

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Тернопільський національний економічний університет
Юридичний факультет
Кафедра психології та соціальної роботи

КОНОВАЛ Андрій Анатолійович

Соціалізація підлітків із ДЦП як суспільна проблема та шляхи її вирішення/Socialization of adolescents with cerebral palsy as a social problem and ways to solve it

спеціальність: 8.13010201 – Соціальна робота
магістерська програма – Соціальна робота
Магістерська робота

Виконав студент групи СРм-21
А.А. Коновал

Науковий керівник:
д.психол.н., доцент А.Н. Гірняк

Магістерську роботу
допущено до захисту:

« ___ » _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ **А. В. Фурман**

ТЕРНОПІЛЬ-2017

РЕЗІЮМЕ

Магістерська робота охоплює 128 сторінок (106 сторінок основного тексту) та список використаних джерел із 98 найменувань.

Метою магістерської роботи є виявлення та систематика основних груп проблем соціалізації підлітків із ДЦП в сучасній Україні та обґрунтування шляхів підвищення її ефективності.

Об'єкт дослідження - процес соціалізації як складний поліструктурний феномен.

Предмет дослідження - особливості соціалізації підлітків хворих на ДЦП.

Одержані висновки та їх новизна: у сім'ях, де виховуються діти з ДЦП, переважає або гіперопікуючий, або гіпоопікуючий стиль виховання, в залежності від чого і проявляються ті чи інші особливості дітей. Надмірне опікування в сім'ї детермінує виникнення підвищеної тривожності, відчуття внутрішнього дискомфорту. Недостатнє опікування в сім'ї зумовлює виникнення емоційної замкнутості та заниженої самооцінки.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, патологія, соціалізація, розвиток, підліток, стиль сімейного виховання, дитячо-батьківські взаємини, гіперопіка, гіпоопіка, інклюзивна освіта, соціальна інтеграція.

RESUME

Master's work covers 128 pages (106 pages of main text) and a list of references with 98 titles.

The purpose of the master's work is to identify and systematics of major groups of problems of socialization of adolescents with cerebral palsy in modern Ukraine and study ways to improve its effectiveness.

The object of study - the process of socialization as a complex multi-faceted phenomenon.

Subject - especially the socialization of adolescents with cerebral palsy.

The resulting conclusions and their novelty: in families where children are brought up with cerebral palsy, dominated or excessive or ignoring parenting style, depending on what and manifest certain characteristics of children. Excessive care of the family determines the occurrence of high anxiety, feeling of inner discomfort. Inadequate care of the family determines the occurrence of emotional isolation, low self-esteem.

Keywords: cerebral palsy, pathology, socialization, development, teenager, style, family education, child-parent relationship giper ward, hipo ward, inclusive education, social integration.

АНОТАЦІЯ

Коновал Андрій Анотолійович. Соціалізація підлітків із ДЦП як суспільна проблема та шляхи її вирішення. - Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю 8.13010201 „Соціальна робота” - Тернопільський національний економічний університет. Юридичний факультет. - Тернопіль - 2017.

У магістерській роботі проведено теоретичний аналіз особливостей міжособистісних взаємин у підлітків з діагнозом ДЦП, здійснено психодіагностичне обстеження, що спрямоване на виявлення дитячо-батьківських взаємин у дітей з ДЦП, розроблено програму психологічного супроводу дитини хворої на ДЦП, запропоновано корекційну програму, що сприяє оптимізації взаємин підлітків страждаючих на ДЦП з їхніми батьками та апробовано її у ході психолого-педагогічного експерименту. Також доведено гіпотезу, що гіперопікуючий стиль виховання в сім'ї спричинює виникнення у дітей з ДЦП підвищену тривожність і відчуття внутрішнього дискомфорту, а гіпоопікуючий стиль виховання в сім'ї зумовлює виникнення емоційної замкнутості та заниженої самооцінки.

ANNOTATION

Conoval Andriy. Socialization of adolescents with cerebral palsy as a social problem and ways to solve it. - Manuscript.

Research on the receipt of educationally-qualifying level of Master after specialty 8.13010201 "Social works" the - Ternopil National Economic University. Faculty of economy and management. - Ternopil of- 2017.

In the master's work the theoretical analysis of the characteristics of interpersonal relationships in adolescents with cerebral palsy, made psychodiagnostic survey aimed at identifying child-parent relationships in children with cerebral palsy, a program of psychological support for the child with cerebral palsy, proposed corrective program, which helps optimize the relationships teens suffering from cerebral palsy with their parents and tested it during a psychopedagogical experiment. Also proved the hypothesis that excessive care of the family leads to the emergence of children with cerebral palsy increased anxiety and a sense of internal discomfort and lack of attention in the family leads to the emergence of emotional isolation and low self-esteem.

ЗМІСТ

ВСТУП	14
РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛІЗАЦІЯ ПІДЛІТКІВ З ДЦП ЯК ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА	19
1.1. Етіологія дитячого церебрального паралічу та його основні характеристики.....	19
1.2. Порушення формування особистості дитини з діагнозом ДЦП.....	22
1.2.1. Порушення комунікативних функцій.....	24
1.2.2. Порушення образу «Я».....	28
1.2.3. Порушення емоційно-вольової сфери.....	32
1.2.4. Порушення інтелектуального розвитку школярів із ДЦП.....	34
1.3. Соціалізація та соціальна інтеграція дітей з церебральним паралічем.....	36
Висновки до першого розділу.....	45
РОЗДІЛ 2. ВПЛИВ ГІПЕРОПІКУЮЧОГО ТА ГІПООПІКУЮЧОГО СТИЛІВ БАТЬКІВСЬКОГО ВИХОВАННЯ НА ПСИХІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З ДЦП	47
2.1. Типологія стилів сімейного виховання.....	47
2.2. Особливості виховання дитини з ДЦП.....	58
2.3. Проблеми виховання підлітків з ДЦП, детерміновані гіперопікуючим і гіпоопікуючим стилями сімейного виховання.....	61
Висновки до другого розділу.....	63
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ТА АГРЕСИВНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ХВОРИХ НА ДЦП	65
3.1. Методи і методики дослідження.....	65
3.2. Корекційна програма з оптимізації дитячо-батьківських взаємин ...	70
3.3. Кількісний аналіз та якісна інтерпретація одержаних емпіричних результатів	78

Висновки до третього розділу.....	102
ВИСНОВКИ.....	104
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	107
ДОДАТКИ.....	115
Додаток А. Методика Рене Жиля.....	115
Додаток Б. Тест «PARI» – «Батьківсько-дитячі взаємини».....	122
Додаток В. Шкала особистісної тривожності для учнів 10-16 років А.М. Прихожан	127

ВСТУП

Сьогодні з особливою гостротою постає проблема психологічного супроводу дітей хворих на ДЦП, які навчаються в загальноосвітніх школах. Відомо, що діти з обмеженими можливостями в плані фізичного і психічного здоров'я важко переносять ситуації фрустрації, зіткнення з неуспіхом, відчуттям того, що вони не схожі на інших, що їм не доступна велика кількість ресурсів. Ще однією важливою проблемою є характер взаємин дитини хворої на ДЦП в першу чергу з батьками, потім з класом, учителями і всією системою освіти в цілому. Тому, на наш погляд, вивчення міжособистісних взаємин дітей з ДЦП, включаючи і дитячо-батьківські, є не тільки *актуальною*, а й необхідною умовою роботи з такими дітьми в школі.

Різні аспекти реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я є предметом широкого кола досліджень. Одночасно триває пошук оптимальних шляхів успішної реабілітації та позитивної адаптації в суспільстві дітей з обмеженими можливостями здоров'я, що дозволяє віднести проблему до числа першорядних і вважати її об'єктом міждисциплінарного дослідження.

Аналіз літератури свідчить про розробку багатьох аспектів реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я, проте недостатньо вивчені питання виявлення соціально-медичних та соціально-психологічних особливостей особистості дітей з ДЦП та членів їх сімей, ступеня їх соціальної адаптації з урахуванням мультидисциплінарних реабілітаційних заходів.

Спостерігаючи за такими дітьми, ми вважаємо за доцільне досліджувати дитячо-батьківські стосунки, оскільки сім'я, що має одного або кількох членів сім'ї з фізичними порушеннями, зустрічається з великими труднощами. Батьки часто не знають як себе поводити з дитиною і вибирають шлях завідомо неправильний – надмірну опіку або ігнорування дитини.

Це питання є особливо гострим для підлітків з руховими, інтелектуальними, сенсорними й мовними порушеннями, оскільки тісно

пов'язане з проблемою їх соціальної адаптації як всередині підліткового об'єднання, так і поза ним. Багато школярів з відхиленнями у розвитку виявляються нездатними самостійно увійти в сферу соціальних відносин і оволодіти навичками міжособистісної взаємодії, що часто призводить до своєрідності їх особистісної позиції, поведінкових реакцій, які в свою чергу впливають на ефективність всієї корекційно-педагогічної роботи.

Діти з церебральним паралічем становлять особливу групу ризику. Внаслідок складності психомоторного порушення вони значно більше, ніж їхні здорові однолітки з дитинства залежать від оточуючих дорослих, їх соціальне життя часто вкрай обмежене. Тому саме в цей період необхідна спеціальна допомога, спрямована на збагачення соціальних уявлень дітей, формування навичок міжособистісної взаємодії.

Спеціальні дослідження, які розглядають структуру міжособистісних процесів в підліткових об'єднаннях, в даний час фактично відсутні. Немає практичних рекомендацій щодо організації корекційно-педагогічної роботи, спрямованої на вдосконалення міжособистісних процесів, а також не розроблені методи і прийоми її реалізації. Відтак дослідження теоретичних основ і моделей корекційно-педагогічної допомоги з формування міжособистісних процесів у підлітків з церебральним паралічем є достатньо актуальними. Власне на їх основі можна створити умови, котрі сприятимуть формуванню в підлітковому періоді необхідних для особистісного розвитку психологічних новоутворень, що забезпечуватимуть нормалізацію соціального стану дитини та збагачення і корекцію її психічного розвитку.

Об'єкт дослідження – процес соціалізації як складний поліструктурний феномен.

Предмет дослідження – особливості соціалізації підлітків хворих на ДЦП.

Мета дослідження: виявлення та систематика основних груп проблем соціалізації підлітків із ДЦП в сучасній Україні та обґрунтування шляхів підвищення її ефективності.

В ході дослідження нами були поставлені наступні **завдання**:

- 1) провести теоретичний аналіз особливостей міжособистісних взаємин у підлітків з діагнозом ДЦП;
- 2) провести психодіагностичне обстеження, спрямоване на виявлення дитячо-батьківських відносин у дітей з ДЦП;
- 3) розробити програму психологічного супроводу дитини хворої на ДЦП;
- 4) розробити корекційну програму, що сприяє оптимізації взаємин підлітків страждаючих на ДЦП з їхніми батьками та апробувати її у ході психолого-педагогічного експерименту.

Гіпотези:

1. Гіперопікуючий стиль виховання в сім'ї спричинює виникнення у дітей з ДЦП підвищеної тривожності і відчуття внутрішнього дискомфорту.
2. Гіпоопікуючий стиль виховання в сім'ї зумовлює виникнення емоційної замкнутості і заниженої самооцінки.

Методологічна база дослідження: дослідження в сфері медичної реабілітації та соціальної адаптації хворих на ДЦП (Семенова К.А., Махмудова Н.М.), спеціальної освіти осіб з порушеннями опорно-рухового апарату (Приходько О.Г., Харіфуліна З.К.), психологічної діагностики розвитку школярів в нормі та патології (Романова Е.С., Усанова О.С.), групової психотерапії (Рудестам К., Семаго Н.Я., Семаго М.М.) та інші.

Емпірична база дослідження.

Експериментальну групу склали 30 підлітків, які страждають на ДЦП, 19 з них живуть в неповних сім'ях і виховуються матір'ю, а в деяких випадках матір'ю і бабусею, 11 досліджуваних живуть в повних сім'ях. Вік випробуваних від 14 до 17 років. Всі підлітки на момент проведення дослідження перебували в тернопільському Центрі реабілітації хворих дітей на ДЦП (при Дитячій обласній лікарні, вул. Сахарова, 2).

Методи дослідження: аналіз психологічної та педагогічної літератури з проблеми дослідження; порівняльний аналіз; теоретичний синтез; психолого-педагогічний експеримент; моделювання та проектування;

кількісне узагальнення та якісна інтерпретація; методи статистичної обробки інформації.

1. Для дослідження сфери міжособистісних відносин дитини та її сприйняття внутрішньосімейних стосунків також використовували проєктивну *методику Рене Жіля*. Мета методики полягає у вивченні соціальної пристосованості дитини, а також її взаємин з оточуючими.

2. *Методика PARI* (parental attitude research instrument) призначена для вивчення ставлення батьків (насамперед матерів) до різних аспектів сімейного життя (сімейної ролі).

3. *Малюнок сім'ї*. Мета: діагностика сімейних відносин. Тест допомагає виявити ставлення дитини до членів своєї сім'ї, те, як вона сприймає кожного з них і свою роль в сім'ї, а також ті взаємини, які викликають в неї тривожні і конфліктні почуття. Ситуація в сім'ї, яку батьки оцінюють позитивно, може бути сприйнята дитиною абсолютно протилежно. Дізнавшись, яким вона бачить навколишній світ, сім'ю, батьків, себе, можна зрозуміти причини виникнення багатьох проблем дитини та ефективно допомогти їй у їхньому вирішенні.

4. *Дослідження самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейн в модифікації А.М. Прихожан*. Мета дослідження: виявити актуальну вираженість певних особистісних якостей, а також ідеальну їх вираженість, яку б випробовуваний хотів мати у себе (яка відображатиме його домагання).

5. *Шкала особистісної тривожності А.М. Прихожан*.

На першому етапі ми досліджували особистісні характеристики дітей. Даний етап переслідував дві основні цілі - знайомство з дітьми та їх батьками, а також вивчення показників самооцінки, рівня тривожності. Другий етап дослідження був більш обсяговим і комплексним: нами була досліджена внутрісімейна атмосфера, котра зумовлена певним стилем міжособистісних взаємин батьків і дітей.

Підсумок проведення дослідження дав нам можливість розділити експериментальну групу на дві підгрупи:

1) діти, які відчують на собі переважно гіперопікуючий вплив батьківського виховання (16 осіб);

2) діти, які відчують на собі переважно гіпоопікуючий вплив батьківського виховання (14 осіб).

Практичне значення одержаних результатів. Виконання даного дослідження послужило основою для розробки пропозицій, спрямованих на подальше вдосконалення соціально-психологічної допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я, дало змогу створити, апробувати та впровадити корекційну програму для підлітків страждаючих на ДЦП.

Структура магістерської роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та трьох додатків. Робота викладена на 128 сторінках, основний зміст - 106 сторінок, список літератури містить 98 найменувань.

РОЗДІЛ 1

СОЦІАЛІЗАЦІЯ ПІДЛІТКІВ З ДЦП

ЯК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

1.1. Етіологія дитячого церебрального паралічу та його основні характеристики.

Термін «дитячий церебральний параліч» (ДЦП) об'єднує ряд синдромів, які виникають у зв'язку з пошкодженням мозку. ДЦП розвивається в результаті ураження головного і спинного мозку, від різних причин на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку та під час пологів. Основним клінічним симптомом ДЦП є порушення рухової функції, пов'язаної із затримкою розвитку і неправильним розвитком статокінетичних рефлексів, патологією тону, парезами. Крім порушень в центральній нервовій системі, вдруге протягом життя виникають зміни в нервових і м'язових волокнах, суглобах, сухожиллях.

До основного симптому ДЦП – рухових розладів, у переважній більшості випадків приєднуються порушення психіки, мовлення, зору, слуху.

Перше клінічний опис ДЦП був зроблений В. Літл в 1853 році. Протягом майже 100 років ДЦП називався хворобою Літля.

У 1983 році Л. О. Бадалян запропонував назвати дитячі церебральні паралічі «дизонтогенетичні постуральні дискінезії». Автор справедливо відзначав, що ураження нервової системи при ДЦП є не «поламкою» вже готового механізму, а затримкою або спотворенням розвитку [2, с. 278].

Отже, позначаючи дане захворювання як «дитячий церебральний параліч» слід мати на увазі порушення постави і рухових функцій, набутих в перші роки життя, котрі не прогресують, частково піддаються функціональному коригуванню і пояснюються недостатнім розвитком, або пошкодженням головного мозку.

Дитину з ДЦП відносять до дефіцитарного типу дизонтогенезу.

В.В. Лебединський зазначає, що у дітей з церебральними паралічами відзначається недостатність цілого ряду нервово-психічних функцій, котрі значним чином пов'язані з порушенням рухової сфери. Сюди перш за все відносяться порушення розвитку мовлення, які більшою мірою зумовлені дефектністю моторного компонента. Основними з них вважаються дизартрія різного характеру і різного ступеня вираженості [30, с. 73].

Спостерігається більш пізнє формування моторної мови, правильність вимови, запізнювання в появі перших слів і фразової мови, уповільнене розширення словника. У більш важких випадках спостерігається моторна алалія із загальним недорозвиненням всіх сторін мови. Набагато рідше проявляється сенсорна алалія, при цьому недорозвинення моторної сторони мови носить вторинний характер. Дані види мовних розладів можуть поєднуватися один з одним, але кожен з них характерний лише для того чи іншого виду рухових порушень.

У таких дітей спостерігається також недостатність просторового гнозису, що пов'язана з ураженням тім'яних відділів мозку і зумовлена порушеннями зорового сприйняття в зв'язку з руховими розладами. Також є труднощі у формуванні сприйняття форми, у співвіднесенні елементів в просторі, в правильному сприйнятті пропорцій і перспективи. Відзначається недорозвинення уявлень про схему власного тіла: запізнюється формування домінантності руки, понять правого і лівого, нездатність розрізняти і позначати свої пальці, іноді неможливість позначити елементи обличчя. У зв'язку з цим діти з ДЦП не можуть правильно зобразити на малюнку обличчя і руки.

У ранньому віці внаслідок рухових розладів, наприклад, труднощів при поворотах голови, наближенні до цікавого предмету, його схопленні, страждає формування орієнтувальної реакції.

У дошкільному віці спостерігається недорозвинення ігрової діяльності. Страждає формування шкільних навичок: лічби, письма, читання. Наприклад,

труднощі в освоєнні арифметики пояснюються недостатністю просторових функцій.

У багатьох дітей з церебральними паралічами спостерігається затримка інтелектуального розвитку. Це відбувається в результаті важких рухових розладів, порушення ряду вищих кіркових функцій і супутніх явищ психічної виснаженості [93, с. 189].

Що стосується емоційної сфери, то тут спостерігається схильність до невротичних і неврозоподібних розладів. Це страхи висоти, закритих дверей, темноти і т.д. Детальніше порушення особистісної сфери нами буде описано далі.

Пубертатний період вікова психологія характеризує як перехід від дитинства до дорослості, котрий докорінно змінює усі аспекти життєдіяльності дитини.

Л.С. Виготський і П.П. Блонський вважали, що особливості протікання і тривалості підліткового віку змінюються в залежності від рівня розвитку суспільства [9, с. 136].

Психологічні особливості підліткового віку отримали назву «підліткового комплексу». Підлітковий комплекс включає в себе чутливість до оцінки сторонніми своєї зовнішності, здатності поєднуватися з крайньою самовпевненістю і безапеляційністю думок відносно оточуючих.

Ш. Бюлер пов'язувала підлітковий вік з поняттям «пубертатність». Це стадія дозрівання, в якій людина набуває статевої зрілості, але при цьому фізичне зростання триває [93, с. 147]. Важливим етапом дозрівання є процес формування самосвідомості. В його основі лежить здатність людини відрізнити себе від своєї життєдіяльності, усвідомлене ставлення до своїх потреб і здібностей, потягів, переживань і думок.

Підліткова фаза первинної соціалізації - всі підлітки цього віку - школярі, які перебувають на утриманні батьків або держави. Соціальний статус підлітка мало чим відрізняється від дитячого. Психологічно цей вік дуже суперечливий, для нього характерні диспропорції рівнів і темпів розвитку.

У підлітковому віці стабілізуються риси характеру та основні форми міжособистісної взаємодії. У старшому підлітковому віці йде активний процес формування і розвитку світогляду, тобто це початковий період становлення соціальних, політичних, культурних та інших позицій людини. Саме тому дуже важливо визначити, наскільки особистісні структури, що формуються в підлітковому віці, потребують психологічного супроводу [14, с. 125].

Основним завданням психологічного супроводу є формування адекватної особистості за допомогою застосування спеціальних методів і прийомів виховання та навчання, за рахунок яких відбувається компенсація і часткове усунення порушених функцій.

1.2. Порушення формування особистості дитини з ДЦП

О.М. Леонтьєв підкреслював, що необхідною передумовою наукового психологічного аналізу особистості є в першу чергу розрізнення понять «індивід» і «особистість».

У психіатрії ми можемо зустрітися з випадками роздвоєння особистості, але ніякий патологічний процес не може привести до роздвоєння індивіда, цілісності його біологічної організації. Зрозуміло, що поняття особистості, також як і поняття індивіда, виражає цілісність суб'єкта життя, але цілісність особистості - вже особливого роду. Вона набувається не генотипічно, а в процесі виховання, навчання, тобто в процесі особистісного розвитку. Таким чином, особистість є відносно пізнім продуктом як суспільно історичного, так і онтогенетичного розвитку.

Методологічною основою вивчення особистості дітей з психічним дизонтогенезом є концепція Виготського Л.С. про сутність дефективності, в якій підкреслюється, що величезну роль у розвитку особистості аномальної дитини відіграє соціальне середовище і суспільство. Л.С. Виготський

зазначав, що фізичний недолік сам по собі не робить дитину дефективною, але, змінюючи соціальну позицію особистості, призводить до появи особливих рис в її поведінці та характері. Для вивчення впливу дефекту на особистість аномальної дитини важливими є положення Виготського про складну структуру дефекту, в якій він виділяв первинні особливості організму і вторинні новоутворення [10, с. 90].

В.М. Мясищев, вивчаючи структурнодинамічні характеристики особистості, підкреслював, що до первинних особливостей відносяться динамічні властивості особистості, зумовлені властивостями нервової системи, і особливостями захворювання. На основі первинних симптомів виникають вторинні особливості у формі різних характерологічних зрушень, що представляють собою результат складних взаємодій зовнішніх і внутрішніх факторів. Виникнення вторинних особливостей особистості хворої дитини може бути викликано рядом причин, до яких відносяться переживання з приводу дефекту, умови виховання, характер стосунків у сім'ї дитини. Все це призводить до порушення системи відносин дитини, і якщо вона не набуває в ході свого розвитку здатності адекватно вирішувати постаючі перед нею проблеми, то це може привести до порушення соціальної адаптації [46, с. 119].

