m_educ_2025_186

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА

Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи

кафедра практичної психології

Особливості прояву інтеракцій в сімейних системах що мають дітей з особливими потребами

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти- другий (магістерський)

Виконав:
студент 2 курсу, 604 групи
Васківчук Роман Георгійович
Керівник:
канд. психол. наук,
доц. **Сімак А.А.**

До захисту допущено

на засіданні кафедри
протокол № ___ від _____ 2024 р.

зав. кафедри_____доц. Радчук В.М.

Чернівці – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП…….. 3

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ РАКУРСИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ІНТЕРАКЦІЙ В СІМЕЙНИХ СИСТЕМАХ ЩО МАЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ……..6

1.1. Експлікаційний аналіз психологічної природи дитини що має особливі потреби….……6

1.1.1. Ретроспективна пресупозиція теоретичних підходів до розуміння психології дітей що мають особливі потреби…….……6

1.1.2. Аналітичний огляд класифікаційних категорій дітей що мають особливі потреби……

1.2. Психологічні особливості сімейної системи з дитиною що має особливі потреби……..

1.2.1.Особливості функціонування сімейної системи та впливу хвороби дитини з особливими потребами на сім’ю та особистість батьків.....

1.2.2. Аналіз моделей інтеракцій в сім'ях, що мають дітей з особливими потребами……

1.3. Організаційно-методичні концепти психокорекційної допомоги сім’ям, що мають дітей з особливими потребами……....

1.3.1. Провідні аспекти психологічного супроводу сім'ї, що мають дітей з особливими потребами……..…….

1.3.2. Базові принципи продуктивного сімейного виховання дітей з особливими потребами……..

1.3.3. Консультативно-корекційна робота з матерями, що мають дітей з особливими потребами……..

Висновки до першого розділу…….

РОЗДІЛ ІІ. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ІНТЕРАКЦІЙ В СІМЕЙНИХ СИСТЕМАХ ЩО МАЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження……

2.2. Апостеріорні результати дослідження особливостей прояву інтеракцій в сім'ях що мають дітей з особливими потребами ….……

2.2.1. Індикація типів патологізуючого сімейного виховання серед досліджуваних респондентів-матерів, які мають дітей з особливими потребами……..

2.2.2. Ідентифікація ступеню вираженості переважаючого типу прив'язаності до значущих осіб своєї сім'ї серед респондентів-дітей що мають особливі потреби…….…

Висновки до другого розділу…….

ВИСНОВКИ……

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..

ДОДАТКИ……..

Вступ

За останні кілька років надзвичайно актуальною постає проблема адаптація сім'ї до виховання дитини з обмеженими можливостями.

Кількість дітей з інвалідністю в Україні щорічно зростає. Станом на 2004 рік за даними Державного комітету у справах сім'ї і молоді в Україні на 10 тисяч дітей налічується 100 дітей з різним обмеженнями. Держава таких дітей повинна забезпечити необхідними засобами реабілітації які сприяють повному або частковому відновленню здоров'я та допомогти такій дитині на скільки це можливо реалізувати себе у суспільстві.

Велика кількість вчених приділяє велику кількість уваги для того щоб якнайкраще вивчити дану проблему і допомогти батькам які виховують дитину з обмеженими можливостями знайти ту інформацію яка знадобиться батькам на різних етапах життя дитини. Не варто залишати без уваги старших братів і сестер які набувають досвіду виховання такої дитини і у випадку народження у брата чи сестри дитини з обмеженими можливостями вони знають як діяти у тих чи інших ситуаціях. Не варто оминати увагою і матерів, адже їм не рідко й самим потрібне не тільки фізичне відновлення а й насамперед психологічне . У своїй роботі я намагатимусь звернути увагу на ці та інші аспекти у вихованні дитини з обмеженими можливостями.

Отже, актуальність зазначеної проблематики, її недостатня розробленість зумовили вибір теми нашого дослідження: «Інтеракційно-виховні інтенції в сім'ях що мають дітей з особливими потребами пубертатного та юнацького віку».

Об'єкт дослідження – сімейні системи які мають дітей з особливими потребами.

Предмет дослідження – особливості прояву інтеракцій в сімейних системах що мають дітей з особливими потребами.

Мета дослідження полягає в теоретичній та емпірично–діагностичній експлікації інтеракційних проявів в сімейних системах що мають дітей з особливими потребами.

Основною гіпотезою дослідження стало припущення про те, що дитина, яка має особливі потребами, є каталізатором інтеракційних змін в сім'ї, що тригерує петлю кругового зворотного зв’язку (це процес коли поведінка одного члена сім'ї впливає на поведінку інших членів сім'ї, де знову відбувається вплив на цю особу), а це сприяє флуктуації між функціональними (для сім’ї та для особи з особливими потребами) та патологізуючими інтеракціями продукуючи та/або фіксуючи релевантну симптоматичну поведінку. Також, припускаємо, що об’єктом прив'язаності більшості дітей з особливими потребами – виступає мати, оскільки вони найбільше задіяні в опікуванні дитини; а патологізуючі інтеракції проявляються в гіперпротекції, в контролі, недостатності висуванням вимог щодо обов'язків дитини, непослідовності, потуранні та емоційній лабільності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми особливостей прояву інтеракцій в сімейних системах що мають дітей з особливими потребами.
2. Здійснити емпірично-діагностичне дослідження структурних компонентів, які визначають провідні інтеракції в сім’ї.
3. Емпірично ідентифікувати патологізуючі предикаторні маркери процесів виховання в сім'ї та їх контаміновані варіанти, які утворюють патологізуючий тип сімейного виховання у сім'ях, що мають дітей з особливими потребами.
4. Ідентифікувати ступінь вираженості превалюючого типу прив'язаності до значущіх осіб своєї сім'ї серед досліджуваних респондентів-дітей, що мають особливі потреби

5. Автентифікувати особливості та рівні прояву інтеракцій батьків та дітей в сім'ях з дітьми що мають особливі потреби.

6. Систематизувати та узагальнити опрацьований матеріал у висновках.

У процесі дослідження застосовано такі ***методи***:

- *теоретичні:* аналіз, синтез, узагальнення теоретично-прикладних засад досліджуваної проблеми, представлених у науковій літературі;
- *психодіагностичні:* Опитувальник АВС для батьків підлітків від 11 до 21 року; Шкала прив'язаності дитини до членів своєї сім'ї; Опитувальник взаємодії батьки-діти «ВБД»;
- *статистичні*: знаходження середніх величин, процентних співвідношень, параметричний метод статистичного висновку критерія t-Стюдента за формулами для однієї вибірки.

Таке методичне забезпечення дозволило отримати емпіричні показники особливостей інтеракційно-виховних інтенцій в сім'ях що мають дітей з особливими потребами**.**

База дослідження. Сукупна вибірка становила 60 осіб, з яких 30 досліджуваних респондентів – це матері дітей з особливими потребами та 30 респондентів - діти з особливими потребами (15 досліджуваних – це респонденти старшого пубертатного періоду (16-17 років) та 15 досліджуваних респондентів – це особи юнацького віку (18-21рік)). Проте, сукупна вибірка досліджуваних дітей (30 осіб) на субвибірки за критерієм вікової періодизаційної диференціації не застосовувалась, експлікуємо це тим, що сім'ї які мають дітей з особливими потребами, у своїх інтеракціях, проявляють лабільну, з тенденцією до перманентності, дисфункційну рекурсивність по відношенню до дорослих дітей і обумовлено це тим, що особа з особливими потребами більше потребує турботи, внаслідок її особливостей, необхідного задоволення гедонічних потреб, так само як до дітей більш ранніх вікових періодів, і таке ставлення до дітей, яке викликано необхідністю, екстраполюється і на інтеракційну психологічну сферу.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається із вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (….найменування), додатків. Загальний обсяг роботи викладено на 77 сторінках, з яких 73 сторінок – основний зміст, проілюстровано 5 рисунками, 3 таблицями, двома додатками.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ РАКУРСИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ІНТЕРАКЦІЙ В СІМЕЙНИХ СИСТЕМАХ ЩО МАЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

1.1 Експлікаційний аналіз психологічної природи дитини що має особливі потреби

1.1.1. Ретроспективна пресупозиція теоретичних підходів до розуміння психології дітей що мають особливі потреби

Труднощі сім'ї яка виховує дитину з відхиленнями в розвитку проявляються в різних сферах життя дитини.

Взаємовідносини сім'ї, що виховує дитину з відхиленнями у розвитку і суспільства пройшли довгий шлях від засудження суспільства яке пропагувало позбутися неповноцінних дітей, до повного розуміння людиною проблем такої дитини.

Варто сказати, що проблеми в сім'ї виникають одразу після народження дитини з недоліками.

Особливо добре вивченою історія сім'ї з США де виховувалась дитина з відхиленнями в розвитку. Історія чітко поділяється на 4 періоди:

1. Колоніальний період
2. Вікторіанська епоха
3. Епоха загального благоденства
4. Епоха боротьби з бюрократизмом

Сім'я колоніальної епохи 1600-1820 рр. У даний період самотні люди, люди що не брали шлюб мали знаходитись під контролем у хорошої сім'ї. Виховання дітей з вадами полягало у жорстокому контролі над ними.

Вікторіанська епоха(1820-1915 рр.)

Дана епоха має назву “дикий капіталізм.” У цей період відбулись радикальні зміни в суспільстві і сім’ї. Капіталізм мав потребу у доступній робочі силі, щоб отримувати прибуток.

У цей період відбуло зрушення у соціальній структурі суспільства, тобто перехід відполітичної моделі, заснованої на управлінні елітою (номенклатурою), до опори наринкові важелі управління.

У цю епоху вже були добре організовані установи для дітей із відхиленнями у розвитку. У такі установи дітей підбирали за віком. Поведінка дитини мала відповідати певним вимогам тобто бути передбаченою та такою якою можна керувати. Як тільки була введена система державних шкіл з'явилися й програми навчання, що містять нормативи для дітей різного віку. Вивчалися проблеми сімей, де діти опинялися поза школою. В підприємницькій сім'ї діти з відхиленням у розвитку заважали досягненню успіху за наявності жорсткої конкуренції за умов ринкової економіки. Тому було соціально прийнятним виховувати дітей у спеціальних установах. Вимогаконтролю над ними, характерне для попередньої епохи, було трансформовано на економічну вимогу — зробити їх корисними для суспільства.

Створювались теорії згідно з якими все людство поділося на двіраси: творчу (креативну) та імітуючу, не здатну до творчості тамарну для суспільства. Суть теорії спадкової дегенерації Бенедикта Мореля (1857) полягає в тому, що всі психічні порушення та відхилення в поведінці визначаються спадковими факторами і стають все глибшими від покоління до покоління (ефект антиципації) у зв'язку із втратою життєвої енергії аж до досягнення стадії ідіотії. До таких відхилень він відносив божевілля, пауперизм (професійне жебрання), проституцію, незаконне народження. Ця теорія мала

великий резонанс у суспільстві та сприяла погіршенню ставлення до людей з вадами у розвитку. Було досліджено безліч родоводів, і спочатку висновки Мореля підтверджувалися. Це слугувало обґрунтуванням політики утримання людей з вадами розвитку ізольовано у спеціальних установах.

Найбільш раннім з таких емпіричних досліджень була робота Річарда Дугдейла.(1877). Він провів генеалогічний аналіз шести поколінь однієї сім'ї та виявив переважання випадків пауперизму, проституції, захворювання на сифіліс, частоти незаконнонароджених дітей, криміналу серед кровних родичів у порівнянні з родичами по шлюбу, а не по крові.

Епоха загального благоденства (1915-1965 рр.)

Даний період характеризується істотними змінами у моделі сім'ї. Після першої світової війни США досягло статусу індустріальної держави. Епоха,що передувала першій світовій війні, пройшла під гаслом «виживання найбільш пристосованих у боротьбі існування». Однак після першої світової війни з'явилося інше гасло — «Об'єднання націй», бо лише у союзі наційполягає сила та можливість виконання бажань.

У сімейному житті це виявилося у непопулярності підприємницького зразка сім'ї з його орієнтацією конкуренцію як основу виживання. Пропонується інша модель сім'ї - модель, що робить акцент на дружніх відносинах міжподружжям, модель партнерської сім'ї, постійно підкреслюється примат взаємності,взаємності, рівноправного партнерства між подружжям. Таким чином, бажанняєдності у суспільстві перемогло над індивідуалізмом.

Принцип конкуренції зазнав невдачі як основного принципу формуваннягромадських інститутів, зокрема й сім'ї. Ідеал сім'ї користувався популярністю і до першої світової війни, проте пізніше

його значення ще більше зростало, тому що жінка отримала право голосу і ті ж права, що чоловік. у XIX ст. відмова від підприємницької моделі сім'ї розглядався як ознака сімейної дегенерації, а «цілющою» соціальною політикою була ізоляція істерилізація, то у середині XX ст. як соціальну дегенерацію стали розглядативідхилення від партнерської моделі сім'ї.

Дослідження ставили за мету визначити коло заходів,спрямованих на полегшення тяганини сім'ї, що виховує дитину з відхиленнями врозвитку.

Дискутувалася ефективність спеціальних класів для розумово відсталихдітей у масових школах. Вивчався рівень стресу в сім'ях, які мають дітей з недоліками у розвитку, психічне здоров'я членів сім'ї, їх економічніпроблеми, ступінь соціальної ізоляції у зв'язку із труднощами поведінки дитини.

Дослідження були сфокусовані на потребах дітей, на необхідності організації їх реабілітації. Було запропоновано нормативи здорового способу життя для партнерської сім'ї. Вивчали характер стресових подій та способи адаптації до цих подій батьків.

У ранніх дослідженнях Фарбер (1959 р.) визначив характер кризи сім'ї,яка має дитину з тяжким недоліком у розвитку, як зупинку її життєвого циклу:

1. Розвиток циклу уповільнюється, зміни сімейних ролей немає.
2. Життєвий цикл сім'ї втрачає свою синхронність, причому більше його

асинхронність, тим більше міра сімейної кризи.

Фарбер показав, що ситуація в сім'ї, яка має дитину з тяжкоюхворобою , стає навіть більш стресогенною у міру розвитку сімейногоциклу. Згідно концепції зупинки сімейного циклунезалежно від порядку народження та соціальної ролі проблемної дитини ця дитина поступово переміщається у бік молодшої дитини, тобто не

дорослішає. Наявність у нього недоліків у розвитку впливає на адаптацію здорових братів і сестер, за виключенням тих випадків, коли між дітьми велика різниця у віці.

Епоха боротьби з бюрократизмом. На даному етапі сім’я розглядається(дотепер) як аналог держави. Підкреслювалося чоловіче верховенство в сім'ї над дружиною, дітьми, слугами. Це закріплювалося у законах держави. Кожна народжена у країні дитина належить лише батькові. Така сім’я сприймалась як основа непорушності державних засад.

1.1.2. Аналітичний огляд класифікаційних категорій дітей що мають особливі потреби

Класифікаційні категорії дітей з особливими потребами:

- **Діти** з порушеннями слуху
- **Діти** з порушеннямимовлення.
- **Діти** з порушеннямизору.
- **Діти** з раннімдитячим аутизмом
- **Діти** з порушеннями опорно-руховогоапарату
- **Діти** з синдромом Дауна

А зараз звернемо увагу окремо на кожну із категорій.

1.Діти з порушеннями слуху.

За статистикою 6 із 1000 немовлят мають певні порушення слуху

Вірогідні причини порушення слуху:

1.Захворювання інфекційного характеру

2. Отит

3. Родові травми та інше

Глухота-це повна відсутність слуху як такого, саме тому розпізнавання звуків є неможливим.За даними статистики 12% скаржаться на зниження слуху. Якщо людина частково втратила слух це можна виправити різними слуховими апаратами.Учениця Л.

Виготського Р. Боскісвиділила дві категорії дітей з порушеннями слуху: глухі і слабочуючі.Слабочуючі діти-це діти у яких знижений слух, але є можливість розвитку мови.Глухі- це діти які набули вродженої або набутої глухоти при народженні. Варто сказати що такі діти не можуть самостійно придбати навики мови.

О.І. Дячков після того як провів дослідження 310 дітей виявив, що тільки в 7% дітей виявлена вроджена глухота. Через захворювання мозку слух зник у 67% досліджуваних. При порушенні слуху, мова дитини може бути дещо специфічною або незрозумілою для людини.Світ змінюється і погляди людей на втрату слуху теж.

Дедалі більше людей починають вивчати мову жестів для того, щоб не було ніяких бар'єрів між спілкуванням здоровових, глухих і слабочуючих людей.Діти з порушенням, або втратою слуху теж хочуть хочуть бути повністю соціалізованими та бути на рівні з іншими. Тому батьки все частіше віддають дітей у звичайну загальноосвітню школу.Але для того щоб така дитина могла навчатись, вчитель повинен знати і дотримуватись певних рекомендацій які призначенні для навчання дітей із глухотою.

Рекомендації для вчителя під час роботи з дітьми які мають певні порушення або повну втрату слуху:

1.Учителю потрібно повністю навчитись перевіряти чи справний слуховий апарат дитини, адже це запорука того що дитина буде добре чути те, що ви хочете їй донести, адже під час навчання налаштування апарату можуть випадковим чином змінитись і його буде потрібно повернути на ту звукову хвилю на якій він був раніше.

2. Також робоче місце такого учня повинно знаходитись максимально близько до вчителя як тільки це можливо, це потрібно для того, щоб учень чітко бачив вчителя та його артикуляцію, це необхідно для того, щоб учень правильно зрозумів завдання яке перед ним поставлено.

3. Коли ви, збираєтесь почати нову тему впевніться в тому, учень чітко дивиться на вас і слухає.

4. Надайте учневі стислий конспект, у якому найповніше передані основні поняття, терміни, формули які будуть представлені на даному занятті.

5.Дайте учневі можливість висловити свою думку, по можливості не перебивайте його.

6. Старайтесь взаємодіяти із батьками дитини. Поговоріть з ними у неформальній обстановці, обговоріть з ними всі особливості дитини, сильні і слабкі сторони.

Наталії Адамюк-співробітниця відділу навчання жестової мови Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України зазначає, що також не має змоги чути і спілкується через перекладача жестової мови. Також за її словами для ефективної комунікації між учнями перед приходом особливого учня в клас, іншим потрібно пояснювати, що з ними буде навчатись така дитина і вона абсолютно така ж як усі, у неї також є інтереси і певні досягнення.

Що робити якщо дитину не сприймають у класі?За словами пані Наталії з тими хто образив учня, потрібно говорити і поступати по ситуації, але ні в якому разі таку бесіду не можна проводити в присутності глухої дитини, адже тоді вона буде при будь якій ситуації користуватись своїм станом.

Якщо інші діти систематично ображають таку дитину то це, можна розцінювати як особисту неприязнь та відразу не тієї дитини яка ображає, а її батьків. В такому випадку потрібно розмовляти з батьками дитини яка принижує.

Для того щоб все правильно систематизувати у класі повинен бути помічник вчителя.Наприклад, якщо дитину викликають до дошки, то повинен бути і вчитель і асистент поряд з дитиною. Є

певний алгоритм.Спочатку вчитель задає питання учневі, асистент перекладає на мову жестів і тільки тоді дитина відповідає. Відповідь здійснюється за таким самим принципом.Зробимо висновок.

Отже, з вищезазначеного мною варто сказати, що глухі діти існують і суспільство повинно призвичаїтись до них і не сприймати їх як особливих,а ставитись до них як до звичайних дітей, адже для них це є дуже важливо, бо так вони ідентифікують себе з іншими і не відділяють себе від абсолютно здорових дітей.

2. Діти з порушеннями мовлення.

Є різні види порушення мови, розглянемо деякі із них:

1. Дислалія
2. Дисфонія
3. Заїкання
4. Алалія
5. Афазія

Дислалія- це порушення вимови звуків при нормальному слухові.

Є два види дислалії- це механічна і функціональна.

- Механічна дислалія-це неправильна звуковимова яка викликана дефектами мовного периферійного апарату.

- Функціональна дислалія- характеризується проблемами роботи головного мозку на фоні соціального фактору.

Лікарі виділяють такі типи дислалії:проста і складна.

При простій дислалії дитина не може вимовити максимум 4 звуки.Складна дислалія характерна тим, що дитина не може вимовити більше 4 звуків.Перед тим, як перейти до лікування даної хвороби лікарі встановлюють її причини. Від цього залежить як буде проводитись подальше лікування(корекція). Якщо у дитини механічна форма хвороби то може бути потрібно хірургічне втручання.

Корекція.

Корекційну роботу з дитиною повинен проводити логопед.Вона складається з декількох етапів:

1. Встановлення контакту з дитиною. Логопед повинен викликати у дитини інтерес до занять, вміти знайти підхід до будь якої дитини.
2. Формування певних навиків. Логопед повинен навчити дитину правильно вимовляти певні звуки.
3. А також повинен допомогти сформувати комунікативні навички, тобто дитина повинна навчитись правильно і без помилок вимовляти всі звуки.

Дисфонія- це порушення голосу.

Логоневроз(заїкання).

Логоневроз може виникнути в дитячому віці у результаті якого небудь стресу. Наприклад, дитина злякалася собаки і через це почала заїкатися.Як вважає В.Н. Мясищев патогенез заїкання розуміється з позиції І.П. Павлова про вищу нервову діяльність як мовно-моторний невроз.На думку Н.А. Власової є ефективним у процесі виховання мови від поєднаної до нормальної.

Алалія - недорозвинення мови, або повна її відсутність, при якому дитина чудово все розуміє і виразно чує. Як правило, при алалії дитина не може правильно говорити в силу обмеженого словникового запасу, або неправильної побудови фрази. У найскладнішій формі захворювання – мова відсутня повністю. При найлегшій формі захворювання симптоми даної хвороби дуже схожі з сим потами недорозвиненої мови.

Види алалії:сенсорна і моторна.

При сенсорній алалії мову дитини розібрати неможливо. Симптоми сенсорної алалії:дитина дуже сприйнятлива до звукіт через те, що слів не розуміє. Його мова не має сенсу. Дитина може з’єднувати два слова в одне, в кінці слова ставить неправильний

наголос на закінчення. Дитина не може запам’ятовувати нові слова, використовує міміку і жестикуляцію.

А також може спостерігатись різка зміна настрою.

Моторна алалія.

При такому захворюванні діти, як правило, взагалі не говорять, або кажуть тихо, їх мова невиразна. При цьому вони повністю розуміють, що їм говорять інші люди, за необхідності можуть довести це, використовуючи жестикуляцію.

Симптоматика моторної алалії:

- активна міміка та жестикуляція;
- через обмежений лексикон дитина часто не розуміє про що йому говорять;
- відсутність мови або невиразна вимова звуків;
- швидка стомлюваність, непрацездатність, стрибки настрою;
- порушення дрібної моторики.

Найважча форма захворювання – сенсомоторна алалія. При цій формі дитина не може зрозуміти, що їй говорять і нічого не може вимовити.Сенсорна алалія легше піддається лікуванню, ніж моторна.

Діагностика лікування.

До лікаря варто звернутися одразу після досягнення дитиною трьох років якщо ви помічаєте, що мова вашої малечі розвинута не достатньо для цього віку. Алалія дуже небезпечне захворювання, воно може призвести до розумової відсталості

Діагностика хвороби включає в себе: електроенцефалографію, ехоенцефалографію, рентгенографію черепа і МРТ.

Афазія-це повна або чаткова втрата мови, обумовлена ураженням мовленнєвих зон кори головного мозку(після 3 років) .

3.Діти із порушенням зору.

На сьогодні в Україні проблема порушення зору займає 1 місце серед інших проблем.

Сліпі- це люди у яких відсутній зір,або ті які лише незначно відчувають світло, гострота зору таких людей до 0,004.Причиною зниження гостроти зору можуть бути вроджені хвороби, або аномалії очей, що можна побачити найчастіше, за статистикою у 70% випадків.

Чинники які впливають на розвиток аномалій очей можуть бути абсолютно різними:

1. Внутрішні чинники: спадковість, гормональні збої матері та порушення обміну речовин та ін.
2. Зовнішні чинники:інтоксикація або різного роду вірусні захворювання.

Серед всіх видів порушення зору можна виділити найпоширеніші, такі як:катаракта, глаукома, короткозорість, далекозорість.

Катаракта-це захворювання ока, для нього характерне помутніння кришталика.

Вроджена глаукома у дітей перебуває у списку важких офтальмологічних патологій і становить близько 10% від загальної кількості. Існують різні методи консервативного та оперативного лікування даного захворювання, проте вплинути чи запобігти розвитку глаукоми неможливо.

Люди які мають короткозорість погано розрізняють об’єкти: обличчя людей,дорожні знаки, зображення на біг-бордах.

Далекозорість-це дефект зору який може зустрічатися у будь-якому віці.

За статистикою близько 50% нашої планети страждає на дане захворювання.

4.Діти з раннім дитячим аутизмом

Такі діти характеризуються обмеженою товариськістю, лякливістю, боязливістю, та депресією.

Також такі діти байдуже відносяться до проявів любові, відсутність зв’язку між мамою і дитиною, відсутністю матері.

Також такі діти агресивно відносяться до тварин, проявляють неадекватну реакцію до чогось нового , розповідаю про себе у 3 особі наприклад:”Петрик не може їсти”.

Чим можна допомогти такій дитині:

1. Заняття з психологом
2. Прослуховування музики
3. Складання пазлів

Поради для вчителя, щодо навчання такої дитини:

1.Перш за все потрібно встановити емоційний контакт з дитиною

2. Навчити дитину мови, сприйняття літератури і казок, а також адекватної поведінки у суспільстві.Не варто говорити дитині:” У тебе не вийшло”

5. Діти з порушенням опорно-рухового апарату

Розлади опорно-рухового апарату за статистикою наявні у 5-7% дітей і бувають вродженими або набутими.

До таких розладів належать ураження спинного мозку, сколіоз, деформації стоп, поліомієліт, ураження кінцівок. Характерним для цього виду захворювання є втрата або недорозвинення рухових функцій.

Найбільш частим захворюванням є ДЦП-дитячий церебральний параліч(спостерігається у 90% дітей. Також для ДЦП є характерним порушення дрібної моторики. Така дитина не може правильно керувати своїми рухами, спрямовувати координацію у просторі, порушення моторики, мови, слуху, зору. Яке може бути порушення, залежить від того яка частина мозку постраждала від ураження.

Залежно від ступеня важкості хвороби такі діти можуть пересуватись самостійно, за допомогою пересувних механічних засобів, крісло-візок, автоматичний візок.

Але є настільки важкі форми хвороби, що дитина не може самостійно взагалі нічого.Наприклад, повністю перекручені руки, ноги, порушена мова повністю.

Рідко трапляються випадки коли усі перечисленісимтоми наявні одночасно.Тоді за такою дитиною потрібен постійний повноцінний догляд. Щоб така дитина могла жити на рівні з іншими, потрібно щоб у місті де проживає така дитина, садочку, школі і всіх навчальних закладах були облаштовані пандуси ліфти і щоб було все для комфортного пересування дитини або і дорослої людини по місту.

Також за потреби таким дітям потрібно працювати з логопедом і психологом.

Поради вчителеві:

1. Інколи при першому знайомстві з дитиною здається що дитина не зможе навчатись, але поговоріть з батьками, дізнайтесь про особливості конкретної дитини, які функції і завдання дитина може виконати а які ні, чи розмовляє дитина самостійно, чи відвідувала дитина дитячий садок, які стосунки у нього були з дітьми у групі і інше.
2. Чи потрібні дитині якісь спеціальні допоміжні засоби, чи дитина пересувається самостійно.
3. Можливо буде потрібна допомога когось із учнів при пересуванні учня з ДЦП, використовуйте по можливості електронні дошки, та наочні матеріали.

6. **Дитина з синдромом Дауна.**

В Україні народжується близько 200-300 дітей із синдромом Дауна щороку у світі таку особливість діагностують в однієї дитини

на кожні 800-1000 новонароджених. близько 85% дітей із синдромом Дауна навчається у спеціалізованих закладах.

Що відчувають батьки при вихованні “сонячної дитини”? Коли вперше батьки дізнаються про таку хворобу їх часто може охоплювати паніка і це нормально, адже у перші місяці життя дитини батькам важливо адаптуватися до ситуації яка склалася, адже така ситуація не з кожним може трапитись. Але з часом стан шоку минає і батьки починають пристосовуватись до життя з особливою дитиною.

Така дитина як і звичайна хоче гратись і з нею потрібно гратись.Не потрібно весь вільний час дитини присвячувати навчанню.У дитини є певні характерні особливості:плоскеобличчя, косийрозріз і піднятікуточки очей.Також такі діти мають достатньо сильний словниковий запас, але через слабку артикуляцію використовують лише найпростіші й найлегші слова. Важливо сприймати дитину відповідно до її віку.

Не потрібно виправдовуватись перед іншими через якісь помилки, або несприйняття якої небудь інформації, адже тим самим ви ставите наголос на хворобі вашої дитини.

2.1. Психологічні особливості сімейної системи з дитиною що має особливі потреби

1.2.1.Особливості функціонування сімейної системи та впливу хвороби дитини з особливими потребами на сім’ю та особистість батьків

Порушення в розвитку та здоров’ї дитини, значно впливають на внутрішньо сімейні стосунки та психологічний клімат сім’ї.А. І. Захаров пропонує таку класифікацію типів неправильного виховання дитини:

1. Невідповідність певних вимог батьків можливостям і потребам дітей.

2. Неприйняття батьками індивідуальності дитини.

3.Нерівномірний характер виховання в різні періоди життя дитини

4. Неузгоджений підхід у вихованні з боку батьків та інших членів сім'ї.

5.Непослідовність виховання. Може бути симптомом невротичного стану матері або батька, проявом істеричних рис характеру.

6.Нестійкість у поводженні з дітьми - підвищений тон, крик, загальна емоційна нерівність.

7. Тривога у вихованні тобто постійне занепокоєння про дитину, наявність зайвих переживань та страхів.

І.І. Мамайчуком, В.Л. Мартниновим та Г.В. Пятаковою було проведено соціально-психологічне дослідження сімей які виховують дітей і підлітків з дитячим церебральним паралічем у 1989 році.

До завдань даного дослідження входило:

1. Вивчення впливу хвороби дитини на сімейні взаємовідносини
2. Вплив сімейних відносин на стиль виховання хворої дитини та формування дитячої особистості.

У даному дослідження брали участь діти з тяжким неврологічним захворюванням віком від 7 до 16 років

За результатами даного дослідження було виявлено наступне: у більшості сімей у вихованні переважає гіперопіка. При гіперопіці у дитини можуть сформуватися егоцентричні установки.

Дослідження В.С.Чавес(1993) спрямоване на вивчення виховання дітей з церебральним паралічем виявлено що переважаючим стилем при вихованні хворої дитини є гіперпротекція.

Гіперпротекція-це те саме що й гіперопіка, тобто надмірна турбота батьків про дитину. Після дослідження О.В. Кулагіної було виявлено наступне:адаптація сім'ї до дитини з обмеженими

можливостями відбувається за рахунок розподілу сімейних ролей де на батька найчастіше покладаються обов'язки забезпечення сім'ї, а матері залишаться вдома з дітьми виконуючи роль "домогосподині", а також допомагають дітям в їх обслуговуванні.

Г.Ф. Нестерова стверджує, що через такий розподіл ролей матері дістається роль лідера, адже вона найбільше часу проводить з дитиною. Але у той же час дитина отримує значно менше свободи у своїх діях, а також соціальна значимість дитини зменшується до мінімуму, адже всі рішення за дитину приймає її мати в той час коли звичайні діти мають значно більше свободи і вільного простору. Також у такій сім'ї мати може говорити від імені дитини в її присутності тим самим забираючи у дитини можливість самостійно виражати власну думку.

Особливості формування особистості дитини в такій сім'ї:

1. Високий рівень залежності від членів сім'ї
2. Формування невротичних рис тобто страхи та боязнь якихось активних дій.
3. Прагнення до самоствердження у підлітковому віці через неадекватніреакції - невмотивовані відмови, негативізм, істеричні емоційніреакції, перебільшення своїх недоліків.

Народження дитини з відхиленнями у розвитку структурно деформуєсім'ю. На думку В.В.Ткачової виявляються одразу на декількох рівнях: психологічний, соціальний, соматичний.

1. На психологічному рівні стрес, що має довготривалий сильний деформуючий вплив на психіку батьків і є умовою різкої травматичної зміни життєвих стереотипів, що сформувалися в сім'ї.
2. На соціальному рівні сім'я стає характеризується малою комунікабельністю,звужує коло своїх знайомих, також обмежує своє спілкування з родичами через певні особливості стану дитини.

3. Соматичний рівень

На соматичному рівні переживання що випали на долю матері хворої дитини часто перевищують рівень навантажень що і є проявом різних соматичних захворювань та розладів.

Хвороба дитини сприяє виникненню у подружніх стосунках конфліктів через незадоволеність у сексуально-еротичній та психоемоційних сферах.Також сім'ї стає важко виконувати її основні функції.

У таких ситуаціях частою сім'я формально збережена, тобто офіційного розлучення не було, але батько йде з сім'ї обґрунтовуючи це тим, що він не може виховувати хвору дитину.

З усього вищезазначеного можна зробити висновок, що соціально-психологічний клімат у сім'ях, які виховують дитину-інваліда менш благополучний у порівнянні зі звичайними сім'ями (для них характерні відносно низький економічний статус, обмеженість контактів, несприятлива психологічна атмосфера).

Взаємостосунки батьків які виховують дітей з інвалідністю характеризуються більшою жорстокістю, прискіпливим контролем один одного, відеосини є набагато конфліктнішими ніж в звичайній сім'ї. Батьки повністю беруть на себе відповідальність за дитиниу обмежують її у її особистому просторі та її правах.Також вони низько оцінюють свою дитину і конфліктів набагато більше ніж у звичайних сім'ях.

Народження хворої дитини негативно впливає на відносини міжподружжям: партнерські відносини на даний момент дослідження самими батьками характеризуються як такі що погіршилися ніж ті якими були до народження дитини.Щоб зменшити напругу у сім'ї після народження дитини з вадами мають проводитись різні профілактичні та корекційні заходи.Комплексна реабілітаційна

програма має включати роботу психологаз дитиною, з подружньою парою, з родичами та з сім'єю в цілому.

1.2.2. Аналіз моделей інтеракцій в сім'ях, що мають дітей з особливими потребами

Батьки повинні знати, які форми взаємовідносин з власними дітьми сприяють гармонійному розвитку дитячої психіки та особистісних якостей, а які, навпаки, перешкоджають формуванню адекватної поведінки та ведуть до деформації особистості. Причини помилок у сімейному вихованні дітей з відхиленнями до розвитку можна умовно поділити на три групи:

1. низький рівень психолого-педагогічних знань батьків про вікові особливості їхньої дитини;

2. особистісні особливості батьків, що впливають характер взаємовідносин з дитиною;

3. «Соціальний бар'єр» сприяє замиканню батьків на власних проблемах і перешкоджає їх подоланню.

Часто при вихованні дитини батьки вбачають своїм завданням будь-яким методом домогтися щоб діти слухали їх, тому вони навіть не намагаються зрозуміти дитину, прислухатися до її думки. Одні батьки при цьому прагнуть вирішити за дитину всі проблеми, а інші повчають, і сварять. Проаналізувавши батьківсько-дитячі взаємини можна зробити висновок, що у сім'ях, які виховують дітей з відхилення у розвитку, частіше домінують дві моделі виховання: модель «співпраця» і модель «відмова від взаємодії».

Отже розглянемо деякі моделі дисгармонійного виховання:

1. Відмова від взаємодії. Дана модель виховання свідчить про викривлення виховної позиції батьків і як правило, призводить до прихованого або відвертого відкидання дитини найближчими людьми.

2. Відмова від взаємодії» може бути представлена такими дисгармонійними типами виховання: гіпоопікою, гіпопротекціями, емоційним відкиданням, вихованням за типом підвищеної моральної відповідальності.

3. Гіпоопіка- це вид виховання при якому батьки мало цікавляться життям дитини. Ця модель виховання найчастіше зустрічається в сім'ях з низьким соціальним статусом (у наркоманів, алкоголіків.

Батьки практично не доглядають за дитиною. Дитина може бути голодною і погано одягнутою. Гіпоопіка може бути обумовлена не лише ставленням до дефекту дитини, а й власне батьківською установкою, коли мати чи батько не вважають за необхідне ставитися до дитини інакше. У такому ж становищі можуть бути здорові брати або сестри хворої дитини. Також буває і легка форма гіпоопіки-гіперпротекція. Це означає що дитина може бути нагодована,взута й одягнута, але самою особистістю дитини ніхто не займається.

Виховання з шипу підвищеної моральної відповідальності веде до постійного перенапруження дитини. Батьки намагаються змусити дітей реалізувати у житті все те, що самі не змогли здійснити. Вони постійно покладають на дитину такі обов'язки і таку відповідальність, з якою дитині з відхиленнями у розвитку важко впоратися. У дитини виникає підвищена стомлюваність, відсутня адекватна оцінка своїх можливостей. Дитина завжди трохи не дотягує до оптимального результату, тому не досягає успіху. Її часто лають, вона завжди почувається винною , що формує у дитини занижену самооцінку.

Відкидання дитини. Відсутність любові до дитини може бути в сім'ях не лише з низьким, а й із високим соціальним статусом. Відкидання дитини може бути поєднане у свідомості батьків з ідентифікацією себе з дефектом дитини. Найчастіше це зустрічається у батьків. У разі материнського відкидання дитини ситуація

пояснюється незрілістю особистісної сфери матері та несформованістю материнського інстинкту. Відкидання дитини завдає непоправної шкоди розвитку її особистості, спотворюючи її. Відкидання формує у дитини відчуття незахищеності, невпевненості у собі; дитина не відчуває підтримки, вона не має опори в сім'ї. Недолік батьківського кохання заміщається байдужістю чи ненавистю до людей, прагненням покарати всіх за відсутність тепла в дитинстві.

Модель “маленький невдаха”

Дана модель характеризується такими ознаками:батьки вважають свою дитину соціально неспроможною і впевнені у тому що їхня дитина ніколи не досягне успіху у житті. Через те, що дитина проявляє невмілість у своїх рухах , батьки відчувають себе прикро, і відчувають на собі певний тягар протягом всього життя . Жорстоке ставлення до дітей, часто можна побачити у неблагополучних сім’ях де насильство по відношенню до дітей є нормою. Дитину можуть щодня карати фізично, піддавати побиттям, глузуванням і наругам. Є приклади, коли дитину поміщали в собачу будку, заковували в кайдани або прив'язували до стовпа.

Гіперопіка у сім’ї.Дитину оточують підвищеною увагою, постійно захищають, охороняють від передбачуваних небезпек. Батьки як би поміщають дитину в “тепличні умови”, у зв'язку з цим вона не вчиться долати труднощі, у неї не формуються навички самообслуговування тощо. Жаліючи дитину і прагнучи їй допомогти, батьки самі обмежують можливості її розвитку.

Суперечливе виховання.Наприклад, батьки люблять свою дитину, але для її виховання вибрали суворий стиль і тому ставляться до неї трохи зверхньо. А якщо у сім’ї ще проживає бабуся з дідусем вони можуть ставитись до дитини більш м’яко тобто менш прискіпливо тому дозволяють дитині робити все, що їй заманеться. При такому вихованні у дитини не формується адекватна оцінка своїх

можливостей та якостей, вона « часто стикає їх один з одним. Така модель виховання формує в особистості дитини дисгармонійні риси: хитрість, балування, брехливість, егоїзм.

Авторитарна гіперсоціалізація. Дана модель характерна для батьків, які мають високий соціальний статус. Вони постійно завищують можливості дитини, прагнучи з допомогою власних авторитарних зусиль розвинути в нього соціальні навички. Батьки, які використовують таку модель, нав'язують дитині свої бажання та цілі. Вони не хочуть оцінити реальний потенціал дитини, визначити її інтереси та нахили. Вони діють авторитарно, у всьому виявляючи свою владу, котрий іноді грубість стосовно дитині. У результаті він відчуває свою неспроможність і постійний тиск з боку батьків. Це призводить до розвитку у дитини тривожності та невпевненості у власних силах.

Виховання у культі хвороби. Батьки ставляться до дитини як до хворого. При такій моделі виховання у дітей формуються страхи перед будь якою хворобою, наприклад банальною застудою. У дитини формується уявлення про себе як про слабку людину яка не здатна, до будь яких дій та успіхів. Дитина завжди ігнорує проблему і не проявляє ініціативну або будь яких дій для її подолання.

1.3. Організаціно-методологічні концепти психокорекційної допомоги сім’ям, які мають дітей з особливими потребами

1.3.1. Провідні аспекти психологічного супроводу сім'ї, що мають дітей з особливими потребами

Психологічна допомога сім’ї яка виховує дитину з особливими потребами бере свій початок з вітчизняної дефектології та теорій відомих психологів таких як: Л.С. Виготський, О.М. Леонтьєв, Б.Г. Ананьєв та ін.психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, ми розуміємо системний підхід, що

дозволяє надати цим сім'ям комплексну всебічну психокорекційну допомогу, що включає їх психологічне вивчення, консультування та психокорекцію.

Підхід до здійснення психологічної допомоги сім'ям з дітьми, які мають недоліки у розвитку, дозволяє через оптимізацію внутрішньосімейної атмосфери, гармонізацію міжособистісних, подружніх, батьківсько-дитячих та дитячо-батьківських відносин вирішувати проблеми диференціальної та адресної допомоги проблемній дитині. Сім'я розглядається як системотворча детермінанта в соціокультурному статусі дитини що визначає її подальший психофізичний та соціальний розвиток. Сім'я - громадський інститут, історично покликаний вирішувати виховні завдання. Протягом століть сім'я була основною формою соціалізації підростаючого покоління. Сім'я-це мікроклімат, в якому дитина не тільки живе, але й у якому формуються її моральні якості, ставлення до світу людей. Соціальні умови грають визначальну роль психічному розвитку дитини (Л.С. Виготський, А.В. Запорожець, О.М. Леонтьєв, Д.Б. Ельконин).

Соціальне, середовище (в даному випадку внутрішньосімейна атмосфера) виступає не просто як зовнішня умова, а як джерело розвитку дитини.

У сучасних дослідженнях виявлено пряма залежність впливу сімейного фактора на особливості розвитку дитини: чим сильніше проявляється сімейне неблагополуччя, тим більш виражені порушення розвитку у дитини (В.Р. Нікішина, 2004).

У концепції психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, враховуються базові положення низки теорій та досліджень:

- Психолого-педагогічні закономірності розвитку дитини з психофізичними порушеннями є результат складного процесу його соціалізації (Виготський, Д.Б. Ельконін);
- розвиток в умовах дизонтогенезу вимагає створення спеціального корекційно-розвивального середовища (В.В. Лебединський, В.І. Лубовський, Є. М. Мастюкова, М.С. Певзнер, У.В. Ульєнкова).

Під спеціальним корекційно-розвиваючим середовищем в сім'ї розуміються внутрішньосімейні умови, які створюються батьками і які забезпечують оптимальний розвиток дитини з психофізичними вадами. Особлива увага приділяється позитивному впливу близьких на дитину, створенню адекватних умов його навчання не тільки у спеціальній установі, а й вдома. Внутрішньосімейна атмосфера розглядається як корекційна, яка своїм гармонійним впливом розвиває дитину, формує в ньому позитивні моральні якості, добре ставлення до світу.

На практиці батьки дітей і персонал спеціальних освітніх закладів віддалені один від одного, інколи ж вони навіть є протиборчими сторонами.

Привівши власну дитину до спеціально-корекційної установи батьки відчувають незадоволеність через те, що їхня дитина буде навчатися в школі, для дітей з відхиленнями у розвитку. Батьки внутрішньо, психологічно не підготовлені до цього. Частина їх навіть не визнають факт аномального розвитку своєї дитини. Саме тому батьки часто соромляться перебування своєї дитини на спеціальному закладі, приховують це від своїх знайомих і навіть близьких.Батьки сподіваються, що в спеціальному закладі їх дитині буде надана саме та допомога, якої вона потребує, в результаті чого її становище може бути виправлено. Такі сім'ї, незважаючи на свої приховані реабілітаційні можливості, не здатні їх виявити без активної корекційної підтримки фахівців. Випробовуючи емоційний стрес,

батьки дитини в цих умовах лише аграв іруютьвнутрішньосімейну ситуацію. Позитивні реабілітаційні можливості сім'ї як соціального інституту, що забезпечують умови розвитку її членів, не реалізуються. Практика показує, що у таких сім'ях практично повністю відсутні адекватні педагогічні умови для розвитку дитини з психофізичними вадами.

Формування особистості будь-якої дитини, у тому числі і з відхиленнями у розвитку, відбувається насамперед у сім'ї. Від характеру взаємин батьків із дитиною залежить, наскільки адекватними будуть його контакти із соціальним середовищем. Діти з відхиленнями у розвитку чаші інших категорій дітей відчувають неприйняття та емоційне відкидання з боку близьких людей.Серед цілей психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, можна виділити:

- забезпечення адекватних мікросоціальних умов розвитку дитини з психофізичними вадами в сім'ї;
- оптимізацію самосвідомості батьків;

Формування позитивного ставлення близьких осіб до дитини з відхиленнями у розвитку. зміст психологічної роботи з сім'ями, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, може бути представлений у трьох напрямках:

- психологічному вивченні проблем, що виникають у різних членів сім'ї у зв'язку з вихованням у ній дитини (особи) із порушеннями розвитку;психологічне консультування сімей;
- психолого-педагогічної та психокорекційної роботи з дітьми та їх батьками.

Психологічне вивчення проблем сімей. Цілі, завдання, принципи та напрямки діагностичної роботи.

Психологічне вивчення сім'ї, що виховує дитину з відхиленнями у розвитку, передбачає системний підхід, що включає визначення як

основних цілей, завдань, принципів вивчення сім'ї дитини з відхиленнями у розвитку, так і напрямів її психологічної діагностики.

Завданням корекційної роботи з сім'єю дитини з відхиленнями у розвитку є:

- визначення ступеня відповідності умов, у яких зростає та виховується дитина вдома, вимогам її вікового розвитку;
- виявлення внутрішньосімейних факторів, що сприяють, так і перешкоджають гармонійному розвитку дитини з психофізичними порушеннями в сім'ї;
- визначення причин, що дестабілізують внутрішньосімейну атмосферу та міжособистісні відносини;
- визначення неадекватних моделей виховання та деструктивних форм спілкування в сім'ї;
- визначення шляхів гармонізації внутрішньосімейного клімату;
- визначення напрямів соціалізації як дітей із відхиленнями у розвитку, і їх сімей.

Принцип єдності діагностики та корекції розвитку. Корекційно-педагогічний процес потребує постійного контролю за динамікою розвитку дитини та ефективністю виконання корекційних програм. Подолання виявленого порушення залежить від правильності та точності його встановлення. Принцип гуманістичного спрямування психологічної допомоги. Цей принцип заснований на визнанні самоцінності особистості дитини з відхиленнями у розвитку та створення умов для його гармонійного розвитку. Принцип інтегративного використання психолого-педагогічних та психотерапевтичних методів та прийомів. Комплексний системний підхід у застосуванні різноманітних засобів, методів та прийомів психокорекційного впливу дозволяє враховувати особливості різних порушень розвитку та успішно здійснювати їхню корекцію.

Принцип гармонізації внутрішньосімейної атмосфери. Цей принцип орієнтує психокорекційну роботу на вирішення особистісних та міжособистісних конфліктів між членами сім'ї. Принцип надання особистісно-орієнтованої допомоги. З використанням цього принципу здійснюється психологічна корекція особистісних девіацій у дитини з відхиленнями у розвитку, членів її сім'ї та осіб, які здійснюють з ним безпосередню взаємодію. Принцип формування позитивного ставлення до дитини з відхиленнями у розвитку. Цей принцип передбачає формування позитивних ціннісних орієнтацій та установок у батьків дитини, прийняття її порушень членами сім'ї та особами соціального оточення.

Принцип оптимізації виховних прийомів, що використовуються батьками у відносинах з дитиною з відхиленнями у розвитку. За допомогою реалізації цього принципу підвищується педагогічна грамотність, психологічна компетентність та загальна культура батьків. Підвищення культурного рівня батьків – фактор, що забезпечує зміцнення адаптаційних механізмів сім'ї.

Принцип єдності виховного впливу сім'ї, освітніх установ та спеціалістів психолого-педагогічної служби. Успіх корекційної роботи з дитиною можливий лише за умови тісної взаємодії між сім'єю, спеціальним (корекційним) освітнім закладом та спеціалістами служби психологічної допомоги сім'ї. Здійснюючи психолого-педагогічну корекцію, психолог організує заняття з хворою дитиною та її батьком (частіше матір'ю). Тут перед фахівцем ставляться такі цілі:

- створення оптимальних умов для гармонійного розвитку дитини з відхиленнями у розвитку в сім'ї;
- переструктурування ієрархії життєвих цінностей батьків дитини з відхиленнями у розвитку, оптимізація їхньої самосвідомості;
- гармонізація психологічного клімату у сім'ї;

- корекція міжособистісних взаємин у сім'ї (дитько-батьківських, подружніх, батьківсько-дитячих, сиблінгових);
- формування психолого-педагогічних знань та умінь, підвищення виховної компетентності батьків (осіб, що їх замінюють).

Орієнтуючись на дані цілі метою, психолог вирішує такі завдання:

- навчання батька (матері) спеціальним корекційним та методичним прийомам, необхідним для проведення занять із проблемною дитиною в домашніх умовах;
- Навчання батька (матері) спеціальним виховним прийомам, необхідним для корекції особистості дитини з відхиленнями у розвитку;
- корекція розуміння батьками проблем його дитини, а саме: виключення гіперболізації, мінімізації чи заперечення наявності проблем у дитини;
- корекція внутрішнього психологічного стану батька: стан неуспіху, пов'язаний з недостатністю дитини, повинен поступово перейти в розуміння можливостей дитини, на радість його «маленьких» успіхів;
- корекція неконструктивних форм поведінки батька (агресії, придушення негативних бажань, ескапізму, примітивізації поведінки та ін), їх заміна на продуктивні форми взаємовідносин у соціумі;
- Здійснення особистісного зростання батька в процесі взаємодії зі своєю дитиною, в процесі його навчання та виховання за допомогою психолога; перехід батька з позиції переживання за свою дитину через її недугу на позицію творчого пошуку реалізації можливостей дитини;
- Завданням індивідуальної та групової психкорекції є створення нових життєвих орієнтирів батька дитини з відхиленнями у розвитку;
- коректування відносин батьків з дитиною яка має відхилення у розвитку Корекція особистісних порушень у батьків хворих дітей;

- корекція порушеного психологічного стану батьків хворих дітей (тривоги, очікування перманентного неуспіху в навчанні своєї дитини, станів, пов'язаних з розумінням себе як людини, що не відбулася);
- корекція неадекватних поведінкових реакцій батьків як щодо своїх хворих дітей (покарання за будь-яку провину, окрик, придушення особи дитини), так і у відносинах із соціумом (скандальна поведінка, неадекватні поведінкові реакції, агресивна поведінка, реакції протесту);
- гармонізація відносин між діадою, представленою матір'ю з хворою дитиною, та членами сім'ї; та сторонніми особами.

Варто сказати, що відсутність комплексної системи державної психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, не дає можливості багатьом з них реалізувати свої найважливіші життєві потреби, однією з яких є потреба у забезпеченні здоров'я та майбутнього дитини. Психологічна травматичністьбатьків хворих дітей з часом інвалідизує їх особу; таким чином замість одного інваліда в соціумі продукується два або більше травмованих осіб, що, безсумнівно, веде до зниження стабільності в суспільстві та державі. Це пояснює потреба створення державної системи психологічної допомоги таким сім'ям.

1.3.2 Базові принципи продуктивного сімейного виховання дітей з особливими потребами

Головною умовоюрозвиткуособистості є замученість дитинив людськістосунки та людськеспілкування.

Першим інститутом спілкування у якому дитина засвоює моральні цінності та культурні традиції є сім’я. Батьки й інші родичі формують у свідомості дитини позитивну або негативну реакцію.У першому випадку у дитини сформуються необхідні захисні механізми та психологічний базис для адаптації у складному людському світі. У другому — дитина зростатиме

невпевненою в собі, тривожною, або агресивною, а може, й відгородженою від інших людей. Подолати такі складності або пом'якшити їх можна за допомогою виховання.

Батьки дітей з відхиленнями у розвитку відчувають значні труднощі як психологічного (міжособистісного), і педагогічного (інформаційного) характеру. Однак орієнтація на розроблені нами принципи адекватного сімейного виховання дитини з відхиленнями в розвитку дозволяє досягти добрих результатів і набути впевненості в успіху.

Принцип любові, терпіння та емоційної прихильності близьких до дитини з відхиленнями у розвитку

Будь-яка дитина, а з відхиленнями у розвитку особливо, чуйно реагує на любов і ласку. Ці діти гостро переживають дефіцит аффіліативних почуттів. Живучи в сім'ї, дитина повинна бути впевнена, що її люблять і цінують. Любов батьків та близьких створює почуття захищеності, душевного комфорту. Дитина активніше розвивається, в неї успішніше формуються навички та знання. Він впевненіше дивиться вперед, у нього вільніше розкриваються творчі здібності. Школа доброти, яку дитина осягає в дитинстві, спілкуючись з близькими, є запорукою його майбутнього імунітету проти зла та насильства у цьому світі.

Принцип повного безоцінного прийняття дитини з відхиленнями у розвитку

Батькам не слід порівнювати свою дитину з відхиленнями у розвитку з дітьми, що нормально розвиваються. Будь-яка людина може мати проблеми. Батьки повинні зрозуміти: важливо те, що дитина Є, а не те, якою вона. Не варто давати дитині будь-яких принизливих оцінок: «дурний», «незграбний», «невдаха» тощо. Батьки для дитини – це захист.

Талант закладено природою у кожній дитині. Важливо, щоб батьки, виховуючи дитину, створювали сприятливі умови всередині сім'ї у розвиток її задатків і здібностей. Безумовно, важливо оцінювати особливості психофізичного розвитку дитини. Так, наприклад, дитині з руховою патологією доцільніше займатися таким видом мистецтва, який не вимагав

би пересування. Аутична дитина може передати багатосторонність внутрішнього світу за допомогою полотна і фарб, а дитина з розумовими відхиленнями може займатися співом.

1.3.3. Консультативно-корекційна робота з матерями, що мають дітей з особливими потребами

Психолого-педагогічнийсупровід батьківдітей з особливимипотребами є надважливою складовою успішного виховання на всіх етапах життя дитини.

Адже рано чи пізно у батьків такої дитини по відношенню до неї можуть з'являтися різні емоційні стани такі як:злість, пригнічення, агресія, депресія та інші емоційні стани, які можуть негативним чином вплинути на психо-емоційний стан дитини.

Щоб мінімізувати всі ризики вигорання батьків психологу потрібно знати як правильно проводити психокорекційну роботу з матерями таких дітей. Психолог повинен допомогти матері зрозуміти і показати всі можливі перспективи розвитку дитини, розказати які можливі труднощі очікують матір на кожному етапі розвитку життя дитини. У своїй психокорекційній роботі психолог може використати такі форми роботи як:

1. Індивідуальна консультація
2. Психотерапія
3. Групова психотерапія

Всі зазначені вище методи мають на меті повну соціалізацію таких батьків у суспільстві і налагодження контакту-батько-мати-дитина. Але найбільш ефективним методом соціалізації батьків є спілкування з батьками дітей зі схожим діагнозом, адже у такому середовищі вони почувають себе захищеними і не відчувають будь якого страху, сорому, ба більше зустрічі з батьками інших дітей можуть нести у собі інколи й терапевтичний ефект, вони допомагають тим що кожен із таких батьків має якийсь певний досвід, яким можна поділитись і дізнатись для себе щось нове, а також такі зустрічі

допомагають вивільнитись від негативних емоцій і знайти у собі сили “йти далі”

Закінчити роботу з батьками та дитиною психолог зможе тільки тоді коли буде відслідковувати такі ознаки у батьків і дитини:

1.Здатність до відкритого обговорення власних проблем

2.Поява інтересу до життя

3. Заперечення життя як мучеництва

4.Визначення можливостей бути щасливими матір’ю та батьком дитини.

Отже підведу деякі підсумки.Психокрекційна робота є життєво необхідною адже саме психологічний і моральний стан батьків є запорукою повноцінного наскільки це можливо розвитку дитини з особливими потребами.

Батьки, які розуміють важливість свого внеску в процес соціальної адаптації дитини, мають творчі здібності і творчий потенціал-це потужна рушійна сила успішного виховання “особливої дитини.”

Висновки до першого розділу

1. Перший розділ дослідження зосереджується на актуальності, теоретичних засадах та сучасному стані вивчення інтеракційно-виховних підходів у сім'ях, де виховуються підлітки та юнаки з особливими потребами. Розділ охоплює: аналіз історичних та сучасних концепцій психологічної природи дітей з особливими потребами; класифікацію дітей з особливими потребами та огляд захворювань, що призводять до інвалідності; дослідження впливу хвороби дитини на динаміку сімейної системи та психологічний стан батьків; виявлення дисфункціональних моделей виховання, що сприяють дезадаптації сім'ї; обґрунтування організаційно-методологічних засад психокорекційної допомоги таким сім'ям, включаючи: основні принципи психолого-педагогічного супроводу; ключові аспекти конструктивного сімейного виховання; специфіку психокорекційної роботи з матерями.

2. Виявлено, що порушення розвитку та здоров'я дитини суттєво впливають на внутрішньосімейні відносини, психологічний клімат та динаміку сім'ї. Зокрема, це може призвести до: затримки розвитку сімейного циклу: дитина з особливими потребами часто не досягає повної дорослості, що блокує природну зміну сімейних ролей та зупиняє розвиток сім'ї як системи; асинхронності сімейного циклу: життєвий ритм сім'ї порушується, і ступінь цієї асинхронності прямо пропорційний глибині сімейної кризи; ускладнення адаптації здорових братів і сестер: наявність дитини з

особливими потребами може негативно вплинути на адаптацію інших дітей у сім'ї, особливо якщо різниця у віці між ними невелика.

3. Визначено типи неправильного виховання в сім'ї, що мають дитину з особливими потребами: невідповідність вимог можливостям дитини, неприйняття її індивідуальності, непослідовне виховання в різні періоди життя, неузгодженість підходів між батьками та іншими членами сім'ї, а також непослідовність, яка може бути ознакою невротичного стану або істеричних рис у батьків. До таких проявів належать підвищений тон, крик, емоційна нестабільність, тривога та надмірні переживання за дитину.

4. езультати досліджень свідчать, що народження дитини з вадами розвитку суттєво впливає на функціонування сім'ї у кількох ключових аспектах. На психологічному рівні це явище викликає тривалий і значний стрес, який позначається на психічному стані батьків, провокуючи радикальні зміни в усталених життєвих практиках сімейної поведінки. У соціальному вимірі сім’я зазвичай зменшує рівень соціальної взаємодії, обмежуючи коло спілкування та скорочуючи контакти з довкіллям, зокрема з родичами, у зв’язку із особливостями стану дитини.. Також існують помітні зміни на соматичному рівні: переживання матері, яка постійно турбується про здоров’я дитини, можуть перевищувати її власні адаптивні можливості, що призводить до розвитку різних соматичних захворювань і розладів.

5. У дослідженнях доведено, що хвороба дитини створює значні труднощі для сім'ї у виконанні її основних функцій, що, у свою чергу, призводить до загострення конфліктів між подружжям. Це часто зумовлено недостатнім задоволенням потреб у сексуально-еротичній та психоемоційній сферах. Нерідко в таких випадках спостерігається віддалення батька від сім'ї: він фактично припиняє участь у вихованні дитини з інвалідністю, мотивуючи це своєю неспроможністю відповідати ситуації. Попри формальне збереження шлюбу, офіційне розлучення у таких випадках зазвичай не оформлюється.

6. Психологічний та соціальний клімат в сімейних системах, які виховують дитину з інвалідністю, найчастіше є менш благополучним

порівняно зі звичайними сім'ями. Для таких родин зазвичай характерні відносно низький економічний рівень, обмежені соціальні контакти та несприятлива психологічна атмосфера.

7. Взаємовідносини між батьками, які виховують дітей з інвалідністю, часто характеризуються високим рівнем жорсткості, надмірним контролем один над одним і підвищеним рівнем конфліктності. Батьки зазвичай повністю беруть на себе відповідальність за дитину, водночас обмежуючи її особистий простір та права.

8. Для зниження напруги в сімейній системі, в якій виховується дитина з особливими потребами, необхідно проводити профілактичні та психокорекційні заходи. Комплексна реабілітаційна програма має включати психологічну роботу як із самою дитиною, так і з подружньою парою, членами родини та сім’єю в цілому.

РОЗДІЛ ІІ. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ІНТЕРАКЦІЙ В СІМЕЙНИХ СИСТЕМАХ ЩО МАЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

2.1.Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження

2.2. Апостеріорні результати дослідження особливостей прояву інтеракцій в сім'ях що мають дітей з особливими потребами

Метою емпіричної частини нашого дослідження стало методологічне обґрунтування та емпірично-діагностичне розкриття інтеракційних намірів у сім’ях, які виховують дітей з особливими потребами. Реалізація дослідження стала можливою шляхом перевірки основної гіпотези дослідження стало припущення про те, що дитина, яка має особливі потребами, є каталізатором інтеракційних змін в сім'ї, що тригерує петлю кругового зворотного зв’язку (це процес коли поведінка одного члена сім'ї впливає на поведінку інших членів сім'ї, де знову відбувається вплив на цю особу), а це сприяє флуктуації між функціональними (для сім’ї та для особи з особливими потребами) та патологізуючими інтеракціями продукуючи та/або фіксуючи релевантну симптоматичну поведінку. Також, припускаємо, що об’єктом прив'язаності більшості дітей з особливими потребами – виступає мати, оскільки вони найбільше задіяні в опікуванні дитини; а патологізуючі

інтеракції проявляються в гіперпротекції, в контролі, недостатності висуванням вимог щодо обов'язків дитини, непослідовності, потуранні та емоційній лабільності.

Загалом, наукове дослідження здійснювалося протягом двох с половиною років і складалося з декількох етапів.

На першому етапі дипломного дослідження Було здійснено визначення ключової проблеми, детально опрацьовано теоретичні аспекти окремих складових теми дослідження та проаналізовано сучасний стан розробки інтеракційно-виховних інтенцій у сім'ях, які виховують дітей з особливими потребами, у контексті психологічної науки. Це дозволило сформулювати мету дослідження, окреслити його завдання і встановити основну робочу гіпотезу.

Другим етапом дипломного дослідження була реалізація емпіричного дослідження база якого становила 60 осіб, з яких 30 досліджуваних респондентів – це матері дітей з особливими потребами та 30 респондентів - діти з особливими потребами (15 досліджуваних – це респонденти старшого пубертатного періоду (16-17 років) та 15 досліджуваних респондентів – це особи юнацького віку (18-21рік)). Проте, сукупна вибірка досліджуваних дітей (30 осіб) на субвибірки за критерієм вікової періодизаційної диференціації не застосовувалась, експлікуємо це тим, що сім'ї які мають дітей з особливими потребами, у своїх інтеракціях, проявляють лабільну, з тенденцією до перманентності, дисфункційну рекурсивність по відношенню до дорослих дітей і обумовлено це тим, що особа з особливими потребами більше потребує турботи, внаслідок її особливостей, необхідного задоволення гедонічних потреб, так само як до дітей більш ранніх вікових періодів, і таке ставлення до дітей, яке викликано необхідністю, екстраполюється і на інтеракційну психологічну сферу.

Для проведення емпіричного дослідження інтеракційно-виховних інтенцій у сім'ях, які виховують дітей із особливими потребами, було

використано такі методи: психодіагностичні – зокрема, Опитувальник АВС для батьків підлітків віком від 11 до 21 року та «Шкала прив’язаності дитини до членів своєї сім’ї»; статистичні – включали розрахунок середніх величин, процентних співвідношень і використання параметричного підходу до статистичного аналізу за допомогою критерію t-Стьюдента для однієї вибірки.

2.2.1. Індикація типів патологізуючого сімейного виховання серед досліджуваних респондентів-матерів, які мають дітей з особливими потребами

У цьому розділі представлено аналіз результатів діагностичного дослідження, спрямованого на ідентифікацію типів патологічного сімейного виховання серед групи респонденток — 30 жінок, які виховують дітей з особливими потребами. Для визначення таких типів виховання на основі апостеріорного підходу було враховано взаємодію різних предикторних маркерів, що впливають на процес виховання в сім'ї. До цих маркерів належать: рівень протекції у вихованні, ступінь задоволення потреб дитини, кількість і якість вимог, висунутих до дитини в сімейному середовищі, нестабільність стилю виховання, а також деструктивні диспозиції особистості батьків (зокрема, їхні особистісні проблеми, які переносяться на дитину). Для проведення аналізу було використано опитувальник АВС, розроблений для батьків підлітків віком від 11 до 21 року.

Індикація типів патологізуючого сімейного виховання серед досліджуваних респонденток-матерів, які мають дітей з особливими потребами, у відсотковому співвідношенні зображена на рис. 2.1.

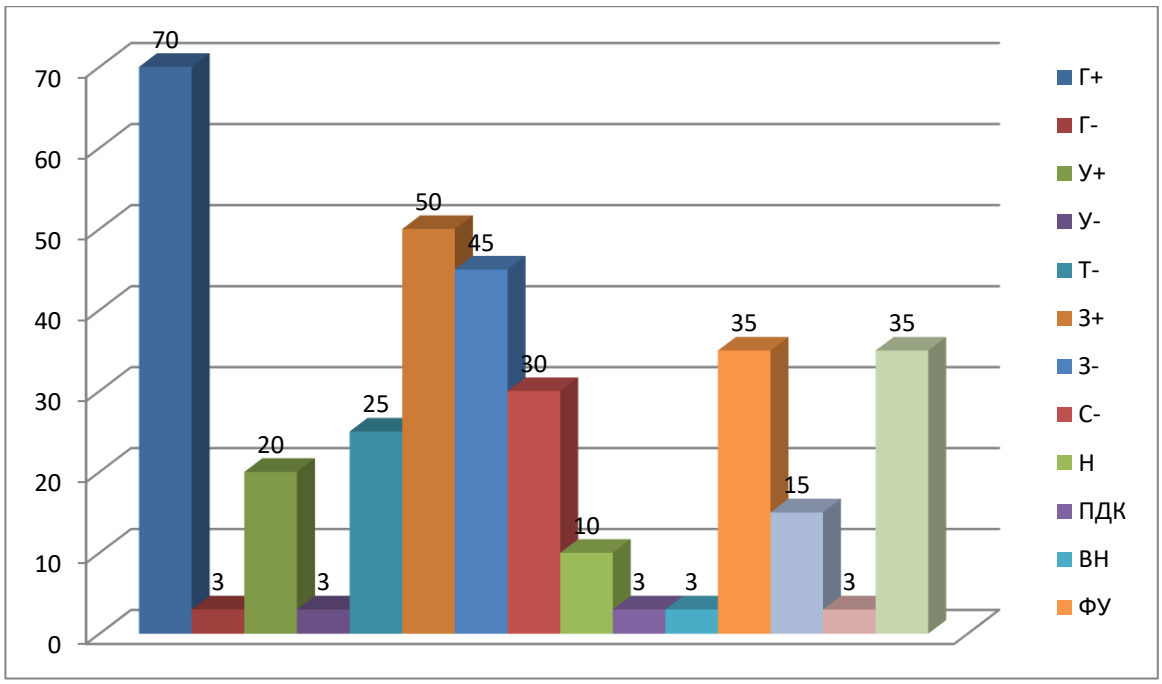


Рис. 2.1. Індикація типів патологізуючого сімейного виховання серед досліджуваних респонденток-матерів (у%)

Переважна більшість жінок, які виховують дітей з особливими потребами, демонструють схильність до патологізуючого предиктивного маркера — «Гіперпротекції», що визначається за шкалою (Г+). Згідно з результатами дослідження, така модель поведінки характерна для 70% респонденток. У той же час шкала «Гіпопротекції» (Г-), яка відображає протилежну тенденцію, була притаманна лише 5% опитаних. Ці показники ілюструють рівень батьківської залученості у виховний процес, вказуючи на кількість часу, сил та уваги, які батьки інвестують у розвиток і підтримку своїх дітей. При «Гіперпротекції» мати приділяє дитині надмірну увагу, сприймаючи виховання як основний сенс свого життя. Екзистенційні наративи таких матерів часто виражаються через думки та висловлювання на кшталт: «Усе, що я роблю, я роблю заради своєї дитини», «Мій син/донька — найважливіше в моєму житті», «Догляд за дитиною займає більшу частину мого часу», «Заради сина/доньки мені довелося відмовитися від багатьох речей у житті», «Я постійно думаю про свою дитину» тощо..

«Кількість та якість вимог до дитини в сім'ї» знаходять своє відображення у шкалах Т+, Т-, З+, З-. Серед респонденток нашого дослідження було встановлено, що 50% жінок застосовують підхід «Надмірні вимоги та заборони» (шкала З+) у своїх виховних практиках. Цей предикативний маркер вказує на патологізуючий тип виховання – «домінуюча гіперпротекція». В таких умовах дитині висувається надмірна кількість заборон і вимог, що суттєво обмежує її свободу та самостійність. У стенічних дітей і підлітків таке виховання стимулює формування реакцій опозиції та прагнення до емансипації, тоді як у менш стенічних воно сприяє розвитку рис сенситивності та тривожної акцентуації. Типові екзистенційні наративи батьків у таких ситуаціях виражають їхній страх перед будь-якими проявами самостійності у дитини. Це знаходить відображення в гіперболізації можливих наслідків навіть незначних порушень правил, а також у систематичному пригніченні спроб дитини мати власну думку або діяти незалежно.

Серед респонденток було виявлено рівномірний розподіл відсоткових даних між кількома маркерами. Зокрема, 35% надають перевагу маркеру „Недостатність вимог та заборон до дитини“ (шкала З-). Цей підхід характеризується поведінковими патернами матері, яка дозволяє дитині майже все. Навіть якщо певні заборони існують, дитина їх легко ігнорує, розуміючи, що серйозних наслідків або покарань не буде. У таких умовах діти самостійно визначають коло своїх друзів, режим харчування, тривалість прогулянок та заняття, без чітких обмежень з боку батьків. Такий стиль виховання може сприяти формуванню гіпертимного типу особистості або нестійкої акцентуації характеру. Ідентичний відсоток (35%) серед досліджуваних жінок був визначений за предикаторним маркером „фобії втрати дитини“ (шкала ФУ). Ще 35% виявили зсув у батьківських настановах, які залежать від статі дитини (шкала ПЖК), причому у нашому випадку спостерігалася перевага на користь жіночих якостей.

Фобія втрати зумовлює виникнення потураючої або домінуючої гіперпротекції у батьків. Ключовою точкою такого стану стає надмірна невпевненість матері, страх зробити помилку, а також перебільшені уявлення про "крихкість" дитини, її вразливість чи схильність до захворювань. Можливо, витоки цих переживань варто шукати у специфічних обставинах появи дитини: її довго чекали, вона народилася слабкою або хворобливою, чи потребувала тривалого та складного догляду на початкових етапах життя. Ще одним джерелом перманентного прояву фобії втрати можуть бути перенесені дитиною важкі або затяжні хвороби. У таких випадках відношення батьків до дитини формується під значним впливом страху за її життя. Цей страх змушує їх постійно і тривожно реагувати на бажання дитини: поспішати виконувати кожне її прохання (потураюча гіперпротекція) або опікати навіть найдрібніші ініціативи (домінуюча гіперпротекція). У типових висловлюваннях таких батьків часто простежується іпохондрична складова: вони схильні приписувати дитині безліч уявних хвороб чи станів, підтримуючи спогади про труднощі її виховання. Ці спогади залишаються яскравими й продовжують домінувати, закріплюючи тривожний патерн спілкування та догляду.

Дослідження виявило, що у 35% опитаних матерів спостерігаються деструктивні диспозиції особистості (особистісні проблеми), які вони несвідомо вирішують через виховні впливи на своїх дітей. Зокрема, ці проблеми проявляються у зміщенні батьківських установок залежно від статі дитини. У нашому випадку відзначено тенденцію до надання переваги якостям, традиційно сприйнятливим як «жіночі». Ці аспекти формують основу патологізуючого сімейного виховання, яке ґрунтується на неусвідомлюваній особистісній проблемі або потребі матері. Несвідомо мати прагне розв'язати цю проблему або задовольнити свої невисловлені запити за рахунок дитини.

Крім того, у 30% респонденток визначено схильність до двох ключових підходів у вихованні: «Недостатність вимог чи обов’язків дитини» (шкала Т-)

та «Мінімальність санкцій» (шкала С-). Ці маркери відображають рівень кількості та якості вимог, які висуваються до дитини в сім'ї. У випадках із predominance шкали Т-, дитина зазвичай виконує мінімальні обов'язки вдома. Це супроводжується скаргами батьків про складнощі із залученням дитини до домашніх справ, що знаходить своє відображення в екзистенційних аргументах на користь такого підходу.

Шкала (С-) відображає концепцію «Мінімальність санкцій» і стосується діагностичного параметра «Строгість санкцій за порушення дитиною правил». Цей підхід характеризується тим, що батьки у своїх виховних практиках віддають перевагу взагалі уникати покарань або застосовувати їх вкрай рідко. Натомість вони орієнтуються на заохочення, оскільки сумніваються в ефективності будь-яких санкцій.

Ще одним важливим маркером, виявленим серед респонденток-жінок, є шкала (У+) – «Потурання», яка діагностована у 20% опитаних матерів і відноситься до категорії «Ступінь задоволення потреб дитини». Потурання характеризується прагненням максимально і некритично задовольняти всі забаганки дитини. Батьки, які дотримуються цього підходу, схильні балувати дітей, роблячи кожне їхнє бажання абсолютним пріоритетом. Таку модель виховання вони часто пояснюють через низку аргументів, що мають форму типових раціоналізацій: наприклад, апелюють до «слабкості дитини», її «унікальності» або використовують мотив «дати те, чого сам був позбавлений у дитинстві». Також нерідко застосовується виправдання на зразок «дитина росте без батька». В основі такого виховного патерну лежить несвідома проєкція власних незадоволених потреб батьків на дитину. Вони намагаються компенсувати власні ранні психологічні дефіцити через дитину, трансформуючи її виховання у спосіб замісного задоволення своїх емоційних запитів.

Патологічний маркер "Нестійкість стилю виховання" (шкала Н) діагностовано у 10% матерів, які взяли участь у дослідженні. Цей тип виховання характеризується нестабільністю підходів, при якій стилі взаємодії

з дитиною кардинально змінюються: від суворих, авторитарних методів до м'яких, ліберальних, і навпаки. Така нестійкість проявляється також у емоційному сприйнятті дитини, коли увага та турбота можуть раптово змінюватися на емоційне відторгнення. На думку К. Леонгарда, саме така лабільність у вихованні сприяє формуванню у дітей рис характеру, таких як впертість і схильність протистояти будь-якому авторитету.

Дещо рідше серед досліджуваних респондентів зустрічається інший предикативний маркер – "Проекція небажаних якостей" (шкала ПНК), який було ідентифіковано у 5% матерів. Цей тип виховання характеризується проекцією батьками на дитину тих якостей, які вони самі не приймають або пригнічують у собі. У таких випадках батьки несвідомо ототожнюють поведінку чи риси дитини з власними негативними рисами, такими як агресивність, лінощі, схильність до шкідливих звичок, протестні реакції або емоційна нестійкість. У відповідь на це дитину часто піддають жорстким виховним заходам та емоційному відторгненню. Особливо яскраво такий стиль проявляється у батьків, які шукають у "виправленні" дитини можливість переконати себе у власній моральній чи поведінковій непогрішності. Борючись із реальними чи уявними недоліками своєї дитини, вони фактично намагаються звільнитися від внутрішніх конфліктів та самозаперечення. Ця боротьба часто супроводжується екзистенційними переживаннями батьків та інквізиторським підходом до аналізу будь-яких вчинків дитини, у яких вони прагнуть побачити приховані деструктивні мотиви.

Найнижчі показники, частота розподілу яких становить лише 3 %, були виявлені серед досліджуваної вибірки респонденток за такими шкалами: «Ігнорування потреб дитини» (У-), «Надання переваги підлітку дитячих якостей» (ПДК), «Виховна невпевненість батьків» (ВН), «Винесення конфлікту між подружжям у виховний процес» (ВК) та «Гіпопротекція» (Г-).

Апостеріорний аналіз індикації предикаторних маркерів виховного процесу в сім'ї, а також їх контамінованих варіантів, які формують патологізуючий тип родинного виховання, здійснювався серед вибірки респонденток-жінок, що виховують дітей з особливими потребами. Для цього застосовувався параметричний метод статистичного висновку за критерієм t-Стьюдента для однієї вибірки, результати чого подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Апостеріорний аналіз індикації предикаторних маркерів виховного процесу

№	**Показники індикації предикатів виховного процесу в сім'ї серед респонденток-матерів**																	
	Г+	Г-	У+	У-	Т+	Т-	З+	З-	С+	С-	Н	РРЧ	ПДК	ВН	ФУ	ПНК	ВК	ПЖК
1.	0,001	0,8	00,6	0,8	0,86	1	0,8	0,49	0,8	0,8	0,8	0,66	0,87	0,003	0,024	0,81	0,87	0,87
2.	0,011	0,69	0,8	0,8	0,68	0,002	0,012	0,8	0,8	0,66	0,87	0,82	0,81	0,65	0,003	0,89	0,89	1
3.	0,89	0,66	0,86	0,021	0,89	0,8	0,001	0,012	0,8	0,89	0,88	0,67	0,62	0,499	0,69	0,498	0,88	0,83
4.	0,67	0,81	0,66	0,62	0,69	0,88	0,02	0,031	0,89	0,001	0,87	0,69	0,001	0,001	0,65	0,85	0,81	0,60
5.	0,002	0,49	0,8	0,8	0,8	0,66	0,012	0,49	0,8	0,8	0,015	0,49	0,8	0,8	0,8	0,001	0,69	0,001
6.	0,001	0,68	0,8	0,8	0,68	0,01	0,69	0,67	0,8	0,68	0,69	0,8	0,8	0,68	0,001	0,69	0,8	0,001
7.	0,001	0,69	0,8	0,8	0,68	0,81	0,001	0,69	0,8	0,85	0,001	0,69	0,8	0,8	0,001	0,64	0,66	0,001
8.	0,004	0,69	0,8	0,8	0,68	0,69	0,001	0,69	0,8	0,87	0,68	0,69	1	0,8	0,68	0,69	0,69	0,8
9	0,001	0,69	0,8	0,8	0,68	0,69	0,8	0,001	0,82	0,001	0,69	0,8	0,8	0,68	0,69	0,8	0,8	0,68
10.	0,001	0,66	0,001	0,69	0,8	0,8	0,68	0,001	0,61	0,001	0,001	0,69	0,85	0,66	0,68	0,69	0,82	0,001
11.	0,00	0,67	0,004	0,67	0,80	0,82	0,68	0,004	0,499	0,001	0,69	0,8	0,8	0,68	0,69	0,8	0,8	0,003
12.	0,69	0,8	0,8	0,68	0,69	0,001	0,69	0,8	0,80	0,68	0,69	0,83	0,8	0,002	0,001	0,69	0,8	0,8
13.	0,002	0,499	0,004	0,84	0,69	0,69	0,68	0,001	0,66	0,004	0,69	0,8	0,8	0,68	0,69	0,8	0,8	0,004
14.	0,68	0,021	0,69	0,8	0,8	0,001	0,004	0,69	0,82	0,80	0,68	0,69	0,81	0,85	0,68	0,032	0,	0,,66

																	01	
15.	0,000	0,69	0,8	0,8	0,68	0,69	0,001	0,69	0,81	0,8	0,68	0,69	0,89	0,8	0,68	0,69	0,69	0,85
16.	0,003	0,89	0,81	0,88	0,68	0,004	0,001	0,69	0,8	0,011	0,69	0,89	0,87	0,68	0,025	0,69	0,84	0,66
17.	0,011	0,69	0,89	1	0,68	0,011	0,004	0,69	0,84	0,8	0,68	0,69	0,81	0,80	0,002	0,69	0,82	0,82
18.	0,020	0,82	0,82	0,8	0,68	0,003	0,004	0,69	0,8	0,8	0,003	0,69	0,81	0,80	0,004	0,69	0,66	0,012
19.	0,012	1	0,89	0,8	0,68	0,69	0,8	0,004	0,66	0,004	0,69	0,84	0,66	0,68	0,69	0,8	0,81	0,68
20.	0,001	0,69	0,81	0,8	0,68		0,015	0,499	0,69	0,8	0,8	0,68	0,69	0,85	0,8	0,68	0,69	0,001

Як свідчать табличні статистичні дані, серед 20 можливих діагностованих предикторних маркерів серед опитаних жінок-матерів сукупної вибірки було виявлено 15 маркерів у різних контамінованих варіантах. Серед них можна виділити кілька типів патологічного стилю сімейного виховання, які демонструють високу статистичну значущість. Так, у 10% респонденток було зафіксовано виховний тип із наступними характеристиками: «Гіперпротекція» (Г+), «Недостатність обов'язків дитини» (Т-), «Надмірні заборони» (З+), «Мінімальність санкцій» (С-), «Нестійкий стиль виховання» (Н) і «Фобії втрати дитини» (ФУ). Інший різновид патологічного виховання, також виявлений у 10% учасниць дослідження, включав такі предикторні маркери: «Гіперпротекція» (Г+), «Потурання» (У+), «Недостатність вимог і заборон до дитини» (З-), «Мінімальність санкцій» (С-), «Нестійкість стилю виховання» (Н) і «Надання переваги жіночим якостям» (ПЖК). Ще один виховний тип, у якому домінують маркери «Недостатність обов'язків дитини» (Т-) і «Фобії втрати дитини» (ФУ), було виявлено у 10% респонденток.

Водночас 3% учасниць демонструють батьківську невпевненість, що статистично підтверджується через шкалу «Виховна невпевненість батьків» (ВН). Окрім цього, 15% учасниць із цим типом виховання також активно практикують гіперпротекцію (Г+). Ще у 3% респонденток спостерігалося

прагнення максимально задовольнити будь-які потреби дитини, що підтверджується наявністю предикторного маркера «Потурання» (У+).

Патологізуючо-лабільний тип виховання, за якого жінки схильні до поєднання стилів, які включають одночасно «Надмірність вимог та заборон» (З+) і «Недостатність вимог та заборон» (З-) стосовно дитини, характерний для 10% опитаних. Додатково, 10% респонденток до цього виховного типу інтегрують такі елементи, як «Гіперпротекція» (Г+) та акцент на «Наданню переваги жіночим якостям» (ПЖК). З цієї групи 10% також використовують підхід з елементами «Мінімальності санкцій» (С-) у вихованні, тоді як ще 3% схиляються до «Нестійкого стилю виховання» (Н), що супроводжується страхом втрати дитини. У межах лабільного патологізуючого типу виховання 3% жінок-респонденток демонструють поведінкову модель, яка включає предикаторні маркери «Надмірних вимог та заборон» (З+) у поєднанні з їх «Недостатністю» (З-). Ця модель часто супроводжується контамінацією таких чинників, як використання «Мінімальних санкцій» (С-), акцент на «Наданню переваги підлітку дитячих якостей» (ПДК) і прояви «Виховної невпевненості батьків».

Наступний тип патологічного виховання, який включає поєднання трьох предикативних маркерів, був діагностований у 15% жінок. Цей підхід характеризується такими особливостями: «Гіперпротекція» (Г+), «Недостатність вимог та заборон до дитини» (З-) і «Мінімальність санкцій» (С-) у виховній практиці. Аналізуючи розподіл даних, можна відзначити, що ще 15% респонденток (по 3% у кожній групі) дотримуються інших форм патологічного виховання. Серед них найвища контамінація, яка охоплює п’ять предикативних маркерів, спостерігається у 3% опитаних. До цього типу належать: «Гіперпротекція» (Г+), «Потурання» (У+), «Недостатність вимог та заборон до дитини» (З), а також такі психологічні аспекти, як «Виховна невпевненість батьків» (ВН) і «Фобія втрати дитини» (ФУ). Інші 3% дотримуються форми виховання, що включає: «Гіпопротекцію» (Г-), «Недостатність надання обов’язків дитині» (Т-), встановлення «Надмірних

вимог та заборон» (З+), «Проекцію небажаних якостей» (ПНК) на дитину і «Перенесення конфлікту між подружжям на виховну сферу» (ВК).

У процесі дослідження типів сімейного виховання жінок, які виховують дітей із особливими потребами, було виявлено низку закономірностей, що стосуються характеру використання патологізуючих предикаторних маркерів. Лише 5 % жінок обирають виховну стратегію, що базується на поєднанні двох маркерів – «Гіперпротекції» (Г+) та підвищених «Надмірних вимог і заборон» (З+). Цей підхід, що слугує одним із типів патологізуючого виховання, формує надмірний контроль та очікування щодо дитини. Аналіз апостеріорних даних засвідчив, що патологізуючі моделі виховання сформовуються через контамінацію різної кількості маркерів.

Найбільша частка респонденток (30%) використовує підхід, що об'єднує п'ять різних патологізуючих предикаторних маркерів. У свою чергу, ще 25% жінок дотримуються виховання з трьома маркерами. Водночас найекстремальніші варіанти – з мінімальним набором (два маркери) або максимальним (шість маркерів) – спостерігаються у 15% респонденток.

Патологізуючий тип виховання, зумовлений чотирма контамінованими маркерами, обирають 10% матерів. Особливо привертає увагу схильність матерів, що виховують дітей із особливими потребами, до надмірної опіки. Так, згідно з отриманими даними, 70% жінок демонструють виражений пріоритет маркера «Гіперпротекції». Зазначені матері приділяють непропорційно велику кількість часу, енергії та уваги вихованню, роблячи його центральним життєвим сенсом.

Ще одне важливе спостереження стосується поведінки 35% матерів, які характеризуються недостатньою кількістю обмежень і вимог до дитини. Вони часто дозволяють дітям ігнорувати навіть встановлені правила, сприяючи формуванню в дитини безконтрольності. Отже, результати дослідження демонструють широке розмаїття патологізуючих підходів до виховання та підкреслюють важливість урахування цих моделей у розробленні освітніх і психологічних інтервенцій для підтримки таких сімей.

У переважної більшості матерів виявляється фобія втрати дитини, що слугує одним із ключових чинників формування патологічних виховних стратегій. Зазначена «фобія втрати» істотно впливає на стиль батьківської поведінки, визначаючи дві головні моделі: потураючу або домінуючу гіперпротекцію. Ключовою причиною такого феномену є підвищена невпевненість матері в прийнятті рішень, страх допустити помилку, а також гіпертрофовані уявлення про фізичну «крихкість», уразливість і хворобливість дитини. Джерелом подібного стану часто стають особливості історії появи дитини на світ: наприклад, її довготривале очікування, народження з ускладненнями, важкий період догляду після пологів тощо. Іншим значущим чинником перманентного прояву «фобії втрати» є досвід важких або тривалих хвороб, перенесених дитиною.

Формування взаємин із дитиною в умовах постійного страху її втрати змушує батьків проявляти тривогу та надмірно реагувати на її запити чи бажання. Це може реалізовуватися у двох формах гіперпротекції: перша — потураюча, коли задовольняються всі потреби дитини без розбору і відносна відповідальність за них перекладається лише на оточуючих; друга — домінуюча, яка проявляється через абсолютний контроль і опіку навіть у дрібницях. Крім того, дослідження свідчать про те, що половина жінок-матерів демонструють схильність до пред’явлення дітям надмірних вимог і заборон. Така поведінка виступає предиктором розвитку домінуючої гіперпротекції як патологічного стилю виховання. У цьому випадку дитині забороняється практично будь-яка ініціатива, існує надзвичайно велика кількість обмежень, що порушують її свободу і пригнічують розвиток самостійності.

Дослідження виявило, що близько 35% матерів демонструють деструктивні диспозиції особистості, які, у свою чергу, впливають на їхні виховні стратегії. Зокрема, такі матері намагаються вирішувати власні особистісні проблеми через виховний процес щодо дитини. Це проявляється у зміні їхніх установок залежно від статі дитини (наприклад, перевага надається

типово жіночим рисам), що нерідко спричиняє патологізуючий виховний підхід. Серед характерних проекцій таких диспозицій визначено потураючу гіперпротекцію та емоційне відторгнення. Ці стилі взаємодії часто детерміновані несвідомими потребами чи нерозв'язаними внутрішньоособистісними конфліктами; мати фактично намагається компенсувати власні незадоволені потреби через виховний вплив на дитину.

Водночас з'ясовано, що понад чверть матерів недостатньо вимогливі до дітей. Вони рідко залучають дитину до виконання домашніх обов'язків, навіть тих, які є посильними для неї. Крім того, такі матері не накладають суворих санкцій за порушення встановлених правил або застосовують лише мінімальні покарання, уникаючи їх використання в більшості випадків. Виховні акценти в таких випадках здебільшого зміщені у бік заохочення замість дисциплінарних заходів.

Окремо було визначено, що чверть матерів, які виховують дітей із особливими потребами, схильні до патологізуючих потураючих моделей виховання. Це проявляється у прагненні повністю і некритично задовольняти всі бажання і потреби дитини. Такі жінки сприймають будь-яке бажання дитини як обов'язкове до виконання і мотивують свою поведінку переконанням, що «дитина слабка» і потребує компенсації того, чого не отримала сама мати в дитинстві. Таким чином, потурання стає способом несвідомої проєкції власних незадоволених у ранні роки потреб матері, яка здійснює їхню замісну реалізацію через виховні патерни.

Також встановлено кілька типів патологізуючого сімейного виховання, які включають змішані варіанти з предикторними маркерами значного рівня статистичної значущості. Зокрема, у чверті матерів-учасниць дослідження діагностовано патологізуючі стилі виховання на основі гіперпротекції. Особливостями таких стилів є недостатність вимог до дитини стосовно її обов'язків у поєднанні з надмірною кількістю заборон. Характерним також є мінімальне застосування санкцій разом із переважною фобією втрати дитини, що посилює патологізуючі елементи виховання.

У дослідженні виявлено кілька типів патологізуючого виховання дітей серед матерів. Перший включає домінування таких характеристик, як гіперпротекція, недостатність вимог та заборон стосовно дитини, мінімальне або взагалі відсутнє застосування санкцій, емоційна лабільність та пріоритет жіночих якостей. Такий стиль виховання був виявлений у майже чверті матерів. Ще один поширений тип характеризується недостатнім делегуванням обов'язків дитині, страхом втрати, гіперпротекцією та виховною невпевненістю батьків. Він також виявлений серед близько чверті респонденток.

Серед меншої кількості жінок спостерігався інший патологізуючий тип виховання, що поєднує надмірні вимоги та заборони із недостатністю контролю та використання санкцій. При цьому акцент робиться на утриманні у дитини дитячих якостей, попри вік, разом із виховною невпевненістю. Основним каталізатором цих процесів є дитина з особливими потребами, яка виступає тригером змін у сімейній системі. Її присутність створює *петлі кругового зворотного зв’язку, коли поведінка одного члена сім’ї впливає на інших, а їхня реакція, своєю чергою, повертається до першоджерела. Це спричиняє коливання між функціональними (адаптивними) та дисфункціональними (патологізуючими) виховними моделями, закріплюючи симптоматичну поведінку і в самої матері, і у дитини, а іноді – й у інших членів сім’ї. Часто такі матері проявляють надмірну тривожність і жалість до дитини, що принижує її в очах інших і зосереджує її увагу на власних вадах. Це заважає дитині сформувати позитивне ставлення до себе тим більше – адекватну самооцінку, і може ускладнити вироблення конструктивних соціальних стратегій.

Ці процеси пояснюються також почуттям провини, яке часто відчувають батьки. Постійна необхідність бути поруч із дитиною викликає емоційне виснаження, що часто компенсується гіпертурботою, надмірною увагою та усіляким задоволенням потреб дитини. Така поведінка заважає їй формувати незалежність, адекватно оцінювати власні можливості та

адаптуватися до соціального оточення. Коли дитина стає центром життєдіяльності сім’ї, це деформує зовнішні комунікації родини. У батьків складаються невірні уявлення про можливості дитини, а матері часто мають підвищену тривожність. У сім'ях із такою динамікою нерідко виникають систематичні конфлікти між подружжям.

Такі виховні підходи вкупі з особистісними особливостями матерів можуть негативно впливати на розвиток дитини з особливими потребами. Це сприяє формуванню егоцентризму, повної залежності від батьків, зниженню власної ініціативи та самооцінки, а також перешкоджає її соціалізації.

2.2.2. Ідентифікація ступеню вираженості переважаючого типу прив'язаності до значущих осіб своєї сім'ї серед респондентів-дітей що мають особливі потреби

Наступним етапом нашого емпіричного дослідження стало визначення ступеня вираженості домінуючої прив’язаності до членів сім’ї серед респондентів-дітей з особливими потребами.

У цьому розділі наведено інтерпретацію результатів, отриманих на основі аналізу даних підгрупи, що включала 30 респондентів. Оцінка рівня вираженості прив’язаності до членів сім’ї представлена на рисунку 2.2, який ілюструє ключові аспекти результатів.

Згідно з їх аналізом, було встановлено, що переважна більшість дітей з особливими потребами (підлітків і юнаків) проявляють «відсутність прив’язаності» до різних членів сімейної системи. Зокрема, найвищий показник відсутності прив’язаності зафіксовано щодо дідуся – у 90% респондентів. Аналогічна тенденція простежується щодо бабусі – 80%, брата – 75%. Щодо батька та сестри спостерігається рівномірний рівень цього показника – по 50% у кожній категорії.

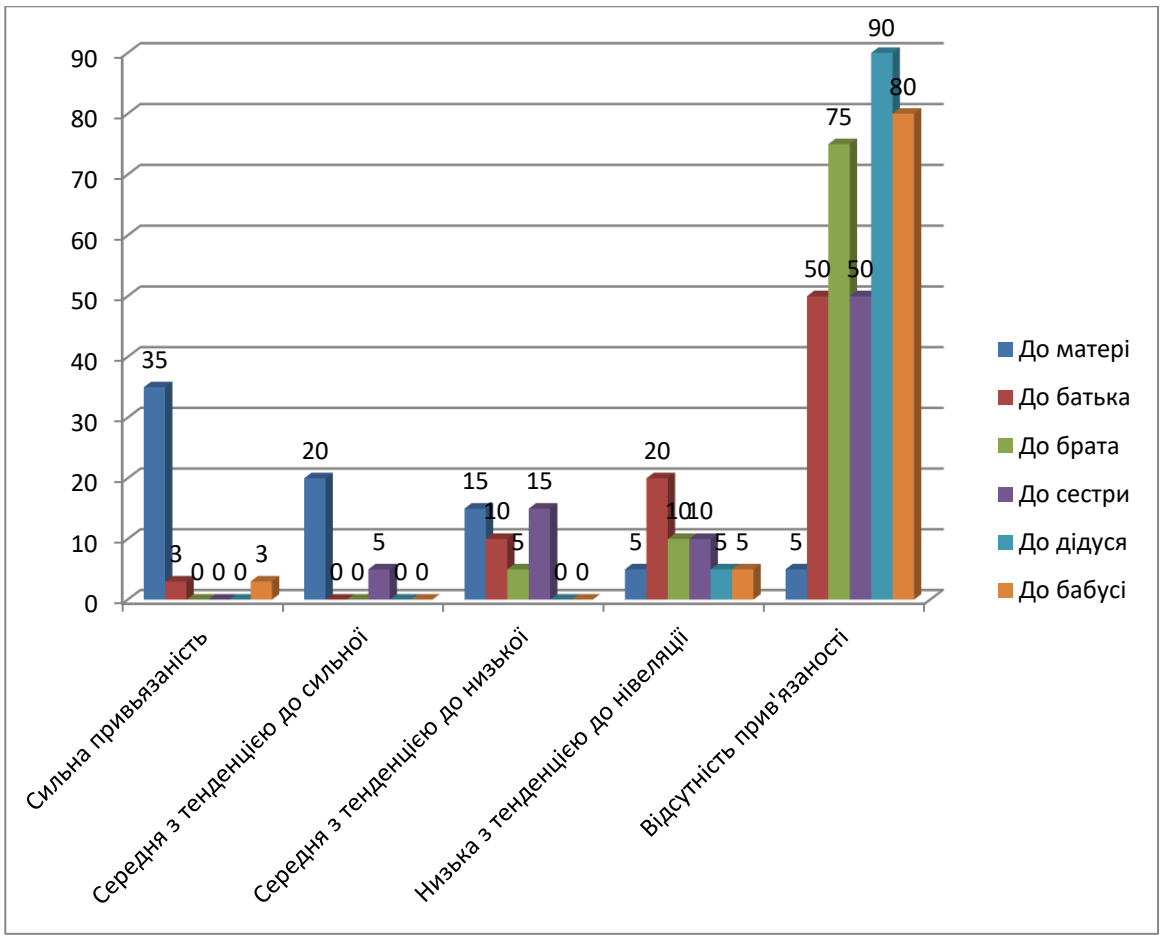


Рис. 2.2. Ідентифікація ступеню вираженості переважаючого типу прив'язаності до значущих осіб своєї сім'ї серед респондентів-дітей що мають особливі потреби (у%)

Високий відсоток респондентів (35%) демонструє виражену прив’язаність до матері, що виявлено за шкалою «сильної прив’язаності». Водночас рівномірний розподіл по 20% спостерігається серед дітей щодо шкал «середньої прив’язаності з тенденцією до сильної» до матері та «низької прив’язаності з тенденцією до нівеляції» до батька.

Також рівний відсотковий показник (15%) виявлений за шкалами «середньої прив’язаності з тенденцією до низької» як до матері, так і до сестри. У меншій кількості досліджуваних, проте з таким самим рівномірним розподілом, зафіксована «середня прив’язаність з тенденцією до низької» стосовно батька.

Крім того, 20% опитаних демонструють «низьку прив’язаність з тенденцією до нівеляції», причому 10% — до брата, а ще 10% — до сестри.

Превалююча «середня прив’язаність з тенденцією до сильної» щодо сестри зафіксована лише у 5% респондентів. Аналогічний розподіл (по 5%) виявлено ще за двома шкалами: «низька прив’язаність з тенденцією до нівеляції» стосовно бабусі та «відсутність прив’язаності» до матері.

Найнижчий відсотковий показник розподілу серед обстежуваних дітей виявлено щодо чотирьох різних членів сім'ї з різними рівнями домінуючої прив’язаності. Зокрема, за шкалою "сильна прив’язаність" лише 3% дітей проявляли таку прив’язаність до батька, і стільки ж — до бабусі. Паралельно, прив’язаність "середня з тенденцією до низької" була зафіксована у 3% дітей до брата. На шкалі "низької прив'язаності з тенденцією до нівеляції" така оцінка виявлена у 3% респондентів щодо матері та стільки ж — до дідуся. Аналіз градацій вираженості домінуючої прив’язаності до членів сім’ї серед обстежуваних дітей із особливими потребами (у відсотках) подано в таблиці 2.2. Алгоритм інтерпретації результатів базується на об’єкті прив’язаності, тобто конкретному члену сім'ї.

Таблиця 2.2.

Аналіз градації ступеня вираженості провідної прив’язаності до членів сім’ї у дітей з особливими потребами, які брали участь в опитуванні (у %).

№	Об’єкт прив'язаності	**Аналіз рівня вираженості домінуючої прив'язаності до членів родини серед дітей з особливими потребами, які брали участь у дослідженні (у%)**				
		Сильна прив’язаність	Середня з тенденцією до сильної	Середня з тенденцією до низької	Низька з тенденцією до нівеляції	Відсутність прив’язаності
1.	Мати	35	20	15	3	5
2.	Батько	3	0	10	20	50
3.	Брат	0	0	3	10	75
4.	Сестра	0	5	15	10	50
5.	Дідусь	0	0	0	3	90
6.	Бабуся	3	0	0	5	80

Результати дослідження демонструють, що серед об’єктів прив’язаності найбільшу схильність респонденти виявляють до матері, причому найвищий рівень вираженості прив’язаності («сильна

прив’язаність») відзначено у 35% опитаних. Ще 20% респондентів характеризуються «середньою з тенденцією до сильної». Водночас 15% учасників дослідження продемонстрували прив’язаність на рівні «середньої з тенденцією до низької», а «відсутність прив’язаності» виявлена у 5% дітей. Крім того, 3% респондентів мають «низьку прив’язаність з тенденцією до нівеляції». Щодо прив’язаності до батька, лише 3% дітей демонструють «сильну прив’язаність», тоді як 10% мають «середню прив’язаність з тенденцією до низької». Натомість 20% респондентів характеризуються «низькою прив’язаністю з тенденцією до нівеляції», а в 50% дітей «відсутність прив’язаності» до батька є абсолютною.

Прив’язаність до брата також засвідчує низький рівень емоційного зв’язку: лише 3% дітей проявляють «середню прив’язаність з тенденцією до низької», тоді як у 10% виявлена «низька прив’язаність з тенденцією до нівеляції», а в 75% випадків спостерігається повна «відсутність прив’язаності». У відносинах із сестрою ситуація є дещо різноманітнішою. Так, 5% опитаних демонструють «середню прив’язаність з тенденцією до сильної», а в 15% вона визначається як «середня з тенденцією до низької».

Водночас, низький рівень прив’язаності («з тенденцією до нівеляції») зафіксовано у 10% дітей, а в 50% повністю відсутній емоційний зв’язок із сестрою. Окремо досліджувалася прив’язаність дітей до дідуся. За результатами аналізу, абсолютна більшість дітей (90%) не мають жодного емоційного зв’язку з цим членом сім’ї, і лише 3% проявляють дуже «низьку прив’язаність з тенденцією до нівеляції».

У контексті вивчення прив’язаності дітей до бабусі як члена родини було встановлено, що лише 3% дітей демонструють високу емоційну стійкість, відображену у формі «сильної прив’язаності». Водночас більшість респондентів (80%) не орієнтовані на формування будь-яких виражених емоційних зв’язків із цим членом сім’ї. У решти 3% дітей спостерігається «низький рівень прив’язаності», яка має тенденцію до поступового зникнення.

Диференційно-симультанний аналіз вираженості домінуючої прив’язаності до членів сімейної системи, характерний для досліджуваних респондентів-дітей з особливими потребами, висвітлений у серії графічних і табличних матеріалів (рисунки 2.3–2.5; табл. 2.3).

Вибудований алгоритм аналізу даних акцентує увагу на когерентності емпіричних параметрів, обираючи матір як центральну фігуру емоційної переваги (адже більшість дітей виявляють саме до неї найбільшу прив’язаність). Подальша інтерпретація даних здійснюється шляхом ієрархічного розподілу ступенів прив’язаності: від найвищих показників до найнижчих рівнів, а також із врахуванням розподілу емоційної близькості до інших членів родини.

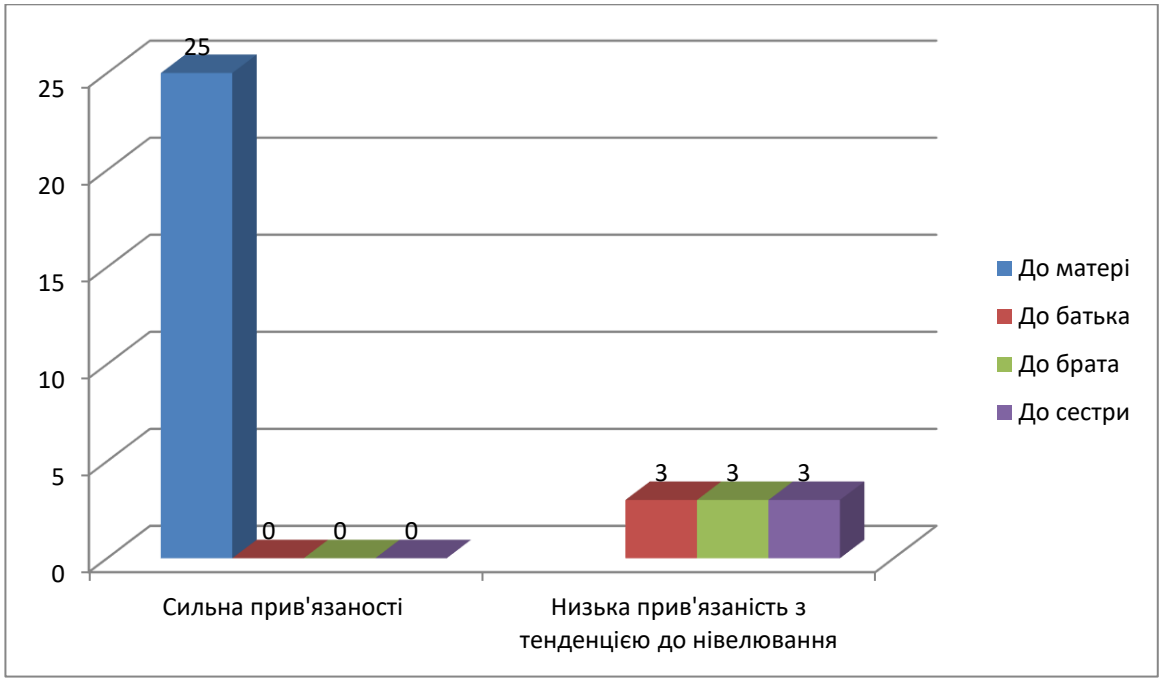


Рис. 2.3. Диференційно-симультанний аналіз розподілу ступеню виразності домінуючої прив'язаності до членів сім'ї в родинній системі серед 35% дітей зі схильністю «сильної прив'язаності до матері» (у%)

За результатами дослідження (рис. 2.3) можна зробити висновок, що більшість опитаних дітей мають виражену «сильну прив’язаність до матері» – цього показника досягає 35% респондентів. Серед них 25% демонструють таку прив’язаність виключно до матері. Ще 3% дітей із цієї групи

перебувають у стані сильної прив’язаності до матері, але разом із цим проявляють «низьку прив’язаність із тенденцією до нівеляції» щодо батька та брата. Інші 3% з числа дітей цієї категорії виявляють аналогічну низьку прив’язаність, але стосовно сестри.

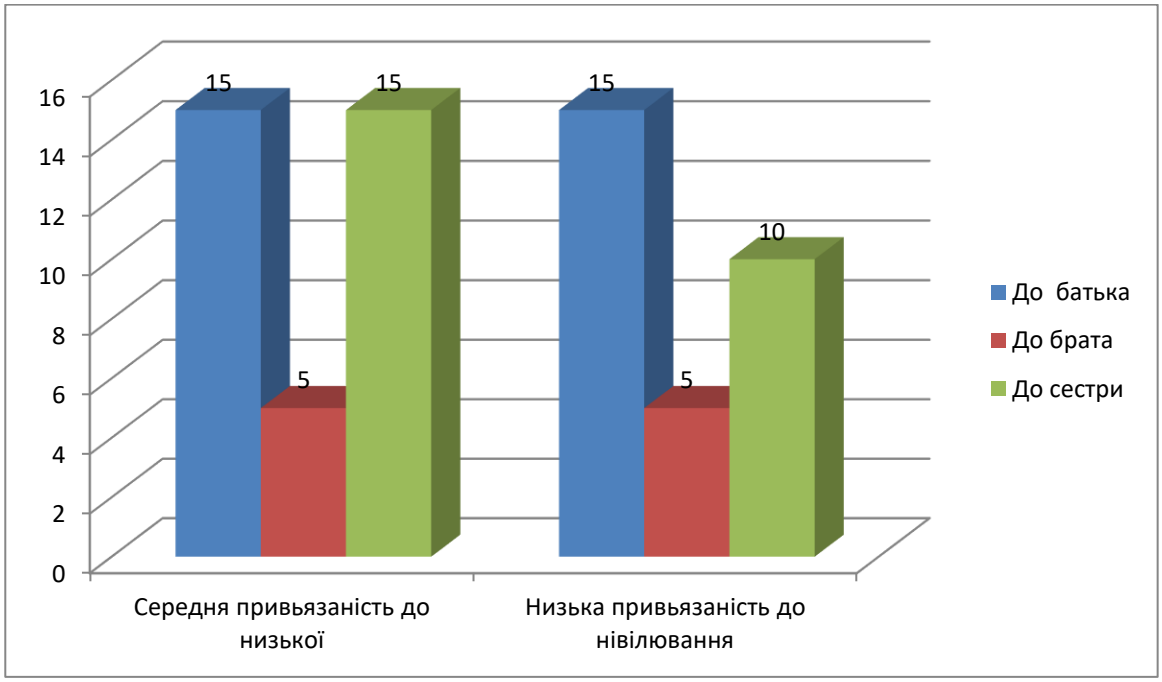


Рис. 2.4. Диференційно-симультанний аналіз розподілу ступеню виразності домінуючої прив'язаності до членів сім'ї в родинній системі серед 35% дітей зі схильністю «середньої прив’язаності до матері» (у%)

Як показано на рис. 2.4, рівень прив’язаності, класифікований як «середній із тенденцією до високої», до матері зафіксовано у 35% опитаних респондентів. Водночас відсоткове співвідношення рівнів прив’язаності до інших членів сім’ї серед зазначеної групи респондентів варіюється залежно від ступеня виразності домінуючої емоційної прив’язаності. Зокрема, «середній рівень прив’язаності з тенденцією до низької» демонструють 15% респондентів щодо батька. З них 5% також мають «низький рівень прив’язаності з тенденцією до нівеляції» до сестри, а ще 10% характеризуються аналогічною комбінацією стосовно брата. Додатково, 15% респондентів, які демонструють «середню прив’язаність із тенденцією до високої» до матері, одночасно виявляють «середню прив’язаність із

тенденцією до низької» до сестри, тоді як щодо батька спостерігається «низький рівень прив’язаності з тенденцією до нівеляції». Більш того, 10% дітей із домінуючою «середньою прив’язаністю із тенденцією до високої» до матері одночасно демонструють «низький рівень прив’язаності з тенденцією до нівеляції» до двох інших членів сім’ї — батька та брата.

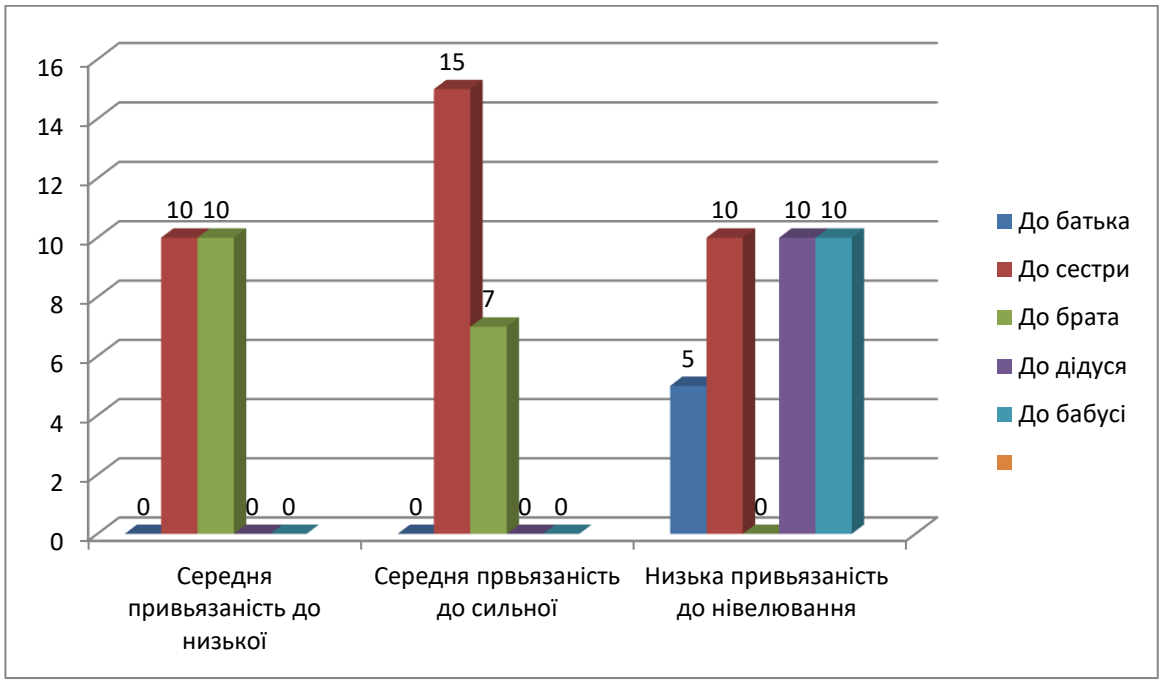


Рис. 2.5. Диференційно-симультанний аналіз розподілу ступеню виразності домінуючої прив'язаності до членів сім'ї в родинній системі серед 30% дітей зі схильністю «середньої прив’язаності до матері з тенденцією до низької» (у%)

Як видно з рис. 2.5, серед сімейних систем, де рівень домінантної прив'язаності до матері оцінюється як «середній із тенденцією до низького» (ця група складає 30% від загальної кількості респондентів-дітей), спостерігаються наступні особливості розподілу прив'язаності до інших членів сім'ї. Зокрема, 15% цих дітей демонструють «середню прив'язаність із тенденцією до сильної» до своєї сестри. У той же час 10% респондентів проявляють «середню прив’язаність із тенденцією до низької» як до матері, так і до брата та сестри. Ще 7 % із цієї підгрупи характеризуються «низьким рівнем прив'язаності із тенденцією до згасання» щодо чотирьох членів своєї сім’ї: батька, сестри, дідуся та бабусі.

Таблиця 2.3.

Диференційно-симультативний аналіз ступеня вираженості домінуючих прив'язаностей до членів сім'ї в межах сімейної системи, проведений серед респондентів-дітей з особливими потребами (у %)

№	Ступінь прояву домінуючої прив'язаності	Об'єкт прив'язаності досліджуваних-дітей до членів власної родини					
		До матері	До батька	До брата	До сестри	До дідуся	До бабусі
Розподіл прив'язаності до матері за відповідною шкалою «Сильна прив'язаність» (45%)							
1.	Сильна прив'язаність	35	_	_	_	_	_
2.	Низька з тенденцією до нівіляції	_	3	3	3	_	_
Розподіл прив'язаності до матері за відповідною шкалою «Середня прив'язаність до сильної» (42%)							
1.	Середня прив'язаність з тенденцією до низької	_	15	_	3	_	_
2.	Низька прив'язаність з тенденцією до нівеляції	_	3	3	3	_	_
3.	Середня з тенденцією до сильної	15	_	_	_	_	_
Розподіл прив'язаності до матері за відповідною шкалою «Середня прив'язаність до низької» (33%)							
1.	Середня з тенденцією до сильної	-	-	-	15	-	-
2.	Середня з тенденцією до низької	-	3		3	3	3
3.	Низька з тенденцією до нівілювання	-		3	3		
Розподіл прив'язаності до матері за відповідною шкалою «Низька прив'язаність до нівелювання» (10%)							
1.	Середня з тенденцією до низької	_	10	_	3	_	_
Розподіл відсутності прив'язаності до матері (6%)							
1.	Сильна прив'язаність	_	3	_	_	_	3

Дослідження виявили, що серед респондентів, які демонструють дуже низький рівень прив'язаності до матері — визначений як "низька прив'язаність з тенденцією до нівеляції" — спостерігається також поміркована прив'язаність із тенденцією до низької до батька та сестри (згідно з табл. 2.3).

Окрім того, у 5% дітей з особливими потребами було зафіксовано абсолютну "відсутність прив'язаності" до матері. У рамках цієї групи 3% демонструють сильну прив'язаність до батька, а інші 3% — до бабусі (див. табл. 2.3.).

Результати апостеріорного аналізу свідчать про те, що об'єктом прив'язаності для переважної більшості дітей залишається мати: у 45%

респондентів виявлено сильну прив’язаність до матері, тоді як ще чверть демонструють середню прив'язаність із тенденцією до сильної. Зазначено, що лише незначна частка дітей має сильну прив'язаність до батька чи бабусі. Невеликий відсоток респондентів також демонструє середню прив'язаність із тенденцією до сильної до сестри.

Водночас, близько чверті опитаних дітей виявляють низьку прив'язаність як до матері, так і до інших членів сім’ї. З них 15% надають перевагу сестрі, демонструючи сильну прив'язаність саме до неї. Однак інша частина цієї групи проявляє дуже низький рівень прив’язаності, як до матері, так і інших членів сім'ї, іноді із тенденцією до нівеляції прив’язаності чи навіть її повної відсутності.

Серед досліджених респондентів зустрічаються також діти, які демонструють абсолютну відсутність прив’язаності не лише до матері, а й до інших членів сім’ї. Проте ці діти виражають виключно сильну прив’язаність до одного з членів сім’ї: або до батька, або до бабусі. Отримані результати щодо домінуючих прив'язаностей дітей з особливими потребами в сімейній системі свідчать про значущу роль об’єкта прив’язаності, який є найбільш активно залученим у процес турботи й опікування дитиною.

Однак, як демонструють результати попередніх досліджень, такі об’єкти часто несвідомо використовують дисфункціональні патерни виховної поведінки. Зокрема, до найпоширеніших "патологізуючих предикаторних маркерів" у вихованні дітей з особливими потребами належать гіперпротекція, недостатність вимог щодо обов'язків дитини поряд із надмірними заборонами, недостатнє застосування санкцій, фобія втрати дитини, потурання її примхам, недостатнє делегування відповідальності та емоційно лабільний стиль виховання.

Разом із цими факторами спостерігається батьківська невпевненість у правильності виховного процесу. Сукупність зазначених факторів сприяє формуванню стабільної залежності дитини від конкретного об’єкта прив’язаності.

Висновки до другого розділу

1. У ході емпіричного дослідження були виявлені патологізуючі предиктивні маркери процесу виховання у сім'ях, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. Встановлено також їх контаміновані варіанти, що формують патологізуючу модель сімейного виховання. Крім того, оцінено рівень вираженості домінуючої прив'язаності респондентів-дітей із зазначеними потребами до членів своїх родин.

2. Для здійснення емпіричного аналізу інтеракційно-виховних інтенцій у сім'ях, що мають дітей з особливими потребами, були застосовані такі методи: психодіагностичні — зокрема, опитувальник АВС для батьків підлітків віком від 11 до 21 року та «Шкала прив'язаності дитини до членів своєї сім'ї»; статистичні — зокрема розрахунок середніх величин, процентних співвідношень, а також використання параметричного методу статистичного аналізу за критерієм t-Стьюдента для однієї вибірки. Такий методологічний підхід забезпечив отримання емпіричних даних щодо специфіки інтеракційно-виховних аспектів у сім'ях з дітьми, які мають особливі потреби.

3. На основі результатів апостеріорного аналізу було встановлено, що більшість матерів (80%), які виховують дитину з особливими потребами, демонструють схильність до патологізуючого маркера виховної практики — гіперпротекції. Цей тип поведінки виражається через надмірну увагу, витрати часу та емоційних ресурсів на дитину, зводячи виховання до життєвої мети. Крім того, майже половина матерів (45%) характеризується недостатнім вираженням вимог та заборон щодо дітей: такі матері дозволяють дітям фактично все, навіть порушувати існуючі правила та обмеження.

4. Фобія втрати дитини часто призводить до патологічного виховання. Багато матерів відчувають сильний страх втратити дитину, що спонукає їх до надмірної опіки та контролю (гіперпротекції). Цей страх може бути пов'язаний з труднощами під час зачаття чи народження дитини, її хворобливістю в минулому або підвищеною тривожністю самої матері щодо

її здатності бути хорошою матір'ю. В результаті матері або надмірно потурають будь-яким бажанням дитини, або ж надмірно опікають та контролюють її.

5. Надмірні вимоги та заборони є ознакою домінуючої гіперпротекції. Значна частина матерів встановлює для своїх дітей занадто багато правил та обмежень. Такий підхід, коли дитині постійно кажуть "не можна" і висувають численні вимоги, що обмежують її самостійність, є формою патологічного виховання, відомою як домінуюча гіперпротекція.

6. Особистісні проблеми матерів можуть призводити до нездорових моделей виховання. Майже у половини матерів спостерігаються особистісні труднощі, які вони несвідомо намагаються компенсувати через свою дитину. Це може проявлятися у зміні ставлення до дитини залежно від її статі (наприклад, перевага жіночих якостей), що призводить до таких патологічних стилів виховання, як потураюча гіперпротекція, емоційне відторгнення. Мати може несвідомо намагатися вирішити власні проблеми або задовольнити свої потреби через виховання дитини.

7. Зьясовано, більше чверті матерів виявляють недостатню вимогливість до своїх дітей: вони не залучають їх до виконання домашніх обов'язків, навіть тих, з якими дитина здатна впоратися. Крім того, такі матері рідко реагують на порушення правил або вимог з боку дитини, або ж застосовують незначні покарання епізодично, надаючи перевагу заохоченням.

8. Визначено, що більшість матерів, які виховують дітей з особливими потребами, проявляють у вихованні **потураючу та патологізуючу поведінку**. Це виражається у їхньому **прагненні надмірно та без критичного осмислення задовольняти потреби дитини**, балуючи її та вважаючи будь-яке її бажання безумовним законом для виконання. Такі матері **виправдовують свою поведінку** тим, що їхня дитина є слабкою і потребує компенсації за те, чого вони самі були позбавлені в дитинстві. Іншими словами, через потуральне виховання мати **несвідомо переносить на дитину власні незадоволені потреби з минулого**, намагаючись **замістити їх за рахунок особливостей виховного процесу**.

9. Крім того, виявлено типи патологічного сімейного виховання – це контамінаційні варіанти прогнозованих чинників і підтверджені високими рівнями статистичної значущості. Так, у чверті опитаних матерів

діагностовано патологічний стиль виховання, тобто надмірну опіку, висування недостатніх вимог відповідальності до дитини, але встановлення великої кількості заборон і мінімальних санкцій, страх втратити дитину.

10. Крім того, трохи менше ніж у чверті матерів виявлено ще один патологічний стиль виховання дитини – прогностичними маркерами: надмірна опіка, вседозволеність, недостатня вимогливість і заборона до дитини, незначне використання або відсутність санкцій, перевага жіночих якостей, нестійке батьківство (емоційна нестабільність).

11. Менше чверті досліджуваних жінок також стикалися з патологічним стилем батьківства, в якому домінували прогностичні маркери - недорозподіл обов'язків щодо дітей, страх втратити дитину, надмірна опіка та освітня незахищеність батьків.

12. Крім того, серед невеликої кількості опитаних жінок був виявлений нестійкий патологічний тип виховання через такі фактори, як надмірні вимоги та заборони до дітей, недостатні вимоги та заборони до дітей, відсутність або незначне використання санкцій, перевага підлітками дитячих якостей та незахищеність батьків у вихованні.

13. Отже, судячи з результатів дослідження, об’єктом прихильності переважної більшості дітей є мати, оскільки серед майже половини респондентів – 45% респондентів виявили сильну прихильність до матері, а у чверті респондентів діагностовано середню прихильність із сильною тенденцією. Дуже незначна кількість респондентів відчували сильну прихильність до тата і бабусі. Крім того, деякі діти віддають перевагу своїм молодшим сестрам.

14. Однак, чверть респондентів із дітьми демонструють низьку прив’язаність як до матері, так і до інших членів сім’ї. Виняток становлять 10% дітей, які виявляють сильну прив’язаність до сестер. Решта дітей із цієї групи, на жаль, мають дуже слабку прив’язаність не лише до матері, а й до інших родичів, іноді з тенденцією до повного її зникнення. Крім того, серед опитаних респондентів є діти, які взагалі не мають прив’язаності до матері чи

інших членів сім’ї, але при цьому вони демонструють дуже сильну прив’язаність або до батька, або до бабусі.

15. Результати дослідження показують, що діти з особливими потребами часто формують сильну емоційну прив'язаність до певних членів сім'ї, які найбільше залучені в турботу та опіку над ними. Це пов'язано з тим, що об'єкти прив'язаності, як видно з попередніх даних, нерідко використовують патологічні моделі виховання. Такі моделі включають надмірну опіку (гіперпротекцію), недостатнє пред'явлення вимог щодо обов'язків дитини, але при цьому надмірні обмеження та мінімальне застосування санкцій. Також спостерігається страх втрати дитину, потурання її бажанням, недостатнє доручення обов'язків, нестабільність стилю виховання (емоційна лабільність) та невпевненість батьків у виховних діях. Ці фактори сприяють формуванню стійкої залежності дитини від об'єкта прив'язаності.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що вплив на сімейний цикл та стосунки призводить до низькі висновків: наявність дитини з особливими потребами може призводити до зупинки або порушення нормального життєвого циклу сім'ї. Це пов'язано з тим, що така дитина часто потребує тривалої опіки, що обмежує зміну сімейних ролей (наприклад, перехід до етапу "порожнього гнізда"); синхронність сімейного циклу порушується, особливо якщо сім'я стикається з кризою. Це може призводити до асинхронності в розвитку сімейних відносин, коли різні члени сім'ї переживають різні етапи емоційного та соціального розвитку; адаптація здорових дітей у сім'ї також може бути ускладнена, особливо якщо різниця у віці між дітьми невелика. Це може викликати почуття ревнощів, нестачі уваги або відповідальності за брата чи сестру з особливими потребами.
2. Визначено типи неправильного виховання та невідповідність вимог можливостям дитини, а саме: батьки можуть пред'являти завищені очікування, які не враховують реальні можливості дитини, що призводить до фрустрації та стресу; неприйняття індивідуальності дитини; батьки можуть відмовлятися визнавати особливості дитини, намагаючись "підганяти" її під соціальні норми, що завдає шкоди її самооцінці та емоційному стану; нерівномірний характер виховання: підходи до виховання можуть змінюватися в залежності від емоційного стану батьків, що створює нестабільність для дитини.
3. Зьясовано, що неузгоджений підхід та різні члени сім'ї можуть дотримуватися різних методів виховання, що призводить до плутанини у дитини; непослідовність виховання: це може бути пов'язано з емоційними проблемами батьків, такими як невротичні стани або істеричні риси характеру; емоційна нестабільність: підвищений тон, крик, тривога та постійне занепокоєння можуть створювати напружену

атмосферу в сім'ї, що негативно впливає на всіх її членів. Ці аспекти підкреслюють важливість підтримки сімей, які виховують дітей з особливими потребами. Для подолання цих труднощів необхідно: забезпечувати психологічну підтримку батькам та іншим членам сім'ї.

4. Важливо, навчати батьків ефективним стратегіям виховання, які враховують індивідуальні потреби дитини. Створювати умови для соