка людей, що належить до адаптивного типу, зумовлена недостатнім рівнем розвитку суб'єктності. С. Мадді [4] показав, що в тих випадках, коли домінують біологічні та соціальні потреби, людина сприймає себе як втілення соціальних потреб і ролей та пливе «за течією», тобто буде життя адаптивним чином. Коли ж на перше місце виходять психологічні потреби, тоді людина ставить собі питання про сенс, будує образ майбутнього, і в неї виникає потужна опора для опосередкування свого життя у вигляді життєвих цілей, смислів, що повністю перебудовує структуру регуляції її діяльності.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що самостійність є системною якістю суб'єкта, що має специфічний зміст і структуру, яка виявляється в активності. При вивченні психологічного змісту і структури самостійності ми виходимо із розуміння того, що прояв специфічної активності, може бути пояснено, виходячи із властивостей цілісної системи, одним з компонентів якої вона служить. Вищерозміщені рівні системи, в даному випадку, особистісні особливості, що являють собою самостійність, визначають специфіку її активності.

Структура самостійності містить чотири компоненти емоційний, когнітивний, вольовий і мотиваційний. Психологічний зміст емоційного компонента самостійності характеризується упевненістю, емоційною стійкістю, життєрадісністю.

Психологічний зміст мотиваційного компонента самостійності характеризується, мотивацією досягнення, високим рівнем домагань й інтернальність локусом контролю. Аналіз змісту мотиваційного компонента самостійності передбачає включення до його складу ціннісних орієнтацій, які виконують роль регулятора активності людини, оскільки самостійність як високий рівень суб'єктності неможлива без високорозвиненої системи ціннісних орієнтацій, без чіткої ієрархії переваг, яка допомагає людині визначитися з тим, що їй самій потрібно, і реалізовувати цю стратегію в життя.



Психологічний зміст когнітивного компонента самостійності характеризується оптимістичним атрибутивним стилем, гнучкістю і специфічними особливостями дивергентного мислення.

Психологічний зміст вольового компонента самостійності характеризується виразністю вольових якостей особистості: цілеспрямованості, рішучості, наполегливості, витримки, відповідальності.

Розуміння самостійності й особистісної безпорадності як континууму суб'єктності передбачає, що кожен з рівнів цього континууму буде характеризуватися специфічними проявами активності. Специфіку активності можна визначити через розгляд типів, що відображають різний рівень суб'єктності. Крім крайніх типів: особистісної безпорадності та самостійності, представлених у дослідженні Д. Цирінга [9], виокремлюють тип, що займає проміжне положення на континуумі суб'єктності, названий адаптивністю. Розвиток будь-якого з аспектів в окремої людини характеризується сукупністю особистісних особливостей, що зумовлюють формування самостійності, особистісної безпорадності й адаптивності, які визначають рівень розвитку суб'єктності.

Самостійний суб'єкт не відчуває труднощів із цілепокладанням і виявляє високу результативність у тому, що стосується досягнення поставлених цілей. Він демонструє високу гнучкість, творчі здібності, високу наполегливість, цілеспрямованість, оптимістичність, впевненість у своїх силах при реалізації цілей. Поведінка суб'єкта із самостійністю вирізняється активністю, відкритістю у відносинах, здатністю до вибудовування сприятливих взаємин з оточуючими людьми, може виступати лідером у відносинах.

Самостійність – комплексна особистісна характеристика обумовлює більш високу успішність у діяльності, тоді як особистісна безпорадність визначає зниження успішності в діяльності.

Особистісна безпорадність і самостійність є характеристиками, що становлять два полюси одного континууму. Ступінь вираженості особистісної безпорадності та самостійності може бути різною й на зазначеному континуумі можливі безліч проміжних варіантів, пов'язаних також із рівнем суб'єктності.

Очевидно, що найбільш крайні межі континууму вкрай рідко можуть зустрітися в реальному житті та вважаються швидше теоретичним припущенням. Навіть люди з яскраво вираженою особистісною безпорадністю не є абсолютно безпорадними й здатні впоратися з деякими, хоча б нескладними, життєвими завданнями. З іншого боку, вкрай складно уявити собі людину, яка виявляє абсолютну самостійність, адже допомога

оточуючих залишається необхідною та важливою навіть для людей із вираженою самостійністю.

Цікавою у руслі вивчення самостійності є концепція внутрішньої мотивації Е. Десі. Джерелом цієї мотивації автор бачить потребу автономності та самовизначення. Основна ідея цієї концепції зводиться до того, що для людини життєво важливо бути незалежною, здатною до самовизначення, діючою у відповідності до своєї мотивації, що йде зсередини, а не є контрольованою зовні. Для того, щоб у людини з'явилась «внутрішня мотивація» діяти в якомусь напрямку, необхідно надати їй можливість вибору [3].

О. Сидоренко виокремлює концепцію внутрішньої мотивації як дуже важливу для ідеології запропонованого нею мотиваційного тренінгу. Автор вважає, що мотивація передбачає створення умов, в яких у людини пробуджуються її власні мотиви. Мета мотиваційного тренінгу – оволодіння методами активізації мотивів людини і використання енергії актуально діючих мотивів. «Мотивація як система дій, – це, в сутності, створення збагаченого стимулами і можливостями середовища, в якому кожна людина актуалізує свої мотиви. Мотивована поведінка – це завжди результат вибору, усвідомленого або неусвідомленого, а не механічний наслідок підштовхування палочкою-стимулом» [8, с. 85].

У результаті теоретичного вивчення проблеми самостійності здійснено аналіз та співвіднесення між собою понять «самостійність», «автономність», «суверенність», «незалежність», «свобода», які часто вживаються дослідниками як синоніми, а іноді значно різняться залежно від акцентування уваги дослідників на тих чи інших аспектах досліджуваних феноменів.

Так, близьким за змістом поняттю «самостійність» є термін «суверенність», який характеризує здорову, активну, незалежну особистість, яка максимально реалізує свої можливості, створює власний світ і саму себе (А. Ключко). Різні види суверенності, які формуються в процесі індивідуального розвитку розглядає С. Нартова-Бочавер. Саме психологічна суверенність є тотожною самостійності. Вона зображає здатність особистості контролювати, захищати та розвивати свій психологічний простір, заснований на узагальненому досвіді успішної автономної поведінки.

Саме через порушення особистісної автономії й невизнання досягнень формується залежність, некомпетентність, відбувається злиття з іншими, що свідчить про нерозвиненість Я, орієнтацію на невдачу, що перешкоджає розвитку самостійності. Порушені межі виявляються у таких схемах як грандіозність (володіння особливими правами), або нестача самоконтролю, самодисципліни (А. Арнтц, Д. Янг, Г. Якоб).

Нами обґрунтовано ресурсно-компетентнісний підхід до розвитку самостійності особистості, який базується на наступних принципах.

Принцип зумовленості. У контексті розвитку самостійності цей принцип передбачає звернення до теорії діяльності, згідно з якою самостійність особистості детермінується відповідними мотивами, які виступають зовнішніми регуляторами поведінки. Водночас у руслі нашого дослідження цей принцип розуміється дещо ширше. Ми виходимо передусім із того, що існують не лише лінійні причинно-наслідкові зв'язки у процесі розвитку самостійності, а каузальні взаємозв'язки як усередині психіки окремої особистості, так і між подіями оточуючого світу. При цьому важливо акцентувати увагу на джерелах первинної детермінанти активності, що є основою самостійної поведінки. Картина детермінації є виключно індивідуальною в кожного студента. Вона може містити як духовні традиції, систему життєвої філософії особистості, так і внутрішньоособистісні та міжособистісні характеристики, що визначаються якістю взаємовідносин. Отже, на процес розвитку самостійності впливає не лише минулий досвід, не лише актуальний стан у теперішньому, перспективне майбутнє, а й, що найважливіше, модель інтерпретації свого стану, минулого і майбутнього. При цьому ми враховуємо й момент активації спонтанної трансформаційної здатності, яку слід підтримувати в процесі соціалізації. Оскільки саме це сприяє набуттю ними нових особистісних смислів і новому розумінню реальності.

Принцип цілісності має на меті розуміння особистості майбутнього фахівця як надзвичайно складної, відкритої, багаторівневої самоорганізованої системи, що має здатність підтримувати себе в стані динамічної рівноваги та впливати на нові структури й нові форми організації.

Відповідно до принципу цілісності будь-які психологічні або соціально-психологічні труднощі, пов'язані з розвитком самостійності особистості майбутнього фахівця, кризові періоди у процесі навчання у закладі вищої освіти, мають подвійний смисл: з одного боку, вони є ознаками порушення цілісності функціонування психіки, з іншого, є актом її відновлення. Тому спонукання студентів до знаходження нових позитивних сенсів у процесі подолання труднощів є важливим кроком до відновлення цілісності.

Методологічний принцип цілісності необхідний для реалізації наступних цілей: побудови перспективних проєктів розвитку самостійності як особистісної якості; трансформації та зростання особистості, з опорою на внутрішні ресурси самої особистості; адекватне використання різних психотехнологій для роботи з родиною.

Генетичний принцип, або принцип розвитку виявляється в тому, що людська психіка, особистість будь-якого рівня структурної та функціональної складності, має безліч потенційних напрямів для свого розвитку. Ці напрями визначаються виборами, які здійснює особистість щодо шляху свого подальшого розвитку. Досвід викладацької діяльності та психологічної практики зі студентами засвідчує, що майбутні фахівці у стані невизначеності потребують допомоги в усвідомленні нових можливих шляхів їхнього розвитку, у тому числі й у контексті розвитку їх самостійності. Якщо шлях розвитку обраний самостійно, прийнятий здобувачем вищої освіти, то зусилля викладачів, психолога мають бути спрямовані на якісно організовану, конструктивну підтримку особистості в новому режимі функціонування. За відсутності такої підтримки, або ж якщо особистість не володіє навичками саморефлексії, саморегуляції, самоорганізації, вибір подальшого шляху особистісно-професійного зростання є ускладненим і стає залежним від випадкових чинників, які можуть не відповідати сутнісним потребам особистості й освітнього середовища. У такому випадку виникає конфліктне напруження, пов'язане із небажанням приходити до університету через знижені мотиваційні тенденції. Згідно з інтегративним підходом до розуміння генетичного принципу в контексті самостійності майбутнього фахівця всі структурні компоненти особистості є продуктом взаємодії динамічних процесів, які мають значення лише у їх співвіднесенні з цілим.

Принцип позитивності передбачає реалізацію двох аспектів у процесі розвитку самостійності: орієнтація на позитивному досвіді; опора на факти та реальність, на досвід реального функціонування в різних сферах і достовірність буденного знання. Це сприяє поліпшенню їх внутрішнього психологічного комфорту, задоволеності. Позитивна установка у взаєминах із майбутніми фахівцями може бути інструментом і методом роботи в процесі розвитку їх самостійності. Постановка спільної мети, стратегії й тактики, психотехнологічна насиченість процесу розвитку самостійності сприяє моделюванню перспектив професійного шляху особистості. Вираженням принципу позитивності є усвідомлення студентами здатності виступати творцями позитивних переживань власного життя.

Принцип потенційності реалізує особливий спосіб сприйняття простору життєдіяльності, що переживається як простір потенційності свого буття, як воля, свобода, повноцінне життя. У процесі розвитку самостійності принцип потенційності означає розкриття потенційності, розвиток інтуїції, творчості, вищих станів свідомості, особистісних ресурсів. Використання цього принципу припускає, що індивід мобілізує свої ресурси для подолання

різного роду труднощів. У процесі розвитку самостійності потенційність може застосовуватися: у пізнанні різних структур особистості, її якостей, здібностей, цілей, істинної мотивації; у розкритті перспектив розвитку; в ототожненні із вагомими фрагментами, або якостями свого Его на особистісному рівні й відкидання неефективних форм взаємин, стилів спілкування, цілепокладання; розкритті раніше невідомих здібностей, ресурсів; у розкритті творчих сил особистості, сенсу свого життя.

Стосовно особистісно-орієнтованого супроводу родини в контексті розвитку самостійності дитини варто зазначити наступне:

– самостійність особистості тісно пов'язана із співзалежними моделями поведінки особистості. З огляду на це, для того, щоб в дитини сформувалася модель самостійної поведінки, у родині необхідно викорінювати співзалежні та протизалежні моделі поведінки, натомість розвивати взаємозалежні моделі;

– опора в розвитку самостійності має спиратися на емоційне середовище родини, оскільки дитина відтворює стосунки, які були в сім'ї;

– потрібно навчати дорослих і дітей самостійному вибору та прийняттю рішень, оскільки в дисфункційних сім'ях домінує тенденція, коли дорослі орієнтуються не на особистість дитини, а на свої патогенні переконання: «Я знаю як краще!», «Не роби помилок!»;

– образ «Я» дитини формується під впливом реакцій найближчого оточення, тому родину слід навчати як правильно реагувати на дитину;

– особливий акцент на стосунках і ставленні в сім'ї передбачає зміну самоосуду на самосхвалення;

– надмірна захопленість піклуванням і допомогою («батьки-піклувальники») призводить до розвитку деструктивного типу самостійності – безпорадності;

– важливим є розвиток уміння блокувати шкідливі зовнішні впливи, уміння сказати «ні», приборкати тиск у процесі розвитку самостійності;

– розвиток довіри та самоідентичності є механізмом розвитку «самодетермінованості»;

– необхідно навчати дорослих навичкам самоефективності, цілепокладання, вибудовуванню власних життєвих стратегій і перспектив.

### **Список використаних джерел**

1. Брушлинский А.В. Проблемы психологии субъекта / А.В. Брушлинский. – М.: Институт психологии РАН, 1994. – 109 с.
2. Еднак В. Основи організації самостійної роботи студентів

факультету фізичного виховання / В. Еднук // Наукові записки ТДПУ. Серія: Педагогіка. – № 3. – 2002. – С. 128-131.

3. Козаков В.А. Самостоятельная работа студентов и ее информационно-методическое обеспечение / В.А. Козаков. – К.: Вища школа, 1990. – 247 с.

4. Наливайко Т.В. К вопросу осмысления концепции жизнестойкости С. Мадди [Электронный ресурс] / Т.В. Наливайко // Вестн. Интегративной психологии. – 2006. – Вып. 4. – URL <http://drupal.psychosfera.ru/?g=book/print/1239> (дата обращения: 15.10.08).

5. Павлюк М.М. Теорія і практика розвитку самостійності майбутнього фахівця: монографія / М.М. Павлюк. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2018. – 388 с., іл.

6. Прыгин Г.С. Психология самостоятельности: Монография // Г.С. Прыгин. – Ижевск, Набережные Челны: Изд-во Института управления, 2009. – 408 с.

7. Савченко О.Я. Пізнавальна самостійність / О.Я. Савченко // Енциклопедія освіти / за заг. ред. В.Т. Кременя. – К.: Юрінком Інтер, 2008. – 1040 с.

8. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии [Текст] / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2006. – 350 с. – ISBN 5-9268-0010-2.

9. Цириг Д.А. Самостоятельность и беспомощность у студентов высших учебных заведений [Текст] / Д.А. Цириг // Высш. образование сегодня. – № 6. – 2008. – С. 48-50.



**Марина Валентинівна Білецька**

*м. Мелітополь*

*e-mail:violinchik@ukr.net*

**Ярослава Вікторівна Сопіна**

*м. Мелітополь*

## **ПРОБЛЕМА ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ: НАУКОВА РЕФЛЕКСІЯ**

Одним із стратегічних завдань реформування освіти в Україні є формування освіченої творчої особистості, яку характеризує фізичне, психічне та моральне здоров'я. У зв'язку з цим в останні роки все більшої актуальності набувають напрямки естетотерапії, що об'єднують ідеї гуманної, особистісно орієнтованої педагогіки з окремими психотерапевтичними технологіями та займаються адаптацією різноманітних технологій арт-терапії до проблем людини (проблеми соціалізації, почуття неповноцінності, відчуженості в соціальних контактах).

Категорія естетотерапії використовується у сучасній психолого-педагогічній науці як інтегроване поняття, яке об'єднує дві складові: «естетичне» (від грецьк. *aisthetikos* – чуттєвий) та «терапія» (від грецьк. *therapeia* - лікування). Як зазначає О. Федій: «Естетотерапія – природна система інтегративної терапії, яка передбачає лікування звуком, природою, рухом, драмою, малюнком, кольором, спілкуванням тощо й несе в собі приховані інструкції збереження цілісності людської особистості, її духовного ядра» [8, с. 8]. Серед ефективних засобів естетотерапії є арт-терапія.

Термін А. Хілла «арт-терапія» (30-ті роки минулого століття) у галузі теоретичного та практичного знання відображає процес інтеграції трьох самостійних напрямів – медичного, соціального й педагогічного та виявляється у застосуванні художньої творчості як лікувального, відволікаючого та гармонійного фактора.

Аналіз реального життя дітей з функціональними обмеженнями засвідчує, що сьогодні більшість продовжує традиційно перебувати в досить замкнутому просторі сім'ї, медичних установ, або інтернатних закладів, у кращому випадку – денного перебування в центрах соціально-психологічної реабілітації. Відповідно, ставлення до себе, навколишнього світу та процесу

пошуку свого місця в цьому світі формується під впливом досить нечисленної групи оточуючих людей (переважно рідних, які обтяжені клопотами щодо утримання такої дитини). У таких умовах дитина з функціональними обмеженнями не має можливостей для повноцінної самореалізації, через що існує загроза спотвореного сприйняття довкілля, небажання спілкуватися та пізнавати цей світ, а іноді й до втрати сенсу життя та взагалі відсутності бажання жити.

З огляду на це, особливої актуальності набуває питання формування системи цінностей, на основі яких будується ставлення дитини з функціональними обмеженнями до світу, оточуючих її людей, самої себе та власного життя. Особистісний розвиток таких дітей має особливий характер і проходить через загартування не лише дитячої душі, а й тіла, що, у свою чергу, потребує більшої уваги, адже ті функціональні обмеження, що стримують розвиток таких дітей, автоматично гальмують і процес засвоєння цінностей, деформуючи їх крізь призму вад та існуючого в суспільстві ставлення до людей з ними.

Розгляд проблеми виховання ціннісного ставлення до життя у дітей з функціональними обмеженнями в контексті сучасної наукової рефлексії засвідчив необхідність впровадження новітніх технологій інклюзивної освіти та вдосконалення виховних процесів, що діють у соціальній сфері в рамках організації психолого-педагогічного супроводу.

Питання реалізації виховного та світоглядного потенціалу мистецтва постійно знаходиться в полі зору провідних вітчизняних учених (Г. Локарева, Н. Миропольська, О. Отич, О. Рудницька, Г. Тарасенко, О. Федій, Г. Шевченко та ін.). Проте початок ХХ століття ознаменувався входженням в освітній простір арт-терапії – інноваційної технології, яка сформувалася на межі різних наукових галузей і нині, в умовах пошуку нових ефективних методів і прийомів ціннісного виховання дітей з функціональними обмеженнями, може стати унікальним способом спілкування дитини із самою собою; інструментом, що допоможе зрозуміти й оцінити свої почуття, спогади, образи майбутнього.

В умовах пошуку нових ефективних методів і прийомів ціннісного виховання дітей з функціональними обмеженнями увага фахівців усе частіше звертається до інноваційних освітніх і розвивальних технологій. Аналіз наукових праць засвідчує, що сьогодні особлива увага приділяється розробці теоретичних і методичних засад організації психолого-педагогічного супроводу дітей з функціональними обмеженнями (В. Бондар, О. Комісарова, З. Ленів, В. Синьов, Є. Синьова, Л. Фомічова, А. Шевцов, М. Шеремет, Д. Шульженко та ін.). На окрему увагу заслуговують наукові пошуки,



присвячені питанням теорії та методики виховання дітей з функціональними обмеженнями засобами мистецтва, що мали місце в останні десятиліття (О. Вержиховська, І. Григор'єва, В. Ерніязова, І. Кузава, Л. Куненко, І. Татьянчикова, Л. Ханзерук та ін.).

Ефективність використання різних видів арт-терапії у вихованні дітей з функціональними обмеженнями підтверджується широким спектром робіт з музикотерапії (Л. Брусилівський, С. Петрушин, І. Грінева та ін.), вокалотерапії (С. Шушарджан), ізотерапії (А. Захаров, Р. Хайкин, М. Бурно та ін.), бібліотерапії (С. Мурашевський, А. Міллер, Е. Рау, Б. Некрасова та ін.), імаготерапії (І. Вольперт, Н. Говоров). Розгляд мистецтва як чинника психічного розвитку дітей, обґрунтування використання образотворчих прийомів у роботі з дітьми як психотерапевтичного і психокорекційного інструменту висвітлюється в роботах Х. Рід, Е. Крамер.

У другій половині ХХ століття музикотерапія виділяється як самостійний напрям та широко практикується у країнах Європи і США. Цей період характеризується організацією музично-психотерапевтичних суспільств і центрів у Швеції, Австрії, Швейцарії, Германії, Росії.

Інтерес до використання мистецтва в цілях корекції, до механізму його дії на людину в кінці ХХ століття помітно збільшився, це пов'язано з науково-технічним прогресом (появою аудіовізуальних засобів, медичної техніки та інше). У свою чергу, це дозволило глибше вивчати фізіологічні реакції організму у відповідь на дію музики. Водночас цей інтерес визначається можливістю вживання музики як лікувально-корекційного засобу, що забезпечує гармонізацію стану людини: зняття напруги, стомлення, підвищення емоційного тону, розвитку естетичних потреб тощо.

У наш час актуалізувалися погляди філософів про роль мистецтва у розвитку, формуванні та оздоровленні (навіть самосціленні) людини, зокрема М. Бердяєва, С. Булгакова, А. Лосєва, Н. Лосського, В. Соловйова, Є. Трубецького та багатьох інших. У галузі філософії мистецтва дослідження проводилися Ф. Аквінським, Г. Гегелем, Г. Лейбніцем, Ф. Шеллінгом, Ж. Руссо та ін.

Особливу увагу приділено концептуальним підходам до оздоровлення організму засобами мистецтва, що висвітлено у працях Т. Баклана, Т. Комарової, Л. Лебедевої та Н. Сокольникової, яка велику увагу приділяла питанням самопізнання та саморозвитку засобами мистецтва, зокрема розвитку художньо-мистецької активності, що передбачало розвиток процесів емоційного сприйняття витворів мистецтва, фантазії, уяви, які, у свою чергу, знаходили відображення у різних видах художньої діяльності – живопису, графіці, декоративній роботі тощо.

Позитивний вплив мистецтва на центральну нервову систему відзначали психіатри А. Гросман і В. Райків. Останній вказував на психокорегуючу дію живопису на людину, особливо при його активній участі в образотворчій діяльності і створенні живописного твору. Спостереження психотерапевта С. Мамулова показали, що нормалізації діяльності серцево-судинної системи допомагає музика, яка виконується на кларнеті і скрипці.

Таке сприйняття мистецтва як інструменту врівноваження чуттєвого й раціонального, як засобу «лікування» душі через створення нової якості її порядку зумовило наш інтерес до вивчення й узагальнення існуючого досвіду реалізації терапевтичного потенціалу мистецтва в системі виховання ціннісного ставлення до життя дітей з функціональними обмеженнями та їх психолого-педагогічного супроводу.

Особливе місце серед сучасних видів арт-терапії займає музикотерапія. Кожна з музико-терапевтичних шкіл Європи має власну концепцію. Так, у Франції та Голландії музикотерапія широко використовується і в практиці психотерапії, і в хірургії. При цьому музика підбирається з урахуванням її фізіологічної дії на організм, особливостей людини, його захворювання. У Голландії музика використовується при лікуванні серцево-судинних захворювань. Відомий французький отоларинголог А. Томатіс досліджував вплив звуків високої частоти на психіку людини. Він показав, що людина не просто чує: коливання що ним сприймаються впливають на нерви внутрішнього вуха і, перетворюючись в імпульси, прямують у мозок. Деякі потрапляють в слухові нерви та сприймаються як звуки, інші – у мозочок, відповідальний за складні рухи і відчуття рівноваги. Звідти вони передаються в лімфічну систему, контролюючи емоції і виділення біохімічних речовин, у тому числі гормонів, що впливають на організм.

У США музикотерапія отримала визнання після Другої світової війни, коли вона успішно застосовувалася при лікуванні емоційних розладів у ветеранів. Подальший розвиток музикотерапії відбувся після демонстрації її ефективності в роботі з дітьми і людьми похилого віку. Під час сеансу, за допомогою музики пацієнт усвідомлює причину, що спричинила емоційно травмуючу ситуацію й цим досягає розрядки за допомогою катарсису. При цьому, велике значення надається вибору музичних творів, що викликають бажані асоціації образів, відчуттів, аналіз яких допомагає виявити основу прихованого внутрішнього конфлікту. Одним із найбільш відомих сучасних арт-терапевтичних центрів США є відкрита в 1990 році в університеті Нью-Йорка клініка музичної терапії Нордофф-Роббінса. Напрямок інструментальної і вокальної терапії, що розвивається в ній, ґрунтується на творчому підході,

що підкреслює роль «живої» музики як засобу комунікації. Особлива увага надається вивченню дії арт-терапевтичних методик на дітей із різними порушеннями, робиться акцент на інтеграцію різних видів арт-терапії і включення пацієнта в лікувально-направлену художню діяльність за допомогою імпрровізації. Окрім індивідуальної музикотерапії, активно використовується групова форма, де творчий потенціал учасників виявляється у спільній драматичній імпрровізації, грі на інструментах.

Вітчизняні педагоги та психологи також активно використовують у роботі з дітьми з функціональними обмеженнями методи музичної терапії, що, на думку М. Полякової, несе глибокий емоційний заряд та виражає стан і ставлення дитини до зовнішнього світу на підсвідомому рівні. У результаті використання цього методу ми маємо унікальну можливість отримати «моментальний знімок, що фіксує один з моментів життя людини». Музична терапія – це процес, що передбачає «діалог і взаємодію із самим собою і, водночас, з оточуючим світом» [7, с. 123]. Таким чином, дитина отримує можливість до самопізнання своїх почуттів і переживань, тоді як наступне її включення в колективну музично-терапевтичну діяльність імпрровізаційного характеру та спонтанне музикування на музичних інструментах сприяє розкріпаченню і стимуляції її комунікативних можливостей. Завдяки такій роботі у дітей простежується формування вміння адекватного прояву почуттів та емпатійності.

Ще один вид музикотерапії – вокалотерапія. Вокалотерапія (спів) – це вид виконавського мистецтва, в процесі якого особливо активно розвиваються пізнавальна діяльність, емоційна чуйність тощо. Виконання пісні дозволяє не лише виразити свої почуття, але й викликати в інших розуміння і співчуття [5, с. 115]. Вокалотерапія за своєю суттю мовленнєво-музична, тобто звучання нерозривно пов'язане зі словом. Поєднання музики і мови, музики і руху, музики і малювання дає дуже гарний психотерапевтичний ефект [5, с. 115].

Заняття вокалотерапією спрямовані більшою мірою не на оволодіння вокально-хоровими навичками, а на формування за допомогою пісні оптимістичного настрою, вироблення психологічної стійкості, розслаблення і заспокоєння [5, с. 116]. Частіше вокалотерапія включається в групову форму роботи з дітьми. Вона сприяє інтенсифікації терапевтичного процесу, передусім допомагаючи учасникам групи усвідомити почуття і проблеми, що виявляються в ході дискусій, психодраматичних ігор, вправ тощо. Взаємодія в групі може бути подією емоційної дії на членів спілкування і стимулювання інсайту. Проспівування певних пісень можна розглядати як різновид вокально-образної метафори. Сам процес проспівування сенсів,

навіяних піснею, призводить до нейтралізації негативних відчуттів і заспокоєння.

Таким чином, вокалотерапія є одним з видів музикотерапії, арт-терапевтичною методикою. Виходячи з цього, вона може застосовуватися для розвитку спілкування в психотерапевтичній групі. Вокалотерапія – це особливий відкритий акт творчого (естетичного) відреагування. Вона може застосовуватися як у груповому, так і в індивідуальному варіанті [5, с. 85].

Ефективність використання різних видів арттерапії в корекції і лікуванні підтверджується широким спектром робіт з музикотерапії (Л. Брусиловський, С. Петрушин, І. Грінева та ін.), вокалотерапії (С. Шушарджан), ізотерапії (А. Захаров, Р. Хайкин, М. Бурно та ін.), бібліотерапії (С. Мурашевський, А. Міллер, Е. Рау, Д. Некрасова і ін.), імаготерапії (І. Вольперт, Н. Говоров) тощо.

Сьогодні можна виокремити декілька напрямів використання мистецтва в корекційній роботі:

- психофізіологічний, пов'язаний з корекцією психосоматичних порушень;
- психотерапевтичний, пов'язаний з дією на когнітивну і емоційну сфери;
- психологічний, що виконує катарсичну, регулятивну, комунікативну функції;
- соціально-педагогічний, пов'язаний із розвитком естетичних потреб, розширенням загального і художньо-естетичного світогляду, з активізацією потенційних можливостей дитини у практичній художній діяльності й творчості.

Реалізація цих напрямів у роботі з дітьми здійснюється через певні психокорегуючі методики, які використовуються в межах арт-педагогіки. Адаптація і модифікація вітчизняного арт-терапевтичного досвіду в руслі загальної педагогіки сьогодення має великий інтерес для педагогічної практики. Досить важливими стали концептуальні основи арт-терапії, розроблені Л. Лебедевою, яка розглядає підходи до використання арт-терапії як педагогічної технології. В її дослідженнях представлено підхід традиційного використання образотворчого мистецтва і продуктів образотворчої творчості як арт-терапевтичного чинника, подано виклад технології арт-терапевтичного малювання [4]. Ми також поділяємо точку зору, в якій акцентується на необхідності в арт-терапевтичній роботі спиратися на здоровий потенціал особистості, залучаючи внутрішні механізми саморегуляції і зцілення.

Вітчизняна школа, щодо використання різних видів мистецтва в

лікуванні і корекції останніми роками досягла величезних успіхів і показує, що різні засоби мистецтва, надають лікувальну і корегуючу дію як на фізіологічні процеси організму, так і на психоемоційний стан людини. Зважаючи на існуючу велику кількість різних груп дітей з обмеженими функціональними можливостями, які мають значні відмінності між собою, необхідно враховувати деякі особливості під час проведення арт-терапії. Діти з функціональними обмеженнями мають труднощі при вербалізації власних переживань і проблем. Невербальна форма комунікації для них є більш природною. Діти з обмеженими можливостями володіють спонтанними діями та не здатні до рефлексії своїх вчинків й відчуттів. За допомогою малюнків вони здатні зобразити свої переживання не усвідомлюючи їх. Різні спрямування арт-терапії (музикотерапія, танцювально-рухова терапія, оригамі, ліплення тощо) сприяють розкриттю та реалізації талантів і полегшують дітям входження в соціум.

Арт-терапія апелює до внутрішніх самолікувальних ресурсів людини, які пов'язані з його творчими можливостями. Відмінною особливістю людини є здатність і одночасно потреба у відображенні свого внутрішнього світу. Ця особливість дозволяє активно переробляти інформацію, яка надходить ззовні. У результаті в психіці індивідуума виробляються різні адаптивні механізми. Вони дозволяють людині краще пристосовуватися до життя, бути більш успішним у постійно мінливому світі.

Діти з відхиленнями у розвитку мають труднощі в адекватному сприйнятті світу. У такої дитини порушено уявлення про цілісну картину світу. Дитина може сприймати світ як розрізнений хаотичний набір елементів. У результаті вона не може знайти своє місце в житті, бути повноцінним членом суспільства. Як наслідок, характер взаємодії з середовищем стає в цілому деструктивним. Впливати на таку ситуацію можна по-різному.

Арт-терапія – це найбільш м'який метод роботи, контакту з важкими проблемами. Дитина може не говорити, або не може визнати свої проблеми своїми, але при цьому ліпити, рухатися і виражати себе через сприйняття музики, рухи тілом. Також заняття арт-терапією можуть знімати психічне напруження.

Багато психічних та деяких фізичних відхилень роблять дитину пасивною. Коло її інтересів звужується. Потреба в активній взаємодії зі світом знижується. В результаті знижується і здатність до адаптації. Арт-терапія дозволяє розірвати це порочне коло. Коли дитина займається художньою творчістю, вона винаходить нові й нові способи вираження своїх емоцій та нові способи спілкування зі світом.

У занятті мистецтвом дуже важливо, щоб дитина відчувала свій успіх в цій справі. Якщо вона бачить, що має успіх у відображенні своїх емоцій за допомогою малювання чи співу, до неї приходить успіх у спілкуванні, а взаємодія зі світом стає більш конструктивною. Психіка дитини набуває гнучкість. Ця властивість дозволяє дитині бути більш адаптованою. Це і є мета реабілітації. Арт-терапія дозволяє зробити цей процес радісним, цікавим, успішним, індивідуальним для кожного.

Згодом, діти й дорослі, що проходять курс арт-терапії, можуть придбати хобі, навчитися як сприймати, так і відтворювати деякі види мистецтва. Нове захоплення дозволяє приділяти більше уваги до себе. Це робить стосунки і батьків і дитини більш гармонійними. Серед форм художньо-творчого напряму організації наскрізного арт-терапевтичного супроводу нами було виокремлено гурткову роботу, що охоплювала не тільки власне гуртки, а й мистецькі студії, майстерні творчості тощо, під час роботи в яких діти з функціональними обмеженнями отримували завдання в рамках образотворчої діяльності, що дозволяли їм не лише знайомитися з поняттями потворного та прекрасного, але й вчитися відтворювати, перетворювати та переосмислювати речі за законами краси, розкривати власні творчі здібності, а це сприяло наступному формуванню в їхній свідомості естетичних почуттів, смаків та ідеалів.

Гурткова робота виконує низку важливих завдань сьогодення для дітей з функціональними обмеженнями, зокрема дозволяє здійснити самостійний вибір, що може вплинути на все життя, а також виховувати ціннісне ставлення до життя через власний вибір. Крім того, організація роботи у запропонованому форматі є однією з базових для виховання цінностей і ціннісного ставлення до життя дітей, а також для їх подальшої інтеграції в соціум, оскільки дозволяє дітям, зокрема і з функціональними обмеженнями, «слідувати» за власними інтересами та бажанням до самореалізації, самовдосконалення й самоствердження в художньо-творчій діяльності. Найпоширенішими серед гуртків є «Гурток м'якої іграшки», «Веселі ручки», «Чарівні пальчики», «Майстерня творчості», «Книголюб», «Я і комп'ютер» тощо.

Таким чином, на сучасному етапі існують два основних підходи в арт-терапії:

1. Мистецтво володіє цілющою дією само по собі, художня творчість дає можливість висловитися і заново пережити внутрішні конфлікти, воно є засобом збагачення суб'єктивного досвіду, арт-терапія розглядається як засіб розвитку особистості та її творчого потенціалу, Основний механізм - сублімація і трансформація, який стимулює членів групи довіряти своєму

власному сприйняттю і досліджувати свої творіння як самостійно, так і за допомогою інших членів групи.

2. На першому місці – терапевтичні цілі, творчі цілі вторинні, при цьому арт-терапія застосовується як додаток до інших терапевтичних методів, відображаючи власний внутрішній світ у візуальній формі, людина поступово рухається до його усвідомлення.

Основні цілі арт-терапії – самовираження, розширення особистого досвіду, самопізнання, внутрішня інтеграція особистості (різних її аспектів і компонентів) та інтеграція з зовнішньою реальністю (соціальною, етнічною, культурною). В арт-терапії спонтанне малювання і ліплення є різновидом діяльності уяви, а не проявом художнього таланту.

Важливим поняттям арт-терапії є сублімація – вираз несвідомих інстинктів і потягів (часом деструктивних) за допомогою трансформації їх у витвори мистецтва; мистецтво може одночасно «спрямувати в інше русло» і допомогти висловити такі відчуття як злість, біль, тривогу, страх.

Переваги методу арт-терапії полягають у тому, що він:

1) надає можливість для вираження агресивних почуттів у соціально прийнятній манері. Малювання, живопис фарбами або ліплення є безпечними способами розрядки напруги;

2) прискорює прогрес у соціальній адаптації. Підсвідомі конфлікти і внутрішні переживання легше виражаються за допомогою зорових образів, ніж у розмові під час вербальної психотерапії. Невербальні форми комунікації можуть з більшою ймовірністю уникнути свідомої цензури;

3) дозволяє працювати з думками і почуттями, які здаються непереборними (перенесені травми і насильство, страхи, внутрішні конфлікти, спогади, сновидіння). Іноді невербальний засіб виявляється єдиним інструментом, що розкриває і прояснює інтенсивні почуття і переконання;

4) сприяє виникненню почуття внутрішнього контролю і порядку;

5) розвиває і посилює увагу до почуттів;

6) підсилює відчуття власної особистісної цінності, підвищує художню компетентність. Як результат, продуктом арт-терапії є задоволення, що виникає в результаті виявлення прихованих умінь та їх розвиток.

Фактори психотерапевтичного впливу в арт-терапії (те, що чинить зцілювальний ефект):

1) фактор художньої експресії – втілення почуттів, потреб і думок дитини в її роботу, досвід взаємодії з різними художніми матеріалами;

2) фактор психотерапевтичних відносин – динаміка взаємодії та взаємовідносин дитини з керівником групи (перенесення і контрперенесення), проєкції, вплив особистого досвіду;

3) фактор інтерпретацій і вербального зворотнього зв'язку – трансформація процесу і результату творчості з емоційного рівня на рівень розуміння, формування смислів.

Нині в Україні розроблено низку арт-терапевтичних програм, комплексів і методик для роботи з дітьми з функціональними обмеженнями на основі мультимодального підходу (терапія образотворчим мистецтвом, казкотерапія, музична терапія, інтегрований театр) [2]. Проте запропоновані методики спрямовані переважно на використання впливу лише одного виду мистецтва в роботі з окремо визначеною категорією дітей (діти з вадами зору, затримкою психічного розвитку, порушеннями усного мовлення тощо), тому не є універсальними і потребують адаптації для інших категорій дітей з вадами розвитку, особливо в умовах загальноосвітніх шкіл.

Отже, можемо зробити висновок, що наукові дослідження ХХ – ХХІ ст. розширили можливості використання арт-терапії в роботі з дітьми з функціональними обмеженнями як засобу виховання, формування та коригування особистості дитини, її ціннісних ставлень та установок щодо сприйняття та взаємодії з оточуючим світом. Саме мистецтво та художньо-творча діяльність через емоції впливає на особистість, її сприйняття світу, що, в свою чергу, впливає на формування світогляду дитини, її духовної культури, творчих, етичних та естетичних якостей, є «безпечною» технологією соціалізації й інтеграції таких дітей у суспільство.

### **Список використаних джерел**

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 248 с.
2. Деркач О.О. Педагогіка творчості: Арт-терапія та казкотерапія на допомогу вчителю, вихователю, практичному психологу: Навчально-методичний посібник / О.О. Деркач. – Вінниця: ВДПУ, 2009. – 95 с.
3. Киселева Т.Ю. Педагогическая арт-терапия как средство обогащения социо-культурного опыта младших школьников во временном детском коллективе: дисс. канд. пед. наук: спец. 13.00.01 / Киселева Татьяна Юрьевна. – Новосибирск, 2009. – 240 с.
4. Лебедева Л.Д. Педагогические основы арт-терапии в образовании учителя: дисс. ... д-ра пед. наук : спец. 13.00.01 / Лебедева Людмила Дмитриевна. – М., 2003. – 426 с.
5. Психология процессов художественного творчества / сост. Б.М. Мейлах и Н.А. Хренов. – М., 1980.



6. Психотерапевтическая энциклопедия /под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 752 с.
7. Словарь психолога-практика /сост. С.Ю. Головин. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск: Харвест, 2001. – 967 с.
8. Федій О. Естетотерапія у парадигмальному просторі базових освітніх моделей / О. Федій // Педагогічні науки. – 2011. – Вип. 1. – С. 60-66.



Тетяна Сергіївна Житнік  
 м. Мелітополь  
 e-mail: zhitnik.zp.network@gmail.com

**НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА ДЛЯ ІНКЛЮЗИВНОГО КЛАСУ  
 ДИТЯЧОЇ ХУДОЖНЬОЇ ШКОЛИ (ХУДОЖНЄ ВІДДІЛЕННЯ)  
 З ДИСЦИПЛІНИ: “БЕСІДИ ПРО МИСТЕЦТВО”  
 (Молодша вікова група 6–7 років. Термін навчання – 2 роки)  
 (Проект)**

**І. РОЗПОДІЛ НАВЧАЛЬНИХ ГОДИН ЗА СЕМЕСТРАМИ**

№	Назва теми	І рік		ІІ рік		Разом
		І семестр	ІІ семестр	І семестр	ІІ семестр	
		16 тижнів	18 тижнів	16 тижнів	18 тижнів	68 тижнів
1.	Архітектура стародавнього Єгипту	1				
2.	Архітектура стародавнього Риму	1				
3.	Архітектура стародавньої Греції	2				
4.	Архітектура стародавньої Русі	1				
5.	Готичний стиль в архітектурі	1				
6.	Романський стиль в архітектурі	1				
7.	Веселка	1				
8.	Діти	1				
9.	Казки	2				
10.	Фрукти та овочі	1				
11.	Птахи та риби	1				
12.	Море	1				
13.	Собаки та люди	1				
14.	Природа	1				
	<b>Усього за І семестр</b>	<b>16</b>				<b>16</b>
1	Свято		1			
2.	Коні		1			
3.	Обличчя людини		1			
4.	Місто		1			
5.	Родина		2			
6.	Улюблена справа		2			

№	Назва теми	I рік		II рік		Разом
		I семестр	II семестр	I семестр	II семестр	
		16 тижнів	18 тижнів	16 тижнів	18 тижнів	68 тижнів
7.	Цирк		1			
8.	Формат картини		1			
9.	Димківська іграшка		1			
10.	Людина		1			
11.	Квіти		1			
12.	Космос		1			
13.	Чорне та біле		1			
14.	Україна		1			
15.	Марія Примаченко: звірі та птахи		2			
	<b>Усього за II семестр</b>		<b>18</b>			<b>18</b>
	<b>Усього за рік</b>	<b>16</b>	<b>18</b>			<b>34</b>
1.	Фантастичне дійство			1		
2.	Відкрита та закрита композиція			1		
3.	Діти та тварини			1		
4.	Жанрова композиція			2		
5.	Війна			1		
6.	Статика та динаміка			1		
7.	Танок			1		
8.	Транспорт			1		
9.	Портрет			1		
10.	Такі різні мадонни			1		
11.	Колірні тони			2		
12.	Пейзаж			2		
13.	Рівновага в живописі			1		
	<b>Усього за I семестр</b>			<b>16</b>		<b>16</b>
1.	Техніки живопису				4	
2.	Натюрморт				2	
3.	Микола Реріх				1	
4.	Мартирос Сар'ян				1	
5.	Марія Примаченко: чарівний світ				2	
6.	Вінсент Ван Гог				1	
7.	Анрі Матісс				1	
8.	Петриківський розпис				2	
9.	Михайло Врубель				1	
10.	Іван Шишкін				1	

№	Назва теми	I рік		II рік		Разом
		I семестр	II семестр	I семестр	II семестр	
		16 тижнів	18 тижнів	16 тижнів	18 тижнів	68 тижнів
11.	Тетяна Яблонська				1	
12.	Клод Моне				1	
	<b>Усього за II семестр</b>				<b>18</b>	<b>18</b>
	<b>Усього за рік</b>			<b>16</b>	<b>18</b>	<b>34</b>
	<b>Усього за 2 роки навчання</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>68</b>

## II. ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Актуальність дослідження розглядається у площині змін в освітньому й мистецькому середовищі та у зв'язку з потребою фахівців у новітніх інноваційних методах роботи з емоційною, міжособистісною та когнітивною сферами дітей з особливими освітніми потребами. До найважливіших завдань сучасної мистецької освіти належить вдосконалення методів естетичного виховання та ранньої професійної спрямованості дітей з різними рівнями підготовки. Особливе значення при цьому надається формуванню та розвитку художньо-творчої активності дитини з особливими освітніми потребами в різних видах діяльності. Система естетичного виховання надає можливість забезпечити індивідуальний, всебічний і гармонійний розвиток кожної дитини старшого дошкільного віку. Така система комплексного, послідовного та адресного впливу на дитину з боку освітніх установ та соціальних інститутів неодмінно впливає на світоглядну установку особистості. Існування цієї системи можливе тільки за умови застосування єдиних науково-педагогічних принципів, методів та засад, у результаті яких дитина отримує суб'єктивну й творчу оцінку дійсності.

Актуальність теми пояснюється, насамперед, теорією діяльності та розвиваючого навчання (А. Леонтьєв, В. Давидов, Д. Ельконін); положеннями про проблеми формування особистості в процесі залучення до культури (В. Біблер, М. Каган); концепцією психології мистецтва (Р. Арнхейм, Л. Виготський); основними положеннями сучасної теорії мистецтва (В. Кандінський); дослідженнями особливостей зорового сприйняття (В. Зінченко); концептуальними поглядами на творчість як на вагомий компонент особистісної культури (О. Запорожець, Т. Комарова, Г. Сковорода, В. Сухомлинський, К. Ушинський та ін.). Методологічну основу дослідження склали праці вітчизняних та зарубіжних дослідників,

зокрема: Г. Ващенко, Л. Виготського, А. Бакушинського, Е. Берна, Б. Бехтерева, Л. Божович, Г. Кершенштейнера, О. Кононко, С. Купріянової, А. Лазурського, С. Рубінштейна, З. Фрейда, Д. Узнадзе, К. Юнга.

Різні проєктивні методики широко використовуються в практиці дослідження особистості у всіх областях сучасної психології та педагогіки (Р. Бернс, А. Біне, Дж. Бук, Ф. Гальтон, С. Кауфман, Л. Корман, Е. Крамер, Д. Маховер, Е. Морісон, К. Роджерс, Г. Хоментаскас, А. Хілл, В. Хьюлс, З. Фрейд, К. Юнг).

Заслуговують уваги наукові пошуки сучасних вітчизняних учених: А. Бодалева, І. Дмитрієвої, Т. Добровольської, І. Ільченко, О. Іонова, З. Ленів, Л. Комиссарової, Л. Куненко, І. Левченко, І. Лисенкової, О. Медведєвої, О. Сороки, О. Філь, А. Хіля.

Через особистісну взаємодію з творами мистецтва дитина набуває вдосконалення та творчого розвитку художніх здібностей. Головним моментом та основним підґрунтям цього ракурсу дослідження є об'єктивна подвійність мистецтва, де, з одного боку, мистецтво є особливою індивідуальною формою самовираження, своєрідним ставленням до оточення, а з іншого боку – у результаті ознайомлення з творами мистецтва та їх особистісним сприйняттям у дитини формується власний естетичний смак, індивідуальний художній образ. Твір мистецтва завжди лишається особливою індивідуальною формою вираження особистісного ставлення до світу, де через нього митець виражає власні почуття, думки, ідеї, що виникають у свідомості певної особистості, з властивим тільки їй інтелектуальним і психологічним досвідом, власними переживаннями та осмисленням дійсності.

Дитина з особливими освітніми потребами, тим паче, старшого дошкільного віку, ще не в змозі зрозуміти всієї глибини високохудожніх творів та їх естетичну цінність, але це знайомство – підґрунтя для подальшого зацікавлення мистецтвом, формує потребу спілкування з культурою. Те, що цікавить і хвилює її, значною мірою відіграє важливу роль у визначенні напрямку її знань у подальшому професійному становленні. Ось чому «роль мистецтва у вихованні дітей з особливими освітніми потребами незамінна. Його зв'язки зі світом – минулим, майбутнім – неосяжні. Тому мистецтво може виступати як фактор цілісного виховання і розвитку, як взаємодія розумового, естетичного, морального і фізичного формування особистості дитини. Це стає можливим, якщо види мистецтва як засіб виховання і розвитку сприймати цілісно, не розділяючи на замкнуті в собі окремі предмети, а, навпаки, об'єднуючи весь спектр художньої діяльності, накопичений людством» [3, с. 49].

Заняття з художньої творчості – важлива частина розвитку естетичного виховання та художньо-творчої активності дитини з особливими освітніми потребами, основа її всебічного, гармонійного розвитку орієнтованого виховання. Дитина, сприймаючи художній твір, обирає явища, осмислює їх, розвиваючи художньо-творчу культуру та естетичний смак. Сприймаючи твір художнього мистецтва, дитина не обмежується звичайною фіксацією змісту. Вона сприймає образ «через призму свого індивідуального досвіду, вносить у нього нові елементи, яких, на її думку, бракує, тобто бере участь у творчому акті, у створенні власного індивідуального художнього образу» [6, с. 123].