Серед механізмів патологічного формування особистості в осіб з фізичними порушеннями провідна роль належить реакції особистості на усвідомлення дефекту, фізичної неповноцінності. Негативний вплив на розвиток особистості здійснюють також і такі чинники, як рання соціальна депривація, тобто ізоляція від однолітків у зв'язку з недорозвиненням, а також неправильне виховання і своєрідне ставлення оточуючих до дитини з обмеженими можливостями. Все це обумовлює незрілість емоційно-вольової сфери, егоцентризм, підвищену сугестивність у такої дитини.

При ДЦП страждає формування особистості дитини. Нормальний інтелектуальний розвиток при цьому захворюванні часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, підвищеною сугестивністю.

Особистісна незрілість проявляється в наївності суджень, слабкою орієнтованістю в побутових і практичних питаннях життя [29].

Важливе значення в розвитку особистості при ДЦП надається формуванню емоційно-вольової активності. Негативний вплив органічного ураження ЦНС в значній мірі визначає особливості особистісного реагування дитини на фізичний дефект як пасивно оборонне чи агресивно - захисне. Порушення уявлень про своє тіло, неадекватність самооцінки виявляються вже в ранньому віці.

Часта госпіталізація дітей з руховими розладами призводить до ранньої психічної і соціальної депривації. Основним стилем виховання дитини з ДЦП є гіперпротекція, яка негативно впливає на формування соціальної адекватності її поведінки, оскільки, чим вищий рівень гіперпротекції, тим нижчий рівень соціальної адекватності поведінки дитини. Нерозвиненість батьківських почуттів, нестійкість виховного процесу впливає на формування таких особистісних особливостей дитини з ДЦП як зниження самостійності, сенситивність, фрустрованість.

У випадку порушення інтелекту при ДЦП особливості розвитку особистості поєднуються з низьким пізнавальним процесом, недостатньою самокритичністю. Відзначається байдужість, слабкість вольових зусиль і мотивації.

1.2.1. Порушення комунікативних функцій. Спілкування слід розглядати в якості специфічної форми діяльності людини і одного з головних регуляторів її соціальної поведінки. Спілкування робить вирішальний вплив на формування особистості, її змістові і формальні характеристики, психічні процеси, властивості і стани.

Обов'язковим компонентом спілкування є гностичний компонент - пізнання людьми один одного у спільному житті і діяльності. Здатність до спілкування складається з вміння розбиратися в людях і правильно оцінювати їх психологію, адекватно емоційно відгукуватися на стан і

поведінку оточуючих, вміння вибрати спосіб спілкування з оточуючими, адекватного з точки зору, як суспільної моралі, так і індивідуальних особливостей спілкування.

Спілкування - це багатоплановий процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжуваний потребами в спільній діяльності. Він включає в себе обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття і розуміння іншої людини.

У перші роки життя мова дитини виникає і розвивається в процесі спілкування. Спілкування у новонароджених і у дітей раннього віку покликане зосереджувати увагу на обличчі, мовленні, зорових і слухових подразниках. Уже в до мовному періоді формуються різні способи спілкування [57, с. 73].

М.І. Лисиною були виділені три основних етапи в процесі оволодіння мовою як засобом спілкування: довербальний, етап виникнення мови і етап розвитку мовного спілкування. Емоційне ситуативно-особистісне спілкування з дорослим, що домінує в першому півріччі життя дитини, є необхідною передумовою для формування мови. При цьому важливе місце в розвитку спілкування відіграють його невербальні форми: крик, плач, усмішка, погляд [44, с. 103].

Крик протікає на тлі негативних емоцій і є активним засобом комунікації. Плач стає засобом спілкування поступово.

Плач дітей з церебральним паралічем у віці декількох місяців життя значно відрізняється від плачу здорових дітей. Характер плачу дитини, його виразність, тональність, інтонаційна забарвлення, сила, тривалість і ритм, дозволяє встановити характер розладів. Плач хворих дітей зазвичай затухаючий, монотонний, аритмічний, швидко переривчастий, фрагментарно однотипний [44, с. 78].

Мова як основний засіб спілкування, розвивається через рух і в соціальному контакті, і її основа закладається ще на першому році життя дитини. Коли у дитини при ДЦП є відхилення сенсомоторної сфери,

управління мімікою обличчя і жестами, кінестетичного сприйняття, контролю за диханням і пересуванням, артикуляції, звуковимови зникає можливість дітей самостійно реалізовувати себе в навколишньому світі. Все це безпосередньо впливає на розвиток комунікативної діяльності і психічний розвиток в цілому.

У дітей з ДЦП функція спілкування розвивається нерівномірно, на відміну від здорових дітей. Найбільш розвиненими при ДЦП в 2-3 роки виявляються мотиви, форми і потреби спілкування. Останнє місце займають засоби спілкування. Порушення артикуляції і координації рухів несприятливо відбивається на процесі спілкування з дорослими. Також негативно позначається на спілкуванні нездатність висловити власний емоційний стан.

На відміну від здорових дітей перших трьох років життя, діти з ДЦП поводяться пасивно і не виявляють особливого бажання до співпраці з дорослим. Вони не прагнуть за власною ініціативою до спілкування, але при наполегливому спонуканні і підтримки, встановлюють контакти. При зверненні до них дорослого, діти обмінюються враженнями і періодично шукають підтримку і увагу дорослого. Експресивно-мімічною промовою, на відміну від здорових дітей, вони користуються вкрай рідко, а частіше вживають жести.

Дітям, які страждають на ДЦП, потрібні спонукання дорослого, для того, щоб взяти участь в процесі спілкування. Їх дії з іграшками і предметами носять одноосібний характер, рідко виявляється бажання діяти спільно з дорослим або наслідувати його дії. Діти не звертають увагу на дорослого, іграшка або якийсь нове заняття цікавить їх більше, ніж початок контактування з дорослим. Не спостерігається активного прагнення розділити гру з партнером або звернутися до нього [93, с. 179].

У процесі спілкування діти 2-3 років з ДЦП вкрай рідко користуються промовою. Експресивно-мімічні засоби спілкування, жвавий погляд, рухові спонтанні реакції з'являються не відразу і є короткочасними, монотонними і

маловиразними. У процесі спілкування діти з ДЦП воліють використовувати жести, супроводжують їх різкою мімікою і гримасами підкреслено окличного характеру, висловлюючи таким чином свої емоції (наприклад, замість слова «дай» діти використовують гримаси, як би розмовляючи самі з собою). Встановлення контакту з дорослим відбувається тільки за його ініціативою та підтримкою. Слабо проявляється емоційний стан або бажання поділитися враженнями.

Таким чином, у дітей з ДЦП у віці перших 3-х років формуються ті ж мотиви і форми спілкування, що і у здорових дітей. Однак потреба в спілкуванні виражена менш інтенсивно. Це можна пояснити як природною гіперопікою дорослих по відношенню до хворої дитини, так і недостатньою пізнавальною активністю дітей, зумовленою сенсомоторною недостатністю та соціальною ізоляцією в домашніх умовах. Відставання у розвитку засобів спілкування пов'язане також з низкою комунікативною активністю дитини з ДЦП, і з недостатнім розвитком функцій, що включають моторні компоненти [68, с. 129; 69, с. 83].

Діти поводяться одноманітно і пасивно, не прагнуть до встановлення контактів з дорослим. З віком у дітей з ДЦП розвиток спілкування відрізняється нерівномірністю, хоча його рівень вищий, ніж у дітей перших років життя з ДЦП, вони потребують наполегливих спонукань до прояву ініціативи з боку дорослих, недостатньо активно користуються мовленням і експресивними засобами спілкування.

Діти з церебральним паралічем в дошкільному і шкільному віці зазвичай не так багатослівні, і їх відповіді менш різноманітні.

Хаупт виділяє п'ять типів комунікативних порушень у дітей з ДЦП:

- пов'язаних з порушенням рухів;
- пов'язаних з пошкодженням мозку;
- через тривалу госпіталізацію;
- через соціально-емоційні проблеми;
- у зв'язку з фізичним дефектом.

Порушення дихання, роботи м'язів гортані і горла, артикуляторних м'язів негативно впливають на формування плачу і белькотіння в домовленнєвий період. Ослаблена когнітивна діяльність і відсутність комунікативного досвіду, - основні чинники, що впливають на формування комунікативних навичок [68, с. 171].

Коли дитина з руховими порушеннями намагається зав'язати розмову, їй доводиться стикатися з різними труднощами. Крім того, їй складно найчастіше встановити контакт, тому що нерідко її погляди, рухи, слова бувають неправильно зрозумілими. Після невдач в контактах у дітей з ДЦП рідко з'являється бажання брати ініціативу на себе.

Рухові порушення впливають і на невербальне спілкування. Якщо руками неможливо робити зрозумілі жести, передача повідомлень ускладнюється. Навички невербального спілкування будуть розвиватися тільки тоді, коли оточуючі проявлять подібні спроби розумінням.

Вперше в спеціальній психології розуміння розвитку особистості з дефектом було дано Л.С. Виготським [10, с. 137]. Він переконливо показав, що будь-який дефект, будь-який тілесний недолік є чинником, до певної міри змінюючим взаємини людини з навколишнім світом, що в результаті дає «соціальну ненормальність поведінки». Отже, психологічним фактом рухова нестача при ДЦП стає тільки тоді, коли людина вступає в спілкування з відмінними від неї здоровими людьми.

Порушення соціальних контактів призводить до ряду відхилень у формуванні особистості у дітей з патологією опорно-рухового апарату і при відсутності або недостатньо кваліфікованій психолого-педагогічній корекції можуть викликати появу негативних рис характеру.

1.2.2. Порушення образу «Я». Становлення особистості передбачає усвідомлення самої себе як істоти, відмінної від інших, як деякої суб'єктивно-замкнутої реальності. Все це проявляється у факті іменування себе «Я». Тому феномен «Я» є центральним пунктом формування особистості і її структури.

У даному разі можна стверджувати, що особистість - це і є «Я» або перш за все «Я». Тому багато психологів вважають, що вузьке розуміння особистості має включати тільки її ядро, тобто Я-концепцію і спрямованість особистості (мотивація, ціннісні орієнтації).

Я-концепція - це сукупність всіх уявлень індивіда про себе, поєднана з їх оцінкою. Описову складову Я-концепції часто називають образом «Я» або картиною «Я». Складову, пов'язану зі ставленням до себе або окремих своїх рис, називають самооцінкою або прийняттям себе. По суті, Я-концепція визначає не просто, що собою являє індивід, а й те, що він про себе думає і як дивиться на свої справжні можливості розвитку в майбутньому [93, с.147; 68, с. 82; 69, с.128].

Питання про зв'язок фізичної вади і образу «Я» привертає увагу багатьох фахівців. В окремих роботах встановлено, що люди з руховими порушеннями домагалися менше успіхів, ніж здорові. Особливо негативно на образ «Я» у молодих людей впливає ДЦП.

Система «Я» застосовує різні системи захисту. У надзвичайній ситуації вона може повністю закрити важливу інформацію, тому що вона збуджує страх. Наприклад, деякі заперечують свій фізичний недолік. Однак, таким чином, система «Я» ізолюється від решти особистості і не дозволяє людині вчитися на підставі набутого досвіду [81, с. 97; 82, с. 24].

Карл Роджерс стверджує, що «Я» розвивається в контакті з середовищем. При цьому «Я» прагне до цілісності. Переживання, які не відповідають «Я» або ігноруються, або символічно ігноруються, або символічно заперечуються або перетворюються [63, с. 122].

Крім того, людина має потребу бути позитивно оціненою, відчувати, що її поважають. Інвалідність може ускладнити сприйняття людини оточуючими, через що вона може відчувати брак позитивної оцінки, під впливом чого розвивається позитивний образ «Я». Дж. Роджерс підкреслює відмінності в соціальних переживаннях дитини з фізичними вадами. Він вважає, що через це, в основному, у дітей і виникають складнощі емоційного і поведінкового

плану. Взаємовідносини батьки-діти виглядають інакше, ніж в сім'ях, де діти здорові. Також по-іншому проявляються реакції рідних, соціальні контакти в школі, реакції оточуючих на добру чи погану поведінку [63, с. 134].

Сім'я, що має одного або кількох членів сім'ї з фізичними порушеннями, зустрічається з великими труднощами. Народження дитини з фізичної аномалією - часто лише початок тривалого процесу, в ході якого дитина (або діти) і батьки переживають цю подію й адаптуються до неї. Народження дитини - це лише перший кризовий момент, і подібних моментів буде чимало. Райт вказує на п'ять кризових періодів:

- народження дитини з фізичної аномалією;
- потреба самоствердження;
- плани отримання освіти;
- перехідний вік, сексуальність;
- підготовка до дорослого життя.

Правильне ставлення до хворої дитини батьків і дотримання ними вищезазначених вимог має величезне значення на формування у дітей з церебральним паралічем адекватної самооцінки, правильного ставлення до дефекту і розвиток у них необхідних в житті вольових якостей. Стосовно дефекту та оцінки своїх можливостей дітей з церебральним паралічем можна умовно розділити на дві групи.

Одні діти усвідомлюють, що у них важке захворювання, що не дозволяє їм рухатися, бігати, опанувати мовними і руховими навичками в тій мірі, в якій це роблять їхні здорові однолітки. Такі діти чітко розуміють, що їх успішний розвиток, подолання мовних і рухових труднощів знаходяться в прямій залежності від їх наполегливості. Незважаючи на фізичний дискомфорт, больові відчуття, вони охоче ходять на заняття лікувальною фізкультурою, беруть фізіотерапевтичні процедури, займаються з логопедом. Вдома ці діти виконують всі рекомендації фахівців. Їх також відрізняє постійне прагнення опанувати все більш складними навичками і вміннями, їм властива адекватна оцінка досягнутих успіхів [42, с. 63].

Інша група дітей, також ясно усвідомлює тяжкість свого захворювання, проте, виявляє крайній негативізм і не прагне подолати свою недугу. Для включення їх в активну діяльність потрібна все більша участь дорослих. Батьки повинні вміло формувати мотиваційну сторону поведінки та інтерес до занять з оволодіння руховими і мовними навичками, іншими видами діяльності. Формування активних якостей особистості в умовах сім'ї слід починати з таких видів діяльності, як гра та елементарна праця. Включення праці в життя дитини після 3-4 років і систематичний розвиток трудових навичок позитивно позначається на всьому способі життя хворої дитини, формує її розумові, фізичні і моральні якості. Поступове ускладнення завдань, доступних дитині, виховує в ній завзятість і наполегливість. При цьому для формування у дітей адекватної самооцінки дорослі повинні постійно оцінювати результати їх діяльності, особливо у випадках, коли дитина дуже старалася і докладала багато зусиль [42, с. 72].

Оптимально організовані умови життя в родині створюють хворій дитині передумови для її успішного розвитку, навчання і подальшої соціальної адаптації.

Дитина з церебральним паралічем, як і всі діти її віку, перш за все, повинна навчитися деяким загальним правилам поведінки. Добре ставлення близьких в поєднанні з вимогливістю допомагають в цьому. Необхідно також, щоб дитина починала розуміти себе такою, яким вона є, щоб у неї поступово розвивалося правильне ставлення до своєї хвороби, до своїх можливостей. Провідна роль в цьому належить батькам: саме у них дитина буде запозичувати оцінку і уявлення про себе і про свою хворобу. Залежно від реакції і поведінки батьків вона буде розглядати себе або як інваліда, який не має шансів зайняти активне місце в житті, або, навпаки, як людина, цілком здатна досягти якихось успіхів. Батьки повинні зрозуміти самі і вселити дитині, що хвороба є лише однією зі сторін її особистості, що у неї є багато інших якостей і достоїнств, які треба розвивати. Ні в якому разі батьки не повинні соромитися хворої дитини, тоді і вона сама не буде соромитися

своєї хвороби, не йтиме в себе, у свою самотність. Такий хворий буде позбавлений егоцентризму, спрямованості тільки на себе, він буде із задоволенням виконувати посильну роботу і радіти тому, чого досягає. Це дасть йому можливість вести спокійне багате враженнями і позитивними переживаннями повноцінне життя [58, с. 84].

1.2.3. Порушення емоційно-вольової сфери. У дітей з церебральним паралічем спостерігається затримка в розвитку емоційних реакцій. У них не виражений комплекс поживлення при появі матері, на її голос або на посмішку. Матері звертали увагу, що діти не відрізняють їх від інших дорослих. Крім того, у цих немовлят спостерігаються негативні емоційні прояви: частий плач або сміх без відповідної зовнішньої стимуляції. Позитивних емоційних реакцій не викликають і предмети. Порушення емоційних реакцій особливо на близькі і знайомі предмети є важливим прогностичним показником наявності у дитини відставання в психічному розвитку.

Незалежно від ступеня рухових дефектів у дітей з ДЦП зустрічаються порушення емоційно-вольової сфери. Вони проявляються в підвищеній збудливості дитини, надмірної чутливості до всіх зовнішніх подразників і лякливості. В одних дітей відзначається занепокоєння, у інших, навпаки, - млявість, пасивність, безініціативність і рухова загальмованість [22, с. 58].

Багато дітей відрізняються підвищеною вразливістю, обідчивістю, болісно реагують на тон голосу, на найменші зауваження, чуйно помічають зміни в настрої оточуючих. У них легко виникають реакції невдоволення, впертості і негативізму.

Для більшості дітей з ДЦП характерна наявність страхів. Страх може виникнути при простих тактильних подразненнях (наприклад, в ході масажу), при зміні положення тіла і навколишнього оточення. У деяких дітей відзначається боязнь висоти, закритих дверей, темряви, нових предметів. Страх викликає різкі зміни в загальному стані дитини.

Діти з церебральним паралічем ростуть полохливими, нерішучими і невпевненими в собі, вони губляться в нових умовах. У школі такі діти тривожні, відчувають страх перед усною відповіддю, нерідко у них виникає заїкання або з'являються насильницькі рухи. Вони нічим не захоплюються, весь вільний час витрачають на приготування уроків, прагнуть завчити заданий матеріал напам'ять. Все це перешкоджає розвитку їх інтелекту.

У шкільному віці у таких дітей нерідко виникає страх за своє здоров'я. Найчастіше це проявляється у дітей, які виховуються в родині, де вся увага зосереджена на хворобі. У родині говорять тільки про хворобу, найменша зміна в стані дитини викликає у батьків не тільки тривогу, а й паніку. В її присутності ведуться розмови про хвороби близьких. Все це призводить до того, що дитина зосереджує увагу на своїй хворобі, на власних хворобливих відчуттях. Правильне виховання в сім'ї може попередити подібний стан.

Особливий підхід потрібен до дитини, у якої болісно виражено почуття страху. Батьки повинні дуже обережно знайомити її з предметами, яких вона боїться, допомагати їй поступово долати свій страх [12, с. 219].

Важливе значення для попередження страху і розвитку таких негативних рис характеру, як невпевненість, боязкість, має виховання у дитини активності. Вона повинна обов'язково виконувати в домі посильну роботу; її треба навчити з урахуванням її рухових можливостей самостійно їсти, одягатися, прищепити елементарні побутові навички. В результаті у неї з'являється інтерес до праці, почуття радості, що вона може бути корисною старшим, впевненість в своїх силах [12, с. 220; 17, с. 305].

В ході діяльності розширюється кругозір дитини, розвивається її інтелект. Багато батьків, боячись, що дитина впаде, упустиць посуд, обіллється або неправильно одягнеться, не дають їй нічого робити самостійно. Це призводить до того, що вона росте пасивною, млявою. Вона відмовляється від виконання завдання, не може дотримуватися правил колективних ігор. Таким чином, бажаючи позбавити дитину від труднощів, постійне опікуючи її, оберігаючи від усього, що може засмутити, батьки тим

самим ставлять свою дитину в скрутне становище на багато років. Терпіння, організованість і витримка - головні умови виховання дитини в сім'ї.

У дітей з ДЦП відзначається недостатність інтелектуального контролю над поведінкою. Висока емотивність поведінки проявляється в нестійкості поведінки у фрустраційних ситуаціях, у зниженій здатності вирішувати постаючі завдання. Зниження емоційної залученості в ситуацію є індикатором формування у дитини більш адекватної поведінки. З віком дітей з ДЦП значимість емоційно вольових компонентів особистості збільшується. Переважання антизвинувачувальних і перешкоджально-домінантних реакцій на фрустрацію вказує на неадекватні способи психологічного захисту. Це проявляється в тенденції відходу від конфлікту з метою зменшення емоційного дискомфорту. Такі захисні механізми є ірраціональними і в значній мірі негативно позначаються на особливостях поведінки хворої дитини [74, с. 43].

1.2.4. Порушення інтелектуального розвитку школярів з ДЦП.

Діти з ДЦП відчувають специфічні труднощі в прийомі і переробці інформації, котра надходить, що пов'язано не тільки з порушенням ходи, мови, зору, слуху, але і з недоліками інтелекту, пам'яті, уваги, із загальною пасивністю дитини, її підвищеною стомлюваністю.

Дослідження, проведене Мамайчук І.І., Шіпіцин Л.М [36, с. 209-270] дозволяє зробити висновок про те, що істотні труднощі спостерігаються у дітей з ДЦП при виконанні завдань вербального блоку. Це проявляється в низькому рівні обізнаності про навколишній світ, в обмеженому словниковому запасі, в конкретно-ситуативному визначенні значень слів, в труднощах словесного відображення узагальнюючих понять.

Рівневий аналіз оцінок за шкалами всередині вербального блоку виявив найбільш високі оцінки при виконанні завдань субтеста «Визначити подібність і аналогій», що вказує на здатність дітей з ДЦП до операцій абстрагування, класифікації [36, с. 209-270; 37, с. 173]. Можна так само припустити, що знижений запас обізнаності про навколишній світ і

обмежений словниковий запас зумовлені соціальною депривацією дітей в зв'язку з труднощами пересування і мовними дефектами.

Найбільш низькі оцінки були отримані дітьми при виконанні завдань перцептивного блоку. Цей блок включає в себе два субтеста - «Складання фігур» і «Кубики Кіпе». Завдання цих субтестів спрямовані на виявлення особливостей наочно-образного мислення. Порівняльний аналіз за цими двома субтестам показав нижчі оцінки в субтесті «Складання фігур». Саме такий неалгоритмізований конструктивний праксис без опори на зразок вимагає активної роботи просторової уяви і є найбільш важким для хворих з ДЦП.

Якісний аналіз помилок хворих з ДЦП показав, що у переважної більшості з них спостерігалися помилки співрозтаування. Це проявлялося в тому, що фігури збиралися механічно, без урахування наявних просторових зв'язків на зразку-малюнку.

Отже, у дітей з ДЦП молодшого шкільного віку науковцями виявлено зниження рівневих характеристик інтелекту і порушення структуроутворення інтелектуальних функцій, що проявляється у високій значущості вироблених функцій в структурі розвитку інтелекту. Рівневий і структурний аналіз інтелекту у дітей з ДЦП середнього шкільного віку показує якісну зміну процесу структуроутворення психічних функцій. Процес структуроутворення психічних функцій у дітей з ДЦП має якісно інший характер, ніж у здорових школярів. Це проявляється в автономному розвитку вербальних функцій, їх недостатньому взаємозв'язку з невербальними функціями; високою значимістю енергетичних характеристик інтелекту (пам'яті та уваги) в загальному інтелектуальному розвитку; в слабкій рухливості психічних функцій в процесі їх структуроутворення [36, с. 209-270; 37, с. 181; 38, с. 149].

