

СЕКЦІЯ 7
СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.922.761+159.922.27

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СІМЕЙ,
ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ**Турубарова А.В., к. психол. н.,
доцент кафедри практичної психології
Класичний приватний університет

У статті проаналізовані психолого-педагогічні проблеми сімей, які виховують дитину з особливими освітніми потребами. Виділені типи сприйняття батьками хвороби своєї дитини та форми неправильного сімейного виховання дітей із особливими потребами.

Ключові слова: особливі освітні потреби, ставлення до дитини, сім'я, батьки, виховання, міжособистісні відносини.

В статье проанализированы психолого-педагогические проблемы семей, которые воспитывают ребенка с особенными образовательными потребностями. Выделены типы восприятия родителями болезни своего ребенка и формы неправильного семейного воспитания детей с особенными потребностями.

Ключевые слова: особенные образовательные потребности, отношение к ребенку, семья, родители, воспитание, межличностные отношения.

Turubarova A.V. PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL PROBLEMS OF FAMILIES EDUCATING A CHILD WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

The article analyzes psychological and pedagogical problems of families educating a child with special educational needs. Highlighted types of perception by parents of their child's illness and forms of improper family education of children with special needs.

Key words: special educational needs, attitude of a child, family, parents, education, interpersonal relations.

Постановка наукової проблеми. На провідну роль сім'ї в забезпеченні психологічних потреб дитини вказували ще А. Адлер, Е. Берн, Л. Виготський, Б. Зейгарнік, О. Леонтьєв, В. Мясіщев, А. Фрейд, З. Фрейд, К. Юнг та багато інших зарубіжних та вітчизняних учених.

Особливо значимою є виховна функція родини у випадку виникнення інвалідності в дитини. Традиційно проблеми сімей, які виховують дітей із особливими освітніми потребами, в основному розглядалися винятково через призму проблем самої дитини. Робота з батьками проблемної дитини у більшості випадків обмежувалася консультаціями з питань її навчання та виховання, але при цьому не брався до уваги дуже серйозний аспект – емоційний стан самих батьків. Родина, що виховує дитину з особливими освітніми потребами, переживає складні психологічні деформації, відбуваються зміни структури родини, відносин, стилів сімейного виховання. Від того, в якому напрямку проходять усі ці процеси, від заняття членами родини функціональних або дисфункціональних позицій залежить психологічне благополуччя дитини з

особливими освітніми потребами, батьків та інших членів сім'ї. Такі сімейні чинники, як соціальний статус, рід занять, особливості взаємовідносин між членами сім'ї, матеріальний та освітній рівень батьків тощо, значною мірою визначають особистісний розвиток дитини. Роль сім'ї в розвитку особистості з особливими освітніми потребами збільшується та набуває своєрідних рис.

Ступінь розробленості проблеми. Вперше увагу на особливості сімей, що виховують дітей із порушеннями розвитку, було звернуто за кордоном в середині ХХ століття (С. Девіс, А. Росс, Ф. Станг, М. Стоун та ін.). У вітчизняній науці спеціальна психологія та педагогіка проблему надання педагогічної допомоги батькам дітей із особливими потребами висвітлювала в працях Р. Бабенкової, М. Іпполітової, О. Мастюкової та інших вчених.

Дослідники (Ж. Глозман, І. Кон, Т. Кравченко, Л. Орбан-Лембрик та ін.) вказують на той факт, що сімейні умови значною мірою визначають життєвий шлях дитини. Родина впливає позитивно і негативно залежно від особистісних якостей батьків, стилю сімей-



ного виховання, їх ставлення до дитини та її виховання. Батьки природним чином через механізми наслідування, ідентифікації та інтеріоризації зразків батьківської поведінки впливають на своїх дітей.

Р. Овчарова у своїх роботах зазначає, що в сім'ї, заснованій на родинних почуттях і прихильностях, формуються сімейні ролі та складається особливий емоційно-психологічний мікроклімат. Сімейне виховання індивідуальне, його відсутність або вади дуже важко відновлюються в подальшому житті людини [3]. Також Т. Кравченко вказує, що: «Будь яка деформація (структурна та психологічна) сім'ї призводить до негативних наслідків у розвитку особистості дитини» [2, с. 184]. Саме психологічна деформація пов'язана з порушенням системи міжособистісних відносин.

У зв'язку зі станом дитини змінюється поведінка дорослих, у родині виникають проблеми, з якими батьки не можуть упоратися самостійно: порушується взаємодія із соціальним оточенням; коло спілкування становлять близькі родичі, спеціалісти; виражена тривога і неспокій батьків, викликані відставанням дитини в розвитку від однолітків; відсутність необхідних знань із психології і педагогіки аномальної дитини; відсутність досвіду роботи з психологом на ранніх етапах розвитку дитини; пасивність позиції матері у відносинах «фахівець – мати – дитина».