Враховуючи вікові особливості, індивідуальні психолого-фізіологічні особливості, сенсорний розвиток, що є основою формування інтелектуальних та художніх здібностей, на наш погляд, необхідно забезпечити систематичне і педагогічне знайомство дітей з особливими освітніми потребами зі справжніми творами мистецтва. Такий контакт дітей із творами художнього мистецтва, залучає свідомість і підсвідомість, розум і почуття дитини до багатогранного творчого процесу та активізує творчу та інтелектуальну діяльність; формує естетичні цінності.

### **1. Мета та завдання навчальної програми**

Навчальна програма для дитячої художньої школи (художнє відділення) складена на основі типового навчального плану для початкових спеціалізованих мистецьких закладів Міністерства культури і туризму України за наказом № 570(0)16-6 від 18.07.2006 р.

Зміст програми ґрунтується на принципах науковості, послідовності та логічності принципів мистецької освіти. Диференціювання тем програми базуються на принципах системності, інтегративності та наступності, що дає змогу застосовувати та адаптувати власний педагогічний досвід, формувати інноваційні підходи та методи.

Метою програми є ознайомлення дітей старшого дошкільного віку (6–7-ми років), зокрема, з особливими освітніми потребами з елементарними поняттями, термінами та роботами видатних митців в історії мистецтва (архітектура, живопис, скульптура) в умовах дитячих художніх шкіл; ознайомлення з основними поняттями образотворчого мистецтва; надання елементарних уявлень про види та жанри образотворчого мистецтва; ознайомлення з шедеврами великих художників, архітекторів, скульпторів.

Головними завданнями програми є:

– формування у дітей старшого дошкільного віку (6–7-ми років), зокрема, з особливими освітніми потребами, художньо-естетичного сприйняття дійсності; художнього мислення та творчої активності; емоційно-

естетичного досвіду та смаку; художньої компетентності та елементарної естетичної світоглядної орієнтації; елементарних понять, умінь, навичок, враховуючи їх індивідуальні можливості та уподобання ;

– розвиток у дітей старшого дошкільного віку (6–7-ми років), зокрема, з особливими освітніми потребами чуттєво-емоційної сфери; художніх здібностей, творчого мислення, уяви; художньо-творчої активності; художнього смаку;

– засвоєння дітьми старшого дошкільного віку (6–7-ми років), зокрема, з особливими освітніми потребами елементарних знань з історії мистецтва; елементарних понять, уявлень про види, жанри образотворчого мистецтва, творів мистецтва.

## **2. Методичні рекомендації щодо проведення заняття**

Художньо-творчий розвиток дитини здійснюється через її включення у певну творчу діяльність, що може відображатися та реалізовуватися у навчанні, спілкуванні або грі, але обов'язково має бути художньо забарвлена. Необхідною умовою засвоєння художньої культури є активізація пізнавального інтересу до образотворчого мистецтва дитини хисту до інтерпретації та творчої уяви.

Програма для інклюзивного класу з дисципліни «Бесіди про мистецтво» є частиною комплексної програми, до якої належать інші дисципліни естетичного циклу (образотворче мистецтво, етика та естетика, арт-терапія, театральне мистецтво). Перша частина програми розрахована на дітей 6-ти років (І рік навчання, 2 семестри – 34 годин); друга частина програми є продовженням першої частини, розрахована на дітей 7-ми років (ІІ рік навчання, 2 семестри – 34 години). Зупинимось детальніше на змісті програми.

Зміст програми містить розподіл навчальних годин за семестрами; пояснювальну записку, в якій висвітлено мету та завдання програми; зміст курсу; список пропонованої літератури для викладача, короткий словник понять і термінів та додатки (ілюстраційний ряд до занять – 53 презентації).

Під час роботи над програмою одним із перших завдань було визначення психофізіологічних особливостей дитини 6–7-ми років та, що важливо, визначення індивідуальних особливостей дітей з особливими освітніми потребами враховуючи нозологію.

На основі сенситивності старшого дошкільного віку до малювання, фантазування, емоційного сприйняття образів та активного домінування уяви, враховуючи роботу психічних процесів та фізіологічні особливості дітей з особливими освітніми потребами, ми дійшли висновку, що всі завдання повинні бути цікавими, оригінальними, не довготривалими та мати

ігровий характер. Завдання повинні змінюватися цікавими доповненнями та уточненнями. Таким чином, ми забезпечуємо зацікавленість темою впродовж всього заняття, підтримуємо творчу активність та процес самореалізації під час сприймання матеріалу та виконання завдання. Стимулюючим завданням ми пропонуємо вважати замальовки в альбомах для малювання. У нашому випадку малюнок, виконаний в альбомі, замінює зошит з текстом. Відомо: малюнок – знак (як слово або літера), за допомогою якого дитина переносить на аркуш сприйняту інформацію. Ми пропонуємо використовувати на занятті з 6-ти річною дитиною саме малюнок, що дитина зможе «прочитати» та розповісти про те, що вона намалювала. Звісно, кожен малюнок дуже суб'єктивний. Тільки дитина, що відтворила у символах сприйняту інформацію, зможе «прочитати» свою роботу. Упродовж року збирається повний зошит (альбом) інформації з історії мистецтва, під час розглядання якого дитина пригадує основні характеристики того чи іншого стилю в архітектурі, того чи іншого періоду у мистецтві.

Наприклад, під час ознайомлення з романським стилем, дитина 6-ти років, зокрема з особливими освітніми потребами малює великі міцні замки та фортеці, лицарів та принцес, меблі з товстими ніжками. Вікна на малюнках вузькі та довгі. Посуд зі срібла дитина відтворює за допомогою сірого олівця. Якщо через деякий час дитину попросити розповісти про романський стиль в архітектурі, вона без особливих зусиль пригадає (за допомогою альбому) 5-6 основних характеристик того чи іншого стилю в архітектурі. Важливо зазначити, що цієї елементарної інформації буде досить для першого ознайомлення зі стилями та періодами в історії мистецтва. Такі елементарні знання слугуватимуть необхідною основою для того, щоб пізніше вивчати історію мистецтва детальніше та ретельніше. Із кожним роком знання доповнюватимуться іншими знаннями (для кожної дитини свої), формуючи цілу загальну картину про всі періоди з історії мистецтва.

Наступним етапом тематичного плану програми є ознайомлення з жанрами та засобами живопису. Під час ознайомлення дітей 6–7-ми річного віку, зокрема, з особливими освітніми потребами з засобами живопису необхідно звернути увагу на психофізіологічні та індивідуальні особливості цього віку, на їх уподобання, особливості сприйняття навколишньої дійсності та бурхливого розвитку уяви та фантазування. Вивчаючи композиційні засоби живопису (статика, динаміка, рівновага, рух, відкрита та закрита композиція), діти старшого дошкільного віку надають перевагу картинам, на яких зображені люди, тварини або легко впізнанні елементи пейзажу – будинок, поле, сад, село, море тощо. Картини, що показують людей під час



руху або в певних позах (сплять, біжать, пірнають, падають, танцюють, плигають, їдуть, грають тощо). Цікавими для дітей є відкриті емоції в живописі (сміх, плач, ніжність, гнів, здивування тощо). Характерним зображенням для старшого дошкільного віку є прості композиції: одна центральна фігура і мінімум другорядних елементів. Важливим моментом під час сприйняття та відтворення є дрібні деталі, на які дитина звертає увагу в першу чергу. Діти цього віку люблять картини, на яких зображені сцени, предмети, дії, що знайомі їм із повсякденного життя. Запропоновані роботи митців різних стилів у додатках (ілюстраційний ряд на дисках). Викладач може підібрати роботи на свій смак.

Наступним етапом тематичного плану програми є ознайомлення з представниками різних стилів у мистецтві (від ренесансу до сучасних митців ХХІ ст. в Україні). Ми зіткнулись з наступними проблемами:

- складність вимовляння та запам'ятовування іноземних термінів, назв та імен дітьми старшого дошкільного віку, зокрема, з особливими освітніми потребами;

- утримання уваги дитини старшого дошкільного віку, зокрема, з особливими освітніми потребами під час сприйняття інформації;

- утримання зацікавленості та інтересу під час знайомства з творами мистецтва дітьми старшого дошкільного віку, зокрема, з особливими освітніми потребами.

Проблему вирішили, звернувшись до основних законів психічного та фізичного розвитку дитини 6–7-ми років, що висвітлені в нашій загальній меті. Нагадаємо, головна мета – ознайомити дитину 6–7-ми років, зокрема, з особливими освітніми потребами з елементарними поняттями з історії мистецтва. Основне завдання – мінімальний рівень обізнаності про митців різних епох історії мистецтва, враховуючи індивідуальні можливості та уподобання кожної дитини.

Пропонуємо наступну методику ознайомлення зі стилями в мистецтві дітей старшого дошкільного віку, зокрема з особливими освітніми потребами, за допомогою якої вирішуються зазначені проблеми. Розглянемо методику детальніше. У тематичному плані ми пропонуємо 53 окремі теми для ознайомлення з роботами митців різних стилів у мистецтві (до кожної теми розроблено 53 презентації з ілюстративно-інформаційним рядом). Темі підібрані, враховуючи інтереси дитини 6–7-ми річного віку, особливо значущі соціальні та особистісні сфери середовища: людина, природа, діти, тварини тощо. На нашу думку, теми занять можуть змінюватися в залежності від регіональних, індивідуальних, національних та інших особливостей груп.

На кожен тему підібрані роботи митців різних стилів та напрямків. Звісно, роботи відрізняються одна від одної стилем та технікою виконання. Саме це розмаїття стилів цікаве дітям. Під час заняття діти переглядають роботи митців різних стилів на запропоновану тему (люди, цирк, діти, тварини, родина, море тощо.). У залежності від особистісних уподобань вони «обирають» для себе найкращу, найцікавішу та найулюбленішу роботу, таким чином концентруючи свою увагу саме на авторові та назві роботи, що сподобалась. Саме в цей період, коли вони пояснюють кому яка робота сподобалася, запам'ятовують назву та автора твору. Таким чином, упродовж року формуються певні естетичні уподобання у кожної дитини. Дитина впізнає представників одного стилю або називає їхні твори. Пізніше до цих елементарних знань додадуться інші знання. Із кожним роком програма ускладнюється, дитина накопичує новий матеріал. Цікавим є те, що наступного року, володіючи певною інформацією з історії мистецтва, дитина більш впевнена, смілива, самостійна.

Наведемо приклад однієї з запропонованих тем та роботи митців різних стилів до неї. До теми «Веселка» ми пропонуємо роботи Архіпа Куїнджі, Миколи Кримова, Бориса Кустодієва, Олексія Саврасова, Константина Сомова, Жоржа Сера, Івана Айвазовського, Уільяма Тернера. До теми «Собаки» – роботи Огюста Ренуара, Пабло Пікассо, Карла Брюллова, Мартироса Сар'яна, Константина Маковського.

Маленькі діти сприймають картину не тільки очима. Вона викликає у них рухову реакцію. Часто дитина мімічно наслідує побаченому та може відтворити картину за допомогою жестикуляції. Пізніше дитина зможе знайти і слова, щоб передати думки й відчуття. Динамічні, виразні картини і скульптури користуються у дітей особливим успіхом. Сучасне мистецтво дає великий простір фантазії, викликає у дітей 6–7-ми, зокрема з особливими освітніми потребами років цікавість, спонукає до творчої активності. Навіть найнесподіваніші техніки, якими користуються сучасні художники, змушують працювати дитячу уяву. Секрет успішного початку – привчити дітей дивитися уважно, пояснити їм, що кожна картина володіє своєю особливою атмосферою, і дати волю дитячій уяві. На наш погляд, необхідно забезпечити систематичне і педагогічне знайомство дітей старшого дошкільного віку, зокрема з особливими освітніми потребами зі справжніми творами мистецтва. Дитина, сприймаючи художній твір, обирає явища, осмислює їх на основі власного естетичного досвіду, додаючи у сприймання дещо від себе, тим самим розвиваючи художньо-творчу активність та естетичний смак.

### **3. Зміст курсу**

#### **І рік**

#### **І семестр**

#### **Тема 1. Єгипет. Архітектура стародавнього Єгипту (1 год.).**

Основні поняття теми: піраміда, храм, сфінкс, шадуф.

Ілюстраційний ряд до теми: піраміда Хеопса, піраміда Хефрена, піраміда Джосера, сфінкс із Мемфісу, сфінкс із долини Гіза, храм Амон у Карнаку, алея сфінксів, храм цариці Хатшепсут.

#### **Тема 2. Архітектура стародавнього Риму (1 год.).**

Основні поняття теми: рельєф, форум, театр.

Ілюстраційний ряд до теми: Римський форум, Дирекція Палатіно, Арка Септимія Севера, Палатин, Колізей, Циркус Максимус.

#### **Тема 3. Архітектура стародавньої Греції (2 год.).**

Основні поняття теми: основні періоди в архітектурі стародавньої Греції, стилі в архітектурі, структура античного храму, тригліфи та метопи, античний ордер.

Ілюстраційний ряд до теми: Гомерівський період (Храм Гери у Герайоні, Храм Артеміди у Спарті, Палац Алкіноя); Архаїчний період (Храм Гери в Олімпії); Ранньо-класичний період (Храм Зевса в Афінах, Храм Аполлона у Дельфах, Храм Артеміди в Ефесі, Храм Посейдона у Пестумі); Класичний період (Парфенон, Храм Ніки Аптерос, Храм Деметри); Період еллінізму (Олександрійський маяк, Вежа вітрів, Алтар Зевса у Пергамі).

#### **Тема 4. Архітектура стародавньої Русі (1 год.).**

Основні поняття теми: основні характеристики архітектури, архітектурний словник матеріалів.

Ілюстраційний ряд до теми: Золоті ворота, Печерська Лавра, Софія Київська, Софійський собор, Андріївська церква, Спасо-Преображенський собор, Храм Миколи Чудотворця, Михайлівський Золотоверхий монастир, Благовіщенський собор, П'ятницька церква.

#### **Тема 5. Готичний стиль в архітектурі (1 год.).**

Основні поняття теми: ознаки готичного стилю, типи готичних споруд, архітектурні особливості готичного храму, вітражі.

Ілюстраційний ряд до теми: Релікварій із Покровом Богородиці, Кафедральний собор у Суассоні, Абатство Сен-Дені, Шалон-сюр-Марн, Реймський собор, Собор святого Віта, Руанський собор, Фортеця Сфорцеско.

#### **Тема 6. Романський стиль в архітектурі (1 год.).**

Основні поняття теми: ознаки романського стилю, головні споруди романського стилю (монастир-фортеця, храм-фортеця, палас-фортеця), вітражі.

Ілюстраційний ряд до теми: Бамбергський собор, Собор у Шпейері, Собор у Майнці, Собор у Вормсі, Капелла Больє-сюр-Дордонь.

**Тема 7. Веселка. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Архип Куїнджі «Веселка», Микола Кримов «Московський пейзаж. Веселка», Борис Кустодієв «Волга. Веселка», Костянтин Богаєвський «Веселка», Олексій Саврасов «Веселка», Костянтин Сомов «Веселка», Жорж Сера «Веселка», Іван Айвазовський «Веселка», Уільям Тернер «Арундельський палац із веселкою», Архип Куїнджі «Після дощу. Веселка», Олексій Саврасов «Пейзаж з веселкою».

**Тема 8. Діти. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Пінтуріккьо «Портрет хлопчика», Петер Пауль Рубенс «Голова дитини», Дієго Веласкес «Портрет інфанти Маргарити», Уільям Хогарт «Діти Грем», Мікеланджело Караваджо «Хлопчик із кошиком фруктів», Джошуа Рейнолдс «Майстер Хейр», Томас Гейнсборо «Дівчина з собакою та глечиком», Уїтслер Джеймс «Гармонія у сірому та зеленому», Каміль Піссаро «Пастушка», Поль Сезанн «Хлопчик у червоній жилетці», Пабло Пікассо «Поль у костюмі Арлекіна», Пабло Пікассо «Дівчинка на шарі», Амадео Модільяні «Дівчинка у блакитному», Амадео Модільяні «Аліса».

**Тема 9. Казки. Живопис митців до теми (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Віктор Васнецов «Спляча красуня», Віктор Васнецов «Килим-літак», Сергій Соломко «Іван-Царевич», Михайло Врубель «Царівна-Либідь», Надія Соколова «Будинок кішки», Віктор Васнецов «Пісня про віщого Олега», Марія Примаченко «Цей звір п'є яд і смоче його гад», Олександр Маскаєв «Казковий кіт», Віктор Васнецов «Царівна-Жаба», Віра Клец «Казка», Юрій Татаренко «Казка про царя Салтана», Віктор Васнецов «Три богатирі», Костянтин Бокаєв «Спляча красуня», Віктор Нізовцев «Дідусеві казки», Віктор Нізовцев «Всім солодких сновидінь», Іван Білібін «Ілюстрація до казки про царя Салтана», Костянтин Бобрищев «Лисичка та зайчик», Віктор Служаєв «Казка», Євген Рачов «Колобок», Євген Рачов «Маша та ведмідь», Єдуард Морозов «Удмурдські народні казки», Герман Огородников «Ріпка», Герман Огородников «Колобок», Тетяна Мавріна «Спляча красуня», Віктор Служаєв «Маша та ведмідь», Станіслав Ковальов «Казка», Катерина Штанко «Гуси-лебеді», Катерина Штанко «Золоті черевички», Катерина Штанко «Яйце-райце», Катерина Штанко «Кривенька качечка».

**Тема 10. Фрукти та овочі. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Петро Кончаловський «Натюрморт», Бальтазар Ван Дер «Натюрморт із фруктами», Володимир Єкимов «Натюрморт», Ірина Гайдук «Натюрморт», Костянтин Коровін «Натюрморт»

із фруктами та пляшкою», Карл Розен «Натюрморт із фруктами», Джордж Фостер «Натюрморт», Анатолій Соловйов «Натюрморт», П'єр Огюст Ренуар «Натюрморт», Ірина Фатєєва «Натюрморт», Северин Розен «Натюрморт», Костянтин Ясинський «Натюрморт», Поль Сезанн «Натюрморт із драпіровкою», Джузеппе Арчімбольдо «Овочеve обличчя».

**Тема 11. Птахи та риба. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Ілен Мейєр «Фантазія», Володимир Татлін «Торговець рибою», Йоахім Баклер «Чотири елементи», Марк Сусіно «Риболовля», Володимир Кош «Сюрреалізм», Хомер Уїнслоу «Туман попередження», Маджолєн Бастін «Сад», Сейджо Хагі «Квітка», Сьюзєн Бордет «Колібрі», Джені Гренде «Птахи», Олексій Саврасов «Граки прилетіли».

**Тема 12. Море. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Іван Айвазовський «Ніч. Блакитна хвиля», «Море з гори Арарат», Михайло Врубель «Берег моря», Олександр Мілюков «Схід сонця на морі», Вінсєнт Ван Гог «Рибальські човни на березі Сєнт-Манє», Олена Сахарова «Морський прибіє», Клод Моне «Враження. Схід сонця», «Вітрильник у Ле-Пті-Жанєвил'єрі», Ірина Мисова «Море», Ірина Сушельницька «Одєса – перлина біля моря», Михайло Врубель «Одєський порт», Павло Шумов «Гурзуф», Юрій Прядко «Море. Небо. Кораблі», Альфред Сіслєй «Море-сюр-Луєн», Іван Айвазовський «Дєв'ятий вал».

**Тема 13. Собаки та люди. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Огюст Рєнуар «Голова собаки», Віктор Борисов-Мусатов «Хлопчик із собакою», Пабло Пікассо «Хлопчик із собакою», Бартоломео Мурільо «Хлопчик із собакою», Борис Кустодієв «Портрет Ірини К. з собакою Шумкою», Костянтин Маковський «У майстерні художника», Борис Кустодієв «Хлопчик із собакою», Томас Гєйнсборо «Сєлянська дівчинка з собакою та глєчиком», Чарльз Бартон Барбе «Дитина з собакою», Карл Брюллов «Вершниця», Мартирос Сар'ян «Спєка. Собака, що біжить», Джордж Армфілд «Собаки», Олена Твеліна «Пєс Мак», Чарльз Бартон Барбе «Дівчинка з собакою».

**Тема 14. Природа. Живопис митців до теми (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Іван Шишкін «Бурєлом», Руслан Смородінов «Віранда», Роман Кошелєв «Сніданок на природі», Нікас Сафронов «Життя на планєті», Джордж Стабс «Фаетон для прогулянок із парєю конєй...», Жорж Сєра «Пєйзаж із конєм», Ісаак Левітан «Біля озєра», Олег Шупляк «Шєвченко», Ніна Виноградова «Відпочинок на природі», Іван Шишкін «Ранок у сосновому бору», Віктор Борисов-Мусатов «Весна», «Дзвіночки», Поль Гогєн «Кінь на дорозі. Таїті», Костянтин Сомов «Пєйзаж із весєлкою».

## I рік II семестр

### **Тема 1. Свято. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Михайло Анікеєв «Свято врожаю», Геннадій Бердій «Жовтневе свято у Римі», Ігор Брагін «Свято весняного вітерцю», Антуан Ватто «Венеціанське свято», Альбрехт Дюрер «Свято чоток», Дмитро Холін «Свято лаптя у Суздалі», «Трійця», Тетяна Єфанова «Свято старого міста», Борис Кустодієв «Сільське свято», Олена Левенцева «Свято», Євген Беляков «Свято», Ліза Рей «Свято Івана Купали», Тетяна Філь «Світле свято Воскресіння. Великдень», Аркадій Шарловський «Свято врожаю».

### **Тема 2. Коні. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Олександр Орловський «Голова коня», Жан Луї Андре Теодор Жеріко «Сірий в яблуках кінь», Джорж Стабс «Сірий кінь», Джорж Стабс «Фаетон для прогулянок із парою коней...», Жорж Сера «Пейзаж із конем», Ілля Рєпін «Кінь для збору каміння у Велі», Микола Сверчков «Кінь у конюшні», Ежен Делакруа «Араб, який сідлає коня», Жан Луї Андре Теодор Жеріко «Офіцер кінних єгерів імператорської гвардії, який іде у наступ», Валентин Серов «Купання коня», Оноре Дом'є «Коні, які п'ють», Франческо дель Косо «Перегони», невідомий художник «Санні перегони у петровському парку».

### **Тема 3. Обличчя людини. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Олександр Шилов «Селянин», Пабло Пікассо «Жінка», Олексій Філатов «Ісус», Анатолій Перевишко «Портрет М.П. Богданова-Бельського», Джузеппе Арчімбольдо «Овочеve обличчя», Ілля Рєпін «Автопортрет», Сальвадор Далі «Образ, що зникає», Крістіан Склоє «Дівчина», Леонардо да Вінчі «Мона Ліза», Анрі Матісс «Портрет», Петрус Крістус «Портрет молодої пані», Пітер Пауль Рубенс «Портрет камеристки інфанти Ізабелли», Робер Кампен «Портрет товстого чоловіка», Марія Воробйова-Стебельська «Портрет Анрі Матісса».

### **Тема 4. Місто. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Томас Кінкаде «Фантазія», Хсін-Яо Дзенг «Місто», Лоран Парсельє «Веранда», Леонід Єфремов «Західне місто», Олексій Стародубов «Місто золоте», Іван Айвазовський «Вид приазовського міста», Ван Там «Місто», Томас Кінкаде «Вечірнє місто», Роберт Фінале «Ландшафт», Луї Маршан «Місто», Іван Славінський «Місто», Всеволод Іванов «Слав'янське місто», Рікардо Санц «Вернісаж».

### **Тема 5. Родина. Живопис митців до теми (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Іван Куликов «Російська родина», Уільям Хенрайтс «Щаслива родина», Густав Клімт «Аура поцілунку», Ірина Гайдук

«Портрет родини імператора Миколи II», Віктор Іванов «Молода мати», Інґа Карашкевич «Родина», Костянтин Маковський «Сімейний портрет», Тарас Шевченко «Селянська родина», Якоб Джорданс «Різдво», Пабло Пікассо «Родина», Іван Куліков «Родина лісника», Сергій Ігнатов «Родина», Франсіско Гойа «Родина короля Карла IV», Альфред Родріґез «Родина».

**Тема 6. Що люблять робити діти. Живопис митців до теми (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Олександр Кисельов «Цікава книжка», Валентин Серов «Сашко Серов», Карл Брюллов «Лацароні та діти», Пітер Брейгель старший «Танок селян», Олександр Іванов «Діти, які пускають мильні кульки», Микола Богданов-Бельський «На післяполуденній риболовлі», «Усний рахунок», «Візитери», Микола Ярошенко «Хор», Микола Неврєв «Хлопчики грають у карти», Жорж Сера «Хлопчики купаються», Ілля Рєпін «Пушкін у Царському Селі», Чарльз Барбер «Зі школи», Джозеф Ізраїлз «Діти біля води», Френсіс Тофем «Дівчинка на гойдалках», Іларіон Прянішніков «Горобці. Хлопці на тину», Мері Кассет «Купання», Альбрехт Дюрер «Малюк танцює та музичить», Валентин Серов «Діти», Борис Кустодієв «Діти у маскарадних костюмах».

**Тема 7. Цирк. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Марія Сучиліна «Цирк», Адольф Мензел «Бродячий цирк», Хуан Міро «Цирк», Борис Йогансон «На арені цирку», Віктор Лісицький «На арені цирку», Едгар Дега «Міс Лала у цирку Фернандо», Пабло Пікассо «Дівчина на шарі», Надія Лермонтова «Стрибок», Пабло Пікассо «Поль у костюмі Арлекіна», Жан Ватто «Жиль», Станіслав Плутенко «Розбиті мрії», Вінсент Ваг Гог «Арена в Арлі».

**Тема 8. Формат картини. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: маленькі картини, картини середнього розміру, великі картини.

**Тема 9. Димківська іграшка (1 год.).**

Основні поняття теми: історія розвитку димківської іграшки, технологія виготовлення димківської іграшки, основні кольори димківської іграшки, ілюстраційний ряд до теми.

**Тема 10. Людина. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Юзеф Мехоффер «Дивне місто», Гаetano Чіеріці «Діти», Костянтин Коровін «Портрет Ф.І. Шаляпіна», Едвард Мунк «Крик», Юрій Мацик «Людина-оркестр», Ганс Гольбейн «Німецькі художники», Сальвадор Далі «Незрима людина», Дональд Зонал «Світ дитинства», Альбрехт Дюкер «Портрет молодого чоловіка», Хоакін Соролла «Час купання», Едуард Флемінський «Дівчина», Харменс Рембрант «Портрет», Василь Тропінін «Портрет родини Маркових».

### **Тема 11. Квіти. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Віктор Борисов-Мусатов «Дзвоники», Фабіо Сембреллі «Квіти», Дар'я Олександрова «Маки», Вінсент Ван Гог «Ірис», Михайло Врубель «Бузок», Вінсент Ван Гог «Гілка квітучого мигдалю», Костянтин Маковський «Квіти», Вінсент Ван Гог «Соняшники», Юрій Шевченко «Букет у теплих тонах», Ігор Медведєв «Натюрморт», Мартирос Сар'ян «Квіти Калаки», Іван Бабинець «Натюрморт», Лінда Томпсон «Мак», Марней Вард «Ірис».

### **Тема 12. Космос. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Ютака Кагая «Фантазія», Памела Лі «У космосі», Шу Мізогучі «Космічна фантазія», Тобіас Ротш «Космос», Олексій Леонов «Космічна зоря», Гарі Тонджі «Космос», Боб Еглеттон «У космосі», Георгій Куркін «Фантазія», Олексій Кашперський «Космос», Луїс Ройо «Фантазія», Олег Висоцький «Зорі», Вільям Шиммел «Зорі та тварини».

### **Тема 13. Чорне та біле. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Василь Верещагін «Натюрморт», Гурам Доленджашвілі «Місячна соната», Женіс Жанаєв «Вовки», Крейн Уолтер «Коні Посейдона», Наталя Ртищева «Кішка», Леонардо да Вінчі «Кран», Нонамі Ковдрой «Місто», Френк Ферзетта «Полювання», Ілля Рєпін «Портрет Елеонори», Франко Клунон «Портрет людини», Микола Христенко «Портрет», Франко Клунон «Маяк», Казимир Малевич «Чорний квадрат», Джованні Беліні «Портрет».

### **Тема 14. Україна. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Микола Пімоненко «Жнива на Україні», Олександр Бубнов «Тарас Бульба», Ілля Рєпін «Запорожці пишуть листа турецькому султану», «Гопак», Олег Шупляк «Шевченко», «Свобода», Сергій Васильківський «Весняний день на Україні», «Ранок на хуторі», «Хутор», Олександр Соколов «Збір вишні у панському саду», Ілля Рєпін «Українська хата», Іван Марчук «Сюрреалізм», Василь Штернберг «Сторожа», Тарас Шевченко «Селянська родина».

### **Тема 15. Марія Примаченко: фантастичні звірі та птахи (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: «Лев», «Синій бик», «Морська чайка у своєму гнізді», «Собака-красуня», «Зелений слон», «Сороки-білобоки», «Котячий цар», «Дві синички», «Дика курка у винограді», «Українські танцюристи», «Пташка», «Жар-птиця в квітах», «Звір гуляє», «Гороховий цар», «Бичок-третячок», «Три діда», «Мільярд років пройшло, а таких мавп не було», «Дика видра пташку схопила», «Звірячий цирк».



## II рік I семестр

### **Тема 1. Фантастичне дійство. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Джузеппе Арчімбольдо «Овочево обличчя», Володимир Корольов «Декоративний пейзаж-фантазія», Жозефіна Уолл «Фантазія», Густав Клімт «Аура поцілунку», Євген Захаров «Фантазія», Ігор Брагін «Свято весняного вітерцю», Андріан Честерман «Фантазія», Володимир Усянов «Дитячі фантазії», Ніка Сілаєва «Шахова фантазія», Марія Примаченко «Український лев кобри не боїться», Наталія Станічева «Небесна фантазія», Вінсент Ван Гог «Зоряна ніч», Олександр Елізарє «Психологія захисника».

### **Тема 2. Відкрита та закрита композиція. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Микола Реріх «Канченджанга. Гімалаї», Нікас Сафронов «Природа», Джорж Стабс «Сірий кінь», Іван Айвазовський «Ніч. Блакитна хвиля», Клод Моне «Скеля Уелк у Пурвіллі», Вінсент Ван Гог «Макові лани», Пітер Рубенс «Танок селян», Генрі Матісс «Танок», Дмитро Холін «Свято лаптя в Суздалі», Жан Луї Андре Теодор Жеріко «Сірий у яблуках кінь», Поль Сезанн «П'єро та Арлекін», Світлана Шебаршина «Родина».

### **Тема 3. Діти та тварини. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Василь Тропінін «Дівчинка з собачкою», Естебан Мурільо «Хлопчик із собакою», Грьоз «Балуване дитя», Емі Філіпс «Дівчинка з кішкою», Естебан Мурільо «Турботливий пастушок», Борис Кустодієв «Портрет доньки з собакою Шумкою», Ілля Рєпін «Портрет доньки митця у дитинстві», Віктор Борисов-Мусатов «Хлопчик із собакою», Ван Дейк «Портрет Єлизавети та Філадельфії Уортон», Костянтин Маковський «У майстерні митця», Пабло Пікассо «Хлопчик із собакою», Борис Кустодієв «Хлопчик із собакою», Чарльз Барбер «Зі школи».

### **Тема 4. Жанрова композиція (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Сандро Ботічеллі «Весна», Ніка Сімонович-Єфимова «Танок», Паоло Веронезе «Купання Сусанни», Жорж Сера «Недільна прогулянка на острові Грант Жатт», Жорж Сера «Канкан», П'єр Огюст Ренуар «Бал у Мулені де ла Галетт», П'єр Огюст Ренуар «Парасольки», Вінсент Ван Гог «Нічне кафе», П'єр Огюст Ренуар «Люди», Генріх Семірадський «Античні та біблійні сюжети...», Дієго Веласкес «Меніни», Уільям Хогарт «Діти Грем», Едвард Мунк «Вулиця в Асгардстренді», Альфред Дюрер «Мадонна з чижем».

### **Тема 5. Війна. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Олег Шупляк «Війна», Маргарита Тучкова «Кінець війни», Василь Верещагін «Біля кріпосної брами», Ел Батлер «Атака шотландців біля Ватерлоо», Леонардо да Вінчі «Битва на Ангарі», Олександр Коцебу «Битва при Нарві», Валентина Волкова «День визволення Мінська», Василь Верещагін «Апофеоз війни», Давид «Битва за викрадених сабінянок», Василь Верещагін «Кінець Бородинської битви», Густав Седерстрем «Перемога шведів у битві при Нарві», Сальвадор Далі «Обличчя війни», Валентина Мечникова «Війна».

### **Тема 6. Статика та динаміка. Живопис митців до теми (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Іван Шишкін «Бурелом», Хачатрян Меружан «Натюрморт із гітарою», Ірина Волкова «Натюрморт із білою вазою», Микола Реріх «Канченджанга. Гімалаї», Любов Лесохіна «Веніціанський бокал із кленовим листям», Сергій Чеченов «Радощі руху», Генрі Матісс «Танок», Аркадій Рілов «Над блакитним небом», Гарі Бенфілд «Сон», Олена Маркова «Рух, що породжує сон», Олена Смірнова «Рух життя», Дмитро Холін «Свято лаптя у Суздалі».

### **Тема 7. Танок. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Андрій Рябушкін «Втерся хлопець у хоровод, ну стара охати», Генрі Матісс «Танок», Пітер Рубенс «Танок селян», Поль Гоген «Танок дівчат із Бретона», Ніна Сімонович-Єфімова «Хоровод», Дар'я Чачева «Танок», Едуард Мане «Іспанський балет», А Лао «Танок», Леонід Соломаткін «Танок», Валентин Серов «Анна Павлова у балеті Сільфіда», Костянтин Коровін «Танцівниця», Пабло Пікассо «Танок із уяллю», Огюст Ренуар «Танцівниця з кастан'єтами».

### **Тема 8. Портрет. Живопис митців до теми (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Ганс Гольбейн «Анна Клевська», Дієго Веласкес «Вишивальниця», П'єр Огюст Ренуар «Джентльмен», Едуард Мане «Лола з Валенсії», Карл Брюллов «Імператриця Олександра Федорівна», Пабло Пікассо «Портрет жінки», Сандро Боттічеллі «Портрет Сімонети Веспуччі», Мікеланджело Караваджо «Лютність», П'єр Огюст Ренуар «Жанна Самарі», Амадео Модільяні «Дівчина у блакитному», «Подружжя», Вінсент Ван Гог «Автопортрет», Леонардо да Вінчі «Мона Ліза», Джузеппе Арчімбольдо «Овочеve обличчя», Іван Дегтярьов «Вчителька».

### **Тема 9. Транспорт. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: П'єр Ренуар «Дівчина у човні», Клод Моне «Пляж у Сент-Андресс», Максим Моляренко «У селі», Галина Карасьова «В'єтнам. Сайгон. Центральна вулиця», Дмитро Ленков «Втікач», Тетяна Яссиєвич «Зелений потяг», Джозеф Кравхал «Екіпаж», Катерина Меншикова

«Ретро», Марина Громенко «Ретро-машина», Девід Уаль «Символізм», «Швидкість», Андрій Єгоров «Кінь із саннями», Алан Малей «Сани у театрі», Іван Полєвін «Діти у саннях».

**Тема 10. Такі різні Мадонни. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Рафаель Санті «Сікстинська Мадонна», Віктор Васнецов «Богоматір із немовлям Христом», Мікеланджело «Святе сімейство», Леонадо да Вінчі «Мадонна Бенуа», Сандро Ботічеллі «Мадонна та дитина з янголом», Сандро Ботічеллі «Мадонна-Магніфікат», Володимир Абат-Черкасов «Мадонна з немовлям», Бартоломео Естебан Мурільо «Мадонна», Дмитро Бродецький «Мадонна з немовлям», Боніфаціо Веронезе «Мадонна з немовлям», Олена Міхашонок «Мадонна», Віктор Іванов «Ранкова зоря. Мадонна», Рафаель Санті «Мала Мадонна Каупера», П'єтро Перуджино «Мадонна».

**Тема 11. Колірні тони. Живопис митців до теми (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Павло Калугін «Снігопад», Олексій Зайцев «Пароплав на озері Леман», Михайло Врубель «Бузок», «Снігуронька», Роман Чернего «Холодний натюрморт із квітами», Міла Данилова «Холод», Юрій Шевченко «Букет у теплих тонах», Олена Самарська «У теплих тонах», Тзвятко Кінчев «Дівчина», Марія Примаченко «Український лев кобри не боїться», Ілля Рєпін «Запорожці пишуть листа турецькому султану».

**Тема 12. Пейзаж. Живопис митців до теми (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Джон Констебл «Вид на собор у Солсбері», «Рілля», Каміль Піссарро «Оперний проїзд у Парижі», Іван Айвазовський «Льодові гори», «Неаполітанська затока», «Буря на Льодовитому океані», Поль Гоген «Таїтянський пейзаж», Клод Моне «Враження. Схід сонця», «Скеля Уелк у Пурвіллі», «Осінь», «Ставок із ліліями», Вінсент Ван Гог «Зоряна ніч», «Макові поля», Амадео Модільяні «Кипариси та будинки», Лоліта Спесивець «Пейзаж».

**Тема 13. Рівновага у живописі. Живопис митців до теми (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Іван Айвазовський «Ніч. Блакитна хвиля», Клод Моне «Скеля Уелк у Пурвіллі», Вінсент Ван Гог «Макові лани», Пабло Пікассо «Поль у костюмі Арлекіна», Світлана Шебаршина «Родина», Іван Айвазовський «Неаполітанська затока», Марія Сучиліна «Цирк», Едвард Мунк «Крик».

**II рік**

**II семестр**

**Тема 1. Техніки живопису. Живопис митців до теми (4 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми:

Акварель: Хін Йонг Сік «Квіти», Фабіо Цембреллі «Квіти», Артур Фонвізін «Портрет Н.А. Кравченко», Артур Фонвізін «Квіти», Михайло

Врубель «Одеський порт», Максиміліан Волошин «Іспанія. Пейзаж із кипарисами», Максиміліан Волошин «Пейзаж».

Батик: Наталія Сюзєва «Теплий ранок», Андрій Луцєвський «Лотоси», Катєрина Кривошея «Черєпаха», Лілія Куленьонок «Маки».

Масло: Дар'я Олександрова «Маки», Ісаак Левітан «Золота осінь», Поль Сезанн «Натюрморт із кошиком яблук», Караваджо «Лютність», Сальвадор Далі «Портрет фігури біля вікна», Василь Перов «Автопортрет», Едвард Мунк «Зоряна ніч», Едгар Дега «Танцівниця у фотографа», Оскар Кокошка «Карлов міст у Празі», Іван Шишкін «Зима».

Гуаш: Майя Захарова «Натюрморт із грушами», Майя Захарова «Натюрморт», Пабло Пікассо «Хлопчик із собакою», Хуан Міро «Ранкова зірка», Анрі Матісс «Блакитна оголена», Архип Куїнджі «Зима. Відлига», Альбрехт Дюрер «Трава».

Пастель: Анрі Тулуз-Лотрек «Модистка», Анрі Тулуз-Лотрек «Жокей», Кіра Паніна «Букет», Вікторія Чижова «Рожевий будинок у Венеції», Сергій Макєєв «Зима», Галина Карасьова «Вечір у червні».

Мозаїка: В'ячеслав Мирошников «Осінь», Сергій Масленніков «Фрукти», Валерій Сиров «Півень», Сергій Масленніков «Букет».

## **Тема 2. Натюрморт. Живопис митців до теми (2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: Вінсент Ван Гог «Іриси», «Гілка квітучого мигдалю», Поль Сезанн «Натюрморт із драпіровкою», Сальвадор Далі «Живий натюрморт», Олександр Бриков «Натюрморт із виноградом», Вінсент Ван Гог «Соняшники», Мартирос Сар'ян «Квіти Калаки», Майя Захарова «Натюрморт із грушами», Мартирос Сар'ян «Натюрморт із мотрійками», Роман Чернего «Холодний натюрморт із квітами», Майя Захарова «Натюрморт», Олена Самарська «У теплих тонах», Іван Бабинєць «Натюрморт», Віктор Осауленко «Натюрморт».

## **Тема 3. Микола Рєрїх (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: «Канченджанга», «Гімалаї. Рожеві гори», «Канченджанга. Гімалаї», «Майтрейя-переможець», «Магомет-пророк», «Гімалаї (гори, освітлені сонцем)», «Кулута (гори перед світанком)», «Гуга Чохан. Кулута», «Чара Зверина».

## **Тема 4. Мартирос Сар'ян (1 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: «Долина Арарату», «Вулиця. Полудень», «Земля», «Персидський будиночок», «Лотос», «Спека. Собака, що біжить», «Чари сонця. Казка», «Жовтєнь у Єревані», «Квіти Калаки», «Натюрморт із мотрійками».

## **Тема 5. Марія Примаченко: чарівний світ(2 год.).**

Ілюстраційний ряд до теми: «Під тим дубом криниця стояла...», «Їде осінь на коні», «Роки мої молоді, прийдіть до мене в гості», «Хлопець оре»,

«Ведмеді на пасіці», «Галя і козак», «Соняшник життя», «Квіти у вазі», «Лежебока ліг під яблунею», «Сіла баба на печі, пряде кужіль», «Весілля», «Молодий ведмідь по лісу ходить», «Сватає Іван Галю», «Свято».

#### **Тема 6. Вінсент Ван Гог (1 год.)**

Ілюстраційний ряд до теми: «Пшеничне поле з кипарисами», «Спальня Ван Гога», «Будинки з солом'яними дахами у Кордевілі», «Натюрморт із гладіолусами», «Зоряна ніч», «Спогад про Мауве», «Соняшники», «Троянди та соняшники», «Автопортрет», «Портрет молодої дівчини на тлі хлібного поля», «Іриси», «Нічне кафе в Арле», «Пейзаж із будинком та орачем», «Натюрморт із червоними маками та ромашками», «Червоні виноградники в Арле», «Іриси».

#### **Тема 7. Анрі Матісс (1 год.)**

Ілюстраційний ряд до теми: «Червоні рибки», «Червона кімната», «Майстерня митця», «Вікно», «Розмова», «Родинний портрет», «Куточок майстерні», «Танок», «Жінка у капелюшку», «Площа в Сен-Тропе», «Румунська блуза», «Аплікація. Сюжет 215», «Аплікація. Сюжет 84», «Аплікація. Серія «Джаз», «Квіти та фрукти».

#### **Тема 8. Петриківський розпис (2 год.)**

Основні поняття теми: історія розвитку петриківського розпису, технологія розпису, основні кольори петриківського розпису, основні елементи петриківського розпису.

#### **Тема 9. Михайло Врубель (1 год.)**

Ілюстраційний ряд до теми: «Демон», «Царівна-Либідь», «Ворожка», «Пан», «Бузок», «Іспанія», «Венеція. Міст зітхань», «Прімавера», «Портрет К. Д. Арцибушева», «Царівна Волхова», «До ночі», «Шестикрилий Серафим».

#### **Тема 10. Іван Шишкін (1 год.)**

Ілюстраційний ряд до теми: «Ранок у сосновому бору», «Дуби», «Корабельна діброва», «Дуби у старому Петергофі», «Золота осінь», «Папороть у лісі», «Лісове кладовище», «На півночі дикім», «Дуби», «Дубовий гай», «Сосновий бір», «Зима», «Ліс увечері», «Жито».

#### **Тема 11. Тетяна Яблонська (1 год.)**

Ілюстраційний ряд до теми: «Автопортрет», «Осінь у Флоренції», «Італійський краєвид», «Вечір. Стара Флоренція», «Квітень. Моя майстерня», «Хліб», «Осінь. Гранд Канал», «Весняний етюд», «Наш чудовий Київ», «Мати та дитя», «Дзвіночки».

#### **Тема 12. Клод Моне (1 год.)**

Ілюстраційний ряд до теми: «Тюльпани Голландії», «Соняшники», «Тополі», «Німфеї», «Макове поле», «Осіння ріка», «Садова доріжка», «Дама з парасолькою», «Поля навесні», «В'їзд у Ветей взимку», «Парламент у

Лондоні», «Хризантеми», «Човни в Етрета», «Вітрильні яхти в Аржантейе», «Регата під Аржантейе», «Враження».

#### **4. Список рекомендованої літератури для викладача**

1. Голінська Т.М. Естетичний розвиток молодших школярів засобами синтезу мистецтв: дис. к.пед.н.: / Т. М. Голінська. – 13.00.07. Херсонський державний університет. – Херсон, 2005. – 240 с.

2. Григорьева Г.Г. Развитие дошкольника в изобразительной деятельности: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / Григорьева Г.Г. – М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 344 с.

3. Изобразительное искусство и художественный труд / Неменский Б.М., Фомина Н.Н., Гросул Н.К. и др. – М.: Посвещение, 1991. – 192 с.

4. Кардашов В.М. Художньо-творчий розвиток особистості: теоретичний та методичний вимір: монографія. – Мелітополь, ТОВ «Видавничий будинок Мелітопольської міської друкарні», 2007. – 256 с.

5. Ленів З. Корекція порушень усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку засобами арт-терапії: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / З.П. Ленів. – К., 2010. – 21 с.

6. Лисенкова І.П. Арт-терапія як засіб соціально-педагогічної підтримки молодших школярів із затримкою психічного розвитку: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / І.П. Лисенкова. – Миколаїв, 2012. – 20 с.

7. Міщиха Л.П. Психологія творчості: навчальний посібник для студентів ВНЗ / Л.П. Міщиха. – Івано-Франківськ: Гостинець, 2004. – 448 с.

8. Обухова Л.Ф. Возрастная психология: учебник для бакалавров / Л.Ф. Обухова. – М.: Издательство Юрайт, 2012. – 460 с. – Серия: Бакалавр.

9. Орлов В.Ф. Професійне становлення майбутніх вчителів мистецьких дисциплін: теорія і технологія / В.Ф. Орлов. – К.: Наукова думка, 2003. – 262 с.

10. Основы дошкольной педагогики / Под ред. А.В. Запорожца, Т.А. Марковой. – М.: Педагогика, 1980. – 271 с.

11. Педагогический энциклопедический словарь / Гл. ред. Б.М. Бимбад; редкол.: М.М. Безрукин, В.А. Болотов, Л.С. Глебова и др. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2009. – 234 с.

12. Педагогіка мистецтва [Текст]: (теорія і методика викладання мистецьких дисциплін): [монографія] / Г.М. Падалка; голов. ред. К.А. Романова; М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К.: Освіта України, 2008. – 274 с.

13. Пономарев Я.А. Фазы творческого процесса / Я.А. Пономарев. – М.: Наука, 1983. – 336 с.

14. Рудницька О. П. Основи викладання мистецьких дисциплін / О.П. Рудницька – К.: АПН України, 1998. – 183 с.

15. Рудницька О.П. Педагогіка: загальна та мистецька: навчальний посібник / О.П. Рудницька – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2005. – 360 с.

16. Энциклопедия для детей. Т. 7 Искусство. Ч. 2. Архитектура, изобразительное и декоративно-прикладное искусство 17-20 веков / Глав. ред. М.Д. Аксенова+, 2003. – 656 с. ил.

**5. Короткий словник термінів** (визначення термінів адаптовані для сприйняття дітей 6 –7-річного віку)

### **А**

Акварель – водяна прозора фарба, техніка малярства або твір, виконаний такими фарбами.

Архітектура – мистецтво створення будівель і споруд за законами краси.

Асиметрія – відсутність або порушення принципу симетрії.

Ахроматичний колір – безбарвний, білий, чорний та всі відтінки сірих кольорів.

### **Б**

Батальний жанр – зображення сцен війни або військової техніки.

Батик – розпис на тканині, при якому використовуються склади, що «резервують» рідку фарбу на ділянці, обмеженій контуром малюнка.

### **В**

Відтінок – інтенсивність і яскравість кольорів, зміни одного кольору.

Візерунок – один або кілька мотивів, що об'єднані у композиції.

Вітраж – картина або візерунок, створений зі шматочків прозорого кольорового скла.

### **Г**

Графіка – вид образотворчого мистецтва; створення зображення на площині за допомогою олівця або туші.

Гуаш – різновид водорозчинних фарб. Це досить щільні, але недостатньо міцні фарби, і при нанесенні товстим шаром осипаються, не мають блиску. Гуашами також називають художні твори, виконані з застосуванням цих фарб.

### **Д**

Динаміка – зображення, що передає момент руху.

Декоративно-прикладне мистецтво – вид образотворчого мистецтва, що призначене для створення та прикрашення предметів повсякденного побуту.

Домінуючі кольори – кольори, що переважають на картині.

Димківська іграшка – глиняна іграшка – особливий вид народної творчості. Призначена як для гри, так і для прикраси побуту.

## Е

Ескіз – попередній малюнок, що допомагає визначити правильну композицію.

Етюд – художній твір, виконаний з натури.

## Ж

Жанрова композиція – композиція, обмежена певними темами, сюжетами та стилістичними ознаками.

Живопис – вид образотворчого мистецтва зображення на полотні, деревині, стіні тощо за допомогою фарб.

