

УДК 376.155.9

М.П. Матвєєва

Л.П. Мельник

ВИКОРИСТАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ РОБОТИ З РОДИНАМИ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ВАДАМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Стаття присвячена вивченню застосування психотерапії батьків, які виховують дітей з психофізичними вадами, з метою оптимізації взаємин у родині.

Ключові слова: психотерапія пісочна психотерапія, батьки, дитина з вадами психофізичного розвитку.

Статья посвящена изучению применения психотерапии родителей, воспитывающих детей с психофизическими недостатками, в целях оптимизации отношений в семье.

Ключевые слова: психотерапия, песочная психотерапия, родители, ребенок с недостатками психофизического развития.

В 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. Дослідженню проблеми сімейних взаємин та впливу цих взаємин на психічний стан дитини, її розвиток присвячено багато праць. Розглядаються питання формування батьківської компетенції щодо особливостей розвитку дітей з психофізичними вадами та створення коригуючого середовища в сім'ї. Дослідники (К. Гіллберг, М. Гуслова, Е.Ейдемільер, М. Кілбом, Б.Лагерхейм, С. Миронова, Є. Морозова, В. Ремажевська, А. Сагдуллаєв, Т. Стуре, В. Ткачова, Л. Шипіцина, В. Юстіцкіс та ін.) аналізують своєрідність взаємин батьків і дітей з порушеннями в розвитку, дають соціально-психологічні характеристики таким сім'ям, вивчають вплив внутрішньосімейних взаємин на розвиток дитини, досліджують вплив почуття провини батьків на динаміку розвитку дитини; особливу увагу приділяють вивченню психологічних особливостей матерів, які виховують дітей з психофізичними вадами; розробляють нові підходи до організації допомоги таким родинам.

Метою нашого дослідження є визначення шляхів усунення глибинних психологічних проблем батьків, які виховують дітей з психофізичними вадами, для оптимізації взаємин у родині.

Ф. Маттеят розуміє сім'ю як розвиваючий простір, тобто систему умов, що створюють можливості для розвитку кожного окремого члена сім'ї, так і для усієї родини в цілому. Умови розвитку визначаються відношенням членів сім'ї один з одним, структурою сім'ї, в цілому, зовнішніми впливами на сім'ю і можливостями подолання проблем. Значення кожної умови в основному залежить від її місця в структурі, наприклад, від того, чи діє нова ситуація тільки як "стресор", що підвищує ймовірність декомпенсації або як "стимул для розвитку", який викликає продуктивне обговорення. Сім'я, як показують дослідження Е.Ейдемільера та В. Юстицькіса, впливає на процес травматизації дитини. А саме: сім'я виступає в якості сенсibiliзації дитини до психічної травми через формування у неї наздатності протистояти їй, через дію на психічний опір, через формування уявлення індивіда про ситуацію та її оцінку. Сім'я іноді може бути закріплюючим (аккумулюючим) фактором дії психічної травми. Також саме сім'я впливає на те, який спосіб реакції на проблему (раціональний чи деструктивний) вибирає індивід [2].

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 рамках сім'ї, збільшити ресурси для подолання проблем, перетворити "заважаючі фактори" у "фактори розвитку" [3, 29].

Травма, зумовлена народженням дитини з вадами у розвитку, має свої специфічні особливості, оскільки травмуючі обставини не зникають з часом, а діють постійно, докорінно змінюючи все життя. Травма актуалізує глибинні внутрішні конфлікти батьків, які, проявляючись в поведінкових реакціях щодо дитини, в свою чергу, можуть стати наслідком формування порушень вторинного характеру вже у самої дитини. Наприклад, нарцисичні прагнення матері все тримати під контролем, бути компетентною в усьому, що відбувається в її родині, зумовлює несамоствійність, залежність, безпорадність у побуті дитини з сенсорними вадами. Часом появи в родині дитини з проблемами у розвитку передують ціла низка несприятливих з психологічної точки зору подій у житті батьків. Так, підвалини дебюту плинного психічного захворювання у юнака (який втратив свою самоідентичність, розриваючись між ідеалізацією соціально реалізованої матері та жалістю, почуттям обов'язку й зневаги до батька-алкоголіка) були закладені ще в переживаннях його батьків: матері, яка у відповідь на зраду коханої людини виходить заміж за

першого ліпшого, і, звичайно ж, батька, якого глибоко пригнічував статус некоханого, "першого ліпшого".