Аналіз психолого-педагогічних проблем сімей, які виховують дитину з особливими освітніми потребами не втрачають своєї актуальності внаслідок складності та різноманітності теоретико-методологічних та практичних аспектів їх вивчення. Виділення типів сприйняття батьками хвороби своєї дитини та форм неправильного сімейного виховання дітей із особливими потребами дозволить у подальшому розробити психокорекційні заходи щодо формування позитивних міжособистісних стосунків у цих сім'ях. Саме цій проблемі присвячена стаття.

Метою статті є аналіз психолого-педагогічних проблем сімей, які виховують дитину з особливими освітніми потребами. Для реалізації мети необхідно вирішити такі завдання: 1) виділити типи сприйняття батьками хвороби своєї дитини; 2) розкрити форми неправильного сімейного виховання дітей з особливими потребами.

Виклад основного матеріалу дослідження. В родинях, що виховують дітей із особливими освітніми потребами сімейні ролі змінені. Інтереси сім'ї зосереджені на дитині з обмеженими можливостями здоров'я. Дитина володіє значно меншою свободою і соціальною значущістю, чим

здорові діти. Всі рішення щодо її проблем ухвалює мати, часто вона стає формальним лідером, часто говорить про дитину від її імені в її присутності, позбавляючи її можливості висловити власну думку.

Діти з особливими потребами частіше за інших відчувають неприйняття і емоційне відчуження з боку сім'ї. Більшість сімей із проблемними дітьми характеризуються різними типами негармонійного виховання і низьким рівнем спілкування. Такий сімейний стереотип може призвести до своєрідних рис особистості дитини з особливими потребами, а саме високого ступеня залежності від сім'ї, слабких навичок зовнішніх соціальних взаємодій, елементам аутичної поведінки, гіперкомпенсації в підлітковому віці через неадекватні реакції – невмотивовані відмови, негативізм, істеричні емоційні реакції, перебільшення своїх недоліків, занурення в надцінні захоплення, розвитку різних страхів.

Порушуються відносини всередині родини: між батьками й дітьми, між подружжям. Виникає страх народження іншої хворої дитини. Часто мати покладає на себе відповідальність за порушення в розвитку дитини або переносить провину на інших членів родини, намагаючись послабити почуття провини перед дитиною, надмірно опікує її, обмежуючи контакти зі здоровими дітьми.

Як вказує О. Холостова [4, с. 347], структура й функції кожної родини змінюються з часом, впливаючи на особисті сімейні відносини. Життєвий цикл родини звичайно складається із семи стадій розвитку, у кожній з яких стиль її життєдіяльності відносно стійкий, і кожний член родини виконує певні завдання згідно зі своїм віком: шлюб, народження дітей, їхній шкільний вік, підлітковий вік, «випуск пташенят із гнізда», постбатьківський період, старіння. Родини дітей-інвалідів повинні бути готові до того, що їх стадії розвитку можуть бути не властиві звичайним родинам. Діти з обмеженими можливостями повільніше досягають певних етапів життєвого циклу, а іноді зовсім не досягають. Так, вчена виділяє такі періоди життєвого циклу сім'ї дитини з особливими освітніми потребами:

- народження дитини – одержання інформації про наявність у дитини патології, емоційне звикання, інформування інших членів родини.

- шкільний вік – ухвалення рішення про форму навчання дитини, переживання реакцій групи однолітків, організація її навчання й позашкільної діяльності.

- підлітковий вік – звикання до хронічної природи захворювання дитини, виникнення проблем, пов'язаних із сексуальністю, що

пробуджується, ізоляцією від однолітків, планування майбутньої зайнятості дитини;

– період «випуску» – визнання й звикання до триваючої сімейної відповідальності, ухвалення рішення про місце проживання дитини, яка подорослішала, переживання дефіциту можливостей для її соціалізації.

– постбатьківський період – перебудова взаємин між подружжям (наприклад, якщо дитина була успішно «випущена» з родини) і взаємодія з фахівцями з місця проживання дитини.

Проблеми, що виникають у сім'ях, що виховують дітей із особливими освітніми потребами, можна співвіднести з типами ролей і міжособистісних взаємин у родині:

– мати – батько. Індивідуальні проблеми батьків, їхніх взаємин до народження хворої дитини; проблеми у зв'язку з народженням дитини-інваліда;

– мати – інвалід. Матері за традицією доводиться нести основну вагу турбот по догляду за дитиною-інвалідом, організації її життя; вона часто перебуває в стані депресії й відчуває почуття провини;

– мати – здорова дитина. Мати повинна приділяти достатньо уваги здоровій дитині й утримуватися від того, щоб приділяти надмірну турботу дитині з порушенням розвитку;

– батько – дитина-інвалід. Проблеми залежать від ступеня спілкування батька з хворою дитиною і його участю в житті родини в цілому;

– батько – здорова дитина. Потенційні проблеми подібні з тими, які виникають у підсистемі «мати – здорова дитина»;

– дитина-інвалід – здорова дитина. Брати й сестри хворої дитини відчувають почуття провини, сорому й страху «заразитися» тією ж хворобою; інвалід прагне «поневолити» брата або сестру [4, с. 348].

Як вказують Г. Цейтлін, Г. Кожарська, Ж. Смірнова та ін., родини з дітьми-інвалідами володіють цілим рядом психологічних особливостей, що негативно впливають на психологічний статус хворої дитини і її здорових братів і сестер. Більшості батьків властиве специфічне ставлення до дитини, що опирається на побоювання за її здоров'я і обумовлена цим занижена оцінка її можливостей, полегшені, а в дійсності, інфантилізуючі вимоги до дитини. При цьому всі зусилля батьків зосереджуються на збереженні здоров'я дитини на шкоду розвитку особистості [6].

Як було зазначено вище, у сім'ях, які виховують дитину з обмеженими можливостями здоров'я, виникають суттєві якісні зміни. О. Усанова [5, с. 258] вважає, що вони проявляються на психологічному, соматич-

ному та соціальному рівні.

Психологічний рівень пов'язаний із процесом усвідомлення батьками факту народження дитини з функціональними обмеженнями. Поступові фази розгубленості, страху, шоку, депресії, і нарешті, прийняття діагнозу про народження дитини з функціональними обмеженнями складають певне психологічне поле, яке впливає на сприйняття та прийняття власної дитини сім'єю. Саме в цей період батьки приймають внутрішнє рішення про відношення до дитини, яке може бути негативно-пасивним чи конструктивно-активним. На соматичному рівні зміни в сім'ї торкаються стану здоров'я матері та інших членів сім'ї. Хвилювання матері часто проявляються в різних соматичних захворюваннях, астеничних та вегетативних розладах. Соціальний рівень змін у сім'ї проявляється у взаємовідносинах із оточуючими. Ці сім'ї стають вибірконими в контактах чи максимально їх обмежують. Така позиція провокує некритичність батьківського ставлення, неприйняття індивідуальності дитини та створює гіперопіку чи авторитарний стиль виховання.

Досліджуючи особливості психічного реагування батьків на фізичний, мовленнєвий чи психічний дефект своєї дитини з ДЦП, В. Козьявкін [1] виявив існування декількох варіантів сприйняття цього захворювання. Дані варіанти відрізняються глибиною аналізу батьками патології дитини та ступенем адекватності сформованих у сім'ї уявлень про медичний та соціальний прогноз. Особливе значення має емоційна насиченість та направленість хвилювань батьків, пов'язаних із захворюванням дитини, розумінням ними власної ролі в подальшій долі хворого. Основними типами сприйняття батьками хвороби своєї дитини є:

по-перше, тип поверхового сприйняття. Уявлення батьків про важкість та перспективи розвиненого захворювання їхньої дитини носить недостатньо повний і адекватний характер. Батьки не розуміють повною мірою своєї відповідальності за її долю, не вважають наявне захворювання важким, яке потребує якихось спеціальних зусиль з їх боку. Вони вірять у необмежені можливості медицини й медичних працівників, на яких намагаються перекласти всю відповідальність за майбутнє своєї дитини та її здоров'я;

по-друге, тип демонстративного сприйняття. Церебральний параліч дитини батьки сприймають, як незаслужений удар долі, що випробовує їхню витримку й силу любові. Хворий у цих умовах виступає у свідомості батьків, із одного боку, наочним результатом несправедливості, яка існує навколо, з іншого боку – засобом самоствердження.



Характерна позиція постійного обвинувачення навколишніх, медичних і соціальних працівників у черствості, недостатній компетентності, а іноді й у зловмисності. При цьому демонструється не завжди реальна безмежна любов до своєї хворої дитини. Таке сприйняття хвороби своєї дитини характерне для стеничних батьків, особистісні установки яких формувалися в умовах декларованих державою зобов'язань із повного соціального захисту своїх громадян;

по-третє, тип катастрофічного сприйняття. Батьки сприймають захворювання своєї дитини, як непоправну катастрофу. Вони не вірять у можливість її одужання, не уявляють шляхів і методів відновлення порушених функцій організму, не вживають яких-небудь наполегливих і регулярних зусиль для лікування хворого. Вважають себе найбільш постраждалими у даній ситуації, причину всіх своїх неприємностей вбачають (усвідомлено або, найчастіше, не усвідомлено) у своїй хворій дитині. Такий тип сприйняття хвороби дитини частіше відзначається у астеничних та істероїдних особистостей;

по-четверте, тип самообвинувального сприйняття. Надмірно хворобливе й загострене сприйняття наявного в дитини захворювання поєднується в батьків із тенденцією бачити причину його виникнення у власних помилках і промахах. Батьки (або один із них, частіше – мати) вважають себе винними у народженні такої дитини, переосмислюють своє минуле, вважають, що пізно звернули увагу на здоров'я дитини, неправильно й несвоєчасно почали її лікувати. Цей тип сприйняття частіше виникає в батьків із астеничними, тривожно-недовірливими рисами характеру, з високим почуттям відповідальності, що поєднується з невпевненістю в собі;

по-п'яте, тип адекватного сприйняття. Батьки в цілому правильно розуміють характер захворювання дитини, відповідально ставляться до своїх обов'язків з її лікування й виховання. Вони досить інформовані про причини й умови розвитку в дітей церебральних паралічів, особливостей їхнього плину й результату. Знаючи про важливість і необхідність безперервного й тривалого проведення хворому лікувально-реабілітаційних заходів, вони нерідко під керівництвом лікаря освоюють деякі прийоми масажу, лікувальної гімнастики, мануальної терапії й таке інше. Такий тип сприйняття частіше формується у батьків із гармонічними особистісними особливостями, що характеризуються досить високим інтелектом, соціальною активністю, впевненістю в собі, які володіють гарними адаптаційними здібностями.

Таким чином, формування в батьків того чи іншого типів сприйняття хвороби обумовлено комплексом факторів і обставин, які впливали на них протягом усього життя (генетичні, перенесені захворювання, сімейні традиції, умови виховання, рівень освіти, економічні можливості та ін.). Чим більш сприятливим було поєднання цих факторів, чим гармонійніше розвивалася людина, тим більш адекватне сприйняття нею хвороби своєї дитини, більш правильна позиція відносно її виховання й лікування.

Особливості сприйняття батьками важкості й перспектив захворювання своєї дитини впливають і на тип її виховання. У процесі дослідження особливостей сімейного виховання дітей, хворих на ДЦП, В. Козьявкін [1] виокремив такі форми сімейного виховання:

1. Гіпопротекція. Цей вид неправильного виховання відрізняється недостатньою увагою, турботою, щирим інтересом батьків до своєї дитини, її проблем, справ, хвилювань й захоплень. Іноді батьки цікавляться її проблемами лише формально, «відкупуються» від неї різними матеріальними придбаннями.

2. Домінуюча гіперпротекція. Такий вид неправильного виховання характеризується надмірною опікою батьками своєї дитини. Ними здійснюється дріб'язковий контроль не тільки за кожною її дією, але й за кожною хвилиною життя, кожною думкою. У сфері формується система суцільних заборон і пильного спостереження за дітьми. Безперервні заборони, неможливість прийняття власних рішень створюють у хворій дитини враження, що їй «все не можна», а от її здоровим одноліткам «все можна».

3. Потуральна гіперпротекція. У крайньому вираженні цей тип набуває характеру виховання «кумира родини». Він характеризується надмірною опікою дитини. Батьки прагнуть звільнити свою улюблену дитину від найменших життєвих труднощів, від будь-яких зусиль, у тому числі спрямованих на її фізичне здоров'я. З дитячого віку такі діти ростуть в атмосфері незаслужених похвал і невтримного обожнювання.

4. Емоційне знехтування. При цьому типі дитина постійно відчуває, що вона тягар у житті батьків. Таке почуття буває ще інтенсивніше, коли поруч із хворою дитиною є інші улюблені діти, іноді – більш здорові або гарні. Ці випадки називають «Попелюшки». Іноді емоційне знехтування дитини батьками носить прихований характер. У таких випадках ні мати, ні батько хворій дитині не усвідомлюють того, що не люблять

його, тяготяться спільним із ним проживанням.

5. Умови жорстких взаємин. Нерідко цей тип виховання виступає крайнім ступенем прояву емоційного знехтування дитиною. Жорстке відношення до неї з боку батьків може проявлятися відкрито, у брутальних формах. Воно виражається суворими розправами навіть за дрібні провини або неслухняність дітей. Не завжди жорсткі відносини в родині вибірково стосуються тільки самої хворої дитини. У цілому – це родина, в якій кожен її член може розраховувати тільки на самого себе, не очікуючи ні допомоги, ні підтримки, ні співчуття з боку найближчих родичів.

6. Підвищена моральна відповідальність. Цей тип неправильного сімейного виховання характеризується наявністю в батьків надмірно великих очікувань і надій по відношенню до майбутнього своєї дитини. Вони вірять у наявність у неї особливих здібностей і талантів, розраховують на досягнення нею у майбутньому житті видатних успіхів.

7. Потуральна гіпопротекція. При такому типі виховання безконтрольність і вседозволеність відносно батьків до своєї дитини поєднується з некритичною оцінкою ними її поведінки. Батьки намагаються постійно виправдати свого сина або доньку. Будь-які, часто непорядні дії власних дітей вони оцінюють на їх користь, найчастіше пояснюючи станом їхнього здоров'я, намагаючись перекласти відповідальність і провину на інших осіб, відгородити їх від цілком заслуженого покарання.

8. Виховання в атмосфері культу хвороби. Відмітною ознакою такого типу виховання виступають перебільшені турботи батьків про стан здоров'я своїх дітей. При цьому зведення в культ спеціально організованого режиму й призначеного дитині лікування наявного в неї захворювання, по суті, – одна з форм домінуючої гіперпротекції.

9. Суперечливе виховання. Проявляється в тому, що члени родини застосовують несумісні виховні підходи. Кожен із них пред'являє до дитини вимоги, що суперечать вимогам, висловлюваним іншими членами родини. При цьому останні нерідко конкурують, а то й відкрито конфліктують один із одним.

10. Виховання поза родиною. Даний тип виховання характерний для дітей, що виховуються в умовах будинків дитини, закритих шкіл-інтернатів. Основним негативним фактором такого виховання є наявність різного ступеня виразності емоційної депривації. Крім того, на дитину негативно впливає поєднання надмірно строгого режиму

установи з формалізмом у його дотриманні, що відкриває можливості для схованої бездоглядності, таємного поширення дурних впливів, жорстоких взаємин між вихованцями.

Слід зазначити, що ці типи неправильного виховання можуть спостерігатися в сім'ях із дітьми інших функціональних обмежень.

Висновки. Психолого-педагогічні проблеми сімейного виховання дітей із особливими освітніми потребами значною мірою залежать від часу появи та особливостей протікання того чи іншого захворювання, характеру сім'ї (повна або неповна), традицій сімейного виховання, рівня освіти батьків та ін.

Основними типами сприйняття батьками хвороби своєї дитини є: поверхове, демонстративне, катастрофічне, самообвинувальне, адекватне сприйняття. Найбільш бажаним і позитивним для подальшого розвитку дитини з особливими потребами в сім'ї є адекватне сприйняття батьками хвороби.

До основних форм неправильного сімейного виховання дітей із особливими потребами можна віднести: гіпопротекція, домінуюча гіперпротекція, потуральна гіперпротекція, емоційне знехтування, умови жорстких взаємин, підвищена моральна відповідальність, потуральна гіпопротекція, виховання в атмосфері культу хвороби, суперечливе виховання та виховання поза родиною.

Перспективи подальших розвідок полягають у розробці системи психокорекційних заходів щодо формування позитивних міжособистісних стосунків у сім'ях, що виховують дітей із особливими освітніми потребами.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Козьякин В.И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы / В.И. Козьякин. – Львов : Українські технології, 2005. – 234 с.
2. Кравченко Т.В. Вплив сім'ї на соціалізацію підлітків / Т.В. Кравченко // Соціальна психологія. – 2007. – Спеціальний випуск. – С. 181–188.
3. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В. Овчарова. – М. : Институт психотерапии, 2003. – 319 с.
4. Технологии социальной работы: учебник / Под общ. ред. проф. Е.И. Холостовой. – М. : ИНФРА-М, 2004. – 400 с.
5. Усанова О.Н. Специальная психология / О.Н. Усанова. – СПб. : Питер, 2006. – 400 с.
6. Цейтлин Г.Я. Проблемы реабилитации в онкопедиатрии / Г.Я. Цейтлин, Г.В. Кожарская, Ж.В. Смирнова, Н.Е. Колмановская и др. // Современная онкология. – 2001. – Т. 3. – № 1. – С. 112–116.