1.3. Соціалізація і соціальна інтеграція підлітків з церебральним паралічем.

На сьогоднішній день існує велика кількість змін, що відбулися як в системі освіти, так і в суспільстві в цілому: з'явилися нові типи освітніх установ, в яких виявляється освітня і корекційна допомога проблемним дітям (корекційні і реабілітаційні центри, психолого-педагогічні, медико-соціальні центри, сімейні дитячі будинки і т.д.), відбулася зміна концептуальних основ спеціальної освіти, диференціація та удосконалення спеціальних (корекційних) закладів, інтеграція та інтегрованість навчання, розробка моделей стандартів спеціальної освіти і психолого-педагогічного супроводу розвитку дитини в процесі навчання.

Під спеціальною освітою розуміється навчання і виховання дітей з обмеженими можливостями розвитку і здоров'я, спрямоване на їх більш повну соціальну інтеграцію в суспільство, на досягнення максимально можливого рівня освіченості з урахуванням індивідуальних особливостей дитини.

Ефективність спеціальної освіти залежить від впровадження в життя суспільства принципу нормалізації, який гарантує соціальні привілеї проблемним дітям нарівні з іншими. Але для успішної інтеграції в навчання і виховання дітей з обмеженими можливостями здоров'я необхідно перенести акцент з принципу нормалізації на інший важливий принцип - «якість життя». Під останньою розуміють спираючись на потреби особистості, як на центральний фактор, і на право осіб з обмеженими можливостями здоров'я на надання їм умов для найбільш повного задоволення цих потреб.

Якість життя визначають як спосіб життя в результаті комбінованого впливу чинників, що позначаються на здоров'ї, індивідуальному благополуччі в соціальному середовищі, задовільній роботі, освіті, соціальному успіху. Ця характеристика вимірюється не тільки за потребами самих осіб з порушенням розвитку, але і за якістю життя їх сім'ї. Чим менше відчуває сім'я наслідки захворювання своєї дитини з порушенням психічного і фізичного розвитку, тим вищим є «якість життя».

Таким чином, підвищення якості життя дітей з обмеженими можливостями може бути досягнутим, в першу чергу, за рахунок найбільш повної їх соціалізації.

Соціалізація - сукупність всіх соціальних процесів, завдяки яким індивід засвоює і відтворює певну систему знань, норм і цінностей, що дозволяють йому функціонувати в якості повноправного члена суспільства, освоюючи соціальні ролі і культурні норми [70, с. 112].

Мета системи освіти для дітей з обмеженими можливостями - максимально можлива соціалізація. Остання включає: ранню соціалізацію (від народження до вступу до школи), навчання (шкільне і професійне), соціальну зрілість (трудова активність), завершення життєвого циклу (з моменту припинення постійної трудової діяльності).

Напрямки соціалізації поділяються на:

- 1) розвиток особистості дитини (міжособистісне спілкування також відноситься до даного напрямку);
- 2) підготовка до самостійного життя;
- 3) професійна підготовка і можливість працевлаштування.

Найбільш ефективна соціалізація в умовах інтеграції. Кінцева мета спеціальної освіти дітей з фізичними і психічними відхиленнями - повне інтегрування в суспільство, використання ними соціальних привілеїв і благ.

Концепція інтеграції як в західній, так і у вітчизняній науковій літературі представлена у вигляді безлічі теоретичних підходів до окремих її проблем, що ускладнює наукову класифікацію її напрямків. Термін «інтеграція» розглядається або щодо локальної проблеми, або інтерпретується в узагальненому вигляді. Інтеграція виступає в двох формах: соціальної та педагогічної (навчальної).

Соціальна інтеграція (інтеграція в суспільство) передбачає соціальну адаптацію дитини з обмеженими можливостями здоров'я в загальну систему соціальних відносин і взаємодій, перш за все в рамках того освітнього середовища, в яку він інтегрується [69, с. 134; 70, с. 128].

Наявність проблеми інтеграції дітей з ДЦП в суспільство обумовлено, з одного боку, наявними у них відхиленнями у фізичному і психічному розвитку а, з іншого, недостатньою досконалістю самої системи соціальних відносин, яка в силу певної жорсткості вимог до своїх потенційних суб'єктів виявляється недоступною для дітей з даним захворюванням.

В рамках даної проблеми важливо враховувати соціальні наслідки, що виражаються в обмеженні життєдіяльності і соціальної недостатності. Під обмеженням життєдіяльності мається на увазі зниження здатності адекватно поводитися в різнопланових ситуаціях, що не актуалізуються в найближчому оточенні дитини, і зниження здатності ефективно спілкуватися з оточуючими.

Інтеграція в суспільство дітей з ДЦП це цілеспрямований процес передачі суспільством соціального досвіду з урахуванням особливостей і потреб різних категорій дітей при активній їхній участі та забезпеченні адекватних для цього умов, в результаті чого відбувається включення дітей в усі соціальні системи, структури і зв'язки, активна участь в основних напрямках життєдіяльності спільноти відповідно до віку і статі, готуючи їх до повноцінного життя та найбільш повної самореалізації.

Педагогічний тип інтеграції передбачає формування у дітей з обмеженими можливостями в розвитку здатності до засвоєння навчального матеріалу, що визначається загальноосвітньою програмою, тобто загальним навчальним планом (спільне навчання в одній школі, класі).

Л.С. Виготський вказував на необхідність створення такої системи навчання, в якій вдалося б органічно пов'язати спеціальне навчання з навчанням дітей із нормальним розвитком [9, с. 157; 10, с. 128].

Він вважав, що спеціальна школа відрізняється тим, що вихованець замикається у вузьке коло шкільного колективу, при цьому створюється замкнутий світ, в якому все пристосовано до дефекту дитини, все фіксує її увагу на нестачі і не вводить її в справжнє життя. Спеціальна школа зазвичай розвиває в дитині ті навички, які ведуть до ще більшої ізоляції і підсилюють її сепаратизм. Тому Л.С. Виготський вважав, що завданням виховання

дитини з порушенням розвитку є її інтеграція в життя і створення умов компенсації її недоліку з урахуванням не тільки біологічних, а й соціальних факторів [10, с. 108].

Формами інтегрованого навчання є спеціальні класи в загальноосвітній школі і спільне навчання в одному класі. Спеціальні класи можуть бути створені для певної категорії дітей або об'єднувати різні категорії дітей з відхиленнями у розвитку.

Спільне навчання в одному класі більш ефективно для дітей з невеликими порушеннями розвитку при наявності добре налагодженої діяльності служби супроводу учнів в школі. Для дітей з важкими формами порушень в розвитку можлива лише соціальна інтеграція і частково інтернальна форма педагогічної інтеграції.

Для успішності педагогічної інтеграції необхідне дотримання 3-х важливих умов:

- урахування можливостей дитини;
- дотримання бажання батьків, надання допомоги і підтримки;
- допомоги служби супроводу (як внутрішньої, так і зовнішньої).

Під поняттям супровід мається на увазі допомога, підтримка і забезпечення розвитку дитини. Якщо для системи масової освіти супровід розвитку дитини є відносно новим явищем, то в спеціальній освіті (дефектології) в сучасних умовах воно лише змінило свою форму і зміст у зв'язку з кардинальними соціально-економічними перетвореннями в суспільстві і зміною ставлення його членів до осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

Психолого-педагогічні медико-соціальні (ППМС) служби або центри супроводу здійснюють роботу з дитиною в наступних випадках:

- виявлення проблем в ході діагностики;
- звернення сім'ї за консультацією;
- звернення педагогів;
- звернення самої дитини з приводу проблем.

Основними функціями діяльності ППМС-центрів є: діагностика, консультація, інформування, допомога у вирішенні проблем. Особливу роль ППМС-центри супроводу грають у виборі освітнього маршруту дитини, в подоланні труднощів у навчанні і вирішенні проблем особистісного розвитку. При корекції проблем пріоритет віддається індивідуальній роботі, зміні навколишнього для дитини-інваліда середовища або зміні позиції дитини щодо середовища [69, с. 113; 70, с. 148].

Структура служби супроводу при екстернальній культурі педагогічної інтеграції найбільш складна і може бути ефективна лише в умовах взаємодії адміністрації, педагогів, психологів та інших фахівців масової і спеціальної шкіл.

Систематичне спостереження за розвитком кожної дитини з ДЦП в умовах інтегрованого навчання, розробка індивідуальних корекційних програм в залежності від рівня знань учнів, їхніх потенційних можливостей, здібностей і динаміки розвитку, умов і ступеня прийняття психолого-педагогічної допомоги, сприяють їх найбільш ефективній та адекватній соціалізації.

З наукових робіт із проблем інтеграції відомо, що не тільки в суспільстві в цілому, а й у сфері освіти, педагоги негативно ставляться до інтеграції дітей з відхиленнями, особливо, психічними і важкими руховими в масову школу.

Вчителі масових шкіл виявляють негативне ставлення до дітей з психічними відхиленнями в більшій мірі, ніж фахівці - лікарі, психологи, соціальні працівники та ін. Все це свідчить про необхідність, по-перше, медико-психологічної, соціально-психологічної та психолого-педагогічної проосвіти населення. По-друге, необхідно проведення спеціального навчання батьків, здорових школярів та педагогічного персоналу звичайних шкіл, спрямованого на зміну у всіх учасників навчально-виховного процесу масових шкіл негативних соціальних установок і стереотипів по відношенню до дітей з проблемами в розвитку.

Позитивне ставлення, розуміння та прийняття вчителями і здоровими людьми дитини з відхиленнями у розвитку має прямий вплив на її розумовий, емоційний і соціальний розвиток. У зв'язку з цим можна зробити

висновок, що знання системи взаємин вчителів, однолітків і батьків до дітей які мають проблеми в навчанні, є надзвичайно важливим з точки зору їх інтеграції в умови масової школи.

Ставлення здорового оточення до дітей з відхиленнями у розвитку багато в чому визначає можливість інтегрованого навчання та інтеграції в цілому. Навіть навчаючись в масовій школі, маючи потенційні можливості повноцінно брати участь в житті класу, школи, спілкуванні з однолітками, дитина з відхиленнями у розвитку не завжди може реалізувати їх тому, що здорові діти не хочуть вступати з нею в контакт, адміністрація масової школи не хоче приймати її на навчання.

Установки здорових можуть стати вирішальною компонентою успіху або провалу учнів з ДЦП в звичайній школі. Дослідження показують, що в ситуаціях, які не потребують тісного спілкування, установки школярів в цілому сприятливі. При більш тісних контактах установки стають негативними. В цілому, учні середніх шкіл відчують себе з однокашниками-інвалідами менш комфортно, ніж зі здоровими, під час спілкування з інвалідами вони відчують велику тривогу, і однокласники-інваліди оцінюються нижче, ніж здорові [57, с. 120; 56, с. 93].

Дослідження взаємин дітей-інвалідів та здорових дітей в нашій країні не проводилося. У той час як в інших країнах цією проблемою займаються вже більше сорока років.

За результатами досліджень зарубіжних авторів встановлено, що ставлення здорових до інвалідів в цілому характеризується як відверто несприятливе, в той же час з почуттям жалю, ввічливою неприхильністю, і певним характером домінування - підпорядкування, коли здорові отримують в тому чи іншому вигляді владу над тими, у кого є певні відхилення.

У деяких дослідженнях відзначається амбівалентний характер ставлення здорових до хворих: з одного боку неприйняття і навіть ворожість, з іншого - симпатія і співчуття. У цьому бачаться приховані можливості поліпшення соціальної інтеграції інвалідів.

Істотною причиною негативного ставлення дітей до спільного навчання є вимушена інтеграція без достатньої підготовки як інтегрованої, так і приймаючої сторони. Тому, інтеграція повинна починатися в спеціальному класі. Тут учень з ДЦП поступово починає здійснювати контакт зі звичайними дітьми в навчальній і позанавчальній діяльності. І далі інтеграція повинна поширюватися на звичайний клас, де дитина з порушенням розвитку, врешті-решт, буде знаходитися весь час разом зі звичайними учнями. Учитель приймаючого класу, крім того, потребує досвіду професійної корекційної роботи для вибору оптимальної програми навчання дитини з ДЦП [78, с.127].

Таким чином, інтеграцію дитини з ДЦП слід починати з соціальної інтеграції бажано в дошкільному віці.

При цьому необхідно дотримуватися таких умов:

- програма інтеграції повинна включати в себе безпосередні контакти між дітьми різних систем навчання;
- програма в своїй основі не може бути директивною і повинна ґрунтуватися на неформальній ситуації спілкування;
- програма повинна включати в себе спільну навчальну та позанавчальну діяльність дітей масової і спеціальної школи.

Виражені рухові розлади і порушення мови при дитячому церебральному паралічі ускладнюють спілкування цих дітей з оточуючими, негативно впливають на весь їхній розвиток, сприяють формуванню негативних рис характеру, появи поведінкових порушень, формування гострого почуття неповноцінності.

Різноманітні рухові, перцептивні, когнітивні, афективні і мовні розлади, як правило, складні, іноді ізольовані, але частіше поєднані й вимагають комплексної медико-психолого-педагогічної корекції [40, с.183].

Одним з найважливіших аспектів такої роботи є створення умов для повноцінного особистісного розвитку дітей з обмеженими можливостями рухів в ході реалізації заходів щодо психолого-педагогічної реабілітації та

соціальної адаптації з подальшою інтеграцією їх в сучасне суспільство. Систематичне спостереження за розвитком учнів в ході навчально-виховного процесу, динамічне, комплексне, всебічне і цілісне вивчення дитини розглядається як основа соціально-психологічного супроводу освітнього процесу дітей з церебральним паралічем. З урахуванням отриманих результатів психолого-педагогічного вивчення дитини коригується освітній маршрут, розробляються індивідуальні програми навчання, проводиться аналіз їх реалізації. Модель соціально-психологічного супроводу дітей з церебральним паралічем має свою специфіку, яка визначається психологічними особливостями дітей, деформацією їх особистісного розвитку, іноді дисгармонійними відносинами з батьками.

Організація і зміст процесу соціально-психологічного супроводу виходить з того, що головна відмінність педагогічного і психологічного впливу полягає лише в особистій близькості вчителя, соціального педагога та психолога до дитини. Соціальний педагог - це друг, помічник, а психолог - незалежний експерт. В процесі спільної роботи фахівцями реалізуються різні цілі. Метою роботи вчителя, соціального педагога є створення умов для саморозвитку особистості дитини через пізнання себе, психолога - корекція на основі самопізнання порушень пов'язаних з усвідомленням себе іншим, "неповноцінним" членом суспільства [65, с. 51].

Таким чином, головне завдання соціально-психологічної підтримки дитини з церебральним паралічем - допомогти їй так побудувати пізнання самої себе, щоб воно стало дієвою силою сприятливого саморозвитку і саморегуляції.

Вирішує це завдання соціально-психологічна служба супроводу, створення якої здійснюється поетапно:

Етап – орієнтаційний.

На даному етапі вивчається психологічна картина освітнього простору (професійний рівень педагогічного колективу, індивідуальні особливості дітей, їх потенційні можливості, мотиваційні чинники навчання, характер

необхідної соціально-психологічної допомоги). У процесі роботи з педагогічним колективом формується спільне понятійне поле, поліпшується міжособистісне спілкування.

2. Етап - творчий.

Цей етап передбачає визначення конкретного змісту взаємодії соціально-психологічної служби з іншими службами дитячого закладу.

3. Етап - аналізуючий.

Відмінною особливістю цього етапу є якісна зміна психологічного стану колективу за результатами роботи, на основі усвідомлення причин, що заважають роботі з розвитку особистості дитини.

4. Етап - "спільні акції".

Завданням заключного етапу є подолання професійного розриву між соціальним педагогом і психологом. Їх спільна діяльність стає рівнозначною, спрямованою на забезпечення всебічного розвитку особистості дитини, на формування здорового способу життя - фізичного, психологічного та соціального благополуччя дитини, яка страждає на церебральний параліч.

Ефективність педагогічної інтеграції залежить від можливостей дитини, бажання і допомоги батьків, а також наявності на всіх етапах навчання кваліфіковано організованої служби психолого-педагогічного та медико-соціального супроводу.

Одним з головних умов успіху соціальної та педагогічної інтеграції дітей з обмеженими можливостями здоров'я є корекція взаємовідносин учасників процесу інтеграції (дітей, педагогів, батьків) масової і спеціальної шкіл один до одного [57, с. 124].

Висновки до першого розділу

Аналіз запропонованих на сьогоднішній день джерел літератури дозволяє все активніше просуватися в напрямку вивчення психологічних особливостей дітей з ДЦП.

1. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - це важке захворювання, яке виникає у дитини в результаті ураження головного і спинного мозку на ранніх етапах її формування (внутрішньоутробному, в період пологів або в період новонародженості). Основним клінічним симптомом при ДЦП є порушення рухових функцій, крім цього, у дітей з ДЦП мають місце порушення слуху, зору, мовлення, інтелекту.

2. Для більшості дітей з ДЦП характерна наявність страхів. Страх може виникнути при простих тактильних подразненнях (наприклад, в ході масажу), при зміні положення тіла і навколишнього оточення. У деяких дітей відзначається боязнь висоти, закритих дверей, темряви, нових предметів. Страх викликає різкі зміни в загальному стані дитини. Дитину з ДЦП відносять до дефіцитарного типу дизонтогенезу.

3. Пубертатний період вікова психологія характеризує як перехід від дитинства до дорослості, що супроводжується глибокою трансформацією всіх аспектів життєдіяльності особи. У підлітковому віці стабілізуються риси характеру та основні форми міжособистісної взаємодії. У старшому підлітковому віці йде активний процес формування і розвитку світогляду, тобто це початковий період становлення соціальних, політичних, культурних та інших позицій людини. Саме тому дуже важливо визначити, наскільки особистісні структури школярів з ДЦП, що формуються в підлітковому віці, потребують психологічного супроводу.

4. Серед механізмів патологічного формування особистості в осіб з фізичними порушеннями провідна роль належить реакції особистості на усвідомлення дефекту, фізичної неповноцінності. Негативний вплив на розвиток особистості здійснюють також такі фактори, як рання соціальна

депривація, тобто ізоляція від однолітків у зв'язку з недорозвиненням, а також неправильне виховання і своєрідне ставлення оточуючих до дитини з обмеженими можливостями. Все це зумовлює незрілість емоційно - вольової сфери, егоцентризм, підвищену сугестивність у такої дитини.

Порушення соціальних контактів спричинює низку відхилень у формуванні особистості у дітей з патологією опорно-рухового апарату і при відсутності або недостатньо кваліфікованій психолого-педагогічній корекції можуть викликати появу негативних рис характеру.

Основним завданням психологічного супроводу є формування адекватної особистості за допомогою застосування спеціальних методів і прийомів виховання і навчання, за рахунок яких відбувається компенсація і часткове усунення порушених функцій.

Соціалізація - сукупність всіх соціальних процесів, завдяки яким індивід засвоює і відтворює певну систему знань, норм і цінностей, що дозволяють йому функціонувати в якості повноправного члена суспільства, освоюючи соціальні ролі і культурні норми [70, с. 112].

Мета системи освіти для дітей з обмеженими можливостями - максимально можлива соціалізація.

РОЗДІЛ 2. ВПЛИВ ГПЕРОПІКУЮЧОГО ТА ГІПОПІКУЮЧОГО СТИЛІВ БАТЬКІВСЬКОГО ВИХОВАННЯ НА ПСИХІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З ДЦП

2.1. Типологія стилів сімейного виховання

Подружні **відносини** є одним з головних факторів, що впливають на психологічний мікроклімат у родині. Тому, вони обумовлюють стиль виховання, характер системи відносин "батьки – дитина", ця система, в свою чергу, визначає особливості іншої системи відносин у сім'ї – "дитина - дитина".

Сім'я – є той інститут, який забезпечує дитину необхідним мінімумом спілкування, без якого він ніколи не зміг би стати людиною і особистістю. І разом з тим, ніякий інший соціальний інститут не може потенційно завдати стільки шкоди в вихованні дітей, скільки може зробити сім'я.

Таким чином, внутрісімейні процеси можуть виступати в якості як позитивного, так і негативного фактора виховання, які впливають на формування особистості дитини [36,с. 219].

Основним напрямком в описі типології сімейного виховання – це вивчення виховних батьківських установок і позицій. У загальному вигляді це можна сформулювати як неоптимальні і оптимальні батьківські позиції.

Оптимальна батьківська позиція відповідає вимогам адекватності, гнучкості і прогностичності.

Адекватність батьківської позиції представляється як розуміння батьків індивідуальності своєї дитини, сприймання змін, які відбуваються в його душевному світі.

Прогностичність батьківської позиції полягає в тому, що стиль спілкування повинен випереджати появу нових типових і особистісних якостей дітей. На основі прогностичної батьківської позиції можна встановити оптимальну дистанцію.

Гнучкість батьківської позиції розглядається як здатність змінювати виховні впливи на дитину в процесі умов життя сім'ї.

Деякі автори, що займаються проблемою виховання дітей, намагалися покласти в основу опису типів виховання ступінь вираженості емоційного **ставлення** батьків до своєї дитини.

Виховання за типом любові і прийняття. Узагальнена формула батьківського виховання виражається задоволенням "Дитина – центр моїх інтересів". Батьки постійно займаються з дитиною, ніжно до неї ставляться, дбають про її життя.

Наступний тип - неприйняття та відсторонення дитини. Узагальнена формула батьківського **ставлення**: "Ненавиджу цю дитину, не буду про неї піклуватися, турбуватися". Батьки неухважно ставляться до дитини, проявляється жорстокість в спілкуванні, бажання якомога менше спілкуватися з нею.

В інших дослідженнях увага приділялась як ступінь свободи дитини в сім'ї, тобто як батьки регулюють її поведінку. При цьому підході виділено два крайніх типи - надмірна опіка і зайва вимогливість.

Виховання за типом надмірної опіки. Виховна формула батьків: "Все зроблю для дитини". У поведінці батьків простежується повне потурання в поєднанні з надмірною опікою.

Виховання за типом зайвої вимогливості. Виховна формула батьків може бути виражена твердженням: "Не хочу дитини такої, якою вона є". Батьки постійно критикують поведінку дитини, відсутнє заохочення та похвала [84, с.124].