## К

Композиція – певне розташування предмета в просторі та його зв'язок з іншими предметами.

Композиційний центр – місце розташування основного об'єкта на аркуші.

Контрастні кольори – кольори, що максимально віддалені один від одного на спектральному колі (червоний – зелений, синій – жовтогарячий, жовтий – фіолетовий).

## М

Мариніст – художник, який малює морські пейзажі.

Мозаїка – зображення чи візерунок, виконані з кольорових каменів, керамічних плиток та інших матеріалів.

## Н

Натюрморт – зображення неживих нерухомих предметів (квітів, овочів, фруктів, посуду)

Нюанс – фарби, близькі за кольором і силою світла.

## О

Основні кольори – кольори, за допомогою яких можна отримати інші кольори шляхом змішування (червоний, жовтий, синій).

## П

Пастель – група художніх матеріалів, спресовані, стерті у порошок фарби, що найчастіше випускаються у вигляді м'яких кольорових олівців. Назву «пастель» мають як самі фарби, так і малюнки, створені в цій техніці.

Пейзаж – жанр образотворчого мистецтва, присвячений зображенню природи (люди зображуються рідко і посідають другорядне місце).

Петриківський розпис – розпис по деревині або паперу, в основі якого – рослинні елементи та тваринні орнаменти.



Портрет – жанр образотворчого мистецтва, що означає зображення людини.

Побутовий жанр – жанр образотворчого мистецтва, що зображує різні сторони повсякденного життя.

### **Р**

Рельєф – скульптурний витвір мистецтва із випуклим або заглибленим зображенням на площині.

### **С**

Симетрія – повна дзеркальна відповідність у розташуванні частин цілого щодо середньої лінії, центру.

Скульптура – вид образотворчого мистецтва, у якому створене з металу, каменю, глини, тощо, має не уявний, а справжній об'єм.

Статуя – поодиноке скульптурне зображення.

Статика – зображення, що передає стан спокою та рівноваги.

### **Т**

Теплі кольори – червоний, оранжевий, жовтий.

### **Ф**

Формат – форма, розмір і пропорції картини, ілюстрації тощо.

### **Х**

Холодні кольори – блакитний, синій.

Хроматичні кольори – всі кольори спектра, крім білого та чорного.

Храм – архітектурна споруда, призначена для здійснення богослужінь і релігійних обрядів.



**«ВСІ МИ РІЗНІ – ВСІ МИ РІВНІ»:  
УРОК-ТРЕНІНГ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ  
В ІНЛЮЗИВНОМУ ПРОСТОРИ**

**Навчальний предмет: Основи здоров'я. 3 клас**

**Розділ. Соціальна складова здоров'я**

**Мета:**

Формувати в учнів ключові компетентності:

- вміння вчитися – організовувати своє робоче місце; орієнтуватися у часі та берегти його; планувати свої дії; доводити роботу до кінця;
- загальнокультурну компетентність – дотримуватись норм мовленнєвої культури, зв'язно висловлюватися у контексті змісту;
- громадянську компетентність - знати свої права та обов'язки; з повагою відноситися до прав інших людей;
- здоров'язбережувальну компетентність – дбайливо ставитись до свого здоров'я; усвідомлювати здоров'я як вищу життєву цінність;
- соціальні компетентності – продуктивно співпрацювати з різними партнерами в групі, використовувати різні ролі й функції в колективі, виявляти ініціативу, підтримувати та керувати власними взаєминами з іншими, конструктивно вирішувати конфлікти і їх запобігання, протистояти негативним соціальним впливам;
- інформаційно-комунікаційна компетентність – вивчати та використовувати можливості Інтернету для пошуку, збору та збереження інформації, користуватися словниками;

Формувати в учнів предметні компетентності:

- навчальну: познайомити учнів з поняттям «толерантність», основними рисами толерантної людини, сформувати правильне уявлення щодо толерантної поведінки;
- розвивальну: розвивати у дітей терпимість до відмінностей між людьми, формувати толерантне ставлення до однокласників;
- виховну: виховувати почуття поваги один до одного, комунікативну культуру у спілкуванні та взаєморозуміння [1; 3].

**Обладнання:**

- демонстраційне: мультимедійний комплекс (комп'ютер, екран),

слайдова презентація, картки, демонстраційні плакати «Сонечко», «Квітка толерантності», маски тварин для демонстрації казки;

- роздаткове: картинки із зображенням сонечка, завдання в групі.

**Методики, інтерактивні методи:**

- ІКТ;
- інтерактивні методи навчання;
- тренінгові методи навчання.



**Хід тренінгу**

**1. Вступна частина. Знайомство. Вправа «Сонечко»**

Учитель

– Любі учні! Я пропоную Вам попрацювати на тренінгу «Всі ми різні – всі ми рівні».

– Почнемо з вправи «Сонечко», яка допоможе ближче познайомитися, дізнатися один про одного трохи більше.

– Давньогрецький філософ Сократ колись дуже давно сказав: «У кожній людині є сонце. Тільки дайте йому сяяти».

– Розкажіть про своє сонечко, що сяє у ваших сердечках.

– Кожен з вас отримав зображення, уявіть, що це ви, дайте сонечку своє ім'я, назвіть свою найяскравішу рису характеру. Відповідати будемо по колу.

– Розпочну я. Мене звати ... Я доброзичлива!

(На ковдрі, посередині кола, лежить ватман, коли всі відповіли, починаємо наклеювати Сонечки на ватман).

– Погляньте, як засіяло сонечко нашого класу! А скільки учнів-сонечок у ньому навчається? Скажіть, а чи Сонечки схожі між собою? А чи схожі ви один на одного?

(Відповіді учнів)

– Так, у кожного з нас багато спільного, але й багато особливого.

Учитель

– Пропоную вашій увазі мультфільм, приготуйтеся відповісти на питання:

– Чому білі чоловічки розсміялися?

(Перегляд відеофрагменту)

– Так чому білі чоловічки розсміялися, побачивши незнайомця?

– Що від розпачу зробив зелений чоловічок?

– Кого він побачив на краю скелі?

– Що вона зробила?

– Який можна зробити висновок?

– Не бійся бути не таким як всі. Потрібно поважати один одного, навіть якщо ми різні.

Такі всі різні... А тому цікаві,

В суспільство вносить кожен щось своє.

Хороші, добрі, хитрі і лукаві,

Сумні, веселі – різні люди є [1; 2].

## 2. Основна частина.

### 2.1. Інформаційне повідомлення. Робота над розумінням поняття «толерантність».

Учитель.

– Що потрібно робити для того, щоб різні люди могли разом дружно жити в одній країні?

– А хто з вас чув слово «толерантність»?

(Вчитель показує надруковане слово толерантність на окремому аркуші)

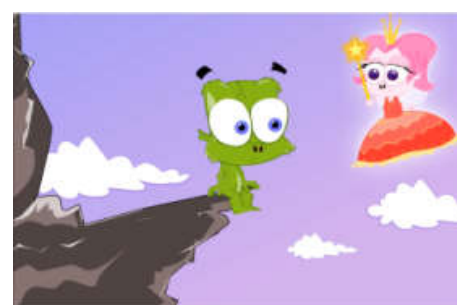
- Сьогодні доволі часто лунає з телеекранів незнайоме нам донедавна слово

«толерантність». А як кожен з вас розуміє це слово? Спробуйте пояснити!

Знову висловлюємо свої думки один за одним по колу.

(Передаємо по колу картку зі словом ТОЛЕРАНТНІСТЬ)

– Я попросила ... попрацювати зі словником, а також скористатися можливостями Інтернету для тлумачення поняття «толерантність».



(Для презентації розповіді, учениця користується картками)



Учениця

- Я дізналася, що толерантність у перекладі з латинської tolerance означає «терпіння» (картка № 1).
- У медицині толерантність означає здатність організму переносити хвороби (картка № 2).
- У суспільстві це означає терпимість до інших думок, поглядів, традицій (картка № 3).
- Різні народи тлумачать поняття «толерантність» по різному (картка №4):

У китайців бути толерантним означає вміння проявляти терпимість до інших.

В арабському світі толерантність, означає прощення.

У персів – готовність до примирення.

В українців толерантність – здатність терпіти, бути стриманим, стійким [4].

Учитель

– Дякуємо ... за вичерпну інформацію.

– Зараз толерантність розуміють як пошану й визнання рівності, думки інших відповідно до своїх думок і поглядів.

16 листопада проголошено Міжнародним Днем толерантності, який щорічно відзначається в усьому світі (На дошці інформаційний плакат).





Учитель.

– Отже, толерантність ставить за мету сприймання людей такими, вони є, і взаємодію людей на основі згоди.

– А давайте на мить уявімо, що люди стануть схожими один на одного, як дві каплі води. У них буде одне ім'я на всіх. Вони будуть однаково думати та робити одне й те саме. Говорити одні й ті ж слова. Любити одне й те саме морозиво. У всіх були б одного кольору очі, схожі носи й волосся! Як ви думаєте, що б тоді було? [1; 5]

(Сигнал піднятої руки)

– Подивіться сюжет.

(Перегляд відео фрагменту)

Учитель

– Все ж таки чудово, що всі люди різні, бо так набагато веселіше й цікавіше! Люди народжуються в різних країнах, спілкуються різними мовами та вірять в різні речі. Але у багатьох нас є спільні риси.



## 2.2. Руханка. «Чим ми схожі?»

Встаньте ті ...

- у кого карі очі,
- світле волосся,
- хто любить малювати,



- живе на одній вулиці,
- любить спілкуватися та грати з друзями,
- навчається в одному класі.

### 2.3. Робота в групах. Гра «Квітка толерантності».



#### 2.3.1. Об'єднання в групи

Учитель:

– З поняттям «ТОЛЕРАНТНІСТЬ» розібралися, а яку ж людину можливо назвати толерантною? Щоб надати відповідь на це питання, виконаємо вправу «Квітка толерантності».

– Працювати будемо в групах.

– Нагадайте правила роботи в групах.

✓ працювати дружно, активно, але тихо, щоб не заважати іншим;

✓ берегти час;

✓ показати готовність.

– А щоб нам об'єднатися у групи, подивіться за спинки ваших стільців.

На них прикріплено геометричні фігури, візьміть їх та об'єднайтеся за формою фігур.

(Діти об'єднуються у групи по 4 учні. Вчитель пропонує зайняти місце біля столу, відповідно геометричній фігурі.)

#### 2.3.2. Завдання для групи.

Учитель:

– Перед Вами на столі слова з рисами характеру людини, вам потрібно вибрати лише ті, які на вашу думку, належать толерантній людині:



1 група – терпимість, нерозуміння, повага до інших, егоїзм, нетерпимість, вираз зневаги, дратівливість, байдужість, агресивність;

2 група – нерозуміння, егоїзм, доброзичливість, нетерпимість, вираз зневаги, дратівливість, дружба, байдужість, агресивність;

3 група – нерозуміння, егоїзм, нетерпимість, вираз зневаги, дратівливість, байдужість, чуйність, агресивність, милосердя;

4 група – нерозуміння, егоїзм, нетерпимість, вираз зневаги, дратівливість, байдужість, агресивність, щирість, культура [1; 6].

– Оберіть одного учня від групи, який буде називати ці якості толерантної людини, наклеювати на ватман, створюючи квітку.

– На виконання роботи 2 хвилини. Завдання зрозуміло? Час пішов!

(Сигнал про початок роботи. Під час роботи вчитель допомагає учням працювати. Коли група готова, учень іде до дошки, інші члени групи сідають на свої місця у колі).

### 2.3.3. Презентація роботи

Учитель

– Презентуємо якості толерантної людини.

(Під час презентації відповідей, запитувати усіх чи згодні вони).



### 2.3.4. Висновок

– Отож, бути толерантною людиною – це перш за все культурне спілкування з оточуючими, допомога близьким і чужим людям, гарячий відгук на чужий біль, вміти правильно підтримати людину і в радості, і в горі поважати, шанувати та передавати з покоління до покоління звичаї, традиції та навички нашого народу.





### 3. Підсумкові завдання (закріпити отримані знання).

#### 3.1. Казка «Веревливе Ведмежатко».

Учитель:

– За кожною темою ми пригадаємо притчу або легенду. Сьогодні, прослідкуйте за героями казки «Веревливе ведмежатко» й оцініть поведінку головного героя.

#### Казка

У деякому царстві, у деякій лісовій державі жив маленький Ведмедик... Був він такий маленький-маленький, але такий нестерпний... Його дратували всі: неспокійні зайченята, веселі білочки, галасливі їжачки. І ось одного разу

вранці він підійшов до дзеркала, а там таке... (злий ведмідь)! Ведмежа, стрімголов побігло до Мудрої Сови.

– Тітонько Сова, тітонько Сова, – плакав Ведмедик, – що ж це зі мною?

– Ха-ха, чого ти дивуєшся, ти був таким завжди, коли лаявся і тупотів ногами на інших звірів, – промовила Сова.

– Мені не смішно, – образилося Ведмежа.

– Це результат твоєї нетерпимості до інших. Ти своєю злою поведінкою розбудив у собі страшного і жахливого звіра!

– Що ж робити? – заплакало Ведмежа.

– Не плач, я постараюся тобі допомогти. Я призначаю тобі: заспокійливі ванни, лікувальні п'явки й зарядку для обличчя.

– Що за зарядка? – запитав Ведмедик.

– Прокидаєшся вранці й посміхаєшся. Умиваєшся – посміхаєшся. Снідаєш – посміхаєшся. Зустрічаєш білочок, борсуків або інших звірів – і їм посміхаєшся.



– А допоможе?

– Звичайно. Головне, щоб ти навчився бути терпимим до інших звірів. Навчися ставитися з повагою, добротою та любов'ю до інших мешканців лісу.

– Я постараюся! – сказав Ведмедик.

І ось через деякий час бігало по лісі веселе, завзяте Ведмежа, з яким всі хотіли грати.

(Інсценізація казки)

Учитель:

– Ось таке ведмежатко. Оцініть його поведінку, висловіть своє відношення до головного героя.

– Твори! – ось заклик толерантності, ось гідний вчинок кожної людини, кожного громадянина.



### 3.2. Вправа «Ти молодець!»

Учитель:

– Кожен з нас повинен вірити в добро, вміти творити добро, не чекаючи поштовх, а сам з своєї ініціативи зробити справи, які принесуть користь для всіх. Спробуємо кожний по колу відповісти на питання, що я буду робити, щоб бути толерантною людиною. Можна почати свою відповідь зі слів:

Я ХОЧУ...

Я МОЖУ БУТИ...

Я НАВЧУ ІНШИХ...

Вправа «Ти-молодець!»

Один учень відповідає на поставлене питання. У відповідь усі промовляють: «Ти молодець!» підтримуючи слова жестом.

Учитель:

– Почну з себе. Я сприймаю думки людей!

### 3.3. Заключна частина. Пісня.

– Дякую Всім Вам!!

А на останок заспіваймо пісню  
Наталіє Май «А що таке щастя?»

1. Нумо разом з нами! О, є!

Плещемо руками! О, є!

Нумо разом з нами

Пісню починай!





Ва-па-ру, ау-пу!  
Нумо разом з нами! О, є!  
Щирими серцями! О, є!  
Всім хорошим людям  
Щастя побажай!  
Приспів:  
А що таке щастя?  
То небо блакитне,  
То зоряні ночі  
І синя ріка!  
А що таке щастя?  
То друзі і рідні,  
То мамині очі  
І тата рука! (2)  
2. Людям всім на світі! О, є!  
Треба дружно жити! О, є!  
Жити, не тужити -  
І біда мине!  
Ва-па-ру, ау-пу!  
Людям всім на світі! О, є!  
Треба зрозуміти! О, є!  
Сонце з неба світить  
Для усіх одне!



### Список використаних джерел

1. Божко Н.А. Усі ми різні, але слід сказати, що кожна думку вмієм поважати. Тренінг з основ здоров'я у 3-му класі / Надія Анатоліївна Божко // Учитель початкової школи. – 2018. – № 12. – С. 48-49.
2. Виховуємо толерантність: форми та методи роботи: навч.-метод. посіб. / за заг. ред. М. Масютіної. – Бердянськ: Видавець Ткачук О.В., 2012. – 200 с.
3. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Вчимося жити разом. Програма з розвитку соціальних навичок учнів початкової школи у курсі «Основи здоров'я» / Т.В. Воронцова, В.С. Пономаренко. – К.: Видавництво «Алатон», 2016. – 32 с.
4. Гончарук Л. Ми схожі, але ми різні / Л. Гончарук // Психолог. – 2015. – № 4. – С. 20-24.
5. Кухаренко Л. Ми – рівні, ми – різні / Л. Кухаренко // Психолог. – 2012. – № 5. – С. 15-16.
6. Піроженко Т.О. та ін. Методичний посібник до парціальної програми з розвитку соціальних навичок ефективної взаємодії дітей віком від 4 до 6–7 років «Вчимося жити разом» / Т.О. Піроженко, О.Ю. Хартман, К.В. Палієнко, М.В. Павленко. – К.: Алатон, 2016. – 112 с.



## **ТЮТОРСЬКИЙ СУПРОВІД ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ МОВ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ**

У добу глобалізації та співіснування сотень мільйонів людей у полікультурному просторі перед сучасним суспільством постають питання, які потребують змін в освітній політиці, в теорії та практиці навчально-виховного процесу. Сучасна освітня політика провідних країн світу спрямована на вирішення цих питань і проблем, серед яких інклюзивне навчання визнане одним з тих, що потребують особливої уваги. На те є нагальні потреби, а увага педагогічної спільноти та суспільства до цього напрямку освіти надає можливості їх розв'язання.

Світова інклюзивна освіта базується на дотриманні права на освіту для всіх дітей, у тому числі дітей із соціально вразливих груп, дітей з особливими освітніми потребами, дітей-сиріт тощо [1, с. 10].

Інклюзивна освіта в Україні розвивається на засадах дотримання прав дітей на освіту та має і свої особливості, пов'язані з більшою увагою до реалізації права на освіту саме осіб з особливими освітніми потребами.

Особа з особливими освітніми потребами – це особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення права на освіту, сприяння розвитку особистості, поліпшення стану здоров'я та якості життя, підвищення рівня участі у житті громади [2].

Навчання та виховання кожної сучасної, культурної, успішної молоді людини неможливе без уваги до вивчення іноземних мов. Як в умовах інклюзивної освіти категорію учнів з особливими освітніми потребами навчати іноземної мови?

Практичний досвід доводить, що для успішного розв'язання цього питання необхідною умовою є введення в навчально-виховний процес додаткового педагогічного працівника – тьютора.

Аналіз останніх наукових досліджень та публікацій свідчить, що вітчизняні вчені більше уваги приділяють саме загальним проблемам впровадження інклюзивної освіти в школи України, а саме: розробленню концептуальних засад та теоретико-методологічному обґрунтуванню інклюзивної освіти (А. Колупаєва, Н. Заєркова, Л. Савчук); технологіям диференційованого викладання в інклюзивних класах (О. Таранченко,

Ю. Найда); особливостям оцінювання навчальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами (Т. Сак); принципам роботи з батьками дітей з особливими освітніми потребами (І. Білозерська, С. Литовченко, Л. Борщевська); питанням соціально-педагогічної підтримки студентів з обмеженими можливостями здоров'я (Ю. Богинська, О. Дікова-Фаворська); практичним аспектам управління загальноосвітнім навчальним закладом з інклюзивною формою навчання (С. Єфімова, С. Королюк).

Проблеми впровадження принципів інклюзивної освіти в процес навчання англійської мови в школах розглянуті у працях таких вітчизняних вчених, як І. Каминін, Н. Тучина, Н. Щерба та ін. Питання підготовки майбутніх учителів іноземної мови до роботи в інклюзивних класах висвітлено Л. Антонюком, Ю. Бойчуком, О. Бородіною, О. Волошиною, Н. Дмитренко та ін. Окремі підходи та методи навчання іноземної мови в початкових класах з інклюзивною формою навчання описано в дослідженнях С. Іноземцевої, Н. Мелекесцевої, С. Чиж.

Водночас бракує наукових розвідок, присвячених опису тьюторських технологій навчання іноземних мов учнів з дислексією, розладами аутичного спектру, вадами слуху та іншими психофізичними порушеннями розвитку саме в умовах загальноосвітнього навчального закладу, що зумовлює актуальність нашого дослідження.

Мета роботи – на основі аналізу наукових джерел, узагальнення досвіду провідних практиків України та особистого досвіду автора у сфері інклюзивної освіти, визначити функції тьютора та охарактеризувати етапи технології тьюторського супроводу навчання іноземних мов учнів з особливими освітніми потребами.

Для досягнення мети у роботі використаний наступний комплекс методів дослідження: аналіз, синтез, систематизація, аналогія, класифікація (для систематизації поглядів вітчизняних науковців на проблему навчання іноземних мов в умовах інклюзивної освіти); інтерпретаційно-аналітичний (для теоретичного аналізу наукової та навчально-методичної джерельної бази); узагальнення й порівняння (для виявлення сутності та визначення ролі асистента вчителя та тьюторського супроводу для вивчення іноземних мов); системного аналізу (для визначення специфіки тьюторського супроводу навчання іноземних мов в системі інклюзивної освіти). У ході дослідження використано особистий багаторічний досвід автора у викладанні іноземної мови в інклюзивній школі.

Перед вчителем іноземної мови в закладі з інклюзивною формою навчання постають ті ж самі загальні проблеми, що і перед викладачами інших предметів:

– психологічна готовність та необхідність отримати додаткові знання з корекційної та спеціальної педагогіки;

– психологічна готовність дітей та їх батьків до навчання та спілкування;

– додаткове психологічне та розумове навантаження на дитину з особливими освітніми потребами;

– страх перед можливістю зниження якості освіти;

– відсутність необхідних навчальних, дидактичних та технічних засобів навчання;

– готовність приміщення до прийому дітей із особливостями фізичного та розумового розвитку.

Водночас учитель іноземної мови відчуває подвійне навантаження, що пов'язано з особливістю викладання предмету «Іноземна мова». Адже йому для успішного викладання у класі, в якому навчається дитина з особливими освітніми потребами, доводиться виконувати додаткові дії:

1) адаптувати всі навчальні матеріали та кожен етап освітнього процесу із врахуванням нозологій кожної дитини з особливими освітніми потребами, яка є в його колі відповідальності;

2) поєднувати на уроці індивідуальну роботу з учнем з особливими освітніми потребами та роботу з класом, проводити моніторинг помилок кожного учня;

3) готувати індивідуальні наочні матеріали на кожен урок.

Таке навантаження на вчителя спричиняє додаткову втомлюваність та зниження ефективності навчального процесу. Крім того, підвищується рівень психологічного дискомфорту не лише вчителя та учня з особливими освітніми потребами, але й всього класу.

За таких умов виникає необхідність нового педагогічного працівника в інклюзивній освіті – тьютора (асистента дитини) з іноземної мови. На відміну від асистента вчителя, тьютор працює безпосередньо з дитиною з особливими освітніми потребами та супроводжує процес вивчення іноземної мови на всіх етапах. Головною відмінністю роботи тьютора від роботи асистента вчителя є те, що асистент вчителя працює за класичною системою та «навчає» дитину. Його мета – навчити дитину вчитися. В цих обставинах, тьютор з іноземної мови, безумовно, повинен знати іноземну мову, що вивчається, культуру країни та повинен володіти технологіями роботи з дитиною, яка має особливості психофізичного розвитку.

Для українського суспільства та вітчизняної системи освіти професія «тьютор» є досить новою, а ідея та термін запозичені з системи освіти країн Європи. Тож, перш ніж визначити функції тьютора з іноземної мови та охарактеризувати етапи його роботи в реаліях сучасної української школи,



розглянемо основні поняття, а саме: «тьютор», «тьюторіал», «тьюторський супровід».

Тьютор – учитель, який навчає одного учня (або групу учнів) поза межами школи для того, щоб надати додаткову допомогу з предмета в якому виникли труднощі [3].

Тьюторіал – період навчання одного учня або групи учнів з тьютором [4].

Основною формою роботи тьютора є тьюторський супровід учня (учнів).

Під тьюторським супроводом розуміють педагогічну діяльність спрямовану на:

- індивідуалізацію навчання;
- виявлення та розвиток освітніх мотивів та інтересів тьюторантів (підопічних тьютора);
- формування навчальної й освітньої рефлексії того, хто навчається [5, с. 240].

У закладі з інклюзивною формою навчання тьютор з іноземної мови може працювати як з одним учнем, так і з групою учнів (залежно від нозологій) та супроводжувати своїх підопічних під час уроків. Така форма організації праці дає йому змогу підбирати адекватні для учня з певними нозологіями методи та форми індивідуальної роботи, дозувати навантаження та включати дитину з особливими освітніми потребами не лише в іншомовне середовище та урок іноземної мови, а і в дитячий колектив. Адже складність спілкування з однолітками навіть рідною мовою є однією з головних труднощів під час навчання дитини з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому середовищі. Крім того, тьютор має змогу супроводжувати дитину на всіх етапах опанування мовою, що відрізняє його від репетитора, який просто тренує учня у певному аспекті.

Основним інструментом у роботі тьютора з іноземної мови є індивідуальна навчальна програма з предмета. Така програма складається безпосередньо тьютором на основі індивідуальної програми розвитку конкретної дитини та є вузько направленою [6, с. 53]. Складаючи її тьютор враховує декілька факторів:

- стан здоров'я та пізнавальні можливості учня;
- програмові вимоги з предмета;
- завдання свого підопічного;
- критерії оцінювання з предмета.

Індивідуальна навчальна програма складається у тісній співпраці з психологом і вчителем іноземної мови та має бути засвідчена адміністрацією закладу. Слід зазначити, що тьютору, враховуючи нозології учня (учнів),

може знадобитись консультація таких спеціалістів як логопед, дефектолог, сурдопедагог, тифлопедагог, реабілітолог та ін. Батьки мають бути ознайомлені зі змістом цієї програми.

Через те, що не існує загальноприйнятої форми індивідуальної навчальної програми, якої має притримуватись тьютор (або інший спеціаліст), вона складається у довільній формі. На нашу думку, обов'язковими розділами такої програми є:

- дані про учня (ім'я та прізвище, клас, імена та контактні дані батьків);
- тема, мета та завдання циклу тьюторіалів;
- критерії оцінювання виконання кожного етапу;
- поточний рівень знань та вмінь, особливості розвитку учня (в цьому розділі тьютор вказує дані, надані психологом, вчителем та вузькими спеціалістами);
- розклад занять;
- орієнтовний план роботи;
- кінцева мета.

Таким чином, функції тьютора з іноземної мови в закладі освіти з інклюзивною формою навчання полягають у складанні індивідуальної навчальної програми з предмета «Іноземна мова» для дитини з особливими освітніми потребами та супроводі її реалізації на всіх етапах.

Тьюторський супровід відбувається в декілька етапів:

1. Етап підготовки.
2. Етап діагностики та вивчення учня.
3. Етап планування діяльності.
4. Етап реалізації.
5. Етап підбиття підсумків.

#### **Етап підготовки.**

Завдання тьютора на цьому етапі:

- дізнатись про особливості розвитку пізнавальних процесів учня (обсяг пам'яті, стійкість уваги, особливості сприймання інформації), а також можливості розумової та фізичної працездатності;
- проаналізувати навчальні посібники та підручники за якими відбувається процес навчання учнів;
- вивчити відповідні програмові вимоги;
- вивчити середовище учня (для визначення умов для самостійної роботи дитини та співпраці в режимі онлайн).

Для виконання цих задач та отримання необхідної інформації тьютор повинен звернутися до шкільного (або особистого) психолога дитини, класного керівника та безпосередньо до вчителя іноземної мови,

поспілкуватися із батьками дитини.

Під час бесіди із вчителем іноземної мови тьютор з'ясовує прогалини у знаннях учня або, якщо предмет тільки починає вивчатися, вимоги вчителя до учнів, систему та план його роботи.

Етап підготовки проходить без участі учня. Отримані дані тьютор фіксує у відповідні розділи індивідуальної навчальної програми з предмету.

#### **Етап діагностики та вивчення учня.**

Головним завданням цього етапу є перше та безпосереднє знайомство тьютора з учнем, встановлення з ним доброзичливих відносин. Під час цієї зустрічі тьютор визначає загальне відношення учня до навчання, його особисте ставлення до предмету та його погляд на труднощі у навчанні.

Через те, що основою для співпраці тьютора та тьюторанта є добровільність, тьютор повинен приділити особливу увагу створенню атмосфери доброзичливості та безпеки під час першої зустрічі. Довірливі відносини поступово сформуються протягом декількох зустрічей [7, с. 48].

Тьютор повинен налаштувати учня на навчання. Під час цієї зустрічі тьюторант має зрозуміти роль тьютора, його функції, можливості та, що дуже важливо, сферу особистої відповідальності.

#### **Етап планування діяльності.**

На етапі складання плану тьютор повинен співпрацювати з учнем. Разом з ним формулює основну мету, конкретні завдання та визначає загальні напрямки подальшої роботи у предметі. Таким чином, тьютор виконує одну з головних задач своєї роботи – розвиток вмінь самостійного навчання у свого підопічного.

Після того, як визначена головна мета та задачі, тьютор допомагає учневі підібрати допоміжні засоби навчання (словники, довідники, інтернет-ресурси). За необхідності тьютор пояснює особливості користування цими засобами.

Лише після того, як проведена підготовча робота, складається програма та розклад конкретних тьюторіалів. У класичному варіанті кількість зустрічей тьютора та тьюторанта складає 8-12 тьюторіалів. Тетяна Швець, директор програми «International Academy of Tutoring», рекомендує наступні схеми зустрічей тьютора та його підопічного [7, с. 62]:

- а) зустрічі щотижня по 15 хв і раз на місяць по 45-60 хв;
- б) зустріч щотижня по 30 хв;
- в) зустріч раз на два тижні по 45-60 хв.

Для молодших школярів найбільш прийнятним є такий розклад:

- а) зустрічі по 15-20 хв раз на тиждень для учнів 1-2-х класів;
- б) зустрічі по 30 хв раз на тиждень для учнів 3-4-х класів.

Для учнів середньої школи:

- а) зустрічі по 30-40 хв раз на тиждень для учнів 5-6-х класів;

б) зустрічі по 45 хв раз на тиждень чи раз на два тижні для учнів 7-8-х класів;

в) зустрічі по 45-60 хв раз на один чи два тижні для учнів 9-11-х класів.

Але єдиних рекомендацій щодо кількості та тривалості занять під час співпраці з дитиною з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивної школи бути не може. У кожному окремому випадку слід враховувати багато факторів: складність поставлених задач, стан здоров'я учня, можливості його фізичної та розумової працездатності тощо. Інформація щодо здоров'я та можливостей дитини є опорою під час складання розкладу занять.

Одже, план дій тьютора і тьюторанта є приблизним та може змінюватись. Всі зміни, які тьютор вносить в план, мають бути обов'язково обговорені з учнем. Таким чином тьютор формує в учня вміння аналізу, оцінки, саморефлексії та планування, тобто розвиває навчально-пізнавальну компетентність у свого підопічного [8, с. 15].

На етапі планування майбутньої діяльності тьютора і його тьюторанта ми виділяємо наступні стадії:

- 1) визначення мети та задач співпраці;
- 2) підбір допоміжних засобів навчання;
- 3) формування орієнтовної програми дій.

Усі дії тьютор і тьюторант обов'язково оформлюють у письмовому вигляді. Тьютор заносить дані в індивідуальний план вивчення предмету. А для тьюторанта корисним буде індивідуальний планер для навчання з відповідними підрозділами.

#### **Етап реалізації.**

Головна мета роботи тьютора з іноземної мови обумовлена головною метою навчання іноземної мови у початковій школі, і полягає у формуванні в учнів комунікативної компетенції [9]. У свою чергу, за допомогою спілкування вирішуються задачі корекційної педагогіки: формування навичок соціальної поведінки та розвиток умінь та навичок, необхідних для подальшого успішного самостійного життя та трудової діяльності [10, с. 47].

Тобто, завдання тьютора з іноземної мови під час роботи з дитиною з особливими освітніми потребами полягає у поєднанні загальноосвітньої роботи з предмету та корекційної роботи. Саме в цьому й виявляється головна відмінність роботи тьютора від роботи вчителя іноземної мови, репетитора або помічника дитини.

Поєднання освітніх і корекційних технологій розвитку та навчання дітей з особливими освітніми потребами сприяє формуванню пізнавального інтересу учня та поліпшенню його взаємодії з іншими учнями на уроках іноземної мови [11, с. 84].

Подібний підхід дозволяє вирішити питання, що постають перед усіма

учасниками навчально-виховного процесу під час викладання іноземної мови для дитини з особливими освітніми потребами, а саме:

- зниження розумового та психологічного навантаження на дитину;
- розвиток навичок спілкування як іноземною, так і рідною мовою;
- розвиток навичок самоосвіти;
- підвищення мотивації до вивчення предмета;
- створення ситуації успіху.

Однією із функцій тьютора з іноземної мови на етапі реалізації є постійний моніторинг успіхів та досягнень учня за допомогою контролю оцінок, отриманих на уроках, бесід із вчителем. Тьютор може самостійно скласти тести для перевірки знань та стійкості навичок учня. Постійний моніторинг різноманітними засобами дозволяє вчасно вносити корективи в загальний план роботи.

#### **Етап підбиття підсумків.**

На цьому етапі тьютор і тьюторант повинні проаналізувати виконаний план дій та ефективність його реалізації, обов'язково поставити нові цілі та завдання. Тьютор може допомогти своєму підопічному скласти новий план, який буде враховувати досягнення і відповідати новим цілям.

Викладене вище дає підстави підсумувати, що тьюторський супровід учня із особливими освітніми потребами під час вивчення предмету «Іноземна мова» в інклюзивному закладі навчання є важливим, а в деяких випадках – єдиним, інструментом, який дозволяє розв'язати низку проблем, що постають як перед вчителем іноземної мови, так і перед дитиною.

Наслідками впровадження тьюторського супроводу в процес вивчення іноземної мови є індивідуалізація навчання; формування в учнів навичок самостійного навчання; розвиток навичок спілкування іноземною та рідною мовами; прискорена соціалізація дитини з особливими освітніми потребами; створення об'єктивної ситуації успіху; зняття додаткового навантаження з вчителя. На нашу думку, у більшості випадків без тьюторського супроводу практично неможливо досягти таких результатів та втілити у дійсність знання дитини з особливими освітніми потребами, а відтак, залишатимуться не вирішеними кінцеві цілі навчання іноземної мови в системі інклюзивної освіти.

Уважаємо, що проблема застосування тьюторського супроводу для навчання іншомовного спілкування є перспективною та потребує надалі наукового вивчення.

#### **Список використаних джерел**

1. Заєркова Н., Трейтяк А. Інклюзивна освіта від А до Я: порадник для педагогів і батьків / Н. Заєркова, А. Трейтяк. – К.: 2016. – 68 с.

2. Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2053-19>.

3. Кембриджський словник англійської мови: значення та визначення [Електронний ресурс] / Режим доступу до словника: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/tutor>.

4. Кембриджський словник англійської мови: значення та визначення [Електронний ресурс] / Режим доступу до словника: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/tutorial>.

5. Сторожук Н.А. Структурно-функціональний аналіз основ діяльності тьютора в системі організації та супроводу навчально-виховного процесу у вищому навчальному закладі / Н.А. Сторожук, О.Ф. Сальнікова, Л.О. Ряба // Збірник наукових праць Військового інституту Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2013. – Вип. 44. – С. 238-245.

6. Луценко І.В. Створення індивідуальної програми розвитку для дітей з особливими освітніми потребами: методичний посібник / І. Луценко, Н. Заєркова. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. – 66 с.

7. Швець Т.Е. Тьюторинг. Практика впровадження / Тетяна Едуардівна Швець. – Київ: «Вид. група «Шкільний світ», 2017.– 120 с. – (Бібліотека «Шкільного світу»).

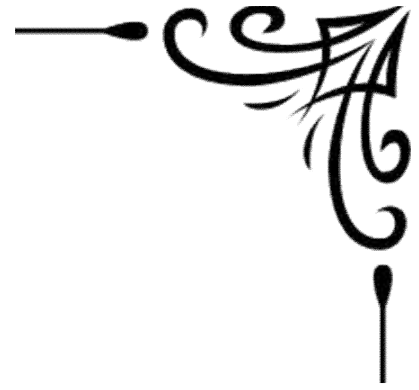
8. Турчина І.С. Формування навчально-пізнавальної компетентності учнів початкової школи як педагогічна проблема / І.С. Турчина, Н.М. Вахрушева // Молодий вчений. – 2018. – № 2.1 (54.1). – С. 13-16.

9. Пояснювальна записка до навчальної програми з іноземних мов загальноосвітніх та спеціалізованих навчальних закладів 1-4 класи [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/programy-1-4-klas/inozemna-mova-poyasnyuvalna-znz-szsz-1-4-klas-belyaeva-xarchenko-finalna-zv.pdf>.

10. Скиба Г.О. Особливості викладання іноземної мови в інклюзивному закладі освіти / Г.О. Скиба // Сучасна педагогіка та психологія: від теорії до практики: Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 26-27 серпня 2016 р. – Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2016. – С. 47-49.

11. Пахомова Н.Г. Методологічні основи та структурні компоненти педагогічних технологій корекційної роботи / Н.Г. Пахомова // Корекційна педагогіка і спеціальна психологія. – 2010. – С. 81–85.





## **РОЗДІЛ ІІІ**

**ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ Й ТЕХНОЛОГІЇ  
У РОБОТІ З РОДИНОЮ, ЯКА ВИХОВУЄ ДИТИНУ  
З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**



Тетяна Ярославівна Озерова

*м. Запоріжжя*

*e-mail:osvita@zoda.gov.ua*

## **ОРГАНІЗАЦІЯ ШКОЛИ «БУТИ БАТЬКАМИ» НА ПРИКЛАДІ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНИХ ПРАКТИК У ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Співпраця з батьками – це питання, яке є болісним для багатьох шкіл. Найчастіше вирішенню розбіжностей заважає середовище недовіри та невміння встановити діалог. Сьогодні, Нова Українська школа – це школа, де серед пріоритетних напрямків реформування освіти відзначено, що в основу національного навчального закладу покладено такі чинники: принцип єдності сім'ї та школи, наступності та спадковості поколінь, організація родинного виховання та освіти. І це закономірно, адже побудувати повноцінну національну школу без родинного виховання, активної участі й підтримки батьків неможливо [5; 6]. Як два крила у птаха, що допомагають йому вільно літати в безмежному просторі, так сім'я та школа створюють оптимальне освітнє середовище для вільного й повноцінного розвитку особистості школяра. Їх співпраця є важливою умовою ефективної роботи, спрямованої на створення атмосфери доброзичливості та взаєморозуміння, з опорою на народні та сучасні педагогічні надбання, національну й світову культуру, вселюдські та національні моральні цінності [3; 15].

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 р. № 545 «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр» (зі змінами, внесеними згідно з постановою КМУ № 617 від 22.08.2018) в Україні створюється мережа інклюзивно-ресурсних центрів, які є установами, що виникають з метою забезпечення права дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, у тому числі в закладах професійної (професійно-технічної) освіти та інших закладах освіти, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти, шляхом проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини (далі – комплексна оцінка), надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг та забезпечення їх системного кваліфікованого супроводу [4; 11; 12; 13].

Інклюзивно-ресурсний центр (далі – ІРЦ) провадить діяльність з урахуванням таких принципів, як: повага та прийняття індивідуальних особливостей дітей, дотримання найкращих інтересів дитини, недопущення дискримінації та порушення прав дитини, конфіденційність, доступність



освітніх послуг з раннього віку, міжвідомча співпраця.

Основне завдання ІРЦ – це проведення комплексної оцінки з метою визначення особливих освітніх потреб дитини, розроблення рекомендацій щодо освітньої програми, надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг відповідно до потенційних можливостей дитини.

Окрім реалізації основного завдання, працівники ІРЦ беруть участь у роботі команд психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладах загальної середньої та дошкільної освіти, а також психолого-педагогічних комісіях спеціальних закладів загальної середньої освіти з метою моніторингу динаміки розвитку дитини; надають консультації та взаємодіють з педагогічними працівниками закладів дошкільної, загальної середньої, професійної (професійно-технічної) освіти та інших закладів освіти, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти, з питань організації інклюзивного навчання.

Значну увагу педагогічні працівники ІРЦ приділяють наданню методичної допомоги батькам дітей з особливими освітніми потребами (далі – ООП) щодо особливостей організації надання психолого-педагогічних і корекційно-розвиткових послуг, особливостей створення розвивального середовища для дитини з ООП, формуванні позитивної мотивації щодо розвитку таких дітей.

Організація інформаційно-просвітницької діяльності здійснюється шляхом проведення конференцій, семінарів, засідань за круглим столом, тренінгів, майстер-класів з питань надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг дітям з ООП.

Школа «Бути батьками» (далі – Школа) створюється для батьків, бабусь і дідусів, усіх тих, хто живе разом з дитиною і чий основним завданням є допомогти їй гармонійно розвиватися, успішно досліджувати світ, навчитися бути щасливим. Основною місією Школи є забезпечення системної взаємодії органів державної влади, інклюзивно-ресурсних центрів, закладів освіти, суспільних організацій та батьківських об'єднань задля реалізації єдиної мети – становлення та розвитку здорової, врівноваженої й успішної особистості. Вперше роботу школи «Бути батьками» розпочато в Запорізькій області у 2018 році, і до сьогодні вона успішно впроваджується в закладах освіти. Після підписання Меморандуму про співпрацю щодо створення та забезпечення функціонування Школи командою області розроблено організаційно-структурну модель соціального партнерства, розроблено Положення про Школу, орієнтовний План роботи [16; 17].

Одним із найцінніших джерел підтримки для батьків дітей з особливими освітніми потребами є спілкування з іншими батьками.

Зазначена комунікація особливо цінна тим, що надає батькам змогу зустрітися з тими, хто йде схожою життєвою дорогою, знає її «зсередини». Це сприяє відкритості й готовності слухати, можливості бути почутим, відчувати прийняття й розуміння; допомагає підтримати ближнього й самому дістати підтримку, поділитися досвідом і почути про досвід іншого.

#### **Основні цілі Школи:**

- зрозуміти важливість і корисність партнерських стосунків між членами родин дітей, педагогами й іншими фахівцями;
- визначити основні напрямки допомоги родинам з ООП;
- зрозуміти, що для кожної родини характерні свої цінності, переконання, підходи та пріоритети;
- з'ясувати, які перешкоди заважають членам родин брати участь у Школі;
- ознайомитися з ефективними стратегіями налагодження партнерських стосунків з родинами.

#### **Головні принципи Школи:**

- сім'я є первинним середовищем життя дитини, місцем набуття першого соціального досвіду;
- зміцнення й розвиток сімейних взаємозв'язків між батьками й дітьми підвищує соціальні адаптаційні можливості всіх її членів (відкритість, готовність співпрацювати, здатність до саморозвитку).

#### **Завдання Школи:**

- інформування: фахівець надає членам сім'ї потрібний і достатній у кожному конкретному випадку обсяг знань про стан здоров'я дитини, закономірності й особливості розвитку, її можливості й ресурси, питання навчання й виховання такої дитини;
- індивідуальне консультування з окремих конкретних проблем (особистісних батьківських або поведінкових проблем дитини, що стосується її умінь і навичок), пошук вирішень проблемних ситуацій психологічного, виховного й педагогічного характеру;
- сімейне консультування задля підтримки в подоланні емоційних і комунікативних порушень у сім'ї, що виникають унаслідок народження особливої дитини;
- індивідуальні заняття з дитиною: що спрямовані на розвиток самої дитини і способи навчання батьків корекційно-розвивальним технологіям;
- колективна діяльність: організація роботи батьківських груп (групи творчого дозвілля, групи самодопомоги).

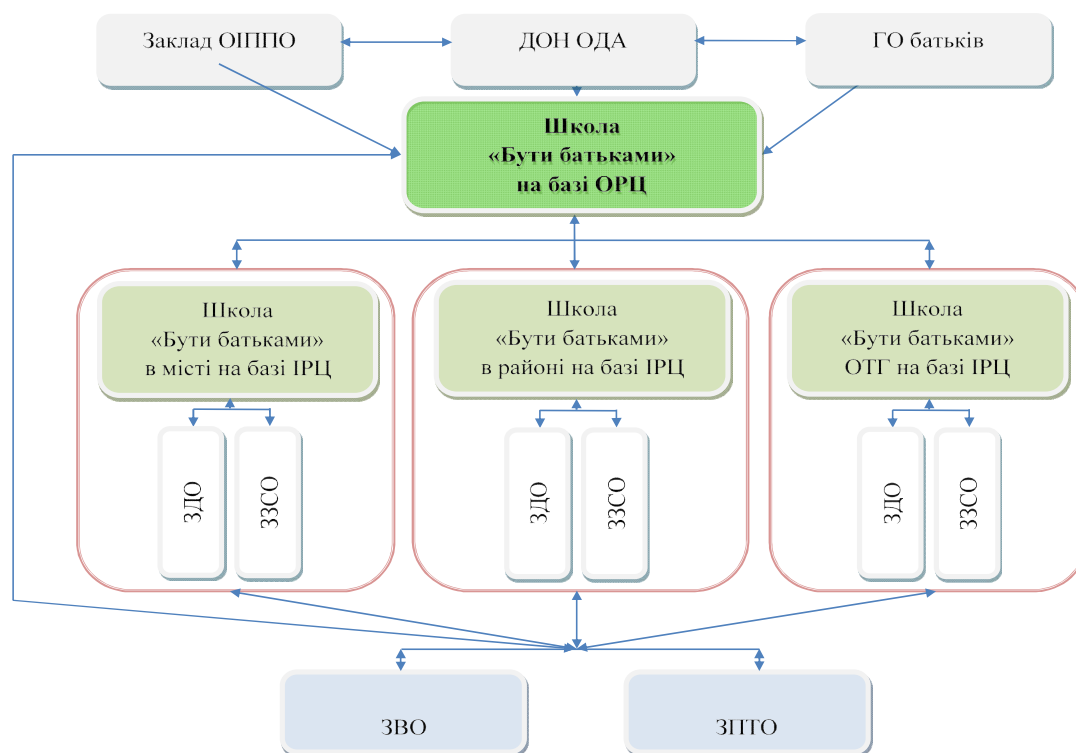


Рис. 1. Організаційно-структурна модель соціального партнерства школи «Бути батьками»

### ОРІЄНТОВНИЙ ПЛАН РОБОТИ

школи «Бути батьками» КУ «Інклюзивно ресурсний центр»

№ з/п	Тематика засідання	Дата проведення	Зміст практичної діяльності	Відповідальні	Примітка
1.	«Чужої біди не буває»	грудень	1. Анкетування батьків. 2. Стилі батьківської поведінки. 3. Умови ефективного виховання в сім'ї. 4. Пам'ятка для батьків	Фахівці ІРЦ	Круглий стіл для батьків
2.	«Діти – дзеркало батьків»	січень	1. Вправа «Вітаю Вас» 2. Вправа «П'ять найважливіших подій у житті». 3. Вправа «Які ви батьки?» 6. Вправа «Правила для дитини». 7. Вправа «Я гарний вихователь». 8. Рефлексія. Підсумки тренінгу 9. Вправа «Оплески».	Фахівці ІРЦ	Тренінгове заняття для батьків

3.	Арт-заняття для батьків «Теплі та холодні кольори»	лютий	1. Позитивна самооцінка – основа життєвого успіху дитини. 2. Вправа «Поглянь на світ очима дитини».	Фахівці ІРЦ	Арт-заняття для батьків
4.	«Приймайте, мами привітання»	березень	Концертна програма.	Фахівці ІРЦ	Святковий концерт
5.	«Розвиваємо мовлення дітей»	квітень	1. Консультація учителя – логопеда «Правила спілкування з дітьми». 2. Презентація для батьків «Мовленнєвої пам'ятки – поради» та буклету «Поради батькам щодо розвитку мовлення дітей».	Учитель – логопед	Практичне заняття
6.	«Розвиток пізнавальних процесів за методом Глена Домана»	травень	1. Глен Доман, його відчуття, що сколихнуло світ. 2. Основні принципи та правила навчання за методикою Домана «Вундеркінд з пелюшок».	Учитель – дефектолог	Практичне заняття
7.	«Нозологія у дітей з ООП»	серпень	1. Різновиди захворювань. 2. Етіологія виникнення. 3. Засоби та способи боротьби з захворюваннями.	Учитель – реабілітолог	Семінар
8.	Моніторинг запитів і потреб батьківської громадськості	протягом року	Анкетування, опитування	Фахівці ІРЦ	Консультаційні бесіди

9.	Супровід і консультування педагогічних працівників	протягом року	Батьки й інклюзивна освіта	Фахівці ІРЦ	Круглі столи, тренінги
----	--	---------------	----------------------------	-------------	------------------------

## ПРИКЛАДИ ТРЕНІНГІВ

**Тренінг для батьків дітей з ООП (тренер – практичний психолог)**

**Тема: «Формування адекватного сприйняття батьками своїх дітей»**

**Мета:** підвищення компетентності батьків у вихованні дітей; формування відповідального ставлення до фізичного, психічного, інтелектуального розвитку дитини з особливими освітніми потребами.