Реакція батьків на народження дитини з психофізичними вадами, або на повідомлення діагнозу може бути різною: від повного заперечення наявності проблем у розвитку до прийняття цих проблем як вироку, в якому вже нічого не можна змінити. Аналізуючи проблеми взаємодії у родині з дитиною Б. Лагерхейм та К. Гіллберг зазначають, що порушення розвитку або серйозна хвороба дитини викликають сильну напругу у сім'ї у формі великого навантаження в роботі, почуття незадоволення, труднощів зі сном, печалі, стресу, хвилювання, відчуття провини і безсилля, у матерів накопичується фізична і психічна втома. Ті, у кого є хворі діти, часто дуже важко переживають критику (в основному через те, що почувають себе винними в хворобі дитини). Батьки вважають, що їм не можна виражати своє роздратування, душевний біль і безсилля. Вони ж не можуть поводитися так, як ніби вони не люблять дитину, яка більше усіх страждає від захворювання. Спостереження показують, що батьки таких дітей приховують свою печаль, щоб її не тлумачили неправильно [2].

Під впливом психологічної травми у багатьох батьків спостерігаються зміни у структурі особистості. Зокрема:

- активізуються примітивні захисні механізми: заперечення – коли батьки підсвідомо не приймають діагнозу і тому ставлять перед дитиною надмірні вимоги й обурюються, якщо вона не може їх виконати; ізоляція – коли тато і/або мати наповнюють своє життя різноманітними важливими справами, аби тільки не залишатись сам на сам з травмуючими переживаннями; розщеплення – коли життя батьків ділиться на "до" і "після" народження дитини, на світ чужих, де все добре і радісно, і власний світ, обмежений необхідністю дбати про дитину з відхиленнями у розвитку; психотична проекція – яка проявляється у взаємозвинуваченнях, на зразок, "чиї гени винні", "хто і коли припустився фатальної помилки";

- знижується критичність, здатність до тестування реальності: батьки спрямовують свої зусилля на пошуки нетрадиційних магічних засобів зцілення; сприймають народження дитини з відхиленнями у розвитку як кару за гріхи або ж, навпаки, як винятковий дар, який свідчить про унікальність їхньої родини, яким потрібно пишатися;

- порушується аутоперцепція і саморегуляція: батьки настільки зосереджуються на проблемах дитини, що виявляються неспроможними оцінити власний афективний стан і поведінку, що в свою чергу призводить, по-перше, до неадекватного селективного сприймання власної дитини (батьки помічають в ній лише вади, стають нечутливими до її досягнень або ж, навпаки, – перебільшують їх), по-

друге, до наростання виснаження, накопичення генералізованої тривоги. Батьки в такому стані виявляються неспроможними надати підтримку дитині, якої вона так потребує;

- спотворюються комунікації з найближчим оточенням: батьки часто звужують коло спілкування, починають неправильно інтерпретувати афективні сигнали з боку інших людей – їм здається, що останні чи то зловтішаються з їхнього горя, чи, що ще гірше, - жаліють;

- втрата соціальних ролей: стають неважливими професійні досягнення, дружні стосунки, сексуальні взаємини, виховання здорових дітей – все підпорядковується переживанням проблем дитини з психофізичними вадами. Якщо дружина занурюється в психологічну травму, чоловік часто не витримує цього і залишає сім'ю. Фіксація батьків на травмі зумовлює істотні проблеми не лише у дитини з психофізичними вадами, а й у психічному розвитку здорових сіблінгів.