Третя група вчених, аналізуючи типи виховання, прийшли до висновку, що більш точна оцінка виховання полягає не в одному, а в декількох аспектах. З одного боку – емоційний аспект ставлення до дітей, з іншого – відображення поведінки. Поєднання цих аспектів дають чотири типи виховання:

1) тепле **ставлення** до дитини в поєднанні з наданням їй самостійності та ініціативи;

2) холодне не обмежуюче виховання, при якому є деяка холодність до дитини, недостатність батьківських почуттів поєднуються з наданням їй свободи,

3) тепле обмежуюче виховання, яке характеризується емоційно яскравим ставленням до дитини з надмірним контролем за його поведінкою;

4) холодне обмежуюче виховання, яке супроводжується постійною критикою дитини, причіпками, а іноді й до переслідування самотійного вчинку.

Останнім часом виокремився ще один підхід, що виходить не з двоелементної, а з трьохелементної моделі виховання. Виділено три аспекти відносин, що складають ставлення батьків до своєї дитини: симпатія – антипатія, повага – зневага, близькість – дальність. Поєднання цих аспектів відносин дозволяє виділити вісім типів батьківського виховання [33,с. 203].

Дієве виховання, засноване на *симпатії, повазі і близькості*. Формула батьківського ставлення до дітей така: «Хочу, щоб моя дитина була щасливою, буду допомагати їй в цьому». В сім'ї теплий емоційний тон спілкування, притаманне активне виховання та інтерес до захоплень, здібностей дитини, її права поважають, виявляється доброзичлива вимогливість.

Відсторонене виховання, засноване на симпатії, повазі, але існує велика дистанція з дитиною. Формула сімейного виховання: "Дивіться, яка у мене чудова дитина, шкода що в мене не так багато часу для спілкування з нею". Батьки високо оцінюють дитину, її зовнішній вигляд, її успіхи та здібності, але м'яке поводження з нею супроводжується невмінням допомогти в її проблемах.

Дієва жалість. Заснована на близькості, симпатії, але відсутня повага. Формула виховання наступна: "Хоча моя дитина недостатньо розумна і фізично розвинена, але все одно це моя дитина і я її люблю". Цей стиль емоційного ставлення до дитини характеризується усвідомленістю дійсних, а іноді і уявних відхилень у її фізичному та розумовому розвитку. У результаті

батьки приходять до ідеї винятковості своєї дитини. У спілкуванні з дитиною стають на шлях надання особливих привілеїв і всіляко оберігають від шкідливих впливів. Інтереси батьків зосереджені на ній, вони так-би мовити не вірять в можливості і здібності дитини.

Виховання за типом *поблажливого відсторонення*, ґрунтується на симпатії, неповазі, більшій міжособистісній дистанції. Формула сімейного виховання виглядає приблизно так: "Не можна не звинувачувати мою дитину в тому, що вона недостатньо розумна і фізично розвинена". Неблагополуччя доньки чи сина негласно є їх правом, батьки не втручаються в їх справи, їх контакти з однолітками та іншими людьми, недостатньо орієнтуються в душевному світі дитини [66,с. 52].

Відкидання або *відсторонення* засноване на антипатії, неповазі, великій міжособистісній дистанції. Таке ставлення батьків до своїх нащадків зустрічається дуже рідко, формула батьківської позиції виражається так: "Ця дитина викликає у мене неприємні почуття і небажання мати з нею справу". Батько відсторонюється від дитини, не хоче спілкуватися з нею, не помічає її присутності. Батько стає холодно-непрístupним при її наближенні.

Презирство. У цьому типі відносин присутні неповагу, мала міжособистісна дистанція. Таке ставлення до сина чи доньки відповідає батьківською формулою наступного виду: "Я мучуся, безмежно страждаю від того, що моя дитина так нерозвинена, уперта, боязка, неприємна іншим людям". Будь-які досягнення малюка чи підлітка батько не помічає, ігнорує, у спілкуванні не підмічає нічого позитивного. Спілкування батьків і дітей будується на понуканні, поясненні, вимогливості. Такі батьки постійно відвідують фахівців в прагненні «виправити» її.

Переслідування. При такому типі батьківського ставлення не повага, антипатія, але близькість до дитини існує. Виховання будується за формулою: "Мій син (донька) негідник, і я доведу йому (їй) це!". У вихованні присутня тверда переконаність батьків в тому, що їх дитина перетворилася в "мерзотника". Батьки намагаються надмірною строгістю, жорстким

контролем переламати дитину, нерідко виступають ініціаторами залучення громадськості до виховання.

Відмова ґрунтується на антипатії, повазі і великій міжособистісній дистанції. У вихованні малюка чи підлітка переважає відсторонення від його проблем. Вони здалеку спостерігають за дитиною, визнаючи його силу, цінність деяких особистісних якостей. При загостренні стосунків такі батьки охоче вдаються до допомоги громадськості, прагнуть довірити дитину школі.

Подані типи батьківського виховання загостренні. В ході виховання під впливом обставин, тих чи інших подій ставлення батьків до дитини змінюється. Помилковим вважати, що поведінка батьків від народження малюка до його дорослішання описується одним типом виховання. Практика показує в поведінці батьків кілька варіантів взаємин. Наведений підхід дозволяє визначити, яка саме установка на даний момент є для батьків провідною [32,с. 43].

Одним із провідних спектрів відносин в сім'ї є спілкування. Дослідники С. Заслуженюк і С. Семиченко зазначають, що спілкування між батьками і дітьми має ряд специфічних особливостей. Вони виділяють такі позитивні ознаки сімейного спілкування:

1) сімейному спілкуванню притаманні інтимність, камерність, зниження «довірливого інтервалу», дистанції між спілкуючими сторонами;

2) сімейне спілкування охоплює всі сторони особистості, забезпечуючи її позарольове прийняття та взаємодію. Наприклад, дитина в школі виконує роль учня, на вулиці, переходячи її роль пішохода, у спортивній секції – спортсмена. Сім'я приймає його в інтеграції всіх його зовнішніх ролей;

3) у сімейному спілкуванні неможливо виділити такі аспекти як навчання, виховання, розвиток. Їм притаманний комплексний характер впливу. Заохочуючи певну поведінку неповнолітньої особи, караючи її за порушення тих чи інших правил, батьки дають зрозуміти яка система норм, правил прийнятна. У той же час, одночасно йде механізм ідентифікації: дитина наслідує батьків, орієнтується на них, це може відбуватися як на свідомому, так і на несвідомому рівні;

4) на сім'ю покладається обов'язок регулювати різноманітні відносини дитини з навколишнім світом. Батьки є своєрідним "буфером", так як звалювати складнощі життя на незміцнілу психіку дитини неприпустимо. В сім'ї знімаються стреси, одержувані дитиною в інших сферах життя. Тут родина виконує рекреаційну функцію;

5) сім'я забезпечує максимальну тривалість зв'язків, що має великий вплив на людину протягом майже всього його життя.

Проте, дослідники виділяють, що спілкування в сім'ї може ускладнюватися по деяких об'єктивних причинах.

1. Було досліджено, що діапазон емоційних проявів у сім'ї може коливатися, оскільки включає і розслаблення та зниження самоконтролю, і підвищення тенденції до нервових розрядок. Спілкування між подружжям, дітьми припадає на другу половину дня, прийшовши додому члени сім'ї відчують гостру потребу у відпочинку.

2. Спілкування в сім'ї може відбуватися на тлі вже накопиченого надлишку спілкування.

3. Спілкування в родині пов'язане з дрібними, щоденними побутовими клопотами, що знецінює його змістовну сторону так як обмежується зовнішньою результативністю при внутрішній порожнечі **відносин**.

4. У батьків часто відсутній психолого-педагогічний досвід. Він набувається паралельно з розвитком дитини. Тому можливі помилки через відсутність психолого-педагогічного досвіду. Дослідник дитячого невротизму Ст. Гарбузов виділяє кілька типів неправильного виховання: гіперсоціальний, тривожно-недовірливий, егоцентричний.

Гіперсоціальний тип неправильного виховання зустрічається більш часто. Малюка хочуть мати не тому, що в ньому є глибока душевна потреба, а тому, що діти повинні бути в кожній родині. У родині дотримуються "суворих" правил: читаються і до формалізму пунктуально виконуються рекомендації щодо "ідеального" виховання. Наприклад, маляти не беруть на руки, навіть якщо він заходиться у плачі. Годують по годинах, хоча він не

хоче їсти в належний час і плаче від голоду в недозволеній. Дитя у гіперсоціальних батьків як би запрограмоване, надмірно дисципліноване, надто гіпонедовірливе. При гіперсоціальному вихованні темперамент пригнічується, в результаті у дітей формується гіперсоціальний або тривожно-недовірливий характер, який призводить до неврозу, якщо вони терплять важку невдачу або крах домагань [40, с. 189].

Тривожно-недовірливий тип спостерігається в тих випадках, коли з народженням малюка одночасно виникає і невідступна тривога за нього, за його здоров'я та благополуччя. Виховання по цьому типу нерідко спостерігається в сім'ї з єдиною дитиною, а також в сім'ї, де росте дитина. Малюк в такому випадку несамостійний, нерішучий, ранимий, образливий, не впевнений у собі. Вони стають дуже неспокійними через тривожне сприйняття дійсності.

Егоцентричний тип спостерігається в сім'ї з недостатнім рівнем відповідальності стосовно майбутнього. Дитині нав'язується уявлення про себе як про самодостатньою надцінність. Найменші забаганки задовольняються негайно, бажання передбачаються.

З вищезазначених причин можна сказати, що при потенційно високій можливості сімейного виховання існують причини, які ускладнюють процес внутрісімейної взаємодії.

У результаті щоденної взаємодії складається загальна атмосфера сімейних стосунків, характерна для того чи іншого типу сім'ї. Зустрічають такі види стосунків.

Співпраця полягає у підтримці та взаємовідношенні. В сім'ї задовольняються основні потреби всіх членів сім'ї. Кожен незалежно від віку відчуває свою значущість, отримує в родині допомогу і розуміння від усіх [59, с. 103].

Паритет – маються на увазі "союзницькі" стосунки, що базуються на отриманні при взаємодії загальної вигоди, що задовольняє всі сторони. Особистісна значущість кожного члена сім'ї відсувається на другий план, найціннішим є пошук раціональної доцільності будь-якої події.

Змагання – у сім'ї кожен прагне бути першим у всьому, швидше, будь-якою ціною досягти власних цілей.

Конфронтація – у сімейних відносинах переважає прагнення домінувати над іншими. Показувати свою перевагу над іншими.

Антагонізм – у сімейних відносинах є дві або три протиборчі сторони, які не згодні на компроміс. Таке ставлення може виникнути між батьками і дітьми.

На фоні таких видів сімейних відносин як антагонізм і конкуренція з'являються симптоми "прихованого сирітства", емоційна відчуженість дітей від батьків, втрата захисних контактів між батьками і дітьми, а наслідком цього бачимо дитячу безпритульність, бродяжництво, неконтрольованість вчинків дітей. За таких умов зростає кількість дитячих неврозів. Невилікований в дитинстві невроз може спотворити долю людини, відбитися на усьому її житті.

Проблеми сімейного виховання багатопланові. Порушення функцій сім'ї, виховання: неоптимальний стиль спілкування і взаємодії призводить до постійних конфліктів, негативним тенденціям розвитку дітей [59,с. 124].

Особливо ускладнений процес виховання особистості в тих сім'ях, де існує пияцтво, утриманство, батьки ведуть напівкримінальний спосіб життя. Стає неблагополучним і життя малечі: погіршується здоров'я малечі, їх харчування, умови побуту; збільшується кількість безпритульних дітей, зростає дитяча злочинність та соціальне сирітство; частіше зустрічаються випадки дитячого алкоголізму і наркоманії, жорстокого поводження з дітьми та насилля над ними. У подібних умовах погане здоров'я матерів, різного роду ускладнення під час вагітності і пологів має чітку соціально-економічну обумовленість. В результаті збільшується народжуваність дітей з патологією, зростає кількість розумово відсталих малюків. Однак специфіка виховання в таких сім'ях залишається мало опрацьованою в методичному плані проблемою. У практиці корекційної роботи школи, як правило, зустрічаються дві основні категорії розумово відсталих дівчаток та хлопчиків:

I група – малюки, у яких спостерігається більш або менш рівномірне ушкодження нервово-психічної сфери;

II група – діти, у яких зустрічається затримка у сфері розвитку окремих психічних функцій (наприклад, одні не можуть навчитися читати, інші не можуть опанувати простий рахунок). Треба пам'ятати, що хвора дитина відчуває значні труднощі в навчанні. Йому важко, наприклад, зосередитися на уроці, бути уважним. Це накладає своєрідний відбиток на поведінку і весь спосіб його життя (посилюється часом відлюдкуватість, сповільнюється загальний розвиток, з'являються утруднення у спілкуванні). Від свідомості власної неповноцінності учень стає жорсткішим, замикається в собі і може здійснювати неприйнятні в морально-правовому відношенні вчинки. Сіляєва О. Р. з співавторами зазначає, що поняття «батьківське ставлення має найбільш загальний характер і вказує на взаємний зв'язок і взаємозалежність батьків та дитини. Батьківське ставлення включає в себе суб'єктивно-оцінне, свідомо-вибірче уявлення про дитя, яке визначає особливості батьківського сприйняття, спосіб спілкування з дитиною, характер прийомів впливу на неї. Як правило, в структурі батьківського ставлення виділяють емоційний, когнітивний і поведінковий компоненти. Поняття батьківська позиція і батьківська установка використовуються як синоніми батьківського ставлення, але відрізняються ступенем усвідомленості. Батьківська позиція швидше пов'язується з свідомо прийнятими, виробленими поглядами, намірами; установка – менш однозначна» [74, с. 49].

Враховуючи взаємозалежність відносин в сім'ї, їх описують через ті ролі, які виконує дитина. На думку А. С. Співаківської, роль дитини можна чітко виділити в дисгармонійній сім'ї, де ставляться один до одного шаблонно, стереотипно, роками зберігаючи застигли, ригідні, вже не відповідають реаліям відносини. Роль – це набір шаблонів поведінки по відношенню до дитини в сім'ї, поєднання почуттів, очікувань, дій, оцінок, адресованих дитині дорослими [59, с. 137].

Найбільш типові чотири ролі: «козел відпущення», «улюбленець», «примиритель», «бєбі». «Козел відпущення» – це об'єкт для прояву взаємного невдоволення подружжя батьків. «Улюбленець» заповнює емоційний вакуум в подружніх відносинах, турбота і любов до нього надмірно перебільшені. Навпаки, при сильній близькості подружжя один до одного дитя раз і назавжди залишається в родині тільки дитям, «бєбі» з дуже обмеженими правами. «Примиритель» змушений грати роль дорослого, регулювати і усувати подружні конфлікти, і, таким чином, займає найважливіше місце в структурі сім'ї.

Виділяються й інші ролі: «дитина-тягар»; «дитина-раб», «дитина-коханець» (самотня, як правило, мати наполягає на «відносинах для двох», закріпачує дитину кайданами своєї любові); «дитина як зброя в боротьбі з чоловіком; дитина — «заступник чоловіка» (від нього вимагають постійної уваги, турботи, щоб він був поруч і ділився своїм особистим життям) [71, с. 213].

Порушення сімейного середовища, сімейної атмосфери можна класифікувати з точки зору задоволення найважливіших, на думку З. Матейчека, людських потреб – в активному контакті з середовищем і в активному контролі зовнішньої дійсності. Оточення в крайніх варіантах може бути надто стійким або гранично мінливим; при цьому параметри контролю варіюють від відособленості до залежності.

1. Ультрастійке, емоційно безучастне середовище формує соціальну гіпоактивність: пасивність, незацікавленість, аутизацію, затримку мовного та психічного розвитку.

2. Мінливе емоційно безучастне середовище провокує гіперактивність: занепокоєння, незосередженість, нерівномірність, запізнювання психічного розвитку.

3. Ультрастійке середовище в поєднанні з емоційною залежністю тягне за собою виборчу гіперактивність, спрямовану на одну людину, часто у вигляді поведінкових провокацій.

4. Мінлива сфера, емоційна залежність розвивають загальну соціальну гіперактивність, поверховість контактів і почуттів дитини [71, с. 215].

Адекватність позиції дорослого ґрунтується на реальній точній оцінці особливостей своєї дитини, на вмінні побачити, зрозуміти і поважати її індивідуальність. Батько не повинен концентруватися тільки на те, чого він хоче в принципі домогтися від своєї дитини; знання та врахування її можливостей і схильностей — найважливіша умова успішності розвитку.

Гнучкість батьківської позиції розглядається як готовність і здатність до зміни стилю спілкування, способів впливу на малюка у міру його дорослішання і у зв'язку з різними змінами умов життя сім'ї. «Закостеніла», інфантилізуюча позиція веде до бар'єрів спілкування, спалахів непослуху, бунту і протесту у відповідь на будь-які вимоги.

Прогностичність позиції виражається в її орієнтації на «зону найближчого розвитку» дитини і на завдання завтрашнього дня; це випереджаюча ініціатива дорослого, спрямована на зміну загального підходу до дитини з урахуванням перспектив його розвитку.

Одним з основних психолого-педагогічних понять для наділення різних типів сімейного виховання є стиль батьківського ставлення, або стиль виховання. Як соціально-психологічне поняття, стиль позначає сукупність способів і прийомів спілкування по відношенню до партнера. Розрізняють загальний, характерний і конкретний стилі спілкування. В якості детермінант стилю спілкування виступають спрямованість особистості як узагальнена, відносно стійка мотиваційна тенденція; позиція, зайнята по відношенню до партнера спілкування, і параметрів ситуації спілкування. Батьківський стиль — це узагальнені, характерні, ситуаційно неспецифічні способи спілкування одного із батьків з даним малюком, це образ дій по відношенню до дитини.

«У реальному житті, — зауважує В. С. Мухіна, — все ще більш складно, ніж у будь-якій класифікації. В сім'ї можуть бути представлені одночасно кілька стилів ставлення до дитини: батько, мати, бабусі і дідусі можуть конфліктувати один з одним, відстоюючи кожен свій стиль, і т. д. Крім стилів

відносин, звернених безпосередньо до малюка, на його виховання має безумовний вплив стиль взаємин дорослих членів сім'ї» [43, с. 148].

Сучасні батьки повинні володіти найважливішою здатністю до рефлексії на індивідуальні і вікові особливості дитини, готовністю до свідомого пошуку найбільш ефективного її індивідуального стилю виховання. Саме в наш час так багато можливостей навчатися і просуватися у створенні власного неповторного стилю, культури сімейного виховання.

2.2. Особливості виховання дитини з ДЦП

У психолого-педагогічній літературі при описі проблем «дитини–інваліда», «дефективного малюка» все частіше використовуються поняття «особлива дитина», «дитина з обмеженими можливостями», «дитина з особливими потребами». Це свідчить про те, що хвору дитину сприймають як людину, якій з самого раннього дитинства довелося зіткнутися з найважчими проблемами і яка потребує особливої підтримки і допомоги. Саме сім'я повинна стати розвивальним середовищем для такого малюка. Здоровий психологічний клімат є гарантією його гармонійного розвитку та дозволяє повніше розкрити потенційні можливості. Багато в чому це залежить від прийняття батьками інформації про захворювання малюка, вибору стилю і тактики виховання, адекватного сприйняття захворювання на всіх етапах розвитку дитини збереження шанобливих відносин між усіма членами сім'ї [20,с. 201].

Синдром дитячого церебрального паралічу (ДЦП) являє собою клінічний прояв порушення раннього пренатального або постнатального онтогенезу мозку. Щодо подальшого розвитку хвороби в постнатальному онтогенезі вчені розходяться: одні вважають, що початий внутрішньоутробний процес може тривати роками; інші, навпаки, вважають, що все більше відставання психомоторного розвитку дитини не пов'язано з прогресуванням

процесу хвороби, а є результатом все більшого розширення і ускладнення з віком вимог, які пред'являє зовнішнє середовище маленькій дитині.

На психологічному рівні ДЦП виявляється у вигляді зниження інтересу, спонукання і потреби до будь-якого активної дії, загальмованості та інертності психічних процесів, підвищеної стомлюваності, порушення довільності психічних процесів, особливо уваги і пам'яті, сповільненості розумових операцій у різних видах діяльності. У деяких дітей порушення психічної діяльності проявляються у вигляді підвищеного відволікання, загальної психічної і рухової загальмованості. Компенсація даних вад здійснюється за рахунок спеціального цілеспрямованого розвитку постраждалих процесів, підвищеної стимуляції психічних і мовних процесів, спеціалізованого навчання.

На соціальному рівні компенсація ДЦП відбувається за рахунок підвищення симбіотичності взаємин малюка з батьками, особливо з матір'ю.

З моменту постановки діагнозу життя в сім'ї змінюється радикальним чином. У нашій країні інвалідність дитини сприймається батьками як особиста трагедія. Вперше дізнавшись про захворювання малюка, яке призводить не лише до фізичних, а часто і до психічних відхилень, батьки виявляються глибоко приголомшеними і тривалий час знаходяться в «шоковому стані». Вони живуть в умовах хронічної психотравмуючої ситуації, постійного емоційного напруження і хвилюючих питань: «Чому мій малюк не може бути таким же, як і інші діти? Як впоратися з пригніченістю, страхом, розчаруванням, пов'язаними із захворюванням малюка? Чи можна його вилікувати?» тощо [20, с. 263].

Спочатку батьки відкидають саму думку про можливість серйозного захворювання і про те, що їх дитина не така, як всі. Часто вони схильні звинувачувати один одного і близьких родичів у поганій спадковості, неправильному поводженні. Заперечення фізичного дефекту або захворювання змінюється переживанням провини. Батьки відчувають одночасно любов до свого малюка і почуття підірваної гордості за нього [7, с. 563-567].

Екстравертовані матері, як правило, звинувачують у трагедії себе. Вони впадають у відчай і виявляють депресивні реакції. Настрій їх сповнений сумом, а в свідомості домінує думка про те, що трапилося горе. З плином часу матері стають більш замкнутими втрачають інтерес до оточуючих людей, минулих прихильностей. В емоційній сфері відзначається уразливість, дратівливість, нестриманість афектів, слабкодухість і слізливість при розмовах про малечу. Інтровертованні матері, навпаки, схильні звинувачувати медичний персонал у недогляді, неякісній роботі і т. д. Вони неадекватно сприймають хворобу дитини, вважаючи, що вона цілком виліковна, – так проявляється механізм психологічного захисту від травмуючих переживань.

З роками настрої матерів зазнає значних змін, з'являються напади відчаю. Змінюються і їх особистісні особливості. Невпевненість, сором'язливість змінюються завзятістю, теплота прихильності до близьких заміщається сухуватістю і педантизмом, доброта — деякою безсердечністю.

В більшості випадків із-за різних фізичних, емоційних та соціальних навантажень, обумовлених порушеннями розвитку у дітей, матері страждають і переживають набагато сильніше, гостріше, ніж тати. У деяких з них виникають суїцидальні думки [73, с. 64].

