

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І. Я. ФРАНКА
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М. П. ДРАГОМАНОВА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

АНДРЕЙКО Богдана Володимирівна

УДК 159. 942-022.334-055.52:159.922.76 + 043.5

ДИСЕРТАЦІЯ

**НЕСПРИЯТЛИВИЙ ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ ЯК
ЧИННИК ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ**

Спеціальність 19.00.08 – спеціальна психологія

Подається на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Б. В. Андрейко

Науковий керівник

Островська Катерина Олексіївна, доктор психологічних наук, професор

Київ – 2018

АНОТАЦІЯ

Андрейко Б.В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 19.00.08 «спеціальна психологія» – Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. – Київ, 2018.

Дисертаційне дослідження присвячено вивченню особливостей, порушення та корекції емоційних станів батьків дітей раннього віку з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку. Представлені основні засади та аспекти до оцінювання особливостей та чинників порушення психоемоційної сфери батьків.

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення та експериментальне вивчення емоційної сфери батьків, як суб'єктів сімейного виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Наведено результати аналізу теоретичних досліджень зазначеної проблеми, окреслено категорії порушень психофізичного розвитку у дітей, емоційні стани в структурі стадій адаптації батьків до народження дитини з порушенням у розвитку та систематизовано чинники, які детермінують емоційні стани у батьків, які виховують дитину з особливими освітніми потребами. Встановлено, що одним із значних кризових чинників для всієї сім'ї є народження неповносправної дитини чи набуття нею неповносправності.

Визначено ефективні способи та засоби корекції та зміни емоційних станів та переживань батьків дітей раннього віку з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку. На основі виявлених особливостей емоційної сфери батьків розроблено та апробовано комплексну двоблочну програму психологічної та психотерапевтичної допомоги, яка охоплює етапи діагностичної, психокорекційної, психотерапевтичної та консультативної

роботи щодо профілактики та корекції порушення емоційних станів у батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку. Отримані результати статистично підтверджують ефективність проведеної психокорекційної та психотерапевтичної роботи.

Констатовано, що емоційна сфера батьків, характеристика сім'ї, особливо емоційні стани та переживання (тривога, депресія, шок, почуття провини, агресія, фрустрація, тривожність, прийняття дитини, мотив до соціального спілкування тощо), вміння врегулювати свою психоемоційну сферу, вміння виходити з кризових ситуацій, ставлення до дитини, психічне і фізичне виснаження, що переростає у хронічну втому є визначальними чинниками у адаптації батьків до народження дитини з особливими потребами. Узагальнено та аргументовано, що проблемою суспільної ізоляції батьків і відсутності соціального мотиву спілкування у період виховання дитини з порушенням психофізичного розвитку повинні займатися психологи та корекційні педагоги. Проте діюча в Україні система медичного обслуговування не розрахована на надання батькам первинної психологічної та психотерапевтичної допомоги.

Розроблено комплекс діагностичних процедур та методичне забезпечення для виявлення особливостей психоемоційної сфери та проблеми порушення емоційних станів батьків дітей з психофізичними порушеннями. Особливості психоемоційної сфери батьків виокремлено та згруповано в шість блоків: "соціально-психологічні" (мотив соціальний: зниження мотивації і зміни в сфері соціального спілкування, допомога та прийняття від суспільства); "особистісно-психологічні" (активність, властиві особистості деструктивні тенденції, фізична агресія, непряма агресія, ригідність, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини); "психофізіологічні" (хронічна втома батьків, симптоми фізіологічного дискомфорту); "особливості сім'ї" (повна-неповна сім'я, взаємодопомога у сім'ї, емоційний взаємозв'язок); "батьківське ставлення" (прийняття-неприйняття, кооперація, симбіоз, контроль, "малий невдаха"); та

“діагноз дитини чи наявність порушення розвитку”, що виступає основним чинником порушення емоційних станів батьків дитини раннього віку з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку.

На підставі порівняльного аналізу показників емоційної сфери батьків здорових дітей та батьків дітей з особливими потребами виявлено статистично значущі відмінності між показниками, що є підтвердження гіпотези про те, що несприятливий прогноз розвитку дитини впливає на емоційні стани батьків. Виявлено, що у батьків дітей з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку, у порівнянні з батьками здорових дітей, більше виражено почуття провини, роздратованість, підозрілість, фізична агресія, фрустрація, хронічна втома, фізичний та когнітивний дискомфорт, тривожність, депресія і значно нижчі показники самопочуття та настрою. Доведено, що одним із чинників порушення емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами є наявність/відсутність діагнозу захворювання. Для батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку раннього віку, у порівнянні з батьками дітей середнього дошкільного віку, характерні вищі показники порушення емоційної сфери, непрямой агресії та агресивності, негативізму та суттєво нижчі показники самопочуття і настрою. В свою чергу, у батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку середнього дошкільного віку вищий рівень, у порівнянні з батьками дітей раннього віку, почуття провини, фрустрації, також більше прийняття дитини та симбіозу.

Встановлено, що для батьків дітей з психофізичними порушеннями раннього віку порушення емоційної сфери пов'язано з негативізмом, зниженням настрою, підвищенням тривожності і депресії. Доведено, що зростання рівня тривожності у батьків дітей психофізичними порушеннями раннього віку підвищує рівень їх роздратування, образи, підозрілості, почуття провини, фізичного дискомфорту. З ростом хронічної втоми знижується загальний настрій батьків, але зростає їх прагнення інфантилізувати дитини, приписати йому особисту й соціальну несформованість.

Встановлено, що народження дитини з порушеннями психофізичного розвитку супроводжується фрустрацією, почуттям образи, підозрлістю, ворожістю, тривожністю, ригідністю та депресивністю. При цьому у батьків спостерігається хронічна втома, що обумовлюється фізичним та когнітивним дискомфортом, зниженням мотиву соціального спілкування, й відповідно призводить до зниження загальної активності, однак зростання агресивних проявів у вигляді вербальної та фізичної агресії, негативізму. Прийняття дитини з порушеннями психофізичного розвитку такою, якою вона є, для батьків дітей раннього віку є процесом поступовим, іноді батьки можуть вважати дитину тягарем, поганою, навдахою. Це, в свою чергу, може викликати почуття провини та формувати особливе батьківське ставлення до дитини.

Виокремлено чинники порушення емоційного стану батьків. Встановлено і статистично доведено, що вагомими детермінантами і основними факторами порушення емоційного стану батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку є: наявність і постановка остаточного діагнозу, яка в окремих сім'ях може тривати від народження дитини і до п'яти років через наявність множинних комплексних порушень; почуття провини, яке переслідує батьків і породжує негативні і деструктивні емоційні стани; фрустрація і хронічна втома, яку відчувають і переживають батьки в період виховання особливої дитини.

На основі виявлених особливостей емоційної сфери батьків обґрунтовано та апробовано комплексну програму психологічної та психотерапевтичної допомоги батьків дітей раннього віку з психофізичними порушеннями. Програма включала два блоки: 1) психолого-консультативний і діагностичний; 2) психотерапевтичний (заняття проводилися в групі, індивідуально та сімейно в парі) та реалізовувалася поетапно: діагностичний, психокорекційний, психотерапевтичний та консультативний етапи роботи щодо профілактики та корекції емоційних станів у батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку. Перший блок – психологічна

допомога батькам у групі психологічної підтримки батьків (реалізувалася шляхом використання технік сімейного та індивідуального психологічного консультування), методика Керол Саттон – робота з “важкою поведінкою” дитини. Другий блок передбачав допомогу батькам дітей з порушеннями психофізичного розвитку в групі психологічної підтримки батьків, яка реалізовувалася з використанням короткотермінової психотерапії, зосередженої на вирішенні проблеми.

Результати контролю експерименту засвідчили, що після проведеної психотерапевтичної роботи у батьків покращився настрій, знизилася тривожність та депресія, значно покращилося прийняття дитини, симбіозу, кооперації, знизилася значення хронічної втоми, фізичного та когнітивного дискомфорту, збільшився мотив соціального спілкування та взаємодії. Доведено ефективність експериментальної програми психокорекції емоційних станів батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає в тому, що:

- *уперше* виділено особливості психоемоційної сфери батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку; науково обґрунтований клініко-психологічний підхід до вивчення порушення та корекції емоційного стану батьків дитини раннього віку з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку; визначено діагностичні показники до оцінювання емоційної сфери батьків та емпірично встановлено залежність часу встановлення діагнозу та порушення емоційного стану батьків; розроблено та обґрунтовано комплексну програму профілактики та корекції порушень емоційних станів у батьків дітей раннього віку з психофізичними порушеннями;

- *удосконалено* психодіагностичний інструментарій з вивчення психоемоційної сфери батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку;

- *подальшого розвитку* набуло забезпечення психотерапевтичного супроводу батьків дітей з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку для корекції та зміни порушення емоційних станів батьків.

Практичне значення роботи полягає у тому, що результати дослідження можуть бути використані у викладання навчальних курсів у системі вищої освіти “Загальна психологія”, “Соціальна психологія” (стигматизація), “Спеціальна психологія”, “Корекційна педагогіка”, “Психологічне консультування”, “Психологічна служба”, “Корекційна педагогіка” та на курсах підвищення кваліфікації. Апробований комплекс психодіагностичних методик та авторська комплексна програма можуть бути використані практикуючими психологами (зокрема спеціалістами психологічних служб навчальних закладів) у процесі психоконсультативної, психокорекційної, психотерапевтичної роботи, спрямованої на покращення емоційного стану батьків дітей з особливими потребами; у психотренінговій практиці.

Подальшою перспективою для дослідження можуть стати соціально-психологічні детермінанти, сімейні та родинні чинники емоційних станів інших груп досліджуваних, наприклад, батьків дітей з сенсорними чи соматичними порушеннями.

Ключові слова: психоемоційна сфера, емоційний стан, ранній дошкільний вік, порушення психофізичного розвитку, психокорекція, психотерапія.

ANNOTATION

Andreyko B.V. Unfavorable prognosis for the development of a child in an early age as a disturbance factor for the emotional state of parents. - Qualification scientific work as a manuscript.

The thesis for obtaining the Ph.D (Psychology) degree (Doctor of Philosophy) in specialty 19.00.08 "Special Psychology" - National Pedagogical Dragomanov University. – Kiev, 2018.

The dissertation research is dedicated to the study of the peculiarities, disorders and correction of emotional states of parents with children of an early age with an unfavorable prognosis of psychophysical development. The main principles and aspects for the assessment of the characteristics and factors of violation of the psychoemotional sphere of parents are presented.

The thesis makes a theoretical generalization and experimental study of the emotional sphere of parents as subjects of family upbringing of children with disabilities of psychophysical development. Effective methods, means for correcting and changing the emotional states and experiences of parents with children of an early age that have an unfavorable prognosis of psychophysical development were determined. A complex two-part program for psychological and psychotherapeutic assistance covering the stages of diagnostics, psycho-correctional, psychotherapeutic and advisory work on prevention and correction of emotional disorders in parents of children of an early age with disabilities of psychophysical development was developed based on the revealed features of the emotional sphere of parents. The results obtained statistically confirm the effectiveness of psycho-correctional and psychotherapeutic work that was done.

It was stated that the emotional sphere of the parents, characteristics of the family, the emotional states and experiences in particular (such as anxiety, depression, shock, feeling of guilt, aggression, frustration, acceptance of the child, motive for social communication etc.), the ability to regulate their psycho-

emotional sphere, their ability to get out of crisis situations, the attitude towards the child, mental and physical exhaustion, growing into chronic fatigue were listed as determining factors in adaptation of parents to the upbringing of a child with special needs. It was generalized and reasoned that the problem of social isolation of parents and the lack of a social motive for communication during the upbringing of a child with disabilities in psychophysical development should be dealt with by psychologists and correctional educators. However, the current system of medical care in Ukraine is not designed to provide the parents with primary psychological and psychotherapeutic assistance.

The set of diagnostic procedures for identifying the peculiar characteristics of the psycho-emotional sphere and problems of disturbing the emotional states of parents of children with psychophysical disorders was developed. Peculiarities of the psycho-emotional sphere of parents were allocated and grouped into six blocks: "socio-psychological" (social motive: reduction of motivation and changes in the sphere of social communication, help and acceptance from society); personally psychological" (activity, destructive tendencies inherent to the person, physical aggression, indirect aggression, rigidity, irritation, negativism, resentment, suspicion, verbal aggression, feeling of guilt; "psycho-physiological" (chronic fatigue of parents, symptoms of physiological discomfort); "special characteristics of a family" (full or incomplete family, mutual help in the family, emotional connection); "parental attitude" (acceptance or rejection, cooperation, symbiosis, control, "little loser"); and "the diagnosis of the child or the presence of a disruption" acting as the main factor of disturbance of emotional conditions for parents of the child of early age with an unfavorable forecast of psychophysical development.

On the basis of a comparative analysis of emotional parameters of parents of healthy children and of parents of children with special needs, statistically significant differences between the indicators were found, confirming the hypothesis that an unfavorable prognosis of a child's development affects

emotional states of the parents. It was revealed that parents of children with an unfavorable prognosis of psychophysical development expressed more guilt, irritation, suspicion, physical aggression, frustration, chronic fatigue, physical and cognitive discomfort, anxiety, depression and significantly lower health indicators and mood in comparison with parents of healthy children. It was confirmed that one of the factors of violation of the emotional sphere of parents of children with special needs is the presence / absence of a diagnosis for the illness. Parents of children of an early age with disabilities of psychophysical development have typically higher rates of emotional disorders, indirect aggression and aggressiveness, negativism and significantly lower levels of well-being and mood in comparison with the parents of children of middle preschool age. In turn, the parents of children with disabilities of psychophysical development in the middle preschool age have high level of guilt and frustration as well more acceptance of the child and symbiosis compared with the parents of children of the young age.

It was stated that parents of children with psychophysical disorders in early age have their emotional disorders associated with negativism, decreased mood, increased anxiety and depression. It was proven that the increase of the anxiety level in parents of children with psychophysical disorders of an early age raises their level of irritation, resentment, suspicion, feelings of guilt and physical discomfort. Following the growth of chronic fatigue, the general mood of parents decreases, but their desire to infantilize the child, attributing him personal and social unformedness, is growing.

Factors for disturbing the emotional condition of parents were eliminated. It has been established and statistically proved that the important determinants and main factors of emotional disorder of parents of children with psychophysical development disorders are: the presence and setting of the final diagnosis, which can last from the birth of a child and up to five years in individual families due to the presence of multiple complex disorders; a sense of guilt that persecutes parents and engenders negative and destructive emotional states; frustration and chronic

fatigue that parents experience and feel during the upbringing of a special child. On the basis of the revealed features of the emotional sphere of parents, a complex two-part program of psychological and psychotherapeutic care. Various forms of psychological work with them are aimed at successfully overcoming the destructive states' parents: individual and family counseling, psychotherapeutic and group work, presented in stages in the author's program of psychological and psychotherapeutic care parents of children with special needs.

Based on the elicited features of the emotional sphere of parents, a comprehensive program of psychological and psychotherapeutic care for parents of children of young age with psychophysical disorders has been substantiated and approved. The program included two parts: 1) psychological counseling and diagnostic; 2) psychotherapeutic (classes were conducted in a group, individually and in family in pairs) and was implemented in stages: diagnostic, psycho-correctional, psychotherapeutic and consultative stages of the mentioned activity for prevention and correction of emotional states in parents of children of young age with disabilities of psychophysical development.

The results of the control of the experiment had shown that after the psychotherapeutic work the parents had their mood improved, the anxiety and depression were decreased, the child's acceptance, symbiosis and cooperation improved significantly, the values of chronic fatigue, physical and cognitive discomfort decreased, and the motive for social communication and interaction were increased. The effectiveness of the experimental program of psycho-correction of emotional states for parents of children of early age with disabilities of psychophysical development was proved.

The scientific novelty and theoretical significance of the research is the following:

-for the first time, the peculiarities of the psychoemotional sphere in parents of children of young age with disabilities in psychophysical development have been allocated; the clinical and psychological approach to the study of the

disturbance and correction of the emotional state for parents of a child of early age with an unfavorable prognosis of psychophysical development were scientifically substantiated; diagnostic indicators for assessing the emotional sphere of parents were determined and the dependence of the time of diagnosis with the violation of the emotional state of parents was empirically established; a comprehensive program for the prevention and correction of emotional disorders in parents of children of young age with psychophysical disorders was developed and justified;

- psychodiagnostic set of tools for studying the psycho-emotional sphere of parents of children of young age with disabilities in psychophysical development *has been improved*;

- *further development* was given to the provision of psychotherapeutic support for parents of children with an unfavorable prognosis of psychophysical development for the correction and improvement of the emotional states of the parents that were disturbed.

The practical significance of the work is that the results of the research can be used for preparation of the following special courses in the system of higher education: "General Psychology", "Social Psychology" (stigmatization), "Special Psychology", "Correctional Pedagogy", "Psychological Counseling", "Psychological Service", "Correctional Pedagogy" and for advance vocational trainings. The set of psychodiagnostical methods and the original integrated program have been tested and could be used by practical psychologists (specialists of psychological services of educational institutions in particular) during the process of psychological counselling, psycho-correctional and psychotherapeutic work aimed at improving the emotional state of parents of children with special needs; in psychological training practice as well.

A further perspective for research could be the socio-psychological determinants, family and family line factors of emotional states of other groups of subjects, for example, for parents of children with sensory or somatic disorders.

Key words: psychoemotional sphere, emotional state, early preschool age, disorders of psychophysical development, psychocorrection, psychotherapy.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації.

Статті у вітчизняних періодичних фахових виданнях:

1. Андрейко Б.В. Особливості психоемоційних станів у вагітних жінок // Наукові записки. Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Т. 5, вип. 26. 2005. С. 89-98.

2. Андрейко Б.В. Пренатальні аспекти спілкування матері і дитини як двох абсолютних комунікативних партнерів // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: зб. наук. праць «Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету». Вип. 38. 2007. С. 259-260.

3. Андрейко Б.В. Соціальні проблеми, що детермінують емоційні стани батьків дитини з порушенням розвитку // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: психологічні науки. Вип.1. 2016. С. 156-160.

4. Андрейко Б.В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Т. 3. Вип. 11. 2015. С. 201-218.

5. Андрейко Б.В. Основні аспекти формування класифікації порушення розвитку дитини // Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Вип. 33. 2016. С. 24-34.

6. Андрейко Б.В. Психологічна допомога батькам дітей з порушенням розвитку // «Психологія і особистість»: зб. наук. праць, Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка. № 2 (10), ч. 2. 2016. С. 58-64.

7. Андрейко Б.В., Химко М.Б. Психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами та робота з проблемною поведінкою // Психологічний часопис. Науково-практичний журнал Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. №. 2(4). 2016. С. 31-43.

8. Андрейко Б.В., Островська К.О. Статистичні результати ефективності програми психологічних послуг для батьків дітей з особливими потребами у групах “взаємодопомоги” // Психологічний часопис. Науково-практичний журнал Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. № 5(9). 2017. С. 117-128.

9. Андрейко Б.В., Островська К.О. Психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами з використанням короткотермінової терапії зосередженої на вирішенні BSFT//Психологічний часопис. Науково-практичний журнал Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. № 1(5). 2017. С. 5-17.

Статті у зарубіжних періодичних фахових виданнях

10. Andreyko B.V. The emotional state of parents in the structure of the stages of the experience of having a child with developmental disabilities // Journal of education culture and society. Wroclaw University. VOL 6, № 2. 2016. С. 150-157.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

Матеріали конференцій:

11. Андрейко Б.В. Психоемоційні зміни жінки у період вагітності // мат-ли ІІ Міжн. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених (8-9 квітня 2005 р.). Львів: ЛьвЛНУ ім. І. Франка, 2005. С. 18–19.

12. Андрейко Б.В. Взаємозв’язок терміну вагітності та тривоги // мат-ли Міжн. конф. з дитячої та юнацької психотерапії (26-27 травня 2006 р.). Львів: ЛьвЛНУ ім. І. Франка, 2006. С. 19–21.

13. Андрейко Б.В. Вплив психогенних факторів на психоемоційні стани жінок у період вагітності // мат-ли наук.-практ. звітної конф. кафедри психології філософського факультету Львівського національного університету імені Івана Франка (20 січня 2007 р.). Львів: ЛьвЛНУ ім. І. Франка, 2007. С. 23–24.

14. Андрейко Б.В. Дитина з особливими потребами в сім'ї і соціумі // мат-ли Всеукр. наук.-практ. конф. з нагоди 25-річчя кафедри психології (11-12 листопада 2016 р.). Львів: Університетська книга, 2016. С. 7–10.

15. Андрейко Б.В. Психологічна допомога батькам дітей з особливими потребами // мат-ли Міжн. наук.-практ. конф. Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України (29-30 жовтня 2015 р.). Київ: Логос, 2015. С. 40–43.

16. Андрейко Б.В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку // мат-ли III наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених, кафедра психології, студентське науково-практичне товариство Львівського національного університету імені Івана Франка, (11-12 травня 2016 р.). Львів: Університетська книга, 2016. С. 3–5.

17. Андрейко Б.В. Соціально-психологічні проблеми батьків дітей з особливими потребами // Індивідуальний супровід дітей з особливими потребами: роль НРЦ у процесі інклюзивної освіти: мат-ли наук.-практ. конф. 29–30 вересня 2016 р. Львів: Університетська книга, 2016. С. 9–13.

18. Андрейко Б.В. Моделі психологічної допомоги родинам осіб з психофізичними порушеннями, спрямовані на зміну та корекцію емоційних станів та переживань // мат-ли наук.-практ. звітної конф. кафедри корекційної педагогіки та інклюзії факультету педагогічної освіти Львівського національного університету імені Івана Франка, 2017 р. Львів: Університетська книга, 2017. С. 26-28.

19. Андрейко Б.В. Важливість створення груп “взаємодопомоги” для батьків дітей з особливими потребами // мат-ли наук.-практ. звітної конф. кафедри психології філософського факультету Львівського національного університету імені Івана Франка, 2017 р. Львів, 2017. С. 12–13.

20. Андрейко Б.В. Програма психологічних послуг для батьків дітей з особливими потребами у групах “взаємодопомоги” // Тенденції розвитку інклюзивної освіти в Україні: комплексний підхід: мат-ли Наук.-практ. конф. 28 лютого-1 березня 2017 р. Львів: ЛьвЛНУ ім. І.Франка, 2017. С. 6–8.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	19
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ	
1.1. Наукові підходи до вивчення терміну несприятливий прогноз розвитку дитини.....	27
1.2. Соціально-психологічні проблеми, що детермінують емоційні стани батьків дітей з особливими освітніми потребами.....	41
1.3. Емоційні стани батьків в структурі стадій переживання та адаптації до народження дитини з особливими освітніми потребами.....	61
Висновки до першого розділу.....	84
РОЗДІЛ II. ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ВИВЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ БАТЬКІВ ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ	
2.1. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження, опис емпіричних показників.....	89
2.1.1. Обґрунтування вибору і опис методичного інструментарію емпіричного дослідження.....	95
2.1.2. Загальна характеристика групи досліджуваних.....	101
2.2. Особливості емоційної сфери батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку	109
2.3. Аналіз кореляційних зв'язків показників емоційних станів батьків дітей з особливими освітніми потребами раннього віку.....	127
2.4. Факторна модель порушення емоційних станів батьків дітей з особливими освітніми потребами раннього віку.....	135
2.5. Опис показників та інтерпретація результатів з проєктивно-діагностичних методик.....	138
Висновки до другого розділу.....	145

РОЗДІЛ ІІІ. КОРЕКЦІЯ ТА ЗМІНА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ТА ПЕРЕЖИВАНЬ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

3.1. Психологічна та психотерапевтична допомога батькам дітей з особливими освітніми потребами, спрямована на зміну емоційних станів та переживань.....	150
3.2. Концепція нової парадигми послуг, психологічної та психотерапевтичної допомоги для батьків дітей з особливими освітніми потребами.....	158
3.2.1. Перший блок - програма психологічної допомоги батькам дітей з особливими потребами. Група психологічної підтримки батьків.....	160
3.2.2. Другий блок допомоги батькам дітей з особливими потребами - психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими освітніми потребами з використанням короткотермінової терапії, що зосереджена на вирішенні проблеми.....	167
3.2.3. Концепція проведення короткотермінової терапії у відкритих групах.....	172
3.3. Аналіз ефективності психокорекційної та психотерапевтичної роботи з батьками дітей з особливими освітніми потребами.....	175
Висновки до третього розділу.....	186
ВИСНОВКИ.....	190
ЛІТЕРАТУРА.....	193
ДОДАТКИ.....	215

Вступ

Актуальність дослідження. Проблема збереження людського життя в Україні набуває дедалі більшої актуальності, особливо коли йдеться про життя дитини. Останнім часом спостерігається зростання випадків народження дітей із вродженими аномаліями, також набутими у внутрішньоутробному періоді та іншими тяжкими спадковими хворобами, що часто призводять до їх інвалідизації та смерті. В Україні частота дитячої інвалідності за останнє десятиріччя збільшилася в два рази (С.Гецько). Зростання хронічної та поєднаної патології призвело до поглиблення процесу інвалідизації дитячого населення.

В останні десятиліття значна увага фахівців була приділена тому, як відбивається присутність дитини з особливими потребами на функціонуванні її сім'ї – і, зворотньо, як характеристики сім'ї визначають розвиток дитини та її майбутнє. Загальне усвідомлення, що “неповносправна” дитина як така не існує сама собою, насправді є сім'я, в якій є дитина з “неповносправністю”, привело до розвитку якісно нової моделі послуг, головним об'єктом турботи якої стала не окрема дитина, а вся її сім'я. Перехід від біомедичної моделі реабілітації до сімейно-центрованих програм був спричинений глибоким усвідомленням, що неповносправність дитини – велике випробування для сім'ї. Випробування, яке викликає сильні емоційні реакції в усіх її членів, створює джерела стресу та додаткові завдання для сім'ї, змінює стосунки між членами родини та її стосунки із соціальним оточенням (О.Романчук). Однією з основних передумов адекватного розвитку дитини з порушеннями розвитку є виховування в емоційно сприятливому та стабільному соціальному середовищі. На думку фахівців найбільше значення для формування особистості має морально-психологічний клімат родини (О.Гаврилов, С.Миронова, Є.Клопота, В.Синьов, Є.Синьова, С.Федоренко, Л.Фомічова, М.Шеремет, Д. Шульженко та ін.).

Діюча в Україні система медичного обслуговування не розрахована на надання батькам первинної психологічної допомоги, консультації стосовно ставлення до хвороби або порушень розвитку дитини, повної інформації про наслідки для дитини та сім'ї (І.Іванова, К.Островська, М.Химко). На рівень емоційного напруження, який переживають батьки, також впливає й те, як проходив процес діагностування проблем, пов'язаних з функціонуванням дитини, і в який спосіб була подана інформація про порушення розвитку (Е.Пісула, Т.Соловйова, В.Ткачова).

Спираючись на погляди вітчизняних та зарубіжних вчених у вирішенні проблеми психологічної підтримки батьків дітей з порушенням розвитку, варто акцентувати увагу на емоційному стані батьків, сприйнятті ними своєї хворої дитини, її непередбачуваної поведінки (Дж. Блейшер, О.Богданишина, І.Іванова, М.Карпа, Є.Клопота, Е.Кублер-Рос, Е.Мастюкова, К.Островська, Е.Пісула, П.Рендал, О.Романчук, Н.Северенчук, М.Селігмен, М.Химко, Е.Шухардт). Порушення емоційного стану батьків сприяє неадекватному ставленню до хвороби дитини, що в майбутньому може призвести до неправильного виховання та педагогічної занедбаності дитини. Саме тут вітчизняними психологами визначено важливу роль ранньої психокорекційної роботи та психологічного супроводу родини, яка має дітей з порушенням розвитку.

Ряд досліджень (В.Вишневецький, М.Ліванг, І.Лоуренс, Р.Майрамян, І.Мамайчук, О.Романчук, Г.Саліван, Н.Уолтон, М.Химко) підтверджують, що характеристика сім'ї, особливо емоційні стани, вміння врегулювати свою психоемоційну сферу та виходити з кризових ситуацій, ставлення до дитини, психічне й фізичне виснаження, яке переростає у хронічну втому, є визначальними чинниками щодо прогнозу розвитку дитини, її виховання та соціалізації. З огляду на вище зазначене, вкрай важливим є вивчення саме емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами. Тому спеціально організована рання психологічна підтримка дуже важлива для сімей дітей з порушеннями психофізичного розвитку, зокрема і через недостатню

толерантність нашого суспільства. Також соціальні інститути: медичні, освітні, органи соціального захисту, що покликані забезпечити допомогу сім'ї, яка опинилася у важкій ситуації, самі часто є додатковим травмуючим чинником для батьків (І.Іванова). Емоційні стани, почуття та переживання батьків (тривожність, депресія, шок, почуття провини, агресія, фрустрація, неприйняття дитини, відсутність мотиву до соціального спілкування, наявність хронічної втоми та відсутність чіткого діагнозу у дитини з порушенням розвитку) вимагають наукових досліджень, на результатах яких буде сформована психологічна та психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами.

З огляду на те, що проблематика порушення емоційних станів та їх чинників у батьків дітей з особливими потребами, які існують в структурі стадій переживання та адаптації до народження дитини з порушенням у розвитку, залишається недостатньо розробленою, однак теоретично та практично цінною, її дослідження варто трактувати як важливе й актуальне, що зумовило вибір теми дисертаційної роботи “Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків”.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження здійснювалось в межах науково-дослідницьких тем кафедри психології філософського факультету Львівського національного університету імені Івана Франка «Багатовимірність особистості: психологічний ракурс» (номер держреєстрації № 0112U003261) та з 20 квітня 2015 р. – «Психологічні детермінанти розвитку особистості в умовах соціально-політичної трансформації українського суспільства» (номер держреєстрації № 0115U003560). Тема дисертаційної роботи була затверджена на засіданні Вченої ради Львівського національного університету імені Івана Франка (протокол № 13/12 від 30.12.2015 р.) та узгоджена в міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук (протокол № 41 від 01.02.2017 р.).

Об'єкт дослідження – емоційна сфера батьків як суб'єктів сімейного виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Предмет дослідження – порушення і корекція емоційного стану батьків дитини раннього віку з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку.

Мета дослідження – визначити особливості емоційних станів та розробити комплексну програму психологічної та психотерапевтичної допомоги батькам, які виховують дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку.

Досягнення мети передбачає розв'язання таких **завдань** дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів, у яких висвітлюється питання особливостей психоемоційної сфери та проблеми порушення емоційних станів батьків дітей з психофізичними порушеннями.
2. Розробити методичний комплекс для дослідження особливостей психоемоційної сфери батьків.
3. Визначити особливості та чинники порушення емоційних станів батьків дітей раннього та дошкільного віку з психофізичними порушеннями.
4. Розробити та апробувати комплексну програму щодо профілактики та корекції порушень емоційних станів у батьків дітей раннього віку з психофізичними порушеннями.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: концептуальна база сучасної спеціальної психології, методологічні та методичні підходи до оцінювання психічного розвитку дитини, новітні психокорекційні технології (Л.Борщевська, Т.Ілляшенко, Л.Кузнецова, О.Мастюкова, І.Мамайчук, К.Островська, В.Синьов, Є.Синьова, Н.Семаго, О.Усанова, Л.Фомічова, Л.Шипіцина, Д.Шульженко); фундаментальні поняття про загальні та специфічні закономірності дизонтогенезу, класифікаційні критерії порушення розвитку (Т.Власова, Д.Ельконін, Л.Занков, К.Лебединська, В.Лебединський, В.Лубовський, М.Певзнер, В.Синьов, І.Соловйов, Н.Стадненко, Г.Сухарєва, Ж.Шиф та ін.); концепції

утворення емоційних станів в структурі стадій переживання батьками трагедії народження неповносправної дитини (Дж. Блейшер, М.Ірвін, Л.Кеннел, М.Клаус, Е.Кублер-Рос, М.Семаго і Р.Майромян); концепції психології сімейної взаємодії (А.Варга, Е.Ейдемільер, І.Нікольська, А.Столін, А.Твардовські, Е.Шоплер,); принципи гуманістичної та сімейної психології (Е.Ейдемільер, К.Роджерс, В.Сатір).

Для досягнення мети і розв'язання поставлених завдань використано такі **методи дослідження**:

- *теоретичні*: аналіз, синтез, порівняння, класифікація, узагальнення, систематизація концептуальних положень, метод теоретичного моделювання з метою визначення стану розробленості проблеми та перспективних напрямів її вирішення;

- *емпіричні*: спостереження, бесіда, анкетування, психодіагностичне тестування із застосуванням стандартизованих тестів-опитувальників, констатувальний і формувальний експеримент – з метою з'ясування особливостей психоемоційної сфери та проблеми порушення емоційних станів батьків дітей з психофізичними порушеннями, розробки та перевірки комплексної програми психологічних та психотерапевтичних послуг;

- *математико-статистичні* методи: описова математична статистика, порівняльний аналіз (t-критерій Ст'юдента), кореляційний, факторний, регресійний аналізи. У формуючому експерименті було використано критерій Вілкоксона, що дає змогу зафіксувати зміни, що відбулися в результаті впливу після проведеної психологічної та психотерапевтичної роботи у групі батьків дітей з особливими потребами.

В дисертаційному дослідженні було використано наступні *діагностичні методика*: сімейна соціограма (О.Черемісін і Е.Ейдемільер), модифікований варіант методики, запропонованої В.Ткачовим; методика діагностики показників і форм агресії (А.Басса і А.Дарки); методика діагностики психічних станів (тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності Г.Айзенка); диференційована самооцінка психічного стану

(В.Доскін, Н.Лаврентьєв, М.Мирошников, В.Шарай), також під назвою оцінка функціонального стану “САН”; методика на визначення рівня тривожності і депресії (за редакцією А.Прохорова); методика діагностики батьківського ставлення (А.Варга, В.Століна); методика на визначення рівня хронічної втоми (А.Леонова); якісний біографічний метод та аналіз тексту (методики: “лінія життя”, “моя автобіографія”).

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося на базі Львівської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату I-II ст. «Довіра», благодійного фонду Львівського центру підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце», СЗШ № 67, СЗШ №32, СЗШ № 66, СЗШ “Надія” та садочку №3 в м. Пустомити. Частина констатувального та формувального експерименту в повному обсязі проводився у організованій нами групі “Психологічної взаємодопомоги” на базі Школи “Надія” м. Львова, та на базі центрів комплексної допомоги сім’ям ГО”Справа Кьольпінга в Україні”.

Дослідно-експериментальною роботою було охоплено 241 особа. Загалом досліджувану групу на констатувальному етапі дослідження склали 116 сімей (191 особа): 40 сімей (71 особа) батьків здорових дітей; 40 сімей (60 осіб) батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку; 36 сімей (60 осіб) батьків дітей дошкільного віку з порушеннями психофізичного розвитку. Досліджувану групу на етапі формувального експерименту склали 30 сімей (50 осіб), що виховують дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає в тому, що:

- *уперше* виділено особливості психоемоційної сфери батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку; науково обґрунтований клініко-психологічний підхід до вивчення порушення та корекції емоційного стану батьків дитини раннього віку з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку; визначено діагностичні показники до

оцінювання емоційної сфери батьків та емпірично встановлено залежність часу встановлення діагнозу та порушення емоційного стану батьків; розроблено та обґрунтовано комплексну програму профілактики та корекції порушень емоційних станів у батьків дітей раннього віку з психофізичними порушеннями;

- *удосконалено* психодіагностичний інструментарій з вивчення психоемоційної сфери батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку;

- *подальшого розвитку* набуло забезпечення психотерапевтичного супроводу батьків дітей з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку для корекції та зміни порушення емоційних станів батьків.

Практичне значення дослідження роботи полягає у тому, що результати дослідження можуть бути використані у викладання навчальних курсів у системі вищої освіти “Загальна психологія”, “Соціальна психологія” (стигматизація), “Спеціальна психологія”, “Корекційна педагогіка”, “Психологічне консультування”, “Психологічна служба”, “Корекційна педагогіка” та на курсах підвищення кваліфікації. Апробований комплекс психодіагностичних методик та авторська комплексна програма можуть бути використані практикуючими психологами (зокрема спеціалістами психологічних служб навчальних закладів) у процесі психоконсультативної, психокорекційної, психотерапевтичної роботи, спрямованої на покращення емоційного стану батьків дітей з особливими потребами; у психотренінговій практиці.

Особистий внесок автора у роботах, написаних у співавторстві, полягає в аналізі психолого-клінічних підходів до особливостей психоемоційної сфери та проблеми порушення емоційних станів батьків дітей з психофізичними порушеннями [11-50%]; обґрунтуванні методів діагностики психоемоційної сфери батьків дітей з психофізичними порушеннями [1-50%]; узагальненні результатів експериментального дослідження особливостей психоемоційної сфери та проблеми порушення

емоційних станів батьків дітей з психофізичними порушеннями [7-50%, 12-50%].

Апробація та впровадження результатів дисертаційного дослідження. Основні результати роботи доповідалися та обговорювалися на 10 науково-практичних конференціях. Результати дослідження було *впроваджено* в корекційно-розвивальну роботу таких закладів: спеціалізована школа-інтернат м. Києва № 26 (довідка № 48 від 22 лютого 2017р.); центр комплексної допомоги сім'ям ГО «Справа Кьольпінга в Україні» м. Львова (довідка № 32 від 24 січня 2017р.); Благодійний Фонд допомоги дітям з аутизмом та розладами мовлення «Квіти Життя» м. Харків (довідка № 7/0,2 від 23. Лютого 2017); приватний заклад Харківська загальноосвітня школа I–II ступенів «спектр» (довідка № 4 від 20 лютого 2017).

Публікації. Зміст дисертаційного дослідження відображено в 20 публікаціях, з них 9 статей у наукових фахових виданнях, а також 1 публікація в колективній монографії та 10 тез доповідей. З поданого переліку 7 одноосібних статей та 3 статті у співавторстві опубліковано у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, з них 1 одноосібна стаття опублікована у закордонному періодичному виданні, включеному до міжнародної науко-метричної бази Index Copernicus.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 229 найменувань, з яких 60 – іноземними мовами та 30 додатків. Загальний обсяг дисертації становить 235 сторінок, основний зміст роботи викладено на 186 сторінках. У дисертації подано 4 таблиці, 38 рисунків, що займають 10 сторінок.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

1.1. Наукові підходи до вивчення терміну несприятливий прогноз розвитку дитини

За даними ООН, у світі налічується приблизно 450 мільйонів людей з порушеннями психічного та фізичного розвитку. Це становить 1/10 частину жителів нашої планети (з них близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями). Більш того, в нашій країні, як і в усьому світі, спостерігається тенденція зростання числа дітей-інвалідів. В Україні частота дитячої інвалідності за останнє десятиріччя збільшилася в два рази [125].

В умовах складної демографічної ситуації проблема збереження людського життя в Україні набуває дедалі більшої актуальності, особливо коли йдеться про життя новонародженої дитини. Забруднення довкілля та загострення несприятливої екологічної ситуації унаслідок Чорнобильської катастрофи, недотримання здорового способу життя, незбалансоване харчування, погіршення матеріальних умов населення, тягар накопичених генетичних дефектів негативно впливають на генофонд України. Останнім часом це виявляється в неухильному зростанні випадків народження дітей із вродженими аномаліями та іншими тяжкими спадковими хворобами, що часто призводять до інвалідації і смерті. Сучасні генетичні дослідження засвідчують, що розвитку багатьох вроджених вад можна запобігти, а долю уражених ними дітей покращити [164].

Зростання хронічної та поєднаної патології призвело до поглиблення процесу інвалідації дитячого населення. На сьогодні проблема дітей-інвалідів в Україні набуває особливого значення у зв'язку з постійним зростанням їх частки в структурі дитячого населення [157, с. 4].

Розробці концептуальної бази сучасної спеціальної психології, методологічних і методичних підходів оцінювання психічного розвитку дитини, пошукові новітніх психокорекційних технологій нині присвячують дослідження відомі психологи спеціальної освіти Л. Фомічова, Л. Борщевська, Т. Ілляшенко, І. Мамайчук, О. Мастюкова, Л. Кузнєцова, К. Островська, М. Семаго, Н. Семаго, Є. Синьова, Т. Сак, В. Сорокин, О. Усанова, Л. Шипіцина, та багато інших [139; 13; 46; 48; 67; 68; 69; 71; 72; 73; 74; 90; 91; 113; 118; 119; 124; 128; 129; 159; 160].

Класифікаційні критерії й уявлення, а також основні аспекти з питань порушення розвитку та виховання дитини з особливими потребами досліджували і описали В. Астапов, І. Іванова В. Лапшин і Б. Пузанов, В. Лебединський, Є. Мастюкова, І. Наказна, К. Островська [4; 5; 39; 40; 41; 54; 55; 71; 72; 73; 74; 80; 80; 93; 91; 92; 96; 128; 129].

Сутність та класифікація порушень психофізичного розвитку, а також комплексні порушення декількох функцій є одними із основних аспектів у проблематиці постановки діагнозу. На нашу думку, неможливо допомогти батькам не знаючи, що відбувається з їхньою дитиною, які у неї порушення, як це впливає на сім'ю в цілому. Суб'єктом корекційної освіти, на який спрямоване вивчення, виховання, навчання й корекційна психолого-педагогічна допомога, є сім'я дитини з вадами психофізичного розвитку. Відповідно виділяють наступні *категорії порушень психофізичного розвитку у дітей*:

- 1) виразні та сталі порушення *слухової* функції (глухі, слабчуючі, пізно оглухлі діти);
- 2) виразні порушення *зору* (сліпі, слабкозорі діти);
- 3) важкі *мовленнєві* порушення (діти-логопати);
- 4) стійкі порушення *інтелектуального* розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи (розумово відсталі діти);
- 5) затримка *психічного* розвитку (діти із ЗІТР);

б) порушення *опорно-рухового* апарату (діти з вадами опорно-рухового апарату);

7) *емоційно-вольові* розлади (діти з вадами емоційно-вольової сфери);

8) *комплексні порушення* декількох функцій (сліпоглухі діти; діти, в яких вади зору, слуху, опорно-рухового апарату поєднуються із розумовою відсталістю) [18; 34; 44; 55]. У понятійно-термінологічному словнику зі спеціальної педагогіки дається наступне визначення: діти з вадами психофізичного розвитку – це діти, які мають суттєві відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими або набутими дефектами, і потребують спеціальних умов навчання й виховання

Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку – це термін, який позначає і включає в себе вади, розлади та порушення у розвитку дитини, які в свою чергу бувають різного генезу, ступеня важкості та характеру протікання, але через ранній термін не можуть бути визначені однозначно і поставлені, як діагноз. Несприятливий прогноз розвитку у період вагітності ставиться на основі показників певних розладів і уражень після проведення пренатальних (показники-маркери) і прінатальних скринінгів. Проте, новонародженій дитині не завжди можна поставити зразу об'єктивний і кінцевий діагноз, окрім цього до одних порушень розвитку часто долучаються супутні розлади. Порушення у розвитку, які вже виявлені у дитячому віці та незважаючи на їх причини виникнення, такій дитині і її батькам доводиться жити і з останніх сил боротися із певним захворюванням, не знаючи при цьому точного діагнозу та не маючи встановленої інвалідності. Проблема починається із несприятливого прогнозу розвитку дитини, а саме із розуміння, що існує порушення розвитку. Важливим аспектом в розумінні даної проблематики є період невизначеності та емоційна напруга, яку відчують батьки відповідно до несприятливого прогнозу розвитку дитини (наявність порушення розвитку та відсутність діагнозу). Саме тому, першочерговим завданням дисертаційного дослідження є – пошук і науковий аналіз класифікацій порушення розвитку дитини. Даний

аналіз є науковим підходом до вивчення терміну – несприятливий прогноз розвитку дитини. Актуальність і цінність такої інформації повинна у майбутньому пришвидшити постановку діагнозу дитині раннього віку і зменшити психотравмуючу ситуацію у сім'ї. Адже, саме батьки і найближчі родичі найбільше страждають, переживають і вболівають за здоров'я своєї дитини. Необхідно зрозуміти, що після постановки діагнозу або визначення сфери порушення розвитку чи системи ураження, пришвидшується надання дитині необхідного лікування і відповідно покращення її стану а також покращення психоемоційного стану батьків.

Вперше, як про заперечення наявності прогнозу захворювання чи реальності неповносправності говорив Дж. Блейшер (1984) [173, с. 55-68]. Автор проаналізував стадії адаптації до народження дитини з особливими потребами. Можна зробити висновок, що в окремих випадках, батьки не маючи чіткого діагнозу, але знаючи, що існує порушення розвитку у дитини, намагаються заперечити наявність прогнозу захворювання, що може вплинути на майбутній розвиток дитини.

І. Іванова також виявила, що існує кризова стадія встановлення діагнозу. Сім'я, яка виховує дитину з обмеженими психофізичними можливостями, дитину, якій встановлено інвалідність, або хронічно хвору дитину, проходить життєві стадії, так звані, як адаптація до народження дитини з порушенням у розвитку. Перша стадія – *народження дитини встановлення діагнозу*: виявлення хвороби або вади, встановлення діагнозу, емоційне пристосування до нової ситуації, інформування інших членів сім'ї. Народження здорової дитини очікують всі в родині. Народження дитини з вадами розвитку стає справжньою трагедією для батьків, створюється важка психотравмуюча ситуація в сім'ї. *Період встановлення діагнозу може варіювати від пів року до п'яти років* [40, с. 45]. Надалі автор описує стадії усього періоду життя дитини і її сім'ї, а саме: програма розвитку для дитини, вступ у відповідний заклад з урахуванням потреб дитини, пошук професії для неповносправної дитини та ін..

Схожі результати дослідження показує В. Ткачева, яка виділяє періоди і “важкоподолані” кризові стани в родинях, які виховують дітей з фізичними відхиленнями: народження хворої дитини (0-3 року); період постановки її діагнозу (3-5 років); період підтвердження попереднього діагнозу, визначення програми навчання (7-9 років); перший рік навчання в школі; перехід у старші класи; пубертатний період; період професійної орієнтації; вирішення проблем особистого життя [47, с. 245]. Як бачимо з джерел період постановки діагнозу може тривати від народження до п’яти років.

Однією з причин відсутності чіткого діагнозу є *комплексні порушення декількох функцій*. Ця категорія дітей характеризується поєднанням двох чи навіть декількох виразних психофізичних порушень: зору, слуху, мовлення, рухового й пізнавального розвитку. Наприклад, сліпоглухі діти; діти, в яких вади зору, слуху чи опорно-рухового апарату поєднуються із розумовою відсталістю або затримкою психічного розвитку. Класифікації дитячих аномалій набувають вагомого значення для визначення закладу та планування індивідуальної програми спеціальної корекційно-педагогічної допомоги [13; 18; 19; 54; 98].

Для прикладу, проаналізуємо дітей з *органічними ураженнями нервової системи* (входять у категорії порушень психофізичного розвитку у дітей): в яких від народження до 3 років характер виявлення розладів і їх протікання дуже різний, а також супроводжується різними *супутніми розладами*. Клінічна настанова покладена в основу розробки уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) по реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, що затверджується МОЗ України, описує дитячий церебральний параліч та супутні симптоми., а також період постановки діагнозу [157, с. 5]. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це збірна група стійких не прогресуючих рухових синдромів (парези, паралічі, гіперкінези, атаксія), поєднані з психічними, мовленнєвими порушеннями, рідше епілептичними випадками, ліквородинамічними розладами, патологією зору, слуху, інших органів та систем або без них, які є наслідком

органічного ураження центральної нервової системи в пренатальному, інтранатальному та ранньому неонатальному періоді. Тому реабілітаційні заходи повинні бути спрямовані на корекцію не лише рухових порушень, але й супутньої симптоматики, які виникають у дітей з органічним ураженням нервової системи [214, с. 47-57]. Діагноз ДЦП зазвичай встановлюється в кінці першого – третього року життя дитини за умови сформованого дефекту в руховій системі [157, с. 6].

Л. Виготський у загальних питаннях спеціальної психології стверджує, що поняття *розумової відсталості* є найбільш невизначеним і складним поняттям спеціальної педагогіки. Єдине, що не викликає сумніву: розумова відсталість є поняттям, яке охоплює змішану групу дефектів [19; 20]. Нагадаємо, що однією із категорій порушень психофізичного розвитку у дітей є – стійкі порушення інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи (розумово відсталі діти). В. Лебединський розкриваючи проблему діагностики розумової відсталості констатує, що при органічних пошкодженнях мозку у дитячому віці, поряд з порушенням одних систем, спостерігається недорозвиток інших, функціонально пов'язаних з порушеними. Поєднання явищ порушення з недорозвитком створює більш широкий характер відхилень, які не вкладаються в чіткі межі топічної діагностики [55]. Автор також розкриває поняття “порушення розвитку”, як співвідношення симптомів дизонтогенезу і хвороби.

Сутність феномену порушеного розвитку

Сутність та класифікація порушень психофізичного розвитку, комплексні порушення декількох функцій та супутні розлади, а також вік дитини є одними із основних аспектів у проблематиці постановки діагнозу та присвоєнні дитини статусу інвалідності.

Основу медико-соціальної моделі інвалідизації становить таксономія порушень, обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності. Відхилення від норми у біологічному стані людини визначається терміном

“порушення”. Порушення – це будь яка втрата чи аномалія психологічної, фізіологічної, чи анатомічної структури або функції. Вважається, що термін “порушення” більш ємкий, ніж “вада” і “розлад”, тому що вміщує не тільки розлади і дефекти а й інші аномалії – втрату органа, кінцівок, частин тіла. До поняття “порушення” входить також аномалії розумової діяльності. Як один із аспектів порушення розглядається функціональне обмеження [40, с. 23].

Починаючи від середини ХІХ ст., коли вперше було порушено питання про потребу онтогенетичного підходу, ідеї розвитку отримали новий зміст, вони уточнювалися і збагачувалися в межах різних галузей психології. У середині ХХ ст. поширені були вчення, за якими розкривалася сутність і пояснювалися загальні та специфічні закономірності розвитку як феномену, порушувалися проблеми його детермінації (причинності), витоків і рушійних сил, фаз розвитку, його рівнів (Б. Ананьєв, А. Брушлінський, Л. Виготський, О. Запорожець, О. Леонтєв, О. Лурія, Г. Россолімо, С. Рубінштейн та ін.).

У працях Т. Власової, Д. Ельконіпа, Л. Занкова, К. Лебединської, В. Лебединського, В. Лубовського, М. Певзнер, В. Синьова, І. Соловйова, Н. Стадненко, Г. Сухарєвої, Ж. Шиф та інших отримали подальший розвиток фундаментальні поняття про загальні та специфічні закономірності дизонтогенезу, класифікаційні критерії й уявлення, специфіку динаміки розвитку дітей з різними варіантами відхилень у розвитку.

Проаналізувавши останні дослідження, можна зробити висновок, що з огляду на предмет спеціальної психології найточніше визначення порушеного розвитку дали В. Сорокін та Л. Шипіцина, Л. Кузнецовой та ін [124; 159; 160]. Проблематикою з питань порушення розвитку та виховання дитини з особливими потребами досліджували і описали В. Астапов, І. Іванова В. Лапшин і Б. Пузанов, В. Лебединський, Є. Мастюкова, І. Наказна, К. Островська [4; 5; 39; 40; 41; 54; 55; 71; 72; 73; 74; 80; 80; 93; 91; 92; 96; 128; 129].

Однією з головних проблем теорії спеціальної психології є пояснення сутності феномену порушеного розвитку. Virізняючи суттєві

характеристики феномену порушеного розвитку (дизонтогенезу), різні автори пропонують різноманітні пояснення і назви, що фіксують, на їх думку, найсуттєвіші його ознаки, порівняно з нормальним розвитком. На сьогодні, у спеціальній психології та корекційній педагогіці, широко використовуються такі поняття, як аномальний розвиток, ненормальний розвиток, недостатній розвиток, дефектний розвиток, порушений розвиток, ненормативний розвиток, обмежений розвиток, нестандартний розвиток, відставання в розвитку, недостатній розвиток, негармонійний розвиток, субнормальний розвиток тощо, а також такі словосполучення, як діти з обмеженими можливостями в розвитку, діти з проблемами в розвитку, діти з особливим розвитком, діти з порушеннями розвитку. У таких прикладах хоча й фіксуються різні характеристики дизонтогенезу, але найчастіше вони не розкриваються у формі розгорнутого визначення [113].

Так, В. Петрова й І. Белякова стверджують, що діти з відхиленнями в розвитку – це ті, в кого у зв'язку з фізичними або психічними дефектами є певні порушення у процесі приймання, переробки й використання інформації, яку вони отримують від навколишнього світу [98, с. 4]. Загалом із цим визначенням можна погодитися, але відкритим залишається запитання: на якому рівні відбувається порушення процесів приймання і переробки інформації, чи притаманні вони лише для зазначеної категорії дітей. В.В. Лебединський також розкриває поняття “порушення розвитку” - як співвідношення симптомів дизонтогенезу і хвороби [55].

Термін "дизонтогенез" уперше використав Г. Швальбе у 1927 р. Цим поняттям він окреслив відхилення внутрішньоутробного формування структур організму від їх нормального розвитку. У подальшому термін "дизонтогенія" набув ширшого значення. Його почали використовувати для позначення різних форм порушень онтогенезу (від гр. *ontos* — єство, *genesis* — походження, процес розвитку індивідуального організму від народження до кінця життя).

З огляду на предмет спеціальної психології найточніше визначення дали В. Сорокін та Л. Шипіцина. Під поняттям сутності "порушеного розвитку слід розуміти розвиток звичайний, але такий, що відбувається у незвичайних (несприятливих) умовах, патогенна сила яких переважає над компенсаторними можливостями індивіда, не порушуючи при цьому цілісності психіки, модифікуючи лише рівень її опосередкованості. Унаслідок цього відносно стійко змінюються параметри і аспекти мікрогенезу (когнітивні, емоційні, регуляторні), що спричинює трансформації у процесі вікового розвитку. Передусім це виявляється у гальмуванні процесу соціалізації, тобто у засвоєнні культурно-історичного досвіду. Саме тому діти з ознаками ушкодженого розвитку потребують спеціальної медико-соціальної та психолого-педагогічної допомоги [124, с. 122.].

У праці Л. Кузнецова, Л. Переслени, Л. Солнцева "Основи спеціальної психології" є пояснення відхилень у розвитку: "Це особливі стани, що виникають переважно у дитячому і підлітковому віці під впливом різних груп факторів (органічної або функціональної природи), виявляються у затриманому або дуже своєрідно вираженому психосоціальному розвитку, що ускладнює соціально-психологічну адаптацію, включення в освітній простір і подальше професійне самовизначення" [88, с. 10]. Л. Виготський розробив теорію складної структури аномального розвитку, яка означає, що дефект не призводить до випадіння чи порушення якоїсь однієї функції, а відображається на всьому розвитку дитини. Структура аномального розвитку складається із *первинного дефекту (ядра)*, викликаного певним хворобливим фактором, і *вторинних та супутніх порушень*, що виникають під впливом первинного дефекту у процесі розвитку дитини. Всі структурні компоненти є взаємозалежними, окрім того вторинні ускладнення пов'язані з дією середовищних факторів у розвитку психіки дитини.

Класифікувати порушення розвитку дитини раннього віку необхідне і першочергове завдання у сфері корекційної педагогіки, спеціальної

психології, педіатрії. Адже у майбутньому це дає змогу пришвидшити постановку діагнозу дитині раннього віку і зменшити психотравмуючу ситуацію у сім'ї. Після визначення сфери порушення розвитку чи системи ураження пришвидшується надання дитині необхідного лікування і відповідно покращення її стану а також покращення психоемоційного стану батьків.

Класифікація порушення розвитку у дитячому віці. Порушення – це функціональне обмеження інваліда, що спричинене *фізичними, інтелектуальними чи сенсорними вадами*. Кожна з нище перелічених класифікацій вивчається окремим напрямом в сфері наук медицини, психології (спеціальної психології), педагогіки, логопедії.

У педагогіці діти з вадами фізичного і розумового розвитку класифікуються залежно від основ дефекту. В. Лапшин і Б. Пузанов виділяють такі категорії [54, с. 21]:

- Діти з порушенням слуху;
- Діти з порушенням зору(сліпі,слабкозорі);
- Діти з важкими порушеннями мови (логопати);
- Діти з порушенням інтелектуального розвитку (розумово відсталі,діти із затримкою психічного розвитку);
- Діти з комплексними порушеннями психофізичного розвитку (сліпоглухонімі, сліпі і розумово відсталі, глухі і розумово відсталі та ін.);
- Діти з порушеннями опорно-рухового апарату.

В. Астапов виділяє категорії дітей з вадами розвитку залежно від порушень аналізаторних систем і мови: діти з порушенням слуху, зору, рухової діяльності, мови, порушення інтелектуального розвитку, затримкою психічного розвитку, викривленим психічним розвитком [5].

Є. Мастюкова термін “відхилення в розвитку” використовує для дітей з народження з різними захворюваннями, включаючи органічні (аутизм, розумова відсталість), сенсорні (глухота, сліпота) [73, с. 104].

Характер обмеження життєдіяльності дитини, специфіка патологічного стану по різному впливає на загальну психологічну і духовну атмосферу сім'ї. Це виявляється в особливостях життєдіяльності родини, стилі життя, взаємостосунках батьків і родичів з дитиною, а сім'ї – з найближчим соціальним оточенням. Тому важливо класифікувати сім'ю залежно від характеру захворювання і патологічного стану дитини, а саме такі сім'ї, де є діти [40, с. 79-86.]:

- з порушеннями слуху і мови (глухі, такі що недочувають, такі, хто втратив слух, логопати);
- з порушенням зору (сліпі, слабкозорі);
- з порушенням інтелектуального розвитку (розумово відсталі, діти із затримкою психічного розвитку);
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- з комплексними порушеннями психофізичного розвитку (сліпоглухонімі, сліпі і розумово відсталі, глухі і розумово відсталі, ДЦП з розумовою відсталістю та ін.);
- з психоневрологічними захворюваннями.
- із хронічними соматичними захворюваннями;

Зауважимо, що не кожна дитина з проблемами здоров'я чи порушеннями фізичного і (або) психічного розвитку вважається аномальною, а лише та, вади якої відображаються на усьому розвитку дитини (складна структура аномального розвитку за Л. Виготським) і перешкоджають засвоєнню культурного досвіду (і традиційної освіти водночас) у звичайних умовах життя й виховання. Найбільш поширеними синонімами до терміну “аномальні діти” на часі є такі: діти з вадами (порушеннями) психофізичного розвитку; діти, що потребують корекції психофізичного розвитку; діти з особливими освітніми потребами; діти з обмеженими можливостями життєдіяльності, неповносправні діти. У освітній галузі України найбільш прийнятними є два перших терміни. Дітей з вадами психофізичного розвитку поділяють на декілька категорій. У науковій літературі існують різні

класифікації, наприклад, залежно від галузі застосування чи мети поділу. Найбільш поширеною у корекційній освіті є класифікація дитячих аномалій за видом порушення, оскільки саме з урахуванням цього визначаються зміст і методи роботи з дитиною, добирається заклад для неї та форма організації навчання і виховання [13].

Проведений науковий аналіз виявив *ототожнення термінології у науковій літературі*, стосовно людей з проблемами у психофізичному стані, що призводить до дискримінації їх прав і принижує людську гідність. У науковій літературі дітей з вадами фізичного та розумового розвитку, хронічно хворих дітей та дітей з патологічними станами визначають як “аномальних”, “неповноцінних”, “дітей-інвалідів”, “дітей з особливими потребами”, “дітей із спеціальними потребами”, “дітей із труднощами у навчанні”, “дітей з обмеженнями”, “дітей з обмеженими розумовими та фізичними можливостями”, “дітей з обмеженими психофізичними можливостями”, “дітей з функціональними обмеженнями”, “дітей з особливими потребами у розвитку”, “дітей, які знаходяться у особливо складних і у надзвичайних умовах” [4; 8; 11; 34; 39; 40; 41; 45; 52; 109; 115; іванова 116; 117; 118; 119]. Враховуючи усю колоритність і різноманітність перелічених наукових визначень, необхідно розглянути термінологію не тільки медичну аї “батьківську” і безпосередньо ставлення самих інвалідів до термінів. Багато досліджень і спостережень свідчать, що батьки дітей з вадами з обуренням, болюче сприймають негативну лексику, що застосовується стосовно їхніх доньок і синів. Тому на противагу офіційній науці, яка продовжує називати дітей аномальними і неповноцінними, батьки вживають термін: “неповносправний”, “діти з особливими потребами”, “люди з обмеженими фізичними можливостями” тощо.

Уперше рух за гуманізацію термінології щодо дітей з вадами фізичного та розумового розвитку почала Міжнародна організація інвалідів (Disabled Peoples' International – DPI), створена у 1980-1981 роках, щоб привернути увагу людей до інвалідів у всьому світі. сьогодні організація налічує

представництва у 110 країнах світу [182; 40]. За її ініціативи розроблено соціальну модель інвалідності, в контексті якої визначено поняття “порушення” й “інвалідність”. Порушення – це функціональне обмеження інваліда, що спричинене фізичними, інтелектуальними чи сенсорними вадами [40, с. 13].

В розумінні термінології існує проблематика *перекладу*. Зокрема, в англійській мові слово “інвалід” майже не вживається, його можна знайти при оцінці якості дослідних методик і процедур. Вважається, що вживання цього слова стосовно людей з проблемами у психофізичному стані дискримінує їх права і принижує людську гідність. В англійській мові використовують слово “disability”, що означає нездатність – стан фізичного або розумового розладу [179, с. 150]. Більше того, останнім часом частіше вживається термін “children with disabilities”(діти з нездатностями), замість “disabled children” (нездатні діти). У Швеції замість “handikappede” (дефективна дитина) використовується термін “barnet met handicap” (дитина з порушенням). У перекладах на російську, а потім українську мову “disability” “handikappede” вживаються, як терміни інвалідність непрацездатність [40]. На нашу думку, такий неоднозначний або недосконалий переклад призводить до початкових етапів “стигми”.