Ще більш несприятливим для дитини з відхиленнями у розвитку виявляються сімейні умови, за яких спостерігається кардинально протилежне ставлення до неї з боку батька й матері. Наприклад, тривожна, невпевнена у собі, виснажлива, з глибоким почуттям провини мати сприймає свою гіперактивну дочку як глибоко дефективну, а нарцисичний батько вважає, що її поведінка є ознакою обдарованості, і разом вони не можуть забезпечити їй стабільних умов життя, послідовності виховання й розвитку. В результаті дівчинка почувається непотрібною, глибоко переживає свою невідповідність очікуванням родини і починає нав'язливо шукати прихильності від чужих людей. Кожне наступне відторгнення ще більше руйнує її й до того нестабільну психіку.

У нашому досвіді були випадки, коли батьки підсвідомо не хотіли покращення стану дитини, оскільки, зосередившись на її ваді, вони могли заперечувати наявність подружніх проблем. Дитина з вадами у розвитку сприймалась через призму внутрішніх конфліктів батьків. Терапія таких батьків не завжди є вдалою, оскільки процес формування реалістичного образу дитини ставить під загрозу усю систему їхніх захистів.

Як бачимо, всі зазначені особливості особистості, що виникають або актуалізуються у батьків під впливом психологічної травми, зумовленої народженням дитини з вадами, негативно позначаються на психічному стані і розвитку останньої. Тобто оптимізація психічного стану батьків є важливою, а часто і першочерговою умовою ефективності корекційного впливу на дитину. Попри те, служби (медичні, педагогічні, соціальні), які опікуються створенням коригуючого середовища для дітей з психофізичними вадами, часто мимоволі сприяють погіршенню психічного стану батьків,

поглибленню у них почуття провини, наростанню тривоги, стану безпорадності, агресивності тощо. Переконавання спеціалістів у тому, що з'ясування етіологічних чинників, вказівка на помилки у вихованні, звинувачення батьків у безтурботності, педагогічній неграмотності, надання конкретних рекомендацій та залякування наслідками їх невиконання, сприятимуть вирішенню проблем дитини, як показують наші дослідження, не справджуються. Глибинний аналіз подібного патерну поведінки спеціалістів показує, що він зумовлений підсвідомою ідентифікацією з дитиною, переживанням її безпорадності як власної. Саме ці почуття викликають приховану агресію у спеціалістів щодо батьків, реагуючи на яку, останні підключають механізми психологічного захисту, що стоять на заваді конструктивного прийняття порад.

Слід зауважити, що саме по собі батьківство в психології розглядається як певний рівень розвитку дорослої особистості, який змінює всю її структуру. Вів'єн Грін акцентує увагу на необхідності розрізняти батьківські аспекти особистості дорослої людини та інші прояви її особистості. Є особи, які не змогли реалізувати себе в інших сферах життя і при цьому повністю відбулись як батьки. І, навпаки, цілком успішні люди в професійній та міжособистісній сферах, можуть виявитись поганими батьками. Батьківство в психоаналітичних теоріях трактується як динамічний стан готовності до змін та актуалізації здібностей. Залежно від того, що саме потрібно дитині у той чи інший період розвитку, у батьків з'являються зовсім інші здібності. Уявлення батьків про психічне життя дитини в міру її розвитку повинно постійно обновлюватись. Батьківство передбачає розвиток здатності емоційно сприймати свою дитину не лише як залежну від батьків і тісно пов'язану з ними людину, а й як окремо існуючу особистість, що постійно розвивається.

Офферман-Цукерберг розрізняє 5 стадій розвитку батьківського самовідчуття: 1. Перетворення неусвідомленого, пасивного бажання мати дитину в реальне, активне. 2. Переживання залежності, прив'язаності, сепарації. 3. Навчання емпатії – як формування здатності відображати емоційний стан своєї дитини в кожній конкретній ситуації. 4. Боротьба за любов і встановлення стійких і гнучких взаємозв'язків. 5. Зміни у саморозумінні батьків, яке відбувається через розуміння своїх дітей і порівняння себе з ними.