**Завдання:**

- 1) надання своєчасної психологічної й інформаційної допомоги сім'ям, що виховують дитину з ООП;
- 2) формування ефективної батьківської позиції;
- 3) розвиток відповідальності батьків за соціалізацію дитини;
- 4) побудова позитивного образу дитини, її майбутнього через зміну батьківських уявлень;
- 5) формування інтересу батьків до особистісного розвитку дитини на основі компенсаторних можливостей;
- 6) навчання батьків корекційно-розвивальній взаємодії з дитиною.

**Цільова група:** батьки дітей з особливими освітніми потребами, що відвідують ІРЦ.

**Термін реалізації:** 1 раз на місяць (з січня по травень).

**План тренінгу:**

- 1 блок – «Особливості взаємодії дитини з батьками» – січень;
- 2 блок – «Спілкування з дитиною» – лютий;
- 3 блок – «Як виявляти батьківську любов» – березень;
- 4 блок – «Вчимося вимагати та контролювати» – квітень;
- 5 блок – «Особливості інклюзивної освіти» – травень.

## Тренінг «Уміння володіти собою»



**Слово директору ІРЦ**

**Слово мамі-волонтеру (правила групи)**

**Психолог:**

– Добрий день, шановні батьки та гості нашого ІРЦ! Ми дуже раді вітати вас на засіданні школи «Бути батьками».

### **1 Знайомство:**

– Ми всі завітали сюди з різних куточків нашого міста для того, щоб мати змогу звернутися один до одного. Я пропоную познайомитися.

На аркуші паперу напишіть своє ім'я (воно може бути вигадане) і на першу літеру придумайте три прикметники, які б вас охарактеризували (5 хв.):

- оригінальна
- освідчена
- охайна

**2.** – А зараз я хочу запропонувати переглянути відеоролик, про те як було подано оголошення про прийняття на роботу, і як реагували люди на це оголошення... Відеоперегляд

Як ви зрозуміли нас об'єднує те, що ми з вами мами, вступили на цю важку роботу, яка вимагає працювати без обіду, іноді без сну 24 години на добу, 365 днів на рік. І ми намагаємося бути завжди у формі, зібраними, цілеспрямованими. Але виникають різні життєві ситуації, які викликають різні емоції. Як впливають наші емоції на внутрішній стан дитини? [1; 10].

### **3. Вправа «Сосуд». Посудина з водою.**

Внутрішній стан нашої дитини – це завжди напівнаповнений посуд, який ми доповнюємо протягом життя:

- наповнюємо його любов'ю (висипаємо червоний колір),
- наповнюємо радістю (блисківки),
- добротою, ласкою.

Тоді внутрішній світ дитини яскравий, його хочеться споглядати.

Але іноді ми, не впоравшись з собою, додаємо: гірких слів (чорний перець); образу (чорна сіль) – і він кардинально змінюється, і саме тоді в дитини виникає такий душевний стан, який у майбутньому позначається через тривожність, неврози, гіперактивність, з якими ми намагаємося впоратися [2].

### **4. Як стримати себе у хвилини стресу, емоційного роздратування.**

#### **Вправа «Кошик порад».**

### **5. Як випустити безпечно емоції назовні?**

– Прислухайтесь до себе, відчуйте те, що турбує вас з середини. Де воно розташовано?

Візьміть клей і відобразіть цей стан на папері. Присипте все сіллю, дуже багато. Струсіть залишки солі в смітник.

Подивіться і зрозумійте, який колір ви хотіли б нанести, візьміть пензлик, або ватну паличку, і розфарбуйте.

Хто хоче поділитися своїми відчуттями?

- Які відчуття у вас зараз?
- Чи були якісь труднощі?
- Чи вдалося позбавитися цього відчуття?
- Чим краще було малювати?





## 6. Вправа «Свіча»

Давайте станемо в коло.

Коло – це цілісність, єдність. Вогонь – це одна з стихій, на яку можна дивитися нескінченно, яка спалює увесь негатив. Зараз ми з вами передаватимемо по колу свічу, а ви, дивлячись на неї, подумайте, що ваші залишки тривоги і стресу, ваші переживання спалить полум'я.

## 7. Відеоролик «Бережіть дітей своїх».

## 8. Зворотній зв'язок.

Мені вдалося...

Мені сподобалось...

Я б хотіла...

## Тренінг «Причини поганої поведінки дитини»

**Мета:** сприяти становленню батьківської компетентності, формувати вміння та навички конструктивної взаємодії батьків і дітей у сім'ї.

### Завдання:

- урізноманітнювати форми роботи з батьками;
- сприяти критичному осмисленню стійких стереотипних установок у сімейному вихованні;
- розширювати та збагачувати знання щодо ролі емоційної сфери у становленні особистості дитини;
- розвивати вміння будувати діалогічну взаємодію при вирішенні проблемних ситуацій;
- виховувати педагогічну компетентність батьків.

**Матеріали:** ватман, маркер, папір для нотаток, ручки, картки із завданням.





## Зміст

### 1. Вступне слово.

– Доброго дня! Рада усіх вас бачити!

Тема нашої зустрічі «Причини поганої поведінки дитини».

Напевно, ви погодитеся з тим, що погана поведінка дітей щодо вас, оточуючих або неповага до самого себе – це погано.

Дитина замкнулася, образилася, вередує, робить все наперекір, невпевнена у собі... Все це засмучує та викликає почуття занепокоєння за її майбутнє.

Адже так?

У такі моменти у нас виникає питання – чому?

Чому – не слухає?

Чому – капризує?

Чому – робить на зло?

Чому – не любить братика (сестричку)?

Чому – невпевнена у собі?

... і ще багато чому???

Хочу Вам сказати, що на всі ці «Чому?» і «Що з цим робити?» є відповіді. Саме їх ми і спробуємо сьогодні знайти.

### 1. Вправа-знайомство «Павутинка»

Перш ніж почати роботу, я пропоную вам познайомитися. Ця вправа допомагає більше дізнатися один про одного, а це, у свою чергу, допомагає покращити стосунки, знайти нових друзів. Кидаючи клубочок, пропоную по черзі назвати своє ім'я, ім'я своєї дитини та сказати, за що ви її любите.

Наприклад: **«Мене звати... Мою доньку/мого сина звати... Я люблю свою дитину за те, що...».**

Після того, як всі проговорили фрази, розплутуємо павутинку і дякуємо один одному оплесками.

### 2. Правила роботи в групі.

Пропоную учасникам створити умови спільної діяльності, щоб кожен почувався зручно і робота в групі була ефективною.

Для ефективного спілкування можна використати такі принципи:

– «тут і тепер» – розмова про те, що відбувається в групі в кожен конкретний момент;

– говоримо по черзі;

– «мобільна тиша»;

– відкриваємося новим враженням;

– приймаємо іншого, як себе;

– нікого не критикуємо, поважаємо думку інших;

- бути чесним із самим собою;
- підтримуємо один одного;
- не обговорюємо поза групою те, що відбувається в ній.

### **3. Вправа «Ситуація із життя».**

Три учасники отримують картки із завданням.

Ситуація 1. До Вас у гості завітала подружка. Невесела. Помітно чимось засмучена.

– Що з тобою? – питаєте.

– Зранку перекинула тарілку із супом, та ще й на килим. Півгодини відчищала. А, виходячи з дому, зачепила свою улюблену вазу. Розбилася вщент. Що зі мною сьогодні?

Що відповісте подрузі?

Ситуація 2. Вечір. Після важкого трудового дня.

Чоловік: «Я так втомився. Треба ще надворі поратися, а сил вже зовсім немає. Нічого не хочеться.

Дружина: «.....».

Що відповісте чоловікові?

Ситуація 3. Після обідньої перерви, зі сльозами на очах до кабінету заходить ваша колега.

– Що трапилося? – запитуете в неї.

– Я так боялася запізнитися на роботу, що, поспішаючи, зачепилась за поручень біля сходів і розірвала сукню. А вона ж зовсім нова. Другий раз лише одягла.

Що скажете колезі? [7; 8].

### **4. Тест «Ким Вас вважає Ваша дитина?»**

– Усім нам завжди здається, що ми гарні батьки, що робимо для своїх дітей усе найкраще, правильно виховуємо, маємо довірчі взаємини з дітьми. Та чи завжди це так? Спробуймо розібратися.

Оберіть, будь ласка, одну з відповідей і запишіть бали:

1. Якщо Ваша дитина отримала двійку у школі, Ваші дії?

– Змушу сидіти вдома та зубрити – 2 б.

– Допоможу дитині розібратися й вивчити тему – 3 б.

– Отримала двійку, отримає й кращий бал. Нічого страшного – 1 б.

– Піду до школи та влаштую вчителям скандал – 4 б.

2. Якщо дитина візьме гроші без дозволу і все витратить, якими будуть Ваші дії?

– Шкуру з неї спущу! – 2 б.

– Проведу бесіду, спробую все пояснити – 3 б.

– Нехай бере, для неї і працею – 4 б.

- Мої гроші не валяються деінде – 1 б.
- 3. Скільки часу щодня Ви спілкуєтеся безпосередньо з дитиною?
  - Необхідний мінімум – 2 б.
  - І вдень, і вночі – 4 б.
  - Увесь свій вільний час – 3 б.
  - У мене немає вільного часу для спілкування – 1 б.
- 4. Ви читали своїй дитині книжки перед сном?
  - Систематично – 3 б.
  - Зрідка – 1 б.
  - Ніколи, читав (ла) чоловік (дружина) – 0 б.
  - Ні до чого дитині перед сном забивати голову всілякими дурницями – 2 б.



- 5. Як Ваша сім'я проводить літній відпочинок?
  - Тато – на Захід, мама – на Південь, діти – до табору – 1 б.
  - Намагаємося завжди разом: і вдома, і в похід, і на море – 3 б.
  - Дітей відправляємо у гості до родичів або до табору – 2 б.
  - Куди дитина забажає, туди й поїде – 4 б.
- 6. Як часто Ви даєте дітям поради?
  - Щохвилини – 2 б.
  - Бережи Боже радити. Діти й самі все знають – 4 б.
  - За необхідністю – 3 б.
  - Раджу усім ніколи нікому не радити – 1 б.
- 7. Після сварки з дитиною хто з вас першим йде на примирення?
  - Той, хто першим усвідомлює, що був неправий – 3 б.

- Ніхто і ніколи – 1 б.
- Звичайно повинна дитина, вона ж менша – 2 б.
- Завжди я, шкода дитину – 4 б.

8. Чи довіряє Вам дитина свої таємниці?

- У моменти одкровенень – так – 3 б.
- Усі таємниці дізнаюся від сусідів і знайомих – 4 б.
- Таємниці дитини мені ні до чого – 1 б.
- Нікуди не подінеться, натисну на неї – довірить – 2 б.

9. Чи намагаєтеся Ви виконати всі бажання своєї дитини?

- Звичайно, всі до одного – 4 б.
- Так, якщо дозволяють кошти й час – 3 б.
- Бажання – так, капризи – ні – 2 б.
- Діти повинні виконувати бажання батьків – 1 б.

10. Чи здатні Ви передати свою дитину на довготривалій термін (більше місяця) на виховання до якогось закладу або родичів?

- Тільки якщо змушують обставини – 3 б.
- Саме так я і роблю – 2 б.
- У жодному разі – 4 б.
- Нехай живе там, де хоче – 1 б.

**Підрахуйте суму отриманих відповідей.**

Від 10 до 15. Ви – Байдужий.

Ви вважаєте дітей продуктом свого життя, що звалився на Вас невідомо звідки. Гасло «Хочу пожити для себе!» є відправним пунктом у побудові Ваших взаємовідносин з дитиною. Ви живете своїм життям, у якому дитині немає місця. Прохолодне ставлення до дитини не породжує в ній відповідне почуття прив'язаності. З кожним роком ви більше віддаляєтеся один від одного. Буденні зустрічі не несуть тепла та радості від спілкування. Матеріальне – єдине, що вас ще пов'язує. Після відокремлення цієї частини життя відбудеться остаточний розрив тендітної сполучної ланки, і ваші зустрічі стануть небажаними для обох сторін.

Від 16 до 25. Ви – Деспот.

Ви перебуваєте у повній впевненості, що Ви – голова сім'ї. І тому дитина повинна обов'язково слухати Вас і беззаперечно виконувати всі Ваші вимоги. Ваші судження – істина. Думка дитини, її інтереси та проблеми Вас мало цікавлять. У Вас є чіткий план дій щодо виховання та навчання дитини. Опір дитини Вашому шаленому напору лише підливає масла у вогонь. Не маючи сил протистояти, дитина намагається відійти в бік від постійного конфлікту, замикаючись у собі й мовчки вислуховуючи моралізування шаленого батька/матері. Не виключено, що в майбутньому, вирвавшись з-під

Вашого невсипущого нагляду, «послушник» буде робити все навпаки. Просто так! Зозла...

Від 26 до 34. Ви – Друг.

У Вас довірчі відносини з дитиною. Ви в курсі усіх її маленьких радощів і невдач. Дитина вважає Вас найближчим другом і намагається не засмучувати Вас ні словом, ні ділом. Та якщо таке стається, то ви швидко знаходите шляхи примирення, і конфлікт не перетворюється на тяжку війну. Ви впевнені у діях своєї дитини та здатні вгадати її поведінку в тій чи іншій ситуації. Дитина бачить у Вас надійну опору та захист. Ви говорите один з одним на рівних, не переходячи на примітивне панібратство. Ви вимогливі та достатньо суворі до своєї дитини. Ваші відносини побудовані на взаємній повазі.

Від 35 до 40. Ви – Прислуга.

Ваша дитина відкрито зневажає Вас. За власним бажанням Ви надійшли до неї на службу, потураючи з малих років усім примхам. Дорослішаючи, Ваша дитина все частіше перестає зважати на Вашу думку. Ви у відчай думаєте: «Що сталося з моїм лагідним раніше малюком?» Вам невтямки, що він просто став на філософську позицію Птолемея й відверто вважає, що увесь Всесвіт обертається навколо нього. Попереду ще та мить, коли прийде Коперник і пояснить влаштування світотворення, перевертаючи свідомість вашого вихованця з голови на ноги. Тільки чи допоможе це? Як знати...

### 5. Повідомлення «4 причини поганої поведінки».

1 причина поганої поведінки, мета дитини: ВЛАДА.

Що відбувається?	Бунтарська поведінка: «Я сам!», «Ви мене не змусите!», «Я все одно це зроблю (робитиму)!». Нескінченні суперечки, впертість, дії наперекір.
Як дитина реагує на зауваження?	Обурюється, злиться і цим погіршує свою поведінку. Сповнена рішучості сперечатися та доводити, що головна – вона. Заявляє: «І як ви мене можете змусити?»
Що відчуваєте Ви?	Гнів та злість.
Що робити? Як допомогти дитині?	Не вступати в суперечки. Надавати дитині вибір якомога частіше. Погоджуватися, що Ви не можете її змусити, але були б задоволені, якби вона послушалася. Виразити любов і вдячність за гарну поведінку в моменти спокою та слухняності.

2 причина поганої поведінки, мета дитини: УВАГА.

Що відбувається?	Увесь час смикає дорослого, прирікається, навмисне поводить себе ніяково, вимагає зайвого піклування,
------------------	---

	не підкоряється, ліниться. Дитині властива недосвідченість, забудькуватість, надмірна чутливість та лякливість.
Як дитина реагує на зауваження?	Тимчасово припиняє погано себе поводити, але пізніше все повторюється знову.
Що відчуваєте Ви?	Роздратування.
Що робити? Як допомогти дитині?	Планувати час з дитиною. Демонструвати їй своє гарне ставлення, коли вона поводить себе добре. Започаткувати сімейні традиції та приємні ритуали.

3 причина поганої поведінки, мета дитини: ПОМСТА.

Що відбувається?	«Ви вважаєте мене поганою дитиною? Але ви ще не знаєте, яка я погана. Зараз я вам покажу це!» Дитина «б'є» у найболючіше місце. Навмисне ображає Вас. Ревнує. Навмисно та жорстко йде на конфронтацію (зіткнення) з Вами. «Ви зробили мені погано – нехай і вам буде погано!..»
Як дитина реагує на зауваження?	Ще більше хоче помститися. Може поводити себе ще гірше. Може залякувати тим, що зробить щось жахливе. Може лихословити та поводити себе образливо.
Що відчуваєте Ви?	Образа
Що робити? Як допомогти дитині?	Не мститися у відповідь. Допомогти дитині відчути, що вона потрібна. Тримати себе в руках. Узяти паузу та заспокоїтися. Знайти причину образи дитини. Не карати. Зробити що-небудь для того, щоб відновити стосунки з дитиною. Попросити пробачення, якщо це необхідно. Любити... не за щось, а просто так.

4 причина поганої поведінки, мета дитини: УХИЛЕННЯ.

Що відбувається?	У дитини низька самооцінка. Низька успішність. «Нічого не хочу». «Все одно нічого не виходить». «Мені все одно». «І нехай я поганий!..» «Що б я не робила, мною завжди невдоволені». Намагається зайвий раз підкреслити свої слабкості та часто переконує нас у тому, що вона дурна і незграбна.
Як дитина реагує на зауваження?	Реакція взагалі може бути відсутня. Може наполягати на тому, що вона все одно не може зробити те, що від неї вимагають.
Що відчуваєте Ви?	Безнадійність, іноді – відчай.

Що робити? Як допомогти дитині?	Не жалійте. Не критикуйте. Не порівнюйте з іншими дітьми. На якийсь час залиште у спокої, нехай просто радіє дитинству. Ні про що не просить. А пізніше створіть ситуацію, у якій дитині вдасться досягти успіху, поступово ускладнюючи завдання. Підбадьорюючи дитину, виявляйте непідробну щирість.
---------------------------------	---

## 6. Практикум «Щоденник спостереження для батьків».

Пропонуємо на практиці використати ці знання, розглянувши конкретну ситуацію із життя (Обираємо та розписуємо ситуацію одного з батьків) [8; 9].

<b>Поведінка дитини</b> Що відбувається? Що я бачу?	
<b>Контекст</b> Які обставини та оточення	
<b>Мета дитини</b> Навіщо дитина так себе поводить? <i>Влада, увага, помста, ухилення (недієздатність).</i> У чому можлива причина такої поведінки у цій ситуації?	
<b>Моя проактивна реакція</b> Чим я можу допомогти? Якщо не знаєш, що робити, – не роби нічого! Візьми паузу і заспокойся. Склади план дій. Повернися до дитини та спокійно з нею поговори.	Чого саме я хочу навчити дитину? Як я збираюся це зробити? Як проявити співчуття? «Я» – повідомлення.

## 7. Повідомлення – обговорення «10 секретів слухняної дитини».

### 1. Самоконтроль

Ми не можемо контролювати наших дітей. Батьки можуть контролювати лише себе.

### 2. Джерело сил

Коли Ви не маєте сил, дуже важко контролювати себе та вести конструктивний діалог з дитиною. Перш за все, навчіться наповнювати себе та піклуватися про себе.

Те саме стосується і дітей. Дитина, яка почуває себе добре, буде, скоріше за все, і поводити себе добре (Виспатися, поїсти здорової їжі, награтися з друзями ін.).

### 3. Зв'язок із дитиною

Будь-яка ситуація повинна бути використана Вами, щоб зблизитися з дитиною, а не віддалитися.

Будь-яка погана поведінка – це прохання про допомогу. Коли дитина не слухається, вона просить вас: «Навчи мене! Я ще не знаю і не вмю робити це правильно!».

### 4. Співчуття

Не знецінюйте дитячі почуття. Усі радощі та прикрощі дитини дуже прості та незначні для нас. Для неї все це дуже серйозно. Це те, з чого складається її життя. Слухайте дітей і співчуйте їм, тоді діти слухатимуть Вас і погоджуватимуться з Вами.

### 5. Повага

Спілкуйтеся з дитиною так, як спілкувалися б з Вашим кращим другом. Напевно, Ви не будете сварити кращого (дорослого) друга за розбиту вазу чи порвану сукню.

### 6. Самостійність

Давайте вибір дитині та вчіть її нести відповідальність за його наслідки.

### 7. Комунікація

Навчіться говорити так, щоб дитина слухала, і слухати так, щоб вона говорила.

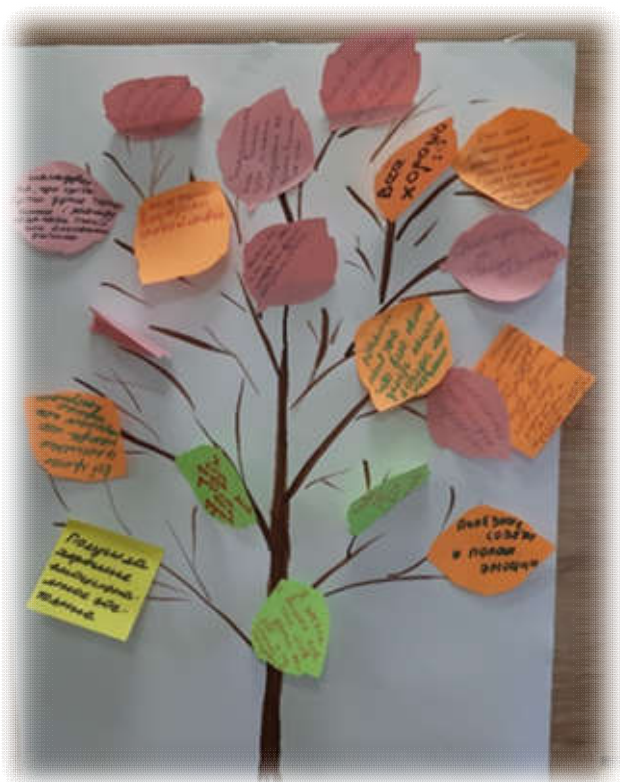
### 8. Дисципліна і кордони

Нам треба допомагати дитині формувати совість.

Покарання – це не виховання. Якщо ви хочете, щоб дитина засвоїла урок зі своєї неправильної поведінки, дозвольте наслідкам проявитися.

### 9. Наслідки

Дозволяйте дитині зіткнутися з неминучими наслідками її вибору. (Не купуйте нову іграшку, якщо вона загубила попередню, не готуйте щось смачненьке, якщо дитина відмовилася від обіду).







#### 10. Любов, а не страх.

Виховуйте дитину безумовною любов'ю, а не погрозами та залякуваннями. Дитина повинна відчувати і знати, що Ви її любите, не зважаючи на оцінку, яку отримала, чи вазу, яку випадково розбила [14].

#### 8. Рефлексія.

- Чи сподобалася вам зустріч?
- Що нового дізналися?
- Що зміните у стосунках з дитиною? Як саме?

#### Список використаних джерел

1. Бим-Бад Б. Метафізика педагогіки? Нет! Природа виховання: [об ошибках воспитания] / Б. Бим-Бад // Семья и школа. – 2006. – № 8. – С. 10-11.
2. Войтенко Т.І. Стилі батьківського виховання / Т.І. Войтенко // Шкільна б-ка. – 2007. – № 12. – С. 142-147.
3. Дитина в сім'ї / Упоряд. Т. Науменко. – К.: Ред. загальнопед. газ., 2005. – 128 с. – («Б-ка «Шк. світу»).
4. Закон України «Про освіту» (від 05.09.2017, № 2145-VIII)/ – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
5. Ищенко Г.Г. Школа родительской грамотности: [психологические знания – родителям] / Г.Г. Ищенко // Ребенок и взрослый: педагогика взаимопонимания. – М., 2007. – С. 56-118.
6. Інклюзивне навчання в закладах загальної середньої освіти: керівництво для тренера: навчально-методичний посібник. – [Електронний

ресурс]. – Режим доступу: [http://posibnyk.nus.org.ua/wp-content/uploads/HANDOUT-for-trainers\\_TOT-Sept-2018\\_corrected-final1-new.pdf](http://posibnyk.nus.org.ua/wp-content/uploads/HANDOUT-for-trainers_TOT-Sept-2018_corrected-final1-new.pdf)

7. Кравцова Г. М. Дитина і кар'єра, або Як бути гарними батьками, якщо Ви цілий день на роботі / Г.М. Кравцова; іл. Т.А. Болотіна. – Х.: Торсинг Плюс, 2008. – 160 с. – (Мистецтво бути батьками).

8. Кравцова Г.М. Неслухняні дітки, або Як навчитися розуміти свою дитину / Г. Кравцова; іл. Т.А. Болотіна. – Х.: Торсинг Плюс, 2008. – 160 с. – (Мистецтво бути батьками).

9. Мерзлякова О. Вікові етапи розвитку дитини / О. Мерзлякова // Інтерактивні заняття психолога з батьками. – К., 2008. – С. 12-16.

10. Мурашова Е.В. Ваш непонятний ребенок. Психологические проблемы детей / Е.В. Мурашова. – М.: Дрофа, 2002. – 416 с.

11. Наказ Міністерства освіти і науки України «Про затвердження Примірного положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти». № 609 від 08 червня 2018 року. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zatverdzhennya-primirnogopolozhennya-pro-komandu-psihologo-pedagogichnogo-suprovodu-ditini-zosoblivimi-osvitnimi-potrebami-v-zakladi-zagalnoyi-serednoyi-ta-doshkilnoyiosviti>.

12. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах», від 15 серпня 2011 р. № 872. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/872-2011-%D0%BF/paran8#n8>.

13. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр» від 12.07.2017 № 545 (із змінами, внесеними згідно з постановою КМУ № 617 від 22.08.2018). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://docs.google.com/document/d/18OFIWP0Pe8ymOT7iZF3RCJLbR3R4GFQi17mpYFmX81c/edit>.

14. Створення індивідуальної програми розвитку для дітей з особливими освітніми потребами: методичний посібник / Під заг. ред. Софій Н.З. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. – 66 с.

15. Школа для кожного. Навчальний посібник / Упорядник: Байда Л.Ю. – К., 2015. – 60 с. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ud.org.ua/images/pdf/School ForEveryone.pdf>.

16. <http://orc18.blogspot.com/p/blog-page.html>

17. <https://www.zoda.gov.ua/news/42872/v-melitopoli-pidpisanomemorandum-pro-stvorennya-oblasnoji-shkoli-buti-batkami.html>



**Наталя Миколаївна Фалько**

*м. Мелітополь*

*e-mail: falkontaliya@gmail.com*

**Анатолій Валерійович Немикін**

*м. Мелітополь*

*e-mail: anatolyn33@gmail.com*

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД СУЧАСНОЇ СІМ'Ї В ДІЯЛЬНОСТІ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА**

На сьогодні існують різні причини підвищеного інтересу до сім'ї та шлюбу. Небезпідставно ці проблеми досліджують представники різних сфер науки, таких як психологія, соціологія й філософія, правознавство й демографія, економіка й історія, медицина й педагогіка.

У ХХІ ст. шлюб ґрунтується на сумісності сучасних людей перш за все як особистостей. Спільне життя передбачає готовність подружжя поступатися, вміння враховувати потреби партнера, компроміс, розвиток у собі таких якостей, як взаємне розуміння, повага, довіра, спрацьованість [7].

Психологічній атмосфері сім'ї не властива перманентність. Вона залежить від членів родини, від їхніх зусиль, готовності докладати зусиль для розвитку відносин. Основою сприятливого клімату сім'ї є успішні взаємини між подружжям. Це обґрунтовує інтерес до обраної теми.

На жаль, прискорений темп сучасного життя, його урбанізація, поряд з постійно зростаючою відповідальністю та жорсткістю соціально рольових приписів, несприятливими тенденціями в соціально-психологічній динаміці розвитку сім'ї, брак морально-етичних засад у відносинах дорослих, низька соціально-психологічна культура спілкування призводять до порушень взаємин між батьками і дітьми. Для сучасної моделі родини властива зміна гендерних ролей, соціальна й географічна мобільність, панування системи «егоцентризму» з перевагою індивідуалізму, незалежності, особистих досягнень, посилення відчуття домінантного «Я» [11].

Сутнісною характеристикою психологічного супроводу сучасної сім'ї є створення умов для переходу особистості та (або) родини до самодопомоги. Умовно можна сказати, що в процесі психологічного супроводу фахівець створює умови та надає необхідну й достатню (але в жодному разі не надлишкову) підтримку для переходу від позиції «Я не можу» до позиції «Я можу сам долати свої життєві труднощі» [12; 13].

Методологічний аналіз наукової літератури дозволяє стверджувати, що сьогодні супровід – це особлива форма здійснення пролонгованої соціальної та психологічної допомоги – патронажу. На відміну від корекції, вона передбачає не «виправлення недоліків і переробку», а пошук прихованих ресурсів розвитку людини або сім'ї, опору на його (її) власні можливості та створення на цій основі психологічних умов для відновлення зв'язків зі світом людей [1; 8; 14].

Як система професійної діяльності психолога, психологічний супровід спрямовано на створення соціально-психологічних умов для емоційного благополуччя, успішного розвитку, виховання та навчання членів родини в ситуаціях соціально-педагогічних взаємодій.

До системи супроводу залучаються всі учасники процесу. Об'єктом психологічного супроводу може виступати або конкретна людина, конкретна сім'я, або група сімей.

Основною метою психологічного супроводу є створення сприятливих умов для оптимізації взаємин у родині [6].

Таким чином, психолог, вирішує в межах системи психологічного супроводу низку завдань, які є компонентами єдиної системи взаємодії:

– знайомство з особливостями та проблемами конкретної сім'ї й облік психологічних особливостей партнерів. Один з найцікавіших напрямів у сучасній сімейній психотерапії пов'язаний з виявленням і вивченням так званих патологізуючих ролей у родині. Йдеться про міжособистісні ролі, які через свою структуру та зміст здійснюють психотравмуючий вплив на членів сім'ї» [2];

– навчання навичкам конструктивної взаємодії всередині родини. Порушення сімейних уявлень викликають ланцюгову реакцію порушень у родині (зокрема, порушення цілепокладання). Така сім'я ставить перед собою цілі, які не можуть задовольнити її реальні потреби [5];

– формування адекватної соціальної самооцінки;

– розвиток особистісного потенціалу як один із способів самовдосконалення;

– активізація резервних можливостей для реалізації себе як особистості.

Розв'язання поставлених завдань забезпечить процес психологічного супроводу сім'ї в області особистісного, інтелектуального, духовного та морального розвитку.

### **Моделі психологічного супроводу родини.**

Існують різні моделі надання допомоги сім'ї, які може використовувати у своїй роботі психолог:

1. Педагогічна модель базується на гіпотезі нестачі педагогічної

компетентності батьків. Консультант разом з батьками аналізує ситуацію, окреслює програму заходів. Хоча причиною негараздів може бути сам батько чи мати, ця можливість відкрито не розглядається.

Психолог орієнтується не стільки на індивідуальні можливості батька чи матері, скільки на універсальні з точки зору педагогіки та психології способи виховання. Ця модель базується на припущенні про дефіцит у батьків знань і вмінь, пов'язаних з вихованням дітей. Вона має профілактичний характер. Її особливо потребують так звані проблемні, дисфункціональні сім'ї. Функції та структура родини можуть змінюватися в залежності від етапів її життєдіяльності. Існують різні системи виділення основних етапів життєвого циклу. Найбільш відома система «стадій», де в якості основної ознаки розмежування стадій використовувався факт наявності або відсутності дітей у родині та їхній вік [18].

Зазначена модель спрямована на підвищення психолого-педагогічної культури батьків, розширення та відновлення виховного потенціалу сім'ї, активне включення батьків у процес соціального виховання дітей. Для цього використовуються різні форми роботи. Поєднання теоретичних знань, їх закріплення в досвіді сімейного виховання, дискусії та практикуми, звернені до реальних труднощів сімейного виховання, створюють гарну основу батьківської компетентності.

2. Соціальна модель використовується в тих випадках, коли сімейні труднощі є результатом несприятливих зовнішніх обставин. За цих умов, окрім аналізу життєвої ситуації та рекомендацій потрібне втручання зовнішніх сил.

3. Психологічна (психотерапевтична) модель використовується тоді, коли причини труднощів і проблем пов'язані зі спілкуванням, особистісними особливостями членів сім'ї. Вона передбачає аналіз сімейної ситуації, психодіагностику особистості, діагностику. Практична допомога полягає в подоланні бар'єрів спілкування та виявленні причин його порушень. З урахуванням того, що відбувається в родині, найважливішим результатом більш суворого й систематичного підходу до сімейного інформаційного спілкування є виявлення численних моментів, які можуть стати на заваді спілкуванню, спотворити його зміст – бар'єрів спілкування [17; 19].

4. Діагностична модель ґрунтується на припущенні щодо дефіциту у батьків спеціальних знань про свою сім'ю. Об'єкт діагностики – родина, зокрема діти та підлітки з порушеннями й відхиленнями в поведінці. Діагностичний висновок може слугувати підставою для прийняття організаційного рішення.

5. Медична модель передбачає, що в основі сімейних труднощів лежать

хвороби. Завдання психотерапії – поставити діагноз, лікувати хворих та адаптувати здорових членів сім'ї до хворих.

Психолог може використовувати різні моделі допомоги родині залежно від характеру причин, що зумовлюють проблему дитячо-батьківських і подружніх відносин.

Психокорекційна робота є найважливішою в процесі психологічного супроводу сімейних пар. У цьому випадку розглянемо методика, яка проводилася з 15-ма подружжями. Для роботи була зібрана група сімейних пар, різних за віком та досвідом родинних відносин. Методика мала мету – оновлення стосунків між подружжям, досягнення кращого взаєморозуміння, згоди при конфліктах. Для кожної пари передбачалася велика кількість самостійної роботи. Зустрічі проходили у форматі групи, але тривалий час сім'я обговорювала питання та ділилася один з одним відповідями [9].

Методика «Значущий шлюб» (The significant marriage), автори Дейв та Мері Готі, США (адаптовано для України) [3].

Що є «Значущий шлюб»? Це означає цілісно, як пара, увійти в істотно важливі речі, для яких ви були створені... Вирішити здійснювати унікальний та сильний вплив на кожного, з ким маєте справу, такий вплив, який змінює життя. Це бути екстраординарним, а не просто залишатися таким, як всі. Хто вирішує те, що якась людина чи дія екстраординарні? Ми віримо, що кожному надається можливість, але саме ми вирішуємо: використати її чи просто проігнорувати.

Що насправді є важливим, так це використовувати свій характер, обдарованість і пристрасть, які є у вас, використовувати все те, що у вас поєдналося в шлюбі, для того, щоб досягати мети.

Аби мати такий шлюб, вам потрібно плекати все, що є доброго, для того, щоб ви мали з чого віддавати, спираючись на сильну основу. Вам також потрібно позбутись у шлюбі всього того, що приносить шкоду, аби бути вільними для фокусування вашої енергії на виконанні бажаного, а не перейматися з'ясуванням конфліктів.

Знаючи, що ви перебуваєте в здоровому місці, де вас люблять, ви будете вільними для пошуку свого призначення, і, нарешті, вам потрібно бути наполегливими в тому, аби разом створити план, виконання якого допоможе стати більш зрілими і як особистість, і як пара.

Як подружжя, ви можете зробити вибір на користь того, аби жити зручним для вас життям, або можете через своє життя подарувати комусь надію, принести надзвичайні зміни, зцілення, підбадьорення, силу, навчання, заспокоєння і любов. Зовсім не важливо, чим саме ви займаєтесь. Значення має лише те, щоб ви були вірними своїм цілям та погляду на ваше життя та

сповна використовували ті можливості, які маєте.

Завдання психолога при застосуванні цієї методики:

- надати інструменти й уявлення, котрі покращуватимуть та захищатимуть ваш шлюб;
- допомогти зрозуміти та викристалізувати мету для вас, як для пари;
- допомогти розробити план для створення «значущого шлюбу»;
- надати ресурси для того, щоб проходячи всі етапи методики, ви могли продовжувати захищати ваш шлюб і шукати нову мету для нього.

**Значущий шлюб підсилює найкраще в партнері**, приймає, розуміє (у більшості випадків) і шанує партнера. Перше, чому пари повинні присвятити себе, створюючи такий шлюб – це обрати ставлення, котре б допомагало кожному з нас вірити в себе й один в одного, а також радіти дарам, характерам, минулому і пристрасті, які кожен з нас приніс у шлюб. Для цього – звертайте увагу на те, що є гарного у вашого партнера.

Чотири стилі любові, які належать партнерам у шлюбі:

1. Лідер – партнер, який бере відповідальність на себе. Фокус на досягнення, швидкий темп.

2. Оптиміст – партнер, що підтримує. Фокус на людей, швидкий темп.

3. Експерт – дбайливий партнер. Фокус на досягнення, повільний темп.

4. Валідатор – посвячений партнер. Фокус на людей, повільний темп.

Орієнтовані на проєкт: керуються конкретними цілями; працюють зі списками завдань; сконцентровані та сфокусовані; відкладають задоволення; змушують інших нервувати.

Орієнтовані на людей: сердечні зв'язки; не мають списку завдань; дозволяють, щоб їх переривали; допомагають іншим почуватися комфортно.

Ті, хто мають швидкий темп: «поділяй та володарюй»; нетерплячі; рвуться до бою; збуджені й енергійні.

Ті, хто має повільний темп: «об'єднайся і поступайся»; готові до відпочинку; постійні та стабільні; «ходять» довкола теми.

Таблиця 1

### Порівняння різних стилів любові

Назва	Лідер	Оптиміст	Валідатор	Експерт
Опис	Виконавець	Промовець	Споглядач	Мислитель
Мотивація	Сила	Популярність	Мир	Досконалість
Потреба	Контроль	Задоволення	Гармонія	Досконалість
Страх	Поразка	Відкидання	Конфлікт	Посередність
Задоволення	Виграти час	Домогтися схвалення	Здобути вірність	Досягти якості
Девіз	«Якщо справа варта того – роби її зараз»	«Якщо справа варта того – нехай робота буде веселою»	«Якщо справа варта того – ми зробимо її разом»	«Якщо справа варта того – треба зробити її якісно»

Найкращі риси	Цілеспрямований Сфокусований Впевнений у собі Візуаліст Працьовитий	Веселий Позитивний Переконливий Соціальний Підбадьорює	Вірний Згоден Думаючий Толерантний Плекаючий	Акуратний Відповідальний Все за планом Цілеспрямований Реальний
Найгірші риси	Упертий Нечутливий Роздратований Нестримний Домінуючий	Уникає конфліктів Драматизує Відкладає Забуває Не дотримується завдань	Інтроверт Коливається Не гнучкий Без ентузіазму Догоджає	Нав'язливий Критичний Капризний Підозрілий Жорсткий
Визначення любові	«Любити – означає цілеспрямовано й активно будувати спільне майбутнє»	«Любити – це бути уважним і надавати один одному відчуття любові та прийняття»	«Любити – це запевняти, що ми в одній команді»	«Любити – це бути бездоганим, точним у нашому посвяченні та стандартах»
Сталення до конфлікту	«Давай знайдемо швидке рішення»	«Давай працювати разом, щоб вирішити його»	«Дай мені спершу самому подумати»	«Дай мені подивитися на нього з різних боків»
Життєва концепція	«Склянка наполовину повна, доки я контролюю процес»	«Склянка наполовину повна і в ній є значно більше, аніж ти думаєш»	«Склянка наполовину порожня, але ми разом впораємося»	«Склянка наполовину повна, але, швидше за все, протікає»

У кожній категорії (рядку) потрібно позначити слово або фразу, яка описує риси вашого характеру. Це необхідно зробити у двох клітинках, тому що кожній людині притаманні риси різних стилів. Потім порахувати й помножити на 2. Таким чином виявляються 2 основних стилі любові (один може бути більш вираженим) [16].

Поради для кожного партнера: що робити, маючи розуміння про себе та про свого партнера, про свій стиль любові та про стиль любові партнера.



### 1. Лідер.

Як покохати партнера-лідера, який бере на себе відповідальність: приєднуйся або не заважай, не дивись зверхньо, поступися там, де це можливо, полегшуй життя свого партнера, зрозумій скарги, суттєву різницю в статі, щедро хваліть.

Партнер, який бере на себе відповідальність, відчуває радість і любов, коли ви допомагаєте йому (їй) досягти мети.

Якщо ви є партнером-лідером: вигадайте для себе нагадування, будьте терплячим, знизьте темп, приборкайте свій гнів [20].

### 2. Оптиміст.

Як покохати підбадьорливого партнера-оптиміста: постійно підбадьорюйте його, будьте непередбачуваними, поділяйте його невдачі, уточнюйте деталі, просіть бути чесним, демонструйте більше почуттів, будьте гнучкими в планах.

Ваш партнер відчуває себе більш коханим, коли ваші стосунки наповнені почуттям та визнанням.

Якщо ви підбадьорливий партнер-оптиміст: будьте готовими не погоджуватися та боротися за свою думку, говоріть прямо, стримуйте своє багатослів'я, поважайте план, завершуйте те, що почали, вважайте непередбачуваність подарунком для шлюбу.

### 3. Валідатор.

Як покохати посвяченого партнера-валідатора: розвивайте в ньому почуття значущості, попереджайте про зміни завчасно, надайте йому час, щоб звикнути, залишайтеся спокійними, присвятіть йому свій вільний час, не тисніть, не пригнічуйте.

Ваш валідатор відчуває себе найбільш коханим, коли ваші стосунки сповнені безпеки та стабільності.

Якщо ви посвячений партнер-валідатор: виражайте себе, змінюйте заплановане, навчіться говорити «ні», приєднуйтеся до радості іншого, беріть участь у спільній діяльності.

### 4. Експерт.

Як покохати обережного експерта: виконуйте те, що пообіцяли, забезпечте стабільність, хваліть і не висміюйте, забезпечте простір та тишу, нехай ваш шлюб буде сповнений вдячності.

Ваш обережний експерт відчуває себе найбільш коханим, коли ви докладаете максимум зусиль, щоб зробити все правильно, коли допомагаєте йому та приводите життя до ладу.

Якщо ви партнер-обережний експерт: будьте бадьорими, послабте правила, вибачайте за неточності в деталях, дозвольте щоб вас перебивали, не критикуйте.

Вправа «Стилі любові».

1) Мої 2 основні стилі любові (перший у списку – найважливіший).

Щось таке, що я хотів би, щоб мій партнер зрозумів і прийняв у мені.

Базуючись на своєму власному стилі любові, визначте спосіб, яким могли б покохати свого партнера ще більше.

Поділіться один з одним своїми відповідями.

2) Основні стилі любові вашого партнера.

Базуючись на його (її) стилі любові, визначте спосіб, яким могли б покохати свого партнера ще більше.

Назвіть 3 речі, якими ви дуже відрізняєтеся, і чому кожна відмінність є позитивною для ваших стосунків (Як ви збалансовуєте один одного?)

Яка відмінність спричиняла конфлікти, але тепер може вважатися позитивною?

Поділіться один з одним своїми відповідями.

Усі ми приносимо величезний спектр свого досвіду й очікувань у шлюб – це наше минуле, віра, інтереси, культура, освіта, біологічний годинник, сексуальні потреби, ролі в родині, сімейна динаміка, питання сну, звичок тощо.

Оскільки нічого з переліченого не є неправильним, все ж воно може спричиняти конфлікти, які постають на основі того, що ми відрізняємося одне від одного. Все це впливає на взаємини і мусить бути прийнятним та використовуватися задля того, щоб збагатити шлюб!

Вправа «Наші відмінності».

У яких 5 найважливіших сферах ви є дуже різними?

Які дві з них можуть спричинити, або вже спричиняють, конфлікти між вами?

Які зміни мають відбутися у Вашому серці, аби надати вашим «відмінностям» спромоги збагатити шлюб?

Що конкретно я можу зробити, щоб прийняти мого партнера таким, який він є, і насолоджуватися тим, як відмінності між нами збагачують моє життя?

Поділіться один з одним своїми відповідями.

Розуміння минулого вашого партнера може надати ключ до розуміння того, як краще його любити та підбадьорювати. Це також окреслить вашу мету, котрій слідуватимете, щоб зробити щось вагоме у своєму житті. Ваші особисті історії дають вам пристрась, досвід і співчуття особливим чином.

Кожен з нас має свою унікальну історію, яку приносимо у свій шлюб, і цією історією потрібно поділитися, її необхідно поважати й цінувати за те, яке значення вона мала особисто для нас, і який вплив здійснює на наші

стосунки. Ви не потрапили у взаємини просто з чистої дошки, ви плакали, любили, вас ображали, ви подорожували, робили помилки, святкували, переживали, вчилися, ненавиділи, грали, розмірковували, страждали, підбадьорювали, ризикували, робили правильний і не зовсім правильний вибір, сміялися й були осміяними – усе це, і набагато більше, зробило вас тим, ким ви є сьогодні.

Ці чинники сформували те, як ви відповідатимете вашому партнеру, коли стикнетеся з певною поведінкою чи ставленням, які будуть для вас спусковим гачком, що вистрелить чимось позитивним або негативним із вашого минулого. Ваше минуле впливає на те, що ви будете очікувати один від одного. І ваш партнер буде мати змогу розуміти та любити вас так, як ви цього потребуєте лише тоді, коли ви поділитесь вашою історією і тим, як ви оцінюєте її вплив на ваші стосунки.

Ваш партнер повинен знати важливих людей і події, які сформували вас. Частиною того минулого будуть поразки, які ви пережили, і які були важливою частиною історії. Доволі часто це те минуле, яке розривало ваше серце на шматки, але навчило співчувати й надавати ще один шанс, і треба використати це, щоб одного разу підбадьорити когось на вашому шляху.

Вправа «Етапи життя».

Подумайте про ваше життя з дитинства і до сьогодні... люди, досвід, радість, жаль. Напишіть тут деякі ключові слова, які зможуть відтворити ваше дитинство, підлітковий період і ваш зрілий вік.

Хто є ті 3-5 найважливіших людей (у минулому і тепер) у вашому житті? Якщо вони вплинули на ваш шлюб, то як?

Поділіться один з одним своїми відповідями.

Поговоріть про те, як ви можете створити таку атмосферу, щоб кожен з вас почував себе в безпеці для того, аби поділитися своєю історією, щоб показати вашому партнеру, що ви розумієте і поважаєте його (її) історію.

Значущий шлюб – жертвний. По-перше, це такий шлюб, у якому люди присвячують себе турботі один про одного. По-друге, чому ми повинні посвятити себе, будуючи «значущий Шлюб»: для того, щоб навчатися любити партнера так, як він (вона) потребує, не очікуючи нічого у відповідь. Така турбота не просто захищає ваш шлюб, вона дарує обом енергію робити більше, ніж вам здається, що ви можете.

Ми були створені з внутрішньою потребою того, щоб бути коханими, і якщо ця наша «посудина» наповнена, ми маємо досить сили для того, аби віддавати свою любов. Гарі Чепмен чудово пояснює це нам у своїй книзі «П'ять мов любові», наголошуючи: «Я є важливим. Життя має значення. Переді мною є висока мета. Я хочу вірити в це, але може так скластися, що я

можу не відчувати цього, аж доки хтось не подарує мені кохання. Коли мій партнер починає з любов'ю інвестувати в мене свій час, енергію і зусилля, я здатен повірити, що я значимий. Без любові я можу все життя витратити на пошуки своєї значущості, гідності та безпеки. Але якщо я відчуваю кохання, то воно впливає на всі ті мої потреби дуже позитивно. Справжня любов завжди звільняє».

Ми є вільними для того, аби мати значний вплив на людей у світі, якщо десь глибоко у своїх серцях знаємо, що ми гідні любові й дивимося на себе, як на таких, хто дійсно є значимий.

Вчимося розмовляти «мовою любові» свого партнера.

Концепція емоційного резервуару любові, який може бути наповнений через фізичний і зоровий контакт та зосереджену увагу, має сенс не лише для молодих батьків, а й для зрілих пар.

Коли ми наповнюємо емоційний «резервуар любові» свого партнера, а не змушуємо його «їздити на пустому баку», то він (партнер) обов'язково розумітиме, що я його люблю! Отож, треба робити це таким чином, щоб перегукуватися зі своїм партнером, а отже надихати його бути не просто тим, ким він є, спонукати його до того, щоб він жив значимим життям.

Г. Чепмен зазначає, що всі ми маємо унікальну мову любові, якою ваш партнер повинен навчитися розмовляти для того, щоб ви могли відчувати себе коханими, а ми, у свою чергу, повинні знати їхню мову любові. Інакше, ризикуємо стати тими «кораблями, що розминаються», намагаючись дарувати любов і демонструвати наші почуття, не влучаючи в ціль.

Тож розгляньмо ці мови любові для того, щоб кожен зміг визначити ту «мову», якою розмовляє, а також «мову кохання» свого партнера.

1) Слова підбадьорення.