Відповідно до прогресивних вітчизняних і зарубіжних психолого-педагогічних досліджень і рекомендацій ООН і ЮНІСЕФ наукова термінологія не повинна призводити до стигматизації дітей, адже використання термінів з негативними семантичними навантаженнями створює додаткову психотравмуючу ситуацію для дитини та її батьків, акцентує увагу на протиставленні понять “норма” і “аномальність”. І вже у 1998 році дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) в регіональній моніторинговій доповіді “освіта для всіх” виокремлюють дітей-інвалідів і дітей з порушенням психофізичного розвитку в одну категорію “діти з особливими потребами” [85, с. 56 - 61]. На нашу думку, це найбільш гуманний і однозначний термін. І вже в останні роки спостерігається тенденція до

гуманності, на сьогодні в літературі широко використовують лише терміни: діти з особливими потребами, діти з порушенням розвитку, діти з психофізичними розладами [24; 92; 95; 93; 126; 133; 144;].

Задля конкретизації порушення розвитку поряд з вищезгаданими термінами в кандидатській дисертації використовується термін „діти з психофізичними вадами” (ПФВ), що згадується в ряді нормативних документів України, зокрема в законі України „Про освіту” (1991). Діти з ПФВ – це діти, які мають суттєві відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, що зумовлені вродженими або набутими дефектами, і потребують спеціальних умов навчання та виховання [127, с. 25].

Проте, термін діти з особливими потребами, також з 1991 року використовується у нормативних та правових документах України. Конституція України гарантує право кожного громадянина на доступність якісної освіти. Це в повній мірі повинно стосуватися й дітей з *особливими потребами*, до яких належать діти з проблемами фізичного та розумового розвитку з психоневрологічними захворюваннями. Право дітей з особливими потребами на рівний доступ до освіти закріплене в універсальних документах з прав дитини та міжнародних документах з питань прав інвалідів. Зокрема: Конвенція ООН про права дитини, прийнята 20 листопада 1989 року, ратифікована Постановою Верховної Ради України від 27 лютого 1991 року, (витяг) *Стаття 23*: 1. Держави-учасниці визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства [33].

І вже з 2001 р. ми спостерігаємо, що Всеукраїнський фонд „Крок за кроком” спільно з Міністерством освіти і науки України та Інститутом спеціальної педагогіки АПН України започаткував: науково-педагогічний експеримент «Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство *дітей з особливостями психофізичного розвитку* шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх закладах» (2001 – 2007 р.) [18].

З вище переліченої термінології та класифікації порушення розвитку, ми спостерігаємо тенденцію до ототожнення *термінів діти з особливими потребами і діти з порушенням психофізичного розвитку*.

Проаналізувавши наукові підходи до вивчення терміну несприятливий прогноз розвитку дитини, можна зробити висновок, що це розуміння наявності порушення розвитку дитини, який через різні причини не переріс у діагноз та інвалідність (основні з яких комплексні порушення декількох функцій та супутня симптоматика у дітей раннього віку).

1.2. Соціально-психологічні проблеми, що детермінують емоційні стани батьків дітей з особливими потребами

Однією з основних передумов адекватного розвитку дитини з порушенням розвитку є виховання в емоційно сприятливому і стабільному соціальному середовищі. Родина є одним із таких оточень, саме тут відбувається закладання майбутніх основ і навичок, необхідних для успішного існування людини в навколишньому світі. На думку фахівців, найбільше значення для формування особистості має морально-психологічний клімат родини [46, с. 244].

Батьки формують основну соціальну групу, яка найбільший період часу впливає на виховання та формування особистості дитини. Сучасна сім'я в середньому займається дитиною близько 20 років. У дітей з інвалідністю цей термін є дещо довшим, проте, досить часто сім'я опікується такою дитиною протягом усього життя [147, с. 44].

Одним із значних кризових чинників для всієї сім'ї є народження неповносправної дитини, чи набуття нею неповносправності (Н. Бастун, І. Іванова, І. Калюжна, М. Карпа, А. Кукурудза, А. Кравцова, О. Личковська, К. Островська, М. Радченко, О. Романчук, Е. Тіхая, М. Химко та ін.) [6; 40; 44; 49; 50; 51; 58; 89; 90; 95; 106; 107; 110; 11; 112; 146; 147].

Сім'я, яка виховує дитину з особливими потребами, стала об'єктом вивчення лише в II половині ХХ століття. В Україні особливості сімей, які виховують проблемних дітей, висвітлювались у працях таких дослідників, як: Є.В. Тиха (формування самосвідомості батьків, які переживають психотравмуючу ситуацію), Л. Шипіцина (взаємини в родині, де виховуються діти з розумовою відсталістю; особистісні особливості матерів, що виховують дітей з розумовою відсталістю), Є. Ейдемільер, В. Юстицький (структурно-функціональні особливості сімей із психічно хворим; основні напрямки розвитку сім'ї психічно хворого), В. Вишневський, Р. Майрамян (поява у батьків, які виховують особливу дитину, різних соматичних захворювань, астеничних та вегетативних розладів, депресивної симптоматики), В. Ткачова (виникнення у батьків дітей-інвалідів особистісних порушень, певних характерологічних рис особистості), І. Іванова (соціально-психологічні проблеми дітей інвалідів, тощо).

Сім'я, як цілісність стикається з різноманітними ситуаціями, що детерміновані соціальними наслідками хвороби або вади дитини, емоційною та психологічною реакцією на неї батьків дитини. Сім'я, яка має дитину інваліда або хронічно хвору дитину, стикається з комплексом соціальних проблем: культурних, психологічних, економічних, педагогічних. У сучасних умовах розвитку українського суспільства хвора дитина залишається джерелом стресогенного стану батьків і найближчих родичів. Кожна сім'я залежно від характеру захворювання дитини має власну ситуацію розвитку, стикається із специфічними проблемами, що виникають з необхідності задоволення спеціальної потреби дитини. Такі проблеми, як порушення взаємозв'язків з оточенням і прав дитини; спілкування з нею, гіперопіка, емоційне й психологічне навантаження батьків, але ступінь їх виявлення і динаміка зумовлений характерологічними якостями батьків, рівнем і типологією адаптації, життєвим циклом сім'ї. Життєві цикли сім'ї, особливо перехідні етапи від однієї стадії до іншої, продукують нові соціальні проблеми сім'ї:

неможливість отримання превентивної психологічної та педагогічної допомоги; дефіцит інформації про хворобу та патологічний стан дитини; визначення характеру дошкільного виховання. Проблемами дітей є їхня соціальна ізоляція. Серед власних головних проблем батьки виділяють лікування дитини, фінансування, корекційне навчання і виховання [40, с. 75].

Отже, наступним нашим завданням є: вивчити *проблеми, які детермінують емоційні стани у батьків, що виховують дитину з особливими потребами, відповідно до діагнозу і важкості захворювання. Стадії переживання народження хворої дитини, типи емоційних реакцій, емоційні стани батьків стають основою нашого дослідження. Саме на подоланні деструктивних емоційних станів будуватиметься наше практичне дослідження.*

В останні десятиліття значна увага фахівців та велика кількість наукових праць були присвячені дослідженню того, як відбивається присутність дитини з особливими потребами на функціонуванні її сім'ї – і, зворотно, як характеристики сім'ї визначають розвиток дитини та її майбутнє [112].

В. Ткачева вважає, що у більшості випадків допомога батькам обмежується консультаціями з питань навчання та виховання дитини, але при цьому випускається з поля зору дуже серйозний аспект – емоційний стан самих батьків. Для того щоб допомогти їм, важливо зрозуміти, що відбувається з людиною, коли її дитині встановлюють діагноз, як це загалом впливає на життя [135]. Американський дослідник та психолог вважає, що неможливо допомогти дитині не допомагаючи її сім'ї (М. Селігмен) [217].

Досліджували проблеми батьків дітей з особливими потребами вітчизняні та світові наукові дослідники. Американський дослідник Р. Хілл [40, с. 40] розвивав теоретичну модель сімейного стресу, відповідно до якої дитина з особливими потребами розглядається в контексті моделі сімейного стресу як джерело постійного стресового стану. Автор виділяє

такі фактори, що можуть створювати психотравмуючу ситуацію. А-фактор – подія стресор, що здатна змінити сімейну систему. Стресором може бути наприклад, потреба сім'ї у більшому прибутку внаслідок додаткових фінансових і матеріальних потреб, що впливають із специфіки турботи про дитину з порушенням розвитку. Це завдання потребує нових вимог до ролей і функцій батьків, трансформує їхні колективні цілі і визначає стиль сімейних стосунків. В-фактор – сімейні ресурси, які працюють у період кризи і відбивають вміння, притаманне сім'ї, попередити чи пережити складнощі, не допускаючи кризи, подолати перешкоди, вживаючи необхідних заходів. Сімейна атмосфера до народження дитини з обмеженими психофізичними можливостями стає важливою передумовою наступної адаптації. С-фактор – визначення, яке сім'я надає події (тобто сімейна перцепція події). Яким чином сім'я сприймає стресові обставини – формується на основі ціннісних орієнтацій, досвіду переживання кризової ситуації. Х-фактор – криза, що виникає в результаті впливу на сімю факторів А, В, С, Х, а це в свою чергу, свідчить про нездатність сім'ї відновити баланс і стабільність.

Н. Уолтон (за: [206]) вважає, що батьки неповносправних дітей зіштовхуються зі специфічними видами стресів. Виховання аутистичної дитини передбачає великі психологічні затрати (втрата контактів і зв'язків внутрішньородинних, і позародинних, відсутність інтересів, які виходять за межі, пов'язані з хворобою дитини), а також і фізіологічні (безсоння, біль голови, порушення кровообігу).

Емоційний контакт між батьками та дитиною є основою, яка необхідна для розвитку особистості дитини [114]. К. Хорні вважала, що дитина може пережити будь-які травматичні фактори, якщо вона почуває себе бажаною і любимою (за: [155]). Прийняття і любов розвивають почуття безпеки, впевненості і сприяють повноцінному розвитку особистості [114].

На початку 60-х років ХХ ст. спеціалісти почали шукати відповідь на питання, що відбувається з батьками, діти яких мають порушення в розвитку.

Концепція "хронічного смутку" належить С. Ольшанському [204]. На його думку на переживання батьків впливає брак відповідних послуг для неповносправних осіб і підтримки для їхніх родин. Найважливішим є те, що в концепції С. Ольшанського, сум не є патологічної реакцією, а навпаки, цілком натуральною і зрозумілою відповіддю батьків на порушений розвиток їх дитини. Причиною цього смутку є фрустрація батьків, неможливість сповнення надій, які покладались на дитину, пригнічуюча перспектива постійної залежності та опіки.

М. Ліваг (1989) проаналізувала дві стратегії (стилі) поведінки батьків. Перша стратегія, коли потреби дитини висувуються на перший план. Друга стратегія полягає у пристосуванні поведінки й емоцій членів родини до потреб [197, с. 3–16]. На нашу думку, такі стратегії варто поєднувати між собою, а саме виховуючи дитину і стараючись ставити її потреби на перший план, але при цьому пристосовувати свою поведінку та емоції. Іншими словами прийняти свою дитину, такою, як вона є, що приведе до гармонії цілої сім'ї.

Важливим аспектом, який стимулює емоційні стани у батьків є "важка поведінка" дитини, йде мова не лише про таку, яка випробовує авторитет батьків, вчителів чи інших осіб, що оточують дитину, але й таку, яка ускладнює розвиток дитини. Е. Емерсон та інші запропонували таку дефініцію: "важка" поведінка – це поведінка такої інтенсивності, частоти чи тривалості, яка загрожує фізичній безпеці самої особи чи тим, хто її оточує, або поведінка, яка може обмежувати доступ до загальноприйнятих способів соціальної комунікації [209, с. 178].

Отже, дитина в якій виявляється "важка" поведінка, не може максимально користати з сімейного та соціального життя, гальмує власний розвиток. Часто вважається, що до такої поведінки належать лише вияви агресії, але з визначення можна побачити, що це значно ширше явище.

М. Зарковська і Дж. Клементс (1989) запропонували такі критерії важкої поведінки (за: [209, с. 178]) :

- поведінка є небезпечною для особистості (самокалічення, вибігання на дорогу);
- поведінка є небезпечною для інших;
- поведінка є причиною сильного стресу для осіб, які живуть поруч;
- поведінка, що в недопустимий спосіб порушує якість життя інших людей;
- поведінка становить додаткову небезпеку для особи, блокуючи її можливості до здобуття нових умінь та навичок;
- поведінка суперечить загальноприйнятим соціальним нормам.

Часто у поведінці дітей з особливими потребами спостерігається агресія, що виявляється у вигляді "важкої" поведінки, а саме: копання, биття, гризіння, плювання, штовхання інших людей є насправді важким випробовуванням для родини. Така поведінка є характерною для таких дітей та і найчастіше є наслідком якоїсь фрустрації, що переживається дитиною, яка, можливо, пов'язана з непорозумінням чи відмовою виконання бажання або сенсорними розладами, що найчастіше супроводжують аутистичних дітей.

Батьки переживають велике *емоційне напруження*, спостерігаючи, як їхня дитина себе калічить [205, с. 409–412; 209]. Найчастішими формами самоскалічення є "гризіння рук", натискання очей пальцями, удари головою в стінку, удари руками по вухах. Така поведінка виявляється у дітей з важкими формами аутизму. Самоскалічення часто виступає в дітей, які не можуть порозумітися з оточуючими. Це означає, що така поведінка є формою комунікації, і батьки чи інші опікуни повинні старанно проінтерпретувати те, що дитина в такий спосіб хоче їм повідомити про свої потреби. Батьки виробляють собі *стратегії поведінки* в таких ситуаціях. Найчастіше вони намагаються відволікти увагу дитини, наприклад, показують їй щось цікаве. Після того, як злість чи агресія є опанована, потрібно проаналізувати, що спричинило таку ситуацію.

М. Химко вважає, що основними реакціями на особливості розвитку дитини з особливими потребами є шок, емоційне напруження, нерозуміння

такої поведінки, дратівливість, тривожність, злість, емоційна напруга та виснаження, розпач, емоційна дистанція, депресія, почуття вини та інші. Наслідком “важкої” поведінки дитини та відповідної реакції батьків, зазвичай є проблема прийняття дитини такою як вона є. Часто, замість того, щоб прийняти дитину з її проблемами і активно працювати з нею, батьки шукають причини цієї ситуації, але, таким чином, вони лише віддаляють дитину від себе, що негативно відображається на її розвитку [147, с. 43].

I. Іванова окреслює соціально-психологічні проблеми батьків, які виховують дітей з вродженими чи набутими вадами психофізичного розвитку і хронічними захворюваннями. Автор виділяє суб’єктивні і об’єктивні чинники причин існуючих проблем. Суб’єктивними здебільшого є біологічний стан дитини, її хвороба, спадковість, здоров’я батьків, спосіб життя батьків і, особливо матері. Об’єктивних причин існуючих проблем значно більше: медико-соціальні (пологова, післяпологова травма, низька кваліфікація лікарів, наслідки ЧАЕС, низький рівень медичного обслуговування), фінансові (невелика пенсія, важкий матеріальний стан), світоглядні (суспільство не сприймає дітей-інвалідів як повноправних своїх членів, низький рівень емпатії до людей), правові (недосконалість законодавства про охорону дитинства), інформаційні (відсутність інформації для батьків), професійні (зайнятість батьків, відсутність спеціалістів які б займалися з дитиною), освітні (низький рівень піклування держави, щодо розвитку фізичного і розумового дітей з особливими потребами [40, с.62-65].

I. Іванова після проведеного практичного і наукового дослідження показує, що на першому місці фінансові та матеріальні проблеми, на другому – психологічні, нервові перевантаження, нерозуміння, покинутість, самотність, моральні проблеми, на третьому – лікування, оздоровлення дитини.

В родині з дитиною, яка має порушення у розвитку, також виступають і проблеми подружжя. Така дитина вимагає більше уваги й енергії, ніж дитина, яка розвивається нормально. Задоволення її потреб може бути досить виснажливим фізично, і це є причиною обмеження вільного часу й енергії,

необхідних для створення інтимної атмосфери і підтримки зв'язку між партнерами, що власне і може загрожувати стосункам між батьками. М. ДеМайер (1979) стверджує, що проблеми, пов'язані з вихованням особливої дитини, послаблюють зв'язок між подружжям, а також фізичне виснаження, внаслідок постійної опіки над дитиною [180]. Крім того, як зауважили Б. Трут і К. Хоуч, виховання дитини з порушенням розвитку веде до суспільної ізоляції батьків (за: [209]). Більшість батьків приймають хворобу своєї дитини як незаслужену кару в їхньому житті (Д. Грей, 1993 (за: [209])). Це ще більше підсилює їхнє почуття ізоляції. Дослідження Дж. Родріго (за: [209]) показують, що задоволення від шлюбу одночасно є одною із адаптаційних можливостей родини. Можна зробити висновок, що задоволення шлюбом, як додатковий ресурс, який дає можливість батькам пройти стадії адаптації до народження дити з особливими потребами.

Здоров'я дитини це основне, але не являється парадоксальним те, що на першому місці у батьків є питання фінансів і психоемоційний стан. Очевидно, для того щоб допомогти дитині подолати хворобу, для того щоб вирішити усі проблеми пов'язані із вихованням дитини батькам потрібний оптимально здоровий психологічний стан. При нормальному емоційному стані батьків і хорошему психологічному кліматі в сім'ї відкриваються нові сили і працюють нові ресурси у батьків про які вони могли навіть і не здогадуватись. Ми вважаємо, що *емоційні стани батьків детермінуються хворобою дитини* та проблемами, які виникають внаслідок захворювання і під час виховання дитини з вадами розвитку.

Отже, як бачимо сім'я, в якій народилась дитина з особливими потребами постійно і неодноразово стикається з рядом проблем, які стають додатковими стресорами: матеріальні проблеми, проблеми житла, роботи, додаткового заробітку, розподіл сімейних ролей і функцій, ресурсні проблеми (пошук в собі ресурсів), ціннісні орієнтації, задоволеність від шлюбу, яка є передумовою до адаптації. Одинакові ситуації викликають різні внутрішні особистісні зміни у батьків (гендерні

відмінності переживань неповносправності дитини), що продукують різні вирішення проблеми. Саме тут сім'я повинна залишатися максимально цілісною, збалансованою і стабільною.

Сьогодні відомі праці І. Іванової, Є. Мастюкової, А. Маллер, К. Островської, В. Ткачевої, О. Романчука, М. Химко, А. Шипіциної, які висвітлюють проблеми хворих дітей та їхніх батьків [40; 71; 72; 73; 74; 89; 90; 91; 92; 93; 95; 134; 111; 112; 145; 146; 160]. У науковій літературі представлено роботу з батьками, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку раннього та дошкільного віку (Т. Волковська, Г. Мішина, Є. Морозова, О. Царькова) [17; 76; 104; 106].

В. Ткачева виділяє періоди і “важкоподолані” кризові стани в родині, які виховують дітей з фізичними відхиленнями: народження хворої дитини (0-3 року); період постановки її діагнозу (3-5 років); період підтвердження попереднього діагнозу, визначення програми навчання (7-9 років); перший рік навчання в школі; перехід у старші класи; пубертатний період; період професійної орієнтації; вирішення проблем особистого життя [47, с. 244].

На рівень емоційного напруження, який переживають батьки, також впливає і те, як проходив процес діагностування проблем, пов'язаних з функціонуванням дитини, і в який спосіб була подана інформація про порушення розвитку [147, с. 54; 204].

Ще один стресогенний чинник – це невизначеність, необізнаність, яка стосується не лише характеру і рівня ураження дитини, але також майбутнього, способу формування дитини, очікувань, пов'язаних з її можливостями і якістю тих послуг, якими користується. З невизначеністю на нашу думку можна справитися лише з пристосуванням своєї поведінки і емоцій до потреб дитини.

Акцентуючи увагу на спокої, терпеливості, справедливості та послідовності батьків у спілкуванні з дитиною, яка має порушення, А. Смирнова підкреслює необхідність особливого, індивідуального підходу до дитини з врахуванням її особливостей (за: [215]).

Ф. Рау та Н. Слезіна (за: [159]) відмічають, що чітке уявлення батьків про причини відхилення від нормального розвитку їхньої дитини, а також про можливі наслідки, є необхідною умовою для правильного виховання дитини. Отже, для успішної організації виховання неповносправної дитини та спілкування з нею батьки повинні мати правильне розуміння сутності проблеми та знання про особливості розвитку їхньої дитини. Проте, успішна організація сімейного виховання, може відбуватися лише за умов емоційної стабільності батьків, яка на нашу думку, пов'язана із сприйняттям неповносправності власної дитини.

Якщо батьки хочуть допомогти неповносправній дитині всебічно розвиватися, долати накладені неповносправністю обмеження, актуалізувати свої здібності й таланти, щоб, урешті решт змогли прожити максимально повноцінне життя, соціально інтегруватися, вони повинні зосередити втручання не лише на самій дитині, а на усій її сім'ї. Саме сім'я є основним середовищем життя дитини і від того соціального досвіду, який буде мати дитина в сім'ї, від позиції батьків щодо неповносправності дитини, сприйняття ними її обмежень насамперед залежить формування особистості дитини (О. Романчук).

За відомим висловом Б. Бетельгайма: “Дитина може навчитися жити зі своєю неповносправністю, але вона ніколи не зможе бути щасливою, якщо вона не відчуватиме, що є улюбленою і безцінною для своїх батьків. Якщо батьки, приймаючи неповносправність дитини, люблять її такою, якою вона є, то дитина може вірити, що і в майбутньому вона зможе любити і її любитимуть інші. З цією вірою дитина може щасливо жити сьогоднішнім днем і без страху, але з надією дивитися у майбутнє”[111].

М. Робертс (1997) зазначає, що основними факторами, які визначають можливість позитивної адаптації дитини до власної неповносправності є характеристики її сім'ї: особистість батьків, якість подружніх стосунків і характеристика стосунків між батьками та дитиною, те, наскільки батьки самі змогли прийняти неповносправність дитини і навчитися жити з нею: “Батьки,

які ефективно долають труднощі, можуть задовольнити відповідно й емоційні потреби дитини та інших членів сім'ї, забезпечити належну медичну допомогу, давати собі раду з вимогами на роботі й удома” [212; 112].

О. Романчук вважає, що неповносправна дитина розвивається найкраще тоді, коли батьки можуть забезпечити атмосферу *прийняття* та любові в родині. Втім із прийняттям важливо не перейти певної межі, бо попри безумовне прийняття батькам важливо забезпечити також і певну дисципліну, певні вимоги та очікування щодо дитини, навчання її належної поведінки в середовищі інших дітей, розвиток у неї незалежності. У здоровому середовищі має бути баланс між визнанням та прийняттям обмежень дитини, з одного боку, та підтримкою розвитку її здібностей, потрібних навичок, з іншого” [112, с. 310].

Таким чином, виховання дитини з особливими потребами вимагає спеціального навчання та приготування, пристосування та виконання непередбачених додаткових обов'язків, зміни цілої структури укладеного способу життя, а це відображається на зміні ставлення батьків до дитини.

Психолог і дослідник родинної проблематики Я. Рембовські окреслює *батьківське ставлення* як певну форму пристосування матері та батька до дитини, до проблеми її виховання, яка формується протягом виконання батьківської функції [211]. А. Козловська стверджує, що у ставленні віддзеркалюються почуття, думки та конкретні дії, які батьки виявляють до дитини. Психолог М. Земська визначає батьківське ставлення як тенденцію до поведінки в певний специфічний спосіб стосовно дитини, яка виявляється протягом певного часу [228]. Авторка стверджує, що батьківське ставлення має певний період тривалості в часі, але воно є пластичним і постійно удосконалюється.

А. Варга і В. Столін під батьківським ставленням розуміють систему почуттів стосовно дитини, поведінкових стереотипів, які використовуються при спілкуванні з ними, особливостей сприйняття та розуміння характеру і

особистості дитини, її вчинків [100]. А. Варга і В. Столін виділяють такі типи батьківського ставлення:

- прийняття – відторгнення: відображає емоційне ставлення до дитини – батьки приймають дитину такою як вона є і поважають її індивідуальність або, навпаки, вони дивляться на дитину як на невдачу;
- кооперація: батьки цікавляться діяльністю дитини, намагаються допомогти, високо оцінюють її інтелектуальні та творчі здібності, підтримують ініціативу та самостійність;
- симбіоз: батьки мають досить близькі емоційні стосунки з дитиною, намагаються задовольнити усі потреби дитини і вирішити усі проблеми;
- авторитарна гіперсоціалізація: в цьому випадку батьки вимагають послухності та дисципліни, вони все вирішують за дитину самі, контролюють кожен її крок;
- маленький невдаха: батьки інфантилізують дитину, приписують їй особистісну та соціальну несамостійність.

Батьківське ставлення включає три компоненти [211; 147]:

1. Ціннісно-мотиваційний: включає в себе цінності, потреби та мотиви, спрямовані на народження та виховання дитини, переживання готовності стати батьками.
2. Емоційний: це почуття стосовно дитини, а також стосовно себе – переживання власної батьківської ролі, рівень задоволення нею.
3. Поведінковий: включає стиль виховання, конкретні дії, пов'язані з опікою та доглядом за дитиною, спілкуванням з нею.

В емоційному компоненті батьківського ставлення В. Столін та Н. Голосова виділили трьохмірну структуру: повага – неповага; симпатія – антипатія; близькість – віддаленість. На основі цих трьох аспектів емоційного ставлення А. Спиваковська описує вісім типів батьківського ставлення, які утворюють феномен батьківської любові [114].

Необхідно розглянути наукові дані, які є на сьогодні власне про порушення поведінки у батьків у разі народження хворої дитини.

Характерними порушеннями батьківської поведінки у разі народження хворої дитини є:

- *Гіперопіка*. Стиль "фобія втрати дитини" або прихована або відкрита відчуженість, пов'язана з психічною депривацією дитини. Гіперопіка може бути пов'язана з невір'ям у сили дитини, її можливості, а також з "фобією втрати дитини". Гіпертрофований страх за дитину передається від матері самій дитині, формуючи у неї "залежну" поведінку. У таких випадках мова не йде навіть про елементи самостійності у дитини.
- *Емоційне відкидання*. Воно найчастіше має місце, коли дитина не виправдовує очікувань батьків, не задовольняє їх соціальних амбіцій, що проявляється у підвищеному рівні тривожності у дитини, її педагогічній занедбаності та девіантній поведінці у більш старшому віці. Недостатня чуйність батьків виражається у несвоечасному і недостатньому відгуку на потреби дітей, нехтуванні їхніми почуттями. Вони можуть виявляти надмірно сильні реакції на відхилення в поведінці дитини і не помічати позитивних явищ. Нечуйність батьків, особливо матерів, створює ситуацію депривації і ще більш сповільнює розвиток дитини, сприяє порушенню її поведінки. Прихильність до матері - необхідна стадія психічного розвитку. Користуючись підтримкою матері, дитина набуває впевненості в собі, стає активним у пізнанні навколишнього світу. Для дитини, яка відстає в психічному розвитку, актуальність такої підтримки очевидна [21].

На нашу думку, порушення батьківського ставлення та батьківської поведінки виникає в разі не проходження стадій адаптації до народження дитини з порушенням розвитку. Така поведінка повинна досліджуватися більше, адже її наслідком є педагогічна занедбаність, зупинка психічного розвитку дитини і зміни в її особистісній сфері.

Важливо наголосити, що вік немовляти розділяють на три етапи: новонароджений (перші 4-6 тижнів), перше півріччя (ведуча діяльність тут ситуативно-особистісне спілкування з дорослими; поява "комплексу

пожвавлення”), друге півріччя життя дитини (ведуча діяльність тут предметно-маніпулятивна). Відомо, що ряд хвороб (деякі нейроінфекції, дитячі інфекційні захворювання) можуть зупинити психічний розвиток дитини. Але ЗПР може виникнути не лише внаслідок самої хвороби і пов’язаного з нею ураження мозку, а й через вплив середовища, у якому знаходиться дитина. Найбільш відомими причинами ЗПР є випадки так званої педагогічної занедбаності та госпіталізму. Особливо несприятливо відбивається *дефіцит спілкування* з дорослими у перший рік життя дитини, тобто у віці немовляти [87, с. 192]. Як бачимо, для здорової дитини в перший рік життя є дуже важливим спілкування з батьками. На нашу думку, для дитини яка народилась із певними захворюваннями спілкування і встановлення *емоційного контакту* з батьками є просто необхідною складовою їхнього подальшого розвитку, а для їхньої сім’ї гармонією у стосунках.

Результати теоретичного аналізу багатьох психологів та авторів, яким вдалось дослідити та відкрити основні аспекти соціально-психологічних та особистісних проблем, що виникають в період виховання дитини з особливими потребами ми інтегрували та узагальнили у таблицю:

Таблиця 1. Чинники, що перешкоджають адаптації сім’ї до народження дитини з особливими потребами та детермінують емоційні стани

Чинники	Особливості
Особистісно - психологічні	батьки переживають емоційне напруження; зміна батьківського ставлення; відсутність адекватної та стійкої самооцінка; відсутність копінг-стратегій; стійких цінностей та відчуття самоефективності;
Характеристика сім’ї, сімейні відносини	кризові стани у сім’ї: період постановки діагнозу т.ін.; відсутність теплих емоційних стосунків (підтримка, вміння виявляти любов), здатності до ефективної комунікації; не уважність до потреб один одного;

Чинники	Особливості
	відсутність гнучкості, як вміння змінювати пріоритети, стратегії у відповідь на неочікувані обставини); не задоволеність шлюбом; не повна сім'я;
Соціально-освітні	недостатність матеріальних ресурсів; відсутність соціальної підтримки родичів, друзів, інших батьків з неповносправними дітьми; наявність стигматизації; недосконалість законодавства про охорону дитинства; відсутність інформації для батьків; відсутність спеціалістів, які б займалися з дитиною; низький рівень піклування держави, щодо фізичного і розумового розвитку дітей з особливими потребами; не задоволеність професійним життям;
характеристики дитини	біологічний стан дитини, її хвороба; наявність “важкої” поведінки у дитини; неможливість дитини надавати адекватний зворотній зв'язок, виражати задоволеність, любов, вдячність; несамостійність в побутових навичках (користування туалетом; одягання, прийом їжі); відсутність чіткого діагнозу, інвалідності.

Отже, як бачимо з роботи багатьох вчених і психологів, які практично працюють з дітьми з вадами розвитку, що *емоційний стан* батьків в період захворювання їхньої дитини, не тільки важливий для їх особистості і цілісності сім'ї, а власне важливий для позитивного розвитку дитини в контексті протікання її захворювання. Атмосфера *прийняття і любові* працює, як і для дитини так і для батьків. Також необхідно виділити проблему *дисципліни* і виховання, яка знаходиться і перетинається з межами любові і прийняття. У проблемі психологічної підтримки батьків дітей із вадами розвитку варто акцентувати увагу на емоційному стані батьків, сприйнятті ними своєї хворої дитини, її непередбачуваної поведінки. Порушення емоційного стану батьків, сприяє неадекватному ставленню до хвороби дитини, що в майбутньому може призвести до неправильного виховання і педагогічної занедбаності. Саме тут вітчизняними психологами визначено важливу роль ранньої психокорекційної роботи та *психологічного*

*супроводу з сім'ями, які мають дітей з порушенням розвитку. Варто зрозуміти що у всіх сімей є різні соціально-психологічні, особистісні та освітні проблеми, саме тому вони по різному переживають, приймають рішення і проходять стадії адаптації до народження дитини з вадами у розвитку. Виділено багато аспектів у проблемах виховання дитини з особливими потребами, усі вони є цінним надбанням для науки і практичної психології. Проаналізувавши літературу стає зрозуміли, що не потрібно зупинятись лише на стадійності а досліджувати емоційні стани, переживання батьків, і при чіткій констатації цих станів *формувати програму допомоги кожній сімі окремо.**

Психолого - педагогічні проблеми та емоційні стани батьків дітей з порушенням розвитку та супутніми сенсорними розладами

Варто розглянути особливості переживань батьками народження дитини з порушенням розвитку та сенсорними розладами. Сім'ї дітей із сенсорними розладами включають у себе: дітей з порушеннями *слуху і мови* (глухі, такі що недочувають, такі, хто втратив слух, логопати); дітей з порушенням зору (сліпі, слабкозорі).

Зараз спостерігається тенденція збільшення сліпонароджених і дітей з глибоким порушенням зору, а також із супутніми захворюваннями. 85% сліпих і слабкозорих дітей мають спадкову патологію органа зору [46]. Саме родина, як соціальний інститут має безпосередній вплив на процес інтеграції в суспільство особистості з порушенням зору. Від того, як батьки ставляться до своєї дитини, її дефекту й потенційних можливостей, який підхід – сепараційний чи інтегративний – вони здійснюють у розвитку дитини, залежить включення таких дітей у життєдіяльність суспільства. Народження дитини з порушенням зору спричиняє *проблеми* в родині, серед яких найбільш серйозними для подальшого розвитку сімейних стосунків і особистості дитини є *розлучення батьків, порушення соціальних зв'язків, виникнення почуття провини в батьків і, як наслідок неправильні форми виховання* [46, с. 245].

Сім'я, де є дитина з порушенням слуху, стикається з проблемами встановлення контакту з дитиною, особливо коли у батьків нормальний слух і мовлення. Глуха від народження дитина майже позбавлена контактів із соціальним оточенням і, отже, не може повністю задовольнити свої основні соціальні потреби. у таких сімей виникають труднощі у міжособистісних контактах. Це призводить до того, що дитина віддаляється від них, замикається в собі, відмовляється спілкуватись. Позбавлена можливості чітко висловлювати власні бажання, усвідомлюючи, що її не розуміють, і сама не розуміє, чого від неї хочуть батьки, дитина починає нервувати. Навіть тоді, коли батьки зовні не виявляють роздратування, напруження, що володіє ними, передається і дитині. Батьки у таких випадках або задобрюють дитину ласощами й іграшками, або нетерпимо ставляться до неї. Відсутність нормальних умов для розвитку дитини в сім'ї призводить до нервових розладів. Виховуючись у сім'ї, глуха дитина частіш за все спілкується з матір'ю, яка є посередником між нею та іншими людьми. Таке становище повністю узалежнює дитину від матері, примушуючи її одночасно вгадувати і задовольняти всі її бажання. Члени сім'ї такої дитини у майбутньому потребують вивчення сурдоперекладу, методів альтернативного спілкування, читання по губах. У разі неправильного виховання дитина стає агресивною й дратівливою, невзможі оцінити свої вчинки і дії [40, с. 34].

У дослідженнях Є. Клопоти виявлено наявність таких психологічних захисних механізмів у батьків: проекція (у нас все добре, хоч незряча дитина постійно знаходиться вдома), заперечення і витіснення (зір обов'язково повернеться), інтроекція (я повинна бути гарною мамою), конфлуенція (ми будемо завжди поруч з ним), раціоналізація (моя дитина все може, просте не хоче). Також у дослідженнях виявлено порушення *емоційного стану*: *тривожність, почуття провини, дратівливість*. Але після проведеної роботи у вигляді тренінгів і семінарів на тему "особливостей інтеграції в суспільство осіб з порушеннями зору", покращився емоційний стан, знизився рівень тривоги, почуття провини, і дратівливості, підвищився рівень знань

щодо інтеграції в суспільство особистості з порушенням зору [46, с. 251-255].

Л. Солнцева та В. Денискіна виділяють три типи неблагополучно складених внутрішньосімейних взаємин: виховання в атмосфері надмірної турботи; гнітюча деспотична поведінка; емоційне відчуження родини від незрячої дитини. Наслідки неблагополучного виховання, проявляються у несамотійності, пригніченості, невпевненості в собі, емоційній нестійкості, агресивності, тривожності. Недолік емоційного контакту з батьками (особливо з матір'ю), фіксує в дитини почуття страху, відчуження, ворожості, порушує форму спілкування з однолітками, спотворює потребу в емоційних контактах [46, с. 23].

Батьки сліпої дитини здебільше розглядають її ваду, як важку хворобу і займають, як правило, позицію гіперопіки, позбавляючи дитину самотійності і ініціативи. Крім власної сенсорної депривації при виникненні психічних порушень, сприяє іноді і педагогічна занедбаність, а також емоційна депривація, що виникають у сім'ї, як наслідок негативної позиції у батьків. Неправильне виховання такої дитини в сім'ї, формує у неї такі риси, як егоїзм, гордість, невдячність, чванливість, себелюбство [40, с. 35].

Корисним для реабілітології може бути розуміння Л. Виготським поняття надкомпенсації. *Надкомпенсація* – парадоксальний органічний процес, який перетворює хворобу в надздоров'я, слабкість в силу, отруєння – в імунітет. Для теорії і практики виховання дитини з вадами слуху, зору вчення про *надкомпенсацію* має фундаментальне значення, є психологічним базисом. Вада не є лише мінусом, недоліком, слабкістю, але й плюсом, джерелом сили. Лінія “вада-надкомпенсація” є головною в розвитку дитини з вадою якоїсь функції чи органу. Одночасно з вадою надані їй психологічні тенденції протилежного напрямку, компенсаторні можливості для подолання дефекту, саме вони виступають на перший план в розвитку дитини і можуть бути включені у виховальний процес, як рушійна сила [69, с. 23]. Дефект є не лише психологічною бідністю, але й джерелом багатства, не лише

слабкістю, але й джерелом сили. Розвиток сліпої дитини не на сліпоту, а її подолання. Психологія сліпоти – це психологія її подолання. Видатний оратор К. Демулен був заїкою, сліпоглухоніма О. Келер – видатною письменницею та проповідницею оптимізму. Цікаво, що в школі живопису А.Адлер знайшов 70 % учнів з аномаліями зору і стільки ж учнів з вадами мови в школах драматичного мистецтва [69, с. 25]. Долю особистості вирішують врешті решт не сам по собі дефект, а його соціальні наслідки, його соціально-психологічна реалізація. З опрацьованого ми наважуємося зробити висновок, що знання про надкомпенсацію дає батькам силу на пошук талантів у дитини на її розвиток, і одночасно у батьків відбувається теж “компенсація їхнього горя” у вигляді пошуку і відкритті ресурсів у собі, які надають їм силу правильно виховувати дітей, любити і приймати їх. Також саме батьки відповідають у майбутньому за соціальні наслідки дефекту, і за допомогою батьків відбувається соціально-психологічна реалізація дитини із сенсорними порушеннями.

На виховну ефективність впливають чинники: знання батьками психології дитини, вірна оцінка її індивідуальних якостей, адекватний емоційний відгук на поведінкові реакції дитини, вибір підходящого способу взаємодії з дитиною, який найкраще відповідає її індивідуальним особливостям [46; 48; 49; 50]. Виховна ефективність, на нашу думку з прочитаної літератури може відбуватися лише за умов емоційної стабільності батьків, після їхнього примирення з хворобою дитини і відкритті в собі особистих ресурсів, на що має бути спрямована професійна психологічна допомога батькам.

Як бачимо з літературних джерел, основною проблемою з якою стикаються батьки дітей із сенсорними розладами є встановлення контакту з дитиною. Втрата емоційного контакту з батьками а особливо з матір'ю може призвести до педагогічної занедбаності та емоційної депривації. І на нашу думку, це супроводжується втратою і знеціненням особистості самих батьків. Ну і звичайно, якщо люблячій сім'ї, попри всі проблеми і негаразди вдається

встановити контакт із своєю дитиною то це неодмінно прогнозує здоровий розвиток, соціалізацію, адаптацію дитини і гармонійний розвиток сім'ї на всіх її життєвих етапах. У батьків присутній ряд захисних механізмів, над якими потрібно працювати на ранніх етапах психологічного супроводу. У батьків, що виховують особливих дітей переважають емоційні стани такі, як тривожність, почуття провини, і дратівливість. Також важливий аспект, це знання батьків і їх рівень освідченості, бажання дізнатися інформацію про виховання дитини. Для прикладу, знання про над компенсацію у дітей із сенсорними розладами, допоможуть батькам розвивати ресурси дитини. Саме за допомогою батьків відбувається соціально-психологічна реалізація дитини з дефектом. Важливим також є, пошук батьками особистісних ресурсів на подолання проблем, пов'язаних з народження хворої дитини. Однією із проблем під час виховання дитини із сенсорними розладами є поява гіперопіки, яка знаходиться на межі великої любові, переживаннями пов'язаними із захворюванням дитини (вада слуху і зору) і здорового глузду.

Ще одним нашим висновком з проаналізованої літератури є обов'язкова потреба у ранній психологічній допомозі батькам дитини із сенсорними розладами. Психологічний супровід такої родини має бути спрямований на створення соціально-психологічних умов для емоційного благополуччя. Основним завданням психокорекційної роботи з такими родинами є: допомога батькам пережити травму; ознайомлення їх з особливостями виховання й розвитку незрячої, слабкозорої, глухої дитини, надання послуг у вигляді консультацій по плануванню родини; відновлення сімейного статусу дитини як особистості, що є кінцевою метою реабілітації. Знання батьків про те, як поводитися з їхньою дитиною в силу її захворювання, яке вони отримують на тренінгах або семінарах, уже несе в собі психотерапевтичний ефект, результатом якого стає покращення емоційних станів.

1. 3 Емоційні стани батьків в структурі стадій переживання та адаптації до народження дитини з особливими потребами

Як вважають вчені, знання психологічних стадій, виділених в теорії горя, допомагає фахівцям зрозуміти реакцію сім'ї дитини з вадами розвитку, не розглядаючи поведінку членів сім'ї, як патологічну, а як результат дії певних чинників; усвідомити, коли і яким чином краще втрутитися в ситуацію, гнучко застосовувати теорію стадій, враховувати особливості конкретної сім'ї та індивідуальні реакції на таке потрясіння. У нашому наступному етапі теоретичного аналізу ми будемо розглядати і аналізувати саме стадії переживання народження хворої дитини, типи емоційного реагування батьків на захворювання їх дитини. І на нашу думку, це потрібно вивчати з урахуванням ступеня складності, протікання захворювання і сфери ураження.

Досліджено вплив народження дитини з вадами на психоемоційний стан батьків та адаптацію сім'ї до народження хворої дитини (Н.Бастун, А.Кравцова, Р.Кравченко, К.Островська, М.Радченко, М.Сварник, М.Бетшов, Н. Божишковська, М. Косьцельська, Д. Лобато) [6; 49; 50; 51; 95; 97; 107; 116; 117; 169; 176; 193; 198].

Народження неповносправної дитини створює психотравмуючу ситуацію в сім'ї, внаслідок чого в психологічній сфері її батьків відбуваються емоційні зміни [107, с. 200; 44, с. 39]. Вперше концепція синдрому вигорання у батьків неповносправних дітей була представлена Г. Салліван у 1979 р. (за: [206]). Вона окреслює цей синдром, як психічне і/або фізичне виснаження, яке пов'язане з довготривалою опікою над неповносправною дитиною (Sullivan, 1953). Основною причиною синдрому вигорання у батьків є брак відпочинку. Цікавим у даній проблематиці є ставлення до таких сімей у інших країнах, адже дослідження Г. Салівана датоване вісімдесятьма роками. Сучасність нашої країни диктує свої, ще критичніші умови для таких сімей і відсутність будь-якої психологічної допомоги батькам.

Процес копінгу або, іншими словами, вміння давати собі раду у стресовій ситуації, включає в себе дві основні функції: регулювання емоцій та конструктивне вирішення проблеми [203]. К. Кошінська-Дец та І. Єлонкєвіч (за: [203]) вирізняють стратегії вміння давати собі раду, що базується на врегулюванні емоційних станів і комплексу різних особистісних ресурсів.

У теорії копінг-поведінки, що базується на роботах психологів Р. Лазаруса та С. Фолькман (1984), виділяються такі основні копінг-стратегії [196]: ґрунтуються на сильному Я та Я-концепції, емпатія, афіліація, пошук соціальної підтримки, емоційні стратегії, поведінкові стратегії.

Ефективність копінгу тісно пов'язана з такими рисами як вміння спілкуватися з медичним персоналом, вміння інтегрувати родину, взаємопідтримка, вміння підтримувати позитивну оцінку в дитини та в інших членів родини (за: [203]). Н. Хаан говорить про позитивні та негативні риси людини, які впливають на процес копінгу (за: [207]) та важливість емоційного контролю.

М. Радохоньські (1991) подає ще одну властивість родини, яка є важливою в копінг-процесі – це вміння її членів спілкуватися, оскільки добре порозуміння допомагає краще радити собі при стресовій ситуації, бо в сім'ї є добре скоординована спільна діяльність, тому на непорозуміння залишається менше місця [207]. В той момент, коли виникає складна ситуація, а саме – народження неповносправної дитини, адаптація вимагає глибоких змін в родинному оточенні. Члени родини повинні співпрацювати між собою на усіх рівнях емоційному, поведінковому, соціальному.

Дослідники простежували емоційні стани та переживання батьками трагедії народження неповносправної дитини М. Семаго і Р. Майромьян, Л. Розена, Д. Корнас-Бела, А. Твардовський, Е. Шухардт, Дж. Блейшер, Е. Кублер-Рос, М. Ірвін, М. Клаус, Л. Кеннел [118; 119; 191; 195; 224; 44; 173; 177; 178].

Простежуючи переживання батьками трагедії народження неповносправної дитини, зарубіжні дослідники (Дж. Блейшер, Е. Кублер-Рос, М. Ірвін, М. Клаус, Л. Кеннел) дійшли висновку про закономірну зміну їхніх емоційних станів на шляху до адаптації. *Шок* – найперша реакція на усвідомлення горя. Цей стан надто тяжкий, він може тривати довго. Але людина несвідомо шукає стабільності, починає сумніватися: може, не все так погано, бувають помилки, потрібно все перевірити. Це означає, що настав новий етап усвідомлення біди. *Заперечення* – віра у зцілення, помилковість діагнозу. Починається тривале та виснажливе мандрування від лікаря до лікаря, а далі – до знахарів, екстрасенсів із надією знайти диво, яке зробить дитину здоровою. Психологи виокремлюють у цьому періоді почуття провини, гніву, сорому. Самотність, втома від постійного і безуспішного пошуку способів зцілення дитини, виснажливий догляд за нею і зречення усіх власних потреб та інтересів – усе це провокує депресію у батьків [116, с. 14–15]. *Депресія* – почуття пригніченості, що є завершальним у послідовній зміні емоційних етапів, які є неконструктивними, бо свідчать про неприйняття батьками нової реальності [121, с. 19]. За цих обставин складається вкрай несприятлива ситуація для розвитку дитини. Усвідомлення втрати батьківських мрій призводить багатьох до справжнього емоційного шоку [112].

Для розуміння горя Е. Кублер-Росс (E. Kubler-Ross) запропонувала модель, яка описана в її книзі про смерть і вмирання. Вона виділила п'ять стадій горя: *заперечення, угода, гнів, депресія, прийняття* [195].

Дж. Блейшер (J. Blasher 1984) у своєму огляді наукових праць подає 24 дослідження, які підтримали теорію стадійності і які надавали переважно схожі, але з деякими незначними відмінностями свої послідовності стадій. Нижче автор подає власну, дещо адаптовану відносно стадій Kubler-Ross Е. модель стадій. Вона перегукується з моделлю М. Ірвін, М. Клаус, Л. Кеннел (1975): *шок, заперечення* реальності неповносправності чи наявності прогнозу захворювання, *усвідомлення реальності*, яке супроводжується

почуттями провини, смутку, відчаю, злості тощо, поступове *примирення* та прийняття реальності, реорганізація життя і *реалістична адаптація* до неповносправності [173, с. 55–68].

Описуючи довгий і нелегкий шлях адаптації сім'ї після народження дитини з вадами розвитку, німецький дослідник Е. Шухардт усі кризові переживання подає у вигляді 8 витків „спіралі переосмислення кризи”. По цій спіралі батьки можуть „рухатись” як вгору, так і вниз, кожного разу переживаючи болісні почуття [101, с. 18-25]. Саме три останніх витки (прийняття, активність та солідарність) є формами адаптивного переживання (рис.1). На цих етапах батьки здатні приймати реальність того, що відбулося, пристосовуючи свої потреби та інтереси до нового життя. Здатні визнавати існування критичної ситуації, але відкидати пасивне прийняття „удару долі”.



Рис. 1. Спіраль переосмислення психологічної кризи Е.Шухардта.

Такий тип переживання, на думку Ф. Василюка, будує новий зміст життя, орієнтує на самопоглиблення й самопізнання. Проявом цих настанов, за переконанням М. Радченко, може бути відновлення перерваного кризою життя (повернення до звичного ритму, улюбленої роботи), або переродження в інше за

змістом життя: створення благодійних установ та центрів, в яких могла б перебувати дитина, обрання нового фаху [107]. В кожному випадку – це створення власного життя, самостворення, творче самобудування, через контроль власних емоцій, переживань та пошук ресурсів.

Реакція на появу неповносправної дитини є дуже індивідуальною, проте можна виокремити певні стадії процесу адаптації, через які проходять більшість батьків. Різниця між поглядами різних авторів на адаптаційний процес відрізняється кількістю та відмінністю в назвах конкретних стадій.

А. Твардовський (1991) вирізняє чотири фази адаптації: шок або критичний період; емоційна криза; уявне пристосування; конструктивне пристосування [224, с. 18-24].

Згідно Л. Розена, існує п'ять основних фаз адаптації (за: [183, с. 220]): 1) усвідомлення важливості проблеми (оцінка проблеми, осмислення місця проблеми в житті конкретної людини і соціуму загалом); 2) ознайомлення з істотністю порушення (спроба віднайти якнайбільше інформації про певну проблему); 3) спроби викриття причин; 4) пошук допомоги; 5) акцептація цілої сукупності умов та причин порушення (отримання цілісної картини проблеми та спроба прийняти і змиритися зі ситуацією, що склалася).

Натомість, Д. Корнас-Бела (за: [204]) пропонує сім стадій адаптації: 1) шок (реакція, яка паралізує людину і не дозволяє їй приймати адекватні рішення); 2) заперечення (захист від неприємної реальності за рахунок небажання її приймати); 3) жалоба (сум за нездійснені мрії та бажання); 4) почуття провини; 5) смуток; 6) злість; 7) рівновага (прийняття хвороби).

А. Твардовські, так само як і Д. Корнас-Бела, вважає, що *почуття провини*, яке переживають батьки, що, в свою чергу, спричиняє прояви *агресії* у стосунках, а також бунт і ворожість до оточуючого світу [204; 224].

Отже, детермінуючими чинниками, що формують батьківське ставлення є особистісні характеристики батьків, фізичні, психологічні та статеві особливості дитини, особливості взаємостосунків у сім'ї та соціокультурні фактори.

Досвід вітчизняних практичних психологів показує, що в багатьох сімей простежуються деякі закономірні фази, стадії до адаптації та різні шляхи виходу із складних моментів у період виховання дитини з неповносправністю, але за умов роботи над собою та співпраці із спеціалістами [95; 112; 147].

Різні ситуації виникають через реакції батьків на хворобу, ваду чи інвалідність дитини. М. Семаго і Р. Майромян [119, с. 72] виділяють *чотири фази реакції батьків* на народження дитини з вадами розвитку. Перша – *стресовий стан*, коли подружжя відчувають страх, відчай і розгубленість. Вони ставлять собі запитання “Чому це повинно було статися зі мною? “. Згодом виникає почуття провини, хоча лікар запевняє, що хвороба була неминучою. Друга – фаза динаміки психологічного стану сім’ї – *негативізм, заперечення* діагнозу. У такому випадку заперечення батьками патологічного стану дитини розглядається як засіб (що не усвідомлюється ними) для подолання пригніченості і тривоги. Деякі батьки висловлюють недовіру лікарям і консультантам, багаторазово уточнюють діагноз. Характерною рисою цієї фази є проекція власного почуття провини на інших, яка носить внутрішньо сімейний і поза сімейний характер. Батьки можуть звинувачувати один одного, лікарів. Характер проекції може відволікати енергію від адекватного вирішення проблеми, призводить до напружених відносин і підвищує емоційну напруженість. У такому випадку батьки зосереджені саме на хворобі, ваді дитини і не помічають позитивних ознак її особистості чи збережених можливостей і якостей, яких не зачіпила хвороба. Третя фаза – *депресивний стан*, пов’язаний з усвідомленням справжнього становища, втратою сподівань на те, що їхня дитина може бути нормальною. Печаль, горе часто можуть не проявлятися безпосередньо, але переживання тих почуттів позначається на стосунках сім’ї. Зменшується інтерес до роботи та інших справ, спостерігається роздратування, гнів, бракує теплоти у стосунках. Безперервна потреба дитини у спеціальному догляді може ускладнити вирішення цієї проблеми, підсилити синдром “ хронічної

печалі”, що є наслідком постійної залежності дитини від батьків, асоціалізації її психічного чи фізичного дефекту. Це може призвести до емоційної ізоляції, відчуженості подружжів. Деякі пари залишаються разом із спільного почуття провини і обов’язку, але їх задоволення шлюбом може послабшати, може настати сексуальна дисгармонія. Четверта фаза – означає початок соціально-психологічної адаптації членів сім’ї, *адекватних емоційних контактів*. На думку М. Семаго і Р. Майромяна, ці етапи носять скоріш структурний ніж послідовно-почасовий характер, і залежно від мікросередовища, особливостей внутрішньо сімейної ситуації можуть мати різну тривалість і виявлення [40, с. 42].

Об’єктом нашого дисертаційного дослідження є емоційна сфера батьків дітей з особливими потребами. Існує не достатньо наукових даних про *тривожність* у батьків дітей з особливими потребами, яка є одним із поширених емоційних станів у батьків дітей з особливими потребами. На нашу думку, якщо мінімалізувати стан тривожності то можна уникнути стресу та депресії, та хронічних наслідків переживань. В цьому ми можемо переконатися із роботи різних вчених та дослідників. Тривогу як емоційний стан і як ситуативну чи особистісну рису, яка виникає у процесі адаптації до середовища та виконання різних видів діяльності, вивчали Ю. Александровський, Ф. Горбов, А. Леонова, Я. Рейковський, К. Сантросян, Ю. Ханін, Х. Хекхаузен. У деяких дослідженнях тривожність розглядається як реакція на соціальні впливи при певних індивідуальних психофізіологічних особливостях (Г. Айзенк, В. Кисловська, М. Ландерс, Н. Лисенко, Н. Левітов, В. Мерлін, Ч. Спілбергер), а також як така, що може виникати при різних психосоматичних захворюваннях.

Якщо говорити про тривожність як стан, то Е. Ейдемільер тривожність визначає як емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки і проявляється в очікуванні недоброзичливого розвитку подій. В. Астапов зазначає, що тривога як стан – це реакція на різні стресори, що характеризується різною інтенсивністю, мінливістю у часі, наявністю

усвідомлюваних неприємних переживань напруги, стурбованості, хвилювання і супроводжується вираженою активізацією вегетативної нервової системи [4, с. 151]. На думку А. Прихожан, тривога – це емоційний стан, а тривожність – емоційно-особистісне утворення, яке має когнітивний, емоційний і операційний аспекти.

Так в теорії диференційних емоцій К. Ізарда відмічено, що тривожність складається з домінуючої емоції страху і взаємодії страху з однією або кількома іншими фундаментальними емоціями, особливо з співчуттям, гнівом, провинною, соромом і інтересом [37, с. 115].

Дослідження проблем емоційної сфери батьків, які мають дітей із особливими потребами, належать зарубіжним авторам. Так, Д. Патерсон описав проблеми сімей, які виховують дитину з порушеннями у психофізичному розвитку, визначив види стресів таких родин, виділивши насамперед фінансовий, емоціональний, фізичний [202].

Емоційний фон сім'ї, який включає переживання членів родини, зміни настрою, афекти, емоційні контакти, прояви любові та поваги один до одного, дуже впливає на розвиток дітей, а особливо дітей з особливими потребами, бо вони в більшій мірі відчують свою залежність від сім'ї, ніж діти без особливих потреб.

З точки зору В. Ткачевої, психологічна сторона подружніх взаємин є наслідком того, що людина має здатність розуміти, оцінювати й емоційно переживати як явища навколишнього світу, так і свої власні потреби. Ця сторона містить у собі не тільки думки і почуття подружжя по відношенню один до одного, але і їх об'єктивне вираження у вчинках і діях.

Детальну періодизацію кризових станів емоційної сфери батьків запропонував Е. Толмен: 1. Невизначеність (стан панічного жаху перед невідомим, шок, відчуття краху «нормального» життя).

2. Визначеність (суперечність між розумінням проблеми на раціональному рівні та заперечення її існування на емоційному).

3. Агресія (поява негативних почуттів, емоційних спалахів, гніву).

4. Активна, безрезультативна, хаотична діяльність (нераціональні спроби опанувати безвихідь ситуації, пошук чудодійного зцілення).
5. Депресія (відчуття апатії, втоми, безвихідності, спустошеності, відчаю).
6. Прийняття проблеми (віднаходження нового сенсу життя).
7. Активізація (прийняття проблеми, розкриття внутрішнього потенціалу, активна побудова та реалізація життєвих планів).
8. Солідарність (створення об'єднань з іншими батьками, які мають аналогічні проблеми) [221]. Періодизація кризових станів емоційної сфери батьків запропонована Е. Толменом, є досить схожою на спіраль переосмислення психологічної кризи за Е. Шухардта, проте відрізняється етапами та стадійністю.

Л. Акатов виділяє схеми поведінки батьків на появу в сім'ї дитини з порушеннями розвитку:

- 1) *прийняття дитини і його дефекту* - батьки приймають дефект, адекватно оцінюють його і виявляють по відношенню до дитини справжню відданість;
- 2) *реакція заперечення* - батьки заперечують дефект дитини і, як наслідок, не приймають і не визнають для своєї дитини ніяких обмежень;
- 3) *реакція надмірного захисту, протекції, опіки* - батьки наповнені почуттям жалю і співчуття, що проявляється в надмірно дбайливому типі виховання і захищає дитину від усіх небезпек;
- 4) *приховане зречення, відкидання дитини* - дефект дитини вважається ганьбою. Негативне ставлення і відраза по відношенню до дитини ховається за надмірно дбайливим, попереджувальним вихованням;
- 5) *відкрите зречення, відкидання дитини* - дитина приймається з огидою, при цьому батьки повністю усвідомлюють свої ворожі почуття, звинувачуючи суспільство, лікарів, вчителів в неадекватному відношенні до дефекту і аномалій дитини [1, с. 115].

Формування певних реакцій у батьків, емоційних станів, виділених типів сприйняття хвороби обумовлено також комплексом факторів і обставин, які впливали на нього протягом всього життя (генетичні,

перенесені захворювання, сімейні традиції, умови виховання, рівень освіти, економічні можливості, особистісні властивості, що виявляються у батьківському ставленні та ін.). Необхідність сприятливого сімейного виховання можна пояснити тим, що сім'я є джерелом емоційного виховання, яке проявляється у батьківській любові до дітей та у таких почуттях, як ласка, ніжність та довіра. Завдяки сім'ї дитина більш повноцінно виявляє свої емоції та інтелектуальні можливості. Саме це допомагає їй швидше розвиватися та пристосовуватися до життя.

Концепція сімейного виховання дитини з відхиленнями в розвитку має основну мету – досягнення гармонійного психологічного простору родини з нестандартною дитиною, максимального розвитку її потенційних можливостей і забезпечення успішної інтеграції в суспільство. Однак у своєму прагненні допомогти дитині сім'ї стикаються зі складними психологічними проблемами: неприйняття дитини з особливими потребами, неадекватне батьківське ставлення до неї, порушення структури родини та ускладнення взаємин між її членами, виникнення цілого ряду емоційних проблем батьків, відсутність порозуміння та підтримки подружжя.

Вивченням психотравмуючого впливу порушення розвитку дитини на психіку та поведінку батьків, дослідженням деструктивних батьківсько-дитячих стосунків у досліджуваних родині займалися В. Вишневський, І. Мамайчук. Автори підкреслюють наявність у матерів дітей, які мають порушення в розвитку, різних психологічних та психосоматичних проблем, а саме вираженого афекту туги, синдрому тривожної депресії, виснаження та сильної втоми, неврозів, головних болей, нудоти, коливань артеріального тиску, психогенного свербіжу, порушень менструального циклу, частих застуд та алергій, серцевосудинних та ендокринних захворювань тощо [69, с. 68].

Т. Соловійова зазначає, що переживання сім'єю стресу, що виникає під час народження (чи встановлення діагнозу) дитини з особливими потребами порушує структуру сім'ї. Подібні структурні зміни викликають

функціональні порушення: кожна сімейна функція (економічна, репродуктивна, рекреаційна, виховна тощо) видозмінюється, набуває нового значення, з'являються нові, специфічні функції, як реабілітаційна, компенсуюча, корекційна [104].

Можна зробити висновок, що від ступеня адаптації сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами, залежить якість життя всіх її членів. Порушення адаптації призводять до невротичних і психосоматичних розладів у батьків і до дезадаптації сім'ї.

Як показали і спостереження О. Хмизової та Н. Остапенко, батьків дітей із особливими потребами умовно можна поділити на три групи адаптивності: батьки, які адекватно сприймають особливості дитини; батьки, які ретельно приділяють увагу дитині; батьки, які матеріально забезпечують дитину з особливими потребами (сплачують лікування, купують красивий одяг, дорогі іграшки тощо), але не надають їй емоційної підтримки [154, с. 205].

Л. Аксьонова виділила за характером стилю внутрішньосімейних взаємин виділяють кілька типів сімей, що мають дітей із обмеженими можливостями: *стиль гіперопіки* – дитина-інвалід є центром всієї життєдіяльності сім'ї. Батькам (особливо матері) властиво гіпертрофоване почуття тривожності за дитину (фобія втрати).; *Гіпопротекційний стиль* - дитина-інвалід емоційно відкидається батьками, що проявляється у зниженні емоційних контактів; *Репресивний стиль* – дитина-інвалід ставиться в положення підлеглого; *Стиль співробітництва* – найбільш оптимальний стиль взаємин батьків з дитиною, що дозволяє максимально ефективно здійснювати необхідні реабілітаційно-розвиваючі заходи [2, с. 75].

Г. Цейтлін зазначає, що родини з дітьми із обмеженими можливостями володіють цілим рядом психологічних особливостей, що негативно впливають на психологічний статус хворої дитини і її здорових братів і сестер. Більшості батьків властиво специфічне відношення до дитини, що опирається на побоювання за її здоров'я, і обумовлена цим занижена оцінка її

можливостей, полегшені, а в дійсності інфантилізуючі вимоги до дитини. При цьому всі зусилля батьків зосереджуються на збереженні здоров'я дитини на шкоду розвитку особистості [44].

Науковці виокремлюють стилі сімейного спілкування залежно від поєднання параметрів батьківської любові (теплоти) та батьківських меж (контролю). А. Маслоу вказує, що потреба в любові, в приналежності, в необхідності іншому – одна з фундаментальних людських потреб. Її задоволення – важлива умова гармонійного розвитку дитини.

Як вказує Е. Холостова, структура й функції кожної родини видозмінюються з часом, впливаючи на способи сімейних відносин. Життєвий цикл родини звичайно складається із семи стадій розвитку. Родини дітей із обмеженими можливостями повинні бути готові до того, що їх стадії розвитку можуть бути не властиві звичайним родинам [156, с. 182].

Сім'ї в яких народжується дитина з вадою розвитку проходять певні стадії адаптації. За типологією адаптації американських авторів М. Селімана і Р. Дарлінга визначаються *чотири складові адаптації*: нормалізація, участь у громадському житті, альтруїзм і примирення. *Нормалізація* – процес адаптації, реалізації і узгодження відповідно із потребами людини щодо усіх функцій сім'ї. *Участь у громадському житті* беруть переважно батьки, які відстоюють власні права і права дітей на освіту і соціальне забезпечення шляхом створення дитячих і батьківських інвалідних організацій. *Альтруїзм*, як метод адаптації проявляється батьками з високим соціально-економічним статусом. Такі батьки створюють власні благодійні фонди і організації, які надають дітям інвалідам фінансову підтримку, фінансують програми навчання для дітей з вадами психофізичного розвитку. Ті ж, у кого немає певних фінансових можливостей, діють через релігійні громади, допомагаючи тим сім'ям, що потребують цього. *Примирення* характерне для тих сімей, які досягли нормалізації, не беруть участі у громадському житті і не здатні допомагати іншим. Вони стигматизовані суспільством і навіть не

інтегровані в альтернативні групи. Примирення може викликати ефект набутої безпорадності [117].

Результати роботи і практичної діяльності, які показала у своїх працях І. Іванова, дають підстави стверджувати, що такі шляхи *адаптації* батьків до нових умов життя, як *нормалізація* життєдіяльності родини і пасивне *примирення* з хворобою дитини на сьогодні залишаються нереальними, оскільки не вирішено питання щодо поліпшення матеріального становища сім'ї, удосконалення соціальної структури суспільства, подолання соціальних і фізичних бар'єрів інвалідності. Що стосується пасивного примирення із своїм становищем, то така ситуація призводить до феномену набутої безпорадності. Тому, сьогодні важливим є питанням – нормалізація внутрішньої духовної сфери людини, мобілізація зусиль батьків для участі їх у громадській та альтруїстичній діяльності з метою забезпечення свого виживання і правового захисту [40, с. 76].

Однією з умов, за якою дитина з особливими потребами виросте щасливою і комунікабельною є виконання батьками сімейних функцій. Сім'я, яка виховує дитину з особливими потребами виконує наступні *функції*. Духовна функція – передбачає духовний розвиток дитини, показником якого є здатність до подолання складних життєвих випробувань. Емоційна функція – передбачає емоційну стабілізацію батьків та сім'ї. *Емоційна стабілізація* сім'ї залежить від того, як швидко батьки зможуть пережити шок, стрес, депресію, що є наслідком реакції на інвалідність дитини, і адаптуватися до нової ситуації і умов життя. Це зумовлює взаємну психологічну та емоційну підтримку в сім'ї, задоволення потреб кожного члена сім'ї в особистому щасті і любові. Життєрадісність, бадьорість, оптимізм, урівноваженість батьків допомагають дитині винайти свій спосіб життя, тобто ставити перед собою смислоутворюючі життєві цілі і здійснювати їх. Дозвілєва функція – організація дозвілля, задоволення потреб у спільному відпочинку, дозволяє зняти накопичену втомленість, емоційну напругу. Побутова функція - передбачає створення режиму відповідно специфіки догляду за дитиною з

особливими потребами, а також розподілі обов'язків між батьками.[40, с. 73 74].

Основою для спілкування з дитиною є доброта, моральна підтримка, розуміння проблеми, які є у дитини, та шляхів їх подолання, самовіданість, взаєморозуміння, витривалість, ласка, доброта, терпіння, впевненість, милосердя; усвідомлення важливості того, що вона хоче зробити; почуття гумору; мужність, сміливість, рішучість; відчайдушність, людяність та велика віра у себе і власні сили. Благополучний розвиток дитини залежить від духовної атмосфери в сім'ї, виховання дитини можливе тільки в доброті, ласці, сімейному теплі [40, с. 68.].

Успішний розвиток дитини залежить від соціально-психологічних чинників особистісного росту батьків, їхнього самопізнання і самовдосконалення, формування і удосконалення батьківської любові, покращення психологічного клімату в сім'ї та у соціальному оточенні. Подоланні страху, відчаю, почуття провини, смиренне ставлення до свої ситуації сприяє постійному духовному росту. Уважне спостереження за власними емоціями та психологічним станом, забезпечує сприятливий *психологічний клімат в сім'ї*. Одна з найважливіших особливостей розвитку особистості – почуття власної відповідальності за життя дитини і збереження цілісності сім'ї, створення в сім'ї атмосфери комфорту, емоційного спокою [40, с. 73].

Такі перелічені людські якості, особливості особистості, цінності неможливі при порушеннях емоційного стану батьків. Несприятливий прогноз розвитку, як чинник порушення емоційної сфери сім'ї, після опрацьованої літератури стає зрозумілим а також відкриває нові бачення та розуміння наявності інших чинників порушення емоційних станів. Також перед нами стоїть завдання - допомога батькам, нормалізація та корекція їх емоційних станів. Адже при порушеннях емоційної сфери у батьків, нормальне спілкування між батьками і дитиною неможливе, а також ставиться під сумнів і здоровий розвиток дитини.

І попри те, що значна частина досліджень підтверджувала існування стадійного процесу, з'являлися нові дослідження (Л. Віклер, 1981), які стверджували, що насправді йдеться про реалії, що можуть повторюватися, суміщатися і відбуватися одночасно, і не обов'язково зберігають чітку закономірну послідовність [225, с. 281–188]. Формулює це бачення в теорію непослідовних стадій (М. Селігмен, 1989): “Стадії треба бачити гнучко, враховуючи усю складність сімей та непередбачуваність наслідків події у кожному індивідуальному випадку. Хоча реакції, які описали прихильники теорії стадій, можуть простежуватися в батьків дітей із особливими потребами, ці реакції не мусять бути послідовними. Вони можуть насправді повторюватися циклічно, їх повторно можуть зумовлювати різні життєві кризи та поворотні моменти” [112; 217, с. 29].

Сім'я хворої дитини стикається з труднощами, які невідомими іншим сім'ям. Шок від почутого діагнозу і невідкладна потреба одержати інформацію, щоби змогти ухвалити відповідні рішення; виснажливість потреби безперервного догляду за дитиною та опіки над нею, до якої додаються різні непередбачувані кризи, неодмінні значні фінансові витрати, подружні конфлікти, що посилюються від фізичної та емоційної втоми, від неперервної турботи про дитину; страх за майбутнє інших дітей, багато інших питань та тривог. Ось лише деякі з труднощів, із якими стикаються батьки дітей з особливими потребами (Н. Хоббс, 1986) [112].

Виявлення в дитини неповносправності чи важкого хронічного захворювання є безумовно кризою і, як і будь-яка криза, має різні шляхи до розв'язку. Шляхи, як такі, що ведуть до негативних змін та порушень у функціонуванні, і, навпаки, до позитивних змін у сімейній динаміці та до особистісного зростання її членів. Зважаючи на складність сімейної динаміки, велику кількість чинників, що її визначають, та неповторну індивідуальність кожної сім'ї, різноманіття тих соціальних мереж, у яких вона перебуває (1989 М. Селігмен, Р. Дарлінг) [217, с. 83].

Отже основним аспектом у аналізі теорії стадійності є проходження стадій адаптації до народження дитини з особливими потребами. В сім'ях з неповносправною дитиною є адаптивні стратегії, на які вказує А. Халлум [186]. А саме це є прийняття ситуації, заохочення самостійності дитини, терпеливість в терапії, високий рівень довіри фахівцям, використання соціальної допомоги, хороша організація буденних справ, участь у групах взаємопідтримки, використання часу для себе. Дезадаптивними є „втеча” в алкоголь, безпредметна агресивність, озлобленість, гіперопіка над дитиною.

На нашу думку, усі класифікації стадій переживання та емоційні реакції батьків на народження дитини з особливими потребами є дуже інформативними і потрібними знаннями для психологів. Зрозуміло, що усі класифікації і стадії це результати практичної та наукової роботи протягом багатьох років, і ми ні в якому разі не повинні нівелювати результатів їхньої праці. Проте, всі люди різні, і тому не усі батьки можуть чи повинні проходити стадії переживання народження хворої дитини одночасно, однаково чи навіть не послідовно. В науці ми повинні бути об'єктивні, а закономірність і послідовність необхідно розглядати для кожного індивіда чи групи окремо на скільки це можливо. В основі стадій, за дослідженнями багатьох вчених лежать емоційні стани. Саме такі класифікації ми беремо за основу нашого дисертаційного дослідження, проте їхню стадійність ставимо під сумнів. Погоджуємося з Е. Шухгардтом, М. Селінгменом та Л. Віклером про те, що стадії необхідно бачити гнучкими і характерними для кожної сім'ї, з урахуванням різних чинників, які їх детермінують. Наприклад Дж. Блейшер, Е. Кублер-Рос, М. Ірвін, М. Клаус та Л. Кеннел дійшли висновку про закономірну зміну емоційних станів на шляху до адаптації у структурі фаз реакцій на усвідомлення горя. На думку М. Семаго і Р. Майромяна, ці етапи носять скоріш структурний ніж послідовно-почасовий характер, і у своїй класифікації він виділяє 4 фази реакції батьків на народження дитини з вадами розвитку, кожна з яких характеризується своїми емоційними станами. Для нашого дослідження ми почерпнули багато інформації, і виділили

основні критерії за якими будемо досліджувати емоційні стани батьків у практичному дослідженні. А саме: тривога, депресія, почуття провини, фрустрація, шок, агресія, наявність хронічної втоми, самопочуття, активність, настрої та ін. Наше завдання є структурувати і визначити рівень емоційних переживань, за допомогою порівняльного аналізу у групах батьків, що виховують здорових дітей та дітей з особливими потребами. На нашу думку, емоційний стан батьків, залежить від стану, важкості і характеру протікання захворювання дитини, наявності діагнозу та інвалідності. Також нашою метою у практичному дослідженні буде пошук інших емоційних станів у батьків, які ще не були досліджені. За допомогою різних статистично-матиматичних методів практичної психології а також бесіди, анкетування, контент аналізу та проведення формуючого та констатуючого експериментів, ми повинні досягти вище перелічених і поставлених перед нами завдань.

Характер обмеження життєдіяльності дитини, специфіка патологічного стану по різному впливає на загальну психологічну і духовну атмосферу сім'ї. Це виявляється в особливостях життєдіяльності родини, стилі життя, взаємостосунках батьків і родичів з дитиною, а сім'ї – з найближчим соціальним оточенням. Тому важливо класифікувати сім'ю залежно від характеру захворювання і патологічного стану дитини [40, с. 79 -86].

Отже, зараз перед нами стоїть наступна мета, емпірично дослідити та статистично довести, що народження дитини з особливими потребами є чинником порушення емоційного стану батьків. Важливою також є, власне характеристика кожної сім'ї, з урахуванням її соціально-психологічної характеристики, структури і звичайно наявності дитини з особливими потребами (див. таб.1 чинники). Адже, на нашу думку, яка склалась з прочитаної літератури, характеризувати сімей необхідно за схемою: важкість захворювання дитини, наявність чіткого діагнозу та інвалідності, переживання батьків та їх проходження чи не проходження адаптації (дії батьків у наслідок проблем, що виникають в процесі захворювання та виховання дитини), емоційний стан батьків. І вже на основі всіх аспектів та

характеристик, формувати допомогу батькам (діагностичну, психокорекційну, ресурсну, інформативно-виховну, психотерапевтичну), що виховують дитину з особливими потребами.

1.3.1. Статеві відмінності переживань неповносправності дитини

Гендерні ролі у сім'ї, де росте дитина з неповносправністю змінюються і удосконалюються відповідно до життєвих етапів та циклів сім'ї, що пов'язані із особливостями дитини, її діагнозу і соціального оточення. Важливим аспектом є власне специфіка зміни сімейних ролей та особливостей взаємодії між членами сім'ї. Народження неповносправної дитини для багатьох батьків є ствердженням їх власної неповноцінності. З цим пов'язане почуття провини, криза самоідентичності і ціннісних орієнтацій батьків. Згідно статистики, більшість матерів неповносправних дітей переживає почуття провини, почуття „я – погана мати”. „Більшість з нас пишається досягненнями своїх дітей, стверджуючи з гордістю „хороші гени”. На жаль, така паралель змінюється на протилежну у випадку вади у дитини: „погані гени”, – зазначає американська дослідниця С. Харріс [187, с. 428].

Неможна заперечити, що відповідальність за здоров'я дитини повинна бути у двох батьків, але відповідальність матері за здоров'я дитини обумовлена ще на фізіологічному рівні. В період перинатального розвитку дитина живе практично одним життям з мамою. Саме тому сильні порушення в протіканні фізіологічних і нервово-психічних процесів у майбутньої мами можуть мати вплив на реалізацію генетичного потенціалу дитини і ускладнити її подальшу взаємодію з навколишнім середовищем [7, с. 85]. Психологічний симбіоз між матір'ю і дитиною вже зумовлює об'єктивну статеву відмінність у переживаннях. Перинатальна психологія – це область психологічної науки, що вивчає обумовлені взаємодією з матір'ю закономірності психологічного і психічного розвитку на самих ранніх етапах

онтогенезу люди ни від зачаття до перших місяців життя після народження. Основною особливістю та аспектом перинатального періоду є симбіотичний зв'язок матері із дитиною. Симбіоз психологічний – споконвічно виникаюча емоційно-смілова єдність матері і дитини, що служить вихідним пунктом подальшого розвитку свідомості та особистості дитини. Виникнення психологічного симбіозу зумовлене фізіологічною спільністю матері і плоду в перинатальному періоді розвитку. Близьким до цього поняття є введене Л. Виготським поняття пра-ми-первісне усвідомлення психологічної єдності матері і немовляти, що передує виникненню свідомості власної особистості – свідомості диференційованого і виділеного Я. Розвитку психологічного симбіозу сприяє комплекс поживлення, що з'являється на рубежі першого і другого місяців життя дитини та зміцнює емоційний зв'язок матері і дитини [22, с. 648; 77; 78]. Таким чином, симбіоз між матір'ю і дитиною, який зароджується вже у пренатальний період, і практично увесь час свого життя, який жінка приділяє дитині з особливими потребами, зумовлює об'єктивні статеві відмінності у переживаннях.

До переліку чинників, що спричиняють ускладнення адаптації сім'ї після народження неповносправної дитини відносять скерування всіх зусиль лише на хвору дитину (подолання вади). Це спричиняє збій рівноваги в сім'ї, порушення рольової поведінки, неузгодження і конфлікти, що призводить до ускладнень в розвитку неповносправної дитини і інших дітей в сім'ї. „Хороші подружні стосунки потребують багато зусиль і часу. Якщо хтось один з подружжя повинен віддавати всю свою енергію неповносправній дитині, то він має значно менше часу і ресурсів для підтримання позитивних подружніх взаємин”, – стверджує С. Харріс [187, с. 425]. Це підтверджується наступними дослідженнями. В одному з них приймали участь молоді батьки (середній вік 26р.) дітей з важкими фізичними ураженнями. Батьки були розділені на дві групи: високого рівня стресу і низького. В матерів було виявлено вищий рівень стресу, пов'язаний з опікою над неповносправною дитиною, навіть якщо при цьому їхні чоловіки не працювали і залишались

протягом дня вдома. Це пов'язано з традиційною гендерною роллю і обмеженням материнського вибору, а також з тим, що матері почувають більшу відповідальність за неповносправність своєї дитини [44].

Коли батьки вже зрозуміли, що у їхньої дитини є несприятливий прогноз розвитку, то деякі переживають парадоксальні почуття надії та розпачу. Багатьом приходять думки про смерть. Інших огортає гнів на партнера, якого звинувачують у тому, що дитина є неповносправною. Виступають також і зовсім інші реакції: багато батьків, особливо матері, звинувачують себе в тому, що не змогли дати достатньо позитивних почуттів дитині [204; 112 с. 59].

Згідно досліджень Д. Хіман і С. Тімко, матері найчастіше беруть на себе обов'язки навчання, медичної допомоги, допомоги в самообслуговуванні дитини з особливими потребами [178, с. 743-757]. Батьки традиційно зосереджуються на фінансовому забезпеченні сім'ї та перспективі розвитку дитини, часто уникаючи щоденної опіки. Поява нових вимушених обов'язків спричиняє рольові порушення членів сім'ї. В жінки – це порушення материнської ролі, ролі сексуального партнера, ролі фахівця, ролі вихователя. Дослідження стосовно переживань та рольових змін татів після народження неповносправної дитини зустрічаються в літературі значно рідше. Виявлено, що в багатьох сім'ях відбувається дистанціювання батьків від проблеми опіки над дитиною. Частими є їхні „втечі” в роботу чи алкоголь. „Частково це трапляється через невміння жінок залучати чоловіків до опікунчо-виховного процесу”, – стверджує М. Косьцельська [193, с. 67]. Досліджуючи особливості адаптаційних розладів татів дітей із загальними розладами розвитку, отримано результати, які вказують на те, що їм притаманне небажання зближуватись з людьми на емоційній основі, а також негнучкість і невиразність емоцій [150, с. 75]. Натомість, в тих сім'ях з неповносправною дитиною, які вважають себе щасливими, тати успішно виконують свою батьківську роль, або опосередковано: через близький контакт з дружиною, огортання її любов'ю і турботою, або ж безпосередньо,

через хороший контакт з неповносправною дитиною, активну участь в її лікуванні, реабілітації, навчанні. Отже, важливим аспектом у нашому практичному дослідженні, мають бути статеві відмінності у переживаннях, емоціях та батьківському ставленні.

Отже, аналізуючи погляди вчених на емоційні стани та переживання батьків дітей з особливими потребами, можна виокремити соціально-психологічні чинники, особистісно-психологічні, психофізіологічні, сімейні особливості та особливості психоемоційної сфери. Великий внесок у вивчення емоційних станів та переживань у батьків був зроблений вітчизняними та зарубіжними вченими, наукові пошуки яких розглянуто та проаналізовано у поданому розділі дисертаційного дослідження. Водночас, на вітчизняних наукових теренах практично відсутні комплексні дослідження психологічних та інших чинників емоційного стану батьків дітей з психофізичними розладами.

В результаті проведеного теоретичного дослідження було розроблено гіпотетичну модель. У поданій моделі інтегровані погляди на переживання та емоційні стани батьків після народження дитини з особливими потребами В. Вишневський, М. Ліванг, І. Лоуренс, Р. Майрамян, І. Мамайчук, О. Романчук, Г. Саліван, Н. Уолтон, О. Богданишина, І. Іванова, Є. Клопота, М. Карпа, Е. Мастюкова, К. Островська, Н. Северенчук, М. Химко, Е. Шухардт, Б. Грут, Д. Грей, К. Хоуч, Е. Пісула, П. Рендал, М. Селігмен, Дж. Блейшер, Е. Кублер-Рос та інших зарубіжних та вітчизняних вчених (Рис. 1.1).

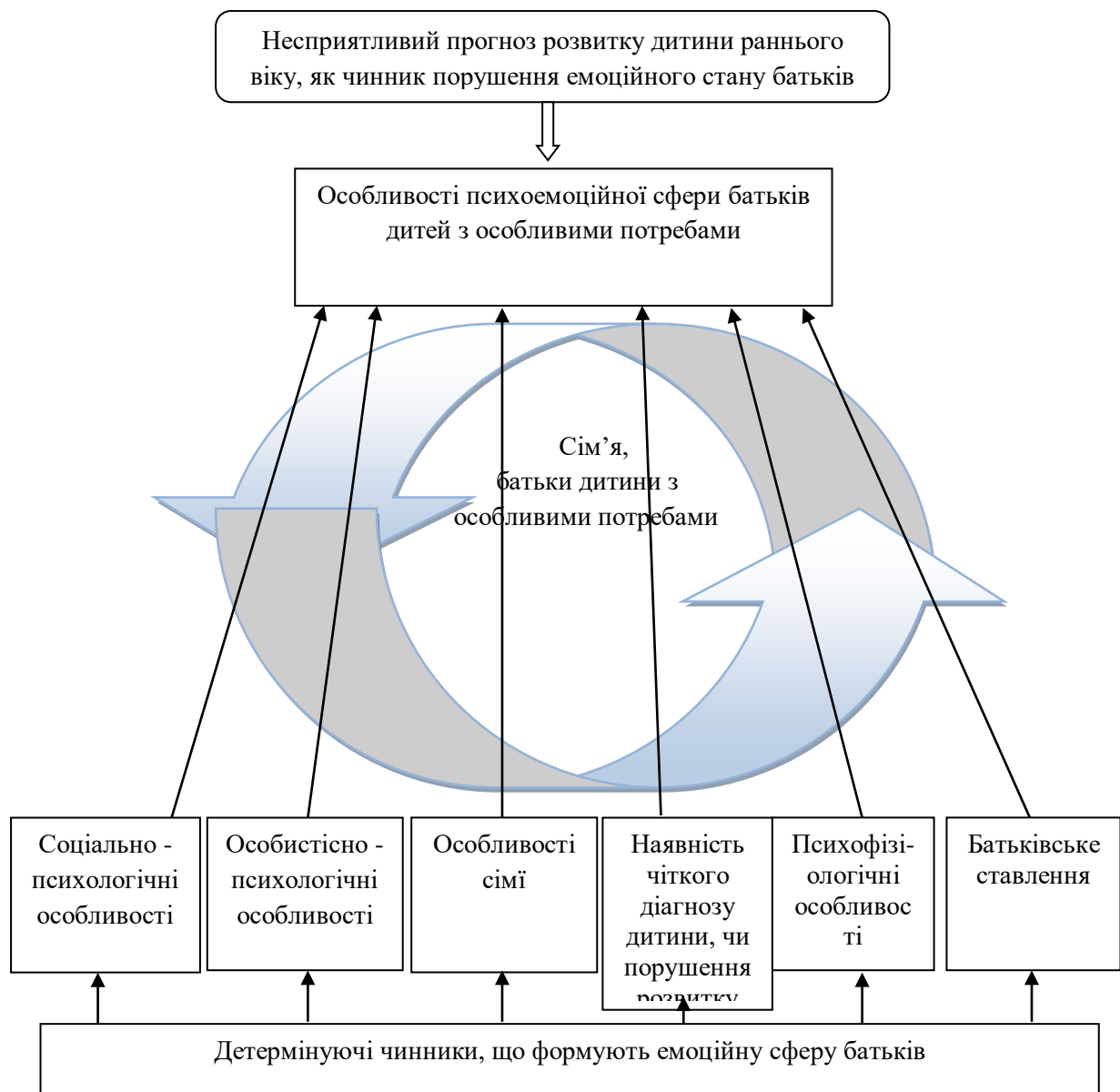


Рис. 1.1. Теоретична модель “Особливості психоемоційної сфери батьків дітей з особливими потребами”

Оскільки об'єктом дисертаційного дослідження виступає емоційна сфера батьків як суб'єктів сімейного виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку, особлива увага звернена на цю складову моделі. Враховуючи результати досліджень науковців та базуючись на теоретично розробленій гіпотетичній моделі, було визначено емпіричні показники в структурі моделі. Представлено компоненти, особливості психоемоційної сфери батьків, які згруповано в шість блоків: “соціально-психологічні”

(мотив соціальний: зниження мотивації і зміни в сфері соціального спілкування, допомога та прийняття від суспільства); “особистісно-психологічні” (активність, властиві особистості деструктивні тенденції, фізична агресія, непрямая агресія, ригідність, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини); “психофізіологічні” (хронічна втома батьків, симптоми фізіологічного дискомфорту); “особливості сім’ї” (повна-неповна сім’я, взаємодопомога у сім’ї, емоційний взаємозв’язок); “батьківське ставлення” (прийняття-неприйняття, кооперація, симбіоз, контроль, "малий невдаха"); “діагноз дитини чи наявність порушення розвитку”, що графічно відображено на рис. 1.2. Представлена модель стала основою для розробки та втілення програми емпіричного дослідження несприятливого розвитку дитини раннього віку як чинника порушення емоційного стану батьків



Рис. 1.2. Модель “Особливості психоемоційної сфери батьків дітей з особливими потребами”

Висновки до першого розділу

Аналіз наукової літератури, представлений у першому розділі, свідчить про високий інтерес вчених до проблеми емоційних станів та переживань батьків дітей з особливими потребами. Результати теоретичного аналізу проблеми, показали нам основні засади та принципи до оцінювання психоемоційної сфери батьків, і формуванню на основі проаналізованого аргументованої методологічної бази дисертаційного дослідження. Класифікацією порушення розвитку та виховання дитини з особливими потребами досліджували і описали І. Наказна, І. Іванова, В. Лапшин і Б. Пузанов, В. Лебединський, В. Астапов, Є. Мастюкова, К. Островська. Після теоретичного аналізу вище згаданих авторів ми аргументуємо термін - несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку, який позначає і включає в себе вади та порушення розвитку дитини, які в свою чергу бувають різного генезу, ступеня важкості та характеру протікання, але через ранній термін чи комплексні порушення декількох функцій, не можуть бути визначені однозначно і поставлені, як діагноз. Важливо класифікувати сім'ю, залежно від характеру захворювання, порушення розвитку дитини, сформованого діагнозу та інвалідності (І. Іванова, Є. Клопота, К. Островська, В. Ткачева).

У проблемі психологічної підтримки батьків дітей з порушенням розвитку варто акцентувати увагу на емоційному стані батьків, сприйнятті ними своєї хворої дитини, її непередбачуваної поведінки (О. Богданишина, І. Іванова, Є. Клопота, М. Карпа, Е. Мастюкова, К. Островська, О. Романчук, М. Химко, Е. Шухардт, Л. Розена, Д. Корнас-Бела, А. Твардовський, Е. Пісула, П. Рендал, М. Селігмен, Дж. Блейшер, Е. Кублер-Рос). Простежували переживання батьками трагедії народження неповносправної дитини до-

слідники (Дж. Блейшер, Е. Кублер-Рос, М. Ірвін, М. Клаус, Л. Кеннел), які дійшли висновку про закономірну зміну їхніх *емоційних станів* на шляху до адаптації. Шок, заперечення, почуття провини, гнів, агресія, фрустрація, сором, тривожність, фізична і психічна втома від постійного і безуспішного пошуку способів зцілення дитини, виснажливий догляд за нею і зречення усіх власних потреб та інтересів – усе це провокує депресію у батьків. Депресія – є крайнім проявом гіпотимії і порушенням емоційного стану, характеризується почуття пригніченості, хронічно зниженим настроєм, це є завершальним у послідовній зміні емоційних етапів, які є неконструктивними, бо свідчать про неприйняття батьками нової реальності. За цих обставин складається вкрай несприятлива ситуація для розвитку дитини. Е.Кюблер-Рос запропонувала модель, де виділила п'ять стадій горя (стадії адаптації до народження дитини з особливими потребами): заперечення, угода, гнів, депресія, прийняття. Автор Дж. Блейшер подає власну, дещо адаптовану відносно стадій Е. Кублер-Рос модель стадій. Вона перегукується з моделлю М. Ірвін, М. Клаус та Л. Кеннел: шок, заперечення реальності неповносправності чи наявності прогнозу захворювання, усвідомлення реальності, яке супроводжується почуттями провини, смутку, відчаю, злості тощо, поступове примирення та прийняття реальності, реорганізація життя і реалістична адаптація до неповносправності. Проте, досвід і дослідження вчених та дослідників показує, що в багатьох сімей не простежуються закономірні фази і вони мають стихійний порядок, залежно від різних чинників (А.Твардовський, Л.Розена, Д. Корнас-Бєла, Е. Шухардт, М. Семаго і Р. Майромян, Е. Толмен т ін.). Саме останні перелічені класифікації, стають основою для вибору показників та критеріїв емпіричного дослідження. Знання психологічних стадій, виділених в теорії горя, допомагає фахівцям зрозуміти реакцію сім'ї дитини з порушенням розвитку; усвідомити, коли і яким чином краще втрутитися в ситуацію, гнучко застосовувати теорію стадій, враховувати особливості конкретної сім'ї.

Узагальнено ряд досліджень (В. Вишневський, М. Ліванг, І. Лоуренс, Р. Майрамян, І. Мамайчук, О. Романчук, Г. Саліван, Н. Уолтон, М. Химко,), які підтверджують, що характеристика сім'ї, особливо емоційні стани, вміння врегулювати свою психоемоційну сферу, вміння виходити з кризових ситуацій, батьківське ставлення до дитини, психічне і фізичне виснаження, що переростає у хронічну втому є визначальними чинниками щодо прогнозу розвитку дитини, її виховання та соціалізації. Порушення емоційного стану батьків, сприяє неадекватному ставленню до хвороби дитини, що в майбутньому може призвести до неправильного виховання і педагогічної занедбаності.

Таким чином, емоційні стани та переживання батьків (тривожність, депресія, шок, почуття провини, агресія, фрустрація, прийняття, мотивація до соціального спілкування т. ін.), наявність хронічної втоми а також наявність чіткого діагнозу у дитини чи порушення розвитку, вимагають у теперішній час нових наукових досліджень на результатах, яких буде сформована психологічна та психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами. Не зупинятися лише на стадійності а досліджувати емоційні стани, переживання батьків, і при чіткій констатації цих станів формувати програму допомоги для батьків.

На успішне подолання батьками деструктивних станів спрямовані різні форми психологічної роботи з ними: сімейне та індивідуальне консультування та групова робота (семінари, тренінги, техніки, вправи) із використанням психотерапії. Світовий досвід допомоги таким батькам свідчить, що найбільш цілющим для них є середовище людей із такими самими проблемами. Основними напрямками роботи центру взаємодії з батьками є: створення батьківського клубу; інформаційне забезпечення; допомога в пошуку адекватних способів подолання труднощів, своїх прихованих ресурсів; диференційована психолого-педагогічна підтримка.

Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку (розуміння наявності порушення розвитку), як чинник порушення емоційної сфери сім'ї,

після опрацьованої літератури стає теоретично зрозумілим (проте емпірично не доведеним), а також відкриває нові бачення та розуміння наявності інших чинників порушення емоційних станів батьків.

Нашим наступним завданням є емпірично виявити та описати емоційні переживання та порушення емоційних станів у групах батьків, що виховують здорових дітей та дітей з особливими потребами, а також у групах батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку. Також перед нами стоїть завдання - формування комплексу допомоги батькам на покращення та корекцію їхніх емоційних станів.

В результаті проведеного теоретичного дослідження було розроблено гіпотетичну модель. У поданій моделі інтегровані погляди на переживання та емоційні стани батьків після народження дитини з особливими потребами таких зарубіжних та вітчизняних вчених, як В. Вишневський, М. Ліванг, І. Лоуренс, Р. Майрамян, І. Мамайчук, О. Романчук, Г. Саліван, Н. Уолтон, О. Богданишина, І. Іванова, Є. Клопота, М. Карпа, Е. Мастюкова, К. Островська, Н. Северенчук, М. Химко, Е. Шухардт, Б. Грут, Д. Грей, К. Хоуч, Е. Пісула, П. Рендал, М. Селігмен, Дж. Блейшер, Е. Кублер-Рос та ін. В моделі представлено особливості психоемоційної сфери батьків, які згруповано у шість блоків (“соціально-психологічні”, “особистісно-психологічні”, “психофізіологічні”, “особливості сім’ї”, “батьківське ставлення” та “діагноз дитини, чи наявність порушення розвитку”). Подана теоретична модель є основою для розробки та втілення програми емпіричного дослідження несприятливого розвитку дитини раннього віку, як чинника порушення емоційного стану батьків.

Результати теоретичного аналізу проблеми представлені у таких публікаціях:

1. Андрейко Б.В. Особливості психоемоційних станів у вагітних жінок // Наукові записки. Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Т. 5, вип. 26. 2005. С. 89-98.

2. Андрейко Б.В. Пренатальні аспекти спілкування матері і дитини як двох абсолютних комунікативних партнерів // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: зб. наук. праць «Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету». Вип. 38. 2007. С. 259-260.
3. Андрейко Б.В. Соціальні проблеми, що детермінують емоційні стани батьків дитини з порушенням розвитку // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: психологічні науки. Вип.1. 2016. С. 156-160.
4. Андрейко Б.В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Т. 3. Вип. 11. 2015. С. 201-218.
5. Андрейко Б.В. Основні аспекти формування класифікації порушення розвитку дитини // Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Вип. 33. 2016. С. 24-34.
6. Andreyko B.V. The emotional state of parents in the structure of the stages of the experience of having a child with developmental disabilities // Journal of education culture and society. Wroclaw University. VOL 6, № 2. 2016. С. 150-157.

РОЗДІЛ II.

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ВИВЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ БАТЬКІВ ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

У другому розділі представлено процедуру організації, методичне забезпечення, особливості проведення і результати констатувального експерименту, спрямованого на дослідження несприятливого прогнозу розвитку дитини раннього віку як чинника порушення емоційного стану батьків; визначено емпіричні показники, відповідно до об'єкту нашого дослідження; наведено одержані результати у кількісних і якісних оцінках. Зокрема, описується програма дослідження, у якій відображено основні його етапи; обґрунтовується вибір методичного інструментарію для вимірювання емпіричних показників; аналізуються та інтерпретуються емпіричні результати дослідження.

2.1. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження, опис емпіричних показників

Основними змінними дослідження виступають емоційні стани батьків дітей з особливими потребами (залежна змінна). Соціально-психологічні (зокрема мотиваційні), особистісно-психологічні, психо-фізіологічні особливості батьків дітей з особливими потребами, а також характеристики сім'ї та батьківське ставлення виступають в якості незалежних змінних. Для досягнення поставленої мети було висунуто ряд практичних завдань, серед яких:

- проаналізувати порушення емоційного стану батьків дітей із особливими потребами;

- виявити відмінності у емоційних станах та переживаннях а також у типах батьківського ставлення у батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку;
- виокремити психологічні чинники порушення емоційного стану батьків дітей раннього віку із особливими потребами.

Для розв'язання основних практичних завдань було розроблено програму дослідження, що містить три етапи (Таб. 2.1.):

Таблиця 2.1.

Програма емпіричного дослідження несприятливого прогнозу дитини раннього віку як чинника порушення емоційного стану батьків

	Основні завдання	Група досліджуваних	Методи дослідження
Підготовчий етап	1) окреслення емпіричних показників; 2) підбір комплексу психодіагностичних методик; 3) вибір групи досліджуваних;		психодіагностичні; методи математичної статистики
Основний констатувальний етап дослідження	збір емпіричних даних	191 особа	метод опитування
Етап опису, аналізу та інтерпретації даних	1) статистичне опрацювання емпір. даних; 2) опис та інтерпретація результатів; 3) формулювання висновків за результатами дослідження; 4) визначення основних аспектів у психологічній та психотерапевтичній роботі з батьками, на основі результатів і чинників з констатувального експерименту.	191 особа	методи математичної статистики; метод інтерпретації емпіричних даних
Формувальний експеримент Етап опису, аналізу та інтерпретації даних	1) збір емпіричних даних до психологічного та психотерапевтичного впливу; 2) робота з батьками у групі взаємодопомоги з використанням сімейного консультування та короткотермінової психотерапії; 3) збір емпіричних даних після психологічного та психотерапевтичного впливу; 4) статистичне опрацювання	50 осіб	методи сімейного та індивідуального консультування та короткотермінової терапії спрямованої на розв'язання, методи математичної статистики; метод

	емпіричних даних; 5) опис та інтерпретація результатів; 6) формулювання висновків за результатами дослідження; 7) розробка рекомендацій для практичних психологів; 8) визначення перспектив подальших досліджень у даному контексті/		інтерпретації емпіричних даних.
--	--	--	---------------------------------

Емпіричне дослідження проводилось протягом 2015 – 2016 років років. Групу досліджуваних склали батьки дітей раннього та дошкільного віку з особливими потребами а також батьки здорових дітей. Загальна кількість досліджуваних, які взяли участь у всіх його етапах, склала 241 особа. Загалом досліджувану групу на констатувальному етапі склали 116 сімей (191 особа): 40 сімей (71 особа) батьків здорових дітей; 40 сімей (60 осіб) батьків дітей раннього віку з особливими потребами; 36 сімей (60 осіб) батьків дітей дошкільного віку з особливими потребами. Загалом досліджувану групу на етапі формувального експерименту (тривалістю рік часу) склали 30 сімей (50 осіб). На всіх етапах дослідження проводилося однією людиною – автором дисертаційної роботи.

На *підготовчому* етапі було визначено емпіричні показники, підібрано методичний інструментарій, комплекс психодіагностичних методик та обрано групу досліджуваних.

В результаті теоретичного огляду емпіричних досліджень емоційних станів батьків дітей з особливими потребами виявлено, що лише небагато з них присвячені комплексному вивченню окресленої проблеми, зокрема, це дослідження (Дж. Блейшер, Е. Кублер-Рос, М. Ірвін, М. Клаус, Л. Кеннел та ін.), які дійшли висновку про закономірну зміну *емоційних станів* на шляху до адаптації батьків дітей з особливими потребами. Автори виділяють: шок, заперечення, почуття провини, гнів, агресія, фрустрація, сором, тривожність, фізична і психічна втома та депресію у батьків. В українській психології вивчали емоційні стани та переживання батьків дітей з особливими

потребами (І. Іванова, Є. Клопота, К. Островська, В. Ткачева В. Вишневський, І. Мамайчук, О. Романчук, М. Химко).

Проте, недостатність висвітлення цієї проблеми на практичному та діагностичному рівнях, поряд з її значною соціальною значущістю призвело до визначення емпіричних показників, які б дали змогу вивчити особливості емоційних станів батьків дітей з особливими потребами, а в подальшому – виокремити чинники порушення емоційних станів батьків дітей з особливими потребами.

Таким чином, емоційні стани та переживання батьків (тривожність, депресія, почуття провини, агресія, фрустрація, прийняття, мотивація до соціального спілкування т. ін.), наявність хронічної втоми а також наявність чіткого діагнозу у дитини чи порушення розвитку, вимагають у теперішній час нових наукових досліджень на результатах, яких буде сформована психологічна та психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами.

З метою емпіричного вивчення емоційних станів батьків дітей з особливими потребами використано такі психодіагностичні **методики**: Сімейна соціограма (О.В. Черемісін і Е.Г. Ейдемилер та модифікований варіант методики, який запропонований В. В. Ткачовим); методика діагностики показників і форм агресії (А. Басса і А. Дарки); методика діагностики психічних станів (тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності Г. Айзенка); методика диференційована самооцінка психічного стану (В.А. Доскін, Н.А. Лаврентьев, М.П. Мирошников, В.Б. Шарай), також відома під назвою оцінка функціонального стану “САН”; методика на визначення рівня тривожності і депресії (за редакцією А.О. Прохорова); методика діагностики батьківського ставлення (А.Я.Варга, В.В. Століна); методика на визначення рівня хронічної втоми (А.Б.Леонової).

Можна припустити, що у батьків дітей із особливими потребами переважає комплекс негативних емоційних переживань обумовлений несприятливим прогнозом розвитку дитини, виявленням психофізичних

порушень. Для підтвердження чи спростування цих припущень необхідно визначити особливості та чинники виникнення порушень емоційних станів батьків дітей раннього віку з порушенням у психофізичному розвитку, а також типів батьківського ставлення та певної стадійності в емоційних реакціях батька і матері на порушення розвитку їхньої дитини, що становить мету основного дослідження.

Враховуючи результати досліджень багатьох науковців та базуючись на теоретично розробленій гіпотетичній моделі, було визначено емпіричні показники в структурі теоретичної моделі, серед яких наступні особливості та чинники, що детермінують психоемоційну сферу та переживання батьків:

- *соціально-психологічні особливості* (мотив соціальний: Зниження мотивації і зміни в сфері соціального спілкування, допомога та прийняття від суспільства);
- *особистісно-психологічні особливості* (активність, властиві особистості деструктивні тенденції, фізична агресія, непрямая агресія, ригідність, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини);
- *психофізіологічні особливості* (хронічна втома батьків, симптоми фізіологічного дискомфорту);
- *особливості сім'ї* (повна-неповна сім'я, взаємодопомога у сім'ї, емоційний взаємозв'язок, батьківське ставлення: прийняття-неприйняття, кооперація, симбіоз, контроль, «малий невдаха»);
- *діагноз дитини, чи наявність порушення розвитку*;
- *батьківське ставлення* (прийняття-неприйняття, кооперація, симбіоз, контроль, "малий невдаха");

Для визначення показників психоемоційної сфери та переживання батьків ми обрали показники такі, як самопочуття, настрої, тривожність, фрустрація, агресивність, депресія, порушення в емоційно-афективній сфері, когнітивний дискомфорт.

На другому – *основному* етапі здійснено дослідження несприятливого прогнозу розвитку дитини раннього віку, як чинника порушення емоційного стану батьків. В основному дослідженні взяли участь 191 особа. Досліджувані були ознайомлені із особливостями використання особистих даних, зокрема з умовою суворої конфіденційності. Для забезпечення досліджуваним комфортної атмосфери, процедура дослідження була анонімною, не вимагала від батьків дітей із особливими потребами називати свої справжні імена. Для створення додаткової мотивації до виконання завдання, досліджуваним (за їхнім бажанням) повідомлялися та пояснювалися результати опрацювання психодіагностичних методик.

Основними завданнями констатувального експерименту були: підібрати та апробувати психодіагностичні методи дослідження та емпірично виявити особливості емоційних станів та чинників їх порушення у батьків дітей з особливими потребами.

Дослідження проводилося груповим способом тривалістю 45 – 60 хвилин. Додатково були отримані дані, за допомогою анкети про вік та стать досліджуваного, діагноз чи наявність порушення розвитку у їхньої дитини. Основна частина дослідження проводилася на базі Львівської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату I-II ст. «Довіра», благодійного фонду Львівського центру підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце», СЗШ № 67, СЗШ №32, СЗШ № 66, СЗШ “Надія”, а також у садочку в м. Пустомити. Частина констатуючого та формуючий експеримент в повному обсягу, проводився у організованій нами групі “Психологічної взаємодопомоги” на базі Школи “Надія” міста Львова а також на базі центрів комплексної допомоги сім’ям ГО ”Справа Кьольпінга в Україні”.

На констатувальному етапі дисертаційного дослідження були застосовані такі статистичні методи – кореляційний, порівняльний та регресійний аналіз.

На третьому – *етапі опису, аналізу та інтерпретації* даних, результати дослідження, отримані за допомогою стандартизованих методик, були опрацьовані відповідно до ключів та введені у електронне середовище. Опрацювання кількісних даних відбувалося методами математико-статистичного аналізу у електронному середовищі програм Statistica 6.0. та Microsoft Excel 2003.

На останньому – *етапі формувального експерименту* (тривалістю рік часу), ми проводили психологічну та психотерапевтичну допомогу, спрямовану на зміну та корекцію емоційних станів батьків дітей з особливими потребами. Після нашого впливу та повторного опитування за допомогою стандартизованих методик ми отримали результати дослідження, які були статистично опрацьовані та проінтерпритовані.

Опрацьовані статистично результати були описані та психологічно проінтерпретовані. На основі отриманих під час дослідження даних було сформульовано висновки та розроблено практичні рекомендації для психологів, які працюють з батьками дітей із особливими потребами. Проведене емпіричне дослідження дало змогу визначити перспективи подальших наукових пошуків у даному контексті. Отже, розроблена програма емпіричного дослідження несприятливого прогнозу дитини раннього віку як чинника порушення емоційного стану забезпечила можливість реалізації практичних завдань поданого дисертаційного дослідження.

2.1.1. Обґрунтування вибору і опис методичного інструментарію емпіричного дослідження

Згідно теоретичного аналізу та гіпотетичної моделі були визначено основні показники та критерії психоемоційної сфери та переживання батьків : самопочуття, настрій, тривожність, фрустрація, агресивність, депресія, порушення в емоційно-афективній сфері, когнітивний дискомфорт. Методичним інструментарієм для діагностики даних показників ми обрали

методику діагностики *психічних станів* (тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності Г. Айзенка); методику на визначення рівня хронічної втоми (А.Б. Леонова), а саме показники *когнітивний дискомфорт та порушення в емоційно-афективній сфері*; диференційована самооцінка психічного стану (В.А. Доскін, Н.А. Лаврентьєв, М.П. Мирошников, В.Б. Шарай), також відома під назвою *оцінка функціонального стану "САН"*, яка складається із тридцяти запитань та включає такі шкали [99, с. 19]:

Самопочуття – загальний психічний показник нашого тілесного і духовного стану в кожний даний момент; складається з конкретних відчуттів і загальних почувань.

Настрій – загальний емоційний стан, який своєрідно забарвлює на певний час діяльність людини, характеризує її життєвий тонус.

Для діагностики *психічних станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності* було використано методику Г. Айзенка [99, с. 166]. Методика складається із сорока запитань та включає такі шкали:

Тривожність - переживання емоційного неблагополуччя, пов'язане з передчуттям небезпеки або невдачі. Будь-яка нестабільність, порушення звичного ходу подій може привести до розвитку тривожності.

Фрустрація (лат. frustratio - обман, невдача, марне очікування, розлад, руйнування (планів, задумів) - психічний стан, що виникає в ситуації розчарування, нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби. Виявляється в гнітючій напрузі, тривожності, відчутті безвихідності і відчаю. Виникає в ситуації, яка сприймається особистістю як невідворотна загроза досягненню значущої для неї мети, реалізації тій або іншої її потреби. Сила фрустрації залежить як від ступеня значущості дії, що блокується, так і від близькості його до наміченої мети. Реакцією на стан фрустрації можуть бути наступні основні типи дій: «відхід» від реальної ситуації в область фантазій, марень, мрій; виникнення внутрішньої тенденції до агресивності, яка або затримується, проступаючи у вигляді дратівливості, або відкрито проривається у вигляді гніву; загальний «регрес» поведінки, тобто перехід до

легших і примітивніших способів дії, часта зміна занять і ін. Як наслідок фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дії, що застосовувалися в ситуації фрустрації.

Ригідність (від латин. rigidus - жорсткий, твердий) – утрудненість, аж до повної нездатності, в зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови. Виділяють когнітивну, афектну і мотиваційну ригідність. Когнітивна ригідність виявляється в труднощах перебудови сприйняття і уявлень в ситуації, що змінилася. Афектна ригідність виражається у відсталості афектних (емоційних) відгуків на об'єкти емоцій, що змінюються. Мотиваційна ригідність виявляється в тугоподвижній перебудові системи мотивів в обставинах, що вимагають від суб'єкта гнучкості і зміни характеру поведінки. Рівень ригідності, що проявляється суб'єктом, обумовлюється взаємодією його особистісних особливостей з характером середовища, включаючи ступінь складності завдання, що стоїть перед ним, його привабливості для нього, наявність небезпеки, монотонність стимуляції і так далі.

Агресивність (лат. aggressio - нападати) - стійка характеристика суб'єкта, схильність, що відображає його відношення до поведінки, метою якої є спричинення шкоди що оточує, або подібний афективний стан (гнів, злість). Хоча агресивність грала вирішальну роль в процесі еволюції людини, затверджується, що вона не властива людській істоті спочатку, що діти засвоюють моделі агресивної поведінки практично з моменту народження. Причинами агресивності можуть виступати різного роду конфлікти, зокрема внутрішні, при цьому такі психологічні процеси як емпатія, ідентифікація, децентрація - стримують агресію, оскільки є ключем до розуміння інших і усвідомлення їх самостійної цінності.

Депресія (Методика на визначення рівня тривожності і депресії за редакцією А.О. Прохорова) – пригнічений душевний стан людини, описаний як занепад душевних і фізичних сил, також дипресія, як зазначалося з теоретичного аналізу є порушенням емоційного стану людини [99, с. 134].

Важливо зауважити, що основним методичним інструментарієм для діагностики порушення емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами було обрано методику на визначення рівня хронічної втоми (А.Б. Леонова). Методика складається із тридцяти шести тверджень, з якими досліджуваний має висловити згоду (або незгоду). За тридцяти шести твердженнями підраховується сумарний індекс хронічної втоми, який представлений такими шкалами: симптоми фізіологічного дискомфорту, *зниження загального самопочуття і когнітивний дискомфорт, порушення в емоційно-афективній сфері, зниження мотивації і зміни в сфері соціального спілкування* [99, с. 341].

Також на основі проведеного теоретичного аналізу літературних джерел, у яких висвітлюється проблематика порушень та особливостей емоційних станів батьків дітей з особливими потребами, спираючись на розроблену гіпотетичну модель, було окреслено основні емпіричні показники в структурі теоретичної моделі, серед яких є нижче описані чинники: соціально-психологічні, особистісно-психологічні, психофізіологічні, та особливості сім'ї, діагноз дитини чи наявність порушення розвитку та батьківське ставлення.

Для дослідження соціально-психологічних особливостей було застосовано вище описану психодіагностичну методику на визначення рівня хронічної втоми (А.Б. Леонова) і її шкала *зниження мотивації і зміни в сфері соціального спілкування* та анкету опитувальника, питання якої стало шкалою: *допомога та прийняття від суспільства*.

Для дослідження Особистісно-психологічних особливостей було використано методику діагностики показників і форм агресії (А. Басса і А. Дарки) [100, с. 71].

Методика діагностики показників і форм агресії (А. Басса і А. Дарки). Непряма агресія - агресія, що обхідним шляхом спрямована на іншу особу (злісні плітки, жарти) та агресія ні на кого не спрямована (зриви люті, лемент, тупання ногами, биття кулаками по столу).

Роздратування - готовність до прояву негативних почуттів при найменшому роздратуванні (запальність, брутальність).

Негативізм - опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів.

Образа - заздрість і ненависть до оточення за дійсні і вигадані дії.

Підозрілість - виявляється в діапазоні від недовіри й обережності щодо людей до переконання в тому, що інші люди мають намір нанести шкоду.

Вербальна агресія - вираження негативних почуттів як через форму (лемент, вереск), так і через зміст словесних відповідей (проклинання, погрози).

Почуття провини - виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, яка вчиняє зло. У галузі психічного здоров'я почуття провини й сорому є трансдіагностичною проблемою (П. Гілберт, 2009). Кларк Ендрю, психіатр-психотерапевт вважає, що у деяких прикре почуття провини й сорому спричинює поточні порушення настрою. Також можемо розрізняти провину як відповідну тому, що було зроблено («покарання відповідає злочину»).

Для дослідження *психофізіологічних особливостей* було використано дві шкали з методики на визначення рівня хронічної втоми (А.Б. Леонова): *індекс хронічної втоми та симптоми фізіологічного дискомфорту*.

Для дослідження *діагнозу дитини чи наявності порушення розвитку*, за допомогою анкети опитувальника було визначено: *наявність діагнозу у дитини чи наявність порушення розвитку (Додаток1)*.

Для дослідження *особливостей сім'ї* за допомогою анкети опитувальника було визначено: повна-неповна сім'я, взаємодопомога у сім'ї.

Для дослідження *батьківського ставлення* було застосовано методику діагностики батьківського ставлення (А.Я.Варга, В.В. Століна).

З метою визначення ставлення батьків до дітей було використано *методику батьківського ставлення А.Я. Варга, В.В. Століна*. Батьківське ставлення розуміється як система різних емоцій по відношенню до дитини,

поведінкових стереотипів, що практикуються в спілкуванні з нею, особливостей сприйняття і розуміння характеру і особистості дитини, її поступків. Опитувальник складається із шістдесяти запитань та п'яти шкал.

1. *Прийняття-відторгнення (неприйняття)*. Шкала відображає інтергральне емоційне відношення до дитини. Зміст одного полюсу шкали – батькам подобається дитина такою, яка вона є. Батьки поважають індивідуальність дитини, симпатизують їй, прагнуть проводити багато часу з дитиною, схвалюють її інтереси та плани. А на другому полюсі шкали – батьки сприймають дитину як погану, непристосовану, невдахою. Їм здається, що дитина не досягне успіху в житті через низькі здібності. Вони відчують у ставленні до дитини роздратованість та відчуття образи, не довіряють їй.

2. *Кооперація*. Соціально бажаний образ батьківського відношення. Бажано ця шкала розкривається так: батьки зацікавлені в справах і планах дитини, намагаються допомогти їй та співчують. Вони високо оцінюють творчі та інтелектуальні здібності дитини, відчують відчуття гордості за неї. Схвалюють ініціативу та самостійність дитини, прагнуть бути з нею на рівних. Довіряючи дитині батьки можуть приймати її точку зору в спірних питаннях.

3. *Симбіоз*. Шкала відображає міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною. При високих балах по цій шкалі можна вважати, що батьки або один із батьків прагне до симбіотичних відносин з дитиною. Батьки відчують себе одним цілим з дитиною, прагнуть задовільнити усі потреби дитини, вберегти її від труднощів і неприємностей життя. Батьки постійно відчують тривогу за дитину, оскільки вона здається їм маленькою та беззахисною. Тривога підвищується, коли дитина стає автономною, оскільки батьки обмежують її самостійність.

4. *Авторитарна гіперсоціалізація (контроль)*. Відображає форму та напрямок контролю за поведінкою дитини. При високих балах по цій шкалі в батьківському ставленні простежується авторитаризм. Батьки вимагають від

дитини послуху і дисципліни. Намагаються нав'язати дитині свою волю, не приймаючи точки зору дитини. При такому стилі виховання батьки слідкують за соціальними досягненнями дитини, її індивідуальними особливостями, думками, почуттями.

5. *Маленький невдаха.* Відображає особливості сприйняття та розуміння дитини батьками. При високих значеннях по цій шкалі в батьківському ставленні наявні прагнення інфантилізувати дитину, приписати їй особистісну і соціальну не сформованість. Батьки бачать дитину молодшою у порівнянні з реальним віком. Інтереси захоплення, думки видаються батькам дитячими і несерйозними.

2.1.2. Загальна характеристика групи досліджуваних

На констатуючому етапі дослідження брали участь: 1) батьки, які виховують дітей із особливими потребами раннього віку; 2) батьки, які виховують дітей із особливими потребами дошкільного віку; 3) батьки здорових дітей. Загалом досліджувану групу на етапі констатуючого експерименту склали 116 сімей (191 особа): 40 сімей (71 особа) батьків здорових дітей; 40 сімей (60 осіб) батьків дітей раннього віку з особливими потребами; 36 сімей (60 осіб) батьків дітей дошкільного віку з особливими потребами.

Аргументацією вибору груп для дисертаційного дослідження є – можливість проведення порівняльного аналізу показників емоційної сфери батьків здорових дітей та батьків дітей з особливими потребами. Це дає нам можливість, для підтвердження гіпотези про те, що несприятливий прогноз розвитку дитини впливає на емоційні стани батьків, а також виявлення відмінностей у емоційній сфері батьків здорових дітей та батьків дітей з особливими потребами.

У дослідженні, передумовою до вибору груп батьків дітей з особливими потребами раннього (1-3 роки) та дошкільного віку (3-7 років), став

теоретичний аналіз проблеми постановки діагнозу дитині. І. Іванова стверджувала, що народження дитини з вадами розвитку стає справжньою трагедією для батьків, створюється важка психотравмуюча ситуація в сім'ї. Період встановлення діагнозу може варіювати від пів року до п'яти років [40, с. 45]. В. Ткачева виділяє кризові стани та періоди в родинях, які виховують дітей з психофізичними відхиленнями і стверджує, що період постановки її діагнозу триває 3-5 років, а період підтвердження попереднього діагнозу, та визначення програми навчання 7-9 років. [47, с. 245]. Як бачимо з джерел, період постановки діагнозу може тривати від народження до п'яти років. Також вибір перелічених груп, був мотивований необхідністю проведення порівняльного аналізу показників емоційної сфери, для того, щоб побачити та порівняти чи відсутність чіткого діагнозу захворювання дитини негативно впливає на емоційну сферу та переживання батьків.

Загалом досліджувану групу на етапі формувального експерименту склали – 30 сімей (50 осіб) батьків дітей з особливими потребами раннього віку. Формувальний експеримент тривав рік часу, а по його закінченні група продовжила свою роботу і на далі, для усіх хто потребує отримати психологічну та психотерапевтичну допомогу за сформованою і апробованою авторською програмою.

Опис критеріїв та емпіричних показників, що отримані з проєктивно-діагностичних методик та методу аналіз тексту.

В практичній роботі ми використовували біографічний метод, метод спостереження, “аналіз тексту” (сертифікат Додаток 1). Біографічний метод є феноменологічним дослідженням і у свою чергу має наступні проєктивні методики: “лінія життя”, ”моя автобіографія”, “гра біографічна” – Дуче Діметрію, які поєднують у собі діагностичний та психотерапевтичний науковий результат. Типологія це не тип в даних методах а результат.

Також було використано методику “Сімейна соціограма” (О.В. Черемісін і Е.Г. Ейдемільер, модифікований варіант методики, який запропонований В. В. Ткачовим).

Біографічний метод у психологічному дослідженні. Біографічний метод — комплексний метод психологічного дослідження, спрямований на вивчення біографічних подій (життєвого шляху) людини. Біографічний метод налічує кілька модифікацій, представлений багатьма методиками та процедурами дослідницької роботи: аналіз щоденникових записів, автобіографій та біографій, психобіографічний метод (З. Фройд), каузометрия (Є. Головаха, О. Кронік, К. Кронік), психологічна автобіографія (Є. Коржова), вчування (І. Маноха) та ін. [10]. За Б. Мошкова, виділені підходи до розуміння біографічного методу. Аналіз життєвого шляху особистості це реконструкція значимих для особистості подій і виборів, аналіз причинно-наслідкової послідовності цих подій, прогноз їх впливу на подальше життя. Аналіз особистісних характеристик через вивчення автобіографій, щоденників, біографічних опитувальників, свідчень тощо, з метою отримання інформації про особистісні особливості людини. Узагальнення біографічних даних, вивчення біографій з метою виділення характерних рис, особливостей розвитку та становлення особистості певної групи осіб (вчених, художників тощо) [71, с. 131-141]. Процедура вчування (за І. Манохою) має етап роботи та зміст роботи, який і являється основними критеріями майбутньої інтерпретації. Отримання фактичних даних про життєвий та творчий шлях людини. Встановлення емоційної насиченості та смислової значимості основних подій життя. Вчування в зміст важливих подій. Актуалізація для людини значимих подій, вчування в їх зміст, переоцінка значимості.

Процедура каузометричного дослідження за Е. Головаха., А. Кронік, має наступні етап роботи. Зміст роботи полягає у біографічній розминці, налаштування на роботу, позитивізація контакту, формування списку подій, виділення суб’єктивно значимих для людини подій, датування подій,

вказування орієнтовних дат минулих і майбутніх подій, причинний та цільовий аналіз міжподієвих відносин, встановлення причинно-наслідкових зв'язків між подіями власного життя, аналіз сфер подій, віднесення подій до певної сфери (сім'я, робота тощо) [26; 9].

- Метод "Аналіз тексту".

В науковому дослідженні метод "Аналіз тексту" має наукові засади: ретельність (точність, відповідність); триангуляція – полягає в тому, що ми повинні порівняти два аспекти чогось, щоб отримати третє; пошук прихованих структур (приклад: можемо шукати брехню, прихована правда, приховані повідомлення). Текст – це речення або кілька речень. Вказівники тексту і його частини - це все критерії інтерпретації. Перший вказівник тексту – це логічна структура і зв'язок між елементами, який зв'язок і на чому ґрунтується. Зв'язок між чимось і до чогось. Другий вказівник тексту це – намір його розказати. Третій вказівник тексту: розуміння, читання тексту, іншими словами його читабельність, інколи є прихованим бажанням того, щоб неможливити прочитати те, що написано. Четвертий вказівник тексту: інформативність. П'ятий вказівник – зв'язок із контекстом: умови тексту і передумови; зв'язок з іншими текстами.

Додаткові інші елементи, які поза текстом, мета текст, контекст, презупозиція. Є три рівні тексту: перший через розбір речення на частини - рівень освіти, освідченості; другий рівень: засоби експресії (бідна чи багата мова, вага того чи іншого значення, про яке говорить автор, широко компетентна людина; третій рівень пізнавальний (пізнавальна схема).

Якісний аналіз змісту. Аналізуємо якусь частину, речення, абзац або сюжетні лінії. Ті частини мають свою - характер категорію, які ми називаємо кодами. Наприклад: код освіта, а підкоди будуть: освіта в школі, освіта у вузі. Дослідник порівнює коди між собою, об'єднує в групи, шукає зв'язок. Наприклад коди: поведінковий рівень, освіта рівень, емоційний рівень. Тоді підкоди до емоційного рівня будуть: фрустрація, тривога, агресія, радість.

Науковий результат так званий, як “творення теорії” – це підсумок даних, збір даних, аналіз взаємозв'язків, розуміння характеру категорій на усіх рівнях: емоційних, поведінкових, соціальних і т.д. пояснення певного явища, його розуміння, опис.

- Метод “Лінія життя”.

“Лінія життя” входить до числа біографічних методів (траекторія життя першим автором якої є Джеймс Шерега 1998). Інструкція: намалюйте Ваше життя, лінію життя, що було, те що є. За концепцією проведення Джеймса Шерега, важливо не говорити як малювати, не нав'язувати своє бачення. Пари повинні шукати спільне – це їхнє майбутнє, а різносторонність та різноманітність у виконанні – це можливі розбіжності у відносинах або можливі чи наявні конфлікти. Важливим аспектом є етап – обміну партнерами своїми лініями життя, це несе в собі психокорекційний ефект. Пара повинна самостійно побачити можливі переломні моменти в їхньому житті, спільне, критичне, різне. Метод “Лінія життя”, як перше інтерв'ю з клієнтом і дозволяє перейти бар'єр у роботі. Він є основою і фундаментом для якісного дослідження. Результати дають можливість побачити те, що є тут і тепер, аспекти які хвилює людину та важливі і значимі події. Виконуючи людина бачить, що хоче насправді (своєрідне пророчення на майбутнє).

Методика “Лінія життя родини” бере початок від індивідуальної методики, розробленої подружжям О. Кронік, К. Кронік - “Твоя лінія життя”. Один з варіантів цієї методики має інструкцію: Намалюйте на аркуші паперу вашу лінію життя. 0 - це ваше народження, 100 - це, напевно, щось близьке до завершення життя. Тепер (після того, як лінія намальована) позначте ризикою на лінії то місце свого життя, де ви зараз перебуваєте. Який шматок життя ви вже прожили, де ви є зараз? А тепер позначте ризиками і коротко підпишіть всі самі значущі для вас події, які у вас були в житті. Це могли бути події, які відбувалися з вами, або події, свідками яких ви були. Але це самі значущі для вас події в минулому. Наступним кроком спробуйте відзначити і коротко підписати всі самі значущі події вашого життя, які, як

ви думаєте або навіть очікуєте, сподіваєтеся, з вами ще тільки відбудуться. Надалі по малюнку проводиться бесіда з клієнтом. На лінії життя клієнт малює своє життя, а не історію сім'ї. Проте, досвід використання методики говорить, що такі змістовні частини, як любов, весілля, народження дітей, вихід на роботу, смерть близьких, розлучення, переїзди та ін., є загальними для індивідуальної та сімейної історій. Методика «Твоя лінія життя» дає важливу інформацію про сімейне життя клієнта.

“Лінія життя родини”, або “Лінія часу”, як її називає А.Черніков (1998), досить проста: по горизонталі малюється лінія часу з відміткою років, місяців і навіть днів - на розсуд терапевта. Проводяться вертикальні лінії, і над ними надписуються події життєвого циклу сім'ї. Наприклад: ”Перше знайомство з нной”, “Одружилися”, “Перша сварка” і т.д. Така методика дозволяє організувати важко зіставну інформацію про сімейної історії в більш зручній графічній формі [57]. Особливо важливою методика стає, при міркуванні терапевта про те, чому сім'я прийшла за допомогою саме зараз, а не роком раніше чи пізніше. Що змінилося в сім'ї? Що стало іншим у зовнішніх зв'язках сім'ї? Що змусило сім'ю шукати допомогу в цей особливий час? Можна задавати правила і чітку інструкцію виконання, а можна не задавати. Власне, можливість людині самій вирішити, як малювати свою лінію життя, що може показати гарні результати і особливо гендерну різницю у малюнку та можливі приховані конфлікти чи ресурси у сімейної пари. Тобто яким чином позначалися зміна подій у житті.

Одним з найважливішим критерієм у інтерпретації, особливо групи є, те спільне, подібне, чи іншими словами спільна динаміка та тенденція у виконанні малюнку.

- *”Моя автобіографія”*

Метод ”Моя автобіографія” інтерпретується дослідником за допомогою критеріїв до методики а також за допомогою методу аналіз тексту. Критерії це самі частини тексту але з біографічним значенням: частини-вписані події,

еволюція подій, можливі ранжування подій, що надає значимості, розташування подій в хронологічному порядку.

- Методика “Сімейна соціограма”.

Для дослідження стану дитини з нормальним розвитком та дитини з особливими потребами в системі міжособистісних відносин і характер комунікацій в сім'ї — прямий чи опосередкований, ми скористалися методикою «Сімейна соціограма», авторами якої є О.Черемісін і Е. Ейдемільер і модифікований варіант методики, який запропонований В. В. Ткачовим [30]. Дана методика є терапевтичним інструментом, адже допомагає батькам подивитись на ситуації в сім'ї «зверху» і оцінити існуючі взаємозв'язки. В даному варіанті роздається три бланки із зображенням кола і інструкція звучить так: “Перед вами три кола. Кожен з них зображує вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалюйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.”

Інтерпретація результатів за допомогою критеріїв, за якими проводиться оцінка результатів тестування:

- 1) число членів сім'ї, які потрапили в площу кола і черговість їх зображення;
- 2) величина кіл;
- 3) розташування кіл відносно один одного, дистанція між ними – говорить про характер взаємин між членами сім'ї.

Оцінюючи результат за першим критерієм, слід зіставити число членів сім'ї, які зобразив досліджуваний з реальним. Можливо, що члени сім'ї, з якими досліджуваний перебуває в конфліктних відносинах, не потраплять у велике коло, вони будуть забуті. У той же час хтось із сторонніх осіб, тварин, улюблених предметів може бути зображений як член сім'ї.

Далі ми звертаємо увагу на величину кіл. Більше порівняно з іншими коло “Я” говорить про достатню або завищену самооцінку, менше – про знижену самооцінку. Величина кіл інших членів сім'ї говорить про їх значущість їх в очах досліджуваного.

Слід звернути увагу на розташування кіл в площі кола і по відношенню один до одного. Розташування досліджуваним свого кружка в центрі кола може говорити про егоцентричність особистості, а розташування себе внизу, осторонь від інших кіл, які символізують інших членів сім'ї, може вказувати на переживання емоційної відторгнутості .

Найбільш значимі члени сім'ї зображуються у вигляді великих за розміром кружечків в центрі або у верхній частині тестового поля.

Виявлено, що велику інформацію можна отримати, проаналізувавши відстані між колами. Віддаленість одного кола від інших може говорити про конфліктні стосунки в сім'ї. Своєрідне “злипання”, коли кола нашаровуються один на один, стикаються або знаходяться один в одному, говорить про недиференційованість “Я” у членів сім'ї, наявність симбіотичних зв'язків.

Кола можуть бути розташовані в лінійному порядку, що свідчить про формальний підхід до дослідження або відсутності теплих відносин. Якщо кола розташовані у вільному розташуванні, в різній віддаленості один від одного, це свідчить про певний ступінь близькості між членами сім'ї. Матері інколи ніби приліплюють до свого кола маленьке коло, яке означає дитину, а коло колишнього чоловіка та батька дитини може опинитися за великим колом, тобто за межами сім'ї, або взагалі зникнути. Зустрічаються також варіанти, коли в коло поміщається обличчя члена сім'ї, таким чином формальна схема олюднюється.

Використання «сімейної соціограми» дозволяє в лічені хвилини в ситуації «тут і тепер» під час консультації чи сеансу сімейної психотерапії наочно уявити взаємовідносини членів сім'ї, а потім, розглянувши бланки, обговорити, що вийшло.

Зображення членів сім'ї на трьох етапах її життя дозволяє визначити структуру сім'ї та тих осіб, які не витримали труднощів, пов'язаних з доглядом за дитиною. Важливою перевагою цієї методики також є той короткий час, протягом якого можна отримати результат і скласти уявлення про сім'ю [132].

Узагальнені результати дослідження системи міжособистісних відносин і характеру комунікацій в сім'ї, де виховується дитина з особливими потребами за сімейною соціограмою за такими критеріями: емоційна віддаленість; емоційна близькість; наявність батька чи матері у колі після народження дитини, величина кіл; спілкування в родині пряме; наявність симбіотичного зв'язку.

2.2. Особливості емоційної сфери батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку

Визначення методичних підходів до вивчення несприятливого прогнозу розвитку дитини раннього віку як чинника порушення емоційного стану батьків дає нам змогу проведення діагностичної роботи в групі батьків дітей із особливими потребами. Нашими наступними завданнями є провести: 1) порівняльний аналіз показників емоційної сфери батьків здорових дітей та батьків дітей з особливими потребами, що дає нам можливість для підтвердження гіпотези про те, що несприятливий прогноз розвитку дитини впливає на емоційні стани батьків, а тако ж з'ясування відмінностей у емоційній сфері батьків здорових дітей та батьків дітей з особливими потребами; 2) порівняльний аналіз показників емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку, для того, щоб виявити та порівняти чи відсутність чіткого діагнозу захворювання дитини негативно впливає на емоційну сферу та переживання батьків; 3) аналіз кореляційних зв'язків показників емоційних станів батьків дітей з особливими потребами раннього віку, для більш детального визначення взаємовпливів між описаними шкалами; 4) факторний аналіз емпіричних даних в групі батьків, які мають дітей із особливими потребами раннього віку, сформуванню факторної моделі порушення емоційних станів батьків дітей з особливими потребами раннього віку; 5) статистичний регресійний аналіз, що дозволить виокремити основні чинники порушення емоційного стану батьків дітей з особливими потребами.

Порівняльний аналіз показників емоційної сфери батьків здорових дітей та батьків дітей з особливими освітніми потребами

Одним із способів підтвердження гіпотези про те, що несприятливий прогноз розвитку дитини впливає на емоційні стани батьків, є з'ясування відмінностей у емоційній сфері батьків здорових дітей та батьків дітей з особливими потребами (за допомогою Т-критерію Стьюдента).

Виявлено статистично значущі відмінності (див. Додаток Б) між показниками емоційної сфери батьків, що мають здорових дітей і батьків дітей з особливими потребами за такими шкалами: «фізична агресія» ($M_1=4,37$, $M_2=5,08$, $p=0,0167$), «роздратованість» ($M_1=4,38$, $M_2=5,30$, $p=0,0069$), «підозрілість» ($M_1=3,74$, $M_2=4,44$, $p=0,0188$), «почуття провини» ($M_1=6,11$, $M_2=6,78$, $p=0,0363$), «індекс агресивності» ($M_1=15,12$, $M_2=16,83$, $p=0,0351$), «самопочуття» ($M_1=56,00$, $M_2=45,01$, $p=0,0000$), «активність» ($M_1=29,37$, $M_2=35,28$, $p=0,0001$), «настрій» ($M_1=58,22$, $M_2=45,86$, $p=0,0000$), «фрустрація» ($M_1=6,89$, $M_2=8,97$, $p=0,0007$), «тривожність» ($M_1=3,76$, $M_2=0,46$, $p=0,0000$), «депресія» ($M_1=2,47$, $M_2=-0,41$, $p=0,0000$), «прийняття» ($M_1=9,82$, $M_2=16,11$, $p=0,0000$), «кооперація» ($M_1=7,63$, $M_2=6,99$, $p=0,0005$), «маленький невдаха» ($M_1=2,55$, $M_2=4,36$, $p=0,0000$), «хронічна втома» ($M_1=16,92$, $M_2=25,23$, $p=0,0000$), «фізичний дискомфорт» ($M_1=7,85$, $M_2=10,79$, $p=0,0000$), «когнітивний дискомфорт» ($M_1=5,64$, $M_2=8,27$, $p=0,0000$), «порушення емоційної сфери» ($M_1=2,18$, $M_2=3,84$, $p=0,0000$), «зниження мотиву соціальної взаємодії» ($M_1=1,92$, $M_2=2,32$, $p=0,0242$).

Згідно досліджень M.DeMueter почуття злості та агресії переживається батьками не так часто, як депресія та почуття провини [44, с. 33]. В залежності від спрямованості агресії, вона є адаптивним чинником, як реакція на фрустрацію. Згідно наших досліджень батьків, що мають дітей з особливими потребами, у порівнянні з батьками здорових дітей, вищий рівень депресії, почуття провини, фрустрації та агресії.

Наочне відображення відмінностей деяких показників емоційної сфери батьків здорових дітей та дітей з особливими потребами представлено на рис. 2.1 – 2.5.

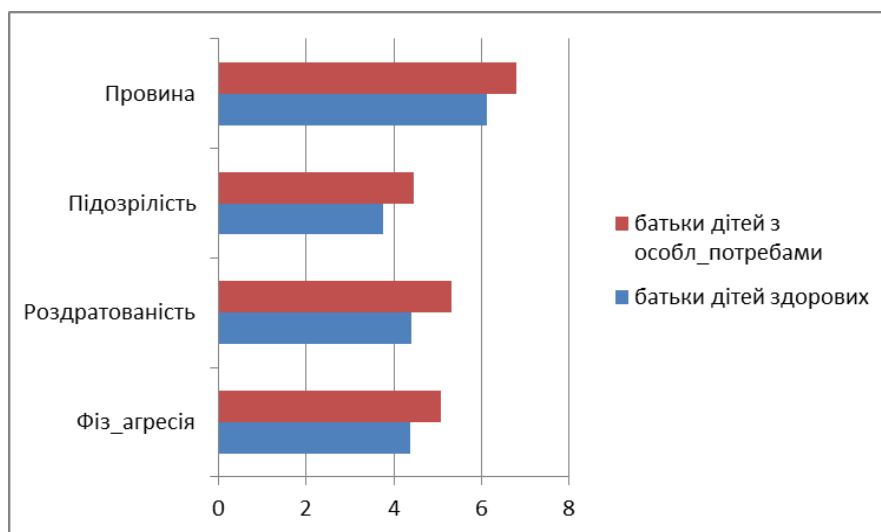


Рис. 2.1. Статистично значущі відмінності показників батьків здорових дітей та дітей з особливими потребами за методикою показників і форм агресії А.Басса-А.Дарки

У батьків, що мають дітей з особливими потребами, у порівнянні з батьками здорових дітей, вищий рівень фізичної агресії, роздратованості, підозрілості та почуття провини. Наявність почуття провини у батьків дітей з особливими потребами показали А. Твардовські, та і Д. Корнас-Бєла. Вони вважали, що *почуття провини*, яке переживають батьки в свою чергу, спричиняє прояви *агресії* у стосунках, а також бунт і ворожість до оточуючого світу [204; 224].

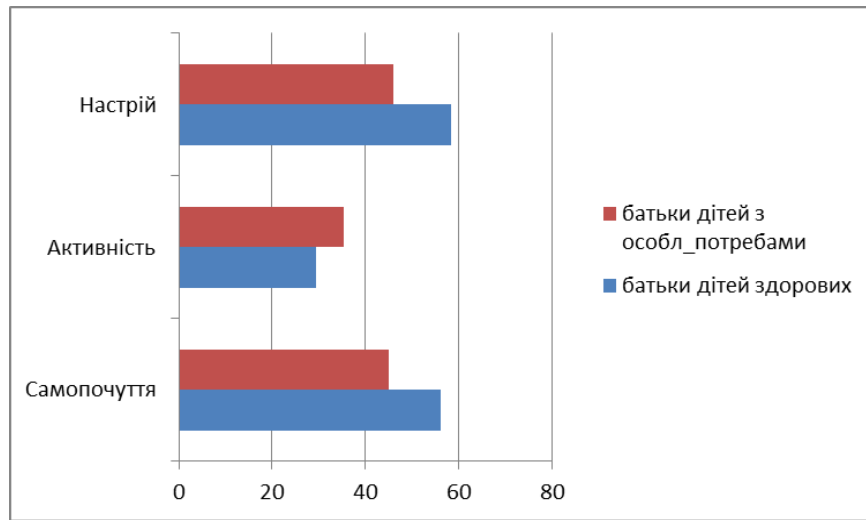


Рис. 2.2. Статистично значущі відмінності показників батьків здорових дітей та дітей з особливими потребами за методикою САН

У батьків, що мають дітей з особливими потребами значно нижчий, у порівнянні з батьками здорових дітей, рівень самопочуття та настрою, однак вищий рівень активності, оскільки батьки дітей з особливими потребами схвильовані станом здоров'я своїх дітей, особливостями їх розвитку, вони намагаються приймати активну участь у житті своїх дітей, їх розвитку та соціалізації.

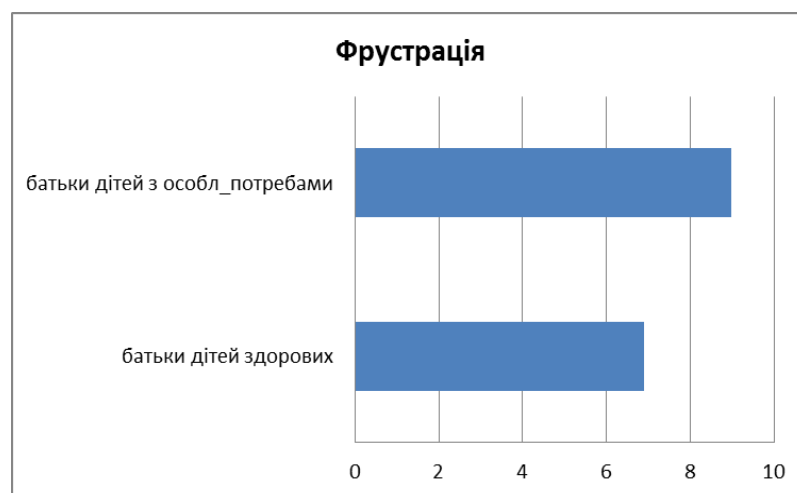


Рис. 2.3. Статистично значущі відмінності показників батьків здорових дітей та дітей з особливими потребами за шкалою «фрустрація» методики на визначення психічних станів Г. Айзенка

У батьків, що мають дітей з особливими потребами значно вищий рівень фрустрації, що виникає в ситуації суб'єктивного переживання

неможливості реалізації багатьох своїх планів, значущих потреб у зв'язку з народженням дитини з порушеним розвитком. Результати дослідження співзвучні з висновками та концепцією "хронічного смутку", яка належить С. Ольшанському [204]. На його думку на переживання батьків впливає брак відповідних послуг для неповносправних осіб і підтримки для їхніх родин. Причиною цього смутку є фрустрація батьків, неможливість сповнення надій, які покладались на дитину, пригнічуюча перспектива постійної залежності та опіки і внаслідок цього незадоволення власних потреб.

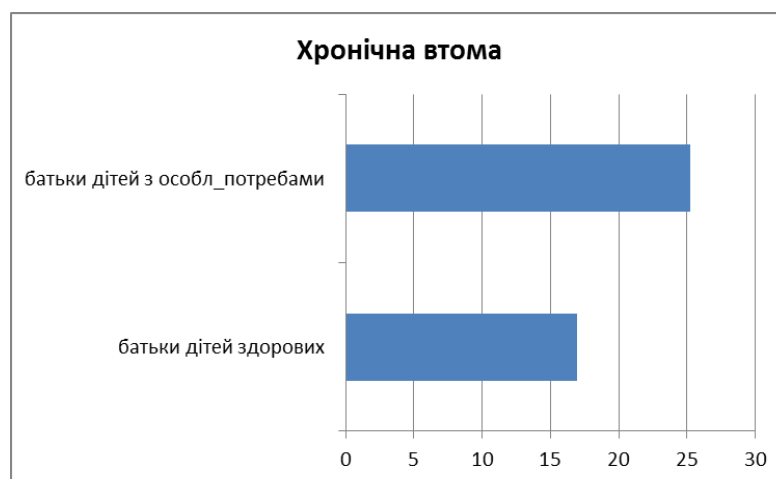


Рис. 2.4. Статистично значущі відмінності показників батьків здорових дітей та дітей з особливими потребами за ступенем хронічної втоми

У батьків, що мають дітей з особливими потребами у порівнянні з батьками здорових дітей, значно вищий рівень хронічної втоми, оскільки тривалий догляд за дітьми з особливими потребами вимагає значних фізичних та моральних зусиль, що призводить до виснаження, слабкості, апатії тощо, та в цілому значного порушення емоційної сфери батьків (рис. 2.5). Вивченням психотравмуючого впливу порушення розвитку дитини на психіку та поведінку батьків, дослідженням деструктивних батьківсько-дитячих стосунків у досліджуваних родинах займалися В. Вишневський, І. Мамайчук. Автори підкреслюють наявність у батьків різних психологічних та психосоматичних проблем, а саме синдрому тривожної депресії,

виснаження та сильної втоми [69, с. 68]. Також наявність фізичної та психічної втоми у батьків дітей з особливими потребами стверджував Н. Хоббс [112]. М. ДеМайер також стверджує, що проблеми, пов'язані з вихованням особливої дитини приводять до фізичного виснаження, внаслідок постійної опіки над дитиною [180]. Це також підтверджується результатами нашого дослідження, проте з доповненням наявності фрустрації, роздратованості та фізичної агресії

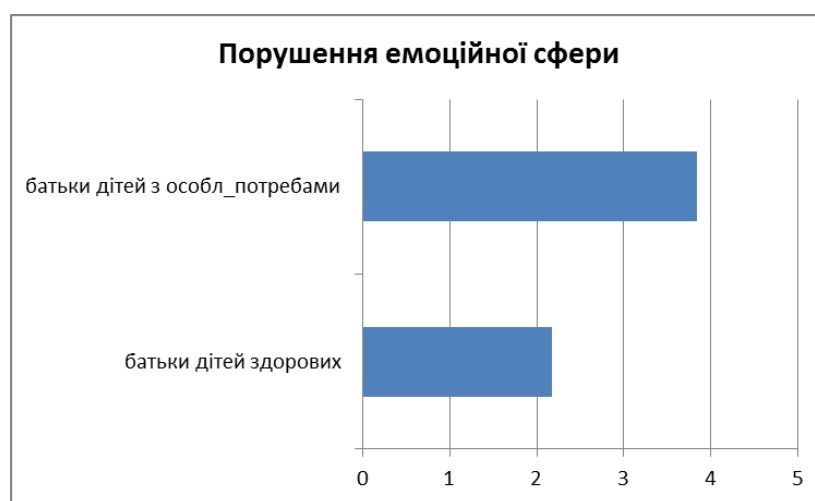


Рис. 2.5. Статистично значущі відмінності показників батьків здорових дітей та дітей з особливими потребами за ступенем порушення емоційної сфери

Таким чином, можна зробити висновки про те, що у батьків, які мають дітей з особливими потребами, у порівнянні з батьками здорових дітей, спостерігається значно нижчий рівень самопочуття та настрою, мотиву соціальної взаємодії, значне порушення емоційних станів батьків, що супроводжується агресивністю, роздратованістю, підозрілістю, почуттям провини, фрустрацією, фізичним та когнітивним дискомфортом, а також тривожністю та депресією.

Порівняльний аналіз показників емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку

Виявлено статистично значущі відмінності в емоційній сфері батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку (див. Додаток Б1) за такими показниками: «непряма агресія» (M1=4,27, M2=3,12, p=0,0014), «негативізм» (M1=2,83, M2=2,27, p=0,0217), «почуття провини» (M1=5,90, M2=7,67, p=0,0000), «самопочуття» (M1=40,95, M2=49,08, p=0,0000), «настрій» (M1=42,93, M2=48,78, p=0,0007), «фрустрація» (M1=7,92, M2=10,01, p=0,0046), «агресивність» (M1=8,58, M2=7,45, p=0,0244), «прийняття» (M1=13,72, M2=18,50, p=0,0000), «симбіоз» (M1=6,05, M2=6,48, p=0,0265), «порушення емоційної сфери» (M1=4,47, M2=3,22, p=0,0060), «зниження мотиву соціальної взаємодії» (M1=2,55, M2=2,08, p=0,0448).

Наочний аналіз деяких показників емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку представлено на рис. 2.6 – 2.7.

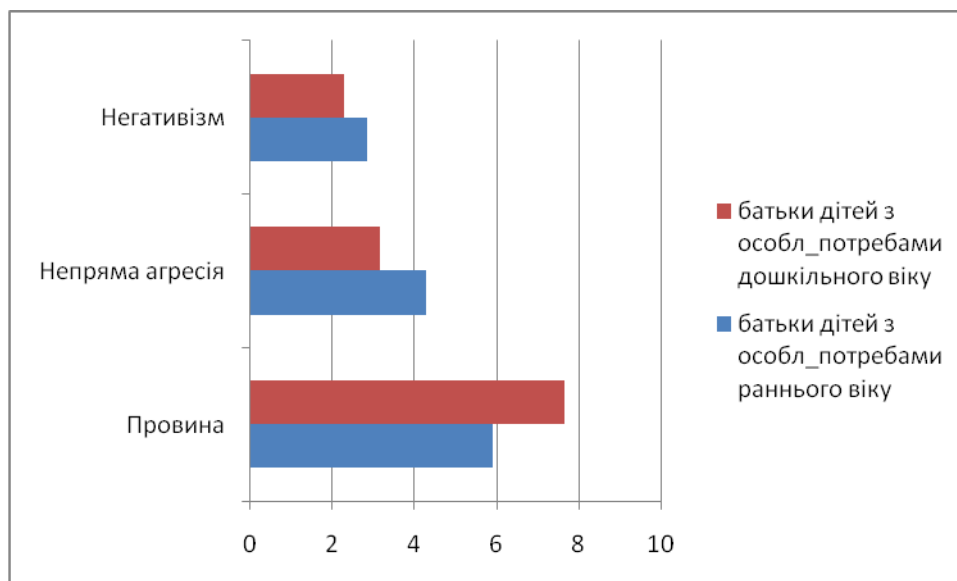


Рис. 2.6. Статистично значущі відмінності показників батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку за шкалами методики А. Басса-А. Дарки

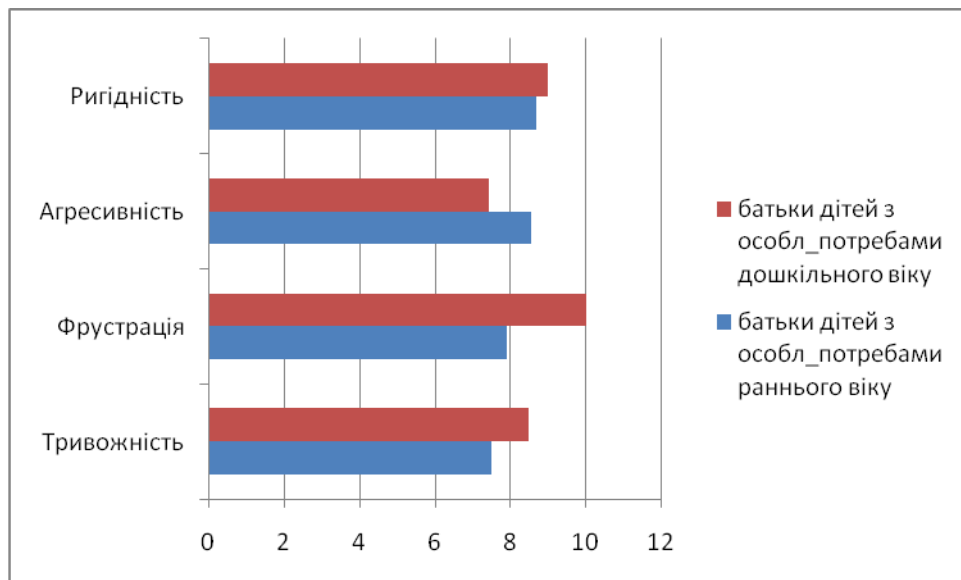


Рис. 2.7. Статистично значущі відмінності показників ригідності, фрустрації, агресивності та тривожності батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка

У батьків, що мають дітей з особливими потребами дошкільного віку, у порівнянні з батьками дітей з особливими потребами раннього віку, вищий рівень почуття провини (докорів сумління, внутрішньоособистісного конфлікту) та фрустрації через наявність психофізичних порушень у розвитку своїх дітей та нижчий рівень непрямой агресії та негативізму, що обумовлюється, як правило, проходженням відповідних адаптаційних етапів та встановленим діагнозом своїх дітей. Натомість, психіатр-психотерапевт Кларк Ендрю вважає, що у деяких прикре почуття провини й сорому спричинює поточні порушення настрою. Також можемо розрізняти провину, як відповідну тому, що було зроблено («покарання відповідає злочину»).

Порівняльний аналіз співвідношень низького, середнього та високого рівнів за шкалами «самопочуття», «активність», «настрій» для батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку представлено у Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Відсоткове співвідношення рівнів самопочуття, активності та настрою батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку

	Низький, %		Середній, %		Високий, %	
	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку
Самопочуття	45,3	47,3	20,5	16,3	34,2	36,4
Активність	23,5	15,1	43	41,2	32,2	43,7
Настрій	39,7	25,6	31,1	42,2	29,2	32,2

Приблизно половина батьків дітей із особливими потребами досліджуваних груп демонструють низький рівень самопочуття. У батьків, що мають дітей із особливими потребами дошкільного віку переважає вищий рівень активності, позитивного настрою, ніж у батьків, які мають дітей із особливими потребами раннього віку, оскільки вони переважно мають вже встановлений діагноз та частіше звертаються до фахівців з метою виправлення порушень розвитку дитини.

Порівняльний аналіз співвідношень низького, середнього та високого рівнів за шкалами «тривожність», «фрустрація», «ригідність», «агресивність» для батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку представлено у Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Відсоткове співвідношення рівнів тривожності, фрустрації, ригідності, агресивності батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку

	Низький, %		Середній, %		Високий, %	
	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку
Тривожність	15,3	18,9	40,4	39,6	44,3	41,5
Фрустрація	10,7	13,9	42,1	45,3	47,2	40,8
Ригідність	14,3	16,2	41,8	46,6	43,9	37,2
Агресивність	21,2	28,1	37,2	39,8	41,6	32,1

У батьків дітей із особливими потребами досліджуваних груп переважає високий рівень тривожності та фрустрації, що характеризується розчаруванням, переживанням нездійснення значущої для людини мети. При

переживанні фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дії, що застосовувалися в ситуації фрустрації.

Порівняльний аналіз співвідношень низького, середнього та високого рівнів батьківського ставлення для батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку представлено у Таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Відсоткове співвідношення рівнів батьківського ставлення: прийняття, кооперації, симбіозу, авторитарної гіперсоціалізації, маленького невдахи батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку

	Низький, %		Середній, %		Високий, %	
	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку
Прийняття	40,9	23,1	31,3	36,5	27,8	40,4
Кооперація	38,1	25,9	36,7	40,5	24,3	33,6
Симбіоз	26,5	24,6	32,4	35,2	41,1	40,2
Авторитарна гіперсоціалізація	32,1	32,2	42,2	40,1	25,7	27,7
Маленький невдаха	13,2	25	44,5	41,8	42,3	33,2

У батьків, які мають дітей із особливими потребами дошкільного віку переважає високий рівень прийняття, середній рівень кооперації, нижчий рівень прагнення інфантилізувати дитину, що свідчить про прийняття індивідуальності дитини батьками, вони більше зацікавлені в справах і планах дитини, намагаються допомогти їй та співчують.

Порівняльний аналіз співвідношень низького, середнього та високого рівнів тривожності та депресії батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку представлено у Таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Відсоткове співвідношення рівнів тривожності і депресії батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку

	Низький, %		Середній, %		Високий, %	
	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей дошкільного віку

	віку	віку	віку	віку	віку	віку
Тривожність	17,7	19,1	39,7	43,5	42,6	37,4
Депресія	16,5	28,4	38,2	37,4	45,3	34,2

У батьків, які мають дітей із особливими потребами раннього віку переважає вищий рівень тривожності та депресії, оскільки вони стурбовані та засмучені станом здоров'я своїх дітей, що негативно впливає на їх емоційний стан.

Порівняльний аналіз співвідношень низького, середнього та високого рівнів хронічної втоми батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку представлено у Таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Відсоткове співвідношення рівнів хронічної втоми батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку

	Низький, %		Середній, %		Високий, %	
	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей середнього віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей середнього віку	Батьки дітей раннього віку	Батьки дітей середнього віку
Хронічна втома	18,2	24,1	36,5	41,3	45,3	34,6

У батьків, які мають дітей із особливими потребами дошкільного віку переважає нижчий рівень хронічної втоми, оскільки вони переважно мають встановлений діагноз дітей, відповідно з їхніми дітьми працюють відповідні фахівці – корекційні педагоги у спеціальних закладах. В цей час батьки мають змогу відпочити. Саме тому, вони у меншій мірі відчувають хронічну втому, ніж батьки дітей із особливими потребами раннього віку.

Наступним нашим завданням, ми вважаємо за потрібне проведення порівняльного аналізу у групах батьків дітей з особливими потребами з урахуванням наявності порушення у розвитку та чіткого діагнозу. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку, який виникає із розуміння наявності порушення у розвитку і з часом встановленого діагнозу та інвалідності.

Отже, одним із чинників порушення емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами є *наявність/відсутність діагнозу захворювання*, що підтверджується проведеним порівняльним аналізом (Додаток Г).

Порівняння показників у групах батьків, що мають дітей з особливими потребами з встановленим діагнозом захворювання та відсутнім діагнозом, виявило статистично значущі відмінності за шкалами «роздратованість» ($M_1=4,32$, $M_2=5,47$, $p=0,0122$), «негативізм» ($M_1=2,2$, $M_2=3,06$, $p=0,0039$), «образа» ($M_1=3,44$, $M_2=4,47$, $p=0,0107$), «загальний індекс ворожості» ($M_1=7,24$, $M_2=8,59$, $p=0,0144$), «депресія» ($M_1=0,83$, $M_2=-0,88$, $p=0,0231$), «прийняття» ($M_1=17,61$, $M_2=14,65$, $p=0,0052$), «хронічна втома» ($M_1=22,71$, $M_2=28,74$, $p=0,0139$), «фізичний дискомфорт» ($M_1=10,15$, $M_2=12,47$, $p=0,0178$), «порушення емоційної сфери» ($M_1=3,12$, $M_2=4,53$, $p=0,0076$), «зниження мотивації соціальної взаємодії» ($M_1=1,93$, $M_2=2,74$, $p=0,0080$)

Наочне зображення деяких відмінностей представлено на рис. 2.8 – 2.11.

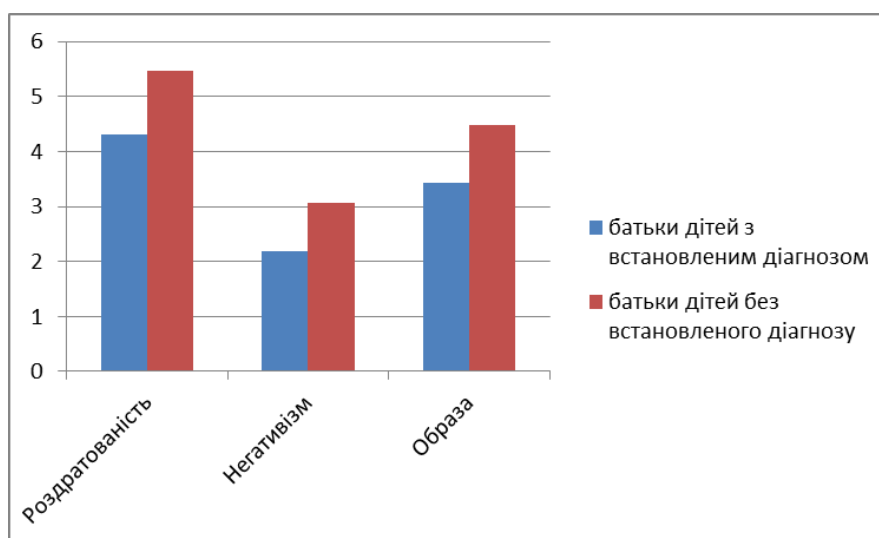


Рис. 2.8. Статистично значущі відмінності показників емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами зі встановленим діагнозом захворювання та з відсутнім діагнозом

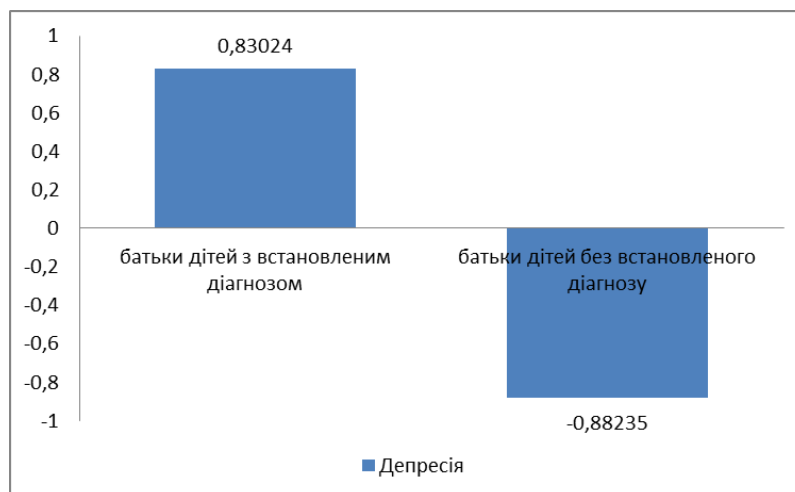


Рис. 2.9. Середні значення показників депресії батьків дітей із встановленим діагнозом і без нього

Згідно методики на визначення рівня тривожності і депресії (за редакцією А.О. Прохорова) чим нижчі показники за шкалою депресії, тим більший її рівень розвитку. Отже, батьки, що мають дітей з особливими потребами без встановленого діагнозу, постійно перебувають у невизначеному стані, що в свою чергу супроводжується роздратованістю, образою на інших та негативізмом (рис. 2.9). За результатами досліджень В. Ткачевої існують періоди і “важкоподолані” кризові стани в родинах, які виховують дітей з фізичними відхиленнями, найважчі з них це період постановки її діагнозу (3-5 років) і період підтвердження попереднього діагнозу, визначення програми навчання (7-9 років) [47, с. 244]. Вперше про заперечення реальності неповносправності чи наявності прогнозу захворювання говорив Дж. Блейшер (1984) [173, с. 55–68].

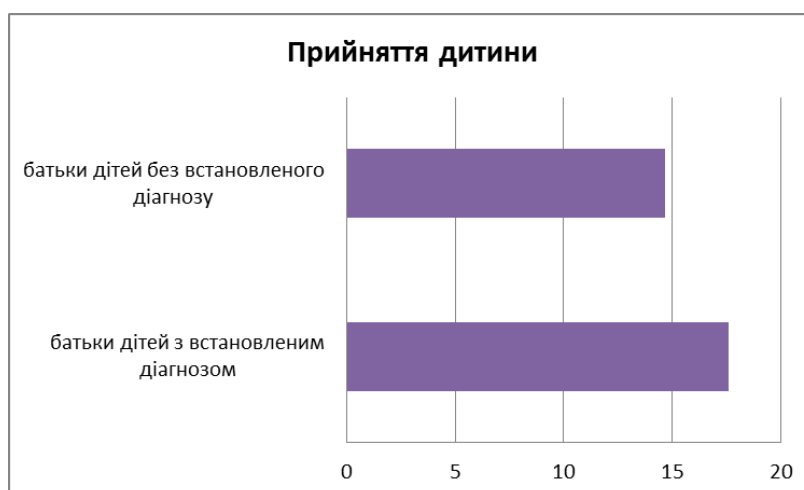


Рис. 2.10. *Статистично значущі відмінності прийняття дитини батьками, що мають дітей з особливими потребами зі встановленим діагнозом захворювання та з відсутнім діагнозом*

Як видно з діаграми, встановлення діагнозу дитини, сприяє процесу її прийняття батьками такою, якою вона є. Такі результати співзвучні із результатами дослідників. Про прийняття, як про стадію адаптації до народження дитини з особливими потребами говорили такі автори: Дж. Блейшер, Е.Кублер-Рос, М. Ірвін, М. Клаус, Л. Кеннел. [101;112;116;173;195]. Психолог і дослідник родинної проблематики Я. Рембовські окреслює батьківське ставлення як певну форму пристосування матері та батька до дитини, до проблеми її виховання, яка формується протягом виконання батьківської функції [211]. А. Козловська стверджує, що у ставленні віддзеркалюються почуття, думки та конкретні дії, які батьки виявляють до дитини, що проявляється у прийнятті дитини. Психолог М. Земська визначає батьківське ставлення як тенденцію до поведінки в певний специфічний спосіб стосовно дитини, яка виявляється протягом певного часу [228]. Авторка стверджує, що батьківське ставлення має певний період тривалості в часі, але воно є пластичним і постійно удосконалюється. А. Варга і В. Столін під батьківським ставленням розуміють систему почуттів стосовно дитини, поведінкових стереотипів, які використовуються при спілкуванні з ними, особливостей сприйняття та розуміння характеру і особистості дитини, її вчинків [100]. Один із позитивних та сприятливих типів батьківського ставлення за А. Варга і В. Столін це прийняття дитини.

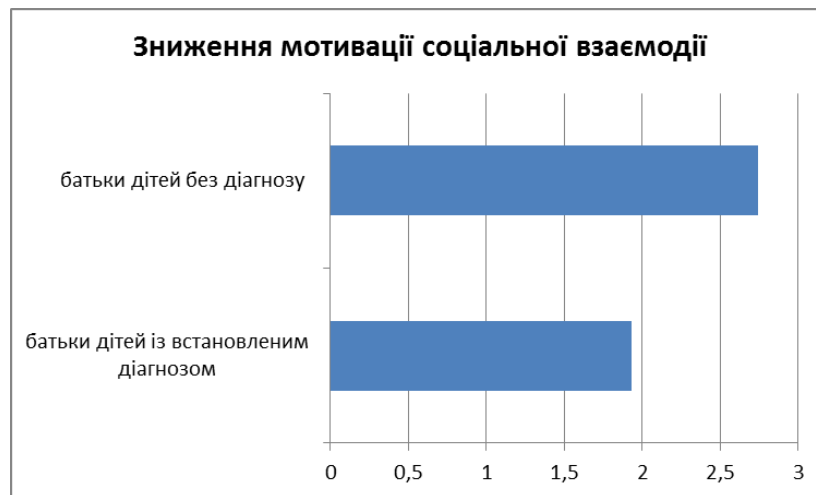


Рис.2.11. Статистично значущі відмінності показника «зниження мотиву соціальної взаємодії» батьків, що мають дітей з особливими потребами зі встановленим діагнозом захворювання та з відсутнім діагнозом

Відсутність діагнозу захворювання дитини негативно впливає також і на мотивацію соціального спілкування та взаємодії. Батьки дітей з особливими потребами воліють мінімізувати контакти із зовнішнім середовищем, замикаються у власних проблемах, що в свою чергу, поглиблює розвиток негативних емоційних станів, зокрема таких як депресія, образа тощо. Це підтверджують наукові дослідники Б. Трут і К. Хоуч, які зауважили, виховання дитини з порушенням розвитку веде до суспільної ізоляції батьків [209].

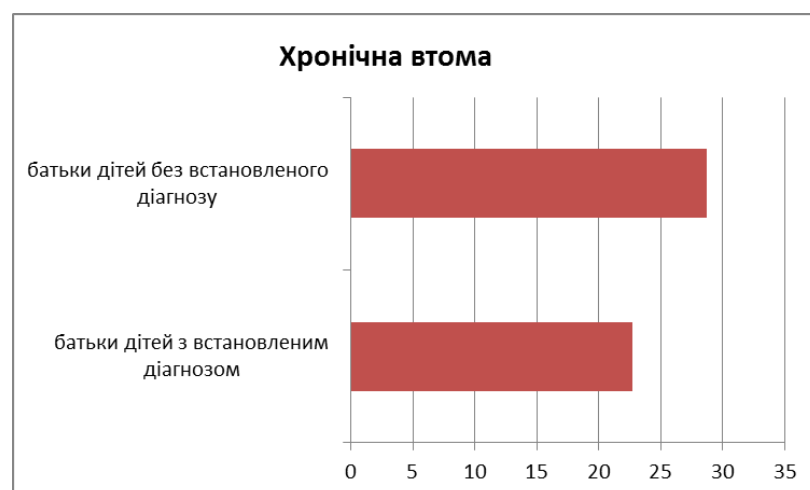


Рис.2.12. Статистично значущі відмінності показника хронічної втоми батьків, що мають дітей з особливими потребами зі встановленим діагнозом захворювання та з відсутнім діагнозом

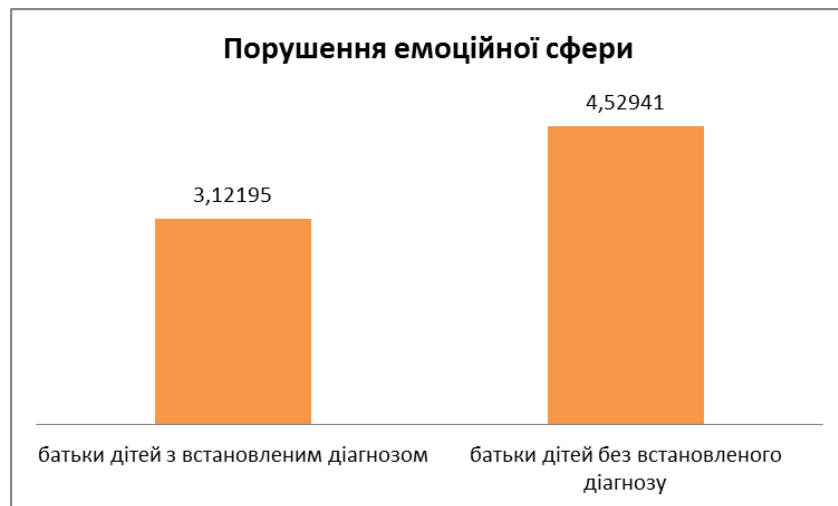


Рис. 2.13. Статистично значущі відмінності порушення емоційної сфери батьків, що мають дітей з особливими потребами зі встановленим діагнозом захворювання та з відсутнім діагнозом

Отже, відсутність встановленого діагнозу захворювання дитини опосередковано впливає на порушення емоційної сфери батьків та підвищує їх рівень хронічної втоми.

Можна спостерігати, що для батьків дітей з особливими потребами раннього віку, у порівнянні з батьками дітей дошкільного віку, характерні вищі показники порушення емоційної сфери, непрямой агресії та агресивності, негативізму та суттєво нижчі показники самопочуття і настрою. В свою чергу, у батьків дітей з особливими потребами дошкільного віку вищий рівень, у порівнянні з батьками дітей раннього віку, почуття провини, фрустрації, а також більший рівень прийняття дитини та симбіозу.

Отримані результати підтверджують наше переконання, що психологічна підтримка та допомога батькам дітей з особливими потребами раннього віку вкрай необхідна, щоб мінімізувати негативні емоційні прояви, що виражаються у почутті провини, тривожності, негативізмі та фрустрації.

Порівняльний аналіз результатів методик батьків дітей з особливими потребами за *статтю* (Т-критерій Стьюдента) виявив статистично значущі відмінності за такими шкалами як «роздратованість» ($p=0,0009$), «підозрілість» ($p=0,0002$), «вербальна агресія» ($p=0,0002$), «провина» ($p=0,0073$), «індекс ворожості» ($p=0,0017$), «самопочуття» ($p=0,0110$),

«фрустрація» ($p=0,0001$) (див. Додаток В). Середні значення показників відповідних шкал представлено на рис. 2.14.

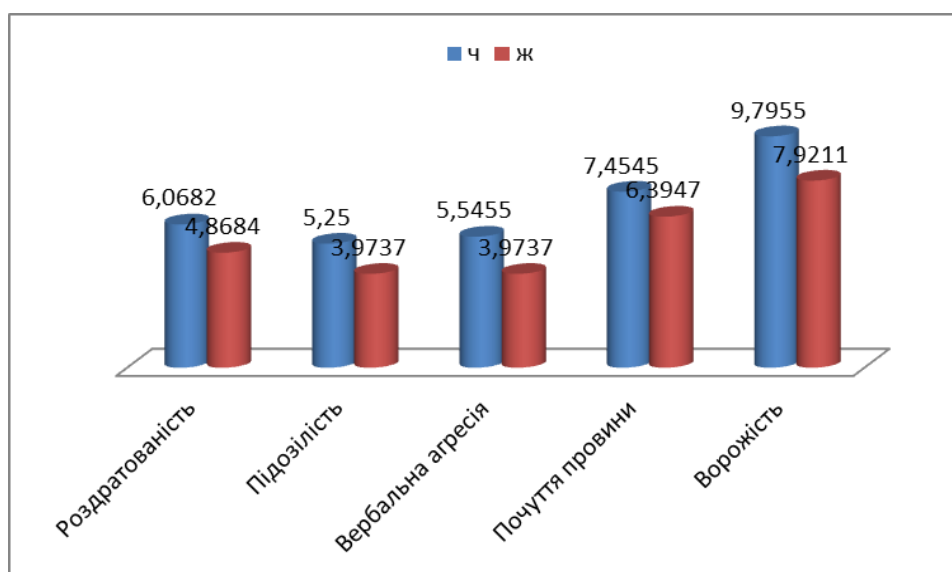


Рис. 2.14. Статеві відмінності емоційних станів батьків дітей з особливими потребами

З діаграми видно, що чоловіки у порівнянні із жінками мають вищі показники роздратованості, підозрілості, вербальної агресії, почуття провини та в цілому вищий індекс ворожості. Натомість американська дослідниця S.Harris зазначає, що більшість матерів неповносправних дітей переживає більше почуття провини, почуття „я – погана мати”, у порівнянні з чоловіками [187, с. 428].

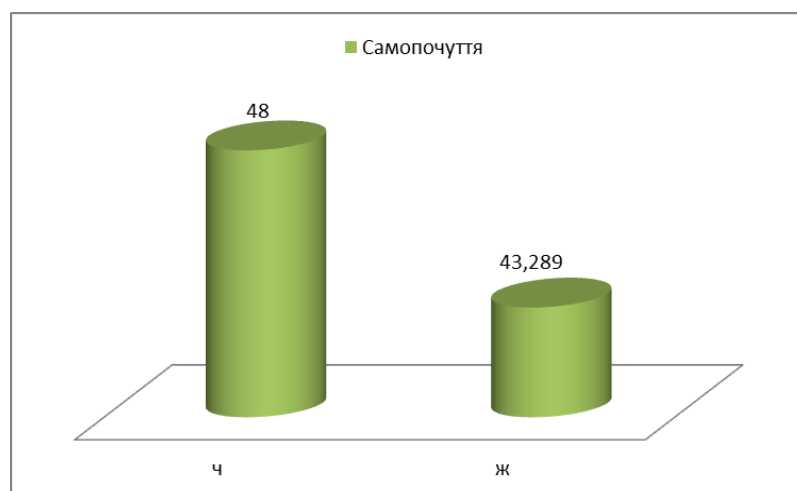


Рис. 2.15. *Статеві відмінності за шкалою «Самопочуття»*

Щодо самопочуття, то жінки демонструють значно нижчі показники ніж чоловіки, оскільки жінки більшою мірою, ніж чоловіки стурбовані станом здоров'я своїх дітей, їх несприятливим прогнозом розвитку, подальшою соціальною адаптацією, що негативно впливає на їхнє самопочуття. Згідно досліджень Д. Хімен і С. Тімко, матері найчастіше беруть на себе обов'язки навчання, медичної допомоги, допомоги в самообслуговуванні дитини з особливими потребами [178, с. 743-757]. Такі результати, щодо максимальних обов'язків матерів, пояснюють їх рівень самопочуття у порівнянні з чоловіками.

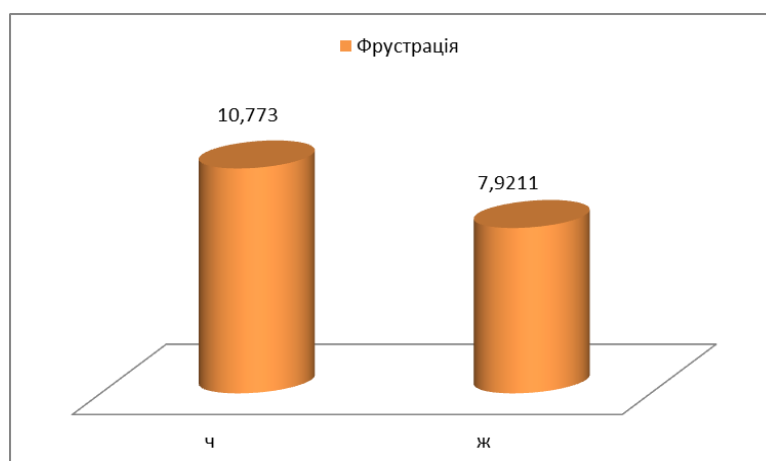


Рис. 2.16. *Статеві відмінності за шкалою «Фрустрація»*

Чоловіки-батьки дітей з особливими потребами демонструють у порівнянні з жінками значно вищий рівень фрустрації. Це обумовлюється тим, що чоловіки-батьки гостріше переживають безвихідність і відчай, що пов'язані із несприятливим прогнозом розвитку своїх дітей.

Натомість, Дж. Петтерсон та А. Гарвік [44, с. 33] стверджують, що у 30% матерів неповносправних дітей маніфестуються клінічні симптоми депресивного розладу (смуток, виснаження, почуття безнадії), вдвічі перевищуючи таку статистику в порівнянні з матерями здорових дітей. На

жаль, незначна кількість досліджень стосується депресивних симптомів чоловіків, які є батьками неповносправних дітей. Хоча існуючі дослідження підтверджують наявність в них симптомів пригніченості, підірваності сили духу.

Дослідження стосовно переживань та рольових змін татів після народження неповносправної дитини зустрічаються в літературі значно рідше. Виявлено, що в багатьох сім'ях відбувається дистанціювання батьків від проблеми опіки над дитиною. Частими є їхні „втечі” в роботу чи алкоголь. „Частково це трапляється через невміння жінок залучати чоловіків до опікунчо-виховного процесу”, – стверджує М. Косцьельська [193, с. 67].

2.3. Аналіз кореляційних зв'язків показників емоційних станів батьків дітей з особливими потребами раннього віку

Для більш детального визначення взаємовпливів між описаними шкалами використано кореляційний аналіз (лінійна кореляція Пірсона). Кореляційні взаємозв'язки представлено у Додатку Д. Розглянемо деякі з виявлених зв'язків, найбільш важливих для нашого дослідження.

В батьків, які мають дітей із особливими потребами раннього віку виявлено кореляційні взаємозв'язки між показником «*порушення емоційної сфери*» та показниками «негативізм» ($r=0,31$), «настрій» ($r=-0,30$), «тривожність» ($r=0,32$), «депресія» ($r=0,35$).

Чим вищий рівень порушення емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами раннього віку, тим вищий рівень їх пригніченості (зниження настрою), тривожності, депресивних проявів та негативізму.

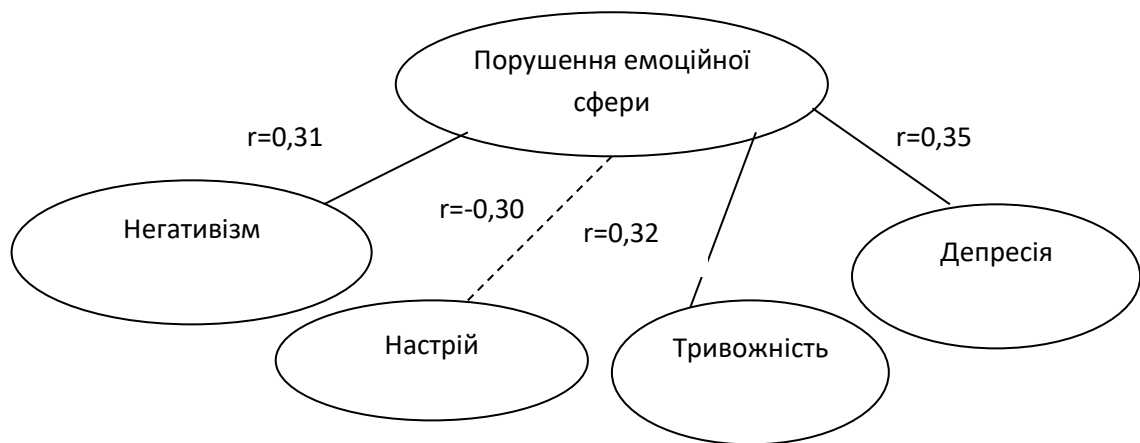


Рис. 2.17. Кореляційний граф для шкали порушення емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами раннього віку

Якщо порівняти виявлені кореляційні зв'язки між показником «порушення емоційної сфери» ще й у батьків, що мають здорових дітей (рис.2.17) та батьків дітей з особливими потребами дошкільного віку (рис.2.19), то можна спостерігати суттєві відмінності.

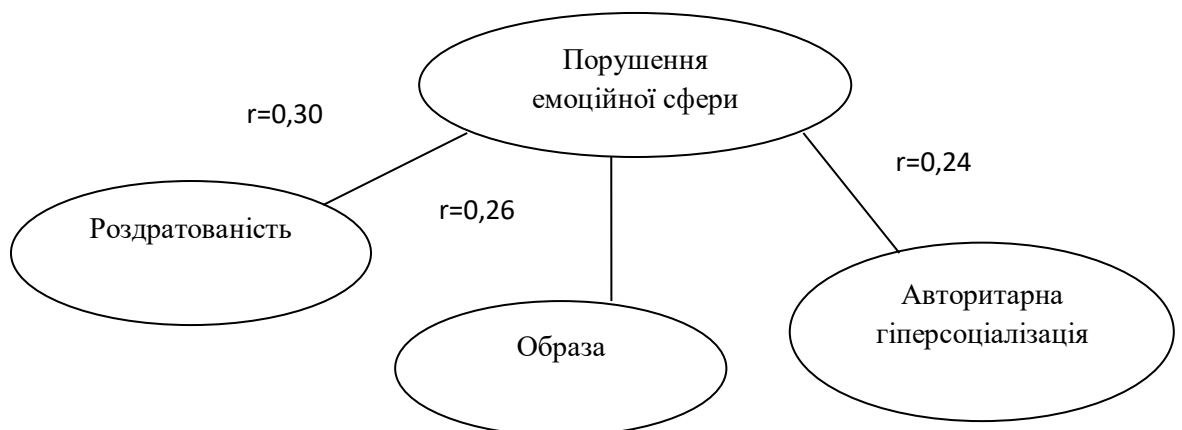


Рис. 2.18. Кореляційний граф для шкали порушення емоційної сфери батьків здорових дітей

Порушення емоційної сфери батьків здорових дітей пов'язано тільки з роздратованістю ($r=0,30$) та образою ($r=0,26$), і таким батьківським ставленням як авторитарна гіперсоціалізація (контроль) ($r=0,24$).

Порушення емоційної сфери батьків, що мають дітей з особливими потребами дошкільного віку пов'язано, у порівнянні з батьками здорових дітей та батьками, що мають дітей раннього віку, із цілою низкою

показників: фізичною агресією ($r=0,43$), роздратованістю ($r=0,32$), негативізмом ($r=0,42$), образою ($r=0,55$), підозрілістю ($r=0,29$), почуттям провини ($r=0,42$), погіршенням настрою ($r=-0,37$), тривогою ($r=0,30$) та фрустрацією ($r=0,34$).

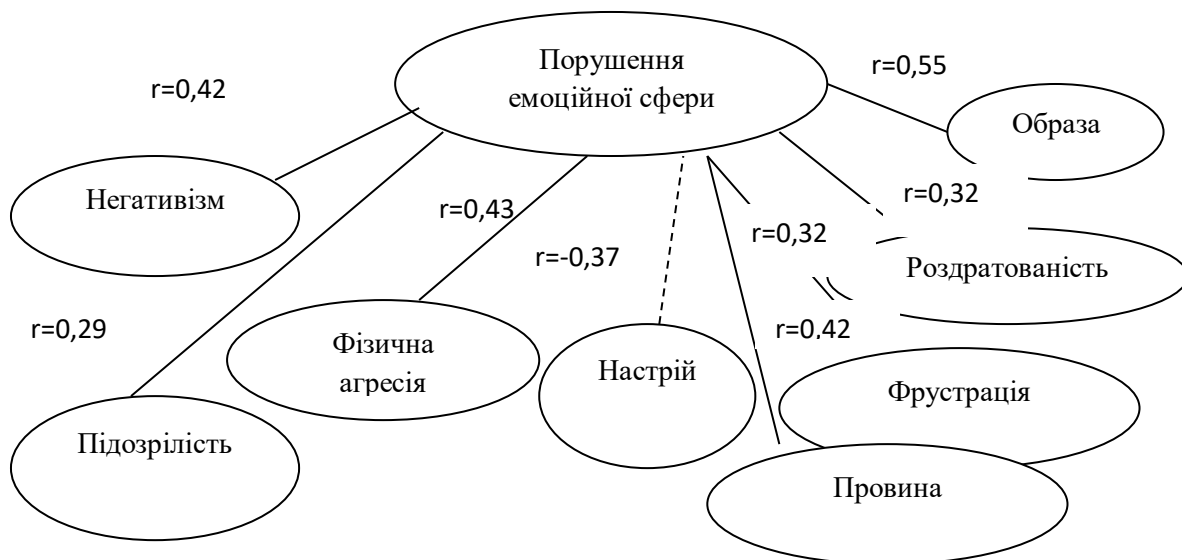


Рис. 2.19. Кореляційний граф для шкали порушення емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами дошкільного віку

Як бачимо, якщо для батьків дітей з особливими потребами раннього віку порушення емоційної сфери проявляється як негативізм, зниження настрою, підвищення тривожності та депресією, то у батьків дітей з особливими потребами дошкільного віку без відповідної психологічної підтримки та допомоги, можна спостерігати своєрідну негативну динаміку, тобто появу додаткових негативних ознак таких як фізична агресія, роздратованість, образа, підозрілість, зростання почуття провини та фрустрація.

Тому проведення психологічної допомоги та здійснення психокорекційних впливів є вкрай необхідним завданням для батьків дітей з особливими потребами раннього віку.

У батьків, які мають дітей із особливими потребами раннього віку встановлено прямі кореляційні взаємозв'язки між показником тривожність та

показниками роздратованість ($r=0,32$), образа ($r=0,38$), підозрілість ($r=0,35$), індекс ворожості ($r=0,44$), провина ($r=0,37$), фізичний дискомфортний ($r=0,31$) та обернені взаємозв'язки між показниками депресія ($r=-0,58$), самопочуття ($r=-0,42$) і настроїв ($r=-0,31$) (Рис. 2.20).

Зростання рівня тривожності батьків підвищує рівень їх роздратованості, образи, підозрілості, ворожості, депресії, почуття провини, фізичного дискомфорту, що може проявлятися як порушення сну, неприємними відчуттями в різних частинах тіла тощо, а відтак знижувати рівень загального самопочуття та настрою.

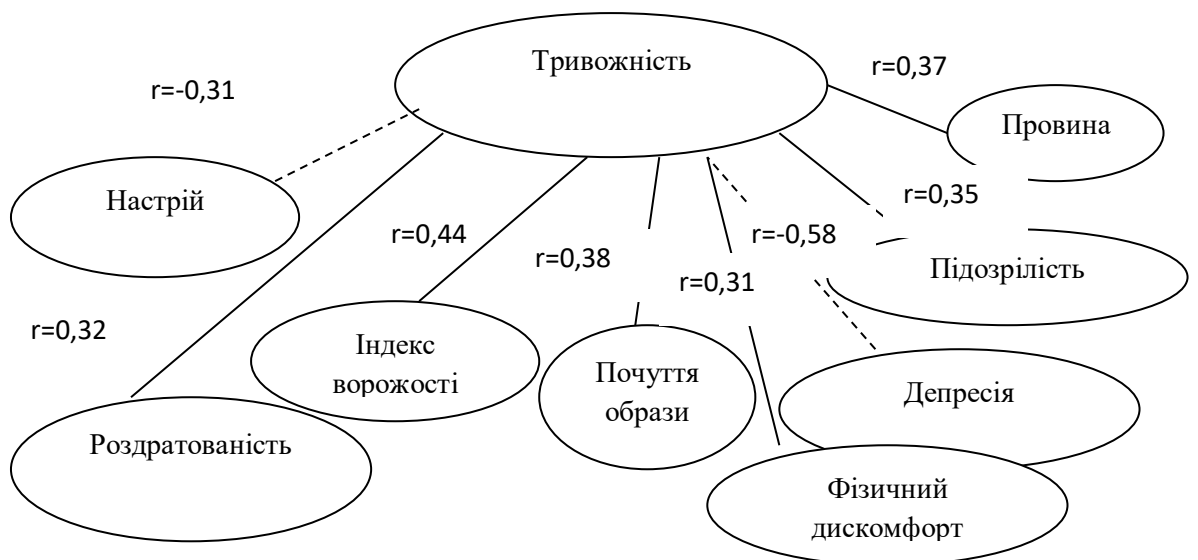


Рис. 2.20. Кореляційний граф для показника «тривожність»

Отримано прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками авторитарна гіперсоціалізація та активність ($r=0,53$), тривожність ($r=0,37$) (Рис. 2.21). На основі цього взаємозв'язку можемо зробити висновок про те, що намагання батьків нав'язати дитині свою волю, не приймаючи її точку зору, вимагання батьків послуху від дитини перебуває у взаємозв'язку із активністю та тривожністю батьків.



Рис. 2.21. Кореляційний граф для шкали авторитарна гіперсоціалізація, активність та тривожність

Встановлено прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками хронічна втома та маленький невдаха ($r=0,33$) та обернений зв'язок із шкалою настроїв ($r=-0,47$) (Рис. 2.22). Цей взаємозв'язок свідчить про те, що із зростанням хронічної втоми знижується загальний настроїв батьків, але зростає їх прагнення інфантилізувати дитину, приписати їй особистісну і соціальну не сформованість.

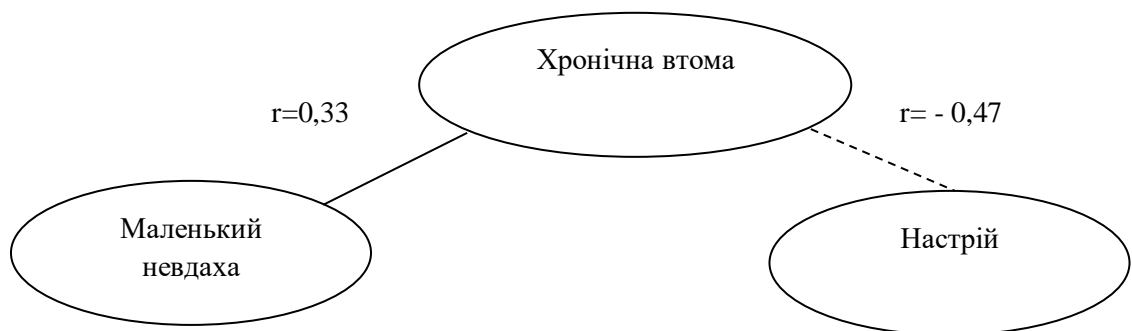


Рис. 2.22. Кореляційний граф для шкали хронічна втома, маленький невдаха та настрої

Отримано обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками вербальна агресія та активність ($r=-0,42$), а також прямий зв'язок з показником ригідності ($r=0,41$) (Рис. 2.23). Високий рівень вербальної агресії батьків дітей з особливими потребами раннього віку пов'язаний з їх високою ригідністю та вцілому знижує їх активність.



Рис. 2.23. Кореляційний граф для шкали вербальна агресія, активність та ригідність

Отримано кореляційний взаємозв'язок між показниками почуття провини та тривожність ($r=0,37$), депресія ($r=-0,54$), фрустрація ($r=0,43$) (Рис. 2.24). На основі цього взаємозв'язку можемо зробити висновок про те, що високий рівень почуття провини обумовлює високий рівень тривожності, депресії та фрустрації, що виникає в ситуації розчарування, нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби.



Рис. 2.24. Кореляційний граф для шкали почуття провини та тривожності, депресії, фрустрації

Встановлений кореляційний взаємозв'язок між показниками симбіоз та активність ($r=-0,26$), тривожність ($r=-0,29$) та негативізм ($r=0,42$). (Рис. 2.25). Цей взаємозв'язок свідчить про те, що зі зростанням прагнення батьків до симбіотичних відносин з дитиною, бажання задовільнити усі потреби дитини, вберегти її від труднощів і неприємностей життя, зростає їх тривога та негативізм, однак зменшується власна активність.

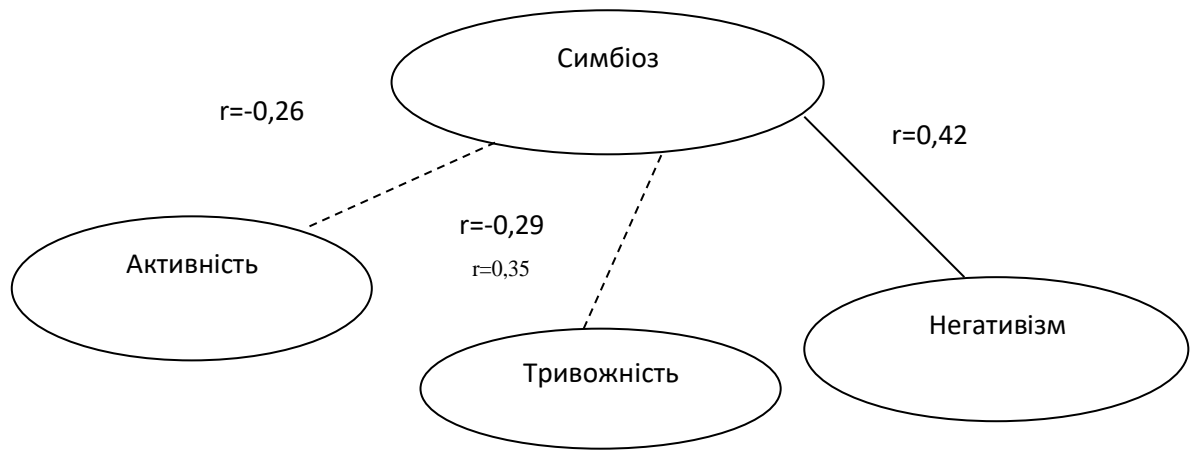


Рис. 2.25. Кореляційний граф для шкали симбіоз, активність, негативізм

Виявлено кореляційний зв'язок між показником «почуття образи» та фрустрацією ($r=0,74$), ригідністю ($r=0,70$), тривожністю ($r=0,38$) та депресією ($r=-0,33$) та невдаха ($r=-0,31$) (Рис. 2.26).

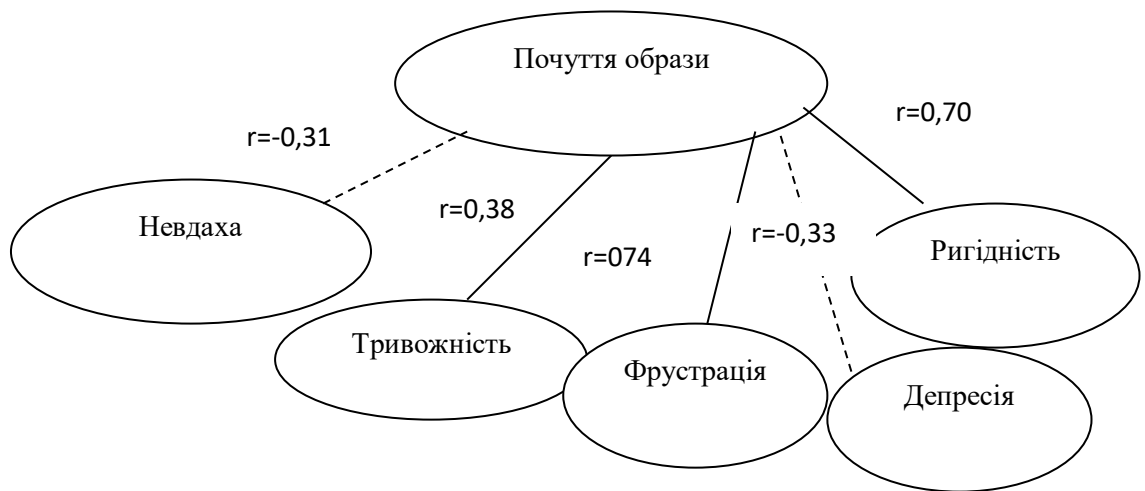


Рис. 2.26. Кореляційний граф для шкали образа та тривожності, фрустрація, ригідність та депресія

Переживання образи батьками дітей з особливими потребами раннього віку пов'язується із суб'єктивним сприйманням непереборних труднощів на шляху до реалізації багатьох своїх планів, стану безнадійності, втрати перспективи, складністю або нездатністю перебудувуватися до умов та обставин, що пов'язані з народженням дитини з особливими потребами, що, в свою чергу викликає тривожні та депресивні переживання, а також таке

батьківське ставлення, при якому дитина сприймається, як маленький невдаха.

Встановлено кореляційні зв'язки показника «зниження мотиву соціальної взаємодії» та показників «роздратованість» ($r=0,27$), «ригідність» ($r=0,31$) та «фрустрація» ($r=0,26$) (рис.2.27).

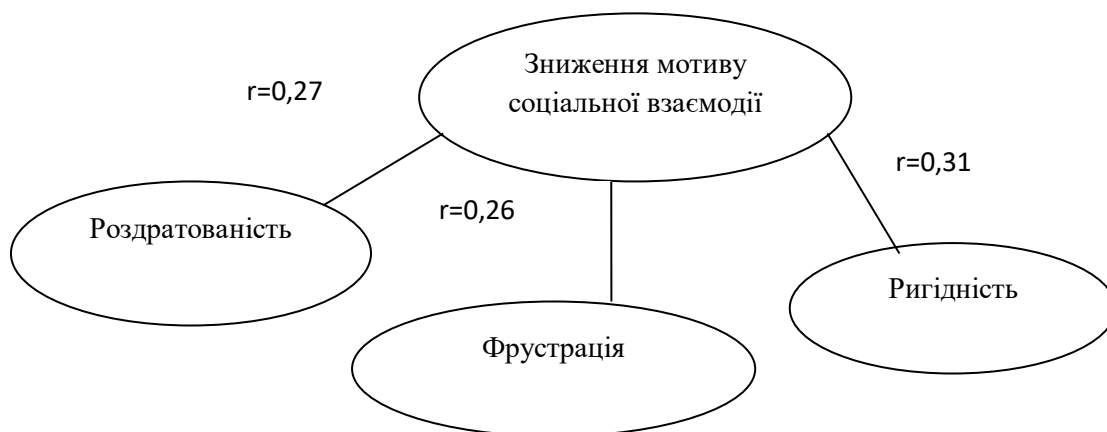


Рис. 2.27. Кореляційний граф для шкали зниження мотиву соціальної взаємодії та роздратованості, фрустрації, ригідності

Зниження мотиву соціального спілкування та взаємодії у батьків дітей з особливими потребами раннього віку, може викликати поглиблення фрустраційних процесів, ригідності та посиленню дратівливості.

Цікаво, що у батьків, які мають дітей із особливими потребами дошкільного віку виявлено обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками прийняття в суспільстві та роздратованість ($r=-0,28$) і негативізм ($r=-0,36$) (Рис. 2.28).

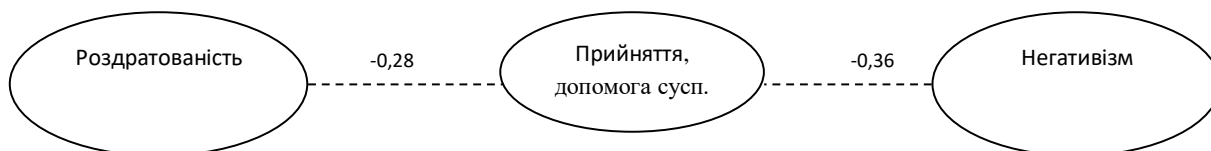


Рис. 2.28. Кореляційний граф для шкали прийняття і допомога суспільства, роздратованість та негативізм

Прийняття і допомога суспільства сім'ї дитини з особливими потребами знижує у її батьків негативні емоційні переживання –

роздратованість та негативізм. Батьки відчують підтримку і допомогу від навколишнього суспільства і тим самим почувають себе більш захищеними і потрібними у своїх повсякденних переживаннях, пов'язаних з вихованням особливої дитини.

2.4. Факторна модель порушення емоційних станів батьків дітей з особливими потребами раннього віку

З допомогою факторного (Додаток Е) аналізу емпіричних даних в групі батьків, які мають дітей із особливими потребами раннього віку, було виокремлено шість факторів (Табл. 2.6). Одержана багатфакторна модель пояснює 75,8% розсіюваних даних. Решта дисперсій зумовлено випадковими впливами, які в даній моделі не розглядаються.

I фактор – *«фрустрація»* – сформовано такими характеристиками, як фрустрація, почуття образи, підозрілість, почуття провини, загальний індекс ворожості, тривожність, ригідність, депресія. В межах цього фактора високим, порівняно з іншими, є показник за шкалою фрустрація (0,86).

II фактор – *«хронічна втома»* – сформовано такими характеристиками, як хронічна втома, фізичний дискомфорт, когнітивний дискомфорт, порушення емоційної сфери, зниження мотиву соціального спілкування. В межах цього фактора високим, порівняно з іншими, є показник за шкалою хронічна втома (0,97).

III фактор – *«вербальна агресія»* – сформовано такими характеристиками, як вербальна агресія, фізична агресія, негативізм, загальний індекс агресії, зниження загальної активності. В межах цього фактора високим, порівняно з іншими, є показник за шкалою вербальна агресія (0,76).

IV фактор – *«не прийняття дитини»* – сформовано такими характеристиками, як прийняття, симбіоз, маленький невдаха, що мають негативні значення коефіцієнтів. В межах цього фактора високим, порівняно з іншими, є показник за шкалою симбіоз (-0,82).

V фактор – «*провина*» – сформовано такими характеристиками, як провина та зниження настрою. В межах цього фактора високим, порівняно з іншими, є показник за шкалою настроїв (-0,76).

VI фактор – «*особливе батьківське ставлення*» – сформовано такими характеристиками, як авторитарна гіперсоціалізація та кооперація. В межах цього фактора високим, порівняно з іншими, є показник за шкалою авторитарна гіперсоціалізація (0,85).

Таблиця 2.6. Факторні навантаження

Назва фактора	Шкали, якими сформовано фактор	Значення	% дисперсії, яку пояснює фактор
Фрустрація	фрустрація	0,86	18,4%
	почуття образи	0,70	
	підозрілість	0,57	
	почуття провини	0,54	
	загальний індекс ворожості	0,78	
	тривожність	0,79	
	ригідність	0,66	
	депресія	-0,76	
Хронічна втома	хронічна втома	0,97	14,8%
	фізичний дискомфорт	0,89	
	когнітивний дискомфорт	0,88	
	порушення емоційної сфери	0,84	
	зниження мотиву соціального спілкування	0,69	
Вербальна агресія	вербальна агресія	0,76	14,0%
	фізична агресія	0,52	
	негативізм	0,67	
	загальний індекс агресії	0,69	
	активність	-0,69	
Не прийняття дитини	прийняття	-0,71	8,9%
	симбіоз	-0,82	
	маленький невдаха	-0,77	
Провина	провина	0,70	12,9%
	настрій	-0,77	
Особливе батьківське ставлення	авторитарна гіперсоціалізація	0,85	6,8%
	кооперація	0,52	
Загальний % дисперсії, яку пояснює факторна модель			75,8%

Побудована 6-факторна модель порушення емоційних станів батьків дітей з особливими потребами раннього віку, демонструє загальну картину

переживань та ставлень батьків. Народження дитини з особливими потребами супроводжується фрустрацією, яка є своєрідним емоційним станом, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості та діяльності в стані безнадійності, втрати перспективи і супроводжується, згідно моделі, почуттям образи, підозрілістю, ворожістю, тривожністю, ригідністю та депресивністю. При цьому, у батьків спостерігається хронічна втома, що обумовлюється фізичним та когнітивним дискомфортом, зниженням мотиву соціального спілкування, і відповідно призводить до зниження загальної активності, однак зростання агресивних проявів у вигляді вербальної та фізичної агресії, негативізму. Прийняття дитини з особливими потребами такою якою вона є для батьків дітей раннього віку є процесом поступовим, іноді батьки можуть вважати дитину тягарем, поганою, навдахою. Це, в свою чергу, може викликати почуття провини і формувати особливе батьківське ставлення до дитини, що проявляється у авторитарній гіперсоціалізації та кооперації.

Статистичний регресійний аналіз

Проведений регресійний аналіз дозволив виокремити основні чинники порушення емоційного стану батьків дітей раннього віку з особливими потребами. Результати множинної регресії в загальній групі досліджуваних батьків дітей з особливими потребами представлено у Таблиці 2. 7.

Табл.2.7.

Результати множинної регресії (залишки регресійної моделі) в загальній групі досліджуваних батьків дітей раннього віку з особливими потребами

N=60	Підсумки регресії для залежної змінної (Порушення в емоційній сфері) R= .88797141; R ² = .78849322; Adjusted R ² = .75920767 F(9,65)=26.924 p<0.0000 Std. Error of estimate: 1.1318					
	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(65)	p-level
Intercept			1.714491	0.787849	2.176165	0.000000
Постановка діагнозу	0.305820	0.111434	1.407461	0.512846	2.744410	0.007625
Фрустрація	0,407871	0,125416	0,230555	0,070893	3,25214	0,001754
Провина	0.475045	0.108074	0.94244	0.214408	4.39556	0.001379
Хронічна втома	0.750475	0.071523	0.16217	0.015456	10.49278	0.000000

Регресійна модель пояснює 79% ($R^2 = .78849322$) дисперсії. Коефіцієнт множинної кореляції ($R = 0,8879$) є статистично значущим і визначає високий ступінь залежності між параметрами (постановкою діагнозу, фрустрацією, почуттям провини та хронічною втомою) та порушеннями в емоційній сфері.

Таким чином, в результаті регресійного аналізу встановлено, що основними чинниками порушення емоційного стану батьків дітей з особливими потребами є: постановка кінцевого діагнозу, яка в окремих сім'ях може тривати від народження дитини і до п'яти років через наявність множинних комплексних порушень; фрустрація та почуття провини, яке переслідує батьків і породжує негативні та деструктивні емоційні стани, а також хронічна втома, яку відчують і переживають батьки у період виховання особливої дитини. Очевидним для нас, у практичній роботі з батьками, є допомога у боротьбі з перерахованими чинниками, за допомогою діагностичних, інформативних, консультативних та психотерапевтичних методів.

2.5. Опис показників та інтерпретація результатів з проективно-діагностичних методик

В практичній роботі ми використовували метод *аналіз тексту* та *біографічний метод*. Біографічний метод є феноменологічним дослідженням і у свою чергу має наступні проективні методики: “*лінія життя*”, “*моя автобіографія*”, які поєднують у собі діагностичний та психотерапевтичний науковий результат. Типологія це не тип в даних методах а результат.

Результати методики: “Лінія життя”. Одним із важливих критеріїв інтерпретації є – *спільні та подібні елементи*, а також *спільна динаміка та тенденція* у виконанні малюнку. Ця методика дозволяє організувати важко зіставну інформацію про сімейної історії в більш зручній графічній формі. Особливо важливою ця методика стає, при міркуванні терапевта про те, чому сім'я прийшла за допомогою саме зараз, а не роком раніше чи пізніше. Що

змінилося в сім'ї? Що стало іншим у зовнішніх зв'язках сім'ї? Що змусило сім'ю шукати допомогу в цей особливий час? Яким чином позначалися зміна подій у житті.

Отримані *результати* групи батьків, що виховують здорових дітей та дітей з особливими потребами, можна описати наступним чином, тим самим виділити важливі елементи, що були присутні у більшості батьків і зробити висновки (Додаток 6; 7):

Спільний елемент у всіх, це окреслений етап певним чином: народження дитини чи дітей, шлюб чи зустріч з чоловіком, похід у школу, вступ у навчальний заклад. Також спостерігається певна *диніміка і біографічна стадійність*:

- спільним елементом у групі батьків дітей з особливими потребами є лінія, яка йде в *низ*, після народження дитини (Додаток 6);
- прагнення досягнути мети, *мотивація до успіху*, до реалізації задуманого слід іти вгору чи то по сходинках чи по перешкодах, відчувається рух в перед і *позитивний фінал* (квіти, дерева, вогні?);
- лінія життя *зупинилася* на певному етапі, нема чіткої змінної частини чи елемента, який дає зрозуміти, що ось майбутнє десь тут, не окреслений і не зображений позитивний фінал;
- зображенна лінія життя у вигляді *формального* малюнка, на “швидкоруч”;
- лінія життя у вигляді клубка *заплутаних* ниток, що може свідчити про неможливість вирішення багатьох ситуацій пов'язаних із вихованням особливої дитини, можливо складною постановкою діагнозу;
- зображення лінії життя, де певні елементи мають надписи почуттів чи емоцій, на кшталт *візуалізації* відчуттів (я відчувала: шок, провину, неймовірну агресію, смуток, радість, щастя).

У групі батьків дітей з особливими потребами, переважають виділені елементи, а саме в частині малюнка, де окреслювався період після *діагнозу* чи народження дитини з особливими потребами, батьки намагаються, якось це позначити, переважно негативно.

Методика: “Лінія життя” показує, що прагнення досягнути мети потребує наполегливого додання різних перешкод, але найважливішим є наполегливе прагнення досягнення мети. Батькам усіх груп пропонувалось намалювати свою лінію життя. Представлений шлях, який вказує на те, що до реалізації задуманого слід іти вгору по сходинках, чи інших елементах, які показують рушійну силу в перед. Цікавим є те, що на малюнку кожна наступна структура чи то ламана лінія чи то риска чи то сходинка є іншою: на деяких є перешкоди та хмари, дощ а на деяких квітки. Основним є те, що досягнення мети має позитивний фінал.

У кожного цей шлях виглядає по-різному. На різних малюнках шлях виглядає досить безперешкодним, але потребує додаткових чинників для реалізації задуманого. Позитивний кінець лінії завершується феєрверками, деревами, сонечком чи квітами. Одні із результатів представлені нижче (рис. 2.30).

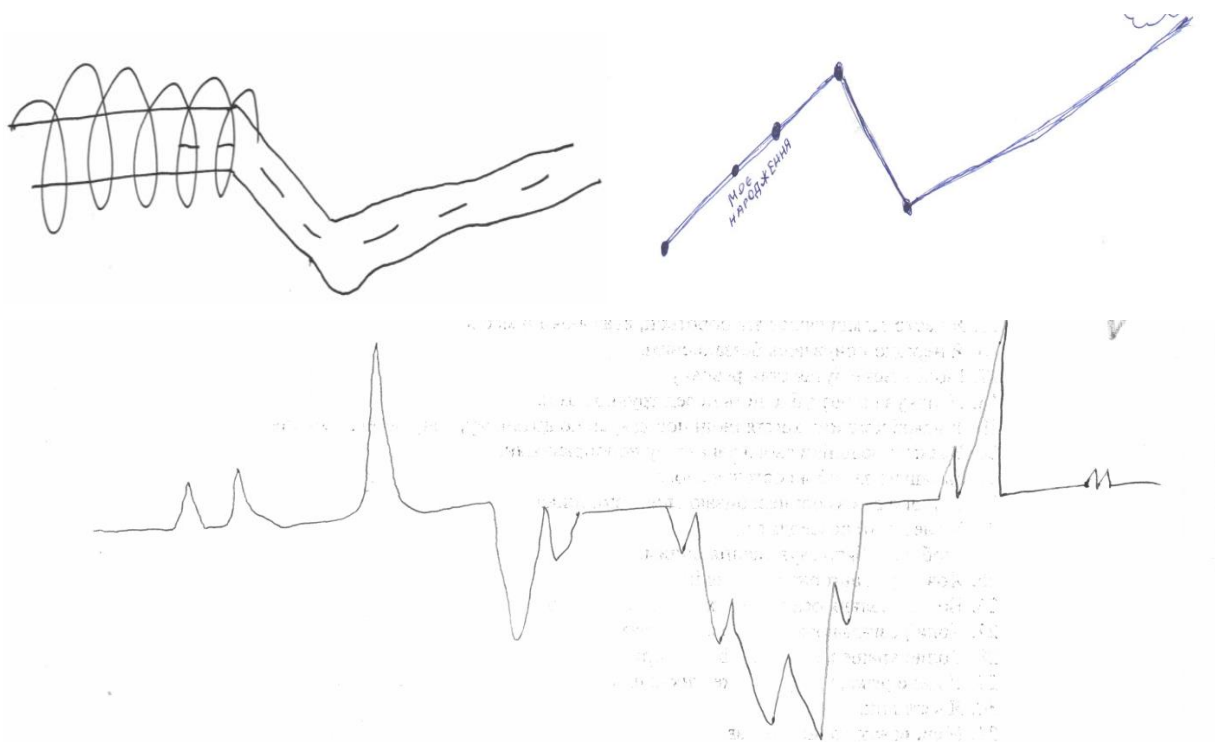


Рисунок 2.30

Ще одна тенденція, у групі батьків дітей з особливими потребами це - шлях до чогось, який виглядає як клубок розмотаних і заплутаних ниток, але, не зважаючи на таку складну дорогу, вона бачить її оптимістичний

кінець, або нема позитивного кінця. На нашу думку це пов'язано з відсутністю чіткого діагнозу чи комплексних порушень розвитку і супутніх розладів або з тим, що у батьків нема уявлення, як виховувати і доглядати дитину з особливими потребами.

Виділені елементи, певними штрихами, позначками, блоками після народження дитини з особливими потребами, що уособлюють важкі переживання, не зворотну зміну у житті (Додаток 6; 7).

Результати методики: "Моя автобіографія"

Метод "Моя автобіографія" інтерпретується дослідником за допомогою критеріїв до методики а також за допомогою методу аналіз тексту. Критерії це самі частини тексту але з біографічним значенням: частини-вписані події, еволюція подій, можливі ранжування подій, частини, яким надали значимості, розташування подій в хронологічному порядку. Психологічно-особистісні характеристики з аналізу тексту: емоційність подій, мотивація до змін і позитивного майбутнього, рівень освіти, що бачить дослідник з тексту, можливі властивості особистості, переживання.

Отримані *результати* по методу "Моя автобіографія" групи батьків, що виховують здорових дітей та дітей з особливими потребами, можна описати наступним чином, виділивши важливі елементи, що були присутні у більшості батьків і які відповідають основним критеріям методу та зробити висновки (Додаток 8):

Важливим є те, що батьки особливих дітей пишуть тільки про сім'ю, про дітей, але не про свій стан чи про себе в цілому, *своєрідне самозабуття*. Наше враження після роботи над методом, що після народження дитини, питання свого емоційного стану і особистості на задньому плані.

В деяких випадках прописуються *почуття, емоції*, умовиводи і висновки з прожитого. Негативні переживання у групі батьків дітей з особливими потребами, а саме прописано негативні переживання, нема віри у майбутнє, негатив у всьому (рис. 2.31).

розвитку Юлії поспішила моєї сестра. На посатах був шок, несприйняття. Я не хотіла чути і навіть дивитися на збешаних дітей, і чоловік не завжди підтримував. Стали сприйняття і спокое настав, коли Юлія пішла у Н.Р.Ц.

Юлію все поспішити. Моя сім'я дуже дивля, а може дивовижна або дивакувата я не знаю, знаю одне я її дуже люблю!!!

Рисунок 2.31

Прогноз їх впливу на подальше життя, особливо після народження дитини з порушенням розвитку. Спостерігається тенденція суму, тривоги, негативу у порівнянні з групою батьків здорових дітей (рис. 2.32).

Тривога і мої криві, яку при своєму силі:
„за свої гадки дивля, а зробила балано пошитою, балано думкою, бивність у яких стали кінувалими. Балано шрий викинула у лонови, балано сподівали смерна без пам'яті, і все заради цього. Заради цього дивляти життя. Тож німе скажати – переодити його. Я відмовила від старих друзів, знайомих в цьому світі спокое, світі шовханья, унікаломі пили самими від виключних паясень, незрозумілих виправдань, які просто з'їдає з середини. Я шукала беріти сили, щоб цим захищати його у бою, який без попереджень почав і тривати до довільного світо життя. Тоді, коли війна так несподівано з'явилася в мій дім, я думала що це вже кінець, крапка, варок, смерть, все зараз розумно, м'який це не кінець ~~вс~~ – початок, не одна „ширма“ крапка, а пилі захищати, не варок, а дріт і дивакіто – життя, може міжа не смерть! Все зараз розумно – а все проїти що війну з високо піднятою головою, в нічній так життя пережити. Це боротьба не на смерть, а за життя, це боротьба під мажором; „Мій син аніст, або під крапками драку!“

Рисунок 2.32

Читабельність тексту, ми інтерпритували, як відсутність мотивації до змін чи допомоги від психолога, можливо почуття провини за щось у майбутньому або не компетентність і страх бути осудженим.

Також було використовували проєктивно-діагностичний метод “Сімейна соціограма” (О.В. Черемісін і Е.Г. Ейдемлер і модифікований варіант методики, який запропонований В. В. Ткачовим).

Наступний етап нашої роботи – це дослідження системи міжособистісних відносин і можливого характеру комунікацій в сім'ї,

емоційного взаємозв'язку і симбіозу де виховується дитина з нормальним розвитком. Отримані дані дослідження за сімейною соціограмою представлені за наступними критеріями у відсотковому співвідношенні: емоційна віддаленість та емоційна близькість, що інтерпретується, як емоційний взаємозв'язок; наявність батька чи матері у колі після народження дитини; величина кіл; наявність симбіотичного зв'язку (Додаток 10).

Отримані результати групи батьків, що виховують здорових дітей можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 65% сімей першої групи, відчувають емоційний взаємозв'язок батьків з дитиною у таких сім'ях спостерігається наявність симбіотичного зв'язку, немає чіткого диференційованого «Я» у членів родини, вони дуже близько розташовані один біля одного;
- в 15% випадків матері з першої експериментальної групи не мають емоційного зв'язку з дитиною;
- 10% сімей а саме батько не мають емоційного зв'язку з дитиною;
- у 10% сімей не спостерігається тісний емоційний взаємозв'язок з окремими членами родини, але поодинокі спостерігається з дитиною.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що у 65% в сім'ях де виховується дитина з нормальним розвитком, члени родини відчувають емоційний взаємозв'язок між собою. У 35% сімей система міжособистісних відносин має опосередкований характер комунікацій, можливо через відсутність емоційного зв'язку та симбіозу між батьками та дитиною а також між окремим членами в сім'ї.

Отримані результати другої групи а саме батьки дітей з особливими потребами можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 42% сімей другої групи, не відчувають емоційного взаємозв'язку між собою, але відчувають його з дитиною, спілкування в такій родині можна назвати опосередкованим, через найбільш приємного члена родини, що зображений близьким розташуванням до себе;

- 20% сімей існує тісний емоційний зв'язок з усіма членами родини, у таких сім'ях спостерігається наявність симбіотичного зв'язку;
- у 23% сімей, де виховується дитина з особливими потребами, існує в родині підсистеми: мама - тато, брат - сестра, мама - дочка, тато - син, мама - син і інші, це свідчить, що батьки не достатньо відчують емоційного взаємозв'язку з дитиною і мають не достатній рівень симбіотичного зв'язку але існуючий;
- 35% сімей, де виховується дитина з особливими потребами, члени родини відчують тісний емоційний зв'язок з іншими членами родини, і симбіотичний зв'язок з дитиною, спілкування пряме і близьке розташування.

У сім'ях, які мають дітей з особливими потребами спостерігаються більш близькі стосунки і тенденції до симбіотичних зв'язків (кола знаходяться близько один біля одного, нашаровуються між собою). На нашу думку діти з особливими потребами оточені турботою і любов'ю, а батьки прагнуть до симбіотичних відносин з дітьми, намагаються задовольнити всі їхні потреби, захистити від труднощів і неприємностей, безмежна любов і можливо гіперопіка, незважаючи на відсутність емоційного зв'язку чи підтримки від батька дитини або рідних.

Важливим критерієм і аспектом у дослідженні де виховується дитина з особливими потребами є наявність батька чи матері у третьому колі, так зване коло: "ваша сім'я після народження дитини, сьогодні". У 32 % сімей у третьому колі зображена повна відсутність батька, як члена сім'ї тут і тепер, в таких сім'ях, за даними анкети-опитувальника, мама не відчуває підтримки чоловіка або виховує дитину самотійно, тобто неповна сім'я.

Висновки розділу 2

Емпіричне дослідження психологічної діагностики та вивчення психоемоційної сфери батьків дитини раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку складалось з двох частин: 1) підбору та обґрунтування психодіагностичного інструментарію; 2) опису та психологічної інтерпретації емпіричних даних, зокрема результатів порівняльного, кореляційного, регресійного та факторного аналізу.

Проаналізувавши напрацювання зарубіжних та вітчизняних психологів для проведення емпіричного дослідження відповідно до поставлених цілей підбрано та використано таких сім методик: Сімейна соціограма (О.В. Черемісін і Е.Г. Ейдемільер) модифікований варіант методики, який запропонований В. В. Ткачовим; методика діагностики показників і форм агресії (А. Басса і А. Дарки); методика діагностики психічних станів (тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності Г. Айзенка); методика диференційована самооцінка психічного стану (В.А. Доскін, Н.А. Лаврентьєв, М.П. Мирошников, В.Б. Шарай), також під назвою оцінка функціонального стану “САН”; методика на визначення рівня тривожності і депресії (за редакцією А.О. Прохорова); методика діагностики батьківського ставлення (А.Я.Варга, В.В. Століна); методика на визначення рівня хронічної втоми (А.Б.Леонової). Також в практичній роботі ми використовували метод аналіз тексту та біографічний метод (лінія життя, моя автобіографія), які поєднують у собі діагностичний та психотерапевтичний науковий результат. Проективно-діагностичний інструментарій ми описуємо окремо.

2. Порівняльний аналіз показників емоційної сфери батьків здорових дітей та батьків дітей з особливими потребами виявив статистично значущі відмінності. У батьків дітей з особливими потребами, у порівнянні з батьками здорових дітей, більше виражено почуття провини, роздратованість, підозрілість, фізична агресія, фрустрація, хронічна втома, фізичний та когнітивний дискомфорт, тривожність, депресія, і значно нижчі показники самопочуття та настрою. Отже, батьки дітей з особливими

потребами переживають значне порушення емоційної сфери у поєднанні з хронічною втомою, внаслідок постійної опіки над хворою дитиною.

3. Порівняльний аналіз показників емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку виявив статистично значущі відмінності. Для батьків дітей з особливими потребами раннього віку, у порівнянні з батьками дітей дошкільного віку, характерні вищі показники порушення емоційної сфери, непрямой агресії та агресивності, негативізму та суттєво нижчі показники самопочуття і настрою. В свою чергу, у батьків дітей з особливими потребами дошкільного віку вищий рівень, у порівнянні з батьками дітей раннього віку, почуття провини, фрустрації, також більше прийняття дитини та симбіозу.

Отримані результати підтверджують наше переконання, що психологічна підтримка та допомога батьків дітей з особливими потребами раннього віку вкрай необхідна, щоб мінімізувати негативні прояви, та допомогти батькам у адаптації до народження дитини з особливими потребами.

4. Порівняльний аналіз особливостей порушення емоційних станів батьків дітей з особливими потребами раннього віку за статевою ознакою показав, що чоловіки у порівнянні із жінками мають вищі показники роздратованості, підозрливості, вербальної агресії, почуття провини та в цілому вищий індекс ворожості та фрустрації. Щодо самопочуття, то жінки демонструють значно нижчі показники, ніж чоловіки. Це пов'язано з тим, що жінки, як правило, увесь свій час проводять з дитиною.

5. Доведено, що одним із чинників порушення емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами є наявність/відсутність діагнозу захворювання. Батьки, що мають дітей з особливими потребами без встановленого діагнозу, постійно перебувають у невизначеному стані, що в свою чергу супроводжується депресивністю, роздратованістю, образою на інших та негативізмом. Відсутність встановленого діагнозу захворювання дитини опосередковано впливає на порушення емоційної сфери батьків та

підвищує їх рівень хронічної втоми. А наявність діагнозу, в свою чергу, сприяє процесу прийняття батьками дитини такою, якою вона є.

6. Кореляційний аналіз показників емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами виявив, що якщо для батьків дітей з особливими потребами раннього віку порушення емоційної сфери пов'язано з негативізмом, зниженням настрою, підвищенням тривожності та депресією, то у батьків дітей з особливими потребами дошкільного віку без відповідної психологічної підтримки та допомоги, можна спостерігати своєрідну негативну динаміку, тобто появу додаткових негативних ознак (окрім зазначенх вище), ще таких як фізична агресія, роздратованість, образа, підозрілість, зростання почуття провини та фрустрації.

Доведено, що зростання рівня тривожності у батьків дітей з особливими потребами раннього віку підвищує рівень їх роздратованості, образи, підозрілості, почуття провини, фізичного дискомфорту, що може проявлятися як порушення сну, неприємними відчуттями в різних частинах тіла тощо, а відтак знижувати рівень загального самопочуття та настрою. Зі зростанням хронічної втоми знижується загальний настрів батьків, але зростає їх прагнення інфантилізувати дитину, приписати їй особистісну і соціальну не сформованість.

Переживання образи батьками дітей з особливими потребами раннього віку пов'язується із суб'єктивним сприйманням непереборних труднощів на шляху до реалізації багатьох своїх планів, стану безнадійності, втрати перспективи, складністю або нездатністю перебудуватися до умов та обставин, що пов'язані з народженням дитини з особливими потребами, що, в свою чергу викликає тривожні та депресивні переживання.

Однак, прийняття і допомога суспільства сім'ї дитини з особливими потребами знижує у її батьків негативні емоційні переживання – роздратованість та негативізм. Батьки відчувають підтримку і допомогу від навколишнього суспільства і тим самим почувають себе більш захищеними і

потрібними у своїх повсякденних переживаннях, пов'язаних з вихованням особливої дитини.

7. В результаті регресійного аналізу встановлено, що основними чинниками порушення емоційного стану батьків дітей з особливими потребами є: *постановка кінцевого діагнозу*, яка в окремих сім'ях може тривати від народження дитини і до п'яти років через наявність множинних комплексних порушень; *фрустрація* як суб'єктивне сприймання непереборних труднощів на шляху до реалізації багатьох своїх планів, стану безнадійності, втрати перспективи, складністю або нездатністю перебудуватися до умов та обставин, що пов'язані з народженням дитини з особливими потребами; *почуття провини*, яке переслідує батьків і породжує негативні та деструктивні емоційні стани та *хронічна втома*, яку відчувають і переживають батьки у період виховання особливої дитини. Очевидним для нас, у практичній роботі з батьками, є допомога у боротьбі з перерахованими чинниками, за допомогою діагностичних, інформативних, консультативних та психотерапевтичних методів.

8. Побудована 6-факторна модель порушення емоційних станів батьків, що мають дітей з особливими потребами раннього віку, демонструє загальну картину переживань та ставлень батьків. Народження дитини з особливими потребами супроводжується фрустрацією, яка є своєрідним емоційним станом, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості та діяльності в стані безнадійності, втрати перспективи і супроводжується, згідно моделі, почуттям образи, підозрілістю, ворожістю, тривожністю, ригідністю та депресивністю. При цьому, у батьків спостерігається хронічна втома, що обумовлюється фізичним та когнітивним дискомфортом, зниженням мотиву соціального спілкування, і відповідно призводить до зниження загальної активності, однак зростання агресивних проявів у вигляді вербальної та фізичної агресії, негативізму. Прийняття дитини з особливими потребами такою якою вона є для батьків дітей раннього віку є процесом поступовим, іноді батьки можуть вважати дитину тягарем, поганою, навдахою. Це, в свою

чергу, може викликати почуття провини і формувати особливе батьківське ставлення до дитини.

Отже, результати емпіричного дослідження дозволяють визначити основні напрями роботи з батьками з особливими потребами раннього віку, які мають бути спрямовані на корекцію та зміну їх емоційних станів та батьківського ставлення.

РОЗДІЛ ІІІ.

КОРЕКЦІЯ ТА ЗМІНА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ТА ПЕРЕЖИВАНЬ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

3.1. Психологічна та психотерапевтична допомога батькам дітей з особливими потребами, спрямована на зміну емоційних станів та переживань.

Нашими завданнями в останніх розділах було вивчення та виявлення: чинників порушення емоційних станів батьків дітей з особливими потребами; емоційних станів та переживань батьків після народження хворої дитини; батьківського ставлення, наявності хронічної втоми та відсутності соціального мотиву спілкування. Результати емпіричного дослідження стають основою для формувального експерименту, спрямованого на корекцію та зміну емоційних станів та переживань батьків дітей з особливими потребами. Саме на подолання деструктивних емоційних станів та їх чинників, буде спрямована програма психологічних та психотерапевтичних послуг.

Про важливість створення батьківських груп ми ознайомлені із світового досвіду (допомоги батькам дітей з особливими потребами) європейських країн та деяких нормативних документів. Міжнародні документи з питань прав інвалідів: Декларація про права інвалідів, проголошена ООН 9 грудня 1975 року (витяг); Освіта. Державам варто визнавати принцип рівних можливостей в області освіти для дітей, молоді й дорослих, які мають інвалідність, в інтегрованих структурах. До процесу освіти на всіх рівнях *варто залучати батьківські групи й організації інвалідів* [33].

Обґрунтуємо основні аспекти психоемоційної сфери батьків дітей з особливими потребами, на яких необхідно будувати програму психологічної та психотерапевтичної допомоги. За Р. Маромян та М. Семаго існує фаза

адаптації так звана четверта фаза: адекватних емоційних контактів та станів, що є початком соціально-психологічної адаптації. За дослідженнями Іванової І.Б. фазою адаптації є емоційна стабілізація. На думку Е. Шухард, саме три останніх витки-стадії (шлях адаптації у кризових переживаннях): прийняття, активність, солідарність є формами адаптивного переживання. Є. Клопота наголошував про важливість емоційного благополуччя у період виховання дитини з особливими потребами. Про руйнівну силу фізичного і психічного виснаження і як наслідок хронічної втоми різних соматичних захворювань говорили В. Вишневський, М.Ліванг, Т'ю І Лоуренс, Р. Майрамян, І. Мамайчук, К. Островська, О. Романчук, Г. Саліван, Н. Уолтон, М. Химко.

Найважливішим кроком допомоги дитині є батьківська акцептація, яка включає в себе почуття і поведінку зі сторони батьків, яка характеризується безумовною любов'ю до дитини, визнанням дитини як особи, що потребує почуттів зі сторони батьків, повагою потреб та визнанням автономії дитини; це є *примирення* з тими обмеженнями, які неможливо викоринити, а також задоволення з тих можливостей, які є і з яких можна користати [174; 153].

Важливого значення при побудові стратегії надання психологічної допомоги сім'ям, які виховують дитину з особливими потребами, мають базові положення теорій: психолого-педагогічних закономірностей розвитку дитини з психофізичними порушеннями як результату складного процесу його соціалізації (Т. Власова, Л. Виготський, В. Лубовський, Д. Ельконін) та розвитку в умовах дизонтогенезу, який потребує створення спеціального корекційно-розвиваючого середовища (К. Лебединська, В. Лебединський, І. Левченко, В. Лубовський, Є. Мастюкова, М. Певзнер, В. Петрова, С. Рубінштейн, У. Ульєнкова) для *інформаційного етапу* у моделі допомоги. Під спеціальним корекційно-розвиваючим середовищем в сім'ї мається на увазі внутрішньосімейні умови, які створюються батьками і забезпечують оптимальний розвиток дитини з психофізичними недоліками. На виховну ефективність впливають чинники: знання батьками психології дитини, вірна оцінка її індивідуальних якостей, адекватний емоційний відгук на

поведінкові реакції дитини, вибір підходящого способу взаємодії з дитиною, який найкраще відповідає її індивідуальним особливостям [46]. Виховна ефективність, на нашу думку з прочитаної літератури може відбуватися лише за умов *емоційної стабільності* батьків, після їхнього примирення з хворобою дитини і відкритті в собі особистих ресурсів, на що має бути спрямована професійна психологічна допомога батькам.

Після опрацьованих теоретичних засад та психологічних досліджень роботи з батьками дітей з особливими потребами, ми формуємо складний комплекс роботи з батьками, що спрямований на корекцією та стабілізацію емоційних станів у батьків, психотерапевтичної роботи над особистісно-мотиваційною сферою, роботою над взаєминами у сім'ї, а також над батьківським ставлення до дитини і її “ важкою ” поведінкою.

Теорія й методика соціально-психологічної роботи з сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями представлена у працях таких вітчизняних та зарубіжних вчених, як І. Іванова, І. Коробейников, А. Маллер, І. Мамайчук, В. Мартинов, О. Мастюкова, Г. Мішина, Н. Фінні, Л. Ханзерук, К. Островська, М. Химко та ін. [40; 65; 66; 67; 96; 71; 73; 76; 151].

Як вважають вчені, знання психологічних стадій адаптації, виділених в теорії горя, допомагає фахівцям: зрозуміти реакцію сім'ї інваліда, не розглядаючи поведінку членів сім'ї як патологічне; усвідомити, коли і яким чином краще втрутитися в ситуацію, гнучко застосовувати теорію стадій, враховувати особливості конкретної сім'ї та індивідуальні реакції на таке потрясіння. Порушення емоційного стану батьків, сприяє неадекватному ставленню до хвороби дитини, що в майбутньому може призвести до неправильного виховання і педагогічної занедбаності.

Психологічний супровід такої родини має бути спрямований на створення соціально-психологічних умов для емоційного благополуччя. Основним завданням психокорекційної роботи з такими родинами є: допомога батькам пережити травму; ознайомлення їх з особливостями виховання й розвитку дитини, надання послуг у вигляді консультацій по

плануванню родини; відновлення сімейного статусу дитини як особистості, що є кінцевою метою реабілітації [46, с. 244]. Власне для надання психологічної допомоги необхідно більше вивчати саме емоційні стани батьків, що виховують дітей з розладами, і на основі них створювати сімейні консультації по взаєморозумінню і покращенні стосунків у сім'ї.

Успішність вирішення проблем батьків прямо пов'язана з цілеспрямованою соціальною та соціально-педагогічною роботою, котра включає широкий спектр довгострокових заходів допомоги родині комплексного характеру - медичного, правового, психолого-педагогічного, економічного. Зміст цих заходів спрямований на:

- розширення контактів родини, подолання ізоляції, включення її в громадське життя;
- надання адекватної інформації про специфічні потреби і перспективи розвитку дитини, сприяння в організації комплексної діагностики і раннього початку освітнього процесу;
- надання повноцінної інформації про соціальні інститути допомоги, сприяння фахівцям у складанні освітнього й реабілітаційного маршруту на основі індивідуальної програми розвитку дитини;
- налагодження сімейного мікроклімату;
- організація психологічної підтримки батьків;
- організація правової підтримки сім'ї: інформування та захист законних прав і інтересів тощо [31, с. 103].

Потреба у наданні спеціальної психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з психофізичними порушеннями є створення сприятливих умов виховання в сім'ї батькам, перш за все, необхідно знати особливості захворювання і розвитку їхньої дитини, а також її можливості у виконанні тих чи інших завдань та вправ. Велике значення має правильний розпорядок дня (як наприклад поопераційні карти для аутистів), суворе дотримання режиму харчування і сну, чергування занять з відпочинком та прогулянками. Важливу роль у вихованні дітей з психофізичними порушеннями відіграє

організація систематичних, цілеспрямованих занять з розвитку мовлення, рухових навичок і вмінь [29, с. 48].

На основі зазначених принципів формувалися різноманітні моделі психологічної допомоги родинам осіб з психофізичними порушеннями. Модель Б. Скінера спиралася на принципи збільшення кількості та якості взаємодій–інтерацій дитини і батьків [120, с. 67]. Модель В. Кагана, спирається на принцип стимулювання батьків до виникнення у них забутих інтересів і захоплень. На думку автора для них як осіб, для їх роботи з дитиною необхідне повернення до улюбленої роботи і до себе. Сутність моделі полягає в дотриманні терапевтичної дистанції без відмови від просто людського контакту з батьками [43, с. 64]. Модель Х. Джайнотта спілкування батьків з дітьми спирається у всіх ситуаціях батьки підтримують позитивний образ «Я» у дитини; уникають особистісних негативних оціночних суджень [27, с. 144]. Модель В. В. Тарасун спирається на принцип вирішення проблеми раннього прогнозування і своєчасного запобігання труднощів у навчанні дітей з особливими потребами [27, с. 169]. За даними моделями, концепція сімейного виховання дитини з відхиленнями в розвитку має основну мету – досягнення гармонійного психологічного простору родини з особливою дитиною, максимального розвитку її потенційних можливостей і забезпечення успішної інтеграції в суспільство.

Однак у своєму прагненні допомогти дитині сім'ї стикаються зі складними психологічними проблемами: неприйняття дитини з особливими потребами, неадекватне батьківське ставлення до неї, порушення структури родини та ускладнення взаємин між її членами, виникнення цілого ряду емоційних проблем батьків, відсутність порозуміння та підтримки подружжя

Враховуючи різні моделі допомоги родинам осіб з психофізичними порушеннями, в науковій літературі виділяють наступні шляхи роботи з родичами: проведення психологічного діагностування сім'ї, розробка основних напрямків роботи, використання психокорекційних та психотерапевтичних прийомів, спрямованих на надання допомоги. Якщо

виникає необхідність, то в рамках діагностичного етапу, аналізуються особистісні особливості батьків, у тому числі емоційні і комунікативні властивості, визначається рівень тривожності.

На успішне подолання батьками деструктивних станів спрямовані різні форми психологічної роботи з ними: індивідуальне консультування та групова робота (семінари, ігри). Світовий досвід допомоги таким батькам свідчить, що найбільш цілющим для них є середовище людей із такими самими проблемами. Основними напрямками роботи центру взаємодії з батьками є: створення батьківського клубу; інформаційне забезпечення; допомога в пошуку адекватних способів подолання труднощів, своїх прихованих ресурсів; диференційована психолого-педагогічна підтримка [31, с. 102–104].

Згідно з дослідженнями М. Селігмана, Р. Дарлінга дитина з особливими потребами може здійснювати також позитивний вплив на сімейні функції, сімейну взаємодію та цінності. Серед батьків неповносправних дітей – численні показники успішної адаптованості (М. Bristol, 1987; Z. Stoneman, G. H. Brody, D. Abbott, 1983 [177]). З цього можна зробити висновок, що чинниками адаптивності подружжя після народження дитини є не стільки стан дитини, скільки інші характеристики самих батьків. В 1988р. американськими дослідниками Університету Північної Кароліни було встановлено статистично значущий зв'язок між мірою подружньої взаємодієвності, вмінням збалансовувати потреби кожного члена сім'ї і адаптацією подружжя з неповносправною дитиною [177]. Н. Зарецька виокремлюють чотири аспекти сімейної взаємодії: підсистеми, згуртованість, адаптація та керування [137]. Існує ряд досліджень (за: [110]), які підтверджують, що характеристика сім'ї, особливо емоційні стани, вміння врегулювати свою психоемоційну сферу, вміння виходити з кризових ситуацій, ставлення до дитини психічне і фізичне виснаження є визначальними чинниками щодо прогнозу розвитку дитини.

Отже, робота із сімєю, за допомогою методів сімейного консультування є необхідною, для налагодження сімейної взаємодії.

У родині існує чотири підсистеми: подружжя, батьківська (батько і дитина), підсистема сиблінгів, екстрасімейна (розширена сім'я, друзі, фахівці й ін.). Окрім того, важливим є пошук шляхів досягнення сумісного гармонійного життя з дитиною з особливими потребами, максимальний розвиток її потенційних можливостей, а також потенційних можливостей всіх інших членів сім'ї, визначення способів успішної інтеграції як дитини з особливими потребами, так і самої сім'ї в суспільство. Змістом соціально-психологічної роботи з сім'ями, які виховують дітей із особливими потребами, має бути формування психологічної культури й активної життєвої позиції батьків щодо виховання своєї дитини; сприяння продуктивній емоційній адаптації до проблем інвалідності дитини; покращення психологічного клімату в родині для забезпечення позитивного емоційного розвитку дитини; соціально-психологічна адаптація дитини до власних проблем і потреб, пов'язаних з інвалідністю.

В сім'ях з неповносправною дитиною адаптивними стратегіями, на які вказує А. Халлум [186], є прийняття ситуації, заохочення самостійності дитини, терпеливість в терапії, високий рівень довіри фахівцям, використання соціальної допомоги, хороша організація буденних справ, участь у *групах взаємодтримки*, використання часу для себе. Деадаптивними є - „втеча” в алкоголь, безпредметна агресивність, озлобленість, гіперопіка над дитиною..

В науковій психологічній літературі виділяють два основні види практичної психологічної допомоги: групову та індивідуальну. На сьогоднішній день найбільш ефективною формою психологічної підтримки вважається участь у групах взаємодопомоги. Така робота забезпечує досягнення наступних цілей [40; 135; 147]:

- груповий досвід блокує відчуження учасника тренінгу від світу, від інших людей, від самого себе;

- усвідомлення того, що інші люди переживають подібні проблеми і це допомагає уникнути непродуктивного замикання в собі з власними проблемами;
- учасники тренінгу мають змогу отримувати зворотній зв'язок і підтримку від людей, які мають такі ж проблеми;
- формування нових умінь, навичок та їх розвиток,
- отримання нового досвіду в подоланні життєвих криз;
- саморозкриття, самодослідження, самопізнання.
- подолання хронічної втоми, прийняття дитини, проходження усіх стадій адаптації до народження дитини з особливими потребами.

Основне завдання роботи з батьками дитини полягає у тому, щоб допомогти батькам змінити бачення на порушення розвитку власної дитини, шляхом подолання їх емоційної напруги, подолання хронічної втоми, прийняття дитини, проходження усіх стадій адаптації. Звичайно, батьки не є причиною неповносправності дитини, але компетентне батьківство і їх внутрішній стан є надзвичайно важливими факторами, що сприятимуть повноцінному розвитку дитини, попередять вторинні проблеми та покращать рівень функціонування дитини.

Основним завданням психологічної корекції, на думку Малкіної-Пих [65; 66], *в батьківських групах* є зміна неадекватної батьківської позиції, покращення стилю виховання, усвідомлення його мотивів, оптимізація батьківського впливу на розвиток дитини. Робота батьківської групи базується на загальних принципах групової роботи та терапевтичному потенціалі групи.

Врахувавши результати емпіричного дослідження, проаналізувавши індивідуально-психологічні та соціально-психологічні особливості батьків дітей з особливими потребами, було проведено роботу з батьками, яка ділиться на категорії та напрямки з урахуванням потреб і необхідності для кожної сім'ї. У формуючому експерименті на основі результатів із констатуючого експерименту було розроблено парадигму по наданню послуг

психологічної та психотерапевтичної допомоги батькам дітей з особливими потребами. В роботі ми використовували методи: технік і етапи з *Індивідуального та сімейного психологічного консультування* (сертифікат, що засвідчує право у роботі див дод.2); *індивідуальної та групової Короткотермінової терапії зосередженої на вирішенні проблеми* (*Centrum terapii krotkoterminowey, member of European Brief Therapy Association*) (сертифікат, що засвідчує право у роботі див дод.3);

Вправи мають на меті, допомогти реалізувати завдання групи “взаємодопомоги” шляхом спрямованого впливу на такі компоненти [65; 66]:

- емоційний: здійснюється шляхом емоційного відреагування, тобто через розуміння та відкриття своїх проблем і переживань, пов’язаних з ними;
- пізнавальний: здійснюється шляхом розширення сфери усвідомлення проблеми, усвідомлення мотивів виховання та поведінки, своєї ролі у виникненні тих чи інших проблем, способу взаємодії батьків та дітей;
- поведінковий: формування форм поведінки, які сприятимуть оптимальному функціонуванню поза групою на основі змін у пізнавальній та емоційній сферах.

3.2 . Коцепція нової парадигми послуг для батьків дітей з особливими освітніми потребами

Коцепція проведення авторської програми психологічних та психотерапевтичних послуг для батьків дітей з особливими потребами включає в свою структуру два блоки: психолого-консультативний і діагностичний; психотерапевтичний (проводяться в групі, індивідуально та сімейно в парі):

- перший блок – програма психологічної допомоги для батьків у групі психологічної підтримки батьків; методика Керол Саттон – робота з “важкою поведінкою” дитини.

- другий блок допомоги батькам дітей з особливими потребами у групі психологічної підтримки батьків з використанням Короткотермінової терапії зосередженої на вирішенні проблеми (Centrum terapii krotkotermiowej, member of European Brief Therapy Association).

Концепцію проведення авторської програми в рамках формувального експерименту дисертаційного дослідження представлено у Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1. Програма формувального експерименту

Програма формувального експерименту поетапно	Основні завдання	Група досліджуваних	Методи дослідження та роботи
Перший блок програми психологічної допомоги для батьків у групі психологічної підтримки батьків; <i>Діагностичний етап</i>	1) Використання комплексу психодіагностичних методик до початку психологічної та психотерапевтичної допомоги у групах підтримки батьків;	50 осіб	психодіагностичні; методи математичної статистики.
<i>Інформаційний етап</i>	1) Застосовується з метою інформування про виховання дитини з особливими потребами; 2) Визначення основних аспектів у психологічній та психотерапевтичній роботі з батьками, на основі результатів і чинників з констатувального експерименту;	50 осіб	У групі батьків взаємодопомоги, за допомогою семінарів та мультимедійних презентацій.
<i>Психолого-консультативний етап</i>	1) Надання психологічної допомоги батькам за допомогою <i>технік</i> сімейного консультування, на покращення емоційних станів та переживань, що сприяють адаптації до народження дитини з особливими потребами та її прийняттю, покращують характер взаємин і загалом	50 осіб	за допомогою <i>технік</i> сімейного та індивідуального психологічного консультування; методика Керол Саттон.

	стосунки в сім'ї, дають змогу відпочити та позбавитися хронічної втоми та почуття провини у майбутньому; 2) Робота з важкою поведінкою дитини за методикою Керол Саттон		
Другий блок програми психотерапевтичної роботи з батьками дітей з особливими потребами з використанням короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язанні.	1) Проведення короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку у відкритих групах (тижневий розклад); 2) Використання комплексу психодіагностичних методик після проведеної психологічної та психотерапевтичної допомоги у групах підтримки батьків;	50 осіб	Короткотермінова терапія сконцентрована на розв'язання; психодіагностичні методи.
Етап опису аналізу та інтерпретації, даних отриманих до і після психотерапевтичного впливу <i>Результати ефективності впливу</i>	1) Статистичне опрацювання емпір. даних; 2) Опис та інтерпретація результатів до і після проведення психологічної та психотерапевтичної допомоги; 3) формулювання висновків за результатами дослідження; 4) розробка рекомендацій для практичних психологів у вигляді авторської програми психологічних та психотерапевтичних послуг; 5) визначення перспектив подальших досліджень у даному контексті	50 осіб	методи математичної статистики; метод інтерпретації емпіричних даних

3.2.1. Перший блок - програма психологічної допомоги для батьків дітей з особливими освітніми потребами у групі психологічної підтримки

Програма психологічної допомоги для батьків у групі психологічної підтримки батьків складається з етапів, які йдуть по чергово. У роботі ми використовували основи та техніки з індивідуального та сімейного психологічного консультування (Додаток 2). Етапи роботи: інформаційний, діагностичний, психолого-консультативний.

Інформаційний етап спрямований на надання інформації про виховання дитини з особливими потребами. Знання батьків про те, як поводитися з їхньою дитиною в силу її захворювання, яке вони отримують на тренінгах або семінарах несе в собі психотерапевтичний ефект, результатом якого стає покращення емоційного стану (тривоги, почуття провини, дратівливості). Власне для надання психологічної допомоги необхідно більше вивчати саме емоційні стани батьків, що виховують дітей з загальним розладами, і на основі них створювати сімейні консультації і тренінги.

Діагностичний етап, за допомогою якого ми отримуємо заміри по емоційній сфері батьків дітей з особливими потребами, який проводиться до початку нашого впливу та після. Діагностування сімейної пари відбувається з використанням психологічних методик, та за допомогою біографічного методу, що є феноменологічним, діагностично-проективним дослідженням (“лінія життя”, ”моя автобіографія”, “гра біографічна” – Дуче Діметрію) та “сімейної соціограми”, що детально описані в другому розділі. Методики з біографічного методу поєднують у собі діагностичний та психотерапевтичний науковий результат, який позитивно впливає та покращує взаєморозуміння у сімейної пари, шляхом навіювання спогадів, знайомства заново, повернення до періоду зародження сім’ї і своєрідного ранжування важливих подій та пророчення і бажань на майбутнє. За даними проективних методик – типологія це не тип, а результат у чоловіка і дружини, яким вони обмінюються. Адже, живучи разом, вони можуть і не здогадуватись, про минуле і важливі моменти у біографії до того, як вони зустрілися.

Психолого-консультативний етап. Надання психологічної допомоги батькам за допомогою технік сімейного консультування, які покращують їхній емоційний стан, сприяють адаптації до народження дитини з особливими потребами та її прийняттю, покращують характер взаємин і загалом стосунки в сім’ї та дають змогу відпочити, і позбавитися хронічної втоми та почуття провини у майбутньому.

Концепція проведення психолого-консультативного етапу

- *Мультимедійна презентація*, (під музичний класичний супровід разом з фотографіями дітей і їх сімей інформація по вихованню дитини з особливими потребами), в якій йде мова про 10 речей, які хоче сказати дитина своїм батькам (за Є. Нотбом). За допомогою презентації, описується допомога батькам у вигляді інформації і наочних прикладів по вихованню дитини з особливими потребами. Результат побаченого змушує по іншому дивитися на свою дитину, а саме розуміти, чути і бачити її, а також комунікувати, взаємодіяти з нею, що в майбутньому знімає стресові ситуації у дитини і батьків. Важливо, що інформація йде з уст самої дитини, а не лише психолога [83]. *Обговорення* переглянутих слайдів у вигляді дискусії і доповнення самих батьків, про етапи та проблеми виховання дитини з особливими потребами. Кожний по черзі у групі ділиться своїм досвідом, батьки дискутують та радяться.

- *Техніки та вправи* з області сімейного та індивідуального консультування, які проводяться з метою, щоб відкоригувати рівень емоційного дисбалансу і можливого почуття провини у батьків, які являються партнерами у шлюбі і через проблеми пов'язані із захворюванням дитини “загубили” взаєморозуміння. Техніки та вправи: “дзеркалення”, “список якостей та рис особистості”, “мої побажання тобі”, “контракти”, “лист присвячений негативам і страхам”, “список дозвілля” або “як виглядає щасливий день нашої сім'ї”. Комплекс технік із сімейного консультування організовує роботу над: страхами пов'язаними з майбутнім дитини; взаєморозумінням між батьками, а також розподіл обов'язків під час виховання дитини, що у свою чергу знімає напругу в сім'ї і дає час на роздуми та відновлення сил кожного із партнерів; пошук внутрішніх ресурсів.

Техніка “дзеркалення” - покращує емоційний контакт між дружиною і чоловіком а також їхньою дитиною (на емоційному рівні, розповідь партнерів

без слів). Виконується також у вигляді домашнього завдання з дитиною чи чоловіком.

Техніка *“список якостей та рис особистості”*. Попросити у батьків написати риси, які повинні мати батько і мати під час виховання дитини з особливими потребами (наприклад: терпіння). Батько пише риси про дружину, а вона про риси чоловіка). Потім відбувається обмін списками та спільно і по чергово аналізується.

Техніка *“мої побажання тобі”*, які стають своєрідною корекцією поведінки і *“пророченням”* для себе на майбутнє. Прошу написати (чоловік про жінку і навпаки), щоб ви хотіли змінити у своєму партнері по житті і коханій людині у шлюбі: я б хотів (хотіла) змінити у тобі у цей період життя і на майбутнє.

Техніка *“контрактів”* – на окремих аркушах чоловік і дружина записують вимоги і побажання стосовно один одного. Наступним етапом є обмін даними контрактами і пошук компромісів між ними. Згодом партнери описують компроміси і утворюють спільну та уніфіковану версію контракту.

Техніка *“Лист”*. Батьки пишуть лист, який присвячений негативам і страхам, що адресується усьому недоброму, негативному, злому, що відбувалося (відбувається) у житті клієнтів. Лист спалюється по дорозі до дому у відповідному місці, яке обирають клієнти.

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

- *Мультимедійна презентація* (з фото дітей, під музичний супровід) під назвою *“лише позитивне у моїй дитині”*. Показує хороші риси (для прикладу описано інформацію про дітей з аутизмом): такі діти ніколи не обманюють, не прирівнюють себе до інших, не прагнуть бути кращими чи першими, в них геніальна концентрація уваги, вони можуть бути дуже відданими і люблячими. Розповідь у слайдах про те хто з відомих людей був аутистом (Вангог, Енштейн), дає позитивну установку: *“ваша дитина може стати такою ж, необхідно лише працювати з нею та знайти її сферу наслідування та компенсації”*. Результат є тоді, коли батьки зрозуміли, що їхня дитина не обуза, а особлива дитина. А розуміння того, що період виховання дитини це – унікальне джерело їхнього духовного розквіту, стає новим етапом їхнього життя і гармонізацією цілої сім’ї.

- Етап обміну досвідом під час, якого учасники діляться ресурсами та досвідом за допомогою техніки під назвою: *“Історії, які варто слухати”*. Група батьків взвемодопомоги, чи *“клуб батьків”* по завершенні дає психотерапевтичний ефект, обмін досвідом, контакти з людьми, моральна підтримка таких людей, які мають подібні проблеми. Це дозволяє матері позбутися почуття самотності, безвиході, незахищеності. Кожний за бажанням розповідає історію свого життя, якою хоче поділитись. Наприклад: *попри весь біль, усі випробування людина зростає внутрішньо і відкриває життя. Історія - роздум однієї з матерів неповносправної дитини про свій досвід: «Коли я перестала жаліти себе, я почала щораз більше замислюватися, який зміст мають у нашому житті горе та страждання. Поступово я прийшла до переконання, що страждання, крім болю та знищення, могло сприяти виникненню сили. Воно було дорогою до внутрішнього зростання, стежкою від зими до весни.»[112]* .

- *Практикум по корекції емоційних станів* (за Е. Ільїн). Використання таких музично-медитативні вправ, як: очищення від страждань, позбавлення почуття провини, позбавлення від злобного роздратування – самоконтроль,

розслаблення – великий спокій, формування оптимізму – радість життя, радість любові [36].

- Методика Керол Саттон – робота з “важкою поведінкою” дитини.

Робота з важкою поведінкою дитини за методикою Керол Саттон. В роботі з батьками дітей з особливими потребами ми часто зіштовхуємося з наріканнями, що такі діти спричиняють виховні труднощі, які часто пов’язані з психофізичним розвитком такої дитини. Загалом, складна поведінка дітей – це така поведінка, яка не відповідає загальним соціально-прийнятим нормам. Проблемна поведінка формується переважно впродовж певного часу і часто утримується хоча батьки всілякими засобами намагаються розв’язати цю проблему.

Погіршуються відносини між батьками та дітьми, з’являється гнів і почуття фрустрації. Батьків ніхто не вчив, як порадити собі з дитиною, а діти не можуть виховувати самих себе. В результаті батьки, які знаходяться в складній ситуації стараються порадити собі якнайкраще або теж шукають когось, в кого можуть знайти допомогу і пораду.

Працюючи зі складною поведінкою дітей ми застосовуємо методику К. Саттон «Як давати раду зі складною поведінкою дітей» [219]. Авторкою пропонованої методики є великобританська психолог Керол Саттон. У 80-х рр. ХХ ст. вона опрацювала біхевіоральну програму навчання батьків дітей шкільного та дошкільного віку, які мають труднощі у вихованні.

Методика вимагає зміни поведінки не тільки дитини але й батьків. В ній не пропонується жодних чудодійних, блискавичних розв’язань і можливо це не є методика для кожного. Проте, розв’язання, яке пропонується, може бути не тільки тут і зараз, але і проектуватися на більш тривалий час. Батьків вчиться покроково застосовувати дану методику, щоб допомогти змінити погану важку поведінку дитини і щоби на місце невпевненості і відчуття розгубленості появилось краще розуміння того, що робиться і з’явилась більша впевненість в собі. Труднощі трапляються завжди і єдиним вірним розв’язанням є практичні кроки для зміни ситуації.

Програма складається з 8-ми етапів, кожен з яких триває тиждень часу. Кожен з етапів опирається на одну з восьми книжок написаних спеціально для батьків, а також на аналіз «карти вибраної поведінки». Вибір та визначення поведінки не є формальністю. Вміння виокремити конкретний прояв поведінки у філософії біхевіоризму має велике значення, а роль терапевта – навчити батьків конкретизувати вибрану поведінку.

Важливим елементом запобігання важкої поведінки є:

- Встановлення правил
- Наслідки

Правила поведінки повинні бути:

- Конкретні
- Прості
- Короткі
- Позитивно сформульовані

Наслідки можуть бути (рис.1):

- Позитивні (нагородження, підкріплення поведінки)
- Негативні



Рис.3.1 Вплив наслідків на поведінку

Діти досить по-різному реагують на різні покарання. Важливим є, щоб дитина зрозуміла, що покарання є реакцією на конкретну поведінку. Критика має стосуватися конкретної поведінки, а не особи дитини.

Багато батьків, є здивовані, що коли вони спостерігають за обраною складною поведінкою, вони зауважують, що дана поведінка проявляється не так часто, як вони думали. Інші стверджують, що проявляється ця поведінка значно частіше, ніж вони сподівалися.

На перший погляд, батькам видається, що деякі ідеї методики нагадують їх попередні спроби змінити ситуацію. З іншого боку, деякі замисли можуть здатися батькам дивними. Проте, з кожним тижнем і кожним наступним кроком батьки довідуються як і коли вчити дитину бажаної поведінки і як відучити від небажаної поведінки.

3.2.2. Другий блок допомоги батькам дітей з особливими потребами: Психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами з використанням короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язанні.

Короткотермінова терапія сконцентрована на розв'язанні (Centrum terapii krotkoterminowej, member of European Brief Therapy Association додаток 3, 4) проводиться, як і в групі так і індивідуально.

В нашій роботі з батьками, які виховують дітей з особливими потребами, ми використовуємо основні принципи та техніки короткотермінової терапії, що скерована на розв'язок.

Короткотермінова терапія зосереджена на вирішенні проблеми може проводитися як в групі так і індивідуально.

Основні концепції:

- Короткотерміновість – робити тільки те, що потрібно, сконцентровані на будіванні розв'язання.

- Розв'язання – спосіб, який звільнить клієнта від проблеми. Життя в якому нема проблем, будуємо добре життя. “Як буде виглядати твоє життя, коли ти будеш спокійний, чи щасливий”- уявлення цього вже є вирішення.

- Клієнт змінив мислення і сам змінив свої проблеми.

Термін «Короткотерміновість» означає робити тільки те, що потрібно, сконцентрованість на будівництві розв'язку. Розв'язок – спосіб, який звільнить клієнта від проблеми і допоможе йому сконструювати життя, в якому нема проблем [192; 194; 216; 218; 220; 222; 223; 226].

Робота в цьому напрямку є досить проста та ефективна. Короткотермінова терапія скерована на розв'язок відрізняється від інших підходів тим, що вона не концентрується на проблемі (діагнозі клієнта), оскільки це не лише не допомагає, але, часом і створює перешкоди клієнтові у поступі до вирішення цієї ж проблеми.

Перспектива корекційної роботи скерована є на теперішнє та майбутнє. Якщо впливає досвід минулого, то його використовується на користь досягнення певних цілей у вище згаданих перспективах.

Центральна філософія короткотермінової терапії скерованої на вирішення дивує своєю простотою. Проте, застосування таких простих правил вимагає від спеціалістів, які цей метод застосовують, самодисципліни та докладання чималих зусиль.

Основні принципи роботи

Немає простих рішень і перевірених схем, які підходили б усім клієнтам. Цей принци вказує на те, що навіть, якщо людина, яка має такі самі проблеми і потреби як і інший клієнт, не буде трактуватись так само (шаблонно), а до неї буде застосовано індивідуальний терапевтичний підхід, який передбачено лише для неї. Він повинен підходити до її унікальних потреб.

Існує багато способів бачення однієї ситуації і багато її вирішень. Чим більший список рішень, тим більші шанси на пошук і застосування клієнтом такого рішення, яке приведе до змін.

Концепція опору не сприяє терапії. Опір трактується як брак готовності до співпраці до змін. Натомість, в даному підході, опір – це певний сигнал для того, щоб перестати робити те, що не допомагає і шукати нові шляхи вирішення, які будуть відповідати клієнтові.

Зміна в процесі терапії є неминучою. Віра терапевта в можливості клієнта є вирішальним чинником позитивних змін.

Достатньо малої зміни, щоб ініціювати розв'язок. Часто, перешкодою на дорозі змін є високі очікування, які ставлять як клієнти так і терапевти. Тому важливо є пам'ятати про «маленькі кроки», які згодом приведуть до великих змін. Завданням спеціаліста є ініціювати малі зміни.

Клієнти мають ресурси необхідні для змін. Концентрація на ресурсах, а не на проблемах і слабкостях, допомагає клієнту почуватися в безпеці і більш компетентним у вирішенні своєї ситуації.

Знання деталей проблеми не є необхідним, для того, щоб проблему вирішити. Переконавання, що очікуване вирішення не є тісно пов'язане зі самою проблемою, є найбільш несподіваним принципом даного методу.

Краще дивитися вперед, ніж оглядатися назад. Якщо людина не знає куди вона має йти, то вона ніколи туди не дійде. Щоб окреслити цілі клієнта, не обов'язково заглиблюватися в його минуле і вияснювати звідки він прибув, оскільки це дуже виснажує. Звертання до минулого є лише у випадку пошуку «винятків» або способів вирішення проблеми, які були успішними.

Клієнти здатні окреслити цілі терапії і знайти вирішення, хоча про це не знають. Кожен клієнт може окреслити і вибрати те, що є для нього добре. Завданням терапевта є допомогти окреслити, сформулювати та вербалізувати потреби клієнта.

Зміна має перманентний характер – все змінюється. В житті клієнта є такі моменти, дні, тижні, коли труднощі, з якими він бореться, проявляються в меншій мірі, або не проявляються взагалі, коли найгірша реальність виглядає трохи краще. Терапевт мусить зосередитися на таких «винятках», які можуть стати джерелом вирішення проблеми [194].

Основна філософія

- Якщо не зіпсувалося - не ремонтуй.

Не потрібно змінювати того, що приносить очікувані результати та допомагає. Якщо ми бачимо, що щось відбувається в житті людини, певна поведінка приносить полегшення, допомагає в конструюванні клієнтом позитивних рішень, то ми цього не змінюємо.

- Якщо дізнаєшся, що допомагає – роби це частіше, повторюй це.

Це твердження вказує на те, що потрібно повторювати ті дії, які ми спостерігаємо як помічні і такі, які проводять до конструктивних рішень. Якщо помічними є розмови, концентрація на роботі, слухання музики і це допомогло в певній ситуації, то варто використати це.

- Якщо щось не допомагає – не роби цього більше. Роби щось інше.

Це твердження базується на свідомості та вмінні окреслити те, що не допомагає. Це дозволяє виключити дії, які не допомагають і йти в пошуку нових рішень, які допоможуть досягти змін. На думку Я. Щепковського [216], багато людей мають помилкове переконання, що якщо проблема є серйозною та важкою, то її вирішення теж має бути таким ускладненим і важко втілюваним в життя. Це виглядає логічно, але так не є. Тому варто шукати прості рішення, які допомогатимуть в конкретній ситуації чи в її контексті.

Сесія (основні етапи роботи):

Сесія та етапи роботи практично не змінні протягом останніх років і беруть основу із напрацювань Інсу Кім берг та Стів Де Шейзер (I. K. Berg, S.De Shazerem,1997) [170; 171; 172; 188; 192; 194; 216; 218; 220; 222; 223; 226]. Отже Сесія (основні етапи роботи) складаються:

- *Розмова вільна від проблем;*
- *Очікування:*
З'ясування проблеми;
Формулювання мети;
- *Запитання про винятки;*
- *Запитання про чудо;*

- *Запитання про винятки;*
- *Оцінювання, шкалування;*
- *Перерва;*
- *Зворотна інформація:*
- Компліменти;*
- *Обґрунтування;*
- *Домашнє завдання.*

У підході, сконцентрованому на рішенні, терапія розпочинається з "Розмови вільної від проблем". Вона є нагодою для пацієнта представити себе в доброму світлі, а також забезпечує блискавичну інтеграцію з іншими членами групи. Терапевт «стежить», щоб характер висловлювання залишився позитивним, а що найістотніше – «відтягує» пацієнта від проблеми, борючись з його очікуваннями прийти сюди для розмови про життєві проблеми. Пацієнт вірить, часто з огляду на знання, отримані від інших і власне уявлення про вигляд психотерапії, що це матиме для нього лікувальну цінність. Тож, в цілому, для нього це чимала несподіванка, що в цьому підході від нього не тільки не чекають розмови про проблему, а відводять від цього. Для терапевта висловлювання пацієнта на цьому першому етапі є скарбницею знань про його ресурси і нагодою підкреслити ці ресурси компліментами [184, с. 22-23].

Відгук, з уст терапевта в SFBT - це обдуманий комплімент, який підкреслює ресурси, сильні сторони і реалізовані зміни, зауважені впродовж дня, що повинні допомогти пацієнтові досягти поставленої мети. Пацієнти обмінюються відгукami, складеними під час перерви. Терапевт у відгуку підкреслює якості і досягнення пацієнта, які можуть мати значення з точки зору пошуку або реалізації мети. Для пацієнта відгук є підбадьоренням на закінчення дня терапевтичної роботи. Відгук мусить бути позитивним і стосуватись конкретних ситуацій про які пацієнт розповідав того дня [184, с. 15-16].

3.2.3. Концепція проведення короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку у відкритих групах (тижневий розклад)

Програма для роботи у відкритих групах, на основі короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку (Марек Гжиб (Grzyb M. 2014-2015) [184; 185]. П'яти тижневий опис короткотермінової терапії у відкритих групах представлено у роботах марека Гжиба [184, с. 19-21].

Засади короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку досить прості, проте пов'язані вони із дотриманням основної філософії цієї терапії, а саме чітко встановленої схеми, якої так наполегливо шукав Стів де Шазер у своїх практичних працях. В терапевтичній роботі він прагнув створити дійсно науковий і структурний комплекс засад. Створюючи авторську терапевтичну програму, допасовану до умов клієнта, автор був вірним і не змінював етапи і схему класичної роботи. Програма повністю заснована на структурі першої терапевтичної сесії SFBT, де має місце розмова вільна від проблем, натяк на проблему, пошук винятків, формулювання цілей, терапевтична перерва та зворотна інформація. Згідно засадам, авторська терапевтична програма передбачена на процес тривалістю в 5 тижнів. Кожен тиждень зустрічей відповідає наступному етапу першої сесії SFBT, збагаченої помічними інструментами в праці з людьми враховуючи філософію до цієї моделі. Перший і другий тиждень присвячений - будівництву відносин, знайомству та інтеграції груп. Третій і четвертий тиждень це - робота над формулюванням мети. П'ятий тиждень - готує до закінчення терапії, де пацієнт створює карту на вихід з остаточно сформульованою метою [184, с. 21 - 23]. Із спостережень, які висловлював Марек Гжиб у своїй науковій праці, виникає умовивід, що найважчим для терапевтів є дотримання цієї схеми, структури психотерапевтичної сесії.

Під час терапевтичного процесу пацієнт отримує: в груповій терапії 4 годин терапевтичних занять протягом тижня, зустрічі два рази в тиждень.

Заняття кожного дня закінчуються *зворотною інформацією*, якій передують *терапевтична перерва*. Програма передбачає що кожен наступний день з терапевтичних занять пацієнта, ми починаємо з масштабних питань: що пацієнту вдалось *зробити доброго* для себе по відношенні до конкретного місця на якому він був. У випадку коли пацієнт перебуває понад 2-х тижнів у процесі терапії, заняття починаємо перевіркою, що змінилось в кращу сторону, від моменту прийняття рішення про групову психотерапію. Далі проводяться відповідні терапевтичні заняття, під час яких пацієнти працюють індивідуально по відношенні до групи і не дають один одному зворотних інформацій під час терапії. Це наступний важливий елемент, який відрізняє цю модель терапії від моделі традиційно використованої до тепер.

Терапевт в моделі SFBT є лише *експертом в розмові*. Керує нею, розвиває її і відповідальний за одночасне заохочення до висловлювання декількох пацієнтів. Відповідно до центральної філософії моделі SFBT: *пацієнт - це експерт у своєму житті*. Терапевт, проводячи розмови, прямує за пацієнтом і не залишає слідів у його житті. Пацієнт після розмови з терапевтом повинен вийти з переконанням, що лише собі завдячує змінам.

Терапевт, проводячи розмови з пацієнтом у групі, застосовує інструменти і питання SFBT. Робота терапевта полягає в заохочуванні декількох пацієнтів, які перебувають на схожому етапі реалізації програми.

Розпочинаючи терапію пацієнти вже на першому тижні могли з легкістю спостерегти, яких змін досягли пацієнти з четвертого чи п'ятого тижня. Це було мотивацією для прийняття власних рішень і візії власних змін. Наважившись на проведення терапії в цій моделі у відкритих групах, де практично кожного дня до групи доєднується і йде з групи щонайменше один пацієнт, це рішення вимагало чималих організаційних змін і взаємної співпраці терапевтів, що ведуть групу. Крім того, в структурі відкритих груп, кожен з пацієнтів є на іншому етапі реалізації авторської терапевтичної програми. Щоб удосконалити проведення терапії і обмін інформацією про реалізацію окремих етапів роботи пацієнта, для кожного запровадили

“Індивідуальний листок пацієнта”, який включає етапи реалізації програми і залишається для ознайомлення терапевтом [184, с. 15-16]. Терапевт знайомиться з листком кожного пацієнта перед початком кожного дня занять. Читає про те, що вдалося зробити і на якому етапі є пацієнт. Таким чином, клієнти мають збережену безперервність терапевтичного процесу. Вся терапевтична робота відбувається у групі і пацієнти не отримують завдань для виконання у вільний час [184, с. 17-18].

І і II тиждень

Будування стосунків і взаємне пізнавання - інтеграція групи

1. Презентація «Програми Терапії» і представлення принципів роботи в цій програмі (вище описано).
2. Будування довіри - розмова вільна від проблеми.
3. Самодіагноз і розширення знань на тему порушення розвитку у дитячому віці.
4. Очікування пацієнта стосовно терапії – «*лист до друга*».

III тиждень

Робота над формулюванням мети

1. Робота над мотивацією до зміни - звернення до проблеми.
2. Робота над уривками – «*добре життя*».
3. «Листок ресурсів».
4. Дзвінок до сім'ї – «Що я повинен був би змінити в собі за допомогою терапії, щоб ти побачив/побачила, що терапія принесла результат?»
5. «Аркуш мети».

IV тиждень

Формулювання мети

1. Аркуш індивідуальної мети.
2. Налагодження стосунків - як підкріплення мети.
3. Робота над «дивом».
4. Переформулювання і остаточне формулювання мети пацієнта.

V тиждень

Підготовка до закінчення терапії

1. Робота над уривками з минулого.
2. Опрацювання кроків для реалізації мети.
3. План на вихід.
4. Створення «листка на вихід».
 - a) *Мета.*
 - b) *Кроки*
 - c) *Шкалування* [184, с. 19-21].

Після короткотермінової терапії батьки дітей з особливими потребами розуміють, про необхідність організації процесу виховання і лікування дитини, саме поетапно і маленькими кроками. Завдяки технікам та етапам роботи короткотермінової терапії, батьки вже знають, що можна зробити ще, чого вже не потрібно робити, з ким необхідно порадитись. За допомогою такої техніки як шкалування (пропозиція розмістити себе на шкалі від 1 до 10) проблеми, вони бачать де є зараз, що саме зробили, а що ще можна зробити. Батьки переносять свої слова, мрії та уявне почуття щастя на поведінку, що є ключовим аспектом нашої роботи. Вони відчують цілковиту мить спокою, щастя, емоційної рівноваги, сімейного взаєморозуміння. Важливий аспект такої психотерапії це - розуміння самостійності у вирішенні своїх проблем а головне мотивації до вирішення, до успіху і щасливого життя у вигляді проходження усіх стадій адаптації народження дитини з неповносправністю.

3.3. Аналіз ефективності психокорекційної та психотерапевтичної роботи з батьками дітей з особливими потребами

Емоційні стани, батьківське ставлення, соціально-сімейні стосунки та хронічну втому можна змінити в результаті психологічної та психотерапевтичної допомоги, що була поділена на блоки з урахуванням індивідуальності кожної сім'ї: групової роботи, індивідуального та сімейного

консультування а також короткотермінової психотерапії для батьків дітей з особливими потребами.

Для того, щоб з'ясувати, чи була ефективною проведена психокорекційна та психотерапевтична робота з батьками, здійснено порівняльний аналіз показників їх емоційної сфери та особливостей батьківського ставлення до та після зазначених вище психологічних впливів.

Для цього було використано математико-статистичний критерій Вілкоксона, який враховує не тільки напрям, а й інтенсивність зсувів значень досліджуваних ознак і належить до непараметричних методів, що найбільш прийнятні, коли обсяг вибірок невеликий (пакет STATISTICA 6.0, модуль Non-parametrics / Comparing two dependent samples (variables)).

Статистично значущі відмінності до та після проведеної психотерапевтичної роботи (Додаток Є) виявлено за такими показниками: *прийняття і допомога суспільства* ($p=0,0006$), *настрій* ($p=0,0041$), *тривожність* ($p=0,0001$), *депресія* ($p=0,0039$), *прийняття* ($p=0,0001$), *симбіоз* ($p=0,0007$), *кооперація* ($p=0,0000$), *маленький невдаха* ($p=0,0000$), *хронічна втома* ($p=0,0001$), *фізичний дискомфорт* ($p=0,0000$), *когнітивний дискомфорт* ($p=0,0000$), *зниження мотиву соціального спілкування* ($p=0,0483$).

Щодо такого показника, як прийняття і допомога суспільства сім'ї з особливою дитиною, то після роботи з батьками можна спостерігати зміну суб'єктивного ставлення батьків до такої допомоги (рис.3.1).

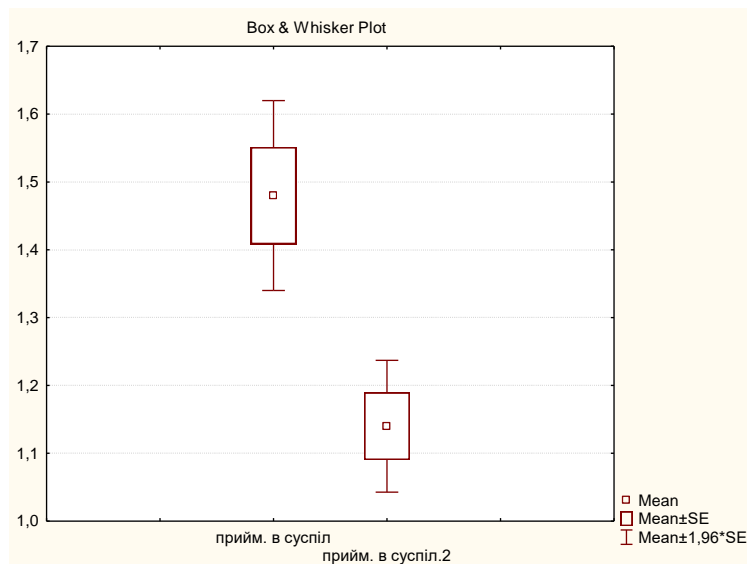


Рис. 3.1. Значення показника «прийняття і допомога суспільства» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

На нашу думку, батьки усвідомлюють цілковиту відповідальність і активність своїх дій за життя, лікування, програму розвитку власної дитини. А також усвідомлюють, що зрозуміти їхні проблеми зможуть лише такі ж батьки хворої дитини, як і вони, тому об'єднавши разом зусилля у групі взаємодопомоги, вони зможуть допомогти власним дітям і покращити свої емоційні стани.

Статистично значущих відмінностей показників і форм агресії до та після психотерапевтичних занять не виявлено. Однак, можна спостерігати певну позитивну тенденцію щодо зміни таких параметрів як «підозрілість», «провина» та «загальний індекс ворожості». Можливо, це обумовлюється не дуже високою чутливістю непараметричного критерію або невеликою за обсягом вибіркою (див. Додаток Є).

Можна спостерігати значне покращення показників за шкалою «настрій» (рис. 3.2.).

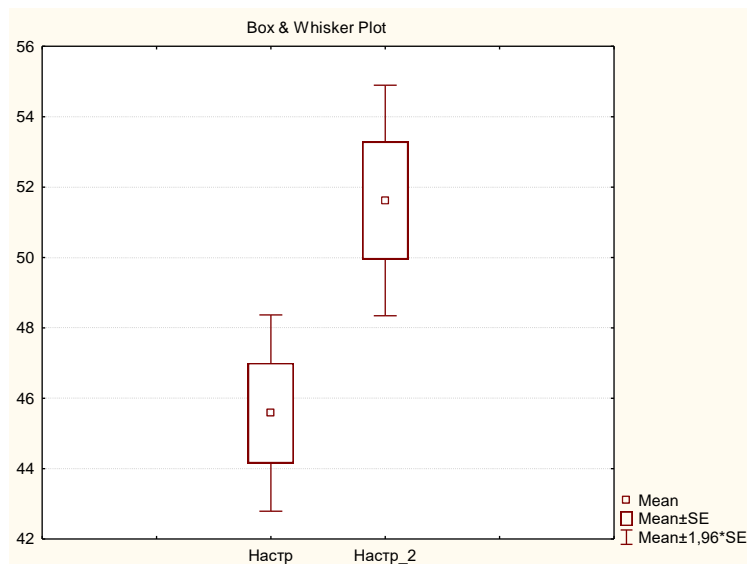


Рис. 3.2. Значення показника «настрій» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

У батьків дітей із особливими потребами підвищився рівень позитивного настрою, оскільки вони пройшли психотерапевтичну практику.

Порівняльний аналіз виявив суттєві позитивні зміни щодо таких негативних емоційних станів, що переживають батьки з особливими потребами раннього віку як тривожність та депресія (рис. 3.3). Варто нагадати, що інтерпретувати результати за методикою визначення тривоги і депресії потрібно згідно оберненого принципу: чим вищий показник, тим краще, тим менші прояви згаданих ознак. Зростання показників за шкалою «тривожність» та «депресія» після психологічної роботи з батьками свідчать про суттєве покращення їх стану.

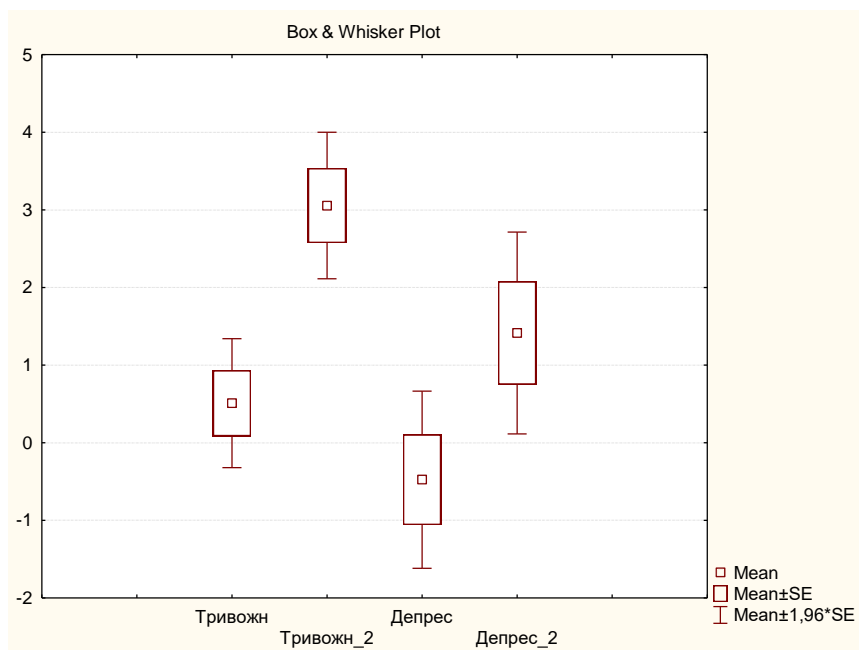


Рис. 3.3. Значення показників «тривожність» та «депресія» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

Виявлено значні зміни у показниках, що відображають особливості батьківського ставлення до дитини з особливими потребами (рис.3.4 – 3.7).

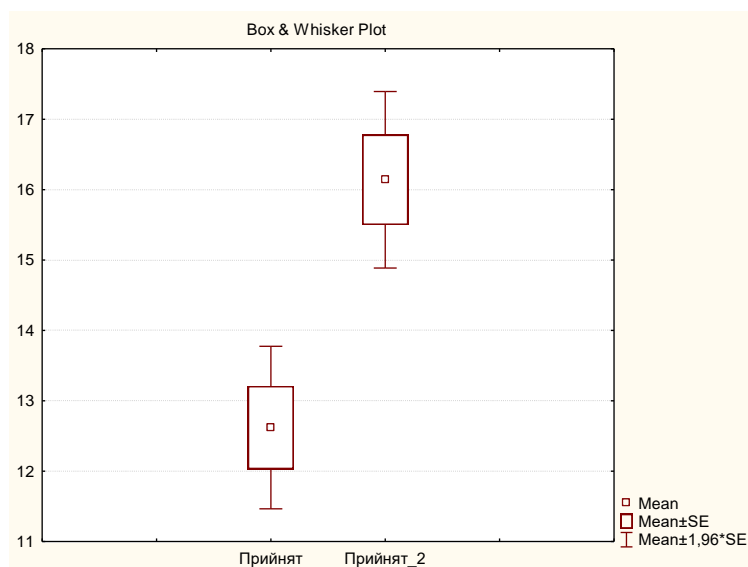


Рис. 3.4. Значення показника «прийняття» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

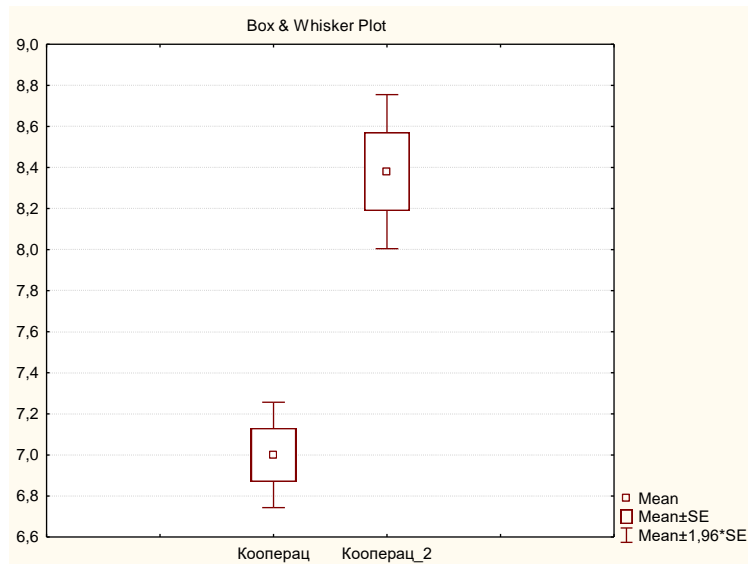


Рис. 3.5. Значення показника «кооперація» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

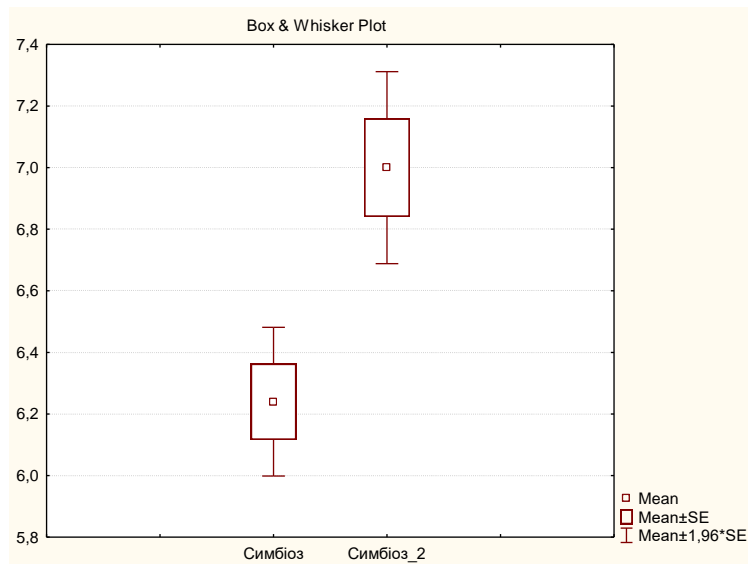


Рис. 3.6. Значення показника «симбіоз» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

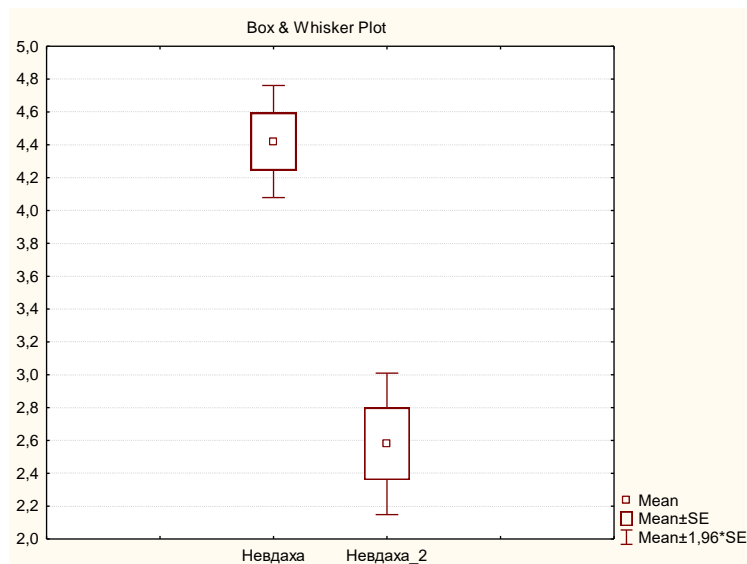


Рис. 3.7. Значення показника «невдаха» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

За результатами психокорекційної та психотерапевтичної роботи з батьками дітей з особливими потребами спостерігаються позитивні зміни батьківського ставлення. А саме, зріс рівень прийняття, кооперації, симбіозу та знизився рівень сприйняття власної дитини як маленької невдахи. Це свідчить про те, що батьки переосмислили своє ставлення до дитини, приймають її такою, як вона є. Рівень прийняття свідчить про те, що батьки поважають індивідуальність дитини, симпатизують їй, прагнуть проводити багато часу з дитиною, схвалюють її інтереси та плани. Зростаюча кооперація свідчить про зацікавленість в справах і планах дитини, схвалення ініціативи та самостійності дитини, прагнення бути з нею на рівних. Батьки бачать дитину з особливими потребами та її ресурсність, а не неповносправність.

Особливо значущими результатами є також зафіксовані позитивні зрушення після проведеного комплексу психокорекційної та психотерапевтичної роботи з батьками дітей раннього віку з особливими потребами щодо таких параметрів як хронічна втома, фізичний та когнітивний дискомфорт, мотиву соціального спілкування (рис. 3.8 - 3.11).

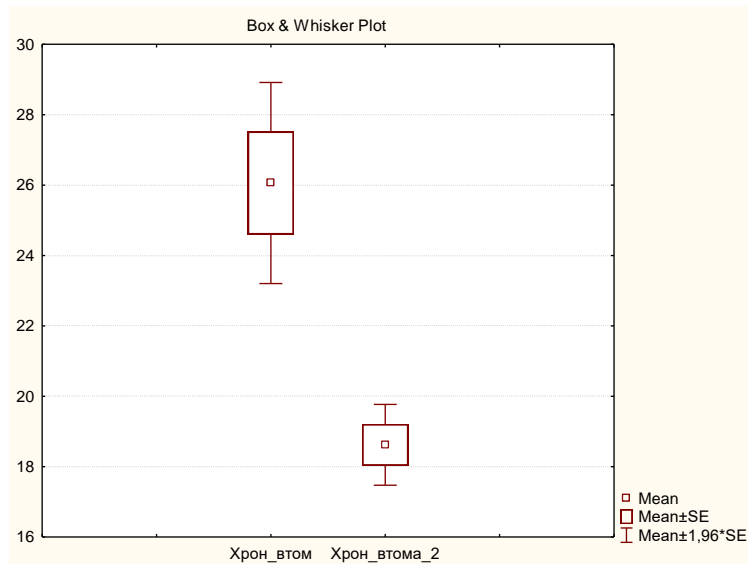


Рис. 3.8. Значення показника «хронічна втома» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

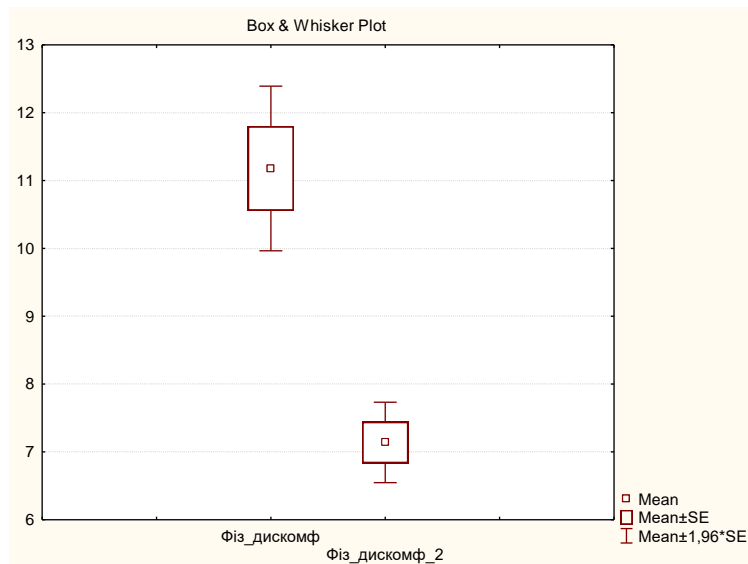


Рис. 3. 9. Значення показника «фізичний дискомфорт» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

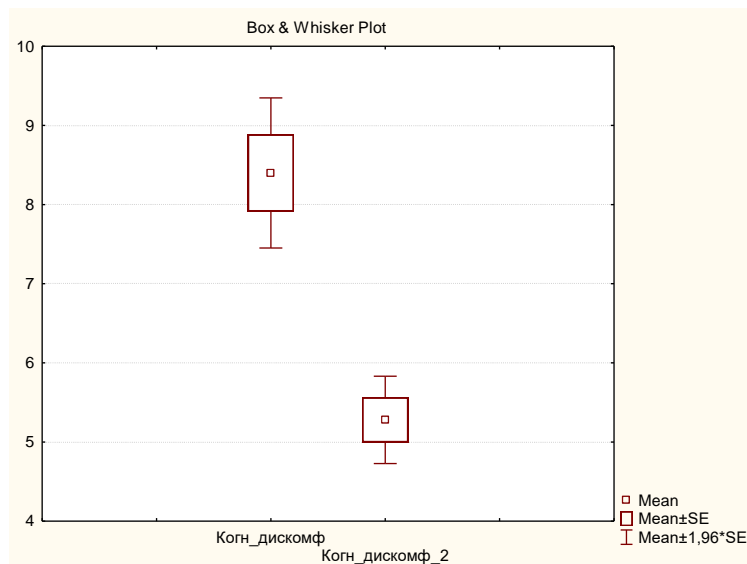


Рис. 3. 10. Значення показника «когнітивний дискомфорт» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

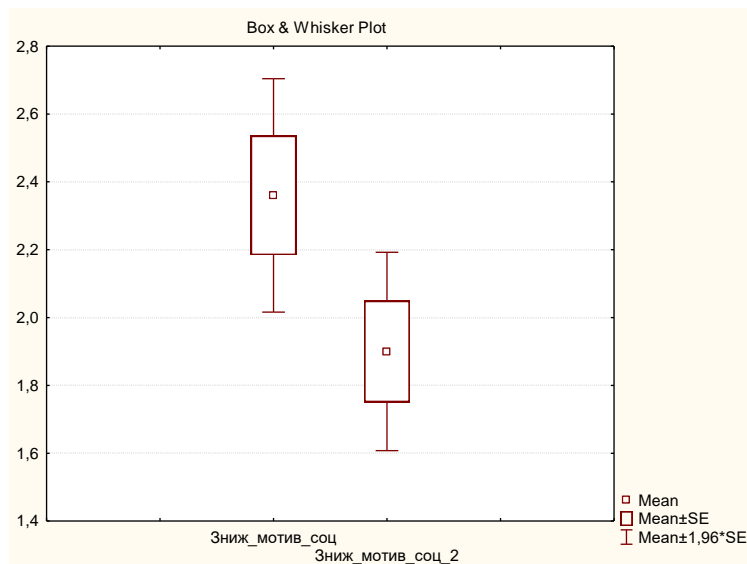


Рис. 3. 11. Значення показника «зниження мотиву соціальної взаємодії» до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи

Після нашого впливу та участі у психотерапевтичних групах, батькам вдалося відновити свої сили, відкрити у собі нові ресурси тим самим знизити відчуття фізичного і когнітивного дискомфорту. А спілкуючись з людьми з такими ж проблемами, також внаслідок нових знайомств, батьки відчули себе бажаними в соціумі, що посприяло збільшенню мотиву до соціальної взаємодії.

Отже, після проведення психотерапевтичної роботи в батьків дітей раннього віку із особливими потребами знизився рівень тривожності,

депресії, ригідності, хронічної втоми, підвищився рівень самопочуття, настрою, активності, прийняття, симбіотичних зв'язків з дитиною. Отримані результати підтверджують ефективність нашої психокорекційної та психотерапевтичної роботи і необхідність створення таких батьківських груп на базі центрів де надають допомогу дітям з особливими потребами, садочків та шкіл, де існують інклюзивні класи.

Опис показників та інтерпретація результатів з проєктивно-діагностичних методик

Нагадаємо, що у групі батьків дітей з особливими потребами, переважають виділені елементи, а саме в частині малюнка після *діагнозу* чи народження дитини з особливими потребами. Батьки намагаються позначити такий період, переважно негативно. Після формувального експерименту, а саме допомоги, яку отримали батьки спостерігається позитивна тенденція у лінії життя (Додаток 9). Це зображується у вигляді квітів, сходинок у верх, вензелів, якими прагнуть прикрасити малюнок і саме найважливіше – це позитивне завершення малюнка (рис. 3.12).

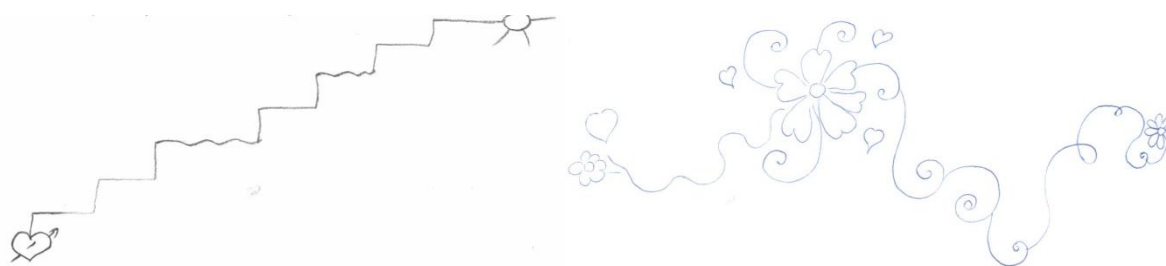


Рисунок 3.12

У деяких випадках, після нашого впливу, прописуються *почуття*, *емоції*, умовиводи і висновки з прожитого, з позитивним забарвленням та вірою в майбутнє. (Рисунок 3.13).

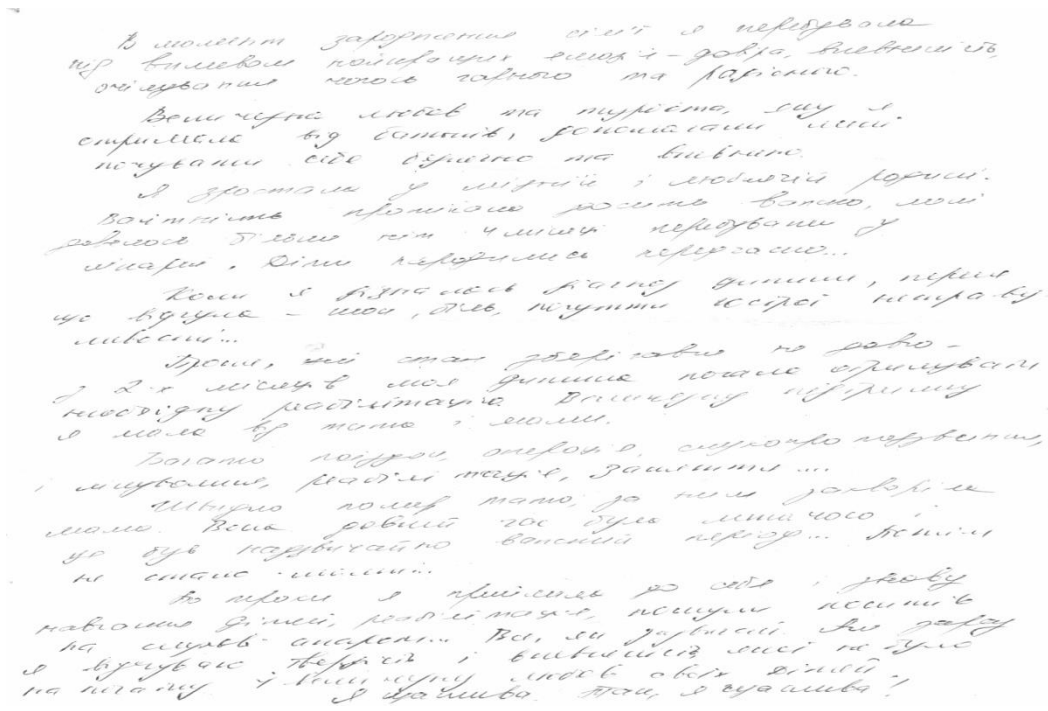


Рисунок 3.13

Проективно-діагностичний метод “Сімейна соціограма” (О.В. Черемісін і Е.Г. Ейдемілер і модифікований варіант методики, який запропонований В. В. Ткачовим), дає можливість для дослідження системи міжособистісних відносин і можливого характеру комунікацій в сім’ї, емоційного взаємозв’язку і симбіозу де виховується дитина з нормальним розвитком.

Після формувального експерименту, важливим критерієм і аспектом у дослідженні де виховується дитина з особливими потребами є наявність батька чи матері у третьому колі, так зване коло: “ваша сім’я після народження дитини, сьогодні”. У 12 % сімей у третьому колі зображена повна відсутність батька, як члена сім’ї тут і тепер, в таких сім’ях, за даними анкети-опитувальника, мама не відчуває підтримки чоловіка або виховує дитину самостійно, тобто неповна сім’я. Цікавим є те, що проведеної психотерапевтичної і консультативної роботи відсоток зменшився, та становить 5 %. Ми не стверджуємо, про те, що люди, які розлучились офіційно, будучи не повною сім’єю, знов вирішили бути разом. Радше наші висновки такі, що розлучені пари почали співпрацювати між собою заради дитини, а матері зрозуміли про необхідність батька. У повних сім’ях, які

відвідували наші групи, та які мали не порозуміння, порушення емоційного стану і тому не відчували підтримки, взаємозв'язку і можливо конфлікти, по закінченні склалося взаєморозуміння. Це видно по розташуванню кіл один біля одного та наявності чоловіка у колі, який на першому етапі був відсутній. У сім'ях, що виховують дітей з особливими потребами спостерігаються більш близькі стосунки і тенденції до симбіотичних зв'язків (кола знаходяться близько один біля одного, нашаровуються між собою). На нашу думку діти з особливими потребами оточені турботою і любов'ю, а батьки прагнуть до симбіотичних відносин з дітьми, намагаються задовольнити всі їхні потреби, захистити від труднощів і неприємностей, безмежна любов і можливо гіперопіка, незважаючи на відсутність емоційного зв'язку чи підтримки від батька дитини або рідних (Додаток 10).

Висновки до третього розділу

Програма психологічної допомоги для батьків у групі психологічної підтримки батьків складається з етапів, які йдуть по чергово. Етапи роботи: інформативний, діагностичний, психолого-консультативний, психотерапевтичний. Важливим, на сьогодні, є чітке розуміння проблеми у відсутності психологічної допомоги батькам дітей з особливими потребами. У третьому розділі дисертаційного дослідження проаналізована теорія й методика соціально-психологічної роботи з сім'єю. Після опрацьованих теоретичних засад та психологічних досліджень роботи з батьками дітей з особливими потребами, ми формуємо складний комплекс роботи з батьками, що спрямований на корекцію та стабілізацію емоційних станів у батьків, психотерапевтичної роботи над особистісно-мотиваційною сферою, роботою над взаєминами у сім'ї. У роботі ми використовували основи та техніки індивідуального психологічного та сімейного консультування та короткотермінову терапію зосереджену на вирішенні BSFT. У дисертації детально та поетапно описано роботу та процес проведення короткотермінової терапії, основні її принципи та засади. Обґрунтовано

важливість і потрібність даної парадигми послуг саме в сфері неповносправності.

Батьки, часто не усвідомлюють, що кожна дитина маючи певні вроджені риси, всеодно наслідуює зразки поведінки найближчого оточення, в якому виховується, а першими вчителями і вихователями, звичайно є батьки. Психологічний супровід такої родини має бути спрямований на створення соціально-психологічних умов для емоційного благополуччя. Основним завданням психокорекційної роботи з такими родинами є: допомога батькам пережити травму; ознайомлення їх з особливостями виховання й розвитку дитини. Власне для надання психологічної допомоги необхідно більше вивчати саме емоційні стани батьків, що виховують дітей з розладами, і на основі них створювати сімейні консультації по взаєморозумінню і покращенні стосунків у сім'ї. На основі зазначених принципів формувалися моделі психологічної допомоги родинам осіб з психофізичними порушеннями. Одною з таких моделей є психотерапевтична робота з батьками. Робота в цьому напрямку є досить проста та ефективна. Короткотермінова терапія скерована на розв'язок відрізняється від інших підходів тим, що вона не концентрується на проблемі, оскільки це не лише не допомагає, але, часом і створює перешкоди клієнтові у поступі до вирішення цієї ж проблеми. Перспектива корекційної роботи скерована є на теперішнє та майбутнє. Якщо впливає досвід минулого, то його використовується на користь досягнення певних цілей у вище згаданих перспективах. Центральна філософія короткотермінової терапії скерованої на вирішення дивує своєю простотою. Проте, застосування таких простих правил вимагає від спеціалістів, які цей метод застосовують, самодисципліни та докладання чималих зусиль. Працюючи зі складною поведінкою дітей ми застосовуємо методику К. Саттон «Як давати раду зі складною поведінкою дітей», вона опрацювала біхевіоральну програму навчання батьків дітей шкільного та дошкільного віку, які мають труднощі у вихованні. Дана методика, показує позитивні результати у групі батьків дітей з особливими потребами, адже дає

змогу краще зрозуміти потреби дитини з порушенням розвитку і таким чином зняти у майбутньому кризові психоемоційні стани у батьків.

За допомогою проведеного кількісного та якісного аналізу результатів дослідження було виявлено позитивні зміни, що відбулися саме після нашого впливу. Після проведеної психотерапевтичної роботи у батьків покращився настрій, знизився рівень тривожності та депресія, значно покращилося прийняття дитини, симбіозу, кооперації, знизилася значення хронічної втоми, фізичного та когнітивного дискомфорту, збільшився мотив соціального спілкування та взаємодії.

Участь у психотерапевтичних групах дозволяє батькам відновити свої сили, відкрити у собі нові ресурси і тим самим знизити відчуття фізичного і когнітивного дискомфорту і покращити емоційні стани. А спілкуючись з людьми з такими ж проблемами, батьки відчули розуміння і своєрідну підтримку, що посприяло зростанню мотиву до соціальної взаємодії.

Після формувального експерименту у батьків спостерігається позитивна тенденція у методиці “лінії життя” та “моя автобіографія”. Це зображується у вигляді квітів, сходинок у верх, вензелів, якими прагнуть прикрасити малюнок. Важливим аспектом є – позитивне завершення малюнка, що інтерпретується, як віра в майбутнє та позитивна зміна. В деяких випадках, після нашого впливу, прописуються почуття, емоції, умовиводи і висновки з прожитого з позитивним забарвленням. Близьке розташування та злипання кіл за методикою “сімейна соціограма” виявляє: присутність чоловіка у сім’ї, емоційний взаємозв’язок та симбіотичні відносини між усіма членами сім’ї.

Отримані результати підтверджують ефективність нашої психокорекційної та психотерапевтичної роботи і необхідність створення таких батьківських груп на базі центрів, де надають допомогу дітям з особливими потребами, садочків та шкіл, де існують інклюзивні класи.

Емпіричні результати дослідження представлені у публікаціях:

1 Андрейко Б.В. Психологічна допомога батькам дітей з порушенням розвитку // «Психологія і особистість»: зб. наук. праць, Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка. № 2 (10), ч. 2. 2016. С. 58-64.

2. Андрейко Б.В., Химко М.Б. Психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами та робота з проблемною поведінкою // Психологічний часопис. Науково-практичний журнал Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. №. 2(4). 2016. С. 31-43.

3. Андрейко Б.В., Островська К.О. Статистичні результати ефективності програми психологічних послуг для батьків дітей з особливими потребами у групах “взаємодопомоги” // Психологічний часопис. Науково-практичний журнал Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. № 5(9). 2017. С. 117-128.

4. Андрейко Б.В., Островська К.О. Психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами з використанням короткотермінової терапії зосередженої на вирішенні BSFT//Психологічний часопис. Науково-практичний журнал Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. № 1(5). 2017. С. 5-17.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення та експериментальне вивчення емоційної сфери батьків, як суб'єктів сімейного виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Визначено ефективні способи та засоби корекції та зміни емоційних станів та переживань батьків дітей раннього віку з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку.

1. Встановлено, що емоційна сфера батьків, характеристика сім'ї, особливо емоційні стани та переживання (тривога, депресія, шок, почуття провини, агресія, фрустрація, тривожність, прийняття дитини, мотив до соціального спілкування тощо), вміння врегулювати свою психоемоційну сферу, вміння виходити з кризових ситуацій, ставлення до дитини, психічне і фізичне виснаження, що переростає у хронічну втому є визначальними чинниками у адаптації батьків до народження дитини з особливими потребами. Узагальнено та аргументовано, що проблемою суспільної ізоляції батьків і відсутності соціального мотиву спілкування у період виховання дитини з порушенням психофізичного розвитку повинні займатися психологи та корекційні педагоги. Проте діюча в Україні система медичного обслуговування не розрахована на надання батькам первинної психологічної та психотерапевтичної допомоги.

2. Розроблено комплекс діагностичних процедур для виявлення особливостей психоемоційної сфери та проблеми порушення емоційних станів батьків дітей з психофізичними порушеннями. На підставі порівняльного аналізу показників емоційної сфери батьків здорових дітей та батьків дітей з особливими потребами виявлено статистично значущі відмінності між показниками, що є підтвердження гіпотези про те, що несприятливий прогноз розвитку дитини впливає на емоційні стани батьків. У батьків дітей з несприятливим прогнозом психофізичного розвитку, у порівнянні з батьками здорових дітей, більше виражено почуття провини, роздратованість, підозрілість, фізична агресія, фрустрація, хронічна втома,

фізичний та когнітивний дискомфорт, тривожність, депресія і значно нижчі показники самопочуття та настрою. Доведено, що одним із чинників порушення емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами є наявність/відсутність діагнозу захворювання. Для батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку раннього віку, у порівнянні з батьками дітей середнього дошкільного віку, характерні вищі показники порушення емоційної сфери, непрямой агресії та агресивності, негативізму та суттєво нижчі показники самопочуття і настрою. В свою чергу, у батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку середнього дошкільного віку вищий рівень, у порівнянні з батьками дітей раннього віку, почуття провини, фрустрації, також більше прийняття дитини та симбіозу.

3. Встановлено, що для батьків дітей з особливими потребами раннього віку порушення емоційної сфери пов'язано з негативізмом, зниженням настрою, підвищенням тривожності та депресією. Доведено, що зростання рівня тривожності у батьків дітей з особливими потребами раннього віку підвищує рівень їхньої роздратованості, образи, підозрливості, почуття провини, фізичного дискомфорту. Зі зростанням хронічної втоми знижується загальний настрій батьків, але зростає їхнє прагнення інфантилізувати дитину, приписати їй особистісну і соціальну несформованість.

Регресійний аналіз виявив, що вагомими детермінантами та основними чинниками порушення емоційного стану батьків дітей з особливими потребами є: наявність та постановка кінцевого діагнозу, яка в окремих сім'ях може тривати від народження дитини і до п'яти років через наявність множинних комплексних порушень; почуття провини, яке переслідує батьків і породжує негативні та деструктивні емоційні стани; фрустрація та хронічна втома, яку відчувають і переживають батьки у період виховання особливої дитини.

4. Обґрунтовано та апробовано комплексну програму профілактики та корекції деструктивних емоційних станів у батьків дітей раннього віку з психофізичними порушеннями. Програма включала два блоки: 1) психолого-

консультативний і діагностичний; 2) психотерапевтичний (заняття проводилися в групі, індивідуально та сімейно в парі) та реалізовувалася поетапно: діагностичний, психокорекційний, психотерапевтичний та консультативний етапи роботи щодо профілактики та корекції емоційних станів у батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку.

5. Доведено ефективність експериментальної програми психокорекції емоційних станів батьків дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку. Результати контролю експерименту засвідчили, що після проведеної психотерапевтичної роботи у батьків покращився настрій, знизилася тривожність та депресія, значно покращилося прийняття дитини, симбіозу, кооперації, знизилася значення хронічної втоми, фізичного та когнітивного дискомфорту, збільшився мотив соціального спілкування та взаємодії.

Подальшою перспективою для дослідження можуть стати соціально-психологічні детермінанти, сімейні та родинні чинники емоційних станів інших груп досліджуваних, наприклад, батьків дітей з сенсорними чи соматичними порушеннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
2. Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведения / Л. И. Аксенова. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.
3. Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии / Л.И. Аксенова // Дефектология. – 1997. – №1. – С. 3-10.
4. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги. Тревога и тревожность: хрестоматия / Сост. и общая редакция В.М. Астапова. – М.: ПЕР СЭ, 2008.– С. 151–160
5. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В.М. Астапов. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 216 с.
6. Бастун Н.А. Роль центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями у допомозі родинам, які виховують дітей з особливими потребами / Н.А. Бастун, Л.П. Сиволоцька // Соціальна служба в Україні: соціально-психологічні засади формування й ефективного функціонування : матеріали науково-практичної конференції. – Черкаси., 12.05.2005.
7. Батуев А. С. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» / А. С. Батуев, Л. В. Соколова // Вестник СПбГУ. – 1994. – Сер 3. – Вып. 2. – С. 85-102.
8. Бех І.Д. Теоретичні засади навчання і розвитку аномальних дітей / І.Д. Бех // Педагогіка і психологія. – 1995. – № 4. – С.147-155.
9. Біографічний метод у психологічному дослідженні. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ebooktime.net/book_31_glava_27_2.1.3.

10. Біографічний метод, вчування. [Електронний ресурс]. – Режим доступу :http://pidruchniki.com/12631113/psihologiya/biografichniy_metod_vchuvannya.
11. Бондар В.І. Діти з обмеженими розумовими можливостями в системі колекційного навчання та виховання / В.І. Бондар: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 27-28 жовтня 1997р. – Біла церква, 1997.
12. Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей / Л.П. Боровая // Социально-педагогическая работа. – 1998. – №6. – С. 59-63.
13. Бородулина С.Ю. Коррекционная педагогика – психологопедагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / С.Ю. Бородулина – Ростов н/Д: Феникс, 2004 – 352 с.
14. Брусиловский А. И. Жизнь до рождения / А. И. Брусиловский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Знание, 1991. – 224 с.
15. Варга А. Я. Идентификация с родителями и формирование психологического пола / А.Я. Варга // Семья и формирование личности: Сборник научных трудов / под ред. А.А. Бодалева. – М.: АПН СССР, 1981. – с.
16. Вишневский В.А. Влияние динамики моторных нарушений у больных ДЦП на психическое состояние их родителей / В.А. Вишневский // Вопросы клинической психиатрии : тез. докл. науч.-практич. конф. / под ред. А.Д. Ткачева. – Кемерово, 1985. – С. 38-42.
17. Волковская Т.Н. Особенности работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения для детей с нарушениями развития / Т.Н. Волковская // Коррекционная педагогика. – 2003. – № 2. – С. 62-70.
18. Всеукраїнський науково-педагогічний експеримент «Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, шляхом запровадження їх

інклюзивного навчання» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ussf.kiev.ua/ie_scientific_pedagogical_experiment/.

19. Выготский Л. С. История развития высших психических функций / Л. С. Выготский // Собр. соч. В 6 т. – М.: Педагогика, 1983. – Т. 3: Проблемы развития психики. – С. 6-163.

20. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6-ти томах / Л С Выготский, под ред Т А Власовой — М Педагогика, 1983 — Т 5 Основы дефектологии — 368 с

21. Глуханюк Т. Допомога психолога сім'ї, де росте дитина з порушенням інтелекту / Т. Глуханю. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ipro.if.ua/predmety/ocppsr/index.php?r=site/stattya&id=76>.

22. Головин С. Ю. Словарь практического психолога / С. Ю. Головин. – Минск: Харвест, М.: ООО «Издательство АСТ», 2001. – 800 с.

23. Горностай П. П. Психологія особистості / П. П. Горностай, Т.М. Титаренко. – К.: Рута, 2001. – 320 с.

24. Грабовська С.Л. [Особливості соціально-психологічної допомоги сім'ям аутичних дітей](#) / К. О. Островська, С. Л. Грабовська // зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – К., 2009. – Т. XI, Ч. 2. – С. 118–127.

25. Гречко Л. М. Психологічний супровід дітей молодшого шкільного віку з вадами психофізичного розвитку в умовах інтегрованого навчання : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Л. М. Гречко ; Ін-т спец. педагогіки АПН України. – К., 2008. – 20 с.

26. Головаха Е.И., Кроник А. А. Психологическое время личности. К.: Наукова думка, 1984. — 207 с. Гречко Л. М. Психологічний супровід дітей молодшого шкільного віку з вадами психофізичного розвитку в умовах інтегрованого навчання : дис. ... канд. психол. наук / Л. М. Гречко. – Кам'янець-Подільський, 2008. – 244 с.

27. Джайнотт Х. Батьки та діти / Х. Джайнотт. – М.: Знання, 1986. – 244 с.

28. Добронравова В. Ваш малюк і догляд за ним. Сучасна енциклопедія / В. Добронравова. – Донецьк: «БАО», 2004. – 242 с.
29. Душка А.Л Роль сім'ї у соціалізації неповносправної дитини. / А.Л. Душка // Наука і освіта. – Одеса, 2009. – № 1-2. – С. 48-52.
30. Ейдемиллер Е. Психология и психотерапия семи / Е. Ейдемиллер, В. Юстицкис. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 656 с.
31. Железняк Л.С. Опыт включения детей с проблемами развития в состав психотерапевтических групп / Л. С. Железняк, И. Б. Карвасарская // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 1993. – № 1. – С. 102–104.
32. Заверико Н.В. Соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з особливими потребами: навчально-методичний посібник / Н.В. Заверико, Т.Г. Соловійова. – Запоріжжя: ПП «Тандем», 2008. – 53 с.
33. Законодавство України у сфері загальної освіти на відповідність до міжнародних документів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.ussf.kiev.ua/ie legislation of ukraine/](http://www.ussf.kiev.ua/ie_legislation_of_ukraine/).
34. Зверєва І.Д. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями (за матеріалами Організації Об'єднаних Націй) / І.Д. Зверєва, І.Б. Іванова: зб. теорет. та метод. матеріалів для працівників соціальних служб для молоді. – К.: А.Л.Д, 1995. – С. 4-13.
35. Звіт секційного засідання, звітньо-наукової конференції викладачів кафедри сурдопедагогіки від, Національний педагогічний університет імені Драгоманова 8 квітня 2015 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ikpp.npu.edu.ua/struktura/ainmenu-252/1300-zvit-sektsiinoho-zasidannia-zvitno-naukovoi-konferentsii-vykladachiv-kafedry-surdopedahohiky-vid-8-kvitnia-2015-roku>.
36. Изард К. Психология эмоций / К. Изард; [пер. с англ.]. – СПб.: Издательство «Питер», 1999. – 464 с.
37. Изард К. Страх и виды тревожности / Тревога и тревожность : хрестоматія / Сост. и общая редакция В.М. Астапова. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – С. 104 – 117.

38. Изард К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард; [пер. с англ.] СПб.: Питер, 1999. – 752 с.
39. Иванова І.Б. Програма діяльності центрів ССМ щодо соціальної роботи з дітьми та молоддю з особливими потребами / І.Б. Иванова // Соціальна робота з молоддю в Україні: зб. інформ.-метод. матеріалів. – К.: Столиця, 1997. – С. 63–75.
40. Иванова І.Б. соціально психологічні проблеми дітей інвалідів / І.Б. Иванова. – К.: Логос, 2000. – 87 с.
41. Иванова І.Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді: автореф. дис. ...канд. пед. наук. – К., 1998.
42. Кабанов М.М. Психологическая диагностика и коррекция в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. — 312 с.
43. Каган В. Е. Сімейна психотерапія в лікуванні дитячого аутизму. Сімейна психотерапія при нервових і психічних захворюваннях / В. Є. Каган. – Ленінград: Медицина, 1978. – 97 с.
44. Карпа М.І. Особливості психосоціального розвитку сиблінгів дітей з психофізичними вадами : дис. ... канд. псих. наук. . – К., 2007.
45. Каткова И. П. Основные направления развития медико-социальной помощи семьям, имеющим детей-инвалидов / И. П. Каткова, В.В. Кузнецова // Бюл. НИИ им. Н.А. Семашко. – 1992. – Вып. 2. – С. 37–47.
46. Клопота Є.А. Психологічні основи інтеграції в суспільство осіб з вадами зору: монографія / Є.А. Клопота. – Запоріжжя : ЗНУ, 2014. – 408 с.
47. Клопота Є.А. Психологічні основи інтеграції в суспільство осіб з вадами розвитку: монографія / Є.А. Клопота. – Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2014. – 408 с.
48. Конопляста С.Ю. Сутність феномену порушеного розвитку. Логопсихологія [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://westudents.com.ua/glavy/78341-13-sutnst-fenomenu-porushenogo-rozvitku.html>.

49. Кравцова А. Встреча не с тем. Рождение ребенка с особыми потребностями с точки зрения психоаналитических теорий / А. Кравцова // Вісник Харківського Національного Університету. Психологія. – 2002. – №550, ч. 2. – С. 139.
50. Кравцова А. Психологические аспекты нормализации: ребенок – семья – общество / А. Кравцова, А. Кукурудза // Вісник Харківського Національного Університету. Психологія. – 2002. – № 576. – С. 101.
51. Кравченко Р. Проблеми виховання в сім'ї дітей з інтелектуальною недостатністю / Р. Кравченко // Дефектологія. – К.: Педагогічна преса, 2004. – № 2. – С.42.
52. Лагмейер Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лагмейер, З. Матейчик. – 206 с.
53. Лакосин Н.Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосин, Г.К. Ушаков. – М, 1984. – 272 с.
54. Лапшин В.А. Основы дефектології / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 143 с.
55. Лебединський В. В. Порушення психічного розвитку в дитячому віці / В. В. Лебединський. – М., 2003
56. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка / М.М. Либлинг // Дефектология. – 1996. – № 3. – С. 56-66.
57. Лидерс А. Г. Психологічне обстеження сім'ї: навч. посібник-практ. для студ. фак. психології вищ. навч. закладів / А. Г. Лідері. – 2-е вид., Стер. – М.: Видавничий центр «Академія», 2007. – 432 с.
58. Личковська О. Психосоціальні проблеми, які виникають навколо новонародженого з вродженими вадами розвитку / О. Личковська // Дитяча та юнацька психотерапія в Україні: основні напрямки роботи : матеріали обласної науково-практичної конференції. – Львів, 2003. – С.18.
59. Лукьяновой Е.М. Родителям о ребенке / Е.М. Лукьяновой. – К.: «Здоровья», 1991. – 246 с.

60. Лютова Е. К. Шпаргалка для родителей: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – СПб. : Речь, 2002. – 136 с.
61. М'ясоїд П. Загальна психологія / П. М'ясоїд. – К., 2001. – С. 357-378.
62. Майрамян Р.Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей / Р.Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. / под ред. В.М. Банщикова, Н.М. Шибанова. – М., 1974. – Т. 2. – С. 295-297.
63. Марковская И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми: цели, задачи и основные принципы / И. М. Марковская. – СПб. : Речь, 2002. – 156 с.
64. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок: автореф. дис. канд. мед. наук / Р.Ф. Майрамян. – М., 1976. – 24 с.
65. Малкина-Пых И. Г. Семейная терапия / И. Г. Малкина-Пых – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.
66. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях / І. Г. Малкіна-Пих. – М.: Изд-во Эксмо, 2005.–960с. Режим доступу: bib.ltd.ua/psihologicheskaya-pomosch-krizisnyih.html
67. Мамайчук И.И. Социально-психологическое исследование семьи больных с детским церебральным параличом и психокоррекционная работа с родителями / И.И. Мамайчук, В.Л. Мартынов, Г.В. Пятакова // Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации / редкол. : Н.Б. Шабалина, Л.А. Ширшова, Т.А. Добровольская. – М.: ЦИЭТИН, 1989. – С. 98-104.
68. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
69. Тохтамишин О.М. Реабілітаційна психологія. Навчально-методичний посібник. – Вінниця: ТОВ. – 2004. – 102 с.
70. Маслоу А.Г. Новые рубежи человеческой природы / А.Г. Маслоу – М.: Смысл, 1999. – 286 с.

71. Мошкова Б. Ю. Биографический метод и проблема личности уче-ного // Вопросы психологии. — 1994. — № 2. — С. 131-141
72. Мастюкова Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова, А.Г. Московкина. — М.: Владос, 2003. — 408 с.
73. Мастюкова Е.М. Они ждут нашей помощи / Е.М. Мастюкова, А. Г. Московкина. — М.: Педагогика, 1997. — 160 с.
74. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) / Е. М. Мастюкова. — М.: Владос, 2007. — 258 с.
75. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. — М.: «МЕДпрес-информ», 2002. — 592 с.
76. Мишина Г.А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф. дис. канд. пед. наук / Г.А. Мишина. — М., 1998. — 18 с.
77. Могілевкіна І.О. Непланована вагітність, особливості перебігу вагітності та пологів, удосконалення надання допомоги в перинатальному періоді. автореф. дис...докт. мед. наук. — Київ 2004. — 40 с.
78. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: Психологическое взаимодействие / Р. Ж. Мухамедрахимов. — СПб.: СПбГУ, 1999. — с.
79. Набойкина Е. Л. Сказки и игры с «особам ребенком» / Е. Л. Набойкина. — СПб. : Речь, 2006. — 144 с.
80. Наказна І.М. Основи клінічної психології та патопсихології : навч. посіб. / І.М. Наказна. — Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2012. — 306 с.
81. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учебник для вузов / Г.С. Никифоров. — СПб.: Питер, 2006. — 607 с.
82. Нікітіна О.І. Для кожної матері : посібник для батьків / О.І. Нікітіна. — К.: Абрис, 1997. — 227с.
83. Нотбом Э. 10 вещей, о которых хотел бы рассказать вам ребенок с аутизмом / Эллиен Нотбом. — М. : Теревинф, 2012. — 146 с.

84. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком : руководство для родителей / Сара Ньюмен ; пер. с англ. Н. Л. Холмогоровой. – Изд. 5, стер. – М. : Теревинф, 2011. – 236 с.
85. Образование для всех / Региональный мониторинговый доклад. – 1998. – № 5: детский фонд ЮНИСЕФ. – С. 56-61.
86. Оліфірович Н. І. Психологія сімейних криз / Н. І. Оліфірович, Т. А. Зінкевич-Куземкіна, Т. Ф. Велента. – СПб.: Речь, 2006. – 360 с.
87. Основы клінічної психології та патопсихології : навч. посіб. / І.М. Наказна. – Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2012. – 306 с.
88. Основы специальной психологии : учеб. пособие / [Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.] ; под ред. Л. В. Кузнецовой. – 7-е изд., стер. – М. : Академия, 2010. – 480 с.
89. Островська К. О. Допомога дітям з високим рівнем аутизму / К. Островська. – Львів : Тріада плюс, 2015. – 86 с.
90. Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом: монографія / К. О. Островська. – Львів : «Тріада плюс», 2012 – 520 с.
91. Островська К. О. Особливості інтелектуального розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень / К. О. Островська // Проблеми сучасної психології: зб. наук. Праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – Кам'янець Подільський: Аксіома, 2013. – Вип.20. – С. 498–511.
92. Островська К. О. Підтримане проживання неповносправних осіб у громаді / К. О. Островська. – Львів : Тріада плюс, 2014. – 62 с.
93. Островська К. О. Соціальна адаптація дорослих осіб з загальними розладами розвитку : навч. посібник / К. О. Островська. – Львів : «Тріада плюс», 2012. – 576 с.
94. Островська К.О. Психологічні особливості педагогів з різним рівнем альтруїзму / К.О. Островська // Психологічні перспективи. – Випуск 26. – Луцьк : Ред.-вид. відд. «Вежа» СНУ імені Лесі Українки, 2015. – С. 220–229.

95. Островська К.О. Психологічні особливості ставлення матерів до їх здорових дітей та дітей з обмеженими можливостями / К.О. Островська // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова : збірник наукових праць ; за ред. В. М. Синьова.– К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2015. – Вип. 29. – Сер. № 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – С. 213–219.
96. Островська К.О. Формування соціальних компетенцій у дітей з розладами спектра аутизму / К. Островська // Психологія професійної безпеки технології конструктивного самозбереження особистості : розділ колективної монографії ; за ред. Ж.Вірної. – Луцьк : Вежа–Друк, 2015. – С. 578–587.
97. Партико Т. Б. Загальна психологія / Т. Б. Партико. – К., 2008. – С. 313-342.
98. Петрова В.Г. Кто они – дети с отклонениями в развитии? / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. – М., 1998. – С. 4-28.
99. Практикум по психологии состояний: учебное пособие / под. ред. А.О. Прохорова. – СПб: Речь, 2004. – 480 с.
100. Практическая психодиагностика / [ред.-сост. Д. Я. Райгородский]. – Самара, 1999. – с.77-78
101. Прекоп Ї. Роль матері в сім'ї з неповносправною дитиною / Ї. Прекоп // Збірник рефератів 9-ї конференції в м. Унтермархталь. пер. О. Винарської Унтермархталь, 1987. – С. 18-25.
102. Прокопчук С.М. «Школа життєвої компетентності» для батьків дітей з особливими потребами / С.М. Прокопчук. – Запоріжжя: ПП «Тандем», 2009. – 350 с.
103. Психологічне здоров'я особи й суспільства. Соціогуманітарні проблеми людини. – № 2. – 2006. – С. 184-191 [Електронний ресурс]. – Режим доступу :<http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/27498/18Katolyk.pdf?sequece=1>

104. Психологічний та соціально-педагогічний супровід навчання і виховання «особливої дитини» у школі: метод. посібник / За ред. Д.Д. Романовської, С.І. Собкової. – Чернівці: Технодрук, 2009. – С. 104-109.
105. Психологія сім'ї. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://subject.com.ua/psychology/family/6.html>.
106. Радченко М. И. Особенности психологической ситуации родителей детей-инвалидов / М. И. Радченко // Журнал практикующего психолога. – Выпуск 9. – К., 2002. – С. 199-207.
107. Радченко М.І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину / М.І. Радченко // Проблеми загальної та педагогічної психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – Том IV, ч.3 – К., 2002. – С. 207-215.
108. Ратынская Т. М. Помощь семье, воспитывающей ребенка с нарушениями развития / Т. М. Ратынская, А. В. Рязанова // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. – науч.-практ. сб. – Вып. 5 : – М. : Теревинф, 2006. – С. 52–65.
109. Рахманов В.М. Медико-социальные аспекты воспитания и обучения детей с нарушениями слуха / В.М. Рахманов. – Х.: Основа, 1990. – 153 с
110. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей / О. Романчук. – Львів, 2008.
111. Романчук О. Дорога любові / О. Романчук – Львів : Свічадо, 2001.
112. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві / О. Романчук. – Львів: Літопис, 2008. – 334 с.
113. Сак Т. В. Конопляста С. Ю. Логопсихологія. Навчальні матеріали он-лайн. Сутність феномену порушеного розвитку [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://pidruchniki.com/10561127/psihologiya/sutnist_fenomenu_porushenogo_rozvitku
114. Савина Е. Родители и дети: психология взаимоотношений / Е. Савина, Е. Смирнова. – М. : Когито-Центр, 2003.

115. Сарычева С.Я. Основные медико-социальные проблемы инвалидности в детском возрасте / С.Я. Сарычева // Педиатрия. – 1990. – № 12. – С. 4–10.
116. Северенчук Н. Психокорекційна робота з матерями дітей з особливими потребами / Н. Северенчук // Дефектолог. – 2007. – № 3. – С. 14–15.
117. Селигман М. Обычные семьи, особые дети : [пер с англ.] / М. Селигман, Р. Дарлинг. – Изд. 2. – М. : Теревинф, 2009. – 368 с.
118. Семаго М. М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования : метод. пособие / М. М. Семаго, Н. Я. Семаго. – М. : АРКТИ, 2005. – 336 с.
119. Семаго М.М. Основные аспекты психологического подхода при консультировании семей с детьми, имеющими отклонения в развитии/ М.М. Семаго // Клинико-генетическое и психолого-педагогическое изучение и коррекция аномалий психического развития у детей: сб. науч. тр. – М., 1991. – С. 130.
120. Скиннер Б. Оперантное поведение / Б. Скиннер // История зарубежной психологии. 30-60-е годы XX века. – М., 1986. – 355 с.
121. Словарь-справочник по психодиагностике / [Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов]. – СПб.: Питер, 1999. – С. 19.
122. Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями / Е.Р. Смирнова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1997. – №2. – С. 51-56.
123. Соломатина Е.М. Особенности проявлений внутриличностных противоречий в супружеской паре / Е.М. Соломатина: автореф. дис. канд. наук – М., 2007. – 345 с.
124. Сорокин В.М. Специальная психология / В.М. Сорокин. – СПб., 2003. – С.122.
125. Соціально-психологічна реабілітація дітей з обмеженими можливостями [Електронний ресурс]. – Режим доступу :: <http://reabilitatsia.com/sotsialno-psihologichna-reabilitatsiya-ditej-z-obmezhenimi-mozhlivostyami/>.

126. Соколов В. В. Сучасні тенденції психологічного супроводу діяльності реабілітаційних закладів освіти в країнах Західної Європи : дис. ... канд. психол. наук / В. В. Соколов ; Ін-т спец. педагогіки АПН України. – К., 2009. – 196 с.
127. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / За редакцією академіка В.І. Бондаря. – Луганськ: Альма-матер, 2003. – 436 с.
128. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. – Частина І. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. – 238с.
129. Синьов В. М. Українська корекційна педагогіка та психологія на шляху до інтеграції у світовий простір / В. М. Синьов // Педагогіка духовності: поступ у третє тисячоліття : матер. міжнар. наук. конф. – К., 2005. – С. 175–180.
130. Тарасун В. Раннє прогнозування і запобігання труднощам у навчанні як умова інтеграції дитини з особливими потребами / В. Тарасун. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.
131. Тарасун В.В. Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом / В.В. Тарасун, В.І. Бондар, В.В. Засенко / [за наук. ред. В.І.Бондаря, В.В.Тарасун]. Том 1,2. – К., 2007. – 522 с.
132. Тест Сімейна соціограма [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dytpsyholog.com/2015/03/24/тест-сімейна-соціограма>.
133. Титаренко Т. Дитина з особливими потребами та її життєвий світ: напрямки психологічного консультування / Т. Титаренко // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник / ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.
134. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачева // Дефектология. – 1998. – № 4. – С. 3-9.

135. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии: монография / В.В. Ткачева. – М.: УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2004. –192 с.
136. Ткачева В.В. Психолого-педагогическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями развития / В.В. Ткачева // Психолого-педагогическая диагностика. – М. : Академия, 2003. – С. 280-290.
137. Фера С. В. Соціально-психологічні особливості сімей, які виховують дитину з особливими потребами. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://visnyk.chnpu.edu.ua/download/vs126/35.pdf>
138. Филиппова Г.Г. Психология материнства ранний онтогенез / Г.Г. Филиппова. – М.: Жизнь и мысль, 1999
139. Фомічова Л. І. Генез знаків у процесі спрямованого психологічного впливу / Л. І. Фомічова // Психологія та педагогіка: спеціальні: у 2–х кн.: зб. наук. пр. / за ред. Л. І. Фомічової. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. – Кн. 1. – С. 48 – 59
140. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: практическое пособие / К. Фопель; [пер. с нем.]; В 4-х томах. Т. 1. – М.: Генезис, 1998. – 160 с.
141. Фопель К. Сплоченность и толерантность в группе. Психологические игры и упражнения / К. Фопель; [пер. с нем.]. – М. : Генезис, 2003. – 336 с.
142. Форман Ю. От чего зависит активность родителей / Ю. Форман // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи: науч.-практ. сб. – Вып. 5 – М. : Теревинф, 2006. – С. 65–91.
143. Фурман Б., Ахола Т. Психотерапевтическое консультирование. Беседа, направленная на решение. - СПб.: «Речь», 2001. – 160 с.
144. Химко М. Б. Внутрішньо-особистісні конфлікти батьків аутичних дітей / М. Б. Химко // Дезадаптована дитина : напрямки психотерапевтичної та психокорекційної допомоги : матеріали обл. наук.-практ. конф. – Львів, 2004. – С. 31–32.

145. Химко М. Б. Зміна ціннісних орієнтацій батьків аутичних дітей як умова прийняття своєї дитини / М. Б. Химко, К. О. Островська // Дитяча та юнацька психотерапія в Україні – 5-річний досвід роботи : зб. тез. – Львів, 2006. – С. 57–58.
146. Химко М. Б. Психологічні особливості батьків аутичних дітей / М. Б. Химко // Духовні та соціально психологічні аспекти допомоги дітям із загальним порушенням розвитку в інтеграційній освіті : матеріали симпозіуму. – Львів, 2005. – С. 30–33.
147. Химко М. Б. Психологічні особливості до батьківського ставлення до дітей з аутизмом: дис. ... канд. психологічних наук:19.00.07. – Київ, 2010. – 337 с.
148. Химко М. Б. Психологічні особливості сім'ї, яка виховує аутистичну дитину / М. Б. Химко // Актуальні проблеми психології. Етнічна психологія. Історична психологія. Психолінгвістика / [за заг. ред. С. Д. Максименка, М.-Л. А. Чепи]. – К.: «ДП Інформаційно-аналітичне агентство», 2008. – Т. 9. – Ч. 3. – С. 496–507.
149. Химко М. Б. Роль батьківського ставлення у процесі соціалізації дітей з аутизмом / М. Б. Химко // Зб. наук. пр. Ін-ту ім. Г. С. Костюка АПН України / [за ред. С. Д. Максименка]. – 2010. – Т. 12. – Ч. 1. – С. 603–615.
150. Химко М. Дослідження психоемоційних та адаптаційних розладів батьків аутичних дітей / М. Б. Химко // Психологічні проблеми суспільства епохи трансформації: матеріали українсько-польської конференції. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2003. – С. 75.
151. Химко М. Інтерперсональний тренінг для батьків аутистичних дітей як форма подолання внутрішньо-особистісних проблем / М. Химко // Допомога дитині з аутизмом : проблеми та шляхи вирішення : матеріали міждисциплінар. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – Львів, 2009. – С. 65–67.
152. Химко М. Особливості реабілітації дітей з аутизмом та їх родин / К. О. Островська, Ю. Кудрявцева, М. Б. Химко // Психологічні аспекти

стигматизації та реабілітації / [наук. ред. І. Влох , І. Галецька]. – Львів: Вид-во Р. Романюка, 2007. – С. 189–223.

153. Химко М. Б. Синдром вигорання та процес адаптації у батьків аутичних дітей. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://pedagogzyspecjalni.republika.pl/artykuly.htm>.

154. Хмизова О.В. Організація психокорекційної роботи з батьками дітей з особливими потребами як складова цілісного процесу ранньої соціальної реабілітації / О.В. Хмизова, Н.В. Остапенко // Соціальна робота в Україні: теорія і практика науково-методичний журнал. – 2011. – № 3/4. – С. 203-211.

155. Холл К. Теория личности / К. Холл, Г. Линдсей. – М., 1999.

156. Холостова Е. И. Социальная реабилитация: учебное пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2002. – 340 с.

157. Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями. Адаптована клінічна настанова. Наказ Міністерства охорони здоров'я 09.04.2013 р. № 286, 6с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2013_286/2013_286_akn_tserpar_dity.pdf.

158. Чухрій І. В. Типи батьківського виховання, де виховується дитина-інвалід / І. В. Чухрій // Актуальні проблеми навчання та виховання людей і інтегрованому освітньому середовищі : восьма міжнар. наук.-практ. конф. : тези доп. – К.: Університет «Україна», 2007. – С. 222–224.

159. Шипицына Л. М. Детский аутизм / Л. М. Шипицына – М. : Дидактика плюс, 2001.

160. Шипицына Л. М. Необучаемый ребенок в семье и обществе / Л. М. Шипицына. – СПб. : Дидактика плюс, 2002. – 477с.

161. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутичних порушень у дітей / Д. І. Шульженко. – К., 2009. – 386 с.

162. Шульженко Д. І. Психологічні аспекти корекційно-педагогічної роботи гувернера з аутичними дітьми / Д. І. Шульженко // Науковий часопис

Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. 12 : Психологічні науки : зб. наук. праць. – К. : НПУ , 2005. – Вип. 9 (33). – С. 223 – 233.

163. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений : [курс лекцій] / Л. Б. Шнейдер. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 512 с.

164. Щоб дитина народилася здоровою. Актуальні аспекти пренатальної діагностики. Тематичний номер: педіатрія, акушерство, гінекологія, 2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://health-ua.com/articles/1702>

165. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб. : Речь, 2006. – 352 с.

166. Эйдемиллер Э. Психология и психотерапия семьи / Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 1999.

167. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и [психотерапии](#). Методическое пособие / под общей редакцией А.И. Вассермана. М.,1996.

168. Эйзенберг А. В ожидании ребенка / А. Эйзенберг, Х. Х. Муркофф, С. Хатавей.. М.: ООО» Издательство», 2003. – 356 с.

169. Batshaw M.L. Your child has a disability: complete sours book of daily and medical care. – Toronto, 1991 – 345 p.

170. Berg I. K., Miller S.D., Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiazaniu, Łódz 2000

171. Berg I. K., Reuss N. H., Rozwizania krok po kroku, Łódz 2013

172. Berg I. K., Reuss N. H., Solutions Step by Step: A Substance Abuse Treatment Manual, Norton, 1997. – 192 p.

173. Blasher J., Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps : fact or artifact? Mental retardation. 1984. Vol. 22. P. 55–68.

174. Boczar K. Młodzież umysłowo upośledzona w rodzinie i środowisku pracy / K. Boczar. – Warszawa : Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, 1982.

175. Boczar K. Młodzież umysłowo upośledzona w rodzinie i środowisku pracy / K. Boczar. – Warszawa : Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, 1982.

176. Borzyszkowska H. Dziecko uposledzone w rodzinie// Pedagogika rewalidacyjna. Ed. by Hulek A. – Warszawa, 1988. – s. 364 - 378.
177. Bristol M., Gallagher J. Mothers and Fathers of Young Developmentally Disabled and Nondisabled Boys: Adaptation and Spousal Support// Developmental Psychology. – V.24, N.3, 1988. – p. 15-34
178. Children with Disabilities: Fourth Edition. Edited by M.L.Batshaw. – Philadelphia, 1997. – p. 743-757.
179. Collins Gem English dictionary latest reprint: Wrotham England,1996. – P. 150, 249.
180. De Mayer M. K. Parents and children with autism / M. K. De Mayer/ – N. Y., 1979.
181. De Shazer S., Kiedy słowa były magia, Łódź 2013
182. Families and disability. United Nations. – Vienna. 1994
183. Gałkowski T. Dzieci specjalnej troski. Wiedza Powszechna / T. Gałkowski. – Warszawa, 1979. – S. 215–240.
184. Grzyb M., Alternativni modeli likuvannya uzalezhnen. Parzymiechach 2014
185. Grzyb M., Autorski Program Terapeutyczny BSFT- krótkoterminowa Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniu, Parzymiechy 2013
186. Hallum A. Disability and the Transition to Adulthood: issues for the Disabled Child, the Family, and the Pediatrician// Current Problems in Pediatrics, 1995. No. 14. – p. 12-50
187. Harris S.L. Families of the Developmentally Disabled. A Guide to Behavioural intervention. – New York: Pergamon Press, 1983. – p. 421-429.
188. Insoo Kim Berg, Peter de Jong, Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ctsr.pl/literatura>
189. Judith Milner, Patrick O’Byrne. Poradnictwo krótkoterminowe: narracje i rozwiązania. Wydawnictwo: Zysk i S-ka; Poznań Rok wydania: 2007

190. Khrystyna Kachmaryk, Sophia Grabovska, Kateryna Ostrovska, Viktor Syniev., Tolerance for uncertainty in elderly people //Journal of Education, Culture and Society. – Wroclaw, 2014. – №1. – P.20 – 277.
191. Khymko M. Dominujące wartości i konflikty wewnętrzne rodziców dzieci autystycznych / M. Khymko // Drogi rozwoju człowieka w świecie współczesnych wartości. XVI Ogólnopolska konferencja psychologii rozwojowej. – Poznań, 2007. – S. 91.
192. Kienhuis J., Świtek T. Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce. Wydawnictwo: Kraków Rok wydania: 2007
193. Koscielska M. Oblicza uposledzenia. – Warszawa, 2000. – s. 41-97.
194. Kosman T., Założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki społeczne» 1/2013 / KosmanT. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-118f75d9-84af-407e-8f46-b256177ef2f1/c/Kwartalnik1_2013_1.pdf.
195. Kubler-Ross E. On death and dying. New York : Macmillan, 1969.
196. Lazarus R. S. Stress, appraisal and coping // R. S Lazarus, S. Folkman. –N. Y. : Springer, 1984.
197. Liwag M. E. Mothers and fathers of autistic children: an exploratory study of family stress and coping / M. E. Liwag // Philippine journal of psychology. – 1989. – N 22. – P. 3–16.
198. Lobato D., Faust D., Spirito A. Examining the effects of chronic disease and disability on children’s sibling relationship// Journal of Pediatrician Psychology, 1988. – No. 13. – p.389-407
199. McDonald E. Understand those feelings. Pittsburg : Stanwix House Inc., 1971.
200. Ostrovska K. O. Peculiarities of social competence in children with different autistic levels / K. O. Ostrovska // Journal of Education, Culture and Society. – Wroclaw, 2013. – №1. – P.133 – 147. ejcs2012820132920133-147

201. Ostrovska K. O. Peculiarities of teacher attitude towards secondary school inclusive education / K.O.Ostrovska // W ks. «Social distance in special pedagogics. Vol. II. Socio-educational contexts», red. Beata Szabała, Monika Parchomiuk, Wyd. UMCS. – Lublin, 2012. – P. 31–37.;
202. Patterson G. R., DeBaryshe B. D., Ramsey E. A. Developmental Perspective on Antisocial Behavior//American Psychologist. - 1989. – February
203. Pelczar R. Sposoby radzenia sobie z trudnościami przez rodziców dzieci upośledzonych umysłowo / R. Pelczar, J. Garnek. – Dostępny na:
204. Pisula E. Jak rodzice radzą sobie ze stresem związanym z problemami w rozwoju dzieci / E. Pisula. – Dostępny na :http://sonia.low.pl/sonia/konf_bk/8_pisula.htm
205. Pisula E. Zaburzenia autystyczne u dzieci / E. Pisula // Nowa Szkoła. – 1992. – N 7. – S. 409–412.
206. Pisula E. Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju / E. Pisula. – Warszawa : Wydawnictwo UW,1998.
207. Radochoński M. Rola rodziny w zmaganiu się ze stresem wywołanym chorobą somatyczną / M. Radochoński // Problemy Rodziny. – 1991. – N 6. – S. 6–10.
208. Radochoński M. Rola rodziny w zmaganiu się ze stresem wywołanym chorobą somatyczną / M. Radochoński // Problemy Rodziny. – 1991. – N 6. – S. 6–10.
209. Randall P. Autyzm. Jak pomóc rodzinie / P. Randall, J. Parker. – Gdańsk, 2001. c. 178
210. Randall P. Autyzm. Jak pomóc rodzinie / P. Randall, J. Parker. – Gdańsk, 2001. c. 178
211. Rembowski J. Rodzina w świetle psychologii / J. Rembowski. – Warszawa : WSiP, 1986.
212. Roberts M. Handbook of Pediatric Psychology. New York : Guilford Press, 1997.

213. Rodzaje relacji klient - terapeuta i ich wykorzystanie w podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach, Świtek Tomasz, artykuł Wydawnictwo: "Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia", 6/2002 / Świtek T. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.psttsr.pl/literatura-o-tsr,36>
214. Russman B. Evaluation of the child with cerebral palsy / B. Russman, S. Ashwal // Semin. Pediatr. Neurol. – 2004. - Vol. 11, № 1. – P.47-57.
215. Schalock R. L. Three decades of quality of life / R. L. Schalock // Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. – 2000. – N 15. – P. 116–127.
216. Szczepkowski J., Terapia młodzieży z problemem narkotykowym. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach, Toruń 2007. – 159 s.
217. Seligman M., Darling R.B. Ordinary Families Special Children: A System Approach to Childhood Disability. – NY, US: Guilford Press, 1989. – XII. – 272 p.
218. Sharry J., Madden B., Darmody M., W poszukiwaniu rozwiązań. Przewodnik po terapii krótkoterminowej, Łódź 2007
219. Sutton C. Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci (Cykl 8 książeczek) / Carole Sutton ; red. Ryszard Praszkiel ; tł. Danuta Golec. - Warszawa : Fundacja "Synapsis", 1992.
220. Terapia krótkoterminowa BSFT - poszukiwanie rozwiązań. Rozmowa ze Steve'em de Shazerem, artykuł Wydawnictwo: "Nowiny psychologiczne", 3/1999 / De Shazerem S. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.psttsr.pl/literatura-o-tsr,36>
221. Tolman E. C. Principles of purposive behavior//Koch S. Psychology: A study of a science. V.2. N. Y.: Me Graw-Hill. 1959.
222. Tomasz Ś. Ścieżki rozwiązań. Wydawnictwo: Księgarnia Akademicka; Rok wydania: 2009
223. Trzebinska E. Psychologia pozytywna, Warszawa 2008
224. Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych / A. Twardowski; [red. I. Obuchowska] // Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. – Warszawa : WSiP., 1991. – S.18 – 54.

225. Wikler L. Chronic stresses of families of mentally retarded children. *Family Relations.*, 1981. Vol. 30. P. 281–188.
226. Wybrane wskazówki do pracy terapeutyczno- wychowawczej z młodzieżą (w oparciu o Terapię Skoncentrowaną na Rozwiązaniach) Szczepkowski Jacek, Artykuł, Wydawnictwo: "Wychowanie na co dzień", 10-11 /2005 / Szczepkowski J [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.psttsr.pl/literatura-o-tsr,36>
227. Wyczesany J. Problemy rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym w kontekście jakości życia / J. Wyczesany // Pismo akademii pedagogicznej w Krakowie «Kospekt». – 2006. – N–2-3. – Dostępny na : <http://www.wsp.krakow.pl/konspekt/27/index.php?i=010>
228. Ziemska M. Postawy rodzicielskie / M. Ziemska. – Warszawa : Wiedza
229. Zimprich V., Zimprich H. Das psychotherapeutische Erstgespräch mit Kind und Familie. In: Zimprich H (Hrsg) *Kinderpsychosomatik*. Thieme. Stuttgart, 1993.



Міністерство освіти і науки України
Львівський національний університет імені Івана Франка
Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки
Центр неперервної освіти

СЕРТИФІКАТ

виданий Андреюко Богдані Володимирівні

про участь у майстер-класі обсягом 16 академічних годин

«Біографічний підхід, аналіз тексту, спостереження – діагностично-освітня практика»

Директор
Інституту післядипломної освіти
та доуніверситетської підготовки

[Handwritten signature of Yuriy Zanyko]



Юрій Занько

Тренери:

[Handwritten signature of Dr. Olexander Kobilyarek]
д-р Олександр Кобилярек
[Handwritten signature of Dr. Lyuba Yakubovska]
д-р Люба Якубовська
L. Yakubovska

м-р Александра Марцінкевич

[Handwritten signature of Alexandra Marchuk]
Alexandre Marchuk

Львів, 10-11 листопада 2015 р.

Міністерство освіти і науки
України



Академія педагогічних наук
України

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

СЕРТИФІКАТ

СП № 1540151

Виданий *Гулай Богданні Володимирівні* в тому, що вона з 02.02.2004 р. по 29.10.2004 р. проходила підготовку за 146-годинною навчальною програмою для практичних психологів при Українському науково-методичному центрі практичної психології і соціальної роботи та Інституті психології ім. Г.С. Костюка АПН України і виконала всі види навчальних занять, передбачених планом курсу „*Основи індивідуального та сімейного психологічного консультування*”.

Під час навчання опрацювала такі теми:
Основи позитивної психотерапії – 16 годин;
Основи індивідуального консультування – 20 годин;
Основи сімейного консультування – 15 годин;
Телефонне консультування – 15 годин;
Консультування під час криз – 20 годин;
Супервізія – 20 годин;
Практика – 40 годин.
Всього – 146 годин.

Протокол № 11 від 25.11.2004 р.

Директор центру

(підпис)

В.Г. Панок

Секретар

(підпис)

І.І. Цушко

Ліцензія Міністерства освіти і науки України серія А.А. № 122447 від 08.10. 2001 р.

Товариство «Родина
Кольпінга»



Society
“Kolping’s Family”

141/231, вул. Кульпарківська,
Львів, Україна, 79071

www.kolping.cv.ua
Tel: +380-322-64-47-55

141/231, Kulparkivska str., Lviv,
Ukraine, 79071

Цим сертифікатом підтверджуємо участь

.....
**у супервізії (3 год.), яка відбулась 8 вересня 2016 р.
у м. Львові.**

Тема: Супервізія у контексті короткотермінової психотерапії

Супервізор
клінічний психолог,
психотерапевт, супервізор, керівник
Центру Короткотривалої Терапії
м. Лодзь



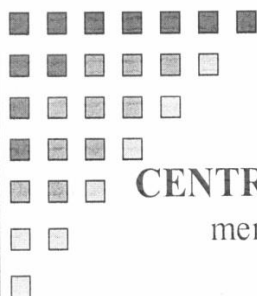
Яцек Лелонкевич

Організатор

Керівник
освітньо-консультативного
Центру
Товариства «Родина Кольпінга»

Катерина Островська

Додаток 3



CENTRUM TERAPII KRÓTKOTERMINOWEJ
member of European Brief Therapy Association



Świadectwo

ukończenia szkolenia:

*ABC Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej
na Rozwiązaniu*

poziom A / 70 godz. /

Pani Andreyko Bogdana

ur. 24.11.1984, Lwiv

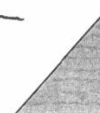
kierownik szkolenia
Centrum Terapii Krótkoterminowej

mgr Mariola Lelonkiewicz

lider merytoryczny:

mgr Jacek Lelonkiewicz

10 września 2016



БЛАГОЧИННИЙ ФОНД «СТАВРОПІГІОН»
Телефон Довіри (058) "Ставропігон" Львів, Україна
CHARITY FOUNDATION «STAVROPYGHION»
Telephone of Confidence (058) "Stavropyghion" Lviv, Ukraine



С Е Р Т И Ф І К А Т 146

виданий Гулай Богдана

Сертифікат засвідчує участь у роботі освітньо-практичного семінару по підготовці волонтерів телефонного консультування

з " 9 " 04 по " 29 " 05 2003 року.

Цей сертифікат не гарантує допуск на роботу.

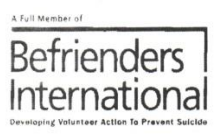
Загальна кількість годин — 54

(24 год. теорії та 30 год. тренінгових занять)

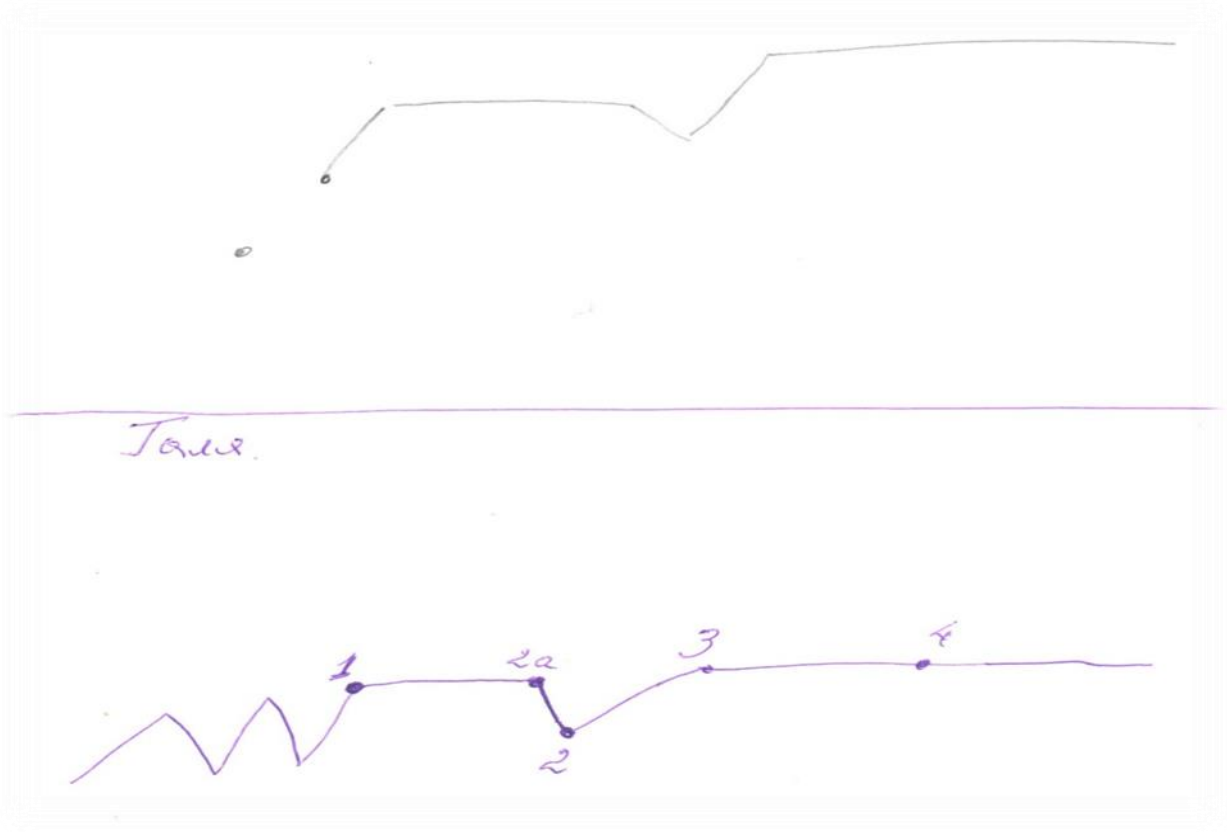
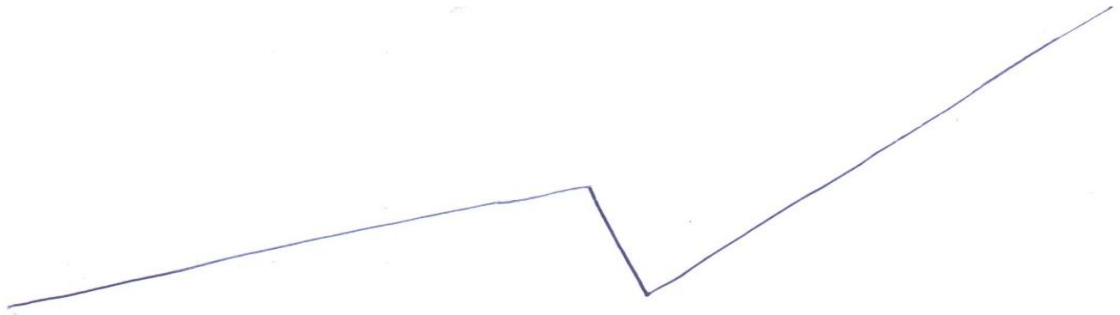
Керівник служби
"Телефон Довіри - 058 "Ставропігон"

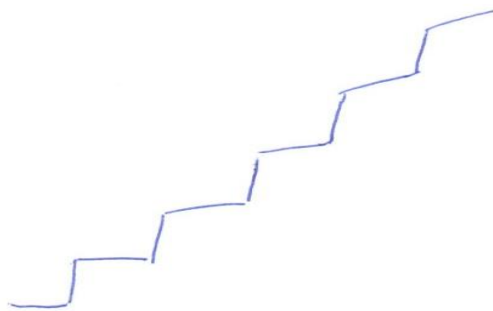
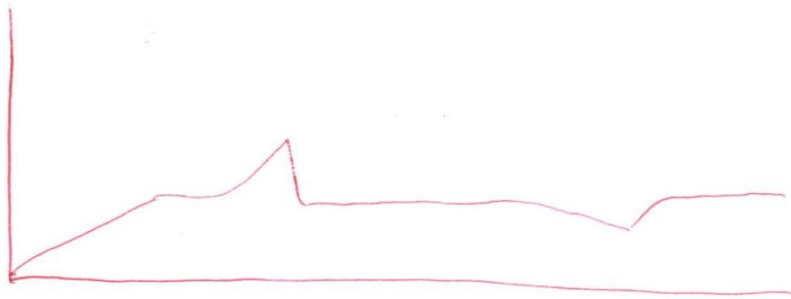
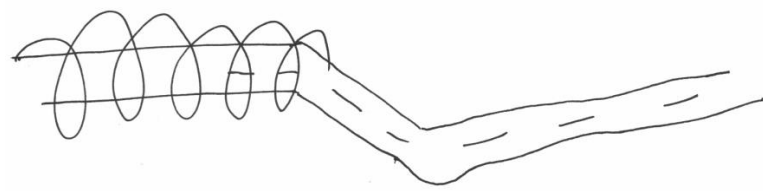


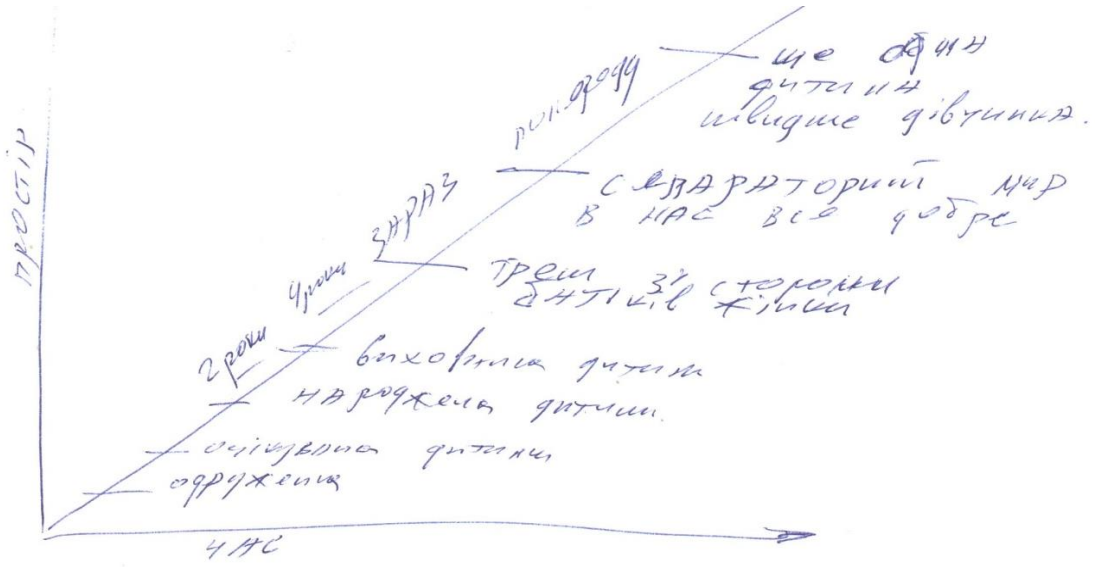
Ольга Ришковська



м. Львів, " 29 " 05 2003 р.







Додаток 7

Інструкція 7. Напишіть будь-ласка коротку розповідь на тему: "Автобіографія моєї сім'ї" (Що відбувалося в період зародження нашої сім'ї і до тепер).

Мені довелося працювати, діти, п'ятих з друзями. На
прес-конференції побачив Шиндлера. Закохався. Почав
зусилля. У 2006 році одержав статус громадянина
У 2007 році народився мій синчик -
Анна-Марія.

У 2009 році згідно плану народився - Тимотій.
У 2014 році народився Бог по дорозі в школу
Фредерік - Ростислав.

Між нами, не емоційно, у нас є серце. Серце
усі роки, і нас не бачить (всупи-топу-топу).
Ритмічно ми стаємо діти, намагаємося
їх виховати - Людьми.

Наша сім'я народилася в лютому
2006 р. У 2007, в серпні, народилася (дити-
на - Анна-Марія. Зараз їй 8 років, і вона
навчається в 3 класі. У 2009 році, в
березні, народився Тимотій. Різниця
між дітьми - 1р. і 9 міс. Мені дуже ко-
пілося, щоб швиденько зацікавився дитиною,
і вийти на роботу. Коли Тимо-
тієві виповнилося 3, з'ясувалося,
що на роботу навряд чи вийде
вийти, оскільки Тимоцько особлива
дитина, яка вимагає трохи пильної
уваги. В процесі виховання, я відсутни-
ла в ЛУ (ІПО) на психологію ("Висна-
ження освіти), аби набутти знань і навчати
для ефективнішої комунікації в
сім'ї". У 2014 р. народився наш 3 хлопчик.
Ростек. Тато - працює, а - в декреті і навча-
юся. Наступного року Тимоцько піде в
школу, Ростек - в садок.
Наша сім'я - дружна і щаслива!

Кажу ми з головою одружилися ми
були дуже щасливими. Через 15 років
народився син. Спочатку все було добре,
а потім погали починуватися відношення
чоловіка і моїх батьків. Третього наступу
них кількох років ми то розходився,
то знову сходився. Потім мене поба-
вили діагнозом "дуже глибока аутизм". Чоловік
ним практично не займається, і не
цікавиться. Може тобі підкажуть ідеї
де в пошуку, що робити з синком.

Це краще написати хікка - у неї
педагогічна освіта і твори вона
пише дуже гарно. В цьому і
багато в тому по житті а її
добір.

✓ Привок і моє кимі, яку присвячую сину:

"за свої гадки дів'ять, а зробила багато
поширок, багато думок, бильність яких стали
кінцевими. Багато ширі викликала і поше, багато
сподівали смерня без намієні, і все заради нього.
Заради нього думали життя. Тожіме скажати -
перекривати його. Я відмовився від старих друзів,
згайшовими в цьому світі спокоту, світі спокоту
шобханья, унікаломими самими від величезних
поясень, нерозумних виправдань, які просто з'їдали
з середини. Я шукала безпечні сили, щоб цим
захистити його у бою, який без попереджень
посава і приватним довшим світом життя.
Тоді, коли війна так несподівано увірвалася в мій
життя, я думала що це все кінець, крапка, вирок,
смерть. Все зараз розумно, мієкий це не кінець ~~вс~~
- покамок, не єдина "ширма" крапка, а тільки захистом,
не вирок, а дарі" і дивайто - життя, томо мієка
не смерть! Все зараз розумно - аху проїти що
війну з високо піднятого головою, в мієкий так
жизню перешагнути. Це боротьба не на смерть, а
за життя, це історія під навукою: "Мій син
аутист, або під крапками грому!"

В період зародження нашої сім'ї я була життєрадісною, щасливою, впевненою. У радістю очікувала народження нашої дитини. Після народження наша дівчинка розвивалася нормально. Проте перед дивним час я помітила, що вона стала менше розмовляти, йти на контакт, що насторожило мене, і я звернулася до фахівців та лікарів, які порадили мені педикагогічне лікування та консультацію дитячого психолога. Я звернулася до дитячого психолога, дитячого психолога, які склали програму розвитку для моєї дитини. Я також працюю з дитинами вдома. Моя дитина більше сконцентрована увагу, йде на контакт з іншими дітьми і це тішить мене.

Додаток 8

В моєму зарплатенні сім'ї з передовою
мр Вишевою найкращий емоцій-доклад, виступи з
оглядами щодо гарного та гарного.

Величезна любов та турбота, яку я
сприймаю від батьків, рідних та друзів
почувати себе безпечно та вільно.

Я зростаю з мітій і любовний розум.
Важко прожити роками вранці, коли
режисер Девідом і чимось перебудованим з
матри, діти перебудовані перебудовані...

Коли я відчуваю різну дитину, перше
це відчуваю - що, як, почути історію широкую-
любви...

Триває, ми стаємо здатними на рево-
з 2-х місяць моя дитина почала отримувати
неодігнуту радість. Вашою підтримкою
з мене в мене і мамі.

Тільки перше, середнє, середнє середнє,
і миттєво, радіє мамі, зашита...

Швидко поміт мамі, що ти задоволен
мамо. Все рівно це було миттєво і
це був найбільш важкий перод... Велич
на стале шматки...

Вітати я прийшла до себе і живу
навіщо діти, радіє мамі, почути всім
на сурв-апарат. Все, як завжди. Як завжди
я відчуваю тверді і вільні, всі на думі
на подану і всім кинути любов свої діти.
Я працюю. Так, я працюю!

ШНЖ

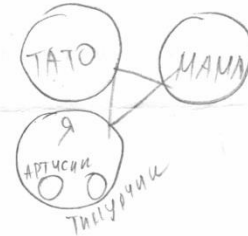
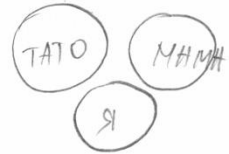
Сім'яно соціологія

зосм. 1 кв

1

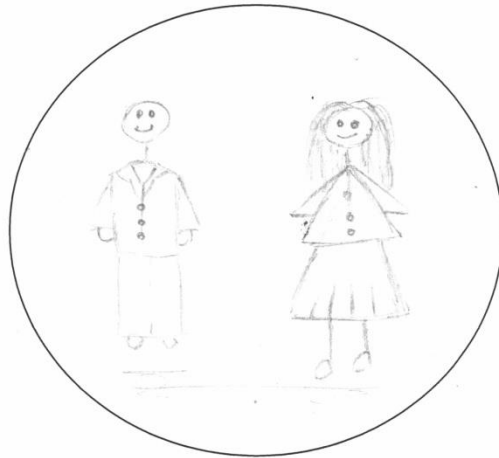
*

Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожен з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалуйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»



1/11/18

Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалюйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»

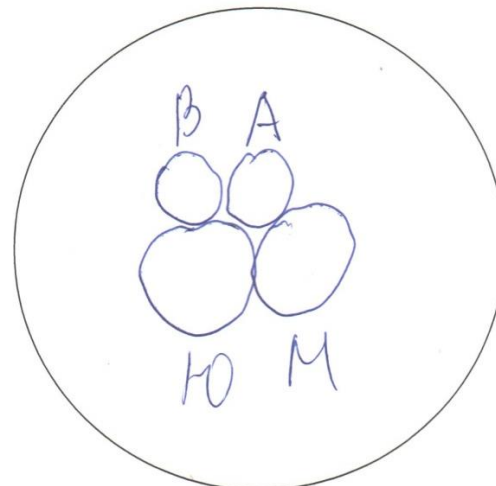
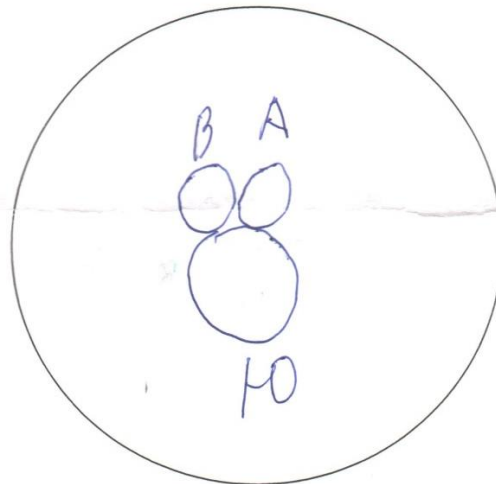
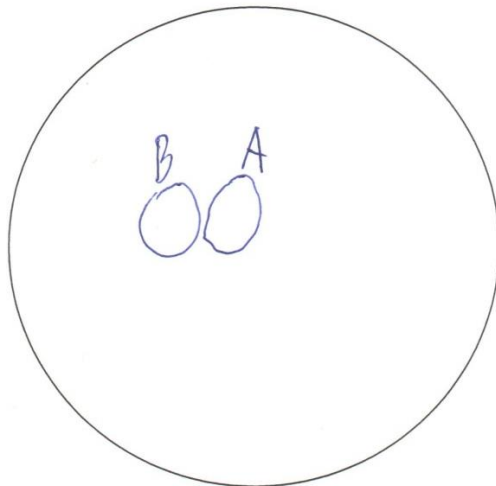


1 / СВНЧ

Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалюйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»



Дія 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитини, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалюйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»

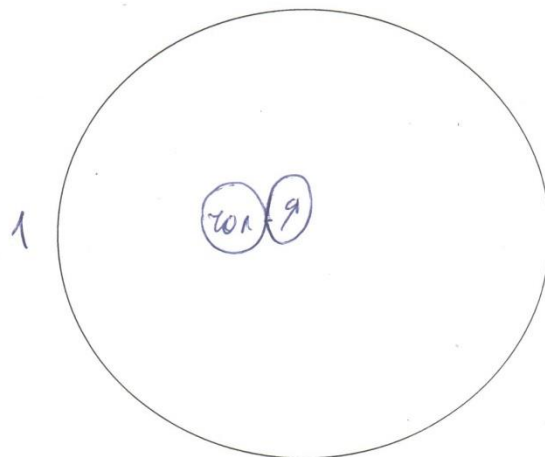
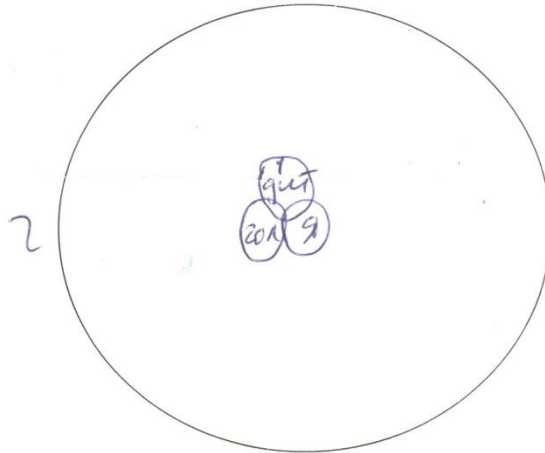
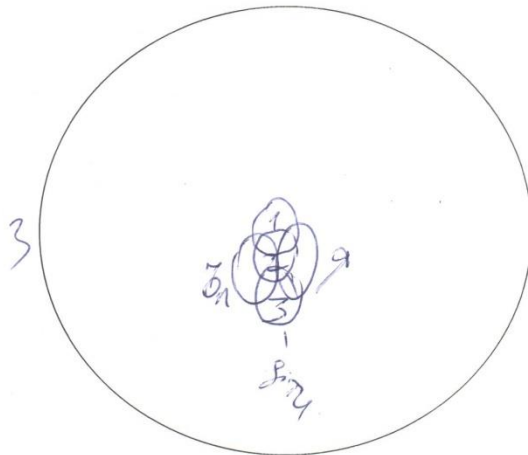


Ш. Н.

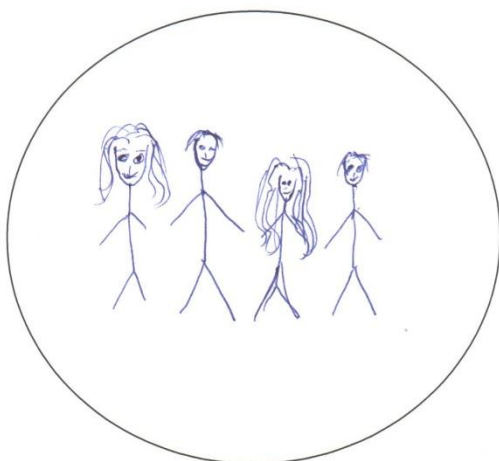
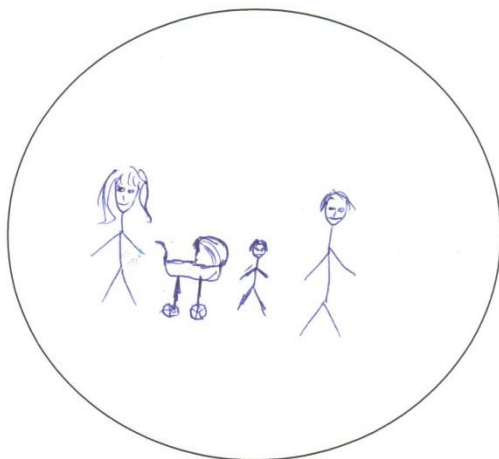
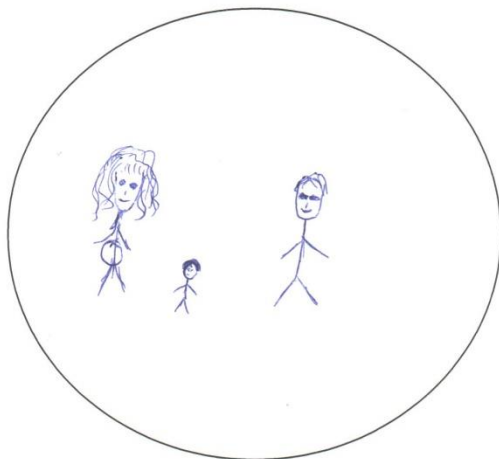
жін.



Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалуйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»

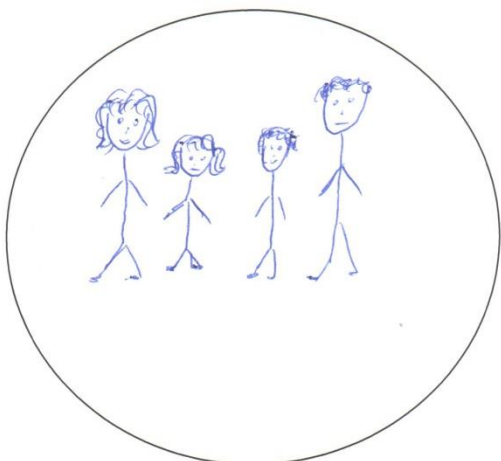
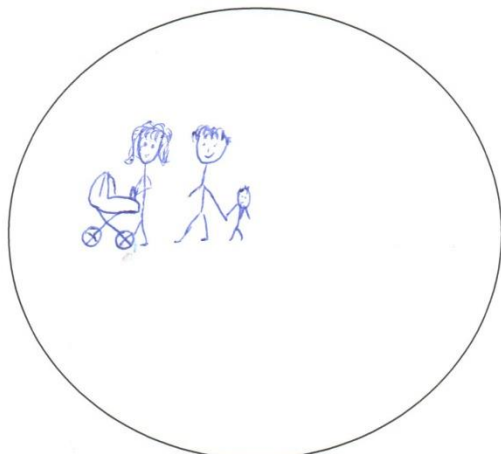
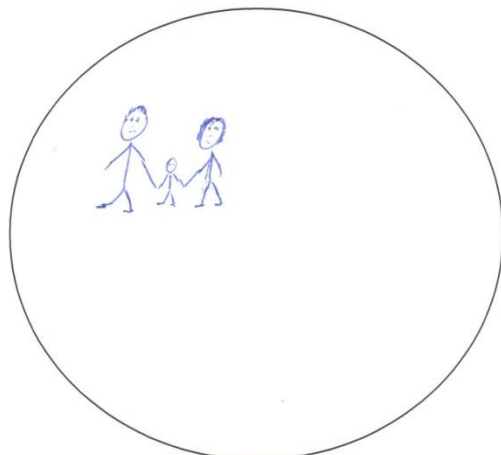


Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалюйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»



— 11

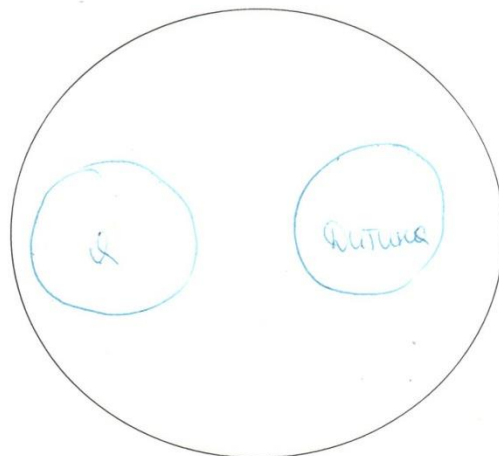
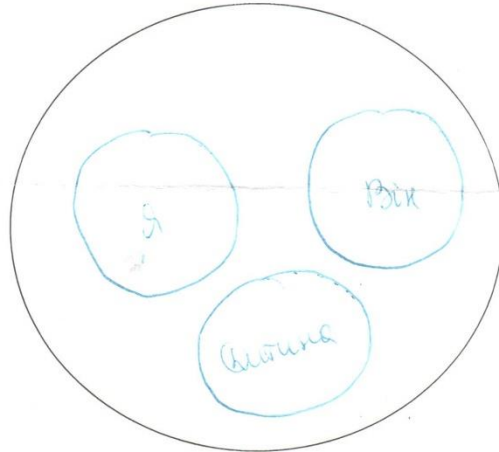
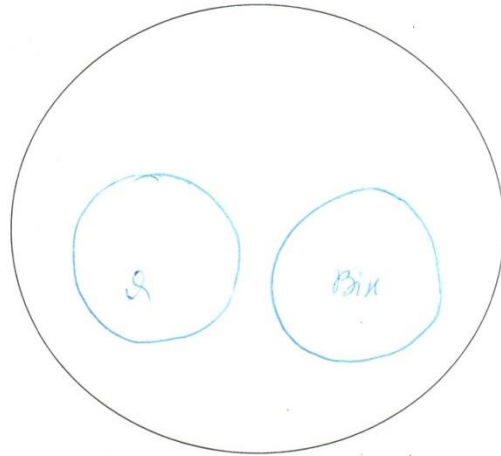
Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалюйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.» ✓



Сім'я з час. (виг. Реджишн.), кол. не зовсім.

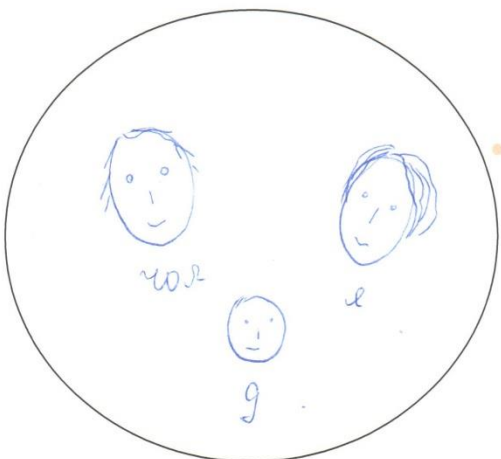
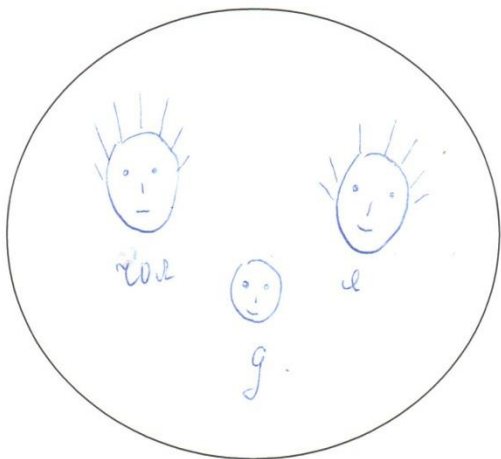
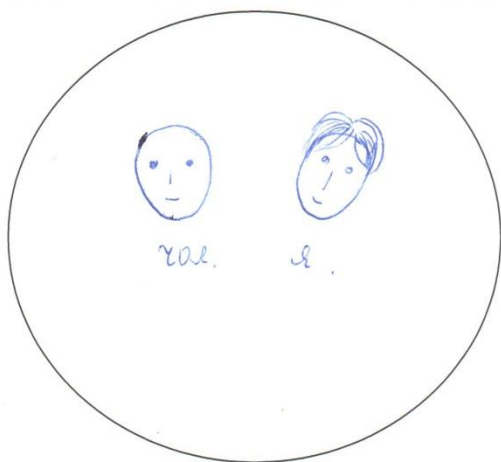
1/

Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитини, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалуйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»



Але Хоміле.

Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалюйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»

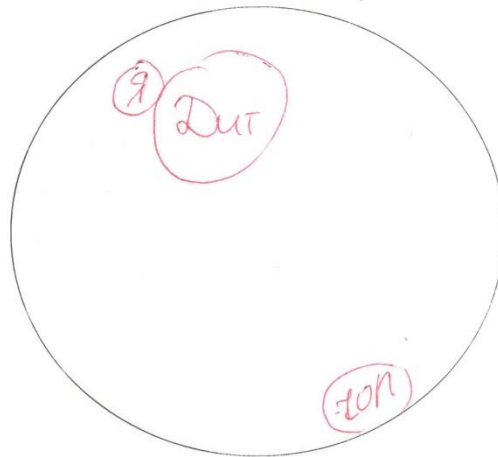
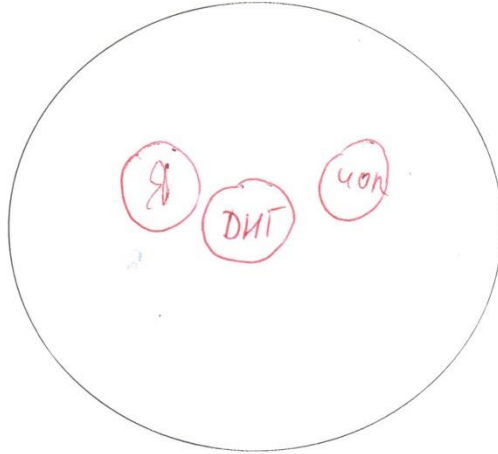
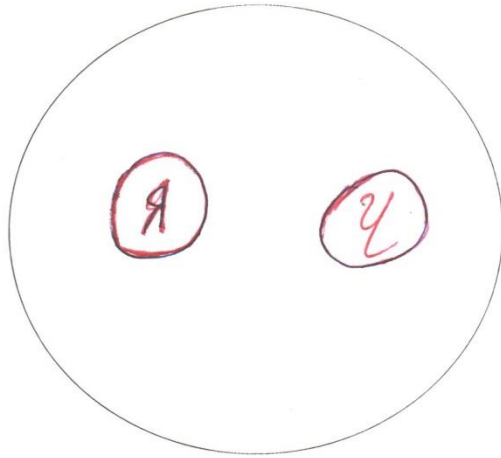


Коропенка, І

жінк 13 років.

X

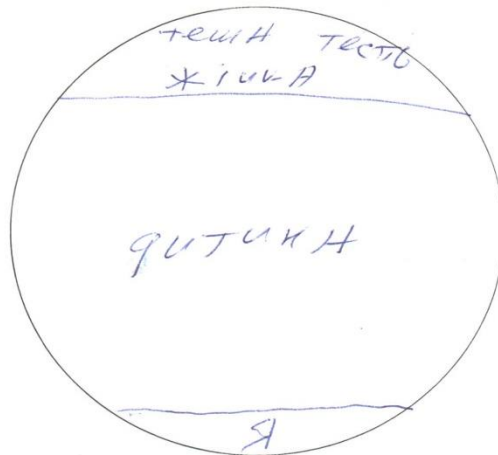
Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалюйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»



Корол. 3.

чол.

Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалюйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»



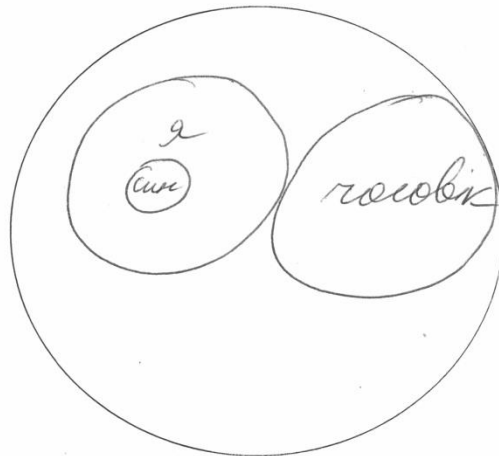
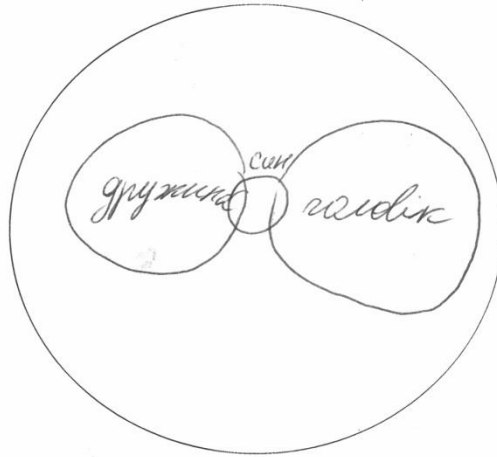
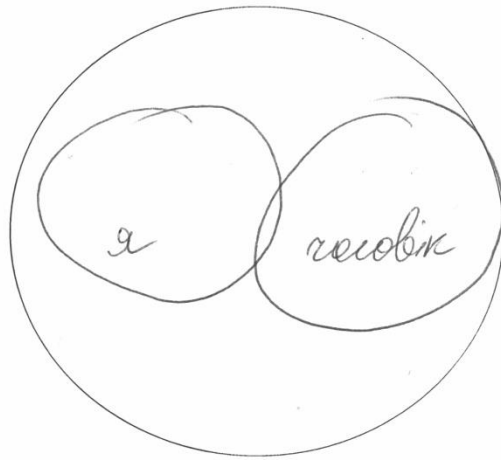
11

Корол. 1

жін.

X

Інструкція 1: «Перед вами три кола. Кожний з них зображає вашу сім'ю на певному етапі її життя (моя сім'я до народження дитина, моя сім'я після народження дитини, моя сім'я зараз). Намалуйте в кожному з кіл себе самого і членів своєї сім'ї у формі кіл та надпишіть їх.»



Відмінності у показниках емоційної сфери батьків здорових дітей і батьків з особливими потребами (Т-критерій Стьюдента)

	Mean - 1	Mean - 2	t-value	df	p
Фізична агресія	4,36986	5,07500	-2,4146	191	0,016696
Непряма агресія	3,36986	3,71667	-1,3346	191	0,183593
Роздратування	4,38356	5,30833	-2,7326	191	0,006873
Негативізм	2,41096	2,55000	-0,6462	191	0,518932
Образа	4,04110	4,16667	-0,4166	191	0,677423
Підозрілість	3,73973	4,44167	-2,3682	191	0,018875
Вербальна агр.	6,36986	6,45000	-0,2368	191	0,813053
Провина	6,10959	6,78333	-2,1081	191	0,036326
Індекс агресії	15,12329	16,83333	-2,1223	191	0,035104
Індекс ворожості	7,78082	8,60833	-1,7408	191	0,083337
Самопочуття	56,00000	45,01667	8,0782	191	0,000000
Активність	29,36986	35,27500	-4,1671	191	0,000047
Настрій	58,21918	45,85833	7,9467	191	0,000000
Тривожність Айз.	7,91781	8,00000	-0,1653	191	0,868888
Фрустрація	6,89041	8,96667	-3,4341	191	0,000729
Агрес.Айзенка	8,30137	8,01667	0,6171	191	0,537914
Ригідність	9,24658	8,86667	0,7206	191	0,472018
Тривожність	3,75904	0,45658	7,3482	191	0,000000
Депресія	2,46849	-0,41733	4,6487	191	0,000006
Прийняття	9,82192	16,10833	-12,0225	191	0,000000
Кооперація (Соц_баз. Пов)	7,63014	6,99167	3,5029	191	0,000573
Симбіоз	6,00000	6,26667	-1,6320	191	0,104332
Контроль (авторитарна гіпер.)	4,30137	4,10833	1,0573	191	0,291698
Маленький невдаха	2,54795	4,35833	-9,7699	191	0,000000
Хронічна втома	16,91781	25,22500	-6,4259	191	0,000000
Фіз_дискомфорт	7,84932	10,79167	-5,2790	191	0,000000
Когн_дискомфорт	5,64384	8,27500	-5,6703	191	0,000000
Порушення в емоційно-афективній сфері	2,17808	3,84167	-5,4268	191	0,000000
Зниж_мотиву_соціальн. взаєм.	1,91781	2,31667	-2,2707	191	0,024278

Відмінності у показниках емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами раннього та середнього віку (Т-критерій Стьюдента)

T-tests; Grouping: Група (БАТЬКИ_ран+сер) Group 1: 1 Group 2: 2							
	Mean - 1	Mean - 2	t-value	df	p	Valid N - 2	Valid N - 3
Фізична агресія	5,31667	4,83333	1,33890	118	0,183176	60	60
Непряма агресія	4,26667	3,16667	3,26396	118	0,001438	60	60
Роздратування	5,45000	5,16667	0,79189	118	0,430017	60	60
Негативізм	2,83333	2,26667	2,32622	118	0,021713	60	60
Образа	4,31667	4,01667	0,72751	118	0,468357	60	60
Підозрілість	4,31667	4,56667	-0,73665	118	0,462796	60	60
Вербальна агресія	6,38333	6,51667	-0,34292	118	0,732267	60	60
Провина	5,90000	7,66667	-5,04133	118	0,000002	60	60
Індекс агресії	17,15000	16,51667	0,74350	118	0,458655	60	60
Індекс ворожості	8,63333	8,58333	0,08488	118	0,932504	60	60
Самопочуття	40,95000	49,08333	-4,94322	118	0,000003	60	60
Активність	35,13333	35,41667	-0,18708	118	0,851917	60	60
Настрій	42,93333	48,78333	-3,46508	118	0,000740	60	60
Тривожність Айзенка	7,51667	8,48333	-1,79038	118	0,075957	60	60
Фрустрація	7,91667	10,01667	-2,88506	118	0,004654	60	60
Агресивність Айзенка	8,58333	7,45000	2,27902	118	0,024464	60	60
Ригідність	8,71667	9,01667	-0,47821	118	0,633383	60	60
Тривожність	0,36217	0,55100	-0,34922	118	0,727545	60	60
Депресія	-0,08467	-0,75000	0,94664	118	0,345756	60	60
Прийняття	13,71667	18,50000	-7,43509	118	0,000000	60	60
Кооперація (Соц_баж. Пов)	7,01667	6,96667	0,26617	118	0,790572	60	60
Симбіоз	6,05000	6,48333	-2,24549	118	0,026599	60	60
Контроль	4,23333	3,98333	1,04215	118	0,299475	60	60
Невдаха	4,31667	4,40000	-0,33475	118	0,738409	60	60
Хронічна втома	27,01667	23,43333	1,89801	118	0,060138	60	60
Фізичний дискомфорт	11,33333	10,25000	1,35747	118	0,177222	60	60
Когнітивний дискомфорт	8,66667	7,88333	1,22840	118	0,221741	60	60
Порушення в емоційно-аф.сф.	4,46667	3,21667	2,79288	118	0,006097	60	60
Зниж._мотиву_соціальн. взаєм.	2,55000	2,08333	2,02808	118	0,044804	60	60

Порівняльний аналіз показників за статтю

	Mean - 2	Mean - 1	t-value	df	p
Фізична агресія	4,97368	5,25000	-0,73384	118	0,464499
Непряма агресія	3,92105	3,36364	1,54197	118	0,125758
Роздратування	4,86842	6,06818	-3,37523	118	0,000999
Негативізм	2,57895	2,50000	0,30555	118	0,760488
Образа	3,94737	4,54545	-1,40637	118	0,162243
Підозрілість	3,97368	5,25000	-3,83507	118	0,000203
Вербальна агресія	6,97368	5,54545	3,74265	118	0,000283
Провина	6,39474	7,45455	-2,72586	118	0,007391
Індекс агресії	16,81579	16,86364	-0,05401	118	0,957018
Індекс ворожості	7,92105	9,79545	-3,19650	118	0,001785
Самопочуття	43,28947	48,00000	-2,58139	118	0,011065
Активність	34,55263	36,52273	-1,26198	118	0,209445
Настрій	45,11842	47,13636	-1,10315	118	0,272207
Тривожність Айзен	8,13158	7,77273	0,63311	118	0,527884
Фрустрація	7,92105	10,77273	-3,87454	118	0,000176
Агресивність Айзен	8,38158	7,38636	1,91688	118	0,057672
Ригідність	8,52632	9,45455	-1,43709	118	0,153338
Тривожність	0,49789	0,38523	0,20075	118	0,841240
Депресія	0,06618	-1,25250	1,82676	118	0,070263
Прийняття	16,30263	15,77273	0,65628	118	0,512919
Кооперація (Соц_баж. Пов)	7,01316	6,95455	0,30075	118	0,764138
Симбіоз	6,30263	6,20455	0,48019	118	0,631979
Контроль	4,00000	4,29545	-1,18866	118	0,236962
Невдаха	4,39474	4,29545	0,38443	118	0,701350
Хронічна втома	25,46053	24,81818	0,32316	118	0,747143
Фізичний дискомфорт	11,23684	10,02273	1,46817	118	0,144719
Когнітивний дискомфорт	8,19737	8,40909	-0,31810	118	0,750968
Порушення в емоц.афективній сфері	3,76316	3,97727	-0,44693	118	0,655745
Зниження_мотиву соціальної взаємодії	2,26316	2,40909	-0,60178	118	0,548474

**Порівняння показників у групах батьків, що мають дітей з особливими
потребами з встановленим діагнозом захворювання та відсутнім
діагнозом**

T-tests; Grouping: пост діагн (БАТЬКИ_ран+сер_Діагноз) Group 1: 1 Group 2: 2							
	Mean - 1	Mean - 2	t-value	df	p	Valid N - 1	Valid N - 2
Прийняття і допомог сусп.	1,60976	1,55882	0,44051	73	0,660868	41	34
Фізична агресія	4,60976	5,41176	-1,76550	73	0,081661	41	34
Непряма агр	3,56098	4,41176	-1,87846	73	0,064311	41	34
Роздратування	4,31707	5,47059	-2,56996	73	0,012211	41	34
Негативізм	2,19512	3,05882	-2,97552	73	0,003964	41	34
Образа	3,43902	4,47059	-2,61856	73	0,010731	41	34
Підозрілість	3,80488	4,11765	-0,73760	73	0,463124	41	34
Вербальна агре	7,04878	6,91176	0,28011	73	0,780183	41	34
Провина	6,51220	6,17647	0,74011	73	0,461604	41	34
Індивідуал. агр	15,97561	17,79412	-1,77352	73	0,080313	41	34
Індивідуал.вор	7,24390	8,58824	-2,50813	73	0,014360	41	34
Самопочуття	45,19512	41,32353	1,68210	73	0,096823	41	34
Активність	35,97561	32,85294	1,79479	73	0,076827	41	34
Настрій	46,90244	43,00000	1,82359	73	0,072308	41	34
ТривожністьАйз	8,12195	8,14706	-0,03131	73	0,975110	41	34
Фрустрація	7,43902	8,32353	-0,93373	73	0,353522	41	34
АгресивністьАйз	8,04878	8,82353	-1,18411	73	0,240209	41	34
Ригідність	7,80488	9,32353	-1,90545	73	0,060660	41	34
Тривожність	0,31049	0,66382	-0,51516	73	0,607998	41	34
Депресія	0,83024	-0,88235	2,32037	73	0,023119	41	34
Прийняття	17,60976	14,64706	2,88235	73	0,005181	41	34
Кооперація	7,04878	6,97059	0,32850	73	0,743472	41	34
Симбіоз	6,29268	6,32353	-0,12403	73	0,901636	41	34
Контроль	4,02439	4,00000	0,08168	73	0,935123	41	34
Невдаха	4,29268	4,52941	-0,69163	73	0,491366	41	34
Хронічна втома	22,70732	28,73529	-2,52139	73	0,013872	41	34
Фізич. дискомфорф	10,14634	12,47059	-2,42386	73	0,017834	41	34
Когніт.дискомф.	7,51220	9,00000	-1,68150	73	0,096940	41	34
Порушення в емоц.афек.сф	3,12195	4,52941	-2,74441	73	0,007625	41	34
Зниж_мотиву_с оціальн. взаєм.	1,92683	2,73529	-2,72536	73	0,008035	41	34

Correlations (БАТЪКИ_ран)

Marked correlations are significant at $p < ,05000$

N=60 (Casewise deletion of missing data)

Va	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	1,00	-0,04	0,14	0,02	-0,05	0,00	0,16	-0,12	-0,02	0,25	-0,02	0,11	-0,09	-0,12	-0,37	0,01	0,19	-0,06	0,15	0,00	-0,01	-0,11	-0,10	0,01	0,21	-0,27	0,15	0,19	0,28	0,11	0,04	0,15
2	-0,04	1,00	0,18	0,10	0,14	0,06	0,16	0,05	-0,07	0,01	-0,09	0,07	0,00	-0,01	-0,04	-0,19	-0,15	0,05	-0,08	0,07	0,01	0,17	0,27	0,17	0,25	-0,03	0,26	0,23	0,23	0,21	0,19	0,13
3	0,14	0,18	1,00	0,11	-0,11	0,22	0,11	-0,08	-0,13	-0,04	0,09	-0,14	-0,12	-0,05	-0,01	0,15	-0,21	-0,12	-0,19	-0,19	0,11	0,05	-0,03	0,05	0,09	-0,11	0,09	-0,07	-0,09	-0,08	-0,03	0,00
4	0,02	0,10	-0,11	1,00	0,62	0,60	0,40	0,19	0,26	0,60	-0,55	0,89	0,26	-0,15	-0,35	-0,55	-0,10	0,04	0,47	0,44	-0,05	0,25	0,21	0,22	0,18	-0,13	-0,07	0,16	0,17	0,12	0,13	0,07
5	-0,05	0,14	-0,11	0,62	1,00	0,45	0,41	0,19	0,09	0,26	-0,53	0,54	0,18	-0,11	0,03	-0,63	0,05	0,07	0,20	0,43	0,24	0,34	0,01	0,23	0,03	0,18	-0,04	0,20	0,21	0,10	0,25	0,10
6	-0,00	0,06	-0,22	0,60	0,45	1,00	0,36	0,51	0,53	0,42	-0,13	0,79	0,62	-0,24	-0,39	-0,55	0,32	0,49	0,32	0,67	-0,16	-0,09	0,15	0,21	0,05	-0,24	-0,08	0,15	0,15	0,01	0,18	0,27
7	0,16	0,16	0,11	0,40	0,41	0,36	1,00	0,09	0,42	0,32	-0,22	0,44	0,27	-0,04	-0,60	-0,34	-0,06	-0,00	0,34	0,19	0,11	0,09	0,12	0,11	0,42	-0,38	0,11	0,16	0,09	0,04	0,31	0,23
8	-0,12	0,05	-0,08	0,19	0,19	0,51	0,09	1,00	0,36	0,32	0,38	0,39	0,89	-0,06	-0,09	-0,12	0,38	0,74	0,21	0,70	-0,20	-0,33	-0,20	0,19	0,03	0,08	-0,31	-0,04	0,00	-0,16	-0,04	0,22
9	-0,02	-0,07	-0,13	0,26	0,09	0,53	0,42	0,36	1,00	0,34	0,22	0,44	0,75	-0,31	-0,30	-0,23	0,35	0,31	0,41	0,37	-0,43	-0,58	0,10	0,29	0,22	-0,25	-0,12	-0,01	0,01	-0,04	-0,08	0,14
10	0,25	0,01	-0,04	0,60	0,26	0,42	0,32	0,32	0,34	1,00	-0,32	0,81	0,39	0,14	-0,42	-0,09	-0,22	-0,14	0,45	0,41	0,06	-0,01	0,06	0,15	0,24	0,01	-0,12	-0,17	-0,14	-0,21	-0,17	-0,00
11	-0,02	-0,09	0,09	0,55	-0,53	0,13	-0,22	0,38	0,22	-0,32	1,00	-0,41	0,38	-0,03	0,13	0,47	0,37	0,43	-0,10	0,03	-0,26	-0,54	-0,24	0,15	0,05	-0,04	-0,18	-0,15	-0,13	-0,18	-0,19	0,15
12	0,11	0,07	-0,14	0,89	0,54	0,79	0,44	0,39	0,44	0,81	-0,41	1,00	0,50	-0,10	-0,46	-0,48	-0,01	0,14	0,50	0,60	-0,05	0,08	0,17	0,04	0,19	-0,14	-0,11	0,05	0,08	-0,03	0,05	0,13
13	-0,09	0,00	-0,12	0,26	0,18	0,62	0,27	0,89	0,75	0,39	0,38	0,50	1,00	-0,19	-0,21	-0,20	0,44	0,68	0,35	0,67	-0,35	-0,52	-0,09	0,28	0,13	-0,07	-0,28	-0,03	0,01	-0,13	-0,07	0,22
14	-0,12	-0,01	-0,05	0,15	-0,11	0,24	-0,04	-0,06	-0,31	0,14	-0,03	-0,10	-0,19	1,00	-0,00	0,49	-0,42	-0,38	0,09	-0,23	0,36	0,37	-0,16	0,08	-0,05	0,21	-0,10	-0,21	-0,24	-0,24	-0,06	-0,09
15	-0,37	-0,04	-0,01	0,35	0,03	0,39	-0,60	-0,09	-0,30	-0,42	0,13	-0,46	-0,21	-0,00	1,00	0,16	0,00	-0,09	-0,45	-0,26	0,03	0,01	-0,00	0,15	-0,26	0,53	0,09	-0,08	-0,06	0,02	-0,15	-0,18
16	0,01	-0,19	0,15	0,55	-0,63	0,55	-0,34	-0,12	-0,23	-0,09	0,47	-0,48	-0,20	0,49	0,16	1,00	-0,31	-0,34	-0,22	-0,47	0,25	-0,08	-0,34	0,17	-0,17	0,20	-0,25	-0,47	-0,52	-0,44	-0,30	-0,16
17	0,19	-0,15	-0,21	0,10	0,05	0,32	-0,06	0,38	0,35	-0,22	0,37	-0,01	0,44	-0,42	0,00	-0,31	1,00	0,74	0,30	0,51	-0,45	-0,58	-0,21	0,03	-0,11	-0,04	-0,14	0,24	0,31	0,19	0,08	0,25
18	-0,06	0,05	-0,12	0,04	0,07	0,49	-0,00	0,74	0,31	-0,14	0,43	0,14	0,68	-0,38	-0,09	-0,34	0,74	1,00	0,13	0,67	-0,45	-0,44	-0,09	0,16	-0,01	-0,17	-0,19	0,12	0,18	0,02	0,02	0,26
19	0,15	-0,08	-0,19	0,47	0,20	0,32	0,34	0,21	0,41	0,45	-0,10	0,50	0,35	0,09	-0,45	-0,22	0,30	0,13	1,00	0,60	-0,31	-0,30	-0,21	0,08	0,15	-0,11	-0,30	0,13	0,15	0,12	-0,04	0,25
20	0,00	0,07	-0,19	0,44	0,43	0,67	0,19	0,70	0,37	0,41	0,03	0,60	0,67	-0,23	-0,26	-0,47	0,51	0,67	0,60	1,00	-0,25	-0,31	-0,16	0,05	0,04	0,02	-0,33	0,12	0,17	0,01	0,01	0,31
21	-0,01	0,01	0,11	0,05	0,24	0,16	0,11	-0,20	-0,43	0,06	-0,26	-0,05	-0,35	0,36	0,03	0,25	-0,45	-0,45	-0,31	-0,25	1,00	0,68	-0,16	0,14	-0,29	0,37	-0,08	-0,03	-0,14	-0,12	0,32	-0,09
22	-0,11	0,17	0,05	0,25	0,34	0,09	0,09	-0,33	-0,58	-0,01	-0,54	0,08	-0,52	0,37	0,01	-0,08	-0,58	-0,44	-0,30	-0,31	0,68	1,00	0,23	0,33	-0,10	0,18	0,25	0,12	0,06	0,06	0,35	-0,16
23	-0,10	0,27	-0,03	0,21	0,01	0,15	0,12	-0,20	0,10	0,06	-0,24	0,17	-0,09	-0,16	-0,00	-0,34	-0,21	-0,09	-0,21	-0,16	-0,16	0,23	1,00	0,23	0,44	-0,24	0,51	0,11	0,14	0,13	0,06	-0,07
24	0,01	0,17	0,05	0,22	0,23	0,21	0,11	-0,19	-0,29	-0,15	-0,15	-0,04	-0,28	-0,08	0,15	-0,17	-0,03	-0,16	0,08	-0,05	0,14	0,33	0,23	1,00	0,29	0,31	0,29	0,25	0,24	0,26	0,21	0,03
25	0,21	0,25	0,09	0,18	0,03	0,05	0,42	0,03	0,22	0,24	0,05	0,19	0,13	-0,05	-0,26	-0,17	-0,11	-0,01	0,15	0,04	-0,29	-0,10	0,44	0,29	1,00	-0,28	0,54	0,04	0,11	0,07	-0,11	0,03
26	-0,27	-0,03	-0,11	0,13	0,18	0,24	-0,38	0,08	-0,25	0,01	-0,04	-0,14	-0,07	0,21	0,53	0,20	-0,04	-0,17	-0,11	0,02	0,37	0,18	-0,24	0,31	0,28	1,00	0,02	-0,07	-0,09	-0,04	-0,04	-0,09
27	0,15	0,26	0,09	0,07	-0,04	0,08	0,11	-0,31	-0,12	-0,12	-0,18	-0,11	-0,28	-0,10	0,09	-0,25	-0,14	-0,19	-0,30	-0,33	-0,08	0,25	0,51	0,29	0,54	0,02	1,00	0,33	0,36	0,37	0,18	0,04
28	0,19	0,23	-0,07	0,16	0,20	0,15	0,16	-0,04	-0,01	-0,17	-0,15	0,05	-0,03	-0,21	-0,08	-0,47	0,24	0,12	0,13	0,12	-0,03	0,12	0,11	0,25	0,04	-0,07	0,33	1,00	0,95	0,93	0,81	0,63
29	0,28	0,23	-0,09	0,17	0,21	0,15	0,09	0,00	0,01	-0,14	-0,13	0,08	0,01	-0,24	-0,06	-0,52	0,31	0,18	0,15	0,17	-0,14	0,06	0,14	0,24	0,11	-0,09	0,36	0,95	1,00	0,88	0,65	0,54
30	0,11	0,21	-0,08	0,12	0,10	0,01	0,04	-0,16	-0,04	-0,21	-0,18	-0,03	-0,13	-0,24	0,02	-0,44	0,19	0,02	0,12	0,01	-0,12	0,06	0,13	0,26	0,07	-0,04	0,37	0,93	0,88	1,00	0,66	0,46
31	0,04	0,19	-0,03	0,13	0,25	0,18	0,31	-0,04	-0,08	-0,17	-0,19	0,05	-0,07	-0,06	-0,15	-0,30	0,08	0,02	-0,04	0,01	0,32	0,35	0,06	0,21	-0,11	-0,04	0,18	0,81	0,65	0,66	1,00	0,49
32	0,15	0,13	0,00	0,07	0,10	0,27	0,23	0,22	0,14	-0,00	0,15	0,13	0,22	-0,09	-0,18	-0,16	0,25	0,26	0,25	0,31	-0,09	-0,16	-0,07	0,03	0,03	-0,09	0,04	0,63	0,54	0,46	0,49	1,00

Correlations (БАТЬКИ_сеп)																																
Marked correlations are significant at $p < ,05000$																																
N=60 (Casewise deletion of missing data)																																
Var	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	1,00	-0,19	0,25	-0,24	0,31	-0,61	-0,26	-0,15	-0,53	0,41	-0,51	-0,19	-0,44	-0,36	0,24	-0,27	-0,09	-0,64	0,18	-0,31	0,06	0,58	0,49	0,04	-0,07	0,04	0,06	-0,19	-0,06	-0,22	-0,22	-0,36
2	-0,19	1,00	-0,20	0,19	0,13	-0,02	-0,02	0,19	-0,01	-0,13	0,25	-0,01	0,13	-0,01	0,06	0,01	-0,07	0,27	-0,17	0,10	-0,02	-0,19	0,17	0,07	0,20	0,03	0,12	0,21	0,14	0,32	0,15	0,09
3	0,25	-0,20	1,00	-0,15	0,21	-0,28	-0,36	-0,04	-0,20	-0,13	-0,07	-0,28	-0,15	-0,24	0,13	-0,02	-0,15	-0,17	-0,10	-0,21	0,05	0,12	0,20	-0,07	-0,14	-0,12	0,13	-0,04	0,00	-0,01	-0,15	-0,03
4	-0,24	0,19	-0,15	1,00	0,25	0,23	0,46	0,12	0,53	0,44	0,12	0,77	0,41	-0,31	0,54	-0,18	-0,20	-0,07	0,14	-0,03	0,27	-0,41	-0,00	0,21	0,32	0,14	0,17	0,54	0,51	0,54	0,43	0,43
5	0,31	0,13	0,21	0,25	1,00	-0,40	0,12	-0,14	-0,16	-0,13	-0,15	-0,19	-0,20	-0,52	0,35	0,33	-0,38	-0,43	-0,23	-0,49	0,25	-0,11	0,24	0,11	0,26	0,15	0,15	0,10	0,03	0,15	0,06	0,18
6	-0,61	-0,02	-0,28	0,23	-0,40	1,00	0,41	0,35	0,37	-0,09	0,36	0,57	0,48	0,74	-0,53	0,07	-0,13	0,47	-0,17	0,33	0,23	-0,33	-0,39	0,07	-0,14	-0,14	0,16	0,28	0,25	0,09	0,32	0,60
7	-0,26	-0,02	-0,36	0,46	0,12	0,41	1,00	0,05	0,58	0,29	0,51	0,56	0,40	0,19	0,03	0,08	0,30	0,26	0,39	0,40	0,10	-0,08	-0,05	0,46	0,55	0,38	0,28	0,28	0,19	0,23	0,42	0,33
8	-0,15	0,19	-0,04	0,12	-0,14	0,35	0,05	1,00	0,15	0,14	0,46	0,32	0,78	0,18	-0,12	-0,58	-0,29	0,58	-0,44	0,11	-0,24	-0,24	0,61	0,25	0,13	-0,11	0,04	0,64	0,68	0,54	0,55	0,49
9	-0,53	-0,01	-0,20	0,53	-0,16	0,37	0,58	0,15	1,00	0,42	0,50	0,64	0,73	-0,09	0,22	-0,16	0,39	0,29	0,41	0,25	-0,31	-0,30	-0,17	0,26	0,36	0,35	-0,11	0,28	0,25	0,24	0,29	0,25
10	0,41	-0,13	-0,13	0,44	-0,13	-0,09	0,29	0,14	0,42	1,00	-0,07	0,70	0,36	-0,32	0,50	-0,65	0,30	-0,21	0,61	0,16	-0,17	0,31	0,35	0,40	0,22	0,40	-0,32	0,24	0,35	0,14	0,22	-0,04
11	-0,51	0,25	-0,07	0,12	-0,15	0,36	0,51	0,46	0,50	-0,07	1,00	0,20	0,63	0,34	-0,24	-0,04	0,36	0,78	0,12	0,50	-0,32	-0,15	0,26	0,32	0,58	0,12	0,59	0,36	0,27	0,36	0,42	0,27
12	-0,19	-0,01	-0,28	0,77	-0,19	0,57	0,56	0,32	0,64	0,70	0,20	1,00	0,62	0,09	0,22	-0,40	0,02	0,10	0,31	0,25	0,14	-0,16	-0,01	0,34	0,17	0,21	0,16	0,49	0,53	0,35	0,47	0,47
13	-0,44	0,13	-0,15	0,41	-0,20	0,48	0,40	0,78	0,73	0,36	0,63	0,62	1,00	0,07	0,05	-0,50	0,04	0,58	-0,05	0,23	-0,36	-0,35	0,32	0,34	0,31	0,14	0,04	0,62	0,63	0,52	0,56	0,50
14	-0,36	-0,01	-0,24	-0,31	-0,52	0,74	0,19	0,18	-0,09	-0,32	0,34	0,09	0,07	1,00	-0,84	0,17	0,02	0,46	-0,16	0,43	0,17	0,02	-0,29	-0,07	-0,22	-0,28	0,42	-0,03	-0,05	-0,17	0,09	0,29
15	0,24	0,06	0,13	0,54	0,35	-0,53	0,03	-0,12	0,22	0,50	-0,24	0,22	0,05	-0,84	1,00	-0,39	0,07	-0,30	0,28	-0,04	0,06	-0,03	0,28	0,36	0,19	0,45	-0,54	0,27	0,27	0,44	0,10	-0,10
16	-0,27	0,01	-0,02	-0,18	0,33	0,07	0,08	-0,58	-0,16	-0,65	-0,04	-0,40	-0,50	0,17	-0,39	1,00	0,03	-0,10	-0,12	-0,15	0,12	-0,13	-0,56	-0,27	0,10	-0,02	0,46	-0,56	-0,68	-0,52	-0,37	-0,13
17	-0,09	-0,07	-0,15	-0,20	-0,38	-0,13	0,30	-0,29	0,39	0,30	0,36	0,02	0,04	0,02	0,07	0,03	1,00	0,31	0,76	0,67	-0,48	0,42	-0,03	0,42	0,39	0,63	0,15	-0,33	-0,38	-0,25	-0,15	-0,47
18	-0,64	0,27	-0,17	-0,07	-0,43	0,47	0,26	0,58	0,29	-0,21	0,78	0,10	0,58	0,46	-0,30	-0,10	0,31	1,00	-0,15	0,68	-0,34	-0,22	0,18	0,35	0,32	0,14	0,32	0,30	0,21	0,34	0,34	0,22
19	0,18	-0,17	-0,10	0,14	-0,23	-0,17	0,39	-0,44	0,41	0,61	0,12	0,31	-0,05	-0,16	0,28	-0,12	0,76	-0,15	1,00	0,40	-0,10	0,56	-0,08	0,28	0,30	0,42	0,03	-0,13	-0,12	-0,14	0,02	-0,34
20	-0,31	0,10	-0,21	-0,03	-0,49	0,33	0,40	0,11	0,25	0,16	0,50	0,25	0,23	0,43	-0,04	-0,15	0,67	0,68	0,40	1,00	-0,05	0,29	0,05	0,65	0,20	0,53	0,17	0,15	0,06	0,20	0,25	0,07
21	0,06	-0,02	0,05	0,27	0,25	0,23	0,10	-0,24	-0,31	-0,17	-0,32	0,14	-0,36	0,17	0,06	0,12	-0,48	-0,34	-0,10	-0,05	1,00	0,11	-0,30	-0,01	-0,44	-0,24	0,09	0,33	0,28	0,28	0,30	0,51
22	0,58	-0,19	0,12	-0,41	-0,11	-0,33	-0,08	-0,24	-0,30	0,31	-0,15	-0,16	-0,35	0,02	0,03	-0,13	0,42	-0,22	0,56	0,29	0,11	1,00	0,25	0,25	-0,09	0,18	0,13	-0,09	-0,06	-0,19	0,11	-0,19
23	0,49	0,17	0,20	-0,00	0,24	-0,39	-0,05	0,61	-0,17	0,35	0,26	-0,01	0,32	-0,29	0,28	-0,56	-0,03	0,18	-0,08	0,05	-0,30	0,25	1,00	0,37	0,42	0,14	0,18	0,41	0,46	0,40	0,35	0,04
24	0,04	0,07	-0,07	0,21	0,11	0,07	0,46	0,25	0,26	0,40	0,32	0,34	0,34	-0,07	0,36	-0,27	0,42	0,35	0,28	0,65	-0,01	0,25	0,37	1,00	0,24	0,84	0,04	0,33	0,24	0,40	0,31	0,24
25	-0,07	0,20	-0,14	0,32	0,26	-0,14	0,55	0,13	0,36	0,22	0,58	0,17	0,31	-0,22	0,19	0,10	0,39	0,32	0,30	0,20	-0,44	-0,09	0,42	0,24	1,00	0,30	0,52	0,08	0,02	0,12	0,23	-0,15
26	0,04	0,03	-0,12	0,14	0,15	-0,14	0,38	-0,11	0,35	0,40	0,12	0,21	0,14	-0,28	0,45	-0,02	0,63	0,14	0,42	0,53	-0,24	0,18	0,14	0,84	0,30	1,00	0,15	-0,10	-0,18	0,04	-0,08	-0,13
27	-0,06	0,12	0,13	-0,17	0,15	0,16	0,28	0,04	-0,11	-0,32	0,59	-0,16	-0,04	0,42	-0,54	0,46	0,15	0,32	0,03	0,17	-0,09	0,13	0,18	-0,04	0,52	-0,15	1,00	-0,12	-0,17	-0,20	0,07	0,03
28	-0,19	0,21	-0,04	0,54	0,10	0,28	0,28	0,64	0,28	0,24	0,36	0,49	0,62	-0,03	0,27	-0,56	-0,33	0,30	-0,13	0,15	0,33	-0,09	0,41	0,33	0,08	-0,10	0,12	1,00	0,97	0,92	0,90	0,77
29	-0,06	0,14	0,00	0,51	0,03	0,25	0,19	0,68	0,25	0,35	0,27	0,53	0,63	-0,05	0,27	-0,68	-0,38	0,21	-0,12	0,06	0,28	-0,06	0,46	0,24	0,02	-0,18	0,17	0,97	1,00	0,85	0,85	0,71
30	-0,22	0,32	-0,01	0,54	0,15	0,09	0,23	0,54	0,24	0,14	0,36	0,35	0,52	-0,17	0,44	-0,52	-0,25	0,34	-0,14	0,20	0,28	-0,19	0,40	0,40	0,12	0,04	0,20	0,92	0,85	1,00	0,74	0,58
31	-0,22	0,15	-0,15	0,43	0,06	0,32	0,42	0,55	0,29	0,22	0,42	0,47	0,56	0,09	0,10	-0,37	-0,15	0,34	0,02	0,25	0,30	0,11	0,35	0,31	0,23	-0,08	0,07	0,90	0,85	0,74	1,00	0,74
32	-0,36	0,09	-0,03	0,43	0,18	0,60	0,33	0,49	0,25	-0,04	0,27	0,47	0,50	0,29	0,10	-0,13	-0,47	0,22	-0,34	0,07	0,51	-0,19	0,04	0,24	-0,15	-0,13	0,03	0,77	0,71	0,58	0,74	1,00

Додаток Д 2

Correlations (БАТЬКИ_здор)

Marked correlations are significant at $p < ,05000$

N=73 (Casewise deletion of missing data)

Vari.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	1,00	0,10	-0,12	-0,42	-0,09	-0,12	-0,04	0,10	0,17	0,15	0,07	-0,23	0,17	0,04	0,08	0,13	-0,27	-0,18	-0,24	0,30	0,16	0,18	-0,30	0,27	0,12	0,11	0,07	0,06	0,10	0,17	0,12	0,02
2	-0,10	1,00	0,00	0,02	0,07	0,00	0,06	0,03	0,02	0,00	0,06	0,01	0,00	0,01	0,01	-0,00	0,04	0,00	0,04	0,01	0,00	0,00	0,06	0,06	0,08	0,09	0,05	0,01	0,02	0,04	0,00	0,10
3	-0,12	0,00	1,00	-0,01	0,03	-0,08	-0,11	0,02	0,15	0,14	0,22	-0,09	0,09	0,09	0,01	0,07	-0,05	-0,00	-0,11	0,03	0,20	0,07	0,20	0,04	0,18	0,06	0,08	0,03	0,04	0,02	0,05	0,12
4	-0,42	0,02	-0,01	1,00	0,29	0,72	0,56	0,33	0,28	0,65	0,12	0,85	0,36	0,31	0,13	-0,21	0,26	0,23	0,54	0,62	-0,32	-0,38	0,35	-0,28	0,29	-0,01	0,08	-0,12	-0,36	0,01	0,15	0,01
5	-0,09	0,07	0,03	0,29	1,00	0,28	-0,05	0,22	0,30	0,42	0,17	0,36	0,32	0,00	0,23	-0,34	-0,00	0,24	0,38	0,12	-0,34	-0,09	-0,15	0,28	0,13	0,12	0,27	-0,23	-0,19	0,22	0,03	0,21
6	-0,12	0,00	-0,08	0,72	0,28	1,00	0,54	0,48	0,45	0,78	0,56	0,94	0,56	0,41	0,32	-0,33	0,42	0,41	0,46	0,64	-0,51	-0,44	0,23	-0,11	0,39	-0,01	-0,03	0,09	-0,19	0,20	0,30	0,00
7	-0,04	0,06	-0,11	0,56	-0,05	0,54	1,00	0,37	0,30	0,52	0,34	0,60	0,39	0,42	0,14	-0,05	0,27	0,04	0,11	0,36	-0,39	-0,30	0,14	-0,14	0,15	0,01	-0,03	0,02	-0,21	0,17	0,21	0,10
8	-0,10	0,03	0,02	0,33	0,22	0,48	0,37	1,00	0,39	0,31	0,26	0,42	0,77	0,15	0,03	-0,27	0,17	0,33	0,01	0,30	-0,24	-0,34	0,33	0,04	0,01	-0,05	0,06	-0,03	-0,19	0,02	0,26	0,24
9	-0,17	0,02	-0,15	0,28	0,30	0,45	0,30	0,39	1,00	0,31	0,53	0,39	0,89	0,55	0,21	-0,78	0,72	0,69	0,37	0,33	-0,78	-0,80	0,08	0,22	0,16	-0,18	-0,02	-0,25	-0,31	0,06	0,12	0,07
10	-0,15	0,00	-0,14	0,65	0,42	0,78	0,52	0,31	0,31	0,00	0,47	0,91	0,37	0,10	0,48	-0,13	0,19	0,13	0,52	0,45	-0,51	-0,16	0,13	-0,11	0,29	0,09	0,04	-0,13	-0,35	0,08	0,20	0,01
11	0,07	0,06	-0,22	0,12	0,17	0,56	0,34	0,26	0,53	0,47	1,00	0,46	0,50	0,31	0,07	-0,21	0,56	0,51	0,40	0,36	-0,64	-0,38	-0,17	0,10	0,22	0,17	0,17	0,06	0,01	0,10	0,19	0,05
12	-0,23	0,01	-0,09	0,85	0,36	0,94	0,60	0,42	0,39	0,91	0,46	1,00	0,49	0,31	0,36	-0,25	0,32	0,29	0,56	0,63	-0,51	-0,36	0,25	-0,17	0,36	0,03	0,03	-0,05	-0,33	0,05	0,25	0,00
13	-0,17	0,00	-0,09	0,36	0,32	0,56	0,39	0,77	0,89	0,37	0,50	0,49	1,00	0,46	0,13	-0,68	0,59	0,65	0,26	0,38	-0,66	-0,73	0,22	0,17	0,11	-0,15	0,02	-0,19	-0,31	0,03	0,04	0,07
14	-0,04	0,01	0,09	-0,31	0,00	-0,41	-0,42	0,15	0,55	0,10	0,31	-0,31	0,46	1,00	0,20	0,51	-0,64	-0,51	-0,15	0,30	0,53	0,75	0,04	0,08	0,12	0,28	0,18	0,07	0,16	0,13	0,02	0,25
15	-0,08	0,01	0,01	-0,13	-0,23	-0,32	-0,14	0,03	0,21	0,48	0,07	-0,36	0,13	0,20	1,00	0,01	0,42	0,40	0,01	0,19	0,00	-0,37	-0,15	0,08	0,37	-0,20	0,24	-0,13	0,11	0,18	0,02	0,12
16	0,13	0,00	0,07	-0,21	-0,34	-0,33	-0,05	0,27	0,78	0,13	0,21	-0,25	0,68	0,51	0,01	1,00	-0,48	-0,55	-0,31	0,23	0,61	0,65	0,01	-0,18	0,30	0,09	0,20	0,24	0,34	0,07	0,30	0,00
17	-0,27	0,04	-0,05	0,26	-0,00	0,42	0,27	0,17	0,72	0,19	0,56	0,32	0,59	0,64	0,42	-0,48	1,00	0,79	0,45	0,55	-0,64	-0,82	0,06	-0,04	0,06	-0,08	0,07	-0,03	-0,00	0,01	0,05	0,10
18	-0,18	0,00	-0,00	0,23	0,24	0,41	0,04	0,33	0,69	0,13	0,51	0,29	0,65	0,51	0,40	-0,55	0,79	1,00	0,44	0,66	-0,57	-0,76	0,05	0,18	0,02	-0,04	0,23	-0,07	-0,05	0,03	0,08	0,14
19	-0,24	0,04	-0,11	0,54	0,38	0,46	0,11	0,01	0,37	0,52	0,40	0,56	0,26	0,15	0,01	-0,31	0,45	0,44	1,00	0,52	-0,46	-0,43	-0,07	-0,26	0,36	0,31	0,27	-0,29	-0,31	0,29	0,02	0,21
20	-0,30	0,01	0,03	0,62	0,12	0,64	0,36	0,30	0,33	0,45	0,36	0,63	0,38	0,30	0,19	-0,23	0,55	0,66	0,52	1,00	-0,37	-0,47	0,18	-0,07	0,19	0,09	0,18	-0,06	-0,17	0,06	0,20	0,03
21	0,16	0,00	0,20	-0,32	-0,34	-0,51	-0,39	0,24	0,78	0,51	0,64	-0,51	0,66	0,53	0,00	0,61	-0,64	-0,57	-0,46	0,37	1,00	0,69	0,17	-0,09	0,18	0,18	-0,10	0,32	0,47	0,18	0,21	0,10
22	0,18	0,00	0,07	-0,38	-0,09	-0,44	-0,30	0,34	0,80	0,16	0,38	-0,36	0,73	0,75	0,37	0,65	-0,82	-0,76	-0,43	0,47	0,69	1,00	-0,08	-0,04	0,20	0,31	0,03	0,19	0,29	0,02	0,09	0,23
23	-0,30	0,06	0,20	0,35	-0,15	0,23	0,14	0,33	0,08	0,13	0,17	0,25	0,22	0,04	0,15	0,01	0,06	0,05	-0,07	0,18	0,17	-0,08	1,00	-0,28	0,13	-0,13	0,12	-0,10	-0,24	0,01	0,16	0,05
24	0,27	0,06	0,04	-0,28	0,28	-0,11	-0,14	0,04	0,22	0,11	0,10	-0,17	0,17	0,08	0,08	-0,18	-0,04	0,18	-0,26	0,07	-0,09	-0,04	-0,28	1,00	0,25	0,08	0,06	0,15	0,23	0,24	0,09	0,34
25	0,12	0,08	0,18	-0,29	0,13	-0,39	-0,15	0,01	0,16	0,29	0,22	-0,36	0,11	0,12	0,37	0,30	-0,06	-0,02	-0,36	0,19	0,18	0,20	0,13	0,25	1,00	0,00	0,60	-0,12	0,10	0,17	0,20	0,29
26	0,11	0,09	0,06	-0,01	0,12	-0,01	0,01	0,05	0,18	0,09	0,17	0,03	0,15	0,28	0,20	0,09	-0,08	-0,04	0,31	0,09	0,18	0,31	-0,13	0,08	0,00	1,00	0,16	0,07	0,18	0,06	0,24	0,20
27	0,07	0,05	0,08	0,08	0,27	-0,03	-0,03	0,06	0,02	0,04	0,17	0,03	0,02	0,18	0,24	0,20	0,07	0,23	0,27	0,18	0,10	0,03	0,12	0,06	0,60	0,16	1,00	-0,18	-0,14	0,22	0,22	0,23
28	0,06	0,01	0,03	-0,12	-0,23	0,09	0,02	0,03	0,25	0,13	0,06	-0,05	0,19	0,07	0,13	0,24	-0,03	-0,07	-0,29	0,06	0,32	0,19	-0,10	0,15	0,12	0,07	-0,18	1,00	0,79	0,89	0,62	0,28
29	0,10	0,02	0,04	-0,36	-0,19	-0,19	-0,21	0,19	0,31	0,35	0,01	-0,33	0,31	0,16	0,11	0,34	-0,00	-0,05	-0,31	0,17	0,47	0,29	-0,24	0,23	0,10	0,18	-0,14	0,79	1,00	0,54	0,42	0,17
30	0,17	0,04	0,02	-0,01	-0,22	0,20	0,17	0,02	0,06	0,08	0,10	0,05	0,03	0,13	0,18	0,07	0,01	-0,03	-0,29	0,06	0,18	0,02	0,01	0,24	0,17	0,06	-0,22	0,89	0,54	1,00	0,59	0,29
31	0,12	0,00	0,05	0,15	-0,03	0,30	0,21	0,26	0,12	0,20	0,19	0,25	0,04	0,02	0,02	0,30	0,05	0,08	-0,02	0,20	0,21	0,09	0,16	0,09	0,20	0,24	0,22	0,62	0,42	0,59	1,00	0,20
32	-0,02	0,10	0,12	-0,01	0,21	0,00	0,10	0,24	0,07	0,01	0,05	-0,00	0,07	0,25	0,12	-0,00	-0,10	-0,14	-0,21	0,03	0,10	0,23	0,05	0,34	0,29	0,20	0,23	0,28	0,17	0,29	0,20	1,00

Умовні позначення Додатку Д, Д 1, Д 2

1. Стать; 2. Сімейний стан; 3. Прийняття в суспільстві; 4. Фізична агресія; 5. Непряма агресія; 6. Роздратування; 7. Негативізм; 8. Образа; 9. Підозрілість; 10. Вербальна агресія; 11. Провина; 12. Індивідуальна агресивність; 13. Індивідуальна ворожість; 14. Самопочуття; 15. Активність; 16. Настрій; 17. Тривожність; 18. Фрустрація; 19. Агресивність; 20. Ригідність; 21. Тривожність; 22. Депресивність; 23. Прийняття; 24. Соціально бажана поведінка; 25. Симбіоз; 26. Контроль; 27. Невдаха; 28. Хронічна втома; 29. Фізичний дискомфорт; 30. Когнітивний дискомфорт; 31. Порушення емоційної сфери; 32. Мотив соціальний

Факторна модель емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами раннього віку

Factor Loadings (Varimax normalized) (БАТЬКИ_ран) Extraction: Principal components (Marked loadings are >,500000)						
	Factor - 1	Factor - 2	Factor - 3	Factor - 4	Factor - 5	Factor - 6
Фізична агресія	0,001014	0,039748	0,515380	-0,109920	0,038826	0,016260
Непряма агресія	-0,002963	0,149633	0,208651	0,056901	0,045272	0,306292
Роздратування	0,442524	0,077785	0,440999	0,094841	0,073098	-0,158530
Негативізм	-0,072266	0,190944	0,668932	-0,184755	0,184349	-0,227595
Образа	0,704994	-0,063532	0,354285	0,223269	0,070372	0,302084
Підозрілість	0,574419	-0,080438	0,442087	-0,113769	0,066201	-0,297939
Вербальна агресія	-0,014037	-0,274217	0,759945	-0,016509	0,292493	0,083706
Провина	0,535974	-0,065894	-0,086042	0,069863	0,704094	0,056582
Індекс агресії	0,156038	-0,064144	0,688442	-0,019761	0,046484	-0,017201
Індекс ворожості	0,782840	-0,084587	0,468527	0,103142	0,082482	0,069038
Самопочуття	-0,476235	-0,146588	0,318770	0,211124	-0,361304	0,314564
Активність	0,038580	-0,120494	-0,692843	-0,039896	-0,034605	0,493624
Настрій	-0,270998	-0,362835	-0,015110	0,262976	-0,767327	0,145828
Тривожність	0,786010	0,272091	-0,158874	0,129438	0,027443	-0,033115
Фрустрація	0,858721	0,124512	-0,031197	0,132344	0,111023	-0,026745
Агресивність	0,275414	0,128191	0,638500	0,079167	0,085512	0,006071
Ригідність	0,658663	0,085120	0,411081	0,205083	0,389595	0,186061
Тривожність	-0,661571	0,050220	0,059959	0,365848	0,084256	0,344181
Депресія	-0,762364	0,120682	-0,022597	-0,002878	0,360632	0,246770
Прийняття	-0,102428	-0,016398	-0,050999	-0,714140	0,274010	-0,173152
Кооперація	-0,176699	0,256976	-0,058353	-0,461030	0,121033	0,522347
Симбіоз	0,081015	-0,017076	0,395779	-0,820163	-0,120766	-0,001251
Контроль	-0,079656	-0,070835	-0,206138	0,144696	0,016438	0,845038
Невдаха	-0,191771	0,265516	-0,142491	-0,770910	-0,000032	0,036911
Хронічна втома	0,035459	0,971295	-0,000887	-0,105545	0,120344	-0,004577
Фізичний дискомфорт	0,125029	0,890506	-0,031837	-0,186088	0,156369	0,001416
Когнітивний дискомфорт	0,004999	0,877086	-0,115711	-0,199437	0,095971	-0,028743
Порушення в емоц.-афект. сф.	-0,188823	0,839867	0,066707	0,112611	0,152029	0,005878
Зниж_мотиву соціальн. взаєм.	0,231797	0,692767	0,281152	0,097312	-0,133456	0,024865
Expl.Var	5,335889	4,298859	4,062658	2,587340	3,732824	1,965791
Prp.Totl	0,183996	0,148237	0,140092	0,089219	0,128718	0,067786

Порівняльний аналіз (критерій Вілкоксона) показників емоційних станів та батьківського ставлення до і після психокорекційної та психотерапевтичної роботи з батьками дітей з особливими потребами

Критерій Вілкоксона $p < ,05000$				
	Valid - N	T	Z	p-level
Прийняття і допомога суспільства	50	10,00000	3,420585	0,000625
Фізична агресія	50	478,0000	0,198393	0,842738
Непряма агресія	50	355,5000	0,481447	0,630199
Роздратування	50	456,5000	1,137582	0,255296
Негативізм	50	251,5000	1,040076	0,298306
Почуття образи	50	290,0000	0,675555	0,499324
Підозрілість	50	301,0000	1,465101	0,142894
Вербальна агресія	50	337,0000	0,981215	0,326488
Почуття провини	50	308,0000	1,371012	0,070372
Індекс агресії	50	528,0000	0,380958	0,703235
Індекс ворожості	50	325,5000	1,360628	0,073632
Самопочуття	50	390,0000	1,841296	0,065579
Активність	50	476,0000	1,559005	0,118996
Настрій	50	340,0000	2,871850	0,004081
Тривожність	50	321,5000	2,212360	0,026942
Фрустрація	50	551,0000	0,379492	0,704323
Агресивність	50	444,5000	1,264568	0,206027
Ригідність	50	368,5000	1,681845	0,092600
Тривожність	50	240,5000	3,832352	0,000127
Депресія	50	339,0000	2,881504	0,003958
Прийняття	50	201,0000	3,969283	0,000072
Кооперація	50	87,5000	4,755603	0,000002
Симбіоз	50	168,5000	3,395090	0,000686
Авторитарна гіперсоціалізація Контроль	50	259,0000	0,917232	0,359022
Маленький невдаха	50	19,50000	5,401583	0,000000
Хронічна втома	50	200,0000	3,851906	0,000117
Фізичний дискомфорт	50	117,0000	4,520664	0,000006
Когнітивний дискомфорт	50	118,0000	4,286608	0,000018
Порушення емоційної сфери	50	454,5000	0,472643	0,636468
Зниження мотиву і зм. в сф.соціальн. взаєм.	50	182,0000	1,974647	0,048309