

УДК 376-056.36:37.015.31:316

Т.М. Харькова

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

У статті розкриваються психологічні проблеми сімейного виховання дітей з обмеженими можливостями.

Ключові слова: діти з обмеженими можливостями, сім'я, соціалізація.

В статті розкриваються психологічні проблеми сімейного виховання дітей з обмеженими можливостями.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями, семья, социализация.

Сім'я – найближче й перше соціальне оточення у якому опиняється дитина [1]. Батьки, у яких народилась дитина з обмеженими можливостями, стикаються з цілим рядом проблем, які містять у собі: соціальні, педагогічні, психологічні, економічні та медичні аспекти.

Визнання нашою державою Конвенції ООН про права дитини підвищило увагу суспільства до проблем дітей з обмеженими можливостями, створило сприятливі умови для соціальної реабілітації та включення їх в систему сучасних суспільних відносин. При цьому потрібно зазначити, що проблема соціалізації дітей з обмеженими можливостями, зокрема організації їхнього сімейного виховання є однією з найбільш гострих на сучасному етапі.

У сучасній літературі дана проблема розглядається фахівцями з спеціальної педагогіки та психології, соціології, медицини тощо. Значний внесок в дані дослідження внесли І.Д. Бех, В.І. Бондар, Л.С. Виготський, В.В. Засенко, Г.М. Коберник, І.С. Костюк, А.С. Макаренко, С.Д. Максименко, І.Г. Єременко, В.М. Синьов, О.П. Хохліна, М.К. Шеремет, С.Д. Ярмаченко, та ін. .

На сучасному етапі розвитку корекційної освіти над проблему сімейного виховання дітей з розумовою відсталістю описують такі науковці як, М.Г. Генінг, С.П. Миронова, О.М. Мастюкова, О.С. Нікольська, Д.В. Зайцева А.Г. Шевцов та ін.

Наукові дослідження доводять, що батьки, які прагнуть самостійно соціалізувати розумово відсталих дітей намагаються на цілий ряд

проблем, пов'язаних з труднощами фінансового і матеріального забезпечення, відсутній або недостатній інформації про широку мережу спеціальних закладів, нормативно-правової забезпеченості. Вони зазначають, що у реальному житті більшість проблем переплітаються, діють у комплексі, є взаємопов'язаними, інколи – взаємообумовленими, такими, що підсилюють дію одна одної (В.М. Синьов, В.І. Боднар, І.Д. Бех та ін.).

Сімейне виховання – це система цілеспрямованих впливів на дитину з боку батьків (опікунів) з метою формування соціально-цілісних орієнтирів та адекватних форм поведінки в суспільному оточенні.

Як показують дослідження Ж.М. Глозман, ступінь порушень міжособистісних відносин у сім'ї хронічно хворої особистості залежить від наступних факторів: ролі в взаємодії в сім'ї, сімейна позиція, яку займає хворий; форма хвороби, її прояви, тривалість та характеристики хворого, а саме вік, рівень освіти і таке інше.

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 з психології і педагогіки аномальної дитини; відсутність досвіду роботи з психологом на ранніх етапах розвитку дитини; пасивність позиції матері у відносинах "фахівець - мати - дитина".

Порушуються відносини усередині 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.

Інтереси сім'ї зосереджені на дитині з обмеженими можливостями. 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 вадами в розвитку частіше за інших випробовують неприйняття і емоційне відчуження з боку сім'ї. Більшість сімей з 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, елементів 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.

Серед багатьох проблем сімейних взаємин можна виділити наступні: неправильне виховання, сильний пресинг матері або батька, загибель одного або двох батьків, близького, значущого для дитини родича, розлучення батьків.

О.І. Холостова зазначає, що [6], структура й функції кожної родини видозмінюються з часом, впливаючи на способи сімейних відносин. 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 свого віку: 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 вчений виділяє наступні періоди життєвого циклу сім'ї дитини з обмеженими можливостями:

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

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

3. Підлітковий вік - звикання до хронічної природи захворювання дитини, виникнення проблем, пов'язаних із сексуальністю, що пробуджується, ізоляцією від однолітків, планування майбутньої зайнятості дитини.

4. Період "випуску" - визнання й звикання до триваючої сімейної відповідальності, ухвалення рішення про місце проживання дитини, яка подорослішала, переживання дефіциту можливостей для її соціалізації.

5. Постбатьківський період - перебудова взаємин між подружжям (наприклад, якщо дитина була успішно "випущена" з родини) і взаємодія з фахівцями з місця проживання дитини [6].

Як вказують Г.Я. Цейтлін, Г.В. Кожарська, Ж.В. Смірнова та інші, 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 властиво специфічне відношення 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.

Проблеми, що виникають у родинях, які мають дітей з обмеженими можливостями, 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 вести основну вагу турбот по догляду за дитиною-інвалідом, організації його життя; вона часто перебуває в стані, депресії й відчуває почуття провини;

➤ мати - здорова дитина. Мати повинна приділяти достатню увагу 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. Потенційне 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 же хворобою; інвалід прагне "поневолити" брата або сестру [6].

Зокрема, О.М. Мастюковою було доведено, що більше половини сімей негативно впливають на розвиток розумово відсталої дитини, і лише близько 40% сімей мають позитивний вплив. Вихованням дитини займаються в основному матері, лише в 24% випадків - батько й мати, а приблизно в 6 % сімей дитина надана сама собі [1].

Психологічний рівень пов'язаний з 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 в сім'ї проявляється у взаємовідносинах з оточуючими. Такі сім'ї стають вибіркковими в контактах чи максимально їх обмежують. Така позиція провокує некритичність батьківського відношення, неприйняття індивідуальності дитини та створює гіперопіку чи авторитарний стилі виховання [2].

В. І. Козявкін досліджуючи особливості психічного реагування батьків на фізичний, мовленнєвий чи психічний дефект своєї дитини з ДЦП, 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.

Основні типи сприйняття батьками хвороби своєї дитини:

1. 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 із 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. При цьому вони мало ініціативні в лікуванні хворого, проводять його пасивно, під тиском інших родичів або на настійну вимогу лікарів. Без особливих переживань поміщають свою дитину в спеціалізовані дитячі садки із цілодобовим перебуванням, у відповідні школи-інтернати й навіть в установи соцзабезпечення. Звичайно таке сприйняття здоров'я дитини з ДЦП виникає в інтелектуально недостатньо розвинених або інфантильних батьків.

2. 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, з 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. Це виражається в безустанному пошуку нових фахівців, усе більш ефективних методів і засобів лікування, вимоги направити їхню дитину в спеціалізовані клініки за кордон, надати різні соціальні пільги: поліпшити житло, забезпечити машиною й таке інше. Будь-які заперечення й незгода медичного персоналу з погляду таких батьків викликають у них ворожість, конфліктну поведінку й скарги у вищі інстанції. Хвора дитина усе більше у свідомості батьків відходить на задній план і виступає як засіб досягнення мети матеріального й морального самоствердження. Таке сприйняття хвороби своєї дитини характерно для стічних батьків,

особистісні установки яких формувалися в умовах декларованих державою зобов'язань з повного соціального захисту своїх громадян.

3. Тип катастрофічного сприйняття. Батьки сприймають захворювання своєї дитини як непоправну катастрофу. Вони не вірять у можливість її одужання, не представляють шляхів і методів відновлення порушених функцій організму, не вживають яких-небудь наполегливих і регулярних зусиль з лікування хворого. Вважають себе найбільш постраждалими у даній ситуації, причину всіх своїх неприємностей вбачають (усвідомлено або, найчастіше, неусвідомлено) у своїй хворій дитині. Батьки соромляться наявного в неї фізичного, мовного або психічного дефекту, намагаються менше бувати з нею в суспільстві, при можливості віддають на виховання родичам або в спеціальні дитячі встанови. Такий тип сприйняття хворої дитини частіше відзначається у астенічних та істероїдних особистостей.

4. Тип самообвинувального сприйняття.

Надмірно хворобливе й загострене сприйняття наявного в дитини захворювання поєднується в батьків з тенденцією бачити причину його виникнення у власних помилках і промахах. Батьки (або один з 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. Характерна наявність загостреного почуття жалості до дитини, їх постійно переслідують думки про важке захворювання, що розвилось в дитини, переживання за її подальшу долю й майбутнє. Увесь свій час вони присвячують догляду за хворим, підкоряючи цьому весь уклад свого життя. Такі батьки активно шукають всі нові методи лікування й реабілітації дітей із церебральними паралічами, звертаються за допомогою в різні інстанції. Непевність у собі змушує їх шукати "компетентних лікарів, на яких можна було б покластися". Найменше додаткове нездужання дитини викликає в них паніку, посилення ідей самозвинувачення. Цей тип сприйняття частіше виникає в батьків з астенічними, тривожно-недовірливими рисами характеру, з високим почуттям відповідальності, що поєднується з невпевністю в собі.

5. Тип адекватного сприйняття. Батьки в цілому правильно розуміють характер захворювання дитини, відповідально ставляться до своїх обов'язків по її лікуванню й вихованню. Вони досить інформовані про причини й умови розвитку в дітей церебральних паралічів, особливостей їхнього плину й результату. Чітко представляють значення своєчасної діагностики й раннього початку ДЦП. 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. Саме в таких батьків хворі на церебральний параліч діти краще пристосовуються до свого рухового або мовного дефекту, мають менше особистісних відхилень і досягають більш високого рівня соціальної адаптації. Такий тип сприйняття частіше формується у батьків з гармонічними особистісними особливостями, що характеризуються досить високим інтелектом, соціальною активністю, упевненістю в собі, які володіють гарними адаптаційними здібностями [5].

Наприкінці статті необхідно відмітити, що формування в конкретного батька того чи іншого з виділених типів сприйняття хвороби обумовлено комплексом факторів і обставин, які впливали на нього протягом всього життя (генетичні, перенесені захворювання, сімейні традиції, умови виховання, рівень освіти, економічного можливості й таке інше). Чим більш сприятливим було сполучення цих факторів, чим гармонійніше розвивалася людина, тим більш адекватне сприйняття нею своєї хворої дитини, більш правильна позиція відносно її виховання й лікування.

Проведене нами дослідження теоретичних проблем сімейного виховання дітей з обмеженими можливостями дозволяє відмітити, що сімейні проблеми вказаної категорії суб'єктів, значною мірою залежать від часу виникнення та особливостей протікання того чи іншого захворювання, складом сім'ї (повна або неповна), традицій сімейного виховання, рівня освіченості батьків і їхнього соціально-економічного статусу.

При цьому необхідно відмітити, як психологічні проблеми сімейного виховання дітей з обмеженими можливостями мають свої загальні та специфічні труднощі, які пов'язані із специфікою захворювання дитини. Розглянувши та проаналізувавши ці проблеми, ми бачимо, що процес соціалізації цих дітей у суспільстві дуже складний та потребує роботи фахівців різних напрямків (психологів, педагогів, медиків, інструкторів ЛФК), а також комплексного підходу у проведенні цієї роботи.

Список використаних джерел

1. Борщевська Л.В. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами. – К.: Академпрес, 2001. – 300с.
2. Григор'єв А. Проблема взаємин у родині, де є діти з аномаліями розвитку // Дефектологія. – 2004. - №1. – С. 48-49.
3. Соціальна робота з дітьми та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи / за ред. І.М. Пінчук., С.В. Толстоухової. – К.: УДЦССМ, 2000. – Випуск 1. – 347 с.

4. Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., Куфтяк Е.В. Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними. – СПб.: Речь, 2005. – 240 с.
5. Козьявкин В.И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. – Львов: Українські технології, 2005. – 234 с.
6. Технологии социальной работы / под. ред. О.И. Холодовой. – М.: ИНФРА-М, 2001. - 400 с.

In the article the psychological problems of domestic education of children open up with the limited possibilities

Key words: to put with the limited possibilities, monogynopaedium, socialization.

Отримано 4.10. 2011

УДК 376-056.24

О.В. Чопік

РОЛЬ ПЕДАГОГІВ У СТАНОВЛЕННІ УЧНІВСЬКИХ СОЦІАЛЬНИХ ЗВ'ЯЗКІВ У ІНКЛЮЗИВНОМУ КЛАСІ

У статті описано зміст і методи роботи педагогів з формування міжособистісних стосунків учнів інклюзивного класу.

Ключові слова: інклюзивний клас, міжособистісні стосунки, учні з вадами опорно-рухового апарату, педагог, соціальні зв'язки.

В статье описано содержание и методы работы педагогов с формирования межличностных отношений учеников инклюзивного класса.

Ключевые слова: инклюзивный класс, межличностные отношения, ученики с недостатками опорно-двигательного аппарата, педагог, социальные связи.

Однією з проблем інклюзивної освіти є становлення соціальних стосунків дітей з вадами психофізичного розвитку із здоровими однолітками. У загальній педагогіці вивченню особливостей взаємостосунків у дитячому колективі присвячено роботи В.С. Агєєва, Г.М. Андрєєвої, О.І. Донцова, Я.Л. Коломинського та ін. У корекційній