Мені подобається, коли мій партнер робить мені комплімент чи підбадьорює мене будь-який спосіб. Доброзичливий голос для мене важить дуже багато, незважаючи на те, що саме він (вона) мені говорить. Мені подобається, коли мене просять, а не вимагають.

2) Якісний час разом.

Іноді мені просто необхідна неподільна, зосереджена увага мого партнера. Мені просто хочеться провести разом час, і зовсім не важливо, що ми робитимемо. Мені потрібна щира розмова, коли мій партнер спочатку уважно вислухає мене, а потім поділиться зі мною тим, що відчуває. Саме розуміння того, що мій партнер хоче бути зі мною, дає мені відчуття, що мене люблять. Іноді мені наймовірніше хочеться провести час разом зі своїм партнером, роблячи щось спільно.

### 3) Подарунки.

Подарунок для мене є фізичним, видимим «символом любові». Його цінність не є для мене такою важливою, як той факт, що мій партнер думає про мене. Хоча іноді дуже приємно знати те, що я був (була) важливішим (ою) за ціну подарунка.

### 4) Допомога.

Мені подобається допомагати своєму партнерові, навіть якщо він не просив про це. Для мене важливо, що мій партнер допомагає мені по дому або виконує мої доручення, коли я зайнятий (зайнята).

### 5) Фізичні дотики.

Іноді мені просто потрібні обійми, особливо коли я засмучений (на). Мені подобається, коли мій партнер тримає мене за руку на публіці. Коли ми сидимо на дивані, обіймаючи одне одного. Тоді я відчуваю себе коханим (ною). Я відчуваю себе коханим (ною) після того, коли ми займаємося сексом з моїм партнером.

### Вправа «Мова любові».

Яка, на мою думку, головна, а також другорядна мова моєї любові? Чому?

Яка, на мою думку, головна, а також другорядна мова любові мого партнера? Чому?

Поділіться один з одним своїми відповідями.

Якою насправді є мова любові мого партнера? (дайте відповідь на це запитання після розмови зі своїм партнером).

Яким чином (напишіть 3 можливих способи) мій партнер може розмовляти зі мною моєю мовою любові так, щоб я відчував (ла) себе коханим (ою)?

Яким чином (напишіть 3 можливих шляхи) я можу розмовляти мовою любові свого партнера так, щоб він відчував (ла) себе більш коханим (ою)?

Поділіться один з одним своїми відповідями.

Навчаючись турбуватися одне про одного.

Що означає «покласти своє життя» заради свого партнера? Кохати свого партнера, жертвуючи заради нього, означає відкласти те, чого ми потребуємо заради опіки й турботи про нашого партнера. Розгляньмо декілька різних способів.

Всі ми потребуємо певних речей для того, щоб почуватися коханими та гідними у взаєминах. Це те, як ми сприймаємо любов. Неймовірно важливо знати про те, чого потребує кожен з подружжя, аби відчувати себе коханими, інакше, ми втратимо можливість дати коханій людині те, що їй потрібно, і самі не зможемо прийняти те, чого шукаємо. Особливо, якщо говоримо про речі, яких потребуємо, а не про ті, без яких можна жити.

Як визначити те, що ви бажаєте, або потребуєте для того, щоб відчувати себе коханими?

Ви можете захистити свій шлюб, турбуючись про те, щоб ваші потреби і потреби вашого партнера були задоволені у вашій сім'ї. Ви можете навчитися любити вашого партнера таким чином, щоб він (вона) відчував (ла) себе значимим (ою).

Існують 10 емоційних потреб, які наповнять ваш «банк любові», якщо будуть задоволені. Дуже важливо розуміти свої потреби для того, щоб ви могли поділитися цим зі своїм чоловіком (дружиною), а також знати потреби вашого партнера, щоб задовольняти їх і наповнювати його (її) «банк любові».

#### 1) Ніжність.

Мені подобається триматися за руки на людях, обійматися під час перегляду фільму й цілувати одне одного перед сном. Іноді мені просто хочеться ласки без переходу до інтиму.

#### 2) Сексуальне наповнення.

Наші сексуальні взаємини є моєю найбільшою потребою. Відчуваю себе найбільш коханим тоді, коли ми займаємося сексом часто. Наші сексуальні взаємини є важливими для мене, і становлять частину «цілого пакету».

#### 3) Фінансова підтримка.

Для мене важливо мати однакові фінансові цілі з моїм партнером, як ми витрачаємо наші гроші. Мені необхідно, щоб мій партнер працював для того, щоб я могла бути вдома з нашими дітьми.

#### 4) Допомога по дому.

Мені подобається, коли мій партнер виконує всі мої доручення. Мені потрібна допомога в тому, щоб все робити вчасно і дотримуватися нашого плану. Я потребую допомоги мого партнера при виконанні домашніх обов'язків.

#### 5) Відкритість та чесність.

Я хочу, щоб мій партнер був чесним зі мною у всьому. Мені не подобається думати, нібито я знаю, про що думає мій партнер. Я також не хочу, щоб мій партнер робив припущення щодо мене. Я ненавиджу брехню і потребую повної відкритості... жодних секретів, жодного приховування почуттів.

#### 6) Спільний відпочинок (партнер по відпочинку).

Я найщасливіший, коли ми разом веселимося! Мені дуже подобається різна активність, спорт, подорожі. І я хочу розділити це зі своїм партнером.

#### 7) Спілкування.

Мені подобаються довірливі розмови про все у нашому житті. Мені подобається говорити про мій день з моїм партнером, а також слухати про

все, що було в його (її) дні. Я відчуваю потребу в тому, щоб ділитися усім, що є в мене на серці, мені також необхідно знати, як почувається мій партнер.

#### 8) Захоплення.

Те, що мій партнер думає про мене, «важить» для мене більше, ніж будь-що інше. Мій партнер є для мене моїм вболівальником, і він робить мене «кращим». Я потребую підбадьорення, аби бути певним, що він (вона) вірить у мене. Мені дуже подобається, коли мій партнер робить мені компліменти.

#### 9) Фізична привабливість.

Я хочу пишатися своїм партнером, коли ми «виходимо в люди». Для мене дуже важливо, щоб мій партнер турбувався про свій зовнішній вигляд.

#### 10) Присвячення сім'ї.

Я потребую щоденної допомоги свого партнера в догляді за дітьми. Я вірю, що стосунки дітей з татом (мамою) є центральними в їхньому розвитку та відчутті безпеки. Коли я дивлюся на нього (неї) з дітьми – моє серце наповнюється любов'ю.

Отож, що ж це все означає у наших відносинах?

Якщо наші потреби в тому, щоб бути коханими, задоволені... іншими словами, якщо наш «резервуар любові» наповнений, ми відчуваємо себе коханими. Якщо ні, ми відчуваємося недолюбленими.

Більшість з нас ніколи насправді не думали про те, що нам потрібно, аби почуватися коханими. Ми не можемо розраховувати на те, що наш партнер буде інстинктивно знати все, що нам потрібно. Ми повинні давати йому це розуміти.

Ми схильні до того, щоб відповідати на потреби інших так, як самі були виховані, відповідно до того, через який досвід ми пройшли. Ми іноді помилково очікуємо того, що бажання нашого партнера будуть подібними до наших, і намагаємося демонструвати своєму партнерові любов таким чином, як хотіли б, щоб її виявляли нам.

Наші очікування, потреби, бажання змінюються з часом відповідно до життєвих обставин, етапів (наприклад, діти) й особистого розвитку.

Беручи до уваги те, що всі люди є настільки різними і мають кожен своє унікальне минуле, ми повинні розуміти: задоволення очікувань нашого партнера не завжди даватимуться нам легко. Якщо ж кожен з нас буде готовий навчатися і робити все, що потрібно, щоб задовольнити потреби нашого партнера, то та близькість, яка виникне в результаті цього, буде варта усіх старань [10].

Вправа «Потреби».

Які 3-4 потреби для мене головні, аби відчувати себе коханим?

Як я почуваюся (або почувався б), коли мої потреби не були б задоволені?

Які є 3 головні речі, котрі мій партнер бажає для того, щоб почуватися коханим мною?

Поділіться один з одним своїми відповідями

Те, чим ми поділилися, яке воно є в реальності?

Ми присвячуємо себе тому, щоб учитися, як говорити на мові кохання одне одного, як практично піклуватися одне про одного.

Значимий шлюб – безпечний. Це такий шлюб, у якому партнери позбавляються шкідливих звичок і практикують позитивне спілкування. Він вимагає чесності з собою, щоб побачити, чим ви раните свого партнера, старанної праці задля зміни свого серця і поведінки та навчання спілкуванню в більш люблячій манері. Коли ми вирішуємо конфлікт у шкідливий, або, ще гірше, руйнівний спосіб, то це забирає нашу енергію і відволікає від інших речей, якими б могли займатися.

Шкідливі звички поступово спорожнюють ваш «бак любові». Якщо ви хочете бути парою, яка має перед собою мету і йде до неї, то вам необхідно зробити ваш шлюб безпечним місцем і плекати любов, що потім стане дієвим в житті інших людей. Якщо ви практикуєте любляче, позитивне спілкування, ви своїми руками будujete близькість між вами і «даєте пальне» тій пристрасті.

Вирішуємо позбутися шкідливих звичок.

Беручи до уваги показники кількості розлучень, ваш шлюб не матиме надто великих шансів на виживання, якщо ви не позбудетеся того, що завдає шкоду вам обом. Прийшов час бути чесними, показати справжнього себе і почати працювати. Це не буде легко, але ви можете використовувати свій розум, а не емоції, для створення середовища, де зможете обговорювати будь-які конфліктні питання до того, як вони зіпсують ваші взаємини.

Повірте, це цілком можливо – відкласти в бік свою гордість і захистити серце свого партнера, разом з тим не втрачаючи себе. Тож розгляньмо деякі ситуації, за яких ви можете ранити свого партнера й ускладнити ваші стосунки з ним, а тоді ми подивимося на інструменти й методи, які зможете використовувати, щоб зробити своє спілкування більш люблячим.

Уникайте чотирьох «вершників» – так можна назвати шкідливі, а іноді навіть руйнівні речі, які ми застосовуємо до свого партнера:

1) Критицизм.

Я дуже багато критикую свого партнера, часто бачу його (її) помилки. Я розповідаю погані речі про свого партнера моїм рідним і друзям за його (її) спиною.



## 2) Презирство.

Коли я злюся, тон мого голосу може бути досить вимогливим. Я висміюю свого партнера перед іншими людьми. Я «закочую очі», коли не погоджуюся або коли мені не подобається те, що говорить або робить мій партнер.

## 3) Самозахист.

Мене дуже легко ранили, і я не бачу власної провини в цьому. Ненавиджу говорити «пробачте», навіть якщо знаю, що не права (не правий).

## 4) Опір.

Коли мене розізлити, я швидко втрачаю настрої і замовкаю, незважаючи на те, що розумію, що це ранило мого партнера. Я ігнорую свого партнера, якщо він (вона) каже мені, що мої слова або дії дратують. Я віддаляюся від свого партнера, коли він (вона) чимось засмучений (на) і хоче поговорити про це.

Також є таке поняття як «флудинг» (от англ. fluding – затоплення), яке може бути шкідливим для шлюбу [15].

Флудинг – це реакція на потенційно конфліктне обговорення, яке впливає на думки й емоції. Іноді мені здається, що я потопаю у своїй злості! Це позначається на ваших конфліктах, контролює вашу взаємодію негативним чином. Проте з флудингом можна впоратися позитивним, здоровим шляхом. Щоб не дати поширитися цьому явищу, вам необхідно навчитися спілкуватися приязно.

Як ідентифікувати «флудинг»?

Що робити, якщо хтось із вас увійшов у стан «флудингу»?

На додачу до «вершників», є й інші способи, якими ви можете ранили один одного, і зруйнувати ваше серце, і спорожнити ваші «баки любові». Можливо, нешанобливий тон голосу або різке слово пробило малесеньку дірочку у вашому серці, спричиняючи повільний витік любові звідти. Постійна критика може поступово знищити вашу впевненість, тим самим утворюючи пошкодження вашого «сердечного бака», внаслідок чого буде витікати любов, якою наповнив вас ваш партнер... врешті-решт ставлячи вас під загрозу шлюб.

Іноді трапляється те, що для нас є неймовірно болючим, можливо щось настільки вибухове, що воно прориває цілу діру у вашому серці, тож любов, яку ви пережили, починає витікати, залишаючи вас порожніми і сухими. Дуже важливо розуміти те, що чим більшою є рана, тим швидше виснажується ваш «бак любові», але й тихе, повільне протікання може бути також руйнівним за своїми наслідками. На жаль, сухий «бак любові» ставить ваш шлюб під ризик.

Немає досконалих взаємин, і таких, у яких би не було конфліктів. Якби такі стосунки існували, ви були б «зомбі», без особистих почуттів чи реакцій на якісь обставини. Ви обидва є дуже різними людьми, з різними поглядами, очікуваннями, характерами та минулим. Це все призводить час від часу до непорозумінь і конфліктів.

Якщо ви продовжуватимете ранити один одного в тих ваших відмінностях і моментах конфліктів, то не лише спорожните до кінця бак любові один одного, а й відійдете від мети, яку маєте як пара, щоб здійснити вагомий вплив назовні.

Якщо бути чесним стосовно того, як ви раните один одного, і вирішити позбутися такої шкідливої поведінки, то можна відновити вашу енергію до того рівня, щоб ділитися з іншими. Тоді ви зможете віддавати з повного «баку любові». Перегляньте список, наведений нижче, і перевірте, чи у ваших взаєминах немає тих шкідливих речей, які руйнують ваш «бак»:

1) Постійні вияви злості.

Я підвищую голос і навіть можу часто або занадто легко починати кричати. Я легко розчаровуюся й очікую, що мій партнер повинен змінитися. Іноді я можу просто мовчати та ігнорувати мого партнера через те, що дуже злюся.

2) Контроль один одного (причиною цього може бути гордість, самолюбство або страх).

Я хочу, щоб все робили по-моєму, і можу ставати досить напруженим, якщо це не відбувається. Мені не подобається, якщо мій партнер сам приймає рішення. Я думаю, що все має бути зроблено як належить, і якщо це не так, я можу злитися або нервувати. Мені зовсім не цікаво те, чим хоче займатися мій партнер.

3) Неповага один до одного.

Іноді я перебиваю свого партнера, коли він намагається розказати мені щось важливе, особливо, коли він засмучений через мене. Я можу бути неуважним і не думати про почуття свого партнера. Я не поважаю свого партнера, демонструючи йому своє зневажливе ставлення, будучи грубим. Я неуважний, коли мій партнер розповідає мені щось важливе.

Вправа «Кроки назустріч».

Коли я чесно дивлюся на себе, то думаю, що свого часу використовував «вершників», або течії любові, чим руйнував стосунки, і я хочу перестати робити це.

Якщо я входитиму в «емоційну повінь», то для того, щоб не допустити цього і не ранити тебе, робитиму певні кроки...

Я вірю, якщо я (ми) будемо робити такі кроки, то зможемо почати

видаляти цю шкідливу поведінку з наших взаємин.

Обговоріть один з одним свої відповіді.

Практикуючи любляче, позитивне спілкування.

Якщо ви хочете прожити ваше подружнє життя, досягаючи мети, то це означає, що вам потрібно чесно жити у всіх сферах вашого життя, й особливо – у шлюбі! Можливо мати любляче спілкування зі своїм партнером навіть якщо ми злимося. Єдине, що нам потрібно, це використовувати правильні інструменти, мати смиренне серце і практикуватися в цьому.

Цілі томи були написані на тему, як спілкуватися позитивно і не конфліктно. Аби допомогти вам втілити те, що ви дізналися, не робімо його складним. Наведені нижче причини можуть загострити конфлікт, і через це їх важливо знати, якщо ви хочете більш любляче справлятися із цією сферою ваших взаємин. Чи задоволені ваші потреби? Чи різний у вас характер і сімейне минуле? На скільки різні ваші очікування? Шукаючи відповіді на ці запитання, скористайтеся наведеними нижче підказками.

Шукаючи позитивне в конфлікті:

– Перестаньте використовувати слова, які ранять (Крапка. Про це навіть не варто сперечатися).

– Ніколи не використовуйте слова «завжди» чи «ніколи» (це лише вестиме вас до ще більших конфліктів, бо хтось із вас намагається спростувати це).

– Заспокойтесь (коли ви робите перерву, це дозволяє вашому серцю заспокоїтися, і тоді ваш розум бере гору).

– Говоріть про свої почуття і дії (поміркуйте, чи могли ви відповісти інакше? виявити більше любові? Чи мій стиль любові вплинув на мою поведінку?).

– Запитайте про те, що в нього (неї) всередині (декому може бути важко ділитися почуттями. Чи є хтось із вас неспокійним?).

– Відповідаючи, думайте, а не говоріть просто від «серця» (використовуйте розум).

– Не дозволяйте, щоб «сонце заходило у вашому гніві» (може бути великим викликом для деяких стилів любові).

– Прощайте і забувайте (милість – це ключ. Нам обом потрібне прощення).

– Просіть допомоги, коли необхідно! (не чекайте, якщо ви застрягли або занурюєтеся глибше у своєму болі).

Слова і способи, які розбудовують та розширюють можливості:

– Будьте швидкі, щоб слухати, а повільні, щоб говорити й у гніві.

– Прислухайтесь до стилю любові вашого партнера.

– Хваліть, робіть компліменти, підбадьорюйте! Використовуйте свої слова, усмішки, обійми... часто!

– Навчіться сміятися. Гумор розсіює напругу, заспокоює дух, надає енергію!

– Звертайте увагу одне на одного! Дивіться одне одному в очі, фокусуйтеся на тому, що говорить ваш партнер не лише словами, а й мовою тіла.

– Прислухайтесь до «серця» свого партнера (пам'ятайте про «бак любові»).

– Прийміть рішення бути добрим і лагідним серцем, коли ви розмовляєте з вашим партнером, особливо, коли ви не відчуваєтеся добрим і лагідним!

– Будьте смиренним, залиште свою гордість... відмовтеся від потреби бути завжди правим. Виконуйте бажання вашого партнера, щоб і ваші бажання були виконані.

Вправа «До конкретики».

Як я можу змінити своє серце і свою поведінку (2 конкретні речі), коли в нас є конфлікт?

Які 3 конкретні речі я можу зробити або казати, щоб підбадьорити свого партнера?

Поділіться один з одним своїми відповідями.

Техніки перемовин для покращення спілкування в любові.

Лише той факт, що ви вмієте добре спілкуватися і обговорювати певні речі, ще зовсім не означає, що ви знаєте, як вести перемовини таким чином, щоб забезпечити виконання потреб і бажань вас обох. Вам потрібно вміти робити і те й інше, не раничи один одного. Ви можете навчитися вести переговори так, щоб обом бути щасливими.

Чим більше ви готові йти на компроміс, коли щось є надто важливим для вашого партнера, тим більше у вас буде спроможності для того, щоб переконати його, коли щось є важливим для вас.

Внутрішнє жорстке коло – воно повинно бути якомога меншим, це будуть ті речі, поступитися котрими ви ніяк не можете. Зовнішнє гнучке коло – воно повинно бути якнайбільшим, це будуть ті речі, котрими ви можете поступитися.

Вправа «Коло».

Визначте для себе, що буде міститися у вашому внутрішньому колі (не більше двох речей). Поділіться один з одним своїми відповідями [4].

Значущий шлюб – милосердний. Це такий шлюб, в якому прощають незаслужено, де співчують і хочуть вірити в найкраще в один одному.

Якщо ми надіємося мати «значущий шлюб», милосердя мусить стати фундаментом наших взаємин. Наша віддача себе забирає енергію, і ми не тратимо її на гіркоту в серці або впертий дух. Віддача себе також породжує любов, адже нелегко любити, коли злишся. Коли ми вирішуємо бути милосердними до нашого партнера, прощення стає щоденною частиною життя, яке базується не на його (її) заслугах.

Що це означає бути милосердним у шлюбі? Чи можливо прощати те, що причинило нам біль? Що зміниться, якщо ми вирішимо бути милосердними? Словник Вебстера визначає милість як «ніжність серця, котра не дає людині дивитися на свої рани; це – співчуття; невгамовне вправління у своєму рішенні; небажання відплачувати за образу; «м'яке серце».

Як «рішення бути милосердним» виглядає в шлюбі:

- Акт співчуття, люблячої доброти і смирення.
- Деколи вимагає, щоб наші потреби були відкладені в бік задля задоволення потреб іншого.

- Не сліпе, а пов'язане разом з істиною.

- Вірить в найкраще і не помічає помилок.

- Справедливість без осуду, воно встановлює кордони і дає безпеку.

- Свідомий щоденний вибір, акт волі – стиль життя.

- Дарунок, нічого не просить у відповідь, ніколи не маніпулює.

- Терплячість не є мінливою, вона постійна й послідовна.

Вправа «Практикуючи милосердя».

Чи був у моєму житті такий час, коли мені було потрібне чиясь милосердя?

Чи обираю я життя милосердя стосовно мого партнера, незважаючи на те, що воно може бути важким?

У якій рисі мого характеру мені потрібне милосердя зі сторони мого партнера?

Як я можу вирішити виявляти милосердя своєму партнерові?

Чи можу я пригадати випадок, де краще було б виявити милосердя до мого партнера? Чи потрібно мені попросити пробачення за це? Чи потрібно мені пробачити з врахуванням милосердя?

Значущий шлюб – пристрасний до життя. Це такі взаємини, в яких насолоджуються сексуальними взаєминами, вважаючи їх радісними, творчими і зцілющими. Це такий шлюб, в якому товаришують так, як ні з ким іншим, та насолоджуються життям разом.

Навмисне роблячи «добрі речі» в житті, ми можемо отримати додаткову енергію для практикування значущого шлюбу. Близькість, чи то емоційна, чи сексуальна та духовна, – об'єднує нас одне з одним, відновлює і дає силу

дивитися не лише на себе. Створити близькість чи весело провести дозвілля? І одне, і друге потребує часу, потребує щоденних маленьких рішень, щоб прийняти (іноді фізично!) можливості.

Якщо ви не звертаєте уваги на ці сфери вашого життя, ви можете закінчити тим, що будете просто незадоволеними або навіть гірше – самотніми, або ж вам буде просто нудно! Але коли ви щиро насолоджуєтеся одне одним і вашим спільним життям, то цим ви заливаєте міцний фундамент радості, миру і задоволення, з яких ви можете черпати, щоб пізніше віддавати іншим.

Ви не зможете мати «значущий шлюб» і віддавати себе іншим, якщо спершу не потурбуєтеся про себе. Ваші сексуальні взаємини – це місце, з якого варто починати, адже саме цю сферу можна використовувати для того, щоб ранили, відволікати і намагатися знищити вас, якщо не будете захищати її і насолоджуватися нею. Інтимні взаємини були створені як дар для вашого шлюбу.

На жаль, ми часто не можемо насолоджуватися сексуальними стосунками з нашим партнером. Що може стати на нашому шляху? Що ми можемо зробити з цим?

Речі, які заважають насолоджуватися один одним: нерозуміння того, що чоловіки і жінки дуже різні, брак інформації (знання), різні сексуальні потреби, діти, страх завагітніти, духовна плутанина, брак спілкування, низька самооцінка, почуття вини з минулого, рани від насилля чи невірності, брак емоційної близькості в шлюбі.

Що дружина може зробити, аби «шанувати» свого чоловіка: намагатися любити свого чоловіка так, як він потребує. Розуміти, що за всім тим тестостероном лежить крихке серце. Брати на себе ініціативу! Займатися сексом – пріоритет у шлюбі. Будьте чесними щодо своїх потреб. Говоріть про секс.

Що чоловік може робити, аби «шанувати» свою дружину: звертайте увагу на свою дружину. Більшість жінок хочуть, щоб їх завойовували романтикою. Фізична прихильність, не натякаючи на секс. Будьте готові допомогти їй в усьому, чого вона потребує. Не сприймайте особисто, якщо вона інколи не хоче сексу. Будьте готові ставити її потреби вище своїх власних. Атмосфера дуже важлива, її потрібно створювати.

Щоб насолоджуватись один одним, потрібно мати здорові сексуальні стосунки, які дають відчуття щастя і близькості, розслабляють і вивільняють стрес. Секс захищає шлюб від спокуси. Якомога більше вчитися разом. Бути готовим говорити про свої сексуальні стосунки. Сприймати різні сексуальні

потреби одне одного. Перш за все думати про задоволення потреб вашого партнера.

Кроки до того, щоб розвивати здорові сексуальні стосунки.

Можливо, ви вже насолоджуєтеся здоровими сексуальними стосунками зі своїм партнером і просто хочете переконатися в тому, що ви справді робите все, як має бути. Але для тих багатьох пар, які таких стосунків не мають: знайте, що можливо жити інакше.

Ви вже зараз можете почати робити таке:

– Будьте чесними й об'єктивними. Чоловіки та жінки мають боротьбу в різних сферах, якщо говорити про сексуальну цілісність. Водночас, якщо боротьба чоловіка починається із його очей, то боротьба жінки – з її серця і думок.

– Захищайте себе від спокуси. Якщо ви збережете ваші взаємини винятковими і чистими, це захистить їх від інших людей (фізично й емоційно), порнографії, будь-яких інтернет-спокус.

– Будьте готовими зціляти і (або) бути частиною зцілення, якщо потрібно. Якщо ви або ваш партнер пережили будь-яке насилля або невірність в минулому, які впливають на ваші взаємини зараз, цілеспрямовано і старанно шукайте допомоги, щоб бути вільними і насолоджуватися результатом.

Для посилення дружби потрібен час і посвята.

У дружбу, насамперед, потрібно вкладати свій час, тож ваш партнер повинен бути для вас найкращим і «першим» другом, таким, який є вище всіх інших ваших відносин. На початку дружби все йде надзвичайно легко, але коли «життєві дрібниці» починають забирати ваш час та емоції, ми можемо й не помітити, як наша дружба скотилася на узбіччя.

Коли близькість цієї дружби руйнується, навіть без усвідомлення такого, це може спорожнити наш «бак любові», наражаючи на небезпеку взаємини. З іншого боку, любовна близькість природно витікає із дружби, яка містить таке: розмови, веселощі, безпека в тиші, свобода бути справжнім, безумовне здорове прийняття (безпечне), взаємна повага, емоційна підтримка, справжня турбота, включаючи слухання і моментами відкладання усього іншого заради цього, постійна вдумливість, а не сприйняття іншого, як чогось само собою зрозумілого.

Як ще ви можете зміцнювати вашу дружбу? Виділяючи час на те, аби радіти життю разом, що б це не означало для вас обох! Тобто цікавитися тим, що є важливим для вашого партнера, і вважати тепер це важливим і для себе. Це означає повернутися в ті часи, коли ви закохалися одне в одного і робили все те, що зближувало вас.

Ті речі, про які ви, можливо, вже давно забули, або стали надто зайнятими, щоб ними насолоджуватися. Це означає фокусуватися на доброму у вашому житті, а не жити в капкані стресу. Це вимагає того, що ви зробите шлюб своїм пріоритетом, незважаючи на всі речі, які відволікають, попри всі очікування від життя.

Ви можете скористатися деякими ідеями, як можна радіти життю разом: ходіть у кіно, робіть пікніки, грайте у будь-які спортивні ігри разом, будьте готові навчитися щось нового для вашого партнера, ходіть на концерт улюбленого музичного гурту вашого партнера (навіть якщо вам особисто він не подобається), відвідуйте місцеві художні ярмарки чи фестивалі, побудьте вдома за вечерею і переглядом чогось гарного, прогуляйтеся в торговому центрі просто так, а не для того, щоб скупитися, проведіть вечір у вашому улюбленому ресторані.

Вправа «До дружби»

Коли ми зустрічалися, що нам було приємно робити разом?

Щоб святкувати життя разом з тобою, я буду...

Для росту нашої дружби я буду робити таких 3 речі...

Поділіться один з одним своїми відповідями.

Значущий шлюб – здоровий. Це шлюб, в якому підтримують фізичне і психічне здоров'я, фінансову стабільність і цілісність взаємин.

Це є базові сфери життя. Кожна з цих сфер має силу відволікати, знеохочувати і, щонайгірше, – перемагати вас, якщо не навчитеся шукати цілісності. Через те ми радимо вам поставитися до їхнього впливу серйозно і зробити все, що можете, аби «привести свій дім у порядок».

1) Фізичне здоров'я.

Ви можете бути активними щодо свого фізичного здоров'я, навіть якщо ви маєте справу зі спадковим захворюванням або станом, який перешкоджає завжди почувати себе найкращим чином. Правильний щоденний вибір може покращити ваше самопочуття, надати вам більше енергії та потенційно приведе вас до стану відновленого здоров'я.

2) Психологічне та емоційне здоров'я.

Спочатку ми хотіли, щоб ви подумали про це, коли ділилися своєю історією один з одним, але важливо, як ваше психологічне благополуччя може або активізувати, або перешкоджати вашій здатності досягати Значущого Шлюбу.

Якщо у вас є травма від якогось певного досвіду або стосунків у минулому і вони досі впливають на вас сьогодні, то вам буде потрібна сміливість для того, щоб не лише чесно розповісти про це партнеру, а й попросити допомоги для себе особисто, а можливо, для вас обох, як пари.



Якщо ви боретеся із емоційним розладом, наприклад депресією чи страхом, які можуть мати коріння в певній психологічній проблемі, то ви зобов'язані шукати допомоги.

Якщо ви будете дивитися одне на одного як на «членів однієї команди зцілення», а не як: «твоя проблема – тобі й вирішувати», – то тим самим ви вже стоїте на шляху до того, щоб не дозволити проблемам утримувати вас від виконання Божої мети.

Нижче ми перерахували деякі потенційні сфери або симптоми, на які потрібно звернути увагу у вашому шлюбі: депресія, тривога, страх, проблеми з гнівом, дитина алкоголіка.

Якщо ви побачили себе в одному із вище наведених пунктів, або ви знаєте, що у вас є щось інше, котре не дає вам збудувати близькі взаємини в шлюбі і бути тим, ким ви задумані, то ми радимо шукати допомоги і зцілення в таких людей: місцевого консультанта, психотерапевта чи психіатра, групи людей, які є фахівцями конкретно у тій сфері, авторитетні програми, група анонімних алкоголіків.

### 3) Фінансова стабільність.

Чи знали ви, що однією з найчастіших причин розлучення є фінансовий стрес? (деякі дослідження говорять, що це стоїть на першому місці). Напруга і сварки, які приходять із фінансовими проблемами, можуть розривати на шматки навіть найбільш люблячі сім'ї. Доведено, що чим більші борги ви маєте, тим менші шанси у вас залишитися одруженим (ою), і навпаки, чим менші у вас борги, тим більші у вас можливості мати успішний, щасливий шлюб.

Якщо ви глибоко в боргах і постійно переживаєте за свої фінанси, ви будете боятися майбутнього. Якщо ви постійно сваритеся за гроші, то не зможете бути достатньо чесними, намагаючись віддавати іншим. Свобода від фінансового стресу і боргів звільняє вас у багатьох аспектах. Дуже важливо, щоб ви були на «одній сторінці» для того, аби мати цю свободу!

Нижче наводимо кілька порад, які допоможуть вам зробити це:

– Створіть безпечне середовище, в якому ви можете обговорювати фінансові питання (користуйтеся інструментами, які ви отримали).

– Пройдіть навчання щодо особистих фінансів, аби знайти найкращу систему для вашої сім'ї.

– Відкрийте кілька рахунків для збереження, до яких ви не могли б доторкатися раніше досягнення їхньої мети. Приклади: подорожі, свята, навчання, надзвичайна ситуація.

– Дуже рекомендується мати збереження сумою на 4-6 місяців ваших витрат у випадку надзвичайної ситуації (наприклад втрати роботи).

– Ставте цілі разом. Будьте на одній хвилі. Що ви хочете для свого майбутнього? Які реальні ліміти витрат?

– Майте бюджет і живіть відповідно до нього. Рекомендуємо використання «системи конвертів» для таких витрат, як продукти, відпочинок і т.д.

– Будьте готові до викликів (життя, неспроможність, здоров'я).

– Жертвуйте на благодійність. Якщо ж ви не вирости в такому середовищі, де жертвують, то жертвуючи, ви не просто покриєте чийсь потребу, й самі отримаєте глибоке відчуття задоволення.

4) Цілісність у відносинах.

Взаємовідносини, які ви маєте з вашою сім'єю, родичами чи друзями можуть або виснажити вас (у кращому випадку) і розбити ваше серце (в гіршому випадку), або вони можуть надихнути вас стати тим, ким можете бути, підштовхуючи вас уперед у вашому пошуку мати Значущий Шлюб... такий шлюб, який буде змінювати життя.

Болючі, негативні і, можливо, нищівні стосунки можуть відволікати від мети і висмоктувати ту енергію, яка вам потрібна для досягнення інших цілей. З іншого боку, відносини, які є творчими і спонукають вас бути найкращими, такі відносини, які дають радість життя (а не забирають його з вас!), сприятимуть виконанню цілей у вашому житті. Знову ж таки, це та сфера, в якій ви повинні виявляти активність, йти на певний ризик та бути певними, що робите все, аби ваші взаємини були здоровими. Просто будьте чесними і робіть те, що буде правильне для вашої пари, і це зробить вас сильними.

Будьте сміливими і враховуйте такі можливості у вашому пошуку цілісності взаємин:

– Сімейна рада з вашими дітьми, якщо це необхідно.

– Сімейна рада з вашими батьками, братами, сестрами тощо.

– Пошук посередника для розв'язання складних сімейних питань.

– Якщо друзі завдають шкоди вашому шлюбу, знайдіть нових друзів.

– Підтримка від інших людей, які перебувають у схожих обставинах.

– Духовне примирення через справжнє, милосердне прощення.

– Відпустіть.... Іноді ви нічого не можете зробити, але все ж можете мати правильне ставлення.

– Вирішіть чи любити батьків вашого партнера, сприймайте їх такими, якими вони є, і прийміть у своє життя як пару, терпляче пояснюючи, що ви очікуєте від них.

Значущий шлюб – надійний. Це такий шлюб, в якому планують і слідують плану, цим самим забезпечуючи здорові відносини.

Вправа «Шлях до згоди».

Мені хотілося б змінити в моєму фізичному здоров'ї таке...

Для того, щоб досягнути цього, мені потрібна твоя допомога в ...

Мені хотілося б покращити наші відносини із ...

Я обіцяю робити ось що ..., аби виправити нашу фінансову нестабільність.

Я визнаю, що мені потрібно вирішити цю проблему, яка шкодить мені або нашій близькості. І я обіцяю просити допомоги у цьому, якщо вона буде мені потрібна.

Значущий шлюб – змістовний. Це той шлюб, котрий має мету, та в якому є спільні задуми і мрії. Це надає важливе значення кожному із партнерів, а також спільне бачення, як їхній шлюб може впливати на довколишній світ.

Ви були створені з певною метою! Ваш шлюб може бути ідеальним середовищем для того, аби втілювати вашу мету. Ви можете підтримувати одне одного в тих сферах, які цікавлять особисто вас, але ви також можете мати спільні цілі, через які здатні приносити зміни у ваш «світ». Це можуть бути ваші сусіди, сім'я, або світ в більш глобальному розумінні.

У цій частині потрібно, аби ви почали разом досліджувати те, як ваші подружні мрії, що формуються на базі ваших особистостей, дарів, пристрасті й інтересів, можуть стати спільним баченням для вашої сім'ї.

Кожен має мрії. У кожного з нас є мрії, які ми хочемо втілити. Ви можете допомогти один одному у втіленні цих мрій, навіть тоді, коли вони в конфлікті.

Ми рекомендуємо розділити подружні мрії на дві категорії:

а) внутрішні – мрії, які приносять користь вашій особі та сім'ї. Це те, чого ви як пара або сім'я хочете досягнути.

б) зовнішні – ті мрії, які через ваш значущий шлюб приносять користь іншим людям. Тобто, віддаючи себе іншим, ви живете життям, яке дійсно має значення.

Ми віримо, що виконання наших внутрішніх мрій сприятиме здійсненню зовнішніх мрій і цілей, які виходять далеко за межі нашого шлюбу.

1) Поговоримо про цінності.

Перед тим, як взятися до розвитку і погодження спільних подружніх мрій та цілей для вашої пари, важливо знати і розуміти, що саме цінності, за якими ви живете, будуть вести вас до розвитку тих мрій і цілей, котрі відповідатимуть вашій сутності й даватимуть сили краще доходити однієї думки на дорозі до спільної мети.

Використовуйте список можливих цінностей, які подані нижче, аби відповісти на такі питання:

- Чи показують вони те, що ми відстоюємо?
- Чи штовхають вони нас до дії і взаємодії?
- Чи представляють вони те, що є найбільш цінним для нас
- Чи стають вони нашою спадщиною і спадщиною наших дітей?

Вправа «Цінності».

Кожен окремо назвіть 4-6 цінностей, які є важливі для вас обох (ваші подружні цінності).

Цінності – це ті якості, які мають ціну або є важливими для вас.

Перелік цінностей: підзвітність, точність, пригоди, краса, зміни, любов до чистоти, співпраця, посвячення, спілкування, змагання, турбота про інших, вдосконалення, творчість, рішучість, дисципліна, радість від життя, різноманітність, рівність, справедливість, вірність, сім'я, свобода, дружба, розваги, вдячність, наполеглива праця, гармонія, чесність, вдосконалення, незалежність, індивідуальність, внутрішній мир, знання, лідерство, патріотизм, задоволення, сила, практичність, багатство, надійність, повага до інших, самоаналіз, простота, статус, воля до успіху, традиції, толерантність, спокій, довіра, мудрість.

## 2) Внутрішні подружні мрії.

Коли ми визначилися з нашими подружніми цінностями, ви готові розвивати і вдосконалювати свої подружні мрії та цілі. Ваші цінності слугуватимуть компасом, який скеровуватиме до розвитку мети, котра буде запалювати вас обох, і вони (цінності) також даватимуть вам енергію для втілення ваших задумів.

Приклади мрій подружжя: пригоди, подорож, зцілення, стати тим, ким ми повинні стати, пенсія, фінансова стабільність, усиновлення дитини, більше часу із сім'єю та родиною, подолання внутрішніх проблем або травматичного досвіду, гарна фізична форма, збудувати щось вагоме, освіта, мати дітей, успішна кар'єра.

Вправа «Мрії».

Напишіть список ваших подружніх мрій, втілення котрих ви надієтеся побачити.

Поділіться один з одним своїми відповідями.

## 3) Виходячи за межі...

Визначившись із внутрішніми подружніми мріями, приглядаючись до тих речей, за які хвилюєтеся або якими можете захопитися, ви можете віднайти напрямок для вас, як пари. Подумайте про ваші дари, кожного особисто, це також може допомогти краще сфокусуватися на тому, чому ви, як пара, хочете приділяти увагу.

Ми даємо кілька порад, сфер, про які вам варто подумати разом, щоб визначитися, у чому ви могли б служити разом: діти, які мають потребу виховання (бездомні та сироти), ваші сусіди, голод у світі, допомога сім'ям (освіта, підбадьорення, допомога в кризі), бездомні люди, проблеми зі здоров'ям (рак, діабет і т. д.), суспільні спортивні програми для дітей, програми допомоги залежним людям, допомога мамам підлітків, СНІД, насилля над жінками (сексуальне, емоційне, фізичне, словесне), сексуальна чистота і здоров'я, робота з підлітками, відновлення після розлучення і прийомні сім'ї, допомога тваринам (з фізичними вадами і т.д.), старенькі люди, підтримка в горі, жертви суїциду, аборти, терапія мистецтвом, музикою і танцями, продаж людей, діти алкоголіків, жертви злочинності.

Нижче подані важливі запитання, які допоможуть вам почати діалог про те, як ви можете зрозуміти спільну мету на ваше спільне життя, а тоді розробити план дій відповідно до нього.

Вправа «Шлях у світ».

Коли я думаю про світ, що мене найбільше хвилює? (чи було таке, що ви в якийсь період по-особливому переймалися цим?). Що розбиває моє серце?

Запитайте вашого партнера, які, на його (її) думку, ваші три найсильніші сторони?

Як мій особистий стиль виявлення любові може послужити у допомозі іншим?

Що найбільше зачіпає мене в житті? Що заплює мене?

Що такого унікального є в мені, що може допомогти іншим?

Що мені подобається робити для інших?

Які дари, на мій погляд, має мій партнер?

Як наші дари і стиль виявлення любові балансують між собою?

Як Ми можемо служити нашим часом, грошима і присутністю?

Поділіться один з одним своїми відповідями.

4) План досягнення ваших подружніх цілей і мрій.

Значущий шлюб – це також такий шлюб, в якому є план, котрий виконується для забезпечення втілення бачення пари. Його мета – принести зміни.

Цілеспрямовано допомагати одне одному ставати тим, для чого кожен з вас окремо, або ви як пара, були створені. Бути прикладом для ваших дітей і родичів.

Люди не планують для того, аби зазнати поразки, однак вони часто просто не планують і не послідовні в тому, чого справді хочуть і як думають досягти цього. Вдалий план складається із трьох головних компонентів:

А) План повинен бути достатньо амбітним, але разом з тим досяжним.

Б) Складайте план разом... і нехай це буде такий план, на який згодні ви обидва.

В) Будьте повністю посвяченими в тому, щоб до кінця виконати те, що запланували.

Три ключові кроки в створенні та досягненні вашого плану:

А) Визначте цілі для посилення та захисту вашого шлюбу, для створення і підтримки значущого шлюбу.

Чи є вони конкретними? Чи можете ви чітко визначити їх? Чи має дана мета конкретні причини, та вигоду? Для чого ви це робите?

Чи можна їх виміряти? Чи можете скласти план та оцінити його прогрес? Чи можете встановити конкретні терміни? Чи можете ви накреслити цей план?

Чи вони досяжні? Чи можете розвивати відносини, здібності, навички та фінансовий потенціал для досягнення ваших цілей?

Розвивайте свій план: зробіть розклад для досягнення ваших цілей. Перевірте, чи є ваші плани достатньо настирливі, але разом з тим досяжні і реалістичні?

Виконуйте заплановане: плануйте собі зустріч хоча б один-два рази на місяць, щоб обговорити прогрес, внесіть зміни, де потрібно, звертайтеся за допомогою та порадою, якщо потрібно, радійте успіхам і вчіться на помилках.

Таким чином, здійснений аналіз дозволяє стверджувати, що сьогодні супровід – це особлива форма здійснення пролонгованої соціальної та психологічної допомоги – патронажу. На відміну від корекції передбачає не виправлення недоліків і переробку, а пошук прихованих ресурсів розвитку людини або сім'ї, опору на його (її) власні можливості та створення на цій основі психологічних умов для відновлення зв'язків зі світом людей.

Отже, можна сказати, що психологічний супровід – це:

– по-перше, один з видів соціального патронажу як цілісної та комплексної системи соціальної підтримки та психологічної допомоги, що здійснюється в межах діяльності соціально-психологічних служб;

– по-друге, інтегративна технологія, серцевина якої – створення умов для відновлення потенціалу розвитку й саморозвитку сім'ї та особистості, і в результаті – ефективного виконання окремою людиною або родиною своїх основних функцій;

– по-третє, процес особливих буттєвих відносин між супроводжуваним і тими, хто потребує допомоги.

У якості основних характеристик психологічного супроводу виступають його процесуальність, пролонгованість, недирективність, заглибленість у

реальне повсякденне життя людини або сім'ї, особливі відносини між учасниками цього процесу, що в психоаналізі має назву «позитивне перенесення».

У процесі психологічного супроводу сім'ї відбувається її адаптація до життя. Визначальним при цьому є момент екзистенціальної життєвої зміни. Важливо те, що виникає у членів сім'ї, рівень творчих здібностей, спрямованих на творення нового буття.

### Список використаних джерел

1. Александрова Ю.В. Психологическая помощь в преодолении семейных проблем. Курс. – М: НОУ «Современный Гуманитарный Институт», 2000. – 90 с.
2. Алешина Ю. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – М: «Класс», 2004. – 110 с.
3. Берг-Кросс Л. Терапия супружеских пар / Пер. с англ. Н. Рассказовой, А. Багрянцевой. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2004. – 528 с.
4. Вебер Г. Практика семейной расстановки: Системные решения по Берту Хеллингеру / Пер. с нем. И.Д. Беляковой. – М.: Международный институт консультирования и системных решений, Высшая школа психологии, 2004. – 384 с.
5. Грюнвальд Б.Б., Макаби Г.В. Консультирование семьи/ Пер. с англ. И.Ю. Хамитовой, 2-е изд. – М.:Когито-Центр, 2008. – 415 с.
6. Елизаров А.Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: Уч. пособие. – М.: «Ось-89», 2003. – 336 с.
7. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие. – М.: Гардарики, 2005. – 320 с.
8. Ковалев С.В. Психология современной семьи. – М.: Просвещение, 2000. – 267 с.
9. Маданес К. Стратегическая семейная терапия / Пер с англ. Т.В. Снегиревой. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 272 с.
10. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии / Пер. с англ. А.Д. Иорданского. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 304 с.
11. Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов: Речь, 2006. – 260 с.
12. Основы психологии семьи и семейного консультирования»: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под общ. ред. Н.Н. Посысоева. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 328 с.

13. Психология семейных отношений [Электронный ресурс]: монография / под ред. А.В. Литвиновой. – 2-е изд., стер.: ФЛИНТА; Москва; 2017. – 297 с.
14. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2006. – 176 с.
15. Саймон Р. Один к одному: Беседы с создателями семейной терапии/ Пер. с англ. Н.М. Падалко. – М.: Независимая фирма «Класс», 2008. – 160 с.
16. Хейли Д. Необычайная психотерапия. (Психотерапевтические техники Милтона Эриксона): изд-во W.W. Norton 7 Company, Нью-Йорк – Лондон, 1986. – 143 с.
17. Шнейдер Л.Б. Семейная психология: Учебное пособие для вузов. 2-е изд. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2006. – 768 с.
18. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.
19. Barker P. Basic Family Therapy. London: Granade, 1981. P.214
20. Bateson J. Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine, 1972





**Віталій Євгенович Луньов**  
*м. Київ*  
*e-mail: lunyov\_vitaliy@ukr.net*

**Ярослава Володимирівна Фесенко**  
*м. Київ*  
*e-mail: yaros2019@yahoo.com*

## **КОМПЛАЄНС-ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ БАТЬКІВСЬКИХ НАСТАНОВ ЩОДО ДІТЕЙ ІЗ МОВЛЕННЄВИМИ ВАДАМИ: КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ, ЕМПІРИЧНІ РЕФЕРЕНТИ**

У сучасній практиці організації допомоги дітям з психофізичними вадами основна увага приділяється роботі з родиною, в якій виховується така дитина. Оскільки успішність реабілітаційної роботи визначається створенням спеціального коригуючого середовища саме в умовах родини. Сім'ї потребують психотерапевтичної допомоги в тих випадках, коли можливості подолання проблем є недостатніми в порівнянні з існуючими навантаженнями. Загальні цілі психотерапії полягають у тому, щоб звільнити можливості для розвитку в межах родини, збільшити ресурси для подолання проблем, перетворити «заважаючі фактори» на «фактори розвитку».

З метою поліпшення взаємин батьків і дітей та комплаєнтності батьків і фахівців використовуються різні методики, що охоплюють психоедукацію, сімейну терапію, бігевіоральну терапію, психопедагогічні і власне дидактичний підходи. Найбільш ефективні стратегії, такі як комплаєнс-терапія, що базується на когнітивно-поведінкової терапії та мотиваційному інтерв'ю, конкорданс-терапія (concordance therapy), з її акцентами на подоланні амбівалентності й опору були розроблені для психіатричних контингентів, переважно для хворих на шизофренію, а нині успішно застосовуються у клінічній та педагогічній психології.

Незважаючи на те, що дослідження ефективності психологічних стратегій для підвищення комплаєнтності продемонстрували обмежену ефективність психоедукаційних програм, у соматичній клініці домінує саме психоосвітній підхід, який до теперішнього часу вважається однією з найважливіших стратегій підвищення прихильності до лікування у пацієнтів з хронічними станами та їхніх родичів. Дослідження ефективності психоедукаційних програм для пацієнтів з соматичною патологією демонструють, що психічні складності пацієнтів, які обумовлюють їх небажання лікуватися та проходити реабілітацію, зачіпаються ними досить

поверхово, і часто існує розрив між тим, чого пацієнтів навчили і тим, що вони насправді роблять. Так, на словах батьки дітей із мовленнєвими вадами все розуміють, знають, але навідріз відмовляються виконувати рекомендації фахівців чи ігнорують їх. В останні роки у вітчизняній психіатрії та спеціальній психології все більшого поширення набувають психедакаційні групи. У багатьох моделях психедакації навички управління медикаментозною терапією та психокорекцією є важливою складовою частиною загального процесу реабілітації. Результати досліджень, спрямованих на підвищення готовності хворих з психотичними розладами лікуватися, свідчать про те, що тільки просвіта та дидактичний підхід мали обмежену ефективність. Інтерактивні, структуровані методи поведінкової психотерапії в поєднанні з психедакацією більш перспективні, зокрема у випадку батьків, які виховують дітей з порушеннями розвитку.

За результатами проведеного нами дослідження доведено, що у батьків дітей з мовленнєвими вадами спостерігається низький рівень психологічного благополуччя, неадаптивні і відносно адаптивні копінгі, невміння ефективно поводитися у різних соціальних ситуаціях, у тому числі при комунікації із фахівцями, які допомагають їхній дитині.

Найбільш поширеною моделлю групової роботи з родичами дітей із вадами розвитку, починаючи з 1970-х років і до сьогодення, є тренінг соціальних навичок, який розглядається як найважливіша складова частина будь-якої лікувально-реабілітаційної програми. Тренінг соціальних навичок визначається як структурована навчальна програма, яка формує навички соціальної поведінки, які необхідні для створення певної мережі соціальних контактів і зменшення стресу як наслідку інтерперсональних конфліктів і невдач.

Ефективність тренінгу соціальних навичок корелює з чіткою структурованістю і тривалістю терапевтичної програми (за деякими даними не менше року), обов'язковим повторним проходженням курсу (тому що навички можуть поступово втрачатися), інтеграцією з іншими тривалими підтримують формами психотерапії (в т.ч. і сімейної), психосоціальної терапії. Виникає потреба в таких самих ефективних, але більш короткострокових методах психотерапії, які можуть бути здійснені, в тому числі і в індивідуальній формі.

Р. Кемп зі співавторами розробили метод комплаєнс-терапії для лікування хворих з гострими змішаними психотичними станами, спрямований на поліпшення виконання пацієнтами лікарських рекомендацій, що стосуються психофармакотерапії. Переваги комплаєнс-терапії полягають у тому, що для її здійснення потрібно 6-12 психотерапевтичних сесій, це

практичне і легко реалізоване втручання в реальних клінічних умовах, до того ж його успішно можна застосовувати для роботи з батьками психічно хворих. Акцент на співпрацю в рамках терапевтичної взаємодії добре узгоджується зі зростаючою зацікавленістю медичних працівників в дотриманні прав пацієнтів і, одночасно, з розумінням необхідності підвищення повноважень користувачів психіатричної допомоги. Метод комплаєнс-терапії мало відомий вітчизняним фахівцям, хоча в рандомізованих контрольованих дослідженнях отримані дані про його ефективність (С. Леуч, Т. Буркард, Д. Хендерсон, М. Мей, Н. Сарторіус) [2; 4; 5].

Насамперед, визначимо поняття комплаєнсу, як ключове в техніці комплаєнс-терапії. Найпоширеніше визначення комплаєнсу розуміється як згода на лікування, співпраця з лікарем і виконання всіх вимог терапії [3]. Інше значення – точне, усвідомлене, сумлінне виконання рекомендацій лікаря в процесі лікування [6], саме воно здебільшого зустрічається у науковій і практичній літературі в контексті підвищення ефективності медикаментозної терапії. І. Леппик дає досить широке визначення комплаєнсу, що містить три складові: тип поведінки, ступінь комплаєнтності і рівень цілеспрямованості пацієнта. При цьому тип поведінки включає прийом препарату, регулярність візитів до лікарів і правильне виконання інших медичних рекомендацій. Ступінь комплаєнтності – це ступінь, з яким пацієнт дотримується рекомендацій лікаря, а рівень цілеспрямованості є характеристикою особистості та визначає не лише цілеспрямованість в досягненні вагомих життєвих цілей, а й в подоланні хвороби, корекції певних особливостей, які суттєво впливають на соціальне функціонування людини [1].

Однією із дуже значущих груп факторів, що впливають на комплаєнтність, є мікросоціальне середовище людини, яка включає в себе сім'ю, сусідів по будинку, друзів, колег по роботі тощо. Чи може йти мова про комплаєнс логопеда та батьків, якщо останні за порадою сусідів більше довіряють гірудотерапевтам, астрологам, ніж спеціальним, корекційним педагогам? Взаємодія в родині, яка перебуває в стані функціонального рівноваги, забезпечує всім її членам емоційну і фізичну стабільність. У кризовій, стресовій ситуації сім'я втрачає усталеність. Дитина із мовленнєвими вадами, якщо до того ж має серйозні відставання у фізичному та розумовому розвитку, суттєво порушує сформований уклад сім'ї, потребує створення для неї особливого режиму прийому препаратів, виконання логопедичних вправ, перерозподілу обов'язків, змушує змінювати плани на майбутнє, відчувати почуття страху, невизначеності, безпорадності у її

батьків. Ефективна логопедична корекція багато в чому залежить від того, яке відношення членів сім'ї до логопедичної допомоги, наскільки успішно долаються негативні стереотипи поведінки, серед яких досить часто виявляються вороже ставлення до медичного персоналу і логопедів, звинувачення в упередженості, неуважності, що, безумовно, негативно позначається на взаєминах між логопедом і клієнтами, а ми наголошуємо, що клієнтами логопедів є не лише діти з мовленнєвими вадами, а й їх батьки. Серед основних причин низького рівня комплаєнсу фахівців і батьків дітей з мовленнєвими вадами слід виділити наступні: наявність психологічних проблем, насамперед депресивний стан, когнітивні порушення, відсутність впевненості у результативності втручань і ефективності лікування, довогоривалість корекції, її висока вартість [7].

Комплаєнс-терапія являє собою короткострокову психотерапію, що проводиться в три стадії, кожна з яких передбачає 2-3 зустрічі, тривалістю до 1 год двічі в тиждень. Через 3, 6 і 12 міс. пропонуються додаткові індивідуальні сесії психотерапії. Переваги комплаєнс-терапії полягають у тому, що для її здійснення потрібно мало часу, вона є практичним і досить легко реалізованим втручанням в реальних клінічних умовах.

Метою даної роботи є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження комплаєнсу логопеда з батьками дітей із різними видами мовленнєвих вад та впливу комплаєнс-терапії на батьківські настановлення.

Базуючись на опитувальнику комплаєнсу Д. Моріскі, Х. Кнобель, Д. Алонсо, розробили Спрощений опитувальник медичної комплаєнтності (Simplified Medication Adherence Questionnaire, SMAQ), якщо у версії Д. Моріскі було чотири питання з дихотомічними відповідями «так/ні», то даний опитувальник складається вже із шести питань, у ньому пацієнту пропонується охарактеризувати свій досвід вживання медичних препаратів протягом конкретного, чітко визначеного часу: одного тижня, останніх вихідних, минулих трьох місяців [3]. На нашу думку, використання спрощеного опитувальника комплаєнтності доречно в медичній галузі, насамперед при гострих станах, натомість хронічні хвороби, психологічні та логопедичні проблеми потребують тривалої корекції, а відповідно, комплаєнтність не вимагає деталізації у часі, до того ж, на перший план виступає рівень мотивації щодо корекції, який даний опитувальник не вимірює.

Наступною методикою, яку доцільно використовувати у медичній психології і логопедичній практиці є стандартизоване інтерв'ю, спрямоване на визначення якісних показників комплаєнсу. Базуючись на методиці, поширеній у зарубіжній клінічній психології [6], ми розробили власне

інтерв'ю для батьків, що містить 33 питань, об'єднаних у сім блоків: демографічна інформація, медичний комплаєнс, причини логопедичної корекції (і відмови від неї), доступність корекційної допомоги, можливість виконувати завдання корекційного педагога і психолога в домашніх умовах, наявність соціальної підтримки, особливості ставлення до мовленнєвих вад дитини.

К. Колемен, Б. Лімон запропонували формулу оцінки комплаєнсу [1], яку можна використати й у психологічній та логопедичній практиці: відповідальність (кількість відвідувань логопеда / кількість необхідних для корекції занять \*100) + ефективність (кількість занять, де дитина демонструвала прогрес в мовленнєвому розвитку / кількість днів, що моніторилися \*100) + наполегливість (кількість занять з логопедом, відвіданих із чітко визначеним інтервалом / часовий інтервал \*100).

У проведеному нами емпіричному дослідженні взяли участь 210 батьків дітей із мовленнєвими вадами, з них 120 дітей мають до того ж вади розумового розвитку (57,14%), а 90 – лише логопедичні проблеми без діагностованих когнітивних проблем (42,86%).

Серед досліджуваних батьки дітей дошкільного віку складають 53,81%, молодшого шкільного віку – 38,09% і підліткового віку – 8,1%. Насамперед ми провели експрес-діагностику батьків за модифікованою нами шкалою комплаєнтності Моріскі-Гріна (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень комплаєнсу батьків з логопедом за шкалою Моріскі-Гріна

Діти з вадами мовленнєвого розвитку	Середнє значення та стандартне відхилення
Вади мовленнєвого і розумового розвитку	1,2±0,3
Лише вади мовленнєвого розвитку	2,6±0,9
Дошкільного віку	2,4±1,2
Молодшого шкільного віку	1,7±0,6
Підліткового віку	1,1±0,2

Отже, за результатами діагностики встановлено, що помірний рівень комплаєнсу спостерігається у батьків дітей без розумових вад, а також дітей дошкільного віку, натомість дуже низький виявлено у батьків, які виховують підлітків, особливо зі зниженим інтелектом.

Застосування статичного критерію Мана-Вітні для незалежних виборок дозволило виявити статистично значущі відмінності між усіма досліджуваними групами батьків (при  $p < 0,05$ ).

Акцент на співпрацю в рамках терапевтичного взаємодії добре

узгоджується зі зростаючою зацікавленістю в дотриманні прав пацієнтів та підвищення повноважень користувачів психіатричної допомоги.

1. Метод комплаєнс-терапії є психотерапевтичним комплексом, що інтегрує положення, принципи і техніки когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії та мотиваційного інтерв'ювання. Основною його метою є поліпшення дотримання терапевтичних рекомендацій пацієнтами та їх родичами, що зменшує терміни стаціонарного етапу їх терапії і перешкоджає формуванню явищ госпіталізму.

2. Метод комплаєнс-терапії є новим економічним і при цьому ефективним способом психотерапевтичного впливу, який, після відповідної підготовки, можуть використовувати фахівці в галузі охорони психічного здоров'я при роботі з родичами дітей із вадами розвитку.

3. Комплаєнс-терапія в якості короткострокового психотерапевтичного втручання призводить до позитивних змін, що включає поліпшення ставлення пацієнтів та їх родичів до фармакотерапії та психокорекції, до лікаря, психолога, логопеда, найближчого оточення, а також підвищує задоволеність проведеним лікуванням і рівень усвідомлення наявних проблем.

4. Пропонований метод комплаєнс-терапії спрямований на корекцію дезадаптивної поведінки, зниження стигматизації і негативного ставлення до терапевтичного альянсу, які роблять виражений вплив на дотримання фахових рекомендацій.

В алгоритмі пропонованого варіанту використання методу комплаєнс-терапії можна умовно виділити три стадії.

На першій стадії («З'ясування ставлення пацієнта до лікування чи його родичів до лікування і корекції») визначається суб'єктивна концепція захворювання з точки зору пацієнта, проблеми розвитку дитини з точки зору її батьків, а також її вплив на відмову або згоду використовувати певні препарати та логопедичні чи інші психокорекційні впливи.

На другій стадії («Дослідження амбівалентного ставлення до лікування і корекції») акцентується увага і посилюється більш адаптивна частина переконань дитини та її рідних, в результаті узагальнення і підбивання підсумків намічаються прийнятні для нього альтернативні варіанти поведінки, які включають дотримання рекомендацій фахівців.

На третій стадії комплаєнс-терапії («Проведення корекції») безпосередньо долаються і модифікуються ірраціональні і дезадаптивні переконання батьків дитини із вадами розвитку, пов'язані з небажанням відвідувати фахівців і слідувати їхнім рекомендаціям.

Необхідно окремо зупинитися на такій важливій складовій частині

пропонованого нами модифікованого варіанту комплаєнс-терапії, як не лише корекції стану дитини, а й психотерапії власне батьків, корекції їх настановлень і психологічного стану. Природною передумовою для цього є комплексний характер сучасної терапії розладів, що базується на біопсихосоціальной концепції.

На першій і частково другий стадії комплаєнс-терапії проблему психосоціальной терапії слід зачіпати мінімально і дуже обережно, так як існує небезпека протиставлення логопедичного лікування дитини і психологічної корекції її батьків. Однак вже під час обговорення альтернативних варіантів поведінки, виявлялося можливим поступове розширення її тематики за рахунок питань, що стосуються, наприклад, психоедукації і психотерапії. Якщо в процесі комплаєнс-терапії відбувалася модифікація дезадаптивних настановлень, то, відповідно, цілком логічним було використання в процесі бесіди про доцільність участі в психотерапії чи у психологічних тренінгах. Такого роду робота значно полегшується при наявності злагодженої мультидисциплінарної команди, яка дотримується єдиної концепції терапії.

На останніх сесіях комплаєнс-терапії обговорюється необхідність проведення, при наявності такої можливості, повторних зустрічей через 1-1,5 місяці після циклу реабілітації, що дозволяє закріпити ефект проведеної терапії, наприклад, у мовленнєвому центрі чи психоневрологічному диспансері, забезпечити спадкоємність з амбулаторним етапом лікування і продовжити специфічне мотиваційне втручання в нових умовах.

Формування конструктивного комплаєнса пов'язано з широким діапазоном продуктивних копінг-стратегій («прийняття відповідальності», «планування вирішення проблем», «позитивна переоцінка»), гармонійним типом ставлення до хвороби і високим рівнем психологічного благополуччя та готовності до змін. Ускладнюють його встановлення деструктивні стратегії подолання в ситуації захворювання («прокрастинація», «аутостигматизація», «самозвинувачення», «втеча-уникнення»), дезадаптивні види ставлення до хвороби (неврастенічний, меланхолійний, апатичний, егоцентричний, паранойяльний, дисфоричний), а також низький рівень психологічної готовності до змін, схильність до абсолютизації негативного і позитивного досвіду.

Таким чином, при проведенні комплаєнс-терапії необхідно враховувати, що основні принципи, елементи, а, головне, стиль мотиваційного інтерв'ювання є важливою складовою частиною комплаєнс-терапії як варіанту когнітивно-поведінкової психотерапії.

Низький рівень комплаєнтності позитивно статистично значуще

корелює із низьким рівнем психологічного благополуччя. Результати діагностики експериментальної та контрольної груп батьків за шкалами психологічного благополуччя представлено у табл. 2.

Таблиця 2

Результати діагностики експериментальної та контрольної груп батьків за шкалами психологічного благополуччя

Складові психологічного благополуччя	ЕГ до тренінгу	ЕГ після тренінгу	КГ до тренінгу	КГ після тренінгу
Позитивні стосунки	52,3	75,7	51,9	52,9
Автономія	50,1	59,1	51,2	51,8
Управління оточуючими	58,9	62,6	59,0	59,4
Особистісне зростання	50,4	81,7	51,0	52,3
Цілі у житті	50,3	58,2	51,2	51,8
Самоприйняття	51,9	58,8	50,2	50,1
Психологічне благополуччя	264,2	415,9	265,6	265,8

Отже, за даними нашого дослідження у батьків експериментальної та контрольної груп спостерігався низький рівень психологічного благополуччя за усіма його показниками, втім після тренінгу в батьків експериментальної групи він статистично значуще став вищим за усіма складовими. Задля визначення статистичних відмінностей між досліджуваними групами було використано непараметричний U-критерій Манна-Вітні. Між досліджуваними ЕГ і КГ після тренінгу виявлено статистичні відмінності за шкалами «автономія» ( $U=389,0$ ;  $p=0,001$ ), «управління оточуючими» ( $U=175,0$ ;  $p=0,002$ ), «цілі у житті» ( $U=234,0$ ;  $p=0,006$ ), «самоприйняття» ( $U=196,0$ ;  $p=0,040$ ) та «особистісний ріст» ( $U=97,0$ ;  $p=0,014$ ). Лише за шкалою «позитивні стосунки» ( $U=129,0$ ;  $p=0,003$ ). Статистичним аналізом не виявлено значущих відмінностей між показниками психологічного благополуччя у контрольній групі ( $U=744,5$ ;  $p=0,509$ ). Тобто, гіпотезу про те, що високий рівень психологічного благополуччя зумовлює високий рівень комплаєнтності і навпаки знову підтверджено.

Констатуємо, що формування конструктивних батьківсько-дитячих відносин та настанов батьків на логопедичну і психологічну корекцію забезпечується реалізацією комплексної програми, яка сприяє оволодінню системою знань (про соціальну роль «батьківства» та її значення в психічному розвитку дитини, про стилі виховання, раціональні способи управління поведінкою дитини, ефективні способи комунікації на основі емоційного прийняття); усвідомлення власних батьківських настановлень,



власного стилю відносин з дитиною, в тому числі стереотипів і неефективних способів виховання; формування уявлень про реальний образ своєї дитини, її почуття і потреби; розвитку у батьків прагнення змінити тактики виховного впливу і свій стиль відносин з дитиною з урахуванням соціально-психологічного типу її особистості та особливостей її психофізичного розвитку. Результатами формувальної програми, нами простежувалася динаміка зміни особистісного стилю спілкування батьків із дітьми з мовленнєвими вадами.

Здійснене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми. Перспективними подальших досліджень вивчення інших можливостей корекції батьківських настановлень та довготривалих впливів комплаєнс-терапії на ставлення батьків до логопедичної корекції дітей.

### **Список використаних джерел**

1. Coleman, C. I., Limone, B., Sobieraj, D. M., Lee, S., Roberts, M. S., Kaur, R., & Alam, T. (2012). Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 18(7), 527-539.

2. Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *Bmj*, 312(7027), 345-349.

3. Knobel, H., Alonso, J., Casado, J. L., Collazos, J., González, J., Ruiz, I., ... & GEEMA Study Group. (2012). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *Aids*, 16(4), 605-613.

4. Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., & Sartorius, N. (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 317-333.

5. Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 67-74.

6. Pusey-Murray, A. E., Bourne, P. A., Warren, S., LaGrenade, J., & Charles, C. A. (2010). Medication compliance among mentally ill patients in public clinics in Kingston and St. Andrew, Jamaica. *Journal of Biomedical Science and Engineering*, 3(06), 602-702.

7. Rodgers, P. T., & Ruffin, D. M. (2018). Medication nonadherence: Part II--A pilot study in patients with congestive heart failure. *Managed care interface*, 11(9), 67-90.



## **ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ**

Інститут родини в сучасному українському суспільстві перебуває в глибокій кризі. Політична, економічна та морально-духовна ситуація в країні, спотворення вікових принципів побудови сім'ї стали причиною того, що вона як осередок суспільства знецінилася, перестала виконувати свої основні функції: репродуктивну, культурно-моральну, духовну, соціально-педагогічну та психологічну (розвиток, адаптація та соціалізація дитини в суспільстві). У багатьох родинах дитина стала засобом досягнення меркантильних цілей, знаряддям маніпуляцій батьків волею один одного, а часто, – й способом розв'язання фінансових проблем. Особливо гостро це відчувається в сім'ях, де є дитина з інвалідністю.

Поява дитини з вродженими вадами (або набутими в перинатальному та ранньому постнатальному періоді) викликає у батьків стан шоку, бо руйнує численні надії (у кожного з батьків – свої), пов'язані з народженням немовляти.

Сьогодні в суспільстві неприязнь, страх, а іноді й неприхована ворожість перед психічною або фізичною недугою все ще зберігаються у вигляді рудиментарних відгомонів у свідомості наших сучасників. В цілому, наш соціум дуже повільно позбавляється від зневажливо-поблажливого ставлення до інваліда та його сім'ї. Подібне ставлення має негативний вплив на внутрішній клімат родини і, що найістотніше, на позиції батьків щодо прийняття або відхилення дитини з проблемами у розвитку.

Мотиваційна сфера батьків як система факторів, що визначають поведінку індивіда в цілому, виявляється в ситуації сильного психологічного тиску з боку соціуму з приводу нормативності та відповідності психофізичного статусу дитини цінностям даного суспільства. Мабуть, у першу чергу, саме з цієї причини батьки дітей з обмеженими можливостями відчувають сильний психологічний стрес, коли вперше дізнаються про захворювання своїх дітей. У нашій країні інвалідність дитини все ще сприймається батьками як особиста трагедія. Вперше дізнавшись про захворювання дитини, яке призводить не тільки до фізичних, але часто і до психічних відхилень, батьки виявляються глибоко враженими і їм потрібно багато часу для психологічної адаптації. Фактично, вони живуть в умовах

хронічної психотравмуючої ситуації, постійного емоційного напруження і необґрунтованих надій.

У динаміці батьківського стресу виділяють чотири стадії:

1. Стадія емоційної дезорганізації: стан шоку, розгубленості, безпорадності, страху, почуття провини й неповноцінності.

2. Стадія негативізму та заперечення як спроба захисного усунення емоційної пригніченості і тривоги: заперечення хвороби, сумніви в компетентності лікарів, які поставили діагноз, пошук «чудесного» зцілення у «нетрадиційних цілителів» і т.п.

3. Стадія бідкання: стан глибокої депресії, хронічні почуття гніву, гіркоти, відчаю, безнадії, іноді суїцидальні думки.

4. Стадія емоційної реорганізації: пристосування, прийняття хворої дитини, розвиток реалістичного погляду на хворобу, вироблення оптимального стилю життєдіяльності і взаємодії з оточуючими. Однак не всі батьки дітей з обмеженими можливостями здоров'я досягають цієї стадії [1].

Родина, що виховує дитину з обмеженими можливостями, як правило, знаходиться в стані не тільки психологічної, але і соціальної дезадаптації: вимушений цілодобовий догляд, процедури та часті консультації з лікарями докорінно змінюють, а іноді і порушують не тільки психологічний клімат, а й внутрішній устрій, хід життя всієї родини. Змінюються як відносини всередині сім'ї, аж до розлучення подружжя (до 1/3 випадків), так і контакти із зовнішнім світом: через страх і сором батьків, а також дефіцит часу, як правило, контакти з зовнішнім світом максимально звужуються. Важке захворювання дитини збіднює особисте життя і порушує навчальну та професійну діяльність батьків (переважно матерів, тому що розподіл обов'язків в більшості українських сімей має традиційний характер). На родину, що нещодавно мала свій унікальний план розвитку, плекала сподівання на підвищення матеріального рівня, на цікаве дозвілля у вигляді подорожей та відпочинку вдвох, на продовження навчання та творчі винаходи, лягає важкий тягар відповідальності за дитину-інваліда, з низкою медичних, економічних та соціально-психологічних проблем. Не витримавши несподіваних труднощів, сім'ї з дітьми-інвалідами можуть самоізолюватись, а батьки – втратити сенс життя [2].

Багато батьків, що мають дітей з обмеженими можливостями здоров'я, у такій ситуації вдаються до психологічної капітуляції. Їхнє становище характеризується як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут [3], що поєднується з високим фізичним і психологічним навантаженням, що доволі часто викликає виснаження нервової системи і всього організму. Передусім, унаслідок емоційних і фізичних перевантажень, страждає соматичне та психологічне здоров'я матері.

Часто для таких матерів є властивим зниження психічного тону, занижена самооцінка, що виявляється у втраті смаку до життя, перспектив професійної кар'єри, неможливості реалізації власних творчих планів, втрати інтересу до себе як до жінки і особистості. Внаслідок того, що народження хворої дитини, а потім її виховання, навчання і, в цілому, спілкування з нею є тривалим патогенним чинником, особистість матері може зазнавати значних негативних змін. Депресивні переживання можуть трансформуватися в невротичний розвиток особистості і суттєво порушити її соціальну адаптацію.

Членам сім'ї неповносправної дитини доводиться стикатися з такими труднощами, які іноді перетворюються в хронічні проблеми:

- стрес від поставленого дитині діагнозу та небажання прийняти діагноз як доконаний факт;
- відсутність інформації про те, як і де можна отримати необхідну допомогу від фахівців;
- емоційне та психологічне вигорання, викликане відсутністю видимого прогресу в стані дитини, не дивлячись на зусилля, що докладаються;
- втома, викликана постійною необхідністю догляду за дитиною і забезпечення її медичною допомогою;
- втрата надії;
- почуття провини та гніву, депресія;
- порушення подружніх відносин, оскільки ця ситуація виливається в обвинувачення один одного в тому, що трапилося, тривалі конфлікти і розрив відносин.

Всі перераховані вище фактори є показниками стану емоційного вигорання батьків дитини-інваліда, яке визначається як стрес-ситуація – значний за силою і тривалістю несприятливий вплив, що викликає стрес, втому, депресію та інші реактивні неспецифічні реакції організму.

Як правило, незадоволення афіліативних потреб (потреби в любові, розумінні, співчутті), стрес через постійні сімейні сварки, а тим більш – розлучення, образа, гіркота, гнів – все це виливається на дитину і призводить до психологічного відштовхування її самої та її потреб. У деяких випадках відбувається зворотна реакція: мами, що залишилися один на один з хворобою дитини, відкидають своє життя, розчиняються в дитині. Важкий психологічний тягар призводить до депресії, а нерідко й до появи таких девіантних станів як алкоголізм, наркоманія, асоціальний спосіб життя.

Багаторічний досвід роботи з кризовими сім'ями дозволяє сказати, що здатна дати особливій дитині повноцінний розвиток тільки та сім'я, де мати

знає всі нюанси захворювання своєї дитини, впевнена в собі, цілеспрямована, наполеглива, добра, без «сліпої» материнської любові, завжди здатна тримати під контролем свої емоції і потреби дитини, а її чоловік не тільки забезпечує матеріально всю родину, а й приймає свою особливу дитину і задовольняє її потреби в дружбі і любові. Якщо цього в родині немає, то батьки потрапляють в зону ризику емоційних і психологічних проблем.

Причини виникнення емоційного вигорання батьків в родинях, де є діти з інвалідністю:

- педагогічна і психологічна безграмотність батьків;
- травматичні події в дитинстві батьків (минулий психотравмуючий досвід);
- важкий емоційний клімат у родині;
- незадоволеність власним життям;
- низький освітній і культурний рівень;
- раннє материнство та батьківство, емоційна й особистісна незрілість;
- надзайнятість батьків роботою, фізичне виснаження;
- асоціальний спосіб життя одного з членів сім'ї або всіх;
- вплив деструктивного сімейного сценарію на виховання дітей;
- роздільне проживання батьків, розлучення, цивільний шлюб;
- конфліктність батьків у вимогах до дитини;
- відторгнення дитини внаслідок небажаної вагітності, неприйняття статі дитини;
- соціальна, психологічна, особистісна нестабільність;
- низький соціально-економічний рівень життя;
- неприйняття дитини та її хвороби, приховане або явне емоційне відштовхування її батьками;
- гіперопіка, надмірний контроль батьків за діями, думками і почуттями дитини;
- невідповідність вимог і очікувань батьків можливостям хворої дитини;
- запрограмованість родини на успіх, відсутність альтернатив і свободи в рішеннях;
- нав'язливий страх і тривожність за дітей;
- почуття провини, депресія, втеча від себе, перекладання відповідальності за свої невдачі на дітей.

Парадоксально, але з точки зору психологічного стану, в кращому становищі опиняються ті батьки дітей з порушеннями розвитку, які самі мають такі ж захворювання. Ними хвороба дитини сприймається як умовна норма, і не є психотравмуючою обставиною. Наприклад, в родинях з

вродженою відсутністю слуху (де і в матері, і в батька присутня ця вада) поява дитини з сурдомутизмом не є трагедією, а скоріше, очікуваною закономірністю, яка не створює будь-якої незручності (вивчення з дитинства мови жестів, читання «по губах», розвиток вібраційної чутливості) [4].

Особливо тяжкі переживання відчувають батьки дітей з важкими порушеннями інтелекту. Ці діти належать до групи недостатнього розвитку, що включає варіанти психічного дизонтогенезу, для яких специфічним є недостатність щодо середньо-нормативного розвитку всіх (тотальна) або окремих (парціальна) психічних функцій і їх базових складових [5]. Діти з важкими порушеннями інтелекту відносяться до групи хворих з тотальним недорозвиненням. Для них характерно запізнювання термінів психомоторного, психоемоційного та мовного розвитку (ці параметри характеризуються грубою невідповідністю віковим показникам), а також значна соціальна незрілість [6].

Н. Семаго і М. Семаго виокремлюють три типи дітей з тотальним недорозвиненням.

Для простого врівноваженого типу характерною є відносна врівноваженість у поведінці дитини, що поєднується з безпосередністю реакцій, характерній для дітей значно молодшого віку, або, навпаки, заниженістю, приглушеністю орієнтовного реагування. Загальні характеристики темпу і працездатності при роботі з доступними завданнями можуть наближатися до нормативних, але самоконтроль діяльності малодоступний, а критичність до результатів значно знижена. Дитина, як правило, знаходиться в благодушному настрої. В цілому, діяльність носить маніпулятивний, наслідувальний характер, спирається на зовнішній патерн поведінки, а не на смисловий контекст діяльності. Діти, як правило, залежні, несамостійні, але і не злобні. Вони досить орієнтовані на оцінку іншої людини і відрізняються правильною поведінкою. В силу часткової некритичності, їх домагання на успіх можуть бути завищені. В цілому особистісний профіль є сплосченим. Для цього типу тотального недорозвинення характерним є те, що доволіність вищих психічних функцій і емоційна регуляція поведінки досить незрілі при відносно сформованій регуляції на руховому рівні (в першу чергу – загальної моторики).

Афективно-нестійкий тип тотального недорозвинення характеризується, у першу чергу, вираженою імпульсивністю (порушеннями цілеспрямованості) поведінки і діяльності в цілому, труднощами організації гри або навчання, невмотивованими перепадами настрою від ейфорії до дисфорії і навпаки. Діти швидко пересичуються враженнями та емоціями. На тлі пересичення найчастіше і виникають афективні спалахи агресивності.

Характер гри може бути деструктивним. У дітей спостерігається розгальмування потягів, що проявляється в підлітковому віці особливо яскраво у вигляді розгальмованості сексуальних та інших вітальних проявів. Феноменологія порушень пізнавальної діяльності більш виражена в порівнянні з попереднім типом внаслідок грубої імпульсивності і нецілеспрямованості.

Специфікою дітей з гальмово-інертним типом тотального недорозвитку є млявість, загальмованість, низький рівень психічної активності (в окремих випадках він буває достатнім). Досить часто при цьому типі дизонтогенезу відзначається органічне ураження ЦНС (зокрема, епілепсія або різні форми епілептичного синдрому). Загальний фон настрою може бути зниженим, діти часто плаксиві. Хвора дитина насилу вступає в контакти, ригідна в своїх перевагах і інтересах, мало пересичується, схильна до монотонної одноманітної діяльності і може відчувати навіть дискомфорт при її перериванні. В емоційних реакціях дитина більш-менш інертна. Самі реакції значно сплюснені. Від контактів з дітьми часто ухиляється, вони стають формалізованими. Схильна перебувати поруч з дорослим або дитиною, до якої звикла і від якої залежить. Для цього типу розвитку найбільш специфічними є низький темп діяльності, її виражена інертність, а також схильність до реакцій гальмівного типу: замикання в собі, припинення будь-якої гри при виникненні умовної небезпеки. Дитина одночасно легко відволікається від занять. В цілому, розвиток пізнавальної діяльності у таких дітей поряд із загальними характеристиками, властивими підгрупі в цілому, обтяжується інертністю і важкорухомістю психічних процесів. Загальний рівень розвитку моторики (основної та дрібної), як правило, нижче, ніж в попередніх випадках [7].

Особливості дитини-інваліда з важкими порушеннями інтелекту не можуть не відбитися на психологічному стані батьків. По-перше, у багатьох випадках діагноз дитини виключає можливість повного одужання, а по-друге, якщо більшість інших важких захворювань дітей викликають в суспільстві співчуття, то хвороби, пов'язані з порушеннями інтелекту, сприймаються соціумом негативно, з осудженням. Тому батьки розумово відсталих дітей надзвичайно бояться і соромляться діагнозу, поставленого їх дитині. Вони використовують всі можливості для його зміни на інший, на їхню думку, більш прийнятний і «щадний» (дитячий церебральний параліч та ін.). З тієї ж причини батьки дітей з порушеннями інтелекту виявляють в середньому значно нижчий рівень соціальної активності в порівнянні з батьками дітей з сенсорними порушеннями, захворюваннями опорно-рухового апарату тощо.

Варто зазначити, що доволі часто серед матерів, які опинилися з дитиною в неврологічній клініці, зустрічається позиція, що припускає відмову від подружніх відносин з чоловіком – і емоційних, і сексуальних. Це пов'язано і з позицією самозречення, самопокарання («не маю права бути ні в чому щасливою, поки дитина хвора»); і з ідеєю про концентрацію всіх сил на процесі лікування/реабілітації. Водночас при цьому жінки демонструють печаль через наростання дистанції з чоловіком. Додаткове зниження емоційного фону при відсутності відновлюючого сили ресурсу – ще один фактор, що сприяє настанню вигорання.

Відносини між чоловіком та жінкою можуть страждати в результаті пошуків «винного» в народженні хворої дитини, що провокує сімейні конфлікти і поступове відчуження. Відсутність консолідації сім'ї в період труднощів, внутрішньо-сімейна емоційна ізоляція, відсутність відкритої комунікації, взаємні звинувачення – все це фактори ризику для подальшого сімейного функціонування, що утрудняють адаптаційний процес та збільшують внутрішнє напруження у батьків. На тлі проблемних сімейних відносин відзначаються випадки приховування діагнозу від інших родичів (зокрема, батьків чоловіка та жінки, братів та сестер). Це збільшує емоційну напругу в стосунках і перешкоджає отриманню батьками допомоги всередині сім'ї та поза її межами.

Симптомами емоційного вигорання в родинах з дітьми-інвалідами стають:

**Фізичні:**

- порушення сну (як правило, безсоння), зниження апетиту;
- загострення хронічних захворювань;
- підвищення тиску, тахікардія, головний біль, запаморочення, задишка;
- сексуальні дисфункції;
- зниження імунітету (часті респіраторні інфекції, запалення шкіри, погане заживлення мікротравм).

**Емоційні:**

- депресивні тенденції: почуття провини, пригніченість, апатія, зниження самооцінки, емоційна лабільність, страхи, відчуття безнадійності; відсутність життєвих перспектив;
- агресивне ставлення до оточуючих: недовіра, підозрілість, заздрість, цинізм, конфліктність, відсутність толерантності, гнів і образа на лікарів пологового будинку.

**Поведінкові:**

- відмова від власних потреб, що веде до виснаження;



- нездатність виконувати свої обов'язки і/або ухилення від них;
- зниження ефективності діяльності;
- підвищений страх не впоратися з доглядом за дитиною, неухважність, рухова розгальмованість («все валиться з рук»);
- виникнення або підвищення залежності від нікотину і алкоголю;
- імпульсивна емоційна поведінка.

Інтелектуальні:

- ригідність мислення, зниження уваги, зменшення здатності виконувати складні інструкції.

Соціальні:

- обмеження контактів, в тому числі, з друзями і родичами;
- втрата інтересу до подій за межами родини.

Для того, щоб запобігти в родині кризові моменти і знизити ризик виникнення емоційного вигорання батьків, необхідно знати основні принципи побудови взаємовідносин в сім'ї і дотримуватися їх. Основні з них:

- Принцип розподілення влади. Чоловік і дружина рівноправні, але їх функції у сім'ї різні: чоловік – годувальник, господар, захисник; дружина – серце родини, хранителька вогнища, емоційного комфорту та затишку. Чільна роль – у чоловіка. І тільки на третьому місці – дитина. А далі може бути робота, захоплення, друзі та інше. За даним порядком чоловік повинен любити і цінувати свою дружину, а дружина – цінувати і поважати свого чоловіка. Побутові питання вирішуються разом, ніхто з подружжя не повинен «присвячувати» своє життя прибиранню та приготуванню їжі, бо такий хибний розподіл зрештою перетворює жінку на хатню робітницю, а якщо побутом займається виключно чоловік – це заважає його кар'єрі, робить його утриманцем при працюючій жінці. Якщо даний порядок в сім'ї порушується, з'являються проблеми.

- Принцип любові і довіри. Без любові неможливо побудувати і зберегти довірчі відносини між членами сім'ї. Тільки любов творить, а все інше руйнує.

- Принцип вибачення. «Прощай і прощено буде тобі». Прощення відкриває двері для розвитку довірчих відносин на основі любові і дружби.

- Принцип відплати. Якщо сіється в родині зло, розбрат, ненависть, то отримано буде це ж, але у багато разів більше; якщо сіється любов, повага, турбота одне про одного, то приходять «добрий урожай».

- Принцип згоди та єдності. «Чоловік і дружина – один дух, одна душа, одне тіло». Під цим принципом мається на увазі єдність чоловіка і дружини в основних питаннях взаємин в сім'ї, виховання, в духовно-

моральних питаннях, у ставленні до дитини-інваліду та, навіть, в питаннях інтимної близькості.

– Принцип щоденного спілкування одне з одним у родині. Якщо немає спілкування в р сім'ї між чоловіком і дружиною, і батьків – з дітьми, відбувається формалізація стосунків, тобто юридично сім'я існує, а фактично відносини давно «померли». У такій ситуації ніхто нікому не потрібен, кожен член родини живе своїми інтересами, в наявності зневага батьків своїми обов'язками, тому виникає ризик жорстокого поводження з дітьми. Якщо спілкування повноцінне, щирий інтерес один до одного, то сім'я живе і розвивається.

Подружні стосунки, які задовольняють обох партнерів, близькі, оскільки підтримують і породжують безумовну довіру, є потужним ресурсом у складній життєвій ситуації та багато в чому оберігають від емоційного вигорання. Надання можливості чоловікам періодично перебувати зі своїми дітьми в неврологічному стаціонарі дозволяє подружжю не втрачати контакт один з одним, підтримувати тісний емоційний зв'язок. Так само як образи, нанесені чоловіком в критичний момент, мають особливо травмуючу, довгострокову дію, так і епізоди підтримки, взаєморозуміння в цьому періоді можуть стати вагомим чинником зміцнення відносин. З цієї причини ефективним є сімейне консультування з участю обох подружжів, спрямоване на оптимізацію комунікації між ними, поліпшення взаєморозуміння, налагодження емоційного спілкування, перерозподіл функціональних обов'язків.

Для профілактики емоційного вигорання батьків проводяться психотерапевтичні заняття. Використовуються діагностичні методи – тестування, спостереження, бесіди, анкетування. Корекційні заходи – моделювання, методи психолого-педагогічного впливу за допомогою проєктивних методик, раціональної та арт-терапії, музикотерапії, релаксації.

Нижче наводиться розробка семінару-тренінгу для батьків, які перебувають у кризовій стрес-ситуації, пов'язаній з наявністю в родині дитини-інваліда.

**Семінар-тренінг «Профілактика емоційного вигорання в батьків, які мають дітей-інвалідів через зміну сімейного сценарію».**

Кожен член сім'ї має свої уявлення про різні сторони існування родини: про повсякденне життя, про її минуле і давні події, про майбутнє, про бажання і реальності, про сумні і радісні переживання, про почуття, звички, плани. Всі ці різнопланові бачення збираються воєдино в одному поданні – сімейному сценарії, який організовує і направляє все життя сім'ї.

Сімейний сценарій – це певний план, сукупність всіх типових,

повторюваних (навіть в різних поколіннях) ситуацій. Це традиції, обряди, вірування, можливо, і забобони певної родини. Це також внутрішній образ сім'ї, картина родини в минулому, сьогодні і майбутньому. На основі сімейного сценарію проявляються взаємні почуття, виникають і вирішуються проблеми. Для цього необхідно активізувати сімейний сценарій негативних переживань і перевести його в сценарій позитивних установок[8].

Активізувати – вивести у свідомість, згадати ті типові ситуації з давнього або нещодавнього минулого, які створили цю ситуацію, щоб змінити її сприйняття членами сім'ї.

Перший рівень активізації – діагностика. На даному рівні відбувається інсайт, тобто висвітлення, подання до свідомості тих ситуацій, які зумовили цей сценарій сімейних відносин.

Зразкові питання, що направляють активізацію:

1. Як Ви себе відчуваєте?
2. Які сни Вам наснилися цього тижня?
3. Які сни часто повторюються?
4. Чи сняться Вам або снилися колись страшні сни?
5. Є зараз або були в дитинстві страхи?
6. Що Вам найяскравіше згадується з дитинства?
7. Розповідала Вам мама про Ваше народження? Чи були Ви бажаною дитиною в родині?
8. З якого віку Ви себе пам'ятаєте?
9. Що пам'ятаєте про сім'ю батьків, про їхні стосунки?
10. Чи була в дитинстві у Вас своя кімната, ліжко або Ви ділили її з братом (сестрою)?
11. Розкажіть враження про садок, школу. Чи були образи?
12. Чи відчували Ви себе коли-небудь знедоленим (-ною)?
13. Чи застосовували до Вас коли-небудь фізичне, психологічне або інше насильство?
14. Які нещасні випадки, хвороби, смерті були у Вашому роду?
15. Чи були випадки чаклунства, ворожіння, змов у Вашому роду?
16. Чи траплялися у Вашому роду нещасні шлюби, розлучення?
17. Чи говорили на Вашу адресу, на адресу Вашої сім'ї коли-небудь негативні слова, що проклинають Вас, бажають зла, і Ви відчували при цьому сильний страх?
18. Що Ви відчуваєте стосовно своїх близьких?

Другий рівень активізації – альтернативний. На даному рівні відбувається висвітлення найбільш проблемних місць в минулому і сьогодні сім'ї, так звані «больові точки» проблем.

Третій рівень активізації – креативний. На цьому рівні руйнується

старий спосіб реагування на ситуацію, і створюється нове її уявлення, нові емоції і почуття. Діагностика й альтернативний рівні проводяться окремим заняттям. Третій рівень активізації сімейного сценарію є тренінгом зміни сімейного сценарію.

Вправа 1. «Мислити позитивно!»

Мета: формувати позитивні установки на сприйняття сімейного сценарію.

Інструкція: прочитати негативні установки та змінити їх на позитивні.

Зразкові негативні установки:

«Я сьогодні не покладав рук як кінь, втомився як собака, а ти лізеш зі своїми питаннями»

«Краще б ти кудись зник (-ла)»

«Якби не ти, я був (ла) би щасливий (а)»

«Я витратила на тебе всю свою молодість»

«Чому знову не приготовано, що ти робиш цілий день вдома?»

Вправа 2. «Однодумство»

Мета: налаштування на хвилю один одного.

Інструкція: один вимовляє певний текст, інший пробує його подумки уявити, потім партнери міняються. В кінці вправи – обмін враженнями. Особливу увагу на збіг асоціацій.

Вправа 3. «Візуалізація»

Мета: уявлення негативних сцен сімейного життя і зміна їх змісту; побудова позитивного сценарію представлених ситуацій.

Інструкція: уявити саму типову ситуацію негативного переживання. Спробувати поглянути на неї з точки зору «стороннього». Перетворити її на позитивну (хоча б частково).

Вправа 4. «Чарівний магазин»

Мета: позбавитися від негативних емоцій, звичок, установок в сімейних відносинах, придбати позитивне ставлення один до одного.

Інструкція: уявити спільний «шопінг» в магазині, де можна віддати все негативне в собі і купити натомість любов, радість, мир, довготерпіння, згоду та інше.

Вправа 5. «Посудина бажань сім'ї»

Мета: закріпити створення позитивної атмосфери в сім'ї.

Інструкція: створити побажання для себе і своєї сім'ї і написати його на посудині як спільне рішення.

Вправа 6. «Підсумки»

Завершення роботи. Підведення підсумків, обмін враженнями, побажання та пропозиції.

У результаті даних психотерапевтичних занять:

- Батьки отримують психологічну допомогу по зняттю напруги, викликаной складною життєвою ситуацією, з питань сімейних відносин. Створюються умови для формування у батьків позитивного настрою на виховання дитини - інваліда.

- Активізується внутрішній потенціал батьків для активної життєвої позиції, підвищується впевненість у своїх силах, стабілізується емоційний стан.

- Створюються умови для вільного спілкування один з одним, батьки можуть ділитися досвідом, отримувати психологічну підтримку.

### Список використаних джерел

1. Лубовський В.І. Психологічні проблеми діагностики аномального розвитку дитини / В.І. Лубовський // Спеціальна психологія. 2-е вид. Тексти. – Ч. I. – Кам'янець-Подільський, 2009. – С. 4-17.

2. Радченко М.І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину / М.І. Радченко // Проблеми загальної та педагогічної психології: збірн. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К. – 2002. – Т. 4, ч. 3. – С. 207-215.

3. Хохліна О.П. Розумово відстала дитина / О.П. Хохліна // Діти з особливими потребами: поради батькам. – К.: Наук. світ, 2004. – С. 151-169.

4. Филатова О.А. Коррекция проявлений психического инфантилизма у больных сурдомутизмом / О.А. Филатова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. № 2 (14). – Одеса, 2008. – С. 145-146.

5. Хохліна О.П. Підготовка розумово відсталої дитини до навчання в школі / О.П. Хохліна // Підготовка до школи дітей з особливими потребами в умовах сім'ї: поради батькам. – К.: Наук. світ, 2005. – С. 163-184.

6. Матвеева М.П. Корекційна робота у системі освіти дітей з вадами розумового розвитку / М.П. Матвеева, С.П. Миронова. – Кам'янець-Поділ.: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 2005. – 164 с.

7. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.

8. Седих К.В., Фільц О.О. Основи психотерапії / К.В. Седих, О.О. Фільц. – К.: Альма Матер, 2016. – 192 с.



## **ПСИХОДРАМА ЯК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ТЕХНОЛОГІЯ РОБОТИ З БАТЬКАМИ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**

При розв'язанні завдань виховання підростаючого покоління виняткову роль відіграє родина. У сучасних дослідженнях з психології та спеціальної педагогіки значну увагу науковці приділяють впливу сімейного фактора на особливості розвитку дитини з особливими потребами. Високий рівень сімейного неблагополуччя зумовлює яскраво виражені порушення особистісного розвитку такої дитини. Потреба в наданні комплексної допомоги родинам, які виховують дітей з особливими потребами, зумовлюється наявністю величезної кількості різноманітних проблем, з якими вони повсякденно стикаються.

Питання взаємодії в сім'ях, що виховують дитину з особливими потребами та обмеженими можливостями здоров'я, привертало увагу багатьох дослідників, серед яких: А. Душка, Т. Сак, В. Синьов, О. Хохліна, Г. Хворова, А. Чуприков та ін. Однак, незважаючи на це, потребують детальнішого вивчення глибинно-психологічні та соціально-психологічні детермінанти переживання батьками моральної травматизації від усвідомлення статусу здоров'я дитини та прогнозування її життєвих перспектив.

Так, однією з прикладних проблем проекту «Розробка методології психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами» (№ держреєстрації: 0119U002003), який реалізується кафедрою психології та Лабораторією психології здоров'я Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, є розробка й впровадження системи організації психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами. У межах окресленої тематики цього розділу монографії нами будуть описані переваги психодрами як інноваційної технології психолого-педагогічного супроводу таких родин й особливості організації роботи психодраматичних груп психологічної допомоги для батьків.

У науковому обігу вже є чимало досліджених і науково обґрунтованих аспектів вищезазначеного питання: 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. Кукуруза). Визначено 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). Ученими розроблено й апробовано окремі методики та моделі супроводу батьків дітей з вадами (Дж. Тумлу, Р. Акдоган, А. Туркум), сімейну систему реабілітації (Дж. Роланд).

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 амбівалентного ставлення до дитини з особливими потребами та своєї батьківської ролі.

Відповідно до положень дитино-центрованої моделі, основною цінністю є дитина та її інтереси й потреби. У цьому контексті чинні технології допомоги спрямовані на підвищення батьківської компетентності, залишаючи поза увагою фахівців емоційну ситуацію в родині. У сімейно-орієнтованих видах психологічної допомоги наголошується, що проблема, з якою стикається один із членів сім'ї, впливає на всю систему в цілому, а це, у свою чергу, впливає на його особисту ситуацію. Вважаємо, що психологічна допомога батькам, корекція їх емоційної сфери буде впливати на всю сімейну систему.

Зазвичай проблеми батьків, які виховують дитину з особливими потребами, розглядаються крізь призму проблем дитини. На нашу думку, гармонізація середовища, у якому вона виховується, є значним ресурсом для батьків і дітей, оскільки поява дитини з особливими потребами – це велике випробування для родини, що викликає сильні емоційні реакції батьків і створює додатковий стрес. У нашій практиці ми вирішили зосередити увагу на роботі з проблемами батьків для нормалізації сімейної системи в цілому.

Технологія психодрами є інноваційною формою роботи з батьками дітей з особливими потребами, трансформаційним конструктом гармонізації та діалогізації родинного простору. В таких сім'ях важливо зняти комплекс провини й неповноцінності з кожного члена родини, що попередить можливість ситуації психологічного відкидання такої дитини. З огляду на це, слушною нам видається корекція внутрішнього психологічного стану батьків за наступними напрямками:

- розуміння амбівалентного ставлення до дитини з особливими потребами та своєї батьківської ролі має поступово перейти в усвідомлення власних можливостей і ресурсів амбівалентності для гармонізації та діалогізації родинного простору;

- формування внутрішньої готовності членів сім'ї до виховання дітей з особливими потребами;

- стан неспіху, пов'язаний з психофізіологічними порушеннями дитини, має поступово перейти в розуміння можливостей дитини;

- батьківська позиція переживання через дитину, її хворобу має перейти в позицію творчого пошуку реалізації можливостей дитини;

- творча діяльність батьків, спрямована на дитину, допоможе їй позбуватися негативного впливу психотравмуючої ситуації, не тільки жити з особливостями, але й бути щасливішою.

У межах проекту апробація психодраматичних психологічних груп підтримки для сімей, які виховують дітей з особливими потребами, проводилася на базі Центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю Мелітопольської міської ради Запорізької області (2019 р.), Інклюзивно-ресурсного центру м. Мелітополь (2019 р.), Лабораторії психології здоров'я кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького (початок – 2019 р., триває й нині).

Звернімося до переваг психодрами як технології психолого-педагогічного супроводу родин, які виховують дітей з особливими потребами.

Психодрама – це метод групової психотерапії, в якому учасники продовжують і завершують свої дії за допомогою театралізації, рольової гри, драматичного самовираження [8].

Він підходить практично всім учасникам. Основним критерієм її ефективності є достатня вмотивованість для участі в досить складному психічному ритуалі. Для результативної роботи учасникам важливо бути здатними грати роль і, водночас, не втрачати контакту з зовнішньою реальністю, володіти вмінням відчувати вибух емоцій без втрати самовладання, відчувати схильність до спілкування та встановлення міжособистісних взаємин, мінімальну толерантність до смутку й фрустрації, володіти мінімальним психологічним мисленням і здатністю до адаптивної регресії в інтересах «Я».

Група психологічної підтримки соціальним мікрокосмом, який створює умови для появи міжособистісних відносин нової якості. Для оптимальної роботи, забезпечення необхідної різноманітності ролей, розуміння дублювання та багатогранного шерінгу важливо, щоб учасники презентували



різні стадії життя й особистісні характеристики. Саме тому психодраматичні групи психологічної допомоги для батьків, що виховують дітей з особливими потребами, які ми організовували в межах реалізації проекту, гетерогенні. У групах було по 10-15 учасників, що є оптимальним розміром групи. Специфікою психодраматичних груп психологічної допомоги для батьків був їх відкритий формат. Нові учасники з'являлися протягом першої половини функціонування групи, а ведучі приділяли достатньо часу для їх інтеграції у групу, формування довіри та взаємопідтримки учасників.

Психодраматична ситуація вводить у гру великі внутрішньопсихічні сили, що дозволяє учасникам досягати прекрасних результатів.

З урахуванням специфіки наших груп, ми обирали такі форми психодраматичної роботи:

1. Психодрама, центрована на особистості. Учасник за допомогою ведучого та партнерів зображує в психодраматичній грі реальну або уявну ситуацію зі свого життя. Завдяки сценічному зображенню стає зрозумілою й наочною своєрідність учасника в переживанні існуючої міжособистісної ситуації та взаємодії з іншими, втягнутими в цю ситуацію, людьми. Гра відтворює особливості протагоніста «in actu» та «in situ», має важливе діагностичне значення. Центрована на учасникові, психодрама є розкриваючою психотерапією, оскільки у вільній психодраматичній дії витіснені події дуже швидко досягають рівня переживання й усвідомлення. Пов'язаний з цим катарсис сприяє емоційному розкріпаченню та пожвавленню життєвих ситуацій, які викликають невротичну реакцію. Навіть якщо така психодрама обертається навколо учасника, то в цій формі терапії він все одно не обертається навколо себе самого. Учасник діє не тільки у власній ролі, але й в ролях своїх партнерів. Все це після попередньої, переважно односторонньої, оцінки свого становища збагачує його багатостороннім досвідом «Я» і досвідом «Ти» і, окрім цього, знанням нових можливостей, що дозволяє виявляти гнучкість, терпимість, висловлювати різні думки й самостверджуватись. Така робота містить можливість випробування та вивчення нових способів поведінки, які забезпечують більш ефективно опанування реальності.

2. Психодрама, центрована на темі. У наших групах завжди є тема, яка торкається всіх учасників. Вона може бути проілюстрована кожним з учасників через зображення відповідних подій. Невеликі епізоди (або віньєтки) програються на імпровізаційній основі. Короткі сценічні вистави дозволяють розпізнати важливі проблеми окремих учасників групи та є матеріалом для подальшої, центрованої на учасникові, або спрямованої на групу, психодрами. Наприклад, використовуючи групову тему: «Неадекватні

реакції оточуючих на мою дитину», ми вийшли на індивідуальні теми учасниць: «Почуття сорому через осуд матері», «Злість на свекруху».

3. Психодрама, спрямована на групу, доволі часто відбувається у вигляді психодрами, центрованої на учасникові. Характерною її особливістю є терапевтична робота з проблемою, яка торкається всіх членів групи. Такою проблемою в наших групах був, наприклад, сором за поведінку своєї дитини на вулиці, почуття провини за народження особливої дитини, незначна підтримка чоловіка в догляді за дитиною, агресивність відносно дитини. У такій психодрамі майже всі учасники групи отримують можливість для ідентифікацій, які детально обговорюються в шерінгу. Як і центрована на учасникові, психодрама, спрямована на групу, може бути націлена на розкриття етіології того чи іншого стану, але, перш за все, вона спрямована на набуття усіма учасниками групи, завдяки обміну ролями, нового, поглибленого розуміння проблематики, яка певною мірою стосуються кожного з них. Також всі члени групи беруть участь у спектрограмі, яка будується за певним критерієм. Успіх спрямованої на групу психодрами передбачає наявність позитивної групової динаміки. У разі її відсутності, ведучий спочатку займається динамічною проблемою всієї групи в межах психодрами, центрованої на групі.

Величезне значення в роботі психодраматичної групи психологічної допомоги має власне група. Найчастіше в батьків, які виховують дітей з особливими потребами, звужено коло соціальної взаємодії. З народженням дитини їх соціальний атом часто втрачає друзів і колег, заповнюючись лікарями, реабілітологами та соціальними працівниками, емоційний контакт з якими неглибокий і має певну організаційну специфіку. Батьки, у певному розумінні, виявляються в соціальному й емоційному вакуумі. Більшість практиків [9] оцінюють відносини, які розвиваються між членами групи та між ведучим й учасниками, як потенційно важливу цілющу силу в психодрамі. Міжособистісна терапія заснована на тому припущенні, що люди змінюються та розвиваються в процесі активної психологічної роботи з міжособистісними почуттями, сприйняттям конфліктів, стосунків, аналізом комунікацій з «узагальненим іншим» в їхніх соціальних атомах. Терапія може поєднувати вивчення причин різних стилів спілкування учасника та розпізнавання шаблонів взаємодії з іншими людьми, що виникли в дитинстві та продовжують впливати на поведінку в сьогоденні. При роботі з невдалими колись взаєминами, психодрама має на меті порятунок людини від психологічного «тягаря», що може допомогти їй стати щасливішою, жити більш наповненим і плідним життям сьогодні.

На психодраматичній сцені учаснику пропонується представити всіх

людей, з якими він був пов'язаний і, якщо знадобиться, переписати діалоги та ролі, які вони відіграли в його житті. У процесі такої роботи увага зосереджена на взаєминах з людьми, до яких учасник відчував у минулому, або відчуває зараз, любов або ненависть. Коли всі люди, які грали важливі ролі в житті учасника, виголосили свої монологи, коли він виявив своє красномовство, відповідаючи їм, тоді він активно починає прислухатися до свого внутрішнього голосу та шукати приховану правду. Які б висновки наприкінці не зробив учасник з цього досвіду, він прийде до розуміння того, що належить насамперед собі, і посяде унікальне місце у своєму внутрішньому всесвіті.

У психодраматичній роботі з батьками центральне місце займають поняття катарсису й інсайту-в-дії.

Катарсис належить до форми вираження емоцій, за якої щось стримуване, яке має природну тенденцію вийти назовні, нарешті вивільняється. Таким чином, катарсис можна вважати позначкою про завершення (повністю або частково) раніше перерваної або стриманої послідовності самовираження, яка стала б природною реакцією на будь-яке переживання, якщо воно не натрапило б на перешкоду.

Прихильники катарсису стверджують, що він можевилікувати сам по собі, автоматично, і відчуття благополуччя, яке люди відчувають одразу після сильної емоційної розрядки, є достатнім доказом його важливості. У центрі цієї віри в катарсис знаходиться ідея: стримування емоцій призводить до «законсервованості» почуттів, а звільнення від них – надає полегшення.

Противники катарсису (як лікувального ефекту) ставлять під сумнів його переваги або повністю їх заперечують. Вони стверджують, що полегшення, яке надає катарсис, має непостійний характер, бо напруга зазвичай повертається після певного періоду часу, а вираження будь-якого почуття зовсім не обов'язково має привести до того, що це почуття ослабне (наприклад, плач не робить горе меншим).

Для батьків гра у вчинення зла «не насправді» (рос. – «понарошку»), у законних межах, не тільки дає вихід гніву, який накопичився, але й дозволяє віднайти емоційний баланс і самоконтроль. Наприклад, учасники стримують велику кількість гніву на лікарів, родичів, дітей і на самих себе, але нашим завданням є навчити їх висловлювати свій гнів у безпечному місці психодраматичної групи.

П. Келлерман вказує, що катарсис користується успіхом у групах клієнтів, які приходять, але менш ефективний серед госпіталізованих [9].

Нами встановлено, що в групах психологічної допомоги для батьків катарсис має свою терапевтичну силу, є стимулом і ресурсом для подальших

змін як власного життя, так і життя своєї родини. Зменшення напруги призводить до полегшення, охоче приймається більшістю людей, і, без сумніву, перекладання тяжкості конфлікту на чужі плечі дійсно полегшує тягар. Таким чином, дати вихід в належному оточенні тим емоціям, що досі стримувалися, – означає набути важливий досвід, що призводить до терапевтичного прогресу.

Катарсис істотно важливий у певних контекстах, але не можна приймати його за кінцеву мету, оскільки це засіб її досягнення. Специфічна функція катарсису в психодрамі полягає в тому, щоб полегшити самовираження та посилити спонтанність. Самовираження – це щось більше, ніж просто афективне вивільнення, воно поєднує в собі й повідомлення про сприйняття внутрішнього та зовнішнього світу, і уявлення про себе та про об'єкти, цінності, захисти, образ тіла тощо. Ведучі мають спонукати учасників до самовираження будь-яким зручним способом в атмосфері, вільній від несхвалення та протидії.

Однак те, що виражено, має бути реінтегровано. Інтеграція може охоплювати відновлення порядку у внутрішньому емоційному хаосі, навчання новим адаптаційним стратегіям, опрацювання міжособистісних відносин, або перетворення незрозумілих почуттів в усвідомлювані.

З метою проведення успішної психологічної допомоги необхідно, щоб процес самопізнання був насамперед емоційним, ніж інтелектуальним, і супроводжувався значним навчальним досвідом. Учасники повинні не просто побачити в минулому причину своїх страждань, а й відчувати значення своїх почуттів і дій сьогодні [9].

Наголошуючи на тому, що процес саморозуміння в психодрамі рухається дією, а не вербальною інтерпретацією, Я. Морено назвав його «інсайтом-в-дії» [10].

Інсайт-в-дії досягається в результаті роботи різних видів навчання через дію. Його можна визначити як інтеграцію емоційного, когнітивного, поведінкового, міжособистісного й уявного навчального досвіду. Інсайту-в-дії не можна досягти за допомогою інтроспективного аналізу – тільки під час дії, за якої доводиться рухатися, стояти струнко, «тягнути та штовхати», видавати звуки, жестикулювати й вимовляти слова, тобто здійснювати комунікацію за допомогою мови дії.

У понятті «інсайт-в-дії» слово «інсайт» свідчить про «вдивляння в середину себе», про пошук внутрішньої правди та саморозуміння на противагу охопленню зовнішнього світу відчуттів, що може виявитися як раптовий спалах осяяння («Я зрозумів!») або відбуватися поступово, розгортатися послідовними відкриттями протягом тривалого часу. Його

потрібно розглядати як процес, під час якого людина стає все більш розуміючою й усвідомлюючою враження.

Інсайт-в-дії близький до катарсису, його можна тлумачити як певний спосіб вивільнення ідеї з підсвідомого. Когнітивне осяяння передує, супроводжує або слідує за виявом афекту в катарсисі [11].

Кроки досягнення інсайту-в-дії нагадують процес творчого розв'язання проблеми: підготовку, дозрівання, осяяння і перевірку. На першій стадії драматизується ситуація, яка містить проблему та представляє фактичну сторону подій. На другій – проблемна ситуація досліджується, фрустрація знаходить своє вираження; спонтанні несвідомі процеси домінують і створюють несподівані зв'язки. На третій стадії виникають нові інсайти і вирішується проблема. На прикінцевій стадії інсайт перевіряється в реальній ситуації за допомогою дії.

Психодраматичний інсайт-в-дії виникає в результаті: навчання через безпосередній досвід (переживання); навчання через дію; некогнітивне навчання. Першою, і найбільш очевидною, характеристикою є те, що він заснований на безпосередньому особистому навчальному досвіді, а не просто на вербальній інформації. Психодраматичні техніки обміну ролями, дзеркала, дублювання дають цей досвід.

Друга характеристика психодраматичного інсайта-в-дії полягає в тому, що він побудований на навчанні через дію, а не через розмову. Неможливо навчити навичкам поведінки та міжособистісного спілкування, просто розповідаючи про них. Їх потрібно відпрацьовувати в дії, іноді протягом тривалого часу. Нездатність перевести саморозуміння в дію може бути результатом опору, тривоги, нестачі опрацювання. Отримане на практиці розуміння легше переходить у відкриту дію, ніж розуміння, отримане в результаті уявного експериментування.

Третя характеристика інсайта-в-дії полягає в наступному: він ґрунтується на некогнітивному навчанні, яке поєднує переробку інформації на тілесному та перцептивно-моторному рівнях.

Психодраматична група психологічної допомоги батькам, які виховують дітей з особливими потребами, працювали протягом 2019 р. на базі Центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю Мелітопольської міської ради Запорізької області, Інклюзивно-ресурсного центру м. Мелітополь. Група складалася з жінок і чоловіків віком від 24 до 65 років, була гетерогенною за соціальним складом. Заняття проводилися один раз на тиждень, загальною тривалістю 90 годин. Серед особливостей функціонування групи слід виокремити високий рівень довіри батьків до психологічної допомоги. Відчувалося, що вони мають потребу в участі в

таких групах. Проте, є і недоліки: робота на базі державних установ, які надають допомогу їх дітям, викликала в учасників негативні переживання. Вони нібито не могли вирватися зі свого звичного оточення, хоча дуже цього потребували. Особливістю цих груп також є те, що у період занять діти знаходилися на території Центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю й Інклюзивно-ресурсного центру. Співробітники установ сприяли роботі та підлаштовували графік занять з дітьми таким чином, щоб батьки мали змогу відвідувати групу. Однак, ресурсів не вистачало, і частина дітей знаходилася у сусідній кімнаті з батьками, що не давало останнім змоги повністю зануритися в психологічну роботу. Саме тому наступну групу психологічної допомоги було вирішено започаткувати на базі Лабораторії психології здоров'я кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького (2019 р.). Особливістю організації групи є те, що батьки мають змогу відвідувати групу психологічної допомоги в той самий час, коли з їх дітьми займаються співробітники проєкту разом зі здобувачами вищої освіти старших курсів спеціальності «психологія». Це дозволило збільшити тривалість щотижневих занять до трьох годин. Батьки, які відвідували групи, мали дітей з діагнозами – дитячий аутизм, муковісцидоз, затримка психологічного розвитку, органічне ураження мозку невідомої етіології, агресивний розлад поведінки, дитячий церебральний параліч тощо.

Життя в психодраматичній групі формується як специфічна реальність, в якій учасники можуть експериментувати з різними життєвими ситуаціями, ролями та формами поведінки. Цей метод дає можливість вивільнити ті почуття, які, можливо, роками стримувалися людиною всередині себе. При цьому в психодрамі можуть програватися не лише реальні події, а й віртуальні (фантазії, сновидіння). Під час розігрування ролей учасники актуалізують наявні та засвоюють нові поведінкові зразки, розхитують стереотипи. Таки чином не просто відтворюються почуття, а вносяться нові елементи в поведінку та проживання. Таким чином за допомогою безпечної атмосфери групи формується новий життєвий досвід.

Група відіграє значну роль у психодрамі. Згідно з твердженнями К. Левіна, група дещо інше, ніж просто сума індивідів, з яких вона складається. Досвід пережитий разом надає учасникам відчуття, які виникають в уявному, спільному для всіх істот вимірі. Тоді, у цій живій єдності, група стає еквівалентом зустрічі, яка дозволяє реалізувати реальний обмін почуттями [12].

Для проведення психодрами, як зазначає А. Шутценбергер, бажано, щоб для початку група була розігріта та стала згуртованою, що врегулює

суттєву кількість проблем як між членами групи, так і між одним чи кількома учасниками та ведучим-тренером-психотерапевтом [13].

Розглядаючи проблему чи ситуацію за допомогою психодрами слід обрати (чи створити) сприятливий момент. Це питання більше стосується не сприйняття розвитку групи, а її розігріву. Для кожної групи, як і для будь-якої зустрічі, є сприятливий момент. На думку Я. Морено, щоразу, коли група його переживає, спостерігається взаєморозуміння, терпимість, повне та реальне спілкування між людьми – справжня зустріч, теле [10]. У цей особливий для групи момент, саме теплота спілкування в психодрамі дозволяє зрозуміти, чому індивід опиняється у теплій, довірливій, спокійній обстановці та в повній безпеці (як дитина біля материнських грудей, за Я. Морено). Зазначений науковець для обговорення сцени психодрами й трансформації учасника, або протагоніста, також започаткував терміни «locus nascendi» (місце народження, появи), «status nascendi» (стан народження). У групі батьків ведучий-тренер-психотерапевт прагне досягти теплої емоційної атмосфери, за якої виникає згуртованість, надаючи учасникам додатковий ресурсний стан.

Одним із завдань групи є зближення всього комплексу уявлень про себе у свідомості кожної людини та розвиток умінь формувати відповідне уявлення про себе в інших учасників взаємодії. Тільки при дійсному співпадінні цих проєкцій людина може бути конгруентною й успішною. Формування та корекція уявлення про себе в групі, на відміну від звичайного спілкування, відбувається більш інтенсивно, більш виражено, а головне – керовано. В групі учасник отримує можливість досліджувати себе ніби зі сторони, виражаючи особистісно значимі думки та почуття, отримуючи зворотній зв'язок від інших. За таких умов інші учасники групи виступають у ролі «особливих» дзеркал, які відображають і демонструють те, що сам учасник не може побачити самотійно.

Процеси самопізнання та саморозкриття в групі ілюструє модель «Вікно Джогарі» (автори – Лафт Джозеф і Гаррі Інграм) [14]. Відкрита область (1) містить поведінку, почуття та мотиви, які відомі й самій людині, і оточуючим. Сліпа область (2) складається з того, що людина сама не знає та не помічає, а інші вважають недоречним говорити про це (відштовхуюча манера поведінки, підвищена агресивність, нав'язливість й інші особливості поведінки). Прихована область (3) охоплює те, що усвідомлює суб'єкт, але не знають інші (сфера нерозв'язаних проблем, некоректних вчинків, інтимних моментів життя). Невідома область (4) – те, що знаходиться за межами свідомості та самого індивіда й оточуючих.

Змістовна робота в групі призводить до розширення Відкритої області (1) за рахунок зменшення інших областей. При цьому зменшення Сліпої області (2) відбувається за рахунок отримання шерінгу від групи. Саморозкриття учасників дозволяє їм зняти «маски» та призводить до зменшення Прихованої області (3). Спільно з ведучим, група досліджує Невідому область (4), отримує інсайт-в-дії.

Корекція самосприйняття учасників – досить складний і витончений процес, який потребує особливої чутливості. Але ці зусилля виправдані, оскільки саме те, як людина себе представляє та сприймає, у багатьох випадках визначає її цілі, вчинки, які вона здійснює, і загальне ставлення до життя. Робота із самоуявленнями учасників торкає складні внутрішні структури, пробуджує та стимулює їх прагнення до самопізнання, що при відповідному супроводі може сприяти більш ефективній перебудові всієї особистості, таким чином вплинувши на гармонійне існування родини й виховання дітей.

Слід наголосити на важливості спрямованого вибудовування роботи ведучого задля допомоги учасникам приймати себе та розвитку в них здібностей до саморозкриття. Готовність людини до розкриття свого «Я» іншій людині є символом сильної та здорової особистості. Неготовій до саморозкриття людині доводиться створювати зовнішні маски та витратити багато енергії на їх утримання, що в прикінцевому варіанті призводить до виснаження й розорення особистості. Крім того, процес саморозкриття кожного учасника групі є не тільки засобом його розвитку, а й розвитку решти її членів.

Конструктивна робота може проводитися тільки в психологічно розвинутій, підготовленій групі, яка має відповідно розвиватися для того, щоб набути корекційно-розвивальних здібностей. Існують різні підходи щодо опису процесу становлення та розвитку групи, адже сценарій розвитку групи багато в чому залежить як від типу організації, так і від ролі та позиції ведучого, його індивідуального стилю ведення. Більшість дослідників виокремлює принаймні чотири основні фази, які проходить група в процесі розвитку.

Фаза орієнтації та залежності. Учасники орієнтуються в ситуації, приглядаються один до одного та до ведучого. У більшості з'являється зацікавленість. У якості захисту можливі скептичні вияви стосовно всього, що відбувається. В цей період група орієнтована на ведучого та дуже залежить від нього. Від ведучого чекають керівництва й інструкцій. Він є єдиним організатором і сполучною ланкою між учасниками. В процесі роботи ведучий також приглядається до групи, аналізує інтереси та



прагнення її членів. Час існування групи на цій фазі багато в чому залежить від категорії учасників і стилю ведення ведучого. Можуть виникати й певні труднощі. Навіть якщо ми вже знайомі з окремими батьками, об'єднання їх в групу може спричинити абсолютно несподівані способи поведінки. Крім того, ведучому необхідно справедливо розподіляти увагу, щоб кожний учасник відчував свою важливість. Завдання ведучого – звести групу разом. Результат проходження групою цієї фази так чи інакше виявляється на рівні вираженості наступної фази.

Фаза «притирання» й конфлікту. Учасники розподіляють між собою й «обживають» соціальні ніші. Виявляється прагнення до суперництва, відбувається активний розподіл ролей, підвищується агресивність. Інколи група обирає в якості об'єкта нападів одного зі своїх членів. Можлива відкрита конфронтація з ведучим. Фаза супроводжується підвищеною ворожістю та напруженням у групі. Конструктивна допомога учасників один одному ще відсутня або слабо виражена, переважає лише оцінка й поради. Цей етап потребує від ведучого особливого контролю. Необхідно спрямовувати увагу групи на рефлексію всього, що відбувається. Чим сильнішою є конфронтація в поєднанні з конструктивним виходом із ситуації, тим більше ресурсу для глибшої та змістовнішої роботи в подальшому.

Фаза співпраці та цілеспрямованої діяльності. Розвиток групи досяг зазначеної фази, якщо в учасників виникло відчуття приналежності до групи, виробилися спільні цінності, з'явилася довіра, щирість при вияві почуттів й усвідомлення загального «Ми». Тепер учасники можуть відкрито розповідати про свої проблеми. Саме на цьому етапі група отримує терапевтичні здібності та здатність забезпечувати розвиток особистості.

Упродовж перших трьох фаз роботи групи відбувається розвиток групової теми (у наших групах такими темами були: «почуття провини і сором за свою дитину», «страх суспільної думки», «втрата ресурсів») – не тільки центральної ігрової ідеї з відповідними ролями, а, насамперед, психодраматичного фокусу групи – зведеної до спільного знаменника проблематики кожного окремого учасника. Цей фокус може виявлятися в початковій фазі, потім тривалий час бути центральною темою, але може й тимчасово зникати. Він схильний до змін, які відповідають внутрішньому розвитку групи. Але буває і так, що тема, яка розглядалася на початковій фазі як передбачуваний фокус, у подальшому зовсім зникає. Групову тему та її розвиток (у тому числі й «застрягання» на подібних сюжетах, що є виявом опору) вдається краще зрозуміти, якщо ретельно протоколювати сесії. В цьому випадку у ведучого з'являється можливість, спираючись на свої

записи, простежити покрокові зміни протягом багатьох сесій. Це краще робити за допомогою саме протоколів, а не звуко- чи відеозаписів.

Основні зміни в житті учасників відбуваються протягом фази співпраці та цілеспрямованої діяльності. Іноді зміни учасників відбуваються для їх сімей занадто швидко й інакше, ніж вони очікували. Наприклад, матері починають відстоювати вдома своє право на самостійність, на відпочинок, зменшується відчуття провини, а співзалежні відносини в родині починають втрачати один з елементів – «жертву» (згідно з «Трикутником Карпмана»). Сім'я може чинити опір таким змінам, бо втрачає традиційне відчуття «комфорту». Учасники відчують амбівалентне ставлення або занепокоєння членів родини. Вони можуть знаходитися в складній конфліктній ситуації, яка може вирішитися тільки в роботі з родиною в цілому. Однак, іноді ригідність сімейної системи сильніша за бажання змінитися в самого учасника.

Те, що учасник у захваті від групи й ідеалізує ведучого, може викликати у членів родини (в основному в чоловіків учасниць) почуття суперництва, яке виражається, наприклад, у знеціненні групової роботи. Цим чоловікам терміново потрібно підтвердження їхньої важливості: вони чекають визнання того, що їм щодня доводиться долати набагато складніші ситуації, ніж ведучим. Важливо записувати позитивні зміни на рахунок родин, таким чином перешкоджаючи можливим негативним реакціям з їх боку.

Фаза завершення. Після повного виконання поставлених завдань, у випадку вирішення під час занять усіх питань, які цікавили групу, вона закінчує своє існування як соціальна структура. Для того, щоб після завершення в учасників не залишилося обтяжливого відчуття, ведучому слід цілеспрямовано будувати роботу групи на завершення. Учасники мають бути емоційно підготовленими жити поза нею. Залишені, не підготовлені до зіткнення з попередньою реальністю, учасники можуть розчаруватися, розгубити напрацьований досвід або відмовитися від усіх надбань отриманих у групі.

Знання процесів, що відбуваються у групі, їхніх особливостей, надає змогу максимально використовувати всі можливості групи як дзеркала.

Як ми вже зазначали, тривалість групових занять охоплює 90 годин. Специфіка груп полягає у тому, що робота може максимально тривати 3-4 години один раз на тиждень. Саме цей час батьки без труднощів можуть присвятити своєму розвитку, коли з їхніми дітьми в цей час займаються волонтери. Таким чином тривалість роботи групи становить 9-10 місяців. Із закриттям групи учасники втрачають психологічно безпечний і комфортний

творчий простір. Доволі часто в учасників актуалізуються переживання розлуки, у тому числі їхній дитячий травматичний досвід (наприклад, розлучення батьків, зміна школи чи місця проживання, втрата родичів). Група як ціле має схильність до того, щоб заперечувати та не визнавати наближення кінця. Тому, за 4-5 зустрічей перед закінченням групи, ми обов'язково нагадуємо про це, наприклад: «У нас залишилося чотири зустрічі до закінчення». Якщо тема розлуки не виявляється в інсценуванні, слід ввести її та допомогти учасникам пов'язати тему з їх психодраматичними іграми. При цьому іноді виникає необхідність, щоб на останній сесії ведучі запропонували якусь «історію розставання», наприклад, групову гру «Поїзд у майбутнє», «Зустріч випускників» тощо. Важливо пам'ятати, що ведучий завжди має висловлювати свої власні почуття там, де це можливо: у якості дубля, під час шерінгу, «прикінцевого кола» (говорити як він радіє тому, якими сильними стали учасники), оскільки їм дуже важливо чути, що ведучі теж «щось втрачають» із закінченням роботи групи.

Загалом, система психолого-педагогічного супроводу має охоплювати всю сім'ю, тим самим збільшуючи ефективність компенсації порушеного розвитку дітей, нормалізуючи дитячо-батьківські стосунки та соціалізацію родини. Не викликає сумнівів й те, що психолого-педагогічний супровід сімей, які виховують дітей з особливими потребами, має вдосконалюватися. У межах реалізації проекту це здійснюється з урахуванням регіональних особливостей, економічних можливостей міста, області, держави, специфіки соціалізації та повсякденного життя таких родин.

Таким чином, ідея розробки та впровадження психодраматичних психологічних груп підтримки для батьків тісно пов'язана з реалізацією права дитини на повноцінний розвиток і з якісною модернізацією системи відносин з найближчим оточенням. З огляду на це, наша практична діяльність спрямована на розв'язання проблем батьків для нормалізації сімейної системи в цілому з використанням технології психодрами як інноваційної форми роботи з батьками дітей з особливими потребами й трансформаційним конструктом гармонізації та діалогізації родинного простору.

### **Список використаних джерел**

1. Душка А.Л. Психоемоційні стани батьків дітей з психофізіологічними відхиленнями: концептуалізація, діагностика і корекція: автореф. дис. ... д.психол.н.: спец. 19.00.08 / А.Л. Душка; Інститут спеціальної педагогіки НАПН України. – Київ, 2016. – 42 с.
2. Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з

розладами аутичного спектра: навч.-метод. посіб. / Т.В. Скрипник. – К.: Педагогічна думка. – 2013. – 66 с.

3. Кукуруза Г.В. Психологічна допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: автореф. дис. ... д.психол.н.: спец. 19.00.04 / Г.В. Кукуруза; Харків. мед. акад. післядиплом. освіти. – Харків, 2013. – 35 с.

4. Hsiao Y. Parental stress in families of children with disabilities / Y. Hsiao. – *Intervention in school and clinic*. – Vol. 53. – 2018. – P. 201-205.

5. Sim A., Vaz S. Factors associated with stress in families of children with autism spectrum disorder / R. Cordier, A. Joosten, D. Parsons; C. Smith, T. Falkmer. – *Developmental neurorehabilitation*. – Vol. 3. – 2018. – P. 155-165.

6. Tumlu G., Akdogan R. The process of group counseling based on reality therapy applied to the parents of children with disabilities / G. Tumlu, R. Akdogan, A. Turkum. – *International journal of early childhood special education*. – Vol. 2. – 2017. – P. 89–98.

7. Rolland J. Neurocognitive impairment: addressing couple and family challenges / J. Rolland. – *Family process*. – Vol. 4. – 2017. – P. 799–818.

8. Лейтц Г. Психодрама: Теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено / Г. Лейтц. – М.: Когито-центр, 2007. – 380 с.

9. Келлерман П.Ф. Психодрама крупным планом: Анализ терапевтических механизмов / П.Ф. Келлерман. – М.: Класс, 1998. – 240 с.

10. Морено Я. Психодрама / Я. Морено. – М.: Эксмо, 2008. – 514 с.

11. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама / Д. Киппер. – М.: Класс, 1993. – 224 с.

12. Левин К. Теория поля в социальных науках / К. Левин. – СПб.: Речь, 2000. – 368 с.

13. Шутценбергер А.А. Психодрама / А.А. Шутценбергер. – М.: Психотерапия, 2007. – 448 с.

14. Практикум із групової психокорекції: Підручник / С.Д. Максименко, О.О. Прокоф'єва, О.В. Царькова, Я.В. Цехмістер, О.В. Кочкурова. – Київ: Слово, 2015. – 752 с.

15. Майерс Д. Социальная психология / Д. Майерс. – СПб.: Питер, 2004. – 794 с.

16. Айхингер А. Детская психодрама в индивидуальной и семейной психотерапии в детском саду и школе / А. Айхингер, В. Холл. – М.: Генезис, 2005. – 336 с.



## **ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ СІМЕЙ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**

Останнім часом кількість дітей з відхиленнями в розвитку, на жаль, збільшується. Так, за даними Європейської академії дитячої інвалідності, у будь-якій країні світу 2-3 % усіх дітей мають інвалідність, ще 10-20 % – діти, які потребують постійного медико-педагогічного супроводу. Згідно з інформацією ООН, кожна десята людина на планеті (понад 650 млн. осіб) має фізичні, розумові чи сенсорні порушення, а у 25 % всього населення є різні розлади здоров'я. Державна статистика Міністерства охорони здоров'я України констатує, що в нашій державі 168 тисяч дітей з інвалідністю, зокрема з патологією нервової системи, до яких належать і діти з ДЦП, близько 100 тисяч. Вражаючим є той факт, що їх кількість збільшується: щорічно реєструється 200-220 тис. осіб, а на 450 тис. вагітностей припадає поява 150 тис. дітей з вродженими вадами, серед яких 20 тис. – із важкими порушеннями [16]. Несприятлива тенденція щодо поширення інвалідності як у світі, так і в Україні, спричинила необхідність розв'язання проблеми інтеграції дітей з особливими потребами в суспільство.

Погіршення екологічних умов, високий рівень захворюваності батьків (особливо матерів), низка невирішених соціально-економічних, психолого-педагогічних і медичних проблем сприяють збільшенню числа дітей з інвалідністю, надаючи цьому питанню особливої актуальності. Поява в сім'ї малюка з певними психічними чи фізичними вадами є причиною психологічних стресів для батьків, але, незважаючи на це, роль родини в соціалізації такої дитини надзвичайно вагома [6]. Члени сім'ї зазвичай забезпечують їй умови для життя, опіку, виховання й освіти, передають досвід, навчають норм суспільного життя, що, у свою чергу, активізує компенсаторні механізми дитини та сприяє мобілізації й реалізації фізичних і психічних ресурсів. З огляду на це, створення ресурсного, гармонійного родинного середовища – ключовий компонент у процесі адаптації, соціалізації та компенсаторного розвитку дитини з особливими потребами.

Сім'я є найважливішим фактором соціалізації – складного процесу засвоєння дитиною культурно-історичного досвіду. У випадку, коли йдеться про родину, яка виховує малюка з відхиленнями у розвитку, домашнє

виховання постає не тільки найважливішим і визначальним чинником соціалізації, а й своєрідними «дверима» в соціальну інтеграцію, самостійне й незалежне життя [16].

Народження дитини з відхиленнями у розвитку найчастіше переживається батьками як несподівана подія. Науковці досить одностайні в описі загальних характеристик батьківських реакцій (Д. Ісаєв, Є. Мастюкова та А. Московкіна, В. Ткачова, Л. Шипіцина), до яких відносять: заперечення, гнів, почуття провини, емоційну адаптацію. Прийняття хворої дитини – дуже складний і неоднозначний, за своїм змістом, процес, що залежить не стільки від характеру захворювання дитини, скільки від особливостей особистості матері та батька [10].

Чимало дослідників наголошують, що ірраціональний страх за дитину доповнюється подібним ірраціональним почуттям провини перед нею. До переживань, пов'язаних зі станом малюка, у багатьох батьків додається почуття провини, сорому, збентеження через дитину. Вони прагнуть не афішувати її відхилення в розвитку [11].

У життєдіяльності таких сімей простежується низка закономірностей:

а) порушення взаємодії з соціумом (рідні, знайомі, лікарі, педагоги та інші фахівці), перебування лише у своїй родині, неадекватна реакція на лікарські та педагогічні рекомендації, конфронтація з дитячими дошкільними установами;

б) порушення внутрішньосімейних відносин, особливо подружніх. Як правило, у цьому випадку позиція батька змінюється сильніше: він болючіше переживає, що його дитина хвора, через що перебуває в ситуації «занедбаного»;

в) порушення репродуктивної поведінки, характерної для цього типу родини: у разі навіть невеликого ризику народження дитини з тією ж патологією подружжя приймає рішення не мати більше дітей, і навпаки;

г) формування неправильних установок на лікування та виховання дитини; незворотність діагнозу й наслідки, які приймаються не всіма батьками та не одразу [12].

Серед сучасних засобів соціалізації дітей з особливими потребами та корекції батьківського ставлення до інвалідизації значне місце відводиться такому напряму психокорекційного впливу як арт-терапія, що має інсайт-орієнтовний характер і створює атмосферу довіри й уваги до внутрішнього світу дитини та батьків.

Теоретико-методичні аспекти арт-терапії представлені у роботах закордонних (Р. Гудман, О. Копитін, Е. Крамер, Л. Лебедєва, М. Наумбург, І. П'ятницька-Позднякова, Н. Роджерс) і вітчизняних (А. Бреусенко-

Кузнєцов, О. Вознесенська, Н. Волкова, Н. Єщенко, О. Любарець, Н. Полякова, Н. Простакова, О. Пінчук, О. Сорока) учених. Значна кількість робіт присвячена впливу арт-терапії на дітей із особливими потребами (А. Биков, І. Бех, В. Бондар, С. Болтівець, Г. Бондаренко, Т. Данилова, Т. Ілляшенко, Г. Іващенко, В. Кондрашин, А. Кігічак, Л. Обухова, Л. Одинченко, А. Панов, В. Синьов, О. Хохліна, Т. Шульга, О. Чебикіна, М. Щибрик). Заслужують на увагу вивчення альтернативних підходів до організації реабілітаційної роботи із застосуванням методів арт-терапії (Л. Алексєєва, Т. Зінкевич-Євстігнеєва, А. Копитін, А. Панова, Л. Різник, О. Холстова, Л. Шаповал, Б. Шапіро) [13].

Сучасні дослідження арт-терапії охоплюють різні її аспекти. Так, зміст технології, історію її розвитку та сучасні особливості розглянуто в працях О. Вознесенської, О. Копитіна, Л. Терлецької. Можливості використання різних форм і методик арт-терапії у психологічній практиці розглядали О. Копитін, К. Рудестам, В. Соловйова. Педагогічні аспекти застосування арт-терапії (арт-педагогіка, педагогіка творчості) проаналізовано в розвідках О. Деркач, Л. Лебедевої та ін. Особливості практичного застосування арт-терапії в роботі з дітьми з обмеженими можливостями висвітлено в дослідженнях Л. Нікішиної, Л. Федоткіної, Л. Вадрус, Н. Некряч, О. Образцової.

Аналіз останніх досліджень дозволяє розглядати арт-терапію як синтез кількох галузей наукового знання: мистецтва, психології та медицини. Вона переважно використовується в терапевтичній і корекційній практиці у вигляді сукупності методик, побудованих на застосуванні різноманітних видів мистецтва, які сприяють стимулюванню творчого потенціалу дитини, корекції психосоматичних, психоемоційних порушень і відхилень в особистісному розвитку [15].

М. Наумбург (США) підкреслювала: «Арт-терапевтична практика ґрунтується на тому, що найбільш важливі думки та переживання людини є породженням її підсвідомого і можуть знаходити вираження переважно у вигляді образів, ніж у словах» [13]. Інший погляд на арт-терапію, та пов'язані з нею фактори лікувальної взаємодії, знаходимо в дослідженнях американської вченої Е Крамер. Вона вважала, що позитивний ефект арт-терапії здійснюється, насамперед, внаслідок «зцілення» в процесі пізнання художньої творчості, яка викликає співпереживання, а отже, надає можливість пережити внутрішні конфлікти [9].

І хоча окремі аспекти застосування методів арт-терапії неодноразово були предметом досліджень вітчизняних і закордонних науковців, проблема використання технології арт-терапії в процесі корекції батьківського

ставлення в родині, яка виховує дитину з особливими потребами розглянута ще недостатньо. Варто також зупинитися на терапевтичній функції мистецтва, адже воно, як зазначає Л. Виготський, є чимось «на зразок терапевтичного лікування як для художника, так і для глядача, особливим засобом залагодження конфлікту з підсвідомим» [4, с. 94].

На думку О. Акімової, акт творчості може здійснюватися тільки у тому випадку, коли людина повністю поринула у відповідний вид діяльності, де когнітивні процеси здійснюються як продуктивний процес створення образів, смислів, узагальнень, принципів розв'язання завдань і нерозривно пов'язані з «самоактуалізацією» [1, с. 129].

Сприйняття мистецтва як інструменту врівноваження чуттєвого й раціонального, як засобу «лікування» душі через створення її нової якості зумовило наш інтерес до вивчення й узагальнення існуючого досвіду реалізації терапевтичного потенціалу мистецтва в системі психологічного супроводу родини, яка виховує дитину з особливими потребами [2].

Останнім часом арт-терапія все ширше застосовується в соціальній сфері, оскільки використання її технології сприяє: розв'язанню проблем комунікативної компетентності, розвитку внутрішньосімейної взаємодії, психічної та гендерної ідентичності членів сім'ї, формуванню зрілих структур особистості в подружніх парах, підвищенню самооцінки, активності, впевненості в поведінці.

Арт-терапія родини призводить до взаємного розкриття усіх її членів та їхнього звільнення від переживань, що травмують. В арт-терапевтичному процесі збільшується цінність співпраці як форми внутрішньосімейної взаємодії, і формується картина світу родини, що сприяє розвитку власної культури стосунків. Художня творчість допомагає краще ідентифікувати й оцінювати свої почуття, спогади, образи майбутнього, знаходити спосіб спілкування із собою [5].

Арт-терапія має низку переваг над іншими, винятково заснованими на вербальній комунікації, формами психотерапевтичної роботи:

1. Майже кожна людина (незалежно від віку, культурного досвіду, соціального стану) може брати участь в арт-терапевтичній роботі, що не вимагає від неї здібностей до образотворчої діяльності або художніх навичок.

2. Арт-терапія є засобом переважно невербального спілкування. З огляду на це, вона особливо цінна для тих, хто недостатньо добре володіє мовою, відчуває труднощі в словесному описі своїх переживань, або, навпаки, надмірно пов'язаний із мовним спілкуванням.

3. Образотворча діяльність є могутнім засобом зближення людей, своєрідним «містком» між фахівцем і клієнтом. Його врахування доцільне в



ситуаціях взаємного відчуження, при труднощах налагодження контактів, у спілкуванні з приводу дуже складного предмета.

4. Образотворча діяльність у більшості випадків надає змогу обійти «цензуру свідомості», тому виникає унікальна можливість для використання несвідомих процесів, вираження й актуалізації латентних ідей і станів; тих соціальних ролей, які є у «витісненому» вигляді, або слабо виявлені в повсякденному житті.

5. Арт-терапія є засобом вільного самовираження та самопізнання. Вона має «інсайт-орієнтований» характер; створює атмосферу довіри, високої терпимості й уваги до внутрішнього світу людини.

6. Результати образотворчої діяльності мистецтва є об'єктивним свідомством настроїв і думок людини, що надає можливість використовувати їх для ретроспективної, динамічної оцінки стану, проведення відповідних досліджень і зіставлень.

7. Арт-терапевтична робота, здебільшого, викликає у людей позитивні емоції, допомагає подолати апатію та безініціативність, сформувати більш активну життєву позицію, впевненість у своїх силах, автономність і особисті межі.

8. Арт-терапія заснована на мобілізації творчого потенціалу людини, внутрішніх механізмів саморегуляції та зцілення. Вона відповідає фундаментальній потребі в самоактуалізації – розкритті широкого спектра можливостей людини і ствердження нею індивідуально-неповторного способу буття у світі [8]. Дослідження, проведені під керівництвом Л. Лебедевої, засвідчили, що арт-терапевтичні заняття дозволяють вирішувати такі важливі завдання [14]:

Кінець минулого століття ознаменувався активізацією інтересу науковців до можливостей використання методів експресивної арт-терапії в роботі з дітьми з особливими потребами. Так, однією з перших арт-терапію в роботу з дітьми з функціональними обмеженнями ввела Е. Крамер, яка вважала її основою «творчий акт, що збагачує внутрішній світ митця», тоді як діагностичну оцінку арт-терапевт посуває на другий план. На думку вченої, арт-терапія дозволяє мобілізувати та розвинути внутрішні ресурси особистості, а також «відкрити шлях до емоційного зростання та реабілітації» [9, с. 40].

Серед наявних дисертаційних досліджень, наявних у галузі психології, передусім слід згадати працю М. Герньєр (Matthew Gernier «Puppetry as an Art Therapy Technique with Emotionally Disturbed Children», Alexandria, Virginia, 1983), присвячену використанню лялькового театру як методу арт-терапії в роботі з емоційними розладами в дітей.

*Виховні.* Взаємодія будується таким чином, щоб діти вчилися коректному спілкуванню, співпереживанню, дбайливим взаєминам з однолітками і дорослими. Це сприяє моральному розвитку особистості, забезпечує орієнтацію в системі моральних норм, засвоєння етики поведінки. Відбувається глибше розуміння себе, свого внутрішнього світу (думок, почуттів, бажань). Складаються відкриті, довірчі, доброзичливі відносини у родині.

*Корекційні.* Досить успішно коригується образ "Я", який раніше міг бути деформованим, поліпшується самооцінка, зникають неадекватні форми поведінки, налагоджуються способи взаємодії у родині. Вагомих результатів досягнуто в роботі з деякими відхиленнями в розвитку емоційно-вольової сфери особистості.

*Психотерапевтичні.* «Лікувальний» ефект досягається завдяки тому, що в процесі творчої діяльності створюється атмосфера емоційної теплоти, доброзичливості, емпатійного спілкування, визнання цінності особистості іншої людини, турбота про неї, її почуття, переживання. Виникають відчуття психологічного комфорту, захищеності, радості, успіху. У результаті мобілізується цілющий потенціал емоцій.

*Діагностичні.* Арт-терапія дозволяє отримати відомості про розвиток та індивідуальні особливості дитини й інтегративні процеси у родині. Це коректний спосіб поспостерігати за нею у самостійній діяльності, краще дізнатися про її інтереси, цінності, побачити внутрішній світ, неповторність, особистісну своєрідність, а також виявити проблеми, що підлягають спеціальній корекції. У процесі занять легко виявляються характер міжособистісних відносин і реальне становище кожного в родині, а також особливості сімейної ситуації. Арт-терапія виявляє і внутрішні, глибинні проблеми особистості. Володіючи багатосторонніми діагностичними можливостями, вона може бути віднесена до проєктивних тестів.

*Розвиваючі.* Завдяки використанню різних форм художньої експресії створюються умови, за яких кожна дитина переживає успіх у тій чи іншій діяльності, самостійно долає важку ситуацію. Діти навчаються вербалізації емоційних переживань, відкритості у спілкуванні, спонтанності. В цілому відбувається особистісне зростання людини, знаходиться досвід нових форм діяльності, розвиваються здібності до творчості, саморегуляції почуттів і поведінки.

Рис. 1 Функціональні можливості арт-терапії в роботі з родиною, яка виховує дитину з особливими потребами

Ця наукова студія розкриває питання діагностичних і терапевтичних аспектів застосування театрального мистецтва, можливості якого спрямовані на соціалізацію, самовираження та відпрацювання емоційних конфліктів через створення ляльки, постановку вистави та певної сценічної дії в цьому спектаклі. Зокрема, науковець розглядає лялькотерапію як метод, що доречно використовувати в груповій терапії, адже для дитини «це безпечний канал зв'язку з оточуючими людьми», який дозволяє їй «висловлювати свої ідеї і почуття вільно й анонімно, ховаючись за лялькою. Дитина робить це, не відчуваючи себе відповідальною за те, що говорить, що дозволяє «розкрити негативні почуття до батьків, сестер та братів» тощо [18].

Заслуговують на увагу й наукові пошуки Р.-А. Тайпа (Robin Anthony Tipple «Looking for a Subject – Art Therapy and Assessment in Autism», University of London, 2011), що стосувалися особливостей арт-терапевтичної роботи з дітьми-аутистами. Автор зазначає, що предмети мистецтва, створені під час терапевтичного заняття, одразу дають «можливість побачити приховані думки, почуття, події та світогляд дитини», «уникнути накладання дорослих тлумачень, стандартів і забобон». Науковець закликає до обережного ставлення до тих емоцій, що їх діти висловлюють через мистецтво, оскільки ігнорування призводить до подальшого її відчуження. Важливо зрозуміти, що вони відчувають емоції по-різному та «почуття в них доволі часто складні, суперечливі та заплутані», тому важливо поважати їхню творчість і ті труднощі, з якими діти з аутизмом стикаються при вираженні власних почуттів та світорозуміння вербальною й невербальною мовою жестів і рухів [20].

Цінним видається дисертаційне дослідження Е. Морісон (Amy Morrison «Understanding Children's Preferences in Art Making: Implications for Art Therapy», Lesley University, 2013), яка досліджувала вплив дитячих уподобань, їхніх пізнавальних, фізичних, емоційних і соціальних переживань на розуміння й інтерпретацію продуктів арт-терапевтичної творчості. Авторка відстежила як естетичні смаки та вподобання дітей формують їхні інтереси, а також впливають на увесь наступний життєвий досвід. Вагомість цієї роботи певною мірою полягає у вивченні особливостей використання матеріалів для художньо-творчої діяльності дітей різного віку. Так, наприклад, для дітей віком від двох до семи років цікавими в роботі є глина, конструктор, природні матеріали, маркери, олівці, крейда, ручки тощо. Як зазначає дослідниця, діти найбільше насолоджуються процесом створення об'ємних робіт, що суттєво впливає на їхню інтерактивність і бажання взаємодіяти [19]. Важливо також зазначити, що Е. Морісон окремо наголошує на особливостях одночасного використання різних матеріалів з

урахуванням формування конкретного, абстрактного та стратегічного мислення особливої дитини [19, с. 55-57].

Як зазначає О. Медведєва, теоретичне моделювання арт-терапевтичних діагностичних програм на основі принципів критеріально орієнтованого підходу дозволяє не тільки виявити актуальні та потенційні можливості соціокультурного становлення особистості, але й може бути використано під час розробки індивідуальних корекційно-розвиваючих психолого-педагогічних програм, що формуються на взаємодії дорослого та дитини в мистецтві. Окрему увагу, на думку дослідниці, варто звернути на соціокультурне становлення особистості дитини з проблемами психічного розвитку та його забезпечення за допомогою мистецтва, оскільки саме через художню діяльність, що постає як культурно-історичний, специфічний вид людської діяльності, вона може самореалізуватися як суб'єкт культури [14].

Така інноваційна модель супроводу особистості дитини може забезпечити «не лише її соціокультурне становлення, а й надати (при взаємодії спеціалістів і батьків) психологічну допомогу з метою компенсації та подолання труднощів соціально-адаптивних й емоційно-особистісних процесів, які ускладнюють соціалізацію дитини» на різних стадіях онтогенезу. Поряд із цим, інтеграція поліхудожнього середовища в корекційно-розвиваючий простір родинного виховання може забезпечити умови для «вростання» дитини з проблемами психічного розвитку в культуру та її самореалізацію в ній.

Спираючись на вищезазначені теоретико-емпіричні досягнення в галузі реалізації арт-терапевтичних технологій у конструктивний супровід родини, яка виховує дитину з інвалідизацією, доцільним вважаємо впровадження **авторської техніки об'ємної пісочної мандали «Грані власного «Я»** (Варіна Г.Б., Царькова О.В.) у психокорекційну роботу з родиною, де є дитина з особливими потребами [3]. Використання в психокорекційному та консультативному процесі цієї авторської техніки орієнтовано на реалізацію наступних завдань:

- оптимізація дитячо-батьківських взаємин;
- корекція неадекватних поведінкових й емоційних реакцій батьків дітей з інвалідизуючими захворюваннями;
- навчання батьків психологічним прийомам саморегуляції;
- формування в батьків активної життєвої позиції;
- формування в батьків уявлень про технології та методи навчання й виховання дітей з обмеженими можливостями;
- навчання батьків ефективним прийомам творчої взаємодії з дітьми в домашніх умовах;

– організація конструктивної художньо-творчої арт-терапевтичної взаємодії дітей з функціональними обмеженнями та їх батьками.

Новітньою тенденцією в сучасній психологічній, психотерапевтичній та педагогічній практиці є активне використання можливостей взаємодії з піском, або пісочної терапії. Недарма кажуть: шлях, яким має рухатися потік життя, написаний на піску.

Авторська техніка об'ємної пісочної мандали «Грані власного «Я» зорієнтована на внутрішній потенціал здоров'я та сили, притаманний кожній людині. Вона акцентує увагу на природному вияві думок, почуттів та настрою у творчості, прийнятті особистості такою, якою вона є насправді. Для клієнта – це один із способів розповісти про свої проблеми, продемонструвати певні страхи та позбавитись їх, а також емоційного напруження.

Результати апробації зазначеної авторської техніки підтверджують, що вона дозволяє гармонізувати внутрішній стан особистості за допомогою певних механізмів:

- опрацювання ситуацій, що травмують психіку на символічному рівні;
- розширення внутрішнього досвіду;
- зміна ставлення до себе, до свого минулого, сьогодення і майбутнього;
- зміцнення довіри до світу, розвиток нових продуктивніших взаємин зі світом.

Насипушки – термін, що зустрічається на сайтах декоративно-прикладного мистецтва порівняно нещодавно. Так називають прозорі посудини (гарні банки й пляшки) із сипучими матеріалами. Найчастіше їх наповнюють підфарбованою засохлою гуашшю, сіллю. Використання для цих цілей солі можливо пов'язане з тим, що її здавна використовували як оберіг. Але існують й інші варіанти: пісок, крупа, зерна тощо. Перед тим, як засипати матеріали шарами в обрану ємність, необхідно просмажити їх у духовці для дезінфекції. Однак, складно переоцінити ресурсність цього процесу для кожного учасника.

Пляшечка з пісочною картиною вражає і дивує. Яким загадковим чином хаос піщинок зміг укластися в настільки дивовижні й складні візерунки, колірні структури та повноцінні малюнки? Малювати піском у пляшці захопливо та цікаво! Реалізація цієї техніки допомагає долучитися до творчого процесу з перших хвилин заняття навіть його найменшим учасникам. Малювати піском відносно нескладно, ця діяльність виховує уважність, зосередженість і креативність. Результат роботи, безумовно, потішить і дітей, і дорослих: останні крихти вже насипані, малюнок

створений і пляшку, тобто пляшку-картину, вже створено. Такий пісочно-скляний твір стане вагомим завершенням процесу творчого самовираження та самопізнання[7].

З огляду на зазначене вище, у процесі проведення техніки об'ємної пісочної мандали «Грані власного «Я» ми виокремлюємо наступні етапи:



Рис. 2 Основні етапи проведення техніки об'ємної пісочної мандали «Грані власного «Я»

### **1. Підготовчий етап.**

Мета проведення техніки об'ємної пісочної мандали «Грані власного «Я» – гармонізація власного образу «Я», актуалізація, мотивація на самопізнання та саморозвиток внутрішніх ресурсів особистості; пошук творчих шляхів самовираження.

Завдання (рис.3).

### **Підготовка необхідних матеріалів для проведення техніки об'ємної пісочної мандали «Грані власного «Я»**

Пляшки для картин. Пляшки, безумовно, мають бути прозорими. Найскладніше – знайти схожі пляшки, адже вони повинні бути незвичайних форм, як правило, плоскими, подібними до фляги. У таких пляшках, на початковому етапі, картини буде створювати набагато легше. Складніше діставати пляшки інших унікальних форм. Пошуками вам потрібно

займатися самостійно. Пляшечки та скляні посудини необхідно підібрати різних форм та об'ємів, щоб надати змогу клієнтові обрати.

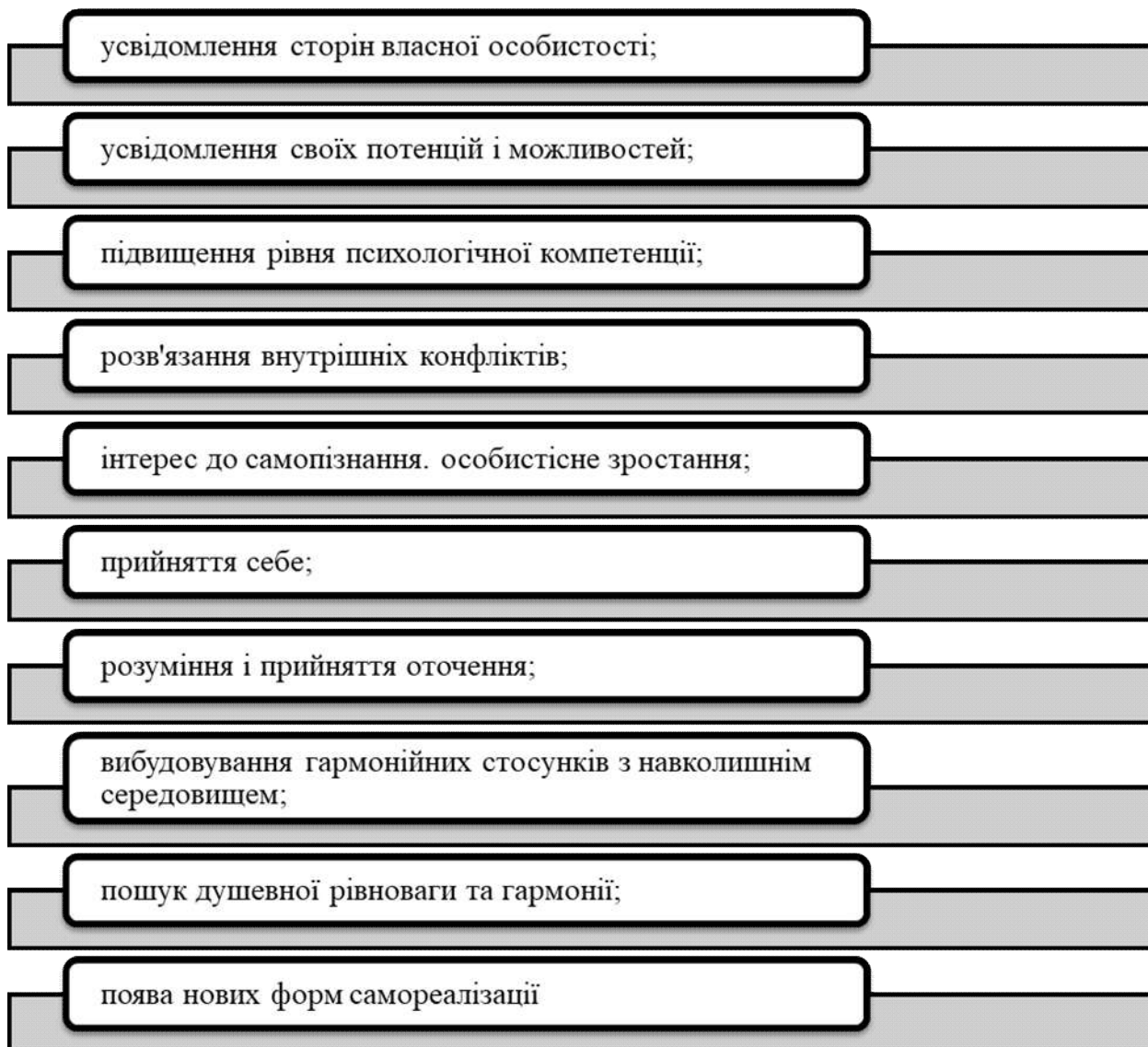


Рис. 3. Основні завдання проведення техніки об'ємної пісочної мандали «Грані власного «Я»

Пісок для мандали. Використовується різнобарвний. Ви зможете зробити його самостійно, за допомогою додавання барвників. Спочатку використовується світлий чистий пісок. Для цього річковий пісок промивається у воді до повної чистоти. Далі пісок просіюється через дрібне сито.

Допоміжні матеріали. Для змішування кольорів використовують дерев'яні палички різної товщини та довжини. Також ресурсними, у межах діагностики та корекції, є різні камінці, намистини, горошини, гербарій із квітів та інших рослин.

## 2. Етап входження до психокорекційного процесу.

На фліпчарті подано слова Уільяма Шекспіра: «Наша особистість – це сад, а наша воля – її садівник».

Розпочати заняття можна притчею для обговорення у межах проведення техніки.

Суфійська притча «Розповідь про Піски».

Річка, розпочавши шлях від джерела в далеких горах, минувши найрізноманітніші ландшафти сільської місцевості, досягла, нарешті, пісків Пустелі. Подібно до того, як вона долала всі перепони, Річка намагалася здолати і цю, але незабаром переконалася, що внаслідок її просування вглиб пісків, води в ній лишається все менше й менше. І хоча не було жодного сумніву, що шлях її лежить через Пустелю, становище здавалося безвихідним.

Але раптом таємничий голос, що лунав із самої пустелі, прошепотів: «Вітер перетинає Пустелю, і це зможе зробити потік».

Річка одразу заперечила, бо вона не рухається далі у пісках і тільки збирається, а Вітер може літати, і саме тому йому не потрібно докладати чимало зусиль для того, щоб перетнути Пустелю.

– Тобі не подолати Пустелю звичними для тебе способами. Ти або зникнеш, або ж перетворишся на Болото. Ти повинна дозволити Вітру перенести тебе до місця твого призначення.

– Але як це може статися?

– Тільки за умови, якщо ти дозволиш Вітрові поглинути тебе.

Ця пропозиція була неприйнятною для Річки. Адже, врешті-решт, ніхто й ніколи не поглинав її. Вона і не збиралася втрачати свою індивідуальність. Адже втративши її одного разу, як зможе вона повернути її знову?

– Вітер, – продовжував незнайомец, – саме цим і займається. Він підхоплює воду, проносить її над Пустелею і потім дає впасти їй знову. Падаючи у вигляді дощу, вода знову стає Річкою.

– Але як я можу перевірити це?

– Це правда, і якщо ти не віриш цьому, ти не зможеш стати нічим іншим, окрім смердючої калюжі, навіть на це буде витрачено чимало років, що є, погодься, зовсім не тим самим, що Річка.

– Але як же я зможу залишитися тією ж Річкою, якою я є сьогодні?

– У жодному з цих випадків ти не зможеш залишитися такою ж, – відповідав таємничий голос. – Твоя основна частина переноситься та знову стає Річкою. І навіть твою теперішню форму існування ти тільки тому сприймаєш як себе, бо не знаєш, яка частина в тобі є суттєвою.



У відповідь на ці слова якийсь сумнів з'явився в Річки. Пригадала вона стан, у якому чи то вона, чи то якась її частина, але чи так це? – вже перебувала в обіймах Вітру. Вона згадала також – та чи згадала? – що ця, хоча і не завжди очевидна, але цілком реальна річ, є здійсненою. І Річка полинула в доброзичливі обійми Вітру, що легко та ніжно підхопив її і поніс далеко-далеко. Досягнувши гірської вершини, він обережно відпустив її вниз. Оскільки у Річки були сумніви, вона змогла запам'ятати більш ґрунтовно подробиці цього досвіду.

– Так, тепер я пізнала свою справжню сутність, – міркувала Річка.

А Піски шепотіли: «Ми знаємо про це, бо день за днем це відбувається на наших очах, оскільки з нас, пісків, і складається весь шлях від берегів річки до самої гори».

Ось чому кажуть: шлях, по якому повинен рухатися потік життя, написаний на піску.

### **Приклади вправ на знайомство.**

Вправа «Мій портрет»

Мета: зняти психоемоційне напруження на початку зустрічі, познайомитися.

Інструкція: Спробуйте уявити себе видатним художником. Кожен художник хоча б раз у житті малював свій портрет. Тому ми теж намалюємо себе в усій красі. По закінченні вправи учні демонструють свої портрети та роблять висновок про те, що жоден із них не схожий один на одного.

Вправа «Назви себе»

Мета: зняти психоемоційне напруження на початку зустрічі.

Інструкція: передаючи м'яку іграшку (м'ячик, яблуко, клубок) учасники називають своє ім'я й улюблене заняття. Кожен наступний учасник повторює все, що було сказано до нього та додає своє ім'я та улюблене заняття.

Вправа «Що собі подарувати?»

Мета: знайомство з внутрішніми ресурсами та позитивними якостями особистості, пошук власної унікальності.

Інструкція: Сьогодні ми будемо з вами малювати. Кожен із-поміж вас намалює картину-подарунок найближчій людині. Як ви гадаєте, кому? Кому ви можете довірити найважливішу таємницю? Хто знає про вас все і, навіть, трішки більше? Звичайно, це ви самі. Сьогодні ми й займемося малюванням подарунка самому собі. Це буде ваза з букетом квітів.

Психолог малює на великому аркуші, на мольберті, а учасники – на своїх аркушах. Психолог робить великий малюнок для того, щоб допомогти учасникам у створенні власної композиції.

Психолог: для початку ми визначимося з формою вази, її дизайном. Тепер наповнимо вазу квітами. Спочатку ми намалюємо серединки квітів – великі й округлі; розмістіть п'ять серединок у будь-якому місці над вазою. Додайте квітам стебел, продемонструйте, що вони стоять у вазі. Поміркуймо: якої форми можуть бути пелюстки у наших квітів: округлі, з зубчиками, довгі, зовсім маленькі. Зафарбуйте пелюстки різними кольорами, які вам до вподоби. Головна умова – щоб при погляді на малюнок у вас поліпшувався настрій.

Оберіть собі в подарунок ті якості, які у вас є. Намагайтеся обрати п'ять. Поверніться до свого малюнка. Назвімо його «Мої чесноти». Додайте в серединки намальованих вами кольорів ті якості, які ви обрали для свого букета. Для того, щоб заповнити серединки квітів, намальованих психологом, можна запропонувати групі спільно обрати ті якості, які виявляються у більшості присутніх.

Психолог: подивіться на свій букет. Він демонструє все те, чим ви сьогодні можете пишатися.

Вправа «Розмови з паличкою»

Мета: актуалізація позитивного життєвого досвіду.

Інструкція: По черзі висловлюються всі учасники групи. Перший, тримаючи паличку, описує подію зі свого життя протягом 30 сек. Потім паличка переходить до наступного учасника, який має підсумувати попередню розповідь, а потім розповісти свою історію. Стежте, щоб підсумовування містило всі основні пункти розповіді.

### **Приклади технік медитацій-візуалізацій**

Медитація-візуалізація «Гірська вершина»

Мета: зняття психоемоційного напруження, м'язове розслаблення, підвищення впевненості в собі та діагностика актуального психічного стану.

Необхідний час: 40 хвилин.

Матеріали: не потребує.

Підготовка: спеціальна підготовка не потрібна.

Процедура: Уявіть, що ви стоїте біля підніжжя величезної гори. З усіх боків вас оточують кам'яні велетні. Можливо, це Памір, Тибет або Гімалаї. Десь у височині, гублячись у хмарах, пливуть крижані вершини гір. Як прекрасно має бути там, нагорі! Вам хотілося б опинитися там. І вам не потрібно досягати вершин, підіймаючись складними та небезпечними схилами, бо ви ... можете літати. Подивіться вгору: на тлі неба чітко видно темний рухомий хрестик.

Це орел, літає над скелями ... Мить – і ви самі стаєте цим орлом. Розправивши свої могутні крила, ви легко ловите пружні потоки повітря й

вільно линете в них ... Ви бачите рвані латки хмар, що пливуть під вами ... Далеко внизу – іграшкові гайки, крихітні будинки в долинах, мініатюрні чоловічки... Ваше пильне око здатне розрізнити найдрібніші деталі, що постали перед вами, загальну картину. Вдивіться в неї. Розгляньте детальніше...

Ви чуєте тихий свист вітру та різкі крики пролітають повз дрібних птахів. Ви відчуваєте прохолоду й ніжну пружність повітря, який тримає вас у височині. Яке чудове відчуття вільного польоту, незалежності та сили! Насолоджуйтеся ним...

Досягнення будь-якої найвищої та недоступної для інших вершини від вас не потребує значних зусиль. Оберіть собі зручну ділянку та зійдіть на неї, щоб звідти, з неосяжної висоти, подивитися на те, що залишилося там, далеко, біля підніжжя гір... Якими дрібними й незначними видаються звідси проблеми, що хвилювали вас! Оцініть: чи варті вони зусиль і переживань, яких ви зазнали! Спокій, що дарує висота та злет, сповнює вас неупередженістю і здатністю заглиблюватись у сутність речей, розуміти та помічати те, що було недоступним там, у метушні. Звідси, з висоти, вам легко побачити шляхи розв'язання питань, що вас хвилювали ... З дивовижною ясністю усвідомлюються потрібні кроки та правильні вчинки ... Пауза.

Летіть знову й знову випробовуйте дивовижне відчуття польоту. Нехай воно надовго запам'ятається вам... А тепер, знову перенесемо себе до того, хто стоїть біля підніжжя гори... Помахайте рукою на прощання. У небі лине орел, який зробив доступним для вас нове сприйняття світу... Подякуйте і йому...

Ви знову тут, у цій кімнаті. Ви повернулися сюди після своєї дивної подорожі...

#### Медитативна вправа «Небо»

Уявіть, що зараз літній день і ви лежите на траві. Ви відчуваєте її м'якість. Лежачи на спині, ви дивитеся в небо: чисте, безхмарне, блакитне. Споглядайте його протягом певного часу.

До поля вашого зору потрапляє метелик, і коли він пролітає над вами, ви зазначаєте, яким він здається невагомим, і як красиво пофарбовано його крила. Ви спостерігаєте як метелик віддаляється, зникаючи з ваших очей.

Тепер ви бачите орла, що летить у височині. Звертаючи на нього погляд, ви поринаєте в блакитну глибину неба.

Потім ви спрямовуєте погляд ще вище. Тепер помічаєте, що високо-високо в небі пропливає маленька біла хмарка. Спостерігайте за тим, як вона повільно розчиняється.

Нарешті перед вами лише безмежне небо.

Станьте небом – нематеріальним, безтілесним, всеосяжним. Будучи небом, відчуйте, що у вас немає меж. Відчуйте, що ви присутні всюди, що ви всього досягаєте та все подолаєте.

Обговорення: Які відчуття у вас виникли? (Звернути увагу на те, щоб висловилися всі охочі, поділилися своїми враженнями, відкриттями, емоціями).

### **3. Первинне ознайомлення з матеріалами. Вправи на тактильні відчуття пісочної структури.**

Вправа «Добрий день, Піщинко»

Мета: зняти напругу.

Хід вправи:

Тренер від імені Піщинки просить учасників «познайомитися з піском», тобто різними способами доторкнутися до піску.

Кожен учасник:

– торкається піску по черзі пальцями однієї, потім іншої руки, потім усіма пальцями одночасно;

– спочатку легко, потім із напругою стискає кулачки з піском, після чого повільно висипає його до пісочниці;

– торкається піску всією долонею – внутрішньою, потім зовнішньою стороною;

– перетирає пісок між пальцями, долонями.

Далі пропонуємо розповісти про свої відчуття: «тепло – холодно», «приємно – неприємно».

Вправа «Пісочний дощ»

Мета: навчити регулювати м'язову напругу та розслаблення; ознайомити з властивостями сухого піску.

Хід вправи:

Тренер розповідає від імені Піщинки: «У моїй країні може йти незвичайний Пісочний Дощ і повівати Піщаний Вітер. Це дуже приємно. Подивіться, як це відбувається (демонструє.) Ви самі можете влаштувати такий дощ і вітер». Учасники повільно, а потім швидко, сиплють пісок зі свого кулачка до пісочниці або ж до посудини.

Піщинка пропонує кожному учаснику заплющити очі та покласти долоню на пісок, розставляючи пальці.

Вправа «Незвичайні сліди»

Мета: розвивати тактильні відчуття, уяву.

Хід вправи:

Тренер пропонує вправи імітаційного характеру, які залишають сліди на піску, скажімо:

«Йдуть ведмежата» – учасник кулачками та долонями з силою натискає на пісок.

«Стрибають зайці» – кінчиками пальців учасник вдаряє по поверхні піску, рухаючись у різних напрямках.

«Повзуть змійки» – учасник розслабленими, або напруженими, пальцями рук залишає на поверхні піску хвилястий слід у різних напрямках.

«Біжать жучки, павучки» – учасник рухає всіма пальцями, імітуючи рухи комах (можна повністю занурювати руки в пісок, зустрічаючись під піском руками один із одним, – «жучки вітаються»).

«Незвичні тварини» – учасники роблять на піску різні відбитки, вигадуючи назви для фантастичних тварин, які залишили ці сліди. Після заняття вигадану фантастичну істоту можна намалювати та зробити її мешканцем піщаної країни.

Вправа «Казка мого життя»

Мета: розвивати тактильні відчуття, уяву, самопрезентація, дослідження минулого досвіду

Хід вправи:

Учасникам пропонується за допомогою паличок, пензлів, кольорового піску намалювати казку власного життя. Після цього кожен розповідає казку – чарівну, незвичайну... Далі пропонуємо розповісти про свої відчуття та досвід.

#### **4. Вибір посудини для створення об'ємної мандали.**

Пропонуємо учасникам прислухатися до власного «Я» та обрати посудину для створення об'ємної мандали з урахуванням відчуттів «тут і зараз». Після цього бажано забезпечити зворотний зв'язок, відповівши на запитання:

- Чому саме таку посудину ви обрали?
- Яким чином форма посудини відображає «грані мого «Я»?
- Які відчуття в мене викликає споглядання на цю посудину? тощо.

#### **5. Процес створення об'ємної мандали. Обговорення отриманих результатів, зворотний зв'язок.**

Техніка створення картин з піску в плящі є доволі простою та зрозумілою: починаючи від підготовки та завершуючи створенням шедеврів. Все, як завжди, повністю залежить від вас і вашого бажання.

Картини у плящі створюються шляхом засипання шарів різнокольорового піску один на інший. Палички використовуються для розрівнювання та промальовування елементів крізь шари піску. Для створення середньої картини вам потрібен пісок приблизно 8-10 кольорів і відтінків, також можна використовувати та викладати в плящі різні допоміжні матеріали – гербарій, намистини, камінці, горошини, бісер тощо.

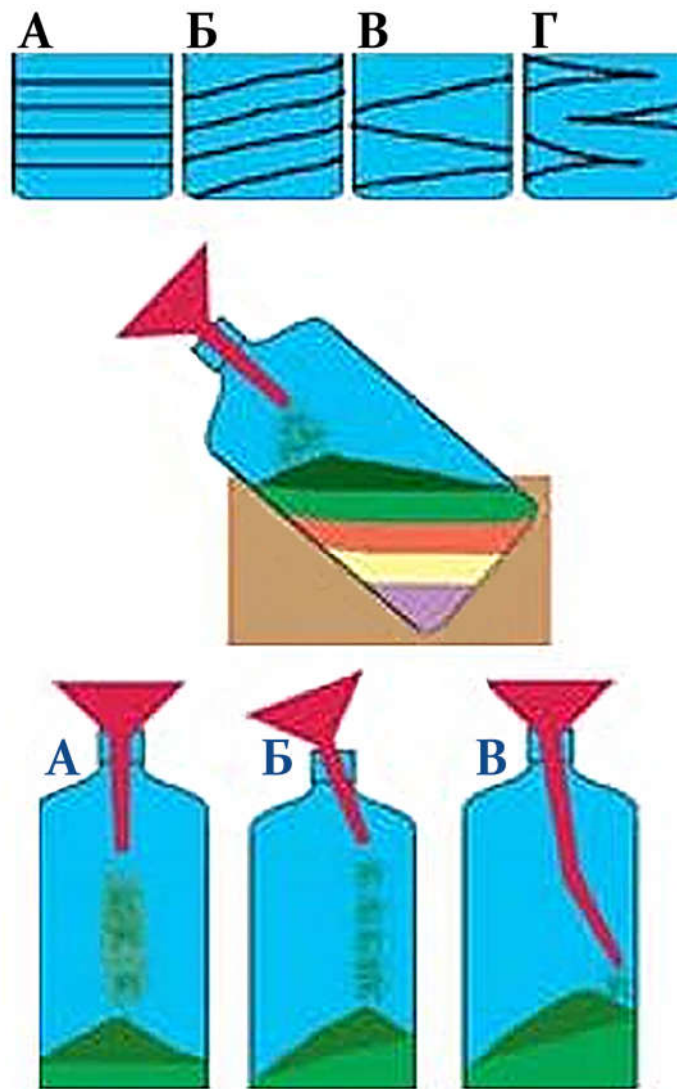


Рис. 4. Прийоми насипання піску в пляшку

Найпростіша насипушка створюється з послідовних шарів солі різного кольору. Якщо воронка розташована по центру пляшки – товщина шару буде однаковою по всьому колу (а). Щоб змінити товщину шару, можна нахилити воронку під час насипання (б), або ж використовувати лійку з викривленим «носиком» (в).

Підбираючи гаму кольорів, а також варіанти насипання шарів, можна отримати різні унікальні малюнки. Для відпрацювання навичок краще використовувати невелику склянку з прямими й гладкими стінками.

Особливості створення насипушок:

- заповнення середини посуду;
- ущільнення піску;
- запечатування малюнка після закінчення роботи.

У готовій роботі видно тільки прилеглий до скла шар піску, тому «серединку» можна засипати іншим піском або камінцями, допоміжними

матеріалами. Якщо серединка буде заповнена, то малюнок не буде обсіпатися.

### **Поетапна технологія виготовлення об'ємної мандали**

1. Через воронку в пляшку насипаємо 2-3 шари кольорового піску.



2. Формуємо малюнок «піки» дерев'яною шпажкою. Приставляємо шпажку над верхнім шаром піску під кутом 20-30 градусів до скла. Опускаємо спицю по склу вістрям донизу. Бічною поверхнею шпажка буде відтісняти частину піску до середини, а на її місце зверху буде сипатися пісок з верхніх шарів. Після досягнення потрібної глибини, шпажку потрібно відвести всередину до центру та підняти вгору.



3. Продовжуємо насипати кольоровий пісок. Повертаючи пляшку під різним кутом, формуємо малюнок «гори».



4. Досипаємо інші шари. Ущільнення піску здійснюємо за допомогою шпажки, засипаючи середину піском. Важливо, щоб спиця рухалася вздовж осі пляшки та в жодному разі не торкалася стінок!



5. Досипаємо пісок до верхівки пляшки, трамбуємо його. Тепер можна перейти до запечатування мандали. Це збереже пісок від висипання при випадковому відкриванні пляшки. Можна використовувати клей ПВА. Він утворює еластичний корок після висихання, який, за потреби, легко можна витягти. Єдине застереження: волога з клею потрапляє у сіль і розмиває фарбу на певну глибину (близько 1 см).

6. Закорковуємо пляшку. Корок можна замаскувати клаптиком тканини, перев'язати мотузкою з намистинами тощо.



### Обговорення:

1. Що я відчував у процесі створення особистої об'ємної мандали?
2. Що для мене означають обрані кольори. Які викликають асоціації?

Чому я обрав саме ці кольори?

3. Як шари піску демонструють мою унікальність?
4. Що зображують допоміжні матеріали в моїй об'ємній мандалі?
5. Що я відчуваю зараз?
6. Щоб мені хотілося змінити? Чи задоволений я результатом?
7. Як здобутий досвід я можу використовувати у житті?

### Схематичне зображення процесу успішної реалізації на практиці змін, що сталися в результаті тренінгу

ТРЕНІНГ	ЖИТТЯ
Отримання нової інформації. Виконання вправ, спрямованих на зміну старих стереотипів, набуття нових знань / навичок в умовах штучного тренінгового середовища. Відчуття задоволення від успішно виконаних вправ.	Реалізація набутих під час тренінгу знань / навичок для запровадження змін у реальному житті. Відчуття задоволення від успішної реалізації вміння робити інакше («я можу зробити інакше!», «я досягаю бажаного!»).

Вправа «Лист самому собі»

Усі ми дуже різні. Але чи можна сказати, що образ «Я» буває «гарним» або «правильним»? Ні, немає правильного внутрішнього світу. Але існує



гармонійний і дисгармонійний стан нашого внутрішнього світу. Досягати гармонії із самим собою допомагає емоційно прийнятий образ «Я». Тепер зберіть воєдино все, про що ми сьогодні говорили й напишіть лист-звернення до самого себе.

Примітки. Це прикінцева вправа, листи можна зачитувати, але тільки за згодою авторів. Якщо група не налаштована відповідним чином, не наполягайте на читанні листів. Після завершення проводиться рефлексія.

### **Рефлексія**

Запитання для обговорення:

- Що саме Ви відчували?
- Що нового про себе дізналися?
- Чи будете ви зберігати цей новий образ?

### **Підбиття підсумків**

Завдання: кинути м'яч учасникові, попрощатися з ним і сказати кілька слів про роботу. Двічі м'яч не кидати.

- Що нового ви про себе дізналися?
- Що будете використовувати у своїй практиці?

Використання інноваційних комплексних арт-терапевтичних технологій, можливість варіювання структури тренінгової роботи з родиною, яка виховує дитину з інвалідизацією, дозволяють забезпечити атмосферу довіри та взаємної підтримки, сприяють зняттю емоційно-фізичної, емоційно-психологічної напруги та бар'єрів спілкування. Для дитини такий творчий процес дозволяє відволіктися від «буденних справ», а також сприяє активному залученню до казково-фантастичної арт-терапевтичної роботи, спрямованої на формування гармонійних сімейних взаємовідносин. Реалізація цієї техніки в невимушеній, теплій атмосфері спільної спонтанної творчості дозволяє учасникам виявити власні почуття, пізнати внутрішній світ членів своєї родини, здобути новий досвід ефективної взаємодії, відчути ту єдність, що є притаманною саме його сім'ї.

### **Список використаних джерел**

1. Акімова О.В. Основні напрями експериментального вивчення творчого мислення [Електронний ресурс] / О.В. Акімова // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. – Вінниця, 2007 – С. 124-130.
2. Белозорова Л.А. Арт-терапия как средство психокоррекции нарушений эмоциональных состояний детей-дошкольников: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Л.А. Белозорова. – Курск, 2011. – 29 с.

3. Варіна Г.Б., Царькова О.В. Навчально-методичні рекомендації для роботи в авторській техніці об'ємної пісочної мандали «Грані власного «Я» / Укл. Г.Б. Варіна, О.В. Царькова. – Мелітополь, Люкс, 2018. – 78 с.
4. Выготский Л.С. Психология искусства / Л.С. Выготский. – Изд. третье. – Москва, Просвещение, 1998 – 480 с.
5. Дмитрієва І.В. Корекція художнього сприймання розумово відсталих підлітків засобами образотворчого мистецтва: автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / І.В. Дмитрієва. – К., 2002. – 19 с.
6. Забабурина О.С. Психологическая помощь родителям в воспитании детей с нарушениями развития: пособие для педагогов-психологов / О.С. Забабурина, О.В. Максименко, Е.А. Савина; под ред. Савиной Е.А., Максименко О.В. – М.: Владос, 2008. – 223 с.
7. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Чудеса на песке / Практикум: Песочная терапия / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т.М. Грабенко. – СПб.: Речь, 2002. – 224 с.
8. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми. Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми / М.В. Киселева. – СПб.: Речь, 2006. – 158 с.
9. Крамер Э. Арт-терапия в работе с детьми: пер. с англ. / Вступ. ст. и послесловие Е. Макаровой / Э. Крамер. – 2-е изд. – Москва: Генезис, 2014. – 320 с.
10. Маркова М.В. О разработке комплексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития / М.В. Маркова, Т.Г. Ветрила // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 2 (22). – С. 38-45.
11. Стадієнко Н. Шляхи інтеграції дітей з особливими потребами у суспільство: науково-методичний збірник / Н. Стадієнко. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.
12. Ткачева В.В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии: автореф. на соискание уч. степени д-ра психол. наук: спец. 19.00.10 «Коррекционная психология» / В.В. Ткачева; Моск. гос. открытый пед. ун-им. М.А. Шолохова. – Н. Новгород, 2005. – 46 с.
13. Хіля А.В. Арт-терапія як об'єкт наукового дослідження у працях зарубіжних та вітчизняних вчених / А.В. Хіля // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології: наук. журнал. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2016. – № 5 (59). – С. 394-405.
14. Хіля А.В. Виховання у дітей з функціональними обмеженнями ціннісного ставлення до життя засобами арт-терапії: автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / Хіля Анна Вікторівна; Вінниц. держ. пед. ун-т ім. Михайла Коцюбинського. – Вінниця, 2017. – 20 с.

15. Хіля А.В. Перспективи впровадження арт-педагогіки у роботу з дітьми з функціональними обмеженнями / А.В. Хіля // Арт-терапія: інноваційний простір для підтримки фізичного, психічного та духовного здоров'я людини: Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції. – Миколаїв: Вид-во ЧДУ ім. П. Могили, 2010. – С. 13-17.
16. Царькова О.В. Особливості допомоги батькам, які виховують дітей з особливими потребами / О.В. Царькова // Проблеми сучасної психології. – 2014. – Вип. 23. – С. 687-697. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl\\_2014\\_23\\_62](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2014_23_62).
17. Чайковський М.Є. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з молоддю з особливими потребами в умовах інклюзивного освітнього простору: автореф. на здобуття наукового ступеня д-ра. пед. наук: спец. 13.00.05. – Старобільськ, 2016. – 46 с.
18. Khilya A.V. Current issues of inclusive education in Ukraine / Anna Viktorivna Khilya // The Ninth International Congress on Social Sciences and Humanities. Proceedings of the Congress (December 2, 2016). «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. – Vienna. 2016. - P. 40-45.
19. Morrison, Amy. Understanding Children's Preferences in Art Making: Implications for Art Therapy. Lesley University, 2013.
20. Robin Anthony Tipple. Looking for a Subject – Art Therapy and Assessment in Autism. University of London, 2011.



## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

<p><b>Аверіна Катерина Сергіївна</b></p>	<p>кандидатка педагогічних наук, доцентка кафедри дошкільної освіти і соціальної роботи Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, керівник відділу міжнародних зв'язків Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; член робочої групи з моніторингу виконання міської моделі міжкультурної інтеграції «План міжкультурної інтеграції м. Мелітополь до 2020 року» за тематичним напрямом «Привітальна політика міста та культурно-духовні практики громади»; член Всеукраїнської асоціації дослідників вищої освіти (UERA), яка входить до Європейської асоціації дослідників вищої освіти; м. Мелітополь</p>
<p><b>Білецька Марина Валентинівна</b></p>	<p>кандидатка педагогічних наук, доцентка, завідувачка кафедри інструментального виконавства та музичного мистецтва естради Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; вчена секретарка спеціалізованої вченої ради К 18.053.01 за спеціальностями: 13.00.01 – «Загальна педагогіка та історія педагогіки» та 13.00.04 – «Теорія і методика професійної освіти»; відмінник народної освіти України; м. Мелітополь</p>
<p><b>Божко Надія Анатоліївна</b></p>	<p>учителька початкових класів, спеціалістка вищої категорії Мелітопольського навчально-виховного комплексу № 16 Мелітопольської міської ради Запорізької області; призерка виставки «Сходинки педагогічної творчості»; м. Мелітополь</p>
<p><b>Братишко Тамара Ахматівна</b></p>	<p>аспірантка Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; м. Мелітополь</p>
<p><b>Варіна Ганна Борисівна</b></p>	<p>магістерка психології, старша викладачка кафедри психології, науковий співробітник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; арт-терапевт, член ВГО «Арт-терапевтична асоціація», ГО «Національна психологічна асоціація», психологиня-консультантка Лабораторії психології здоров'я МДПУ імені Богдана Хмельницького, тренерка програм розвитку особистості, сертифікатної освітньої програми «Сучасні практико-орієнтовані технології в психології»; м. Мелітополь</p>
<p><b>Грись Антоніна Михайлівна</b></p>	<p>докторка психологічних наук, професорка Міжнародної академії управління персоналом, завідувачка Лабораторії соціально дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України; авторка понад 120 наукових праць з проблематики психології соціально дезадаптованих неповнолітніх; здійснює психологічну практику реалізуючи тренінгові програми: «Асоціативні методи роботи у консультуванні та психотерапії», «Робота з субчастинами», «Сімейна системна психотерапія», у межах яких відбувається навчання майбутніх психологів авторській техніці роботи з клієнтами «Терапевтична мішень»; м. Київ</p>
<p><b>Гузь Володимир Васильович</b></p>	<p>кандидат педагогічних наук, доцент кафедри початкової освіти Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; м. Мелітополь</p>

<b>Гузь Наталія Василівна</b>	кандидатка психологічних наук, доцентка кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; арт-терапевт, член ВГО «Арт-терапевтична асоціація»; психологиня-консультантка Психологічного центру МДПУ імені Богдана Хмельницького, ГО «Центр «Побратим» і проєкту «Створення навчально-методичних засад формування у дітей навичок міжкультурної комунікації в загальноосвітніх та позашкільних навчальних закладах Запорізької області»; авторка та ведуча тренінгових програм; м. Мелітополь
<b>Дубяга Світлана Миколаївна</b>	кандидатка педагогічних наук, доцентка, завідувачка кафедри початкової освіти Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; відповідальна редакторка збірника праць «Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького. Серія: Педагогіка»; м. Мелітополь
<b>Душка Алла Лукивна</b>	докторка психологічних наук, провідна наукова співробітниця відділу психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими потребами Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України; м. Київ
<b>Житнік Тетяна Сергіївна</b>	кандидатка педагогічних наук, старша викладачка кафедри дошкільної освіти і соціальної роботи Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; керівник сертифікаційної програми «Основи інклюзивної освіти»; заступниця директора Навчально-наукового інституту соціально-педагогічної та мистецької освіти з науково-дослідної роботи та міжнародного співробітництва; м. Мелітополь
<b>Каткова Тетяна Анатоліївна</b>	магістерка психології, старша викладачка кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; психологиня-консультантка Психологічного центру МДПУ імені Богдана Хмельницького; член ВГО «Арт-терапевтична асоціація» та ГО «Національна психологічна асоціація»; м. Мелітополь
<b>Кононенко Оксана Іванівна</b>	докторка психологічних наук, професорка кафедри диференціальної і спеціальної психології, заступниця декана факультету психології та соціальної роботи з навчально-методичної роботи Одеського національного університету імені І.І. Мечникова; відповідальна редакторка наукового журналу «Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія»; м. Одеса
<b>Луньов Віталій Євгенович</b>	дійсний член УАН, член Американської психологічної асоціації, Американської академії клінічної психології, Всесвітньої федерації психічного здоров'я; почесний доктор Оксфордського академічного союзу США; кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної і медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, провідний науковий співробітник; голова ради молодих вчених Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України; м. Київ
<b>Михайленко Лілія Миколаївна</b>	кандидатка психологічних наук, доцентка кафедри соціально-гуманітарних наук Криворізького економічного інституту ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана»; член ВГО «Арт-терапевтична асоціація» та ГО «Національна психологічна асоціація», м. Кривий Ріг

<b>Москальова Людмила Юріївна</b>	докторка педагогічних наук, професорка, проректорка з наукової роботи Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; м. Мелітополь
<b>Немикін Анатолій Валерійович</b>	магістр психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, магістр теології; м. Мелітополь
<b>Озерова Тетяна Ярославівна</b>	директорка Департаменту освіти і науки Запорізької обласної державної адміністрації; м. Запоріжжя
<b>Павлюк Марія Михайлівна</b>	кандидатка психологічних наук, доцентка, психологиня-практик, психотерапевт за методом символдрами, член УГО «Інститут розвитку символдрами і глибинної психології» (ІРСГП), Міжнародного товариства Кататимного переживання образів і імагінативних методів в психотерапії і психології; представниця Центру тестування та розвитку «Гуманітарні технології»; м. Київ
<b>Пономаренко Вікторія Вікторівна</b>	вчителька початкових класів, психологиня Охримівської загальноосвітньої школи I-III ступенів Кирилівської селищної ради; м. Мелітополь
<b>Прокоф'єва Олеся Олексіївна</b>	кандидатка психологічних наук, доцентка кафедри психології, науковий співробітник Мелітопольського державного університету імені Богдана Хмельницького; психологиня-консультантка Лабораторії психології здоров'я, Психологічного центру Мелітопольського державного університету імені Богдана Хмельницького; психодрама-терапевтка сертифікована Європейським інститутом психодрами PIfE (Німеччина), голова ГО «Інститут психодрами, сучасної психології і психотерапії»; м. Мелітополь
<b>Прокоф'єва Ольга Анатоліївна</b>	старша викладачка кафедри анатомії і фізіології людини та тварин Мелітопольського державного університету імені Богдана Хмельницького; м. Мелітополь.
<b>Прохоренко Леся Іванівна</b>	докторка психологічних наук, старша наукова співробітниця, заступниця директора Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України з науково-експериментальної роботи; м. Київ
<b>Рахманов Вагіф Мамедович</b>	академік Академії наук вищої освіти України; академік Європейської Академії природничих наук; доктор медичних наук, професор Міжнародної Кадрової Академії; член Європейської асоціації психотерапевтів; заслужений лікар України; заслужений раціоналізатор України; науковий консультант відділу реабілітації слуху інституту отоларингології України; директор філії психоаналітиків України; керівник Українського центру психотерапевтичної реабілітації; директор НДІ дитячої та сімейної психіатрії, психотерапії, психології, медичної та психосоціальної реабілітації; м. Дніпро
<b>Скиба Ганна Олександрівна</b>	аспірантка кафедри дошкільної освіти і соціальної роботи Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; вчителька англійської мови загальноосвітньої санаторної школи-інтернату I-III ступенів КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради; м. Мелітополь

<b>Соколова Ганна Борисівна</b>	докторка психологічних наук, доцентка кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»; м. Одеса
<b>Сопіна Ярослава Вікторівна</b>	кандидатка педагогічних наук, доцентка кафедри інструментального виконавства та музичного мистецтва естради, начальник навчального відділу Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; м. Мелітополь
<b>Старовойтов Андрій Валерійович</b>	кандидат психологічних наук, доцент, член ГО «Інститут психодрами, сучасної психології та психотерапії»; арт-терапевт; супервізор Східно-Європейської асоціації арт-терапії; м. Сімферополь
<b>Фалько Наталя Миколаївна</b>	кандидатка психологічних наук, доцентка, завідувачка кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; арт-терапевт, член ГО «ЦеГрін «Таврія»; психологиня-консультантка проєкту «Психосоціальна підтримка й конфліктний менеджмент»; учасниця програми «Підвищення рівня ефективності в управлінні конфліктами. Стресменеджмент»; член координаційної групи Департаменту соціального захисту населення Запорізької обласної державної адміністрації щодо взаємодії суб'єктів із надання соціально-психологічної допомоги особам, демобілізованим з лав Збройних Сил України, Національної Гвардії України, Прикордонної служби України, учасникам антитерористичної операції та їх сім'ям; м. Мелітополь.
<b>Фесенко Ярослава Володимирівна</b>	здобувачка Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України; м. Київ
<b>Філатова Оксана Аркадійвна</b>	докторка медичних наук, доцентка, професорка кафедри медичної психології Міжнародної академії управління персоналом; м. Київ
<b>Царькова Ольга Вікторівна</b>	докторка психологічних наук, доцентка кафедри психології, провідний науковий співробітник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, завідувачка Лабораторії психології здоров'я; психологиня-практик; арт-терапевт, член асоціації психотерапевтів і психоаналітиків України та ГО «Південно-східна українська асоціація практичних психологів і арт-терапевтів»; учасниця проєктів щодо використання сучасних арт-терапевтичних технологій в культурно-освітньому просторі; тренерка сертифікатної освітньої програми «Сучасні практико-орієнтовані технології в психології», різноманітних психокорекційних та терапевтичних програм; авторка МАК «Зореграй», «Ключі-замки», «Маяки та кораблі»; м. Мелітополь
<b>Чорна Вікторія Володимирівна</b>	кандидатка педагогічних наук, старша викладачка кафедри початкової освіти, науковий співробітник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, голова наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів та молодих вчених Навчально-наукового інституту соціально-педагогічної та мистецької освіти; м. Мелітополь

<b>Шевченко Світлана Віталіївна</b>	<p>кандидатка психологічних наук, доцентка кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; завідувачка Лабораторії психофізіологічних досліджень; психологиня-практик; арт-терапевт, ігропрактик; авторка та ведуча тренінгових програм, член ВГО «Арт-терапевтична асоціація», ГО «Національна психологічна асоціація»; м. Мелітополь</p>
<b>Шопша Олена Леонідівна</b>	<p>кандидатка психологічних наук, доцентка, завідувачка кафедри психології Міжрегіональної Академії управління персоналом; психодрама-терапевтка сертифікована Європейським інститутом психодрами PIfE (Німеччина), член ГО «Інститут психодрами, сучасної психології і психотерапії»; м. Київ</p>
<b>Шульга Ольга Сергіївна</b>	<p>психологиня-практик Комунального підприємства «Дніпровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпровської обласної ради; м. Дніпро</p>
<b>Яковенко Ірина Олександрівна</b>	<p>кандидатка педагогічних наук, старша викладачка кафедри дошкільної освіти і соціальної роботи, науковий співробітник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; заступниця голови наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених; керівник сертифікаційної програми «Основи логопедії»; м. Мелітополь</p>







*Наукове видання*

**Концептуалізація  
системи сімейно-орієнтованого  
психолого-педагогічного супроводу  
родини, яка виховує дитину  
з особливими потребами**

**Колективна монографія**

*Відповідальна редакторка О.В. Царькова  
Коректорка Н.С. Мажара  
Технічні редакторки Г.Б. Варіна, О.О. Прокоф'єва*

Підписано до друку 10.12.2019. Форма 60x84 1/16.  
Папір офсетний. Наклад 100 примірників  
Замовлення № 128  
Видавець і виготовлювач ФОП Верескун В.М.

**Видавничо-поліграфічний центр «Люкс»**  
м. Мелітополь, вул. М. Грушевського, 10. тел.: (0619) 44-45-11  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виробників  
і розповсюджувачів видавничої продукції  
від 11.06.2002 р. серія ДК №1125