Негативні тенденції в психічному стані батьків (матерів) характеризуються невротичної симптоматикою: високим рівнем тривожності, невпевненістю у власних силах, зниженим фоном настрою, низькою активністю, образливістю, вразливістю, пригніченістю. Нерідко відзначається неадекватність поведінки — агресивність, дратівливість, нестриманість, буркотливість, недобррозичливість, настороженість. Часто зустрічаються соматичні порушення — вегетативні дистонії, підвищена схильність до простудних захворювань, функціональні порушення з боку серцево-судинної системи і шлунково-кишкового тракту [48, с. 4-7]. Звинувачення батьками себе та інших у тому, що трапилося, агресивні прояви і періоди занепаду життєвих сил перемежуються повсякденними

турботами про дитину. Ніяке опис захворювання дитини не дає повного уявлення про ті переживання та труднощі, з якими стикаються батьки, виховуючи свого малюка і забезпечуючи його необхідним лікуванням. Розуміння того, що процес лікування і спеціального навчання (у зв'язку з фізичними або інтелектуальними порушеннями) буде тривалим, приходить не відразу. Усвідомлення цього факту – найсильніший стрес для батьків та інших членів родини (дідусів і бабусь, братів і сестер), який переживається протягом усього життя й нерідко проявляється в ізоляції сім'ї від суспільства (звужується коло знайомих, обмежується спілкування з родичами). Проблеми та турботи, пов'язані з захворюванням дитини, стають перешкодою для повноцінного життя кожного члена сім'ї. Найчастіше сім'я виявляється своєрідним замкнутим мікросередовищем зі специфічною деформованою системою відносин між родичами.

2.3. Проблеми виховання підлітків з ДЦП, детерміновані гіперопікуючим і гіпоопікуючим стилями сімейного виховання.

Народження хворої дитини завжди виявляється несподіваним і надзвичайно сильним психотравмуючим фактором для батьків і родичів, що насамперед вони відмовляються вірити в те, що трапилося, відчують себе безпорадними в питаннях виховання та догляду за малюком, відчують страх перед майбутнім. Загальний стан батьків можна охарактеризувати як внутрішній (психологічний) і «зовнішній» (соціальний) глухий кут. Батьки часто відчують почуття неповноцінності, ущербності, посилене, на жаль, ставлення оточуючих до них і дитяті, яке може бути несприятливим. Навіть якщо сім'ї не розпадаються, у них нерідко виникають проблеми міжособистісних відносин, конфлікти з приводу виховання дитини, розподілу обов'язків по догляду за нею. Несприятливий психологічний статус батьків призводить до того, що вони не можуть адекватно оцінити можливості малюка, неправильно його виховують.

Як правило, батьки дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в різні часові періоди проходять декілька кризових етапів на шляху до співпраці з фахівцями [48, с. 4-7]. Це неприйняття факту народження хворої дитини, пошук причин і винуватців, прагнення вилікувати дитину, визнання необхідності спеціальної освіти та прийняття малюка таким, який він є. Лише на останньому етапі стає можливим адекватний підхід до співпраці з фахівцями.

Деякі батьки затримуються на стадії пошуку причин і винуватців. Ця ситуація часто є показником того, що вони як і раніше не приймають своєї хворої дитини, намагаючись повернутися в минуле.

У більшості випадків, настає етап часткової адаптації. Батьки «приймають» ситуацію і починають будувати життя з урахуванням того, що в сім'ї є аномальне дитя. Основна частка сімей відчуває труднощі адаптації протягом багатьох років.

Налаштовуючись на швидке і остаточне одужання дитини і не отримуючи бажаного на їх погляд результату, батьки часто займають негативну позицію по відношенню до офіційної медицини, звертаються за допомогою до різних «цілителів». Не отримуючи швидкого результату і там, впадають у відчай, перестають вірити в оптимістичний прогноз розвитку свого малюка.

Ейдемільер Е. Р. і Юстицкий Ст. Ст. [93, с. 173] виокремили стилі сімейного виховання, що здійснюють негативний вплив на формування особистості підлітка.

Що потурає гіперопіка, котра проявляється в тому, що сім'я прагне до максимального задоволення потреб дитини, коли дитя є «кумиром, епіцентром» сім'ї. Такий тип сімейного виховання сприяє розвитку демонстративних (істероїдних) і гіпертимних рис особистості у підлітка.

Домінуюча гіперопіка, при якій дитина знаходиться в центрі уваги батьків, однак батьки позбавляють дитину самостійності, ставлять їй численні обмеження і заборони. Це сприяє формуванню афективних реакцій, а іноді і астенічних.

Виховання за типом підвищеної моральної відповідальності характеризується поєднанням високих вимог до дитини зі зниженою увагою до її потреб і стимулює формування тривожно-недовірливої акцентуації.

Вкрай негативним типом виховання є емоційне відкидання або неприйняття дитини. В основі емоційного відкидання лежить усвідомлюване, проте частіше неусвідомлюване ототожнення малюка з якими-небудь негативними моментами в житті батьків. У разі виховання за подібним типом дитини з ДЦП, підліток особливо гостро відчуває себе перешкодою в житті батьків, виникають емоційні бар'єри між ним і батьками.

Одним із основних завдань нашої магістерської роботи є складання адекватної корекційної програми. Вона так само стосується і батьків підлітків. Беручи участь в груповій дискусії, батьки часто дізнаються, що багато речей, які їм здавалися очевидними, для інших сімей не є такими. Участь у дискусії розхитує усталені раніше батьківські стереотипи, змушує знову перевірити їх правильність та адекватність.

Висновки до другого розділу

Наша магістерська робота спрямована не тільки на вивчення і констатацію факту утворених порушень при ДЦП, але й на комплексну психологічну роботу з дітьми та їх батьками. Тому ми звертаємо особливу увагу на соціальне середовище, в якому перебуває дитина – на її сім'ю.

1. Вивчення стилів дитячо-батьківських відносин дозволяє виявити причини розвитку небажаних емоційних станів у дітей та батьків. Відтак у нашому дослідженні, особливу увагу приділено тривожності, що виникає внаслідок дисгармонійних стосунків між дітьми, які страждають на ДЦП та їх батьками.

2. Основними стилями сімейного виховання, що чинять негативний вплив на формування особистості підлітка є гіперопіка і гіпоопіка. Особливо, вони зустрічаються у більшості сімей з дітьми інвалідами.

Сам процес прийняття дорослого життя дитини неодноразово ставав предметом досліджень. Але однією з небезпек в процесі дорослішання дитини є неправильна поведінка батьків, які часто не знають як себе поводити з дитиною і вибирають шлях завідомо неправильний – надмірну опіку. Чимало дітей, підлітків і дорослих людей з обмеженими фізичними можливостями схильні до цієї небезпеки, з-за чого соціальні навички і досвід самостійності проходить повз них.

3. Здоровий психологічний клімат є гарантією гармонійного розвитку дитини та дозволяє повніше розкрити потенційні можливості. Багато в чому це залежить від прийняття батьками інформації про захворювання дитини, вибору стилю і тактики виховання, адекватного сприйняття захворювання на всіх етапах розвитку малюка збереження шанобливих стосунків між усіма членами родини.

Отже, виходячи із запропонованого дослідниками матеріалу, ми можемо зробити висновок про те, що формування агресії і високого рівня тривожності виникає з-за того, що соціальне оточення, в тому числі і сім'я неправильно реагують на недугу дитини. Формування заниженої самооцінки, «комплексу неповноцінності» тягнуть за собою агресивні імпульси у поведінці, протестність, поява страхів і таке інше.

РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ТА АГРЕСИВНОСТІ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЦП

3.1. Методи і методики дослідження.

Експериментальну групу склали 30 підлітків, які страждають на ДЦП. 19 респондентів живуть у неповних сім'ях виховуються матір'ю, а в деяких випадках матір'ю і бабусею, 11 респондентів живуть у повних сім'ях. Вік піддослідних від 14 до 17 років. Всі підлітки на момент проведення дослідження знаходилися в тернопільському Центрі реабілітації хворих дітей на ДЦП (при Дитячій обласній лікарні, вул. Сахарова, 2).

Для дослідження сфери міжособистісних відносин дитини та її сприйняття внутрішньосімейних стосунків ми використовували проєктивну **методику Рене Жиля**. Мета методики полягає у вивченні соціальної пристосованості дитини, а також її взаємин з оточуючими.

Методика є візуально-вербальною, складається з 42 картинок із зображенням малюків або дітей і дорослих, а також текстових завдань. Її спрямованість – виявлення особливостей поведінки в різноманітних життєвих ситуаціях, важливих для дитини і стосуються її стосунків з іншими людьми.

Перед початком роботи з методикою неповнолітньому повідомляють, що від нього чекають відповідей на питання по картинках. Дитина розглядає малюнки, слухає або читає питання і відповідає.

Підліток повинен вибрати собі місце серед зображених людей, або ідентифікувати себе з персонажем, що займає те або інше місце в групі. Він може вибрати його ближче або далі від певної особи. У текстових завданнях дитині пропонується вибрати типову форму поведінки, причому деякі завдання будуються за типом соціометричних. Таким чином, методика дозволяє отримати інформацію про відношення особи до різних оточуючих її людей (до сімейного оточення) та явищ.

Простота і схематичність, що відрізняють методику Р. Жіля від інших проектних тестів, не тільки роблять її легшою для випробуваного-дитини, але і дають можливість щодо більшої її формалізації і квантифікації. Крім якісної оцінки результатів, дитяча проективна методика міжособистісних відносин дозволяє представити результати психологічного обстеження по ряду змінних і кількісно.

Психологічний матеріал, що характеризує систему особистісних відносин дитини, можна умовно розділити на дві великі групи змінних.

1) Змінні, що характеризують систему особистісних відносин дитини: ставлення до сімейного оточення, ставлення до друга чи подруги, до авторитетного дорослого.

2) Змінні, що характеризують саму дитину і проявляються в різних відносинах: товариськість, відгородженість, прагнення до домінування, соціальна адекватність поведінки.

Всього автори, які адаптували методику, виділяють 12 ознак: ставлення до матері, ставлення до батька, ставлення до матері та батька як сімейної пари, ставлення до братів і сестер, ставлення до бабусі і дідуся, ставлення до друга, ставлення до вчителя, допитливість, прагнення до лідерства, товариськість, відгородженість, адекватність.

Відношення до певної особи виражається кількістю виборів даної особи, виходячи з максимального числа завдань, спрямованих на виявлення відповідного ставлення.

Методику Р. Жіля не можна віднести до числа суто проективних, вона представляє собою форму, посередню між анкетною та проективними тестами. У цьому її велика перевага. Вона може бути використана як інструмент глибинного вивчення особистості, а також в дослідженнях, що вимагають вимірів і статистичної обробки.

Методика PARI (parental attitude research instrument) призначена для вивчення відношення батьків (насамперед матерів) до різних сторін сімейного життя (сімейної ролі).

У методиці виділено 23 аспекти-ознаки, що стосуються різних сторін ставлення батьків до підлітка і проживання в сім'ї.

Відношення до сімейної ролі висвітлюється у наступних показниках: обмеженість інтересів жінки рамками сім'ї, турботами виключно про сім'ю, відчуття самопожертви в ролі матері, сімейні конфлікти, надавторитет батьків, незадоволеність роллю господині будинку, «байдужість» чоловіка, його незалученість у справи сім'ї, домінування матері, залежність і несамостійність матері.

Ставлення батьків до неповнолітнього виражається в наступних показниках: 1) оптимальний емоційний контакт (спонукання словесних проявів, вербалізацій; партнерські відносини, розвиток активності дитини, зрівняльні відносини між батьками та дитиною); 2) зайва емоційна дистанція з дитиною (дратівливість, запальність; суворість, зайва строгість; ухилення від контакту з дитиною); 3) надмірна концентрація на дитяті (надмірна турбота, встановлення відносин залежності; подолання опору, придушення волі, створення безпеки, побоювання образити, виключення позасімейних впливів, придушення агресивності, придушення сексуальності, надмірне втручання в світ дитини, прагнення прискорити розвиток малюка).

Інструкція: «Перед Вами питання, які допоможуть з'ясувати, що батьки думають про виховання дітей. Тут немає відповідей правильних і неправильних, так як кожен правий по відношенню до власних поглядів. Намагайтеся відповідати точно і правдиво.

Деякі питання можуть здатися Вам однаковими. Однак це не так. Є питання подібні, але не однакові. Зроблено це для того, щоб вловити можливі, навіть невеликі розходження в поглядах на виховання дітей.

На заповнення опитувальника потрібно приблизно 20 хв. Не обмірковуйте відповідь довго, відповідайте швидко, намагайтеся дати першу відповідь, що прийде Вам в голову.

Поруч з кожним судженням знаходяться літери А а Б б, їх потрібно вибрати залежно від свого переконання в правильності цього судження:

А – якщо з даним судженням згодні повністю;

а – якщо з даним судженням скоріше згодні, ніж не згодні;

б – якщо з даним судженням скоріше не згодні, ніж згодні;

Б – якщо з даним судженням повністю не згодні».

Дослідження самооцінки за методикою Дембо–Рубінштейн в модифікації А. М. Прихожан.

Методика заснована на безпосередньому оцінюванні (шкалуванні) учнями ряду особистісних якостей, таких як здоров'я, здібності, характер та інше. Випробуваному пропонується на вертикальних лініях-шкалах відзначати вираженість особистісних якостей (актуальних), які цікавлять дослідника, а також таку ступінь їх вираженості, яку він хотів би мати у себе (ідеальну, відображає його домагання). Кожному випробовуваному пропонується бланк методики, що містить інструкцію і завдання.

Випробуваному пропонується наступна інструкція: «Будь-яка людина оцінює свої здібності, можливості, характер та інші якості. Рівень розвитку кожної якості, сторони людської особистості можна умовно зобразити вертикальною лінією, нижня крапка якої символізуватиме найнижчий розвиток, а верхня — найвищий. Вам пропонуються сім таких ліній. Вони позначають:

- 1) здоров'я;
- 2) розум, здібності;
- 3) характер;
- 4) авторитет у однолітків;
- 5) уміння багато робити своїми руками;
- 6) зовнішність;
- 7) впевненість у собі.

На кожній вертикальній лінії горизонтальною рисою (—) відзначте, як ви оцінюєте розвиток у себе цієї якості, сторони вашої особи в даний момент часу. Після цього хрестиком (+) відзначте, при якому рівні розвитку цих якостей, сторін ви були б задоволені собою або відчули гордість за себе.

Випробуваному видається бланк, на якому зображено сім ліній (висота кожної лінії — 100 мм) із зазначенням верхньої, нижньої крапок і середину шкали. При цьому верхня і нижня крапки наголошуються помітними рисами, середина – ледь помітною крапкою.

Обстеження може проводитися як фронтально — з цілим класом (або групою), так і індивідуально. При фронтальній роботі необхідно перевірити, як кожен підліток заповнив першу шкалу. Перед початком самооцінки слід переконатися, чи правильно він зрозумів інструкцію. На самооцінку по всіх шкалах відводиться 10-12 хв.

Малюнок сім'ї. *Мета:* діагностика внутрішньосімейних відносин. Тест допомагає виявити ставлення дитини до членів своєї сім'ї, те, як вона сприймає кожного з них і свою роль у сім'ї, а також ті взаємини, які викликають в неї тривожні і конфліктні почуття. Ситуація в родині, яку батьки оцінюють позитивно, може бути сприйнята юною особистістю абсолютно протилежно. Дізнавшись, яким він бачить навколишній світ, сім'ю, батьків, себе, можна зрозуміти причини виникнення багатьох проблем дитини та ефективно допомогти їй при їх вирішенні.

Методика дослідження тривожності за А. М.Прихожан.

Порядок проведення. З бесіди з підлітком, яка за традицією проводиться після самого процесу малювання, слід дізнатися:

- а) чия сім'я зображена на малюнку – його самого, або якогось товариша, або вигаданого героя;
- б) де знаходяться зображені персонажі і чим зайняті в даний момент;
- в) якщо брати кожен персонаж окремо, то якої він статі і яка його роль в сім'ї;
- г) хто з них найприємніший і чому, хто найщасливіший і чому, хто найсумніший і чому, кого хоче сама дитина з усіх персонажів і чому, якщо б всі зібралися на прогулянку на автомобілі, але місця на всіх не вистачило, то хто б з них залишився вдома.

3.2. Корекційна програма з оптимізації дитячо-батьківських взаємин

Мета – комплексний психологічний супровід дітей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах шкільного закладу і навчання на дому, спрямоване на максимальний всебічний розвиток дитини у відповідності з її можливостями, корекцію її психофізичних недоліків, допомога в адекватному включенні в навколишнє соціальне середовище і адаптацію до шкільного навчання.

Розроблена програма включає в себе наступні етапи-компонента:

1. Попередньо-прогностичний етап, який складається з:
 - збору інформації про дітей з обмеженими можливостями;
 - вибір технології виховання і розвитку дітей з ОВЗ.
2. Пошуково-перетворювальний етап, включає:
 - психологічну діагностику дітей з ДЦП;
 - визначення основних напрямків корекційно-розвивальної роботи;
 - підбір, складання корекційно-розвиваючих програм роботи з дітьми.
3. Основний етап:
 - робота над проектом по створенню моделі комплексного супроводу дітей з ДЦП;
 - апробація програм при безпосередній взаємодії з дітьми;
 - включення батьків у психолого-педагогічний процес.

Загальні підходи і принципи стали основоположними в моделі комплексного психологічного супроводу дітей з обмеженими можливостями. До основних принципів відносять:

А) Принцип взаємодії з батьками.

Батьки є повноправними учасниками корекційного процесу. Вони повинні мати всю інформацію про те, який психолого-педагогічний вплив здійснюється на їх дитину при роботі з психологом. Необхідно враховувати думку батьків при визначенні стратегії реабілітації, а для того, щоб їх думка була адекватною, а не суперечливою, потрібно залучати батьків до

обговорення планів роботи з дитиною, регулярно інформувати їх про успіхи, обговорювати перспективи роботи.

Психолог систематично розмовляє з батьками про результати психологічної діагностики і спостережень, дає рекомендації з питань сімейних взаємин.

Б) Принцип поєднання роботи з розвитку порушених функцій і формування прийомів їх компенсації.

Чим важче захворювання, тим більше акценти зміщуються в бік створення компенсаторних засобів. Це означає, що потрібно формувати функціональні системи за рахунок більш активного розвитку збережених функцій. Посилене тренування значно порушених функцій, безрезультатні спроби їх розвитку часто призводять до формування комплексів неповноцінності і негативного ставлення дітей до певних видів діяльності.

Найважливішими моментами в роботі з дітьми з обмеженими можливостями, на наш погляд, є дотримання загальних підходів до виховно-розвиваючого процесу. До них ми відносимо:

- гуманно-особистісний підхід, надання особистості необхідної підтримки та адаптації до соціальних умов, захист її від педагогічних помилок, некомпетентності;
- організація освітнього середовища та особливим чином організованого життєвого простору, адекватного вадам;
- профілактичний підхід, раннє виявлення, профілактика та корекція діток з проблемами розвитку та здоров'я;
- облік закономірностей розвитку, вікових та індивідуальних психологічних особливостей дітей, етапність, послідовність і наступність;
- діагностичний підхід, що включає глибоку психолого-педагогічну діагностику малолітніх, моніторинг розвитку, поєднання діагностичних та корегуючих впливів;
- оптимістична гіпотеза – орієнтація на позитив у поведінці та характері дитини.

Загальна мета визначення та розвиток можливостей дітей з обмеженими можливостями здоров'я для психолога розкривається в наступних завданнях: 1) психологічне дослідження дитини з обмеженими можливостями здоров'я, спрямоване на вивчення стану його розумового, емоційно-вольового й особистісного розвитку; 2) знаходження шляхів і методів корекції тих сторін її психічного розвитку, які потребують, тобто надання психологічної допомоги дитині.

Психологічна допомога дітям з ДЦП та іншими руховими порушеннями спирається на знання загальних закономірностей психічного розвитку дитини. Звідси виходить необхідність психолого-педагогічної діагностики розвитку малечі, яка є невід'ємною складовою супроводу, і від її якості багато в чому залежить успішність діяльності всієї системи.

У корекційній програмі ми пропонуємо використовувати наступні вправи:

1. **Гудзиковий масаж.** Заповніть простору коробку (наприклад з-під взуття) гудзиками. Бажано, щоб гудзиків було багато.

А тепер разом з хлопчиком чи дівчинкою:

- опустіть руки в коробку;
- поведіть долонями по поверхні гудзиків;
- захопіть гудзики в кулаки, трохи підніміть і розтисніть кулаки;
- занурте руки глибоко в «гудзикове море» і «поплавайте» в ньому;
- перетирайте гудзики між долонями;
- беріть в руки по одній різноманітні гудзики: велику, витягнуту, квадратну, гладеньку та інші, перекочуйте її між долонями, поступово збільшуючи амплітуду рухів;

Перемістіть коробку на підлогу:

- занурте в коробку голі ступні;
- виконуйте кругові рухи;
- глибше занурте ноги в гудзики, поворушіть пальцями ніг;
- перебирайте гудзики пальцями ніг;

- перетирайте гудзики між ступнями;
- захоплюйте гудзики пальцями ніг, піднімайте і розтискайте пальці.

Коментар: завдяки масажу ми активізуємо зони розвитку дрібної моторики, що знаходяться на кінчиках пальців рук і долонях. Таким чином, відбувається сенсомоторний розвиток, що є умовою успішної взаємодії з навколишнім світом.

2. Комунікативна гра «Звичайне диво».

Для цієї гри вам знадобиться звичайний камінь, знайдений на вулиці. Бажано, щоб він був шорсткий, з гострими гранями і не дуже приємний на дотик. У грі можуть брати участь 2, 3, 4 і більше осіб.

Розмістіться на килимі (дивані, стільцях) зручніше. Так, щоб всі гравці бачили один одного. Тепер можна починати гру.

Ви – ведучий. Візьміть в руку камінь. Обмацайте його. Скажіть учасникам: «у мене в руці камінь. Він важкий (рух вашої руки вгору-вниз імітує зважування), холодний, неприємний на дотик (ваша міміка повинна відповідати вашим відчуттям, якими ви ділитесь), шорсткий, у нього гострі краї. Не дуже приємно тримати в руці. Але я постараюся зігріти цей камінь, перш ніж передати його тобі (назвіть ім'я сидячого поруч з вами гравця)». Ви берете камінь в долоні, стискати їх і вимовляєте: «Візьми камінь, тепло моїх рук, жар мого серця, мою любов до батьків, мою відданість. Передай, камінь, мої почуття другу». З цими словами ви передасте камінь гравцеві, який сидить зліва від вас.

Камінь перебуває в руках у дитини. Запитайте його: «Що ти відчуваєш? Важкий цей камінь? (Підтримуйте своє питання рухами рук, імітуючи зважування.) Правда, важкий? А який він на дотик? Гладкий або шорсткий? (Якщо гравець затрудняється з відповіддю, то запропонуйте йому для порівняння схожий камінь, який не «побував» ще ні в чиїх руках).