Описані стадії розвитку батьківських самопочуттів стосуються норми. У клінічній практиці, як зауважує Маріанна Енгельс Фрік, ці процеси часто виявляються порушеними:

- Жінка не може себе адекватно ідентифікувати з власною матір'ю або дитиною, що зумовлює відповідно формування психологічної залежності від дитини, або формальне виконання батьківських функцій

без емпатії. Батьки через регресію стикаються з проблемами, коріння яких ховається в дитинстві. Власні проблеми заважають їм позитивно реагувати на прогрес в лікуванні дитини. Основною перешкодою є їхні власні непропрацьовані переживання і травми дитинства. Ці проблеми сприяють ідентифікації батьків з дивергентною поведінкою дитини і заважають їм прийняти і підтримати її адекватну поведінку.

- Батьківські проективні ідентифікації, на думку Бертран Крамер, призводять до формування спотвореного образу дитини, який, в свою чергу, викликає у батьків тривогу та занепокоєння, що супроводжуються захисними реакціями. Останні зумовлюють патологічну взаємодію між дитиною і батьками і обтяжують симптоматику дитини.

Батьки непокояться через симптоматику дитини. Це занепокоєння може проявлятися у різних формах, наприклад, у вигляді несприятливих прогнозів щодо майбутнього дитини, переживань через свою неспроможність збагнути мотиви поведінки дитини, обурення її поведінкою, нападів гніву. Матері часто висловлюють побоювання щодо певної симптоматики дитини – нібито вона є передвісником виразних психічних порушень: якщо, наприклад, малюк чинить опір, це призведе до підліткового бунтарства; агресивність – ознака майбутньої схильності до насилля; труднощі з годуванням – свідчення майбутньої анорексії. З позицій психоаналізу усі ці переживання матері несвідомо пов'язані або з її власними пригніченими бажаннями, або з уявленнями про членів родини, на кого може бути схожою дитина.

У більшості випадків симптоматика дитини викликає у батьків роздратування, відчай і втому, що зумовлює порушення батьківської компетентності. Найчастіше спостерігається "синдром немовляти-тирана", коли дитина, нібито, наполягає на виконанні усіх своїх примх, нав'язує матері свою волю, примушує її відмовитись від власних потреб і бажань. Сучасні матері часто скаржаться на те, що діти заважають їхньому особистісному зростанню, професійним амбіціям.

- Сучасні матері не збираються жертвувати собою за дитини, проте подібне відстоювання власних інтересів завжди супроводжується почуттям провини, яке загострюється, якщо у дитини є якісь проблеми у розвитку. Злість щодо дитини (почуття, визнати яке матері набагато складніше, ніж амбівалентне ставлення до будь-якої іншої людини) часто призводить до почуття провини.

Тривога, і депресивні переживання – сором і провини – так чи інакше простежуються в усіх міркуваннях матерів, коли вони розповідають про проблеми дітей і свої власні труднощі, пов'язані з виконання материнських обов'язків. Найчастішою причиною тривоги виступає неусвідомлений гнів матері щодо дитини. Малюк може несвідомо ототожнюватись з ненависним сіблінгом або зі знеціненим

витісненим образом "поганого Я" матері. Мати може відчувати тривогу через те, що вважає свою дитину занадто вразливою, потребуючою підтримки і піклування, якого вона не може дати. Мати може тривожитись, думаючи про те, що вона не така хороша у порівнянні зі своєю матір'ю. Материнство може спровокувати кризу базової ідентичності. Жінка може відчувати, що її материнські обов'язки руйнують раніше сформований нею власний образ.

Сором, зазвичай, може бути зумовленим почуттям материнської некомпетентності. Багато симптомів дитини сприймаються матерями як результат власної некомпетентності.

М. Кілбом зазначає, що впродовж довгого періоду незрілості і залежності дитина знаходить необхідного помічника своєму "Я" у батьках. Дві найважливіші психологічні умови гармонійного розвитку дитини полягають в тому, що батьки мають бути здатні до співпереживання і передбачення, а дитина - до виразу своїх потреб. Завдяки саме цим здібностям симбіоз дитини і, як правило, матері може забезпечити інтенсивну емоційну і фізичну близькість. Важливе значення має психічний, внутрішній стан батьків. Ганна Фрейд сформулювала це так: "Внутрішній світ матері визначає навколишній світ немовляти". Різні індивідуальні розлади батьків можуть бути перешкодою для успішного виконання ними батьківських функцій. Це можуть бути: психічна незрілість, амбівалентність, депресія, нав'язливий контроль і інтелектуалізація, нарцисичні розлади. Подібні складнощі можуть утруднити батькам можливість знайти баланс "надто багато" і "занадто мало" близькості і співчуття, підтримка і захист, контроль і справедливість [2].

Як бачимо, конфліктні переживання батьків, які є родом з їхнього власного дитинства або зумовлені психологічною травмою, можуть стати серйозною перешкодою на шляху успішного лікування і розвитку дитини з психофізичними вадами. Як зазначає Дідьє Узель [3], терапевтична робота з батьками, що здійснюється паралельно з терапією дитини, є необхідною умовою успішного завершення її лікування. При цьому головною установкою терапевта повинна бути позиція, що родина не є причиною захворювання дитини. Така установка є наріжним каменем успішності терапевтичного процесу. Якщо батьки відчуватимуть з боку терапевта щонайменші звинувачення на свою адресу, натяки на їхню некомпетентність, вони просто відмовляться від послуг терапевта.

Маргарет Растін [3] виділяє 4 основні завдання психотерапевтичної роботи з батьками:

1. Мотивація батьків щодо підтримки корекційної роботи з дитиною. Як зазначає Маріанна Енгельс Фрік [3], існує декілька різних рівнів мотивації батьків: з одного боку, вони прагнуть зробити свою

дитину щасливою, а з іншого – зацікавлені у збереженні власних захисних механізмів. Це надає амбівалентності проханням батьків про допомогу. Терапевт підкреслює необхідність партнерської допомоги батьків у корекційній роботі з дитиною. Для вирішення цього завдання необхідно усунути головну перешкоду – установки батьків щодо негативної оцінки їхнього батьківства з боку терапевта.

Маріанна Енгельс Фрік [3] вважає, якщо у батьків відсутня необхідна мотивація, то краще не розпочинати психокорекцію з дитиною.

2. Надання підтримки щодо виконання батьківських функцій, якщо батьки не розуміють поведінки своїх дітей або почуваються невпевненими, виснаженими (особливо часто це буває при таких діагнозах як ранній дитячий аутизм та синдром гіперактивної поведінки з дефіцитом уваги). Ольга Маратос та Атанасіос Александрідіс [3], які багато років займаються проблемами терапії дітей з РДА, зазначають, що усвідомлення батьками специфічних проблем дитини стає переломним моментом в дитячо-батьківських стосунках.

Дідьє Узель [3] вбачає завдання терапевта у формуванні двовірності батьківської позиції. З одного боку, батьки повинні навчитись бути з дитиною, чути її і розуміти, брати участь в її житті (бути з дитиною, наче ти сам дитина), а з іншого боку – батьки повинні усвідомлювати і аналізувати все, що відбувається з їхньою дитиною та зі своїми взаєминами з нею (сприймати все, що відбувається з позицій дорослого).

Терапія батьків повинна бути спрямована на створення умов для ідентифікації батьків з позицією терапевта щодо дитини. Слід допомогти батькам зрозуміти специфічні потреби своєї дитини, сформувати у них виразне уявлення про її сильні та слабкі сторони, надати можливість подивитись на неї іншими очима – щоб насолоджуватись спілкуванням з нею і не вимагати надмірного. Той факт, що терапевт може витримати неадекватність дитини, зберігаючи при цьому здатність думати, не впадаючи в депресію, слугує для батьків моделлю побудови взаємин з дитиною.

3. Зміна взаємин в родині – робота з базовими батьківськими функціями, зокрема, відповідальність за дітей, залученість до їхнього життя, корекція власної деструктивної поведінки. Зазвичай такої терапії потребують батьки, яким самим в дитинстві бракувало батьківської уваги.

Вів'єн Грін [3] виділяє три основних позиції батьківства, між якими розташовані різноманітні варіації: 1) батьки, які не можуть розглядати дитину окремо від своїх потреб та бажань; 2) батьки, які, щоб зрозуміти свою дитину, намагаються подолати свої страхи, гнів, розчарування,

внутрішні бар'єри, конфлікти з минулого; 3) батьки, емоційно готові зрозуміти і прийняти свою дитину. Терапевтичний процес рухається від першої позиції до третьої.

4. Індивідуальна терапія батька або/і матері, спрямована на вирішення внутрішніх конфліктів і переживань, які перешкоджають оптимізації умов розвитку дитини. Метою такої роботи виступає відмова від стереотипів поведінки, які батьки перейняли від своїх батьків. Терапевтична робота полягає у визначенні ролі дитини в сім'ї щодо кожного з батьків.

Великого значення Вів'єн Грін [3] надає встановленню альянсу з батьками. Лише після виникнення безпечних взаємин стає можливим обговорення почуттів провини і сорому.

Нарцисичні страждання з приводу того, що дитина потребує допомоги має місце у більшості батьків. Пропрацювання в терапії підсвідомого латентного почуття провини, зумовленого безсилою агресією щодо дитини. Терапевт аналізує ці агресивні переживання, інтерпретуючи їх як агресію не на дитину, а на її хворобу. Форми прояву підсвідомої агресії батьків щодо дитини можуть бути різними: запізнення, пропуски занять, пошук альтернативних несумісних форм допомоги дитині, які суперечать одна одній.

Бертран Крамер [3] зазначає, що у виборі симптому беруть участь і мати, і дитина. Саме тривога щодо симптому відіграє першу скрипку у батьківсько-дитячому конфлікті. Необхідно звертати увагу, якими словами описують батьки симптом, якими емоціями супроводжуються скарги. Наприклад: "Дитина вперта, як мій брат", або "вразлива, як я в дитинстві" - історія повторюється, відновлюючи в пам'яті матері конфлікти, розчарування, сварки минулого. Для матері дитина стає втіленням гніву і провини. Образ дитини зникає, витісняється об'єктами з минулого. Ці нав'язливі образи можуть стати реальними, оскільки вони підкріплюються інтенсивними проективними ідентифікаціями і процесами екстерналізації. Терапевт повинен вивчити цей проективний механізм. Найскладнішою є ситуація, коли матері ідентифікують дитину з власними розщепленими репрезентаціями. У таких випадках мати ненавидить своє дзеркальне відображення, втілене в дитині.

В процесі терапії батьків слід уникати установок, на зразок: "Хороший психотерапевт – погані батьки", враховувати можливість переживання заздрості батьків терапевту, власній дитині, яка проходить терапію. Важливо також не заохочувати прагнення батьків перекладати відповідальність на терапевта.

В процесі дитячої та власної терапії батькам дуже важливо відчувати позитивний ефект. Дідьє Узель [3] звертає увагу на те, що батькам важко обрати адекватні критерії оцінки досягнень дитини.

Спочатку батькам хочеться, щоб їхня дитина завдяки корекції швидко досягла вікових норм психічного розвитку. Подібні установки роблять успіхи дитини незначними й непомітними. Терапевт допомагає зрозуміти цінність щонайменших успіхів. Діти з психофізичними вадами можуть бути дуже чутливими щодо очікувань батьків. Тягар цих очікувань сприяє наростанню тривоги і тому негативно позначається на темпах розвитку. Занадто високі очікування можуть спровокувати зворотній ефект – досягнутий прогрес може бути зведено нанівець. Діти з психофізичними вадами, особливо з такими діагнозами, як розумова відсталість, ранній дитячий аутизм, потрібно багато часу, щоб чомусь навчитись, а свої досягнення вони демонструють не одразу і, часом, досить несподівано.

За спостереженнями Дідьє Узель [3] (яка має значний досвід роботи з дітьми з раннім дитячим аутизмом), коли корекція приносить відчутні результати, у батьків відмічаються виразні депресивні реакції (парадоксальна депресія), оскільки після перших досягнень вони починають більш виразно усвідомлювати усю складність того шляху, який необхідно ще пройти. Тому впродовж корекційної роботи дітей батьки потребують психотерапевтичної підтримки.

Якщо батьки, попри позитивні зміни у психічному розвитку дитини, продовжують поводитись щодо неї деструктивно, це свідчить про неусвідомлений опір. Терапевт допомагає батькам здолати цей опір та внутрішні бар'єри, щоб вони змогли більш конструктивно взаємодіяти з дитиною.

Якщо в родині є молодші діти, робота терапевта може бути діагностичною, прогностичною і профілактичною, завдяки чому зменшуються негативні наслідки співіснування з сіблінгом з психофізичною вадою. Тривога батьків щодо розвитку менших дітей знижується. Родина може стати щасливою, навіть якщо корекція вад дитини з відхиленнями у розвитку відбувається дуже повільно. Здатність жити сьогоденням, без надмірної тривоги може стати істотною перемогою у боротьбі з запереченням і фрагментацією зовнішньої та внутрішньої реальності.

Форми батьківської терапії можуть бути різними: з обома батьками одночасно, з одним із батьків, з обома батьками і з дитиною, з дитиною і з одним із батьків, із залучення сіблінгів.

Бертран Крамер [3] описує як дуже ефективну і швидкодіючу материнсько-немовлячу терапію. При спільній материнсько-немовлячій терапії відбувається інтерактивна матеріалізація: коли мати скаржиться на симптоми дитини, малюк одразу ж демонструє їх у своїй поведінці. Терапевт в такий спосіб може побачити причини виникнення і збереження симптому та одразу ж продемонструвати це матері. Матері часто погано уявляють собі, чого хоче дитина і що її турбує. Вони зі

здивуванням дізнаються про те, що дитина намагається спілкуватись з ними, догоджати їм. Після з'ясування основної проблеми, матері починають інакше дивитись на свого малюка, оскільки зникають обумовлені проєкціями спотворення.

В Україні досвід терапії батьків дітей з психофізичними вадами не є поширеним. Особливості українського менталітету є такими, що батьки виявляються психологічно не готовими до індивідуальної терапії навіть за для дитини.

Дослідження В. Ткачової довели можливість оптимізації батьківських установок шляхом організації індивідуальних корекційних занять з дитиною в яких безпосередньо бере участь мати. В процесі таких занять, з одного боку, мати опановує корекційними техніками, які вона може надалі використовувати в домашніх умовах, з іншого боку, забезпечується нейтралізація окремих форм поведінки матері, які перешкоджають психічному розвитку дитини. Зокрема, долаються неправильні установки щодо дитини, на зразок: "З моєї дитини нічого не вийде", "В мене дитина не така як усі", "Я не вмію навчити свою дитину". Завдяки такій роботі матері відмовляються від "очікування дива" (сподівання, що дитина раптом стане така як усі) і навчається одержувати задоволення від взаємодії з власною дитиною.

Нами також успішно використовується спільна терапія матері і дитини. З одного боку, спостереження за їхньою взаємодією дозволяє терапевту побачити основні конфліктні зони і обговорити їх з матір'ю, з іншого – терапевт має безпосередню можливість залучати матір до корекційної роботи у якості партнера, і, контактуючи з дитиною, надає матері зразок налагодження взаємин з малюком.

Наш досвід показав, що досить ефективним методом роботи з родиною виявилась піскова терапія. Цей метод пропонується парі (мати-дитина, батько-дитина). При цьому батьки не просто спостерігають за грою дитини в піску, а й самі залучаються до цього процесу. В ході використання даного методу учасникам пропонуються такі завдання:

- поділити пісочницю на дві частини, побудувати власну картину світу на своїй території, розповісти про неї, піти один до одного в гості, запропонувати один одному щось змінити або навіть об'єднати ці території в одну;
- збудувати спільний світ на піску, узгоджуючи між собою спільні дії;
- відобразити в пісочниці проблему та знайти шляхи її вирішення;
- зобразити членів сім'ї в образі тварин і поспостерігати за їх взаємодією;
- уявити себе в образі тварини, облаштувати помешкання та піти один до одного у гості.

Дані завдання дають психологу можливість побачити особливості взаємин у родині, установки кожного члена сім'ї на проблеми та шляхи їх вирішення.

Наприклад, світи можуть бути несумісними, протилежними, що примушує учасників терапії шукати шляхи взаємодії, йти на компроміс, побачити відмінності один одного та прийняти їх. Терапевт може прослідкувати розподіл ролей у родині, визначити хто схильний до лідерства, конфліктності, покірності та ін.

Здатність пари створити спільний гармонійний світ на піску, який задовольняє прагнення кожного є свідченням позитивної динаміки терапії та ознакою появи здатності слухати та чути, приймати один одного. Піскова терапія приносить учасникам задоволення від співпраці, відкриваю позитивні якості один одного, змінює стереотипи родинних взаємин, спрямовує на пошук індивідуальних конструктивних шляхів вирішення проблем. Важливим результатом такої роботи є те, що батьки вчаться приймати свою дитину з психофізичними вадами, бачити в ній особистість з своїм потенціалом. Крім того, у батьків знижується рівень тривожності, активізується внутрішній життєвий ресурс. Переконавшись у корекційній ефективності взаємин, які виникли в ході терапії, батьки переносять їх у реальне життя.

Отже, наша практика роботи з родинами, в яких виховуються діти з психофізичними вадами доводить перевагу використання психотерапевтичних технік спрямованих на оптимізацію внутрішньосімейних взаємин над традиційними методами консультативної роботи з батьками.

Список використаних джерел

1. Миронова С.П. Робота спеціалістів дошкільного навчального закладу з родинами дітей, що мають вади психофізичного розвитку /Вихователь-методист дошкільного закладу. – 2010. – № 12. – С. 62-71.
2. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.
3. Работа с родителями: Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками/ под ред. Дж. Циантиса, С.Б. Ботиуса, Б. Холлерфорс, Э. Хорн, Л. Тишлер. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2006. – 196 с.
4. Ремажєвська В.М. Науково-методичне обґрунтування та досвід навчання дітей з полісенсорними порушеннями / Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки: збірник наукових праць. Вип. 5. Матеріали Міжнародного науково-практичного семінару з проблем сліпоглухоти (17 березня 2006 р., м. Київ) / М-во освіти і

науки України, НПУ ім. М.П. Драгоманова; Редкол. Є. П. Синьова (відп. ред.) та ін. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2006. – С. 102-113

5. Шипицына Л.М. "Необучаемый" ребёнок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – СПб.: Речь, 2005. – 477с.

The article is devoted the study of application of psychotherapy of parents, educative children with problems in development failings for the removal of their deep psychological problems, that in same queue will prevent negative influence on a mental condition and development of child.

Keywords: psychotherapy, sandy psychotherapy, parents, children with problems in development.

Отримано 3. 10.2011

УДК 159.923:378:37.032

Л.А. Онуфрієва

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ

Стаття розкриває актуальну у наш час проблему теоретичних основ формування професійної компетентності майбутніх фахівців соціономічних професій; організації їх навчання і виховання. Обґрунтовуються різні аспекти підвищення якості підготовки майбутніх спеціалістів.

Ключові слова: професійна компетентність, майбутні фахівці, соціономічні професії, навчання, самостійна робота студентів.

Статья раскрывает актуальную в наше время проблему формирования профессиональной компетентности будущих специалистов социономических профессий; организации их обучения и воспитания. Обосновываются разные аспекты повышения качества подготовки будущих специалистов.