Звичайно ж, камінь теплий. Як ти думаєш, чому? Пам'ятаєш, що я робив(а), про що просив(а) камінь? Зараз ми зробимо з тобою теж саме: зробимо звичайне диво – зігріємо камінь твоїм теплом! Скажемо разом:

«Візьми камінь, тепло моїх рук, жар мого серця, мою любов і відданість людям. Передай, камінь, мої почуття другу».

Текст можна адаптувати, враховуючи мовні можливості дитини. Найголовніше – допомогти особистості набути досвід «створення дива».

Далі камінь передається іншому гравцеві. Гра триває. Настає момент, коли камінь повертається до вас. Ви говорите гравцям: «Я тримаю в своїх руках камінь. Він важкий, шорсткий, у нього гострі грані, але його дуже приємно тримати в руках, тому що він теплий, майже гарячий, адже він передає теплоту наших рук, жар наших сердець, нашу любов і відданість людям! Виявляється, наші руки можуть творити чудеса! Вони зігрівають навіть камінь!».

Коментар. Ця гра дозволяє диференціювати власні почуття, аналізувати і вербалізувати їх, тим самим навчаючи основам самоаналізу. Крім цього, дуже важливим є усвідомлення того, що кожен може завдяки теплу своїх рук і серця, створити диво. Робота в групі так само допомагає учасникам усвідомити їх групову приналежність, важливість прояву позитивних почуттів до іншої особистості.

3. Релаксаційна вправа «Камінь і мотузка».

У цій грі можуть брати участь кілька осіб. Для гри вам знадобиться камінь і звичайна мотузка (шнурок). Гравці і ведучий зручно розташовуються на килимі або сідають на стільці кругом.

Ви, як ведучий, показуєте гравцям камінь, і питаєте: «Що у мене в руках?». Дасте кожному гравцеві потримати камінь в руках, акцентуючи увагу не тільки на його вагу, форму, вид поверхні, але і на твердість.

«Дуже твердий камінь», - говорите ви. – «Зараз ми всі спробуємо стиснути свої кулаки так, щоб вони були схожі на камінь. Подивіться, як це роблю я! (Сильно стисніть кулаки, запропонуйте гравцям обмацати ваші руки, щоб вони змогли відчутти їх напругу і твердість). А тепер ви стисніть кулаки так, щоб вони стали схожі на камінь. Я буду перевіряти, наскільки міцні ваші кулаки!»

Обійдіть всіх учасників гри, перевірте напругу їх рук, похваліть за вдало виконане завдання, ще раз покажіть цю вправу тим, у кого не вийшло. Дуже важливо добитися того, щоб усі учасники, по мірі своїх можливостей, успішно виконували завдання. «Молодці, хлопці! Розкрийте свої кулаки! Подивіться, тепер у мене в руках мотузка. Візьміть її, помацайте, покрутіть її, поверніть, стисніть... Яка вона? Правильно, м'яка, гнучка, податлива. А тепер – подивіться, мої руки стануть такими, як мотузка!» Розслабте свої руки так, щоб вони нагадували петлі, стали м'якими, гнучкими, податливими. Дозвольте кожному гравцеві обмацати ваші руки, покачати їх, «погратись з ними».

«А тепер кожен з вас спробує розслабити свої руки так, щоб вони стали «мотузкою».

Обійдіть всіх учасників гри, перевірте виконання завдання. «Молодці! А тепер за моєю командою ви будете перетворювати свої руки то в камінь, то в мотузку.

Отже, слухайте команду:

– Камінь!

– Мотузка!

– Камінь!

– Мотузка!

– Молодці! А тепер спробуємо не тільки руки, але і напружити всі м'язи тіла так, щоб тіло стало «кам'яним».

– Молодці! Зараз спробуємо розслабити всі м'язи свого тіла так, щоб тіло стало схожим на мотузку.

– Молодці! Слухайте команду:

– Камінь!

– Мотузка!

– Камінь!

– Мотузка!

– Молодці!»

Зауважимо, що ведучий виконує свої команди нарівні з хлопцями.

Коментар. Ця гра містить елементи ізотонічної гімнастики і дозволяє довільно чергувати напруження і розслаблення м'язів тіла, тим самим сприяючи зняття надмірної напруги, вчить основам самоконтролю і саморегуляції.

Отже, підставою для розробки корекційної програми є не тільки результати діагностики дітей з ДЦП, але і дотримання принципів співробітництва батьками дитини. Тому, ми запропонували ще одну вправу, яка стосується батьків:

Обговорення оповідання «Мій син мене не любить».

«На прийом до психолога прийшла жінка. Вона дуже нервувала, в очах стояли сльози.

– У мене син – інвалід. Єдиний. Чоловік давно пішов від нас. Одружився. У нього зараз інша сім'я. Ні зі мною, ні з сином він майже не спілкується. Живемо ми з бабусею, моєю мамою.

– Що ж привело Вас до мене?

– Так вже в житті склалося, що у мене тільки дві близькі людини: мій син і моя мати. З мамою у нас нормальні стосунки, а от з сином ні.

– Чому так вийшло? Що Вас турбує?

Жінка після деякого мовчання продовжила:

– Мій син, – її обличчя спотворилося нервовою гримасою, руки і голос тремтів. Здавалося, ніби щось заважає їй висловити наболіле, – мій син... він мене... не любить, – видихнула жінка. – Може, я винна в цьому сама, не знаю.

Вона заплакала .

– Повірте, так хочеться отримати від нього хоч трішки тепла. Дивлюся на інших матерів і, знаєте, їм заздрю. Вони щасливі: їх люблять діти.

Жінка замовкає. Впоравшись зі своїм хвилюванням, вона продовжує:

– Коли він був маленьким, зізнаюся, я не відчувала до нього великої прихильності. Хоча ні, не так, не те кажу, – жінка спохвачується, – Ви тільки правильно зрозумійте мене. Я його завжди палко любила. Все для нього робила: і лікарів, і педагогів потрібних для нього знаходила; в школу його возила, а це дуже далеко від нашого будинку; на п'ятиденку його не

залишала, хотіла, щоб він був зі мною довше. Але завжди в серці був якийсь сором, страх... Не знаю, що це, як назвати те, що я відчувала. Може, це і заважало любити його?

Зараз він вже підліток. Виріс. Правда, до деяких його звичок я досі звикнути не можу.

Психолог: – Вас щось дратувало або дратує зараз у синові?

– Так... Мене завжди дратував... його вигляд. Слина весь час у нього тече. Посмішка на його обличчі, знаєте, яка? Навіть не знаю як описати її. Потім ще одне: все, припустимо, спокійно, нормально; він сидить, чимсь займається... і раптом як почне плескати руками або махати ними. Це означає, що він щось знайшов або чогось здивувався. Може і слова якісь викрикувати, вищати. Скажеш йому, Льоша, перестань, а він ні, ніяк заспокоїтися не хоче. Такі от справи у нас з ним.

Психолог: – Скажіть, Ваш син буває ласкавий з Вами?

– Ні, ніколи.

Психолог: – А Ви самі, яким чином виявляєте до нього свою любов?

– Та ні... Я, взагалі-то, дуже сувора. Та й як її проявляти? Я не знаю...

Психолог: – Звички і особливості Вашої дитини відштовхували Вас більшою мірою, напевно, раніше. А тепер може ситуація змінилася? Може Ви до них вже пристосувалися, звикли і стали поблажливіше? Адже, це ж Ваш син. Ви стільки для нього зробили і, безумовно, його любите.

– Так, звичайно. Звичайно. Що ж робити тепер, якщо він такий у мене. Я все це розумію. Тільки стосунки у нас з ним не складаються. Порадьте мені, як бути».

Психолог: – Що б ви порадили цій мамі? Чи виникали у вас подібні ситуації з дитиною?

Чи вважаєте ви, що дитина, що має відхилення в розвитку здатна любити? Як можна виправити цю ситуацію? Як відродити материнську і синівську любов?

Чи варто це робити ? А, якщо так, то як це можна зробити? Поділіться

вашим досвідом. Чи вважаєте ви, що ваша дитина любить вас? Які прояви любові вашої дитини до вас радують?

Психологічна корекція не повинна обмежуватися тільки психокорекційними заняттями. Велике значення має правильна організація життєдіяльності підлітка і його сім'ї. Для цього психолог разом із батьками складає план організації дозвілля підлітка, його навчальних заходів на певний період часу, обговорює роль кожного з батьків в тому чи іншому виді діяльності підлітка.

3.3. Кількісний аналіз та якісна інтерпретація одержаних емпіричних результатів

Комплексне дослідження особистісних особливостей дітей з ДЦП, а також особливостей дитячо-батьківських відносин проводилося нами у декілька етапів.

На першому етапі ми досліджували особистісні характеристики дітей. Даний етап переслідував дві основні цілі – знайомство з дітьми та їх батьками, а також вивчення показників самооцінки і рівня тривожності.

Другий етап дослідження був більшим за обсягом і комплексним, зокрема нами була досліджена внутрісімейна атмосфера, яка певним чином сприймається дітьми і батьками.

Підсумок проведення дослідження дав нам можливість розділити експериментальну групу на дві:

1. Діти, які відчують на собі явний гіперопікуючий вплив батьківського виховання (16 осіб).
2. Діти, які відчують на собі явний гіпоопікуючий вплив батьківського виховання (14 осіб).

Результати проходження методик в групі з гіперопікуючим стилем виховання мають наступний вигляд:

Блок 1.

Методика «Шкала тривожності» - в даній методиці оцінюється декілька шкал - загальна тривожність, шкільна тривожність, самооціночна і міжособистісна тривожність. Необхідно відзначити, що показники за такими шкалами як шкільна, самооціночна і міжособистісна тривожність характеризуються підвищеними показниками. Але особливої уваги вимагають, перш за все, учні з високою тривожністю. В цей же час – загальна тривожність у випробовуваних – висока, що продемонстровано на графіку (рис. 3.1):

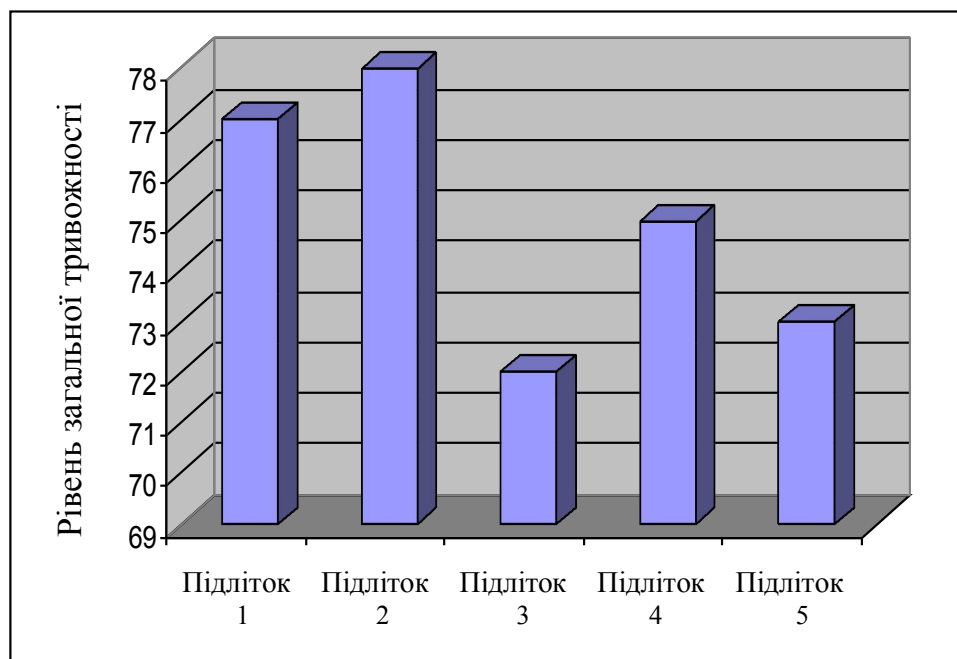


Рис. 3.1. Рівні загальної тривожності підлітків

Подібна тривожність може породжуватися або реальним неблагополуччям школяра в найбільш значущих сферах діяльності й спілкування, або існувати немовби всупереч об'єктивно благополучному положенню, будучи наслідком певних особистісних конфліктів, порушень у розвитку самооцінки. Подібну тривожність часто відчувають школярі, які добре і навіть відмінно навчаються, відповідально ставляться до навчання, дисципліни, але це видиме благополуччя дістається їм невиправдано великою ціною і загрожує зривами. Тривожність в цих випадках часто породжується конфліктністю самооцінки, наявністю в ній протиріччя між високими

домаганнями і досить сильною невпевненістю в собі. Тривожність, закріпившись, стає досить стійким утворенням.

Методика дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн дала змогу нам зробити наступні узагальнення (табл. 3.1):

Таблиця 3.1

Показники за шкалою «Здоров'я», одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	85	5
2	95	80	5
3	90	65	25
4	100	70	30
5	100	75	25
6	95	80	15
7	90	80	10
8	95	75	20
9	85	85	0
10	90	65	25
11	85	75	10
12	100	65	35
13	90	85	5
14	85	80	5
15	90	65	25
16	95	75	20

Аналіз кількісних даних дозволяє сказати про те, що в групі домінує завищена самооцінка здоров'я. Кількість балів від 70 до 100 свідчить про завищену самооцінку і вказує на деякі відхилення у формуванні особистості. Завищена самооцінка може підтверджувати особистісну незрілість, невміння правильно оцінити результати своєї діяльності, порівнювати себе з іншими; така самооцінка може вказувати на «закритість для досвіду», нечутливість до своїх помилок, невдач, зауважень та оцінок оточуючих. Високий рівень домагань так само показує нереалістичне, некритичне ставлення дітей до можливостей власного організму.

Розглянемо наступну шкалу «Розум, здібності» (табл. 3.2):

Таблиця 3.2

Показники за шкалою «Розум, здібності», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	55	35
2	80	60	20
3	75	65	10
4	100	70	30
5	90	80	10
6	85	65	20
7	80	70	10
8	75	75	0
9	80	60	20
10	85	65	20
11	95	75	20
12	100	65	35
13	80	55	25
14	85	70	15
15	90	65	25
16	85	55	30

Шкала «Розум, здібності» відображає досить об'єктивну оцінку респондентами своїх ментальних можливостей. При цьому, рівень домагань не у всіх характеризується реалістичністю.

Аналіз відповідей респондентів за наступною шкалою показує, що практично у всіх в обстежуваній групі самооцінка за показником «Характер» є заниженою (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Показники за шкалою «Характер», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	30	60
2	80	35	45
3	80	40	40

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
4	80	50	30
5	75	50	25
6	85	35	50
7	85	40	45
8	75	35	40
9	85	35	50
10	75	50	25
11	80	35	25
12	85	40	45
13	75	45	30
14	80	50	30
15	80	35	45
16	75	30	45

Кількість балів нижче 45 вказує на занижену самооцінку, за якою можуть ховатися два абсолютно різних психологічних явища: справжня невпевненість в собі і «захисна». Підлітки при заповненні методики відзначали, що мама часто говорить про те, що характер «поганий, важкий» і т.д. Таким чином, можна говорити про інтеріоризацію батьківського сприйняття підлітка. Рівень домагань при цьому досить реалістичний.

Шкала «Авторитет серед ровесників» (табл. 3.4) відображає досить специфічне ставлення підлітків до своєї ролі серед однолітків. Відомо, що провідною діяльністю в підлітковому віці є саме міжособистісне спілкування. Проте, ми відзначали раніше той факт, що перебування дітей з ДЦП в загальноосвітній школі має неоднозначний вплив на розвиток особистості підлітка. Саме тому у двох випробовуваних з групи із гіперопікаючим стилем батьківсько-дитячих взаємин рівень домагання нереалістичний, оскільки, можливо, вони не були раніше лідерами серед однолітків і не мають подібного досвіду.

Таблиця 3.4

Показники за шкалою «Авторитет серед ровесників», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	100	15	85
2	100	35	65
3	80	40	40
4	80	50	30
5	75	50	25
6	85	35	50
7	75	30	45
8	85	45	40
9	85	35	40
10	95	45	50
11	100	50	50
12	80	35	45
13	75	30	45
14	85	40	45
15	90	35	45
16	100	45	55

Шкала «Умілі руки» (табл. 3.5) показує, що рівень домагань в групі відповідає досить реалістичній позиції, адекватній. В цей же час, оцінка власних можливостей знаходиться нижче рівня норми. Цей факт пояснюється самими піддослідними тим, що «з рук і так все валиться». Батьки відзначають, що в силу соматичних порушень рухового апарату у дітей слабо розвинена моторика і все, що необхідно робити дитині на уроках праці, роблять в основному батьки.

Таблиця 3.5

Показники за шкалою «Умілі руки», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	20	70
2	80	40	40
3	75	45	30
4	80	25	55

Продовження табл. 3.5

5	85	15	70
6	90	25	65
7	85	20	65
8	75	35	40
9	85	25	60
10	90	20	70
11	75	15	60
12	85	30	55
13	80	35	45
14	75	20	55
15	85	25	60
16	90	20	70

В рамках наступної шкали (табл. 3.6) найнижчі показники за субшкалою «самооцінка» відзначаються у дівчаток-підлітків. Саме вони найбільшою мірою відзначають свою «некрасивість» і відносяться з певним сарказмом до даного показника. У юнаків в меншій мірі відображені подібні переживання і самооцінка варіюється в межах норми.

Таблиця 3.6.

Показники за шкалою «Зовнішність», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	35	55
2	80	45	35
3	80	45	35
4	80	50	30
5	75	5	60
6	85	5	80
7	75	25	50
8	80	35	45
9	80	45	35
10	75	35	40
11	85	25	60
12	90	15	75
13	75	5	70
14	80	35	45
15	75	25	50
16	85	5	80

Шкала «Впевненість у собі» (табл. 3.7) показує, що в досліджуваній підгрупі аналізований показник виражений в межах реалістичної, адекватної самооцінки.

Таблиця 3.7.

Показники за шкалою «Впевненість у собі», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	25	60
2	80	35	45
3	80	40	40
4	80	50	30
5	75	50	25
6	85	35	50
7	75	35	40
8	75	40	35
9	80	35	45
10	75	25	50
11	70	35	35
12	85	40	45
13	75	25	50
14	85	30	55
15	80	35	45
16	75	25	50

Блок 2.

У другому блоці однією з використаних методик є методика «Малюнок сім'ї» за Р. Корманом.

Мета: діагностика внутрішньосімейних стосунків. Тест допомагає виявити ставлення дитини до членів своєї сім'ї, те, як вона сприймає кожного з них і свою роль в сім'ї, а також ті взаємини, які викликають в неї тривожні і конфліктні почуття. Ситуація в сім'ї, яку батьки оцінюють позитивно, може бути сприйнята дитиною абсолютно протилежно. Дізнавшись, яким вона бачить навколишній світ, сім'ю, батьків, себе, можна зрозуміти причини виникнення багатьох проблем дитини і ефективно допомогти їй при їх вирішенні.

Порядок проведення. З бесіди із дитиною, яка за традицією проводиться після самого процесу малювання, слід дізнатися:

а) чия сім'я зображена нею на малюнку - її самої, або якого-небудь друга, або вигаданого героя;

б) де знаходяться зображені персонажі і чим зайняті в даний момент;

в) якщо брати кожен персонаж окремо, то якої він статі і яка його роль в сім'ї;

г) хто з них найприємніший і чому, хто найщасливіший і чому, хто найсумніший і чому, кого вважає за кращого сама дитина з усіх персонажів і чому, якби всі зібралися на прогулянку на автомобілі, але місця на всіх не вистачило, то хто б з них залишився вдома;

д) якщо один з дітей поводить себе погано, як він буде покараний.

Аналіз малюнків дозволяє нам певним чином стандартизувати результати, які були нами проінтерпретовані. У зв'язку з цим, ми наводимо дані, які є усередненими для досліджуваної групи гіперопікуючих дітей з ДЦП.

За кожним показником в групі випробуваних ми отримали наступні дані:

1. Структура малюнка. Щодо основної структури малюнка можна сказати, що у 4 випробовуваних (їх, швидше за все, можна віднести до раціональних натур) переважають ізольовані фігури, що не входять між собою в контакт, в той час як двоє (найбільш сприйнятливі, чутливі діти) схильні зображати родину з більшою динамікою, наприклад зайнятою якою-небудь діяльністю, що знаходиться в русі. На малюнках двох досліджуваних зображено взаємодія між членами сім'ї: гра в футбол і відпочинок біля моря.

2. Найбільш привабливий персонаж.

- найбільш цінний персонаж малюється першим, причому першим зліва, на першому плані;

- він вище і крупніше інших персонажів;

- інші фігури повернені в його сторону і дивляться на нього.

На малюнках підлітків, в основному, такою фігурою є фігура матері.

3. Найменш привабливий персонаж. Протилежний, найменш цінний персонаж, на малюнку найменший з усіх, виконується останнім за рахунком і знаходиться в стороні від інших фігур, немов би забутий усіма. На малюнках підлітків, в основному це фігура батька, у одного з підлітків (дівчинка) - це фігура двоюрідної сестри.

4. Взаємини між персонажами. На чотирьох малюнках підлітків з шести яскравого візуального зв'язку не виявлено (крім малюнка сім'ї на морі і «гри у футбол»).

Якщо якийсь персонаж, цінний чи ні, віддалений на малюнку від інших фігур, це може говорити про дистанцію, яку дитина зауважує в житті і виділяє. На малюнках двоє підлітків зображують свої фігури досить яскраво. Це може бути пов'язано з тим, що батьки, будучи незадоволеними собою, життям і навколишнім світом, прагнуть реалізувати свої надії через свою дитину, ставлячи себе на другорядну позицію щодо неї, прагнучи до гіперопікуючого впливу.

Мізерно маленька, безвольна фігурка в оточенні батьків (четверо випробовуваних з групи), може виражати її безпорадність, необхідність турботи про неї. Це може бути пов'язано з тим, що вона звикла до атмосфери постійної і надмірної опіки, яка оточує її в сім'ї (часто це спостерігається в сім'ях з єдиною дитиною), тому відчуває себе слабкою і навіть може зловживати цим, маніпулюючи батьками і постійно вимагаючи від них допомоги та уваги.

Випробовувані малюють одного з батьків, з яким живуть, це означає прийняття реально існуючої ситуації, до якої дитина більш-менш адаптувалася, оскільки явище окремого проживання батьків в нашому суспільстві широко поширене, і діти до цього звикають. Іноді мати, яка для стороннього спостерігача і в своїх власних очах виглядає турботливою, високоморальною, люблячою, для дитини є психотравмуючим фактором, так як сприймається нею як людина пригнічуюча, не дозволяюча дитині бути самостійною. Якщо у дитини склався образ одного з батьків як домінуючої,

переважаючої, агресивної, лякаючої людини, то вона схильна надавати його фігурі великі розміри порівняно з фігурами інших членів сім'ї, без урахування їх реальних фізичних розмірів. Якщо хтось з батьків сприймається загрозовим, то його образ доповнюється великими руками, і навпаки; слабкий, ліберальний дорослий малюється з маленькими руками або взагалі без них. Подібне символічне зображення матері не притаманне малюнкам респондентів.

У малюнках випробовуваних, характерним для всіх без винятку було зображення себе в останню чергу. У цьому випадку мова йде про занижений статус, проектуванні переживань, пов'язаних з критичним ставленням батьків та інших членів сім'ї.

Описані нами спостереження підводять до вирішення проблем тривожного стану. Занепокоєння, тривожність проявляються у підлітка, так само як і в дорослого, як наслідок страху перед уявною загрозою, що виходить від певного джерела, яке легко впізнати. Тривожність сприймається піддослідними як реальність, яку неможливо винести, оскільки вона є причиною сильних страждань.

Відповіді на запропоновані питання характеризувалися тим, що підлітки намагалися «винести» свій персонаж за рамки спільної діяльності (питання типу: персонажі збираються поїхати на прогулянку, але місця на всіх не вистачило. Хто залишиться вдома?), тобто підліток «залишав» вдома себе. Що стосується ситуації покарання, осуду, то підлітки відзначали, що сильно не карають, але все одно він (вона) «залишаються винними».

Для дослідження сфери міжособистісних відносин дитини та її сприйняття всередині сімейних відносин призначена дитяча проєктивна методика Рене Жиля. Мета методики полягає у вивченні соціальної пристосованості дитини, а також її взаємин з оточуючими.

В результаті інтерпретації та стандартизації отриманих даних в групі випробовуваних за методикою Р. Жиля ми отримали наступні відомості за 12 ознаками, які виділяються автором:

1. Ставлення до матері: фіксується прагнення до дистанційності, тобто в картинках з 1 по 4 підлітки, в основному, розміщували себе на віддалі від матері або опозиційно (за столом). Проте, не можна сказати, що подібне «віддалення» характерно для всіх реакцій. На питання, які зображують життєві ситуації (типу «У тебе болить зуб і повинен піти до зубного лікаря, щоб вирвати хворий зуб. Ти підеш один? Або з ким-небудь? Якщо підеш з ким-небудь, то хто ця людина?») підліток вибирає фігуру матері. Опозиційність проявляється і у відповідях на запитання про заборони і дозволи. *Наприклад:* мама не дозволяє тобі йти гуляти. Що будеш робити?: «Нічого не відповіси?», «Надуєшся?», «Почнеш плакати?», «Запротестуєш?», «Спробуєш піти всупереч забороні? ».

У групі переважають варіанти протесту. Таким чином, спостерігається амбівалентність взаємин, яка проявляється в міжособистісних стосунках «підліток - мама», а також у взаєминах з умовами реального навколишнього життя. Тобто, в міжособистісних відносинах підлітки проявляють деякий опір (прямий чи непрямий), але при появі проблем у взаємодії з іншими умовами або людьми, вони вважають за краще, щоб мама приймала рішення за них.

2. Ставлення до батька: даний показник практично не розглядався. Або ж спостерігалася заміщення фігури батька фігурою матері. Це відбувалося з тієї причини, що в багатьох сім'ях батько йшов з сім'ї практично відразу після народження хворої дитини.

У реакціях опитуваних не спостерігалася агресія по відношенню до фігури батька, але спостерігалася повне ігнорування.

Ставлення до матері та батька як сімейного подружжя: дана ознака також ігнорувалася. Респонденти не сприймали батька і матір як подружжя. Тому на картинках він або вказував себе біля матері, або на значній віддалі від батьків.

Ставлення до братів і сестер: братів і сестер у випробовуваних підгрупи немає, тому тенденції себе їм протиставити або навпаки – приєднатися (в іграх, відпочинку і т.д.) не спостерігалася.

Ставлення до бабусі і дідуся: дані фігури сприймаються в основному позитивно. Респонденти розміщують «себе» ближче до бабусі в малюнкових завданнях, на питання, що стосуються життєвих ситуацій практично скрізь вказують бабусю (типу «Ти збираєшся в далеку дорогу, їдеш далеко від своїх рідних. По кому б ти сумував найсильніше?»). Це, можливо, зумовлено тим, що в ситуації гіперопікуючої позиції з боку матері, фігура бабусі є «захисною» від тиску з боку домінуючої матері.

Ставлення до друга: у взаєминах з однолітками спостерігається позиція уникнення. Це видно на малюнковому матеріалі, коли практично всі респонденти відзначають себе далеко від всіх, або взагалі в будинку (де не промальований чоловічок). На питання про пряму взаємодію з однолітками відповідають досить стримано, вибирають швидше емоційні відповіді, ніж відповіді, що містять дію або агресію («Один з товаришів сміється над тобою. Що робитимеш: Плакати? Пожмеш плечима? Сам будеш сміятися над ним? Будеш обзивати його, бити?»). У подібних питаннях варіантами відповідей підлітків були «Буду плакати» (але щоб ніхто не бачив), «потисну плечима».

Ставлення до вчителя: Цей параметр охарактеризований підлітками досить позитивно. У малюнкових завданнях деякі розташовують свою «фігурку» ближче до вчителя, займають активну позицію. Самі зазначають, що прислухаються до того, що говорить вчитель. Подобається вчитися.

Допитливість: цей показник проявляється в наступному - підлітки не відзначають себе явно залученими до активної колективної діяльності (ігри), але в ситуаціях, що зображують спокійний навчальний процес відзначають себе ближче до вчителя або в центрі.

Прагнення домінувати: практично не виражене.

Товариськість: показник виражений слабо, підлітки у виборах надають перевагу віддаленості від групи.

Відгородженість: явно виражений фактор. Крім тих ситуацій, які зображують процес навчальної діяльності. Більше ні в одній ситуації підлітки себе не помістили в центр подій.

Адекватність: соціальна адекватність поведінки відповідає високим показникам. Тобто, в ситуаціях, які відображають адекватність поведінки, підліток проявляє досить критичне і коректне ставлення.

Методика дослідження типу дитячо-батьківських відносин PARI дає нам можливість вивчити особливості взаємодії батьків зі своїми хворими на ДЦП дітьми. Раніше ми відзначали, що в науковій роботі нами розглядається гіперопікаючий стиль взаємин і гіпоопікаючий стиль.

У першій групі ми розглянемо патерни поведінки і ставлення батьків, які схильні до гіперопікаючого стилю взаємодії з дітьми.

Методика дозволяє зробити аналіз за трьома ознаками.

1. Ставлення до сімейної ролі. Дана ознака проявляється в обмеженості інтересів матерів (як правило) рамками сім'ї, турботами виключно про сім'ю, а особливо - про хвору дитину. Так само очевидним є відчуття самопожертви в ролі матері, позиція домінування і надавторитета старших.

2. Ставлення батьків до дитини, надмірна концентрація на дитині: надмірна турбота, встановлення відносин залежності, подолання опору, придушення волі, виключення позасімейних впливів, придушення агресивних імпульсів і сексуальності, надмірне втручання в світ дитини.

3. Надмірна емоційна дистанція з дитиною спостерігалася тільки при виборі показників, що визначають суворість, зайву строгість.

Результати проходження методик в групі з гіпоопікаючим стилем виховання можна відобразити таким чином:

Блок 1. Методика «Шкала тривожності» А.М. Прихожан. У даній методиці оцінюється кілька шкал - загальна тривожність, шкільна тривожність, самооціночна і міжособистісна тривожність. Необхідно відзначити, що показники за такими шкалами як шкільна, самооціночна і міжособистісна тривожність характеризуються підвищеними показниками. Але особливої уваги вимагають, перш за все, учні з високою тривожністю. В цей же час - загальна тривожність у випробовуваних - висока, що продемонстровано на графіку (рис. 3.2).

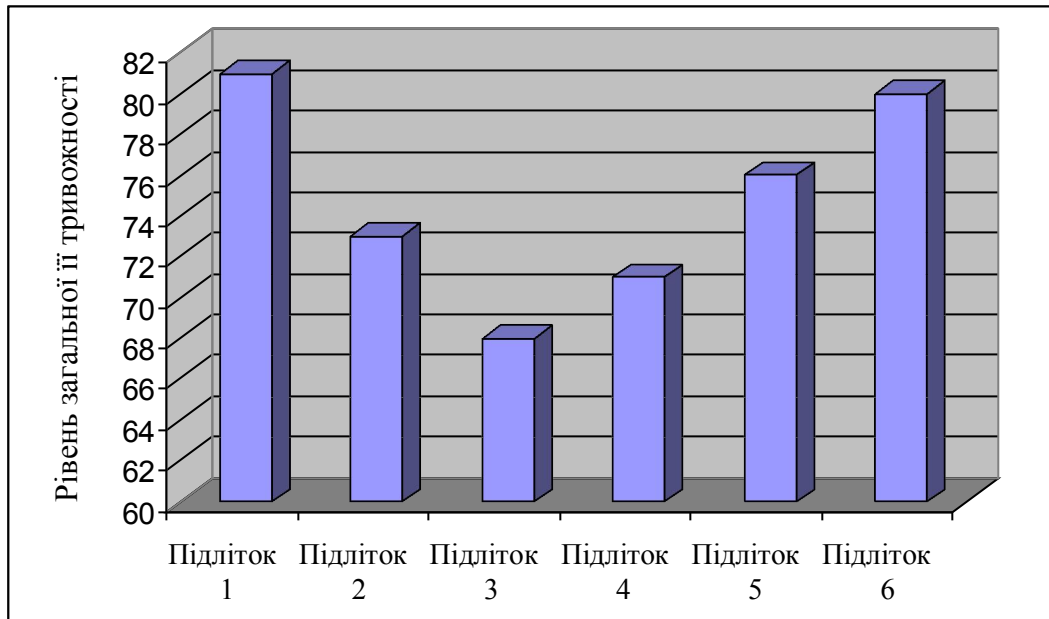


Рис. 3.2. Рівень загальної тривожності підлітків

Подібна тривожність може породжуватися або реальним неблагополуччям школяра в найбільш значущих сферах діяльності й спілкування, або існувати немов би всупереч об'єктивно благополучному положенню, будучи наслідком певних особистісних конфліктів, порушень у розвитку самооцінки. Подібну тривожність часто відчують школярі, які добре і навіть відмінно вчаться, відповідально ставляться до навчання, дисципліни, але це видиме благополуччя дістається їм невинуватою великою ціною і загрожує зривами. Тривожність в цих випадках часто породжується конфліктністю самооцінки, наявністю в ній протиріччя між високими домаганнями і досить сильною невпевненістю в собі. Тривожність, закріпившись, стає досить стійким утворенням. Значною мірою тривожність зумовлена і типом дитячо-батьківських відносин. Відсутність холдингу з боку батьківської фігури в певній мірі опосередковує розвиток тривожності. Тому, маючи справу з дітьми з підвищеною тривожністю, тим більше з соматичним діагнозом ДЦП, ми повинні велику увагу приділити корекції психічного розвитку, яка має характеризуватися комплексністю та системністю у відношенні не тільки дітей, а й батьків.

Методика дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн дає змогу нам виявити особливості самооцінки підлітків, які відносяться до групи випробовуваних з гіпоопікаючим стилем батьківсько-дитячих взаємин.

Таблиця 3.8.

Показники за шкалою «Здоров'я», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	85	5
2	95	65	30
3	90	65	25
4	85	70	15
5	90	70	20
6	90	65	15
7	85	70	15
8	85	65	20
9	90	80	10
10	80	65	15
11	85	80	5
12	90	75	15
13	85	65	20
14	80	70	10

Аналіз кількісних даних дозволяє сказати про те, що в групі домінує завищена самооцінка здоров'я. Завищена самооцінка може підтверджувати особистісну незрілість, невміння правильно оцінити результати своєї діяльності, порівнювати себе з іншими; така самооцінка може вказувати на «закритість для досвіду», нечутливість до своїх помилок, невдач, зауважень та оцінок оточуючих. Рівень домагань так само варіюється від адекватного до реалістичного, некритичного ставлення підлітків до можливостей власного організму.

Розглянемо детальніше результати одержані за наступною шкалою «Розум, здібності» (табл. 3.9):

Таблиця 3.9

Показники за шкалою «Розум, здібності», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	100	60	40
2	80	60	20
3	75	45	30
4	85	50	35
5	90	65	25
6	90	60	30
7	85	65	20
8	90	60	30
9	85	70	15
10	80	55	25
11	75	45	30
12	80	60	20
13	80	65	15
14	75	45	30

Шкала «Розум, здібності» відображає досить об'єктивну оцінку респондентами своїх ментальних можливостей. При цьому, рівень домагань не у всіх характеризується реалістичністю. Це може бути викликано тим, що підлітки несвідомо шукають шляхи і можливості подолання бар'єру спілкування з батьками.

Таблиця 3.10.

Показники за шкалою «Характер», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	30	60
2	80	35	45
3	80	40	40
4	80	45	35
5	85	40	45
6	85	30	55
7	80	35	25
8	70	45	25
9	85	40	40
10	75	25	50
11	80	30	50
12	75	35	40
13	85	25	60
14	80	40	40

Аналіз відповідей респондентів за даною шкалою показує, що практично у всіх в обстежуваній групі самооцінка за показником «Характер» є заниженою. Кількість балів нижче 45 вказує на занижену самооцінку, за якою можуть ховатися два абсолютно різних психологічних явища: справжня невпевненість в собі і «захисна».

Шкала «Авторитет у однолітків» (табл. 3.11).

Таблиця 3.11.

Показники за шкалою «Авторитет у ровесників», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	70	5	65
2	85	35	50
3	80	40	40
4	80	50	30
5	80	30	50
6	75	10	65
7	80	15	65
8	85	25	60
9	70	30	40
10	80	25	55
11	75	35	40
12	85	15	70
13	75	40	35
14	80	25	45

Дана шкала відображає досить специфічне ставлення підлітків до своєї ролі серед однолітків. Відомо, що провідною діяльністю в підлітковому віці є саме спілкування. Проте, ми відзначали раніше той факт, що перебування дітей з ДЦП в загальноосвітній школі має неоднозначний вплив на розвиток особистості підлітка.

Гіпоопікаючий стиль взаємодії батьків зі своїми дітьми, на наш погляд, накладає певний відбиток на формування особистості підлітка, що впливає на його здатність до соціалізації. В даному випадку, відсутність адекватного контролю з боку батьків ускладнює цей процес для підлітків.

Таблиця 3.12.

Показники за шкалою «Умілі руки», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	20	70
2	80	40	40
3	75	45	30
4	80	25	55
5	85	25	50
6	75	25	50
7	85	20	65
8	90	30	60
9	85	35	50
10	75	45	30
11	90	25	65
12	80	20	60
13	90	40	50
14	75	35	40

Шкала «Умілі руки» показує, що рівень домагань в групі відповідає досить реалістичній позиції, адекватній. В цей же час, оцінка власних можливостей знаходиться нижче рівня норми.

Таблиця 3.13.

Показники за шкалою «Зовнішність», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	95	25	70
2	80	45	35
3	80	45	35
4	80	35	45
5	85	40	45
6	75	25	50
7	75	35	40
8	90	40	50
9	85	25	60
10	80	30	50
11	85	25	60
12	75	35	40
13	80	35	45
14	85	25	60

За шкалою «Зовнішність» ми можемо констатувати адекватний рівень домагань, але занижену самооцінку. Це зумовлено тим, що в зовнішньому вигляді підлітків з ДЦП досить помітні соматичні порушення. Одна з випробуваних зазначила, що її зовнішність сильно відрізняється від уявлення про «красу». Потрібно відзначити, що в родині цієї дівчинки переважає гіпоопікаючий стиль виховання і у неї є сестра-близнюк, яка народилася здоровою, яка, за словами випробовуваної «дійсно красива, і тому мама її любить більше».

Таблиця 3.14.

Показники за шкалою «Впевненість у собі», що одержані за допомогою методики дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн

Номер досліджуваного	Рівень домагань	Висота самооцінки	Значення розходження
1	90	25	60
2	80	35	45
3	80	40	40
4	80	50	30
5	75	50	25
6	80	45	35
7	75	40	25
8	90	25	65
9	75	30	45
10	80	35	45
11	65	25	40
12	75	40	35
13	80	35	45
14	90	50	40

Дана шкала показує, що в досліджуваній підгрупі показник «Впевненість у собі» виражений в межах реалістичної, адекватної самооцінки.

Блок 2.

Проективна методика «Малюнок сім'ї».

Структура малюнка. Щодо основної структури малюнка можна сказати, що у всіх випробовуваних підгрупи переважають ізольовані фігури, що не входять між собою в контакт.

Найбільш важливими персонажами на малюнках підлітків були батьківські фігури, вони вище розташовані і крупніші, ніж фігура, з якою ідентифікує себе малюючий.

Найменш привабливий персонаж на малюнку знаходиться в стороні від інших фігур, немов би забутий усіма. Потрібно відзначити, що всі четверо підлітків малюють себе в стороні від материнської фігури або від батьківської пари.

Відношення між персонажами відбивається в розстановці фігур на аркуші. Двоє з малюючих повернули фігури, з якими вони ідентифікують себе обличчям до батьківського подружжя (але розташували їх досить далеко один від одного). Одна з випробовуваних розгорнула свою фігуру спиною до решти (а фігуру сестри помістила поруч з материнською), і двоє випробовуваних розгорнули свою фігуру спиною до матері, а обличчям - до фігури бабусі. Таким чином, спираючись на принципи інтерпретації малюночних тестів ми можемо зробити припущення про те, що емоційний контакт, близькість двох випробовуваних з батьківськими фігурами в певній мірі порушений. Ближчі почуття вони відчувають до інших членів сім'ї.

В основному, на малюнках підлітки зображували «свою» фігуру маленькою і безвольною. Це може виражати їхню безпорадність, необхідність турботи про них. Це може бути пов'язано з тим, що вони звикли до атмосфери постійної і надмірної гіпоопіки, яка оточує їх у сім'ї.

Тривожність відображена в малюнках як у великій кількості штрихування (замальовування своєї фігурки), так і в розташуванні фігури, з яким себе ідентифікує підліток на аркуші. Потрібно відзначити, що, як правило, підлітки малювали свою фігуру самою останньою і найменш вираженою.

Для дослідження сфери міжособистісних відносин дитини та її сприйняття всередині сімейних відносин призначена дитяча проєктивна методика Рене Жиля. Мета методики полягає у вивченні соціальної пристосованості дитини, а також її взаємин з оточуючими.

В результаті інтерпретації та стандартизації отриманих даних в групі випробовуваних, сімейні стосунки яких характеризуються гіпоопікою з боку батьків, за методикою Р.Жіля ми отримали наступні відомості за 12 ознаками, які виділяються автором:

1. Ставлення до матері: фіксується прагнення до зближення, тобто в картинках з 1 по 4 підлітки, в основному, розміщували себе ближче до матері або опозиційно (за столом). Проте, не можна сказати, що подібне «віддалення» характерне для всіх реакцій. На питання, які зображують життєві ситуації (типу «У тебе болить зуб і ти повинен піти до зубного лікаря, щоб вирвати хворий зуб. Ти підеш один? Або з ким-небудь? Якщо підеш з ким-небудь, то хто ця людина?») підліток вибирає фігуру матері. Опозиційність проявляється у відповідях на питання про заборони і дозволи. Наприклад: «Мама не дозволяє тобі йти гуляти. Що будеш робити: «Нічого не відповіси?», «Надуєшся?», «Почнеш плакати?», «Запротестуєш?», «Спробуєш піти всупереч забороні? ».

У групі переважають варіанти протесту. Таким чином, спостерігається амбівалентність відносин, яка проявляється в міжособистісних стосунках «підліток-мати», а також у взаємовідносинах з умовами реального навколишнього життя. Тобто, в міжособистісних відносинах підлітки проявляють деякий опір (прямий чи непрямий), але при появі проблем у взаємодії з іншими умовами або людьми, вони вважають за краще, щоб мати чи батько приймали рішення за них.

2. Ставлення до батька: даний показник трьома з чотирьох випробовуваних практично не розглядався. Або ж спостерігалось заміщення фігури батька фігурою матері. Це відбувалося з тієї причини, що в багатьох сім'ях батько йшов з сім'ї практично відразу після народження хворої дитини. В одній із сімей підліток повноцінно сприймає і батька, і матір. Але при цьому, більше тяжіння підліток (дівчинка) виявляє до матері.

У реакціях опитуваних не спостерігалось агресії по відношенню до фігури батька.

Ставлення до матері та батька як сімейного подружжя: дана ознака також ігнорувалася. Респонденти не сприймали батька і матір як подружжя. Тому на картинках вони або вказували себе біля матері, або в значній віддалі від батьків.

Одна з випробовуваних адекватно ставиться до батька і матері як подружньої пари.

Ставлення до братів і сестер: братів і сестер у трьох випробовуваних підгрупи немає, тому тенденції себе їм протиставити або навпаки - приєднатися (в іграх, відпочинку і т.д.) не спостерігалось. В однієї з випробовуваних є сестра-близнюк, без будь-яких порушень. Випробовувана протиставляє себе сестрі, але займає при цьому менш активну, менш помітну і важливу позицію.

Ставлення до бабусі і дідуся: дані фігури сприймаються в основному позитивно. Респонденти розміщують «себе» ближче до бабусі в малюнкових завданнях, а на питання, що стосуються життєвих ситуацій практично скрізь вказують бабусю (типу «Ти збираєшся в далеку дорогу, їдеш далеко від своїх рідних. По кому б ти сумував найсильніше?»). У ситуації гіпоопікаючого стилю дитячо-батьківських відносин підлітки відчувають депривацію соціального контакту з батьківськими фігурами і в нашому випадку фігура бабусі чи дідуся носить компенсаторний характер.

Ставлення до друга: у відносинах з однолітками спостерігається позиція уникнення. Це видно на малюнковому матеріалі, коли практично всі респонденти відзначають себе далеко від всіх, або взагалі в будинку (де не промальований чоловічок). Відповідаючи на питання, що стосуються безпосередньої взаємодії з однолітками підлітки не виявляють агресивності або прямого протесту, намагаються залишитися непоміченими.

Ставлення до вчителя: цей параметр охарактеризований підлітками досить позитивно. У малюнкових завданнях деякі розташовують свою «фігурку» ближче до вчителя, займають активну позицію. Самі зазначають, що прислухаються до того, що говорить вчитель. Подобається вчитися.

Допитливість: цей показник проявляється в наступному - підлітки не відзначають себе явно залученими до активної колективної діяльності (ігри), але в ситуаціях, що зображують спокійний навчальний процес відзначають себе ближче до вчителя або в центрі.

Прагнення домінувати: практично не виражене.

Товариськість: показник виражений слабо, підлітки у виборах вибирають віддаленість від групи.

Відгородженість: явно виражений фактор. Крім тих ситуацій, які зображують процес навчальної діяльності, більше ні в одній ситуації підлітки себе не помістили в центр подій.

Адекватність: соціальна адекватність поведінки відповідає високим показникам. Тобто, в ситуаціях, які відображають адекватність поведінки, підліток проявляє досить критичне і коректне ставлення.

Методика дослідження типу дитячо-батьківських відносин PARI дозволяє нам визначити такий показник, як «ставлення до сімейної ролі». Він характеризується відчуттям самопожертви в ролі матері, незадоволеністю роллю господині будинку, залежність і несамостійність матері.

Ставлення батьків до дитини характеризується низьким розвитком партнерських відносин, ігноруванням активного розвитку дитини, ухилення від контакту з дитиною.

Таким чином, стає очевидним, що в рамках нашої наукової роботи необхідно провести кореляційний аналіз між показниками, які, на наш погляд, детермінують механізмами дисгармонійного розвитку особистості дитини з ДЦП.

Метод рангової кореляції Спірмена дозволяє визначити тісноту (силу) і напрям кореляційного зв'язку між двома ознаками або двома профілями (ієрархіями) ознак.

Для підрахунку рангової кореляції необхідно розташовувати двома рядами значення, які можуть бути проранжовані. У нашому випадку такими рядами значень є дві ознаки, виміряні в одній і тій же групі випробовуваних.

В експериментальній частині ми безпосередньо використовуємо дві ознаки - стиль дитячо-батьківських відносин і рівень тривожності. При цьому у нас є дві вибірки, поділені за стилями дитячо-батьківських відносин. Значить, в першій групі маємо 5 випробовуваних (ми маємо на увазі під терміном "випробовуваний" - дитину і маму, оскільки вони знаходяться в прямій взаємодії і чинять взаємовплив один на одного), а в другій - шестеро. Таким чином, ми дотримуємось вимог критерію.

Розрахунок коефіцієнта рангової кореляції відбувається за такою формулою:

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum (d^2)}{N \cdot (N^2 - 1)}$$

При цьому, зв'язок достовірний, якщо $r_{S \text{ эмп}} \geq r_{S 0,05}$.

В нашому випадку, використовуючи таблицю критичних значень маємо достовірний зв'язок $r_{S \text{ кр}} = 0,94$ при $\rho=0,05$, $n=5$ (кількість випробовуваних).

У другому випадку, використовуючи таблицю критичних значень одержали достовірний зв'язок $r_{S \text{ кр}} = 0,85$ при $\rho=0,05$, $n=6$ (кількість випробовуваних).

Висновки до третього розділу

Наша емпірична робота спрямована на комплексне і системне психологічне вивчення особистості дитини, яка страждає на ДЦП. Дослідження самооцінки, рівня тривожності та адекватності розвитку ВПФ приводить нас до висновку, що особлива увага має бути приділена також і середовищу, в якому виховується дитина. Дослідження включило в себе також вивчення дитячо-батьківських взаємин, усвідомлення дитиною свого місця в шкільному колективі, серед однолітків, а також в сімейній ієрархії.

Комплексне дослідження особистісних особливостей дітей з ДЦП, а також специфіки дитячо-батьківських взаємин проводилося нами у декілька етапів.

Підсумок проведення дослідження дав нам змогу розділити експериментальну групу на дві:

1) діти, які відчувають на собі явний гіперопікуючий вплив батьківського виховання (16 осіб);

2) діти, які відчувають на собі явний гіпоопікуючий вплив батьківського виховання (14 осіб).

Логічним завершенням емпіричного дослідження ми вважаємо складання і опрацювання якісної корекційної програми. Ця програма включає в себе два блоки: робота з дітьми та батьками. Психокорекційні заняття з дітьми спрямовані на всебічний розвиток, активізацію збережених функцій, нормалізацію відносин з оточуючими. Важливим напрямком психокорекції дітей з церебральним паралічем є робота з батьками. Перед психологом стоїть завдання пом'якшити той емоційний дискомфорт, який відчувають батьки у зв'язку з важкою хворобою дитини, а також сформувані у батьків позитивні установки на активну допомогу дитині, знаходження адекватного стилю сімейного виховання дітей з ДЦП.

ВИСНОВКИ

Проведена нами робота, спрямована на вивчення особливостей розвитку дітей, які страждають різними формами дитячого церебрального паралічу, дозволяє зробити наступні висновки:

Активний розвиток клінічної психології дає змогу охоплювати і вивчати все більшу кількість дітей, які страждають психосоматичними недугами. Ми звертаємо свою увагу на психологічний розвиток цих дітей, на проблеми, пов'язані з їх дорослішанням, взаємодією з батьками, однолітками і фахівцями, які надають значну допомогу в нормалізації процесів соціалізації.

Аналіз запропонованих на сьогоднішній день літературних джерел, практичних клінічних досліджень дозволяє все активніше просуватися в напрямку вивчення психологічних особливостей дітей з ДЦП. Потрібно відзначити, що особиста взаємодія з цими дітьми, а так само їх батьками збагачена тими знаннями, які надає нам клінічна психологія як фундаментальна наука.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - це важке захворювання, що виникає у дитини в результаті ураження головного і спинного мозку на ранніх етапах її формування (внутрішньоутробному, в період пологів або в період новонародженості). Основним клінічним симптомом при ДЦП є порушення рухових функцій, крім цього, у дітей з ДЦП мають місце порушення слуху, зору, мовлення та інтелекту.

Дітям з таким серйозним захворюванням, як церебральний параліч важлива не тільки медична, а й психолого-педагогічна допомога. Їх батькам потрібно разом зі спеціалістами – соціальними педагогами, психологами, лікарями скласти єдиний комплекс впливу на дитину. Разом з тим повинна проводитися необхідна корекційна робота, спрямована на загальний розвиток дитини, попередження виникнення у неї небажаних особистісних рис, таких як упертість, дратівливість, плаксивість, невпевненість, боязкість і т.п.

Необхідно формувати пізнавальну діяльність малюка, виховувати активність і різноманітність інтересів, тим більше, що у багатьох дітей з ДЦП є потенційно збережені передумови до розвитку мислення, в тому числі і його вищих форм.

Дуже важливим є виховання глибоких навичок самообслуговування і гігієни, а також інших побутових навичок. Дитина повинна твердо знати, що вона має обов'язки, виконання яких значущі для інших членів сім'ї, і прагнути справлятися з ними. Постійне дотримання режиму, спокійна доброзичлива обстановка в сім'ї сприяють зміцненню нервової системи дитини, а також її розумовому, фізичному і моральному розвитку.

Дитину з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, як і будь-яку іншу, необхідно всіляко оберігати від психотравм. Однак її не можна постійно захищати від труднощів. Виростаючи в тепличних умовах, вона згодом виявиться безпорадною, непристосованою до повсякденного життя. У сім'ях, де виховуються діти з ДЦП, переважає або гіперопікуючий, або гіпоопікуючий стиль виховання, в залежності від чого і проявляються ті чи інші особливості дітей. Гіперопікуючий стиль виховання в сім'ї детермінує виникнення підвищеної тривожності, відчуття внутрішнього дискомфорту. Гіпоопікуючий стиль виховання в сім'ї детермінує виникнення емоційної замкнутості, заниженої самооцінки.

Дуже важливо сформувати у хворої дитини правильне ставлення до себе, до своїх можливостей і здібностей. Для цього слід багаторазово підкреслювати, що поряд з фізичними вадами у неї є великі переваги, що вона зможе багато чого досягти в житті, якщо докладе зусиль.

Деякі діти з порушеннями опорно-рухового апарату проходять дошкільний етап підготовки вдома. Інші відвідують спеціальні дитячі сади. Для більш старших організовані спеціальні школи, частина з них інтернатного типу. Навчання в них проводиться за програмами загальноосвітніх шкіл. Надалі випускники отримують можливість мати різні професії з урахуванням їх фізичних особливостей.

Наша дипломна робота спрямована не тільки на вивчення і констатацію факту наявних порушень при ДЦП, але і на комплексну психологічну роботу з дітьми та їх батьками. Тому ми звертаємо особливу увагу на соціальне середовище, в якому знаходиться дитина – на її сім'ю. Вивчення стилів дитячо-батьківських взаємин дозволяє виявити причини розвитку небажаних емоційних станів у дітей і батьків. У зв'язку із цим у нашому магістерському дослідженні особливу увагу приділено тривожності, що виникає внаслідок дисгармонійних взаємин між дітьми, що страждають на ДЦП та їх батьками.

Емпірична частина роботи в своїй основі містить висновок, що підтверджує наші робочі гіпотези: гіпотеза 1 - «гіперопікуючий стиль виховання в сім'ї детермінує виникнення підвищеної тривожності, відчуття внутрішнього дискомфорту»; гіпотеза 2 - «Гіпоопікуючий стиль виховання в сім'ї детермінує виникнення емоційної замкнутості, заниженої самооцінки». Відповідно, можна судити про необхідність корекційної роботи. Психологічна корекція є важливою ланкою всієї системи психологічної допомоги дітям з церебральними паралічами. Основна мета психокорекції – виправлення наявних порушень в психічному розвитку дітей, гармонізація їх особистості та профілактика можливих відхилень у розвитку, зумовлених як внутрішньою специфікою психічного порушення (тяжкість і структура дефекту), так і зовнішньою (фактор соціального оточення).

Доцільно організована система психокорекційних впливів сприяє позитивній перебудові ставлення батьків до хворої дитини, гармонізує сімейні відносини в цілому, а також допомагає редукції їх негативних переживань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксьонова Л. І. Соціальна педагогіка в спеціальній освіті : [навч. посіб. для студ. серед. пед. навч. закладів] / Л. І. Аксьонова. – К.: Видавничий центр «Академія», 2001. – 192с.
2. Бадоян Л. О. Дитячий церебральний параліч / Бадоян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. – К. : Здоров'я, 1998. – 427 с.
3. Брѐзе Б. Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательных школах / Брѐзе Б. – М.: Знание, 1981. – 306с.
4. Брейтман М. Я. О клинической картине детского головного паралича / Брейтман М. Я. – СПб.: Прайм, 1992. – 96с.
5. Бурлачук Л. Ф. Дослідження особистості в клінічній психології / Бурлачук Л. Ф. – К.: Школяр, 1999. – 304с.
6. Варга А. Я. Структура и типы родительских отношений : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. психол. наук : 19.00.01 „Общая психология” / Варга А. Я. – М., 2002. – 28с.
7. Вишневский В. А. О динамике психогенных депрессивных расстройств, вызванных рождением в семье больного ребенка / Вишневский В. А. // Невропатология и психиатрия. — 1994. — Вып. 4. — С. 563—567.
8. Власова Т. А. Учителю о детях с отклонениями в развитии / Власова Т. А., Певзнер М. С. – М. : Радуга, 2001. – 292с.
9. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования / Л. С. Выготский. – М. : Высшая школа, 2006. – 220с.
10. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций / Лев Семенович Выготский. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 190с.
11. Гальперин П. Я. Экспериментальное формирование внимания / Гальперин П. Я., Кобыльницкая С. Л. – М. : МГУ, 1995. – 284с.
12. Гарбузов В. І. Неврози у дітей та їх лікування / Гарбузов В. І., Захаров А. І., Ісаєв Д. М. – Львів : ЛВИ, 1999. – 302с.

13. Глейтман Г. Основы психологии / Глейтман Г., Фриндлунд А. – СПб. : Речь, 2000. – 400с.
14. Данилова Л. А. Методи корекції мовного і психічного розвитку у дітей з церебральних паралічем / Данилова Л. А. – К. : Знання, 2007. – 184с.
15. Дробович А. Б. Воспитателю о психологии и психогигиене общения / Дробович А. Б. – М., 1997. – 305с.
16. Запорожец А.В., Неверович Я.З. К вопросу о генезисе функций и структуре эмоциональных процессов у ребенка / Запорожец А. В., Неверович Я. З. // Вопросы психологии. –1993.– № 6.– С.7-9.
17. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / Захаров А. И. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000 . – 448 с.
18. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Зейгарник Б. В. – М., 2001.– 305с.
19. Ипполитова М. В. К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом / Ипполитова М. В. // Специальная школа.– 1997. – № 3. – С. 13–29.
20. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Исаев Д. Н. – СПб.: Питер, –1996.– 302 с.
21. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Кабанов М. М., Личко А. Е., Смиронов В. М. – М. : АСТ : Астрель, 2008. – 126 с.
22. Калижнюк Е. С. Психічні порушення при дитячих церебральних паралічах / Калижнюк Е. С. – К. : Просвіта, 1997 .– 78 с.
23. Катаева А. А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников / Катаева А. А., Стребелева Е.А. – М., 1991.– 200 с.
24. Кащенко В. П. Педагогічна корекція / Кащенко В. П. – К. : Міленіум, 2006. – 301с.
25. Клиническая психиатрия / [под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В Майер-Гросса, М. Мюллера]. – М. : Медицина, 1997. – 647 с.

26. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / Ковалев В. В. – М. : Мысль, 2009. – 334 с.
27. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / Ковалев В. В. – М. : Просвещение, 1995. – 223 с.
28. Корнев А. Н. Нейропсихологические методы исследования / Корнев А. Н. – СПб. : Питер, 1991. – 201с.
29. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей / Лебединский В. В. – М. : МГУ, 2005. – 125 с.
30. Леонгард К. Акцентуированные личности / Леонгард К. – К. : Лыбидь, 2005. – 97 с.
31. Листратенко Н. П. Семейные взаимоотношения и их влияние на развитие личности ребенка / Листратенко Н. П. // Воспитание и дополнительное образование, 2004 .– №3.– С.5–8.
32. Личко А. Є. Психопатії і акцентуації характеру в підлітків / Личко А. Є. – Одеса : Наука і техніка, – 1993.– 118 с.
33. Ломов Б. Ф. Методологічні і теоретичні проблеми психології / Ломов Б. Ф. – К. : Міленіум, – 2004.– 325 с.
34. Лубовський В. І. Спілкування і специфічні закономірності психіки аномальних дітей / Лубовський В. І. // Дефектологія. – 2001.– №6. – С.12–15.
35. Мамайчук І. І. Динаміка деяких видів пізнавальної діяльності в дошкільнят з церебральним паралічем / Мамайчук І. І. // Дефектологія. – 2002.– №3. – С.4–7.
36. Мамайчук И. И. Коррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / Мамайчук И. И. – СПб.: Речь, 2003. – 270 с.
37. Мамайчук И. И. Психическое развитие аномального ребенка / Мамайчук И. И. – СПб, –1995.–213 с.
38. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции / Мамайчук И. И. – СПб. : СПбГУ. – 2000. – 220 с.
39. Марова З. Ребенка воспитывает / Марова З. // Воспитание детей в неполной семье : [пер. с чешского / общ. ред. и послесл. Ершовой Н. М.]. –

М. : Прогресс, 2000. – 131 с.

40. Марцинковская Т. Д. Детская практическая психология : [учебник] / Марцинковская Т. Д. – М. : Гардарики, 2000. – 255 с.

41. Мастюкова Е. М. Особенности личности учащихся с церебральным параличом / Мастюкова Е. М. // Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М. : Педагогика. – 2005. – С. 62-144.

42. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. – М. : Академия, 1995. – 92 с.

43. Мухина В. С. Возрастная психология / Мухина В. С. – М. : Просвещение, 1997. – 259 с.

44. Мухина В. С. Изобразительная деятельность ребенка как форма усвоения социального опыта / Мухина В. С. – М. : Язык, 1999 – 156 с.

45. Мясищев В. Н. Избранные произведения / Мясищев В. Н. – М. : Просвещение, 2005. – 167 с.

46. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / Мясищев В. Н. – СПб. : Питер, 2001. – 154 с.

47. Небылицин В. Д. Основные свойства нервной системы / Небылицин В. Д. – М. : Просвещение, 1999. – 78 с.

48. Нефедова И. В. Личностные особенности и динамика психоэмоционального состояния матерей при лечении ребенка с психоневрологической инвалидностью / Нефедова И. В., Скворцов И. А., Ночевка Л. А., Дедов Н. П. // Исцеление : Альманах — М., 1995. – Вып. 2. – С. 4–7.

49. Обухова Л. Ф. Возрастная психология : [учебник] / Обухова Л. Ф. – М. : пед. общество России. – 2001. – 338 с.

50. Озерецкий М. І. Питання педагогіки та дитячої неврології / Озерецкий М. І. – К. : Дакон, 2004. – 180 с.

51. Платонов К. К. Структура и развитие личности / Платонов К. К. – М.: МГУ, 1996. – 88 с.

52. Переслени Л. И. Особенности вероятностного прогнозирования у детей в норме и патологии / Переслени Л. И. // Вопросы психологии. – 1996. – №2. – С.12–14.
53. Пиаже Ж. Избранные психологические труды / Пиаже Ж. – М. : МГУ, 1996. – 137с.
54. Платонов К. К. Занимательная психология / Платонов К. К. – М. : Просвещение, 1994. – 240 с.
55. Поппандова М. К. Исследование некоторых гностико-параксических функций у детей, страдающих церебральным параличом в связи с задачами восстановительной терапии: дис. ... кандидата мед. наук. / Поппандова М. К. – СПб, 1991. – 180 с.
56. Приходько О. Г. Воспитание и обучение детей раннего дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Приходько О. Г. // Специальная дошкольная педагогика. – М. : Академия, 2001. – Т 2, вып. 4. – С. 120-148.
57. Приходько О.Г. Специальное образование лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Приходько О. Г. // Специальная педагогика. – М. : Академия, 2000. – 190 с.
58. Пряжников Н. С. Профессиональное и личностное самоопределение / Пряжников Н. С. – М. : Воронеж, 1996. – 120 с.
59. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования : [учебное пособие для студентов ВУЗов]. / Е. И. Аратамонова, Е.В. Екжанова / под. ред. Е.Г. Силяевой. – М. : Академия, 2002. – 192 с.
60. Раттер М. Помощь трудным подросткам / Раттер М. –М. : Просвещение, 1997. – 90 с.
61. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании : [учеб. пособие]. / Рогов Е. И. – М. : ВЛАДОС, 1996. – С. 185–190.

62. Романова Е. С. Психологическая диагностика развития школьников в норме и патологии / Романова Е. С., Усанова О. С. – М., 2000. – 168с.
63. Рубинштейн С. Я. Психология умственно-отсталого школьника / Рубинштейн С. Я. – М. : Академия, 1999. – 170с.
64. Рудестам К. Групповая психотерапия / Рудестам К. – СПб. : Мысль, 1998. – 68 с.
65. Семаго Н. Я. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Семаго Н. Я., Семаго М. М. – М. : МГУ, 2000. – 203 с.
66. Семенова К. А. Детские церебральные параличи / Семенова К. А. – Минск : Слово, 2001. – 97 с.
67. Семенова К. А. Лечение двигательных расстройств при детском церебральном параличе / Семенова К. А. – М. : ЭКСМО, 1999. – 108 с.
68. Семенова К. А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я. – М. : Медицина, 1997. – 202 с.
69. Семенова К. А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом / Семенова К. А., Махмудова Н. М. – Ташкент : ЭКСМО, 1999. – 165 с.
70. Семья в психологической консультации. Опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А. А. Бодалева. – М. : Мир, 1992. – 210 с.
71. Сидоренко Л. В. Методи математичної обробки в психології / Сидоренко Л. В. – Суми : СНПУ, 2002. – 350 с.
72. Спиваковская А. С. Нарушение игровой деятельности / Спиваковская А. С. – М. : Речь, 2001. – 134 с.
73. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов / Спиваковская А. С. – М. : Академия, 1998. – 96 с.
74. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского невроза / Сухарева Г. Е. – М. : МГУ. – Т.1. – 1995. – 78 с.

75. Суходольський Г. В. Основи математичної статистики для психологів / Суходольський Г. В. – Луганськ : ЛГУ, 2005. – 428 с.
76. Тюрин А. В. Профессиональная ориентация инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы [метод. пособ.] / Тюрин А. В. – М. : МИИ, 1999. – 102 с.
77. Узун О. В. Про соціальну адаптацію випускників шкіл-інтернатів для дітей з ДЦП / Узун О. В. // Дефектологія, 2003. – №4. – С.8–11.
78. Урбах В. Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях / Урбах В. Ю. – М.: Медицина, 1995. – 200 с.
79. Фрейд З. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов / Фрейд З. : [пер. с англ. Франкова З. Д.]. – СПб. : Наука, 1995. – 160 с.
80. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы / Фрейд А. : [пер. с нем. Щеглова В. А.]. – М. : Культура, 1993. – 50 с.
81. Футер Д. С. Заболевание нервной системы у детей / Футер Д. С. – М. : Медицина, 1999. – 130 с.
82. Халілова Л. Б. Основні напрямки лексичної роботи в спеціалізованій школі щодо дітей з церебральним паралічем / Халілова Л. Б. // Дефектологія, 1996. – №5. – С. 46-58.
83. Хейсерман Э. Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка: оценка интеллектуального, сенсорного и эмоционального развития / Хейсерман Э. – М. : Наука, 2004. – 215 с.
84. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. / Хорни К. – М., 1998. – 160 с.
85. Цукер М. Б. Основи невропатології дитячого віку / Цукер М. Б. – Харків : ХНМУ, 2001. – 233 с.
86. Чавес С. Социально-психологические особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом : автореф. дис. канд. психол. наук. / Чавес С. – СПб., 1992.– 20 с.

87. Шамарин Т. Г. Можливості відновлювального лікування дитячого церебрального паралічу / Шамарин Т. Г., Белова Г. І. – К. : Наукова книга, 1999. – 124 с.
88. Шванцара Й. Диагностика психического развития / Шванцара Й. : [пер. с чешского Курима С. Д.] – Прага, 1998. – 98 с.
89. Шипіцин Л. М. Спеціальна освіта у розвитку / Шипіцин Л. М. – Луганськ : ЛНПУ, 1996. – 52 с.
90. Шипіцина Л. М. Спілкування та спеціальна освіта: інтеграція та диференціація / Шипіцина Л. М., Назарова Н. // Спеціальна педагогіка. – К. : Слово, 2000. – С.15–19.
91. Шипицина Л. М. Детский церебральный паралич / Шипицина Л. М., Мамайчук И. И. – СПб. : «Дидактика Плюс», 2001. – 196 с.
92. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия / Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. – М. : АСТ : Астрель, 1992. – 195 с.
93. Эйдинова М. Б. Детские церебральные параличи и пути их преодоления / Эйдинова М. Б., Правдина-Винарская Е. Н. – М. : Свет, 1998. – 247 с.
94. Эльконин Д. Б. Психология игры / Эльконин Д. Б. – М. : Наука, 1998. – 130 с.
95. Юнг К.Г. Конфликты детской души / Юнг К.Г. : [пер. с нем. Асмолов А. Г.]. – М. : Мир, 1994. – 336 с.
96. Barker Ph. Basic family therapy.– London., 1981.– 98 p.
97. Black D. Depression in children/ Brit. Mef.– J., 1987. –№ 65.–102p.
98. Oswin M. Behavior problems among children with cerebral palsy. –Bristol., 1967.– 134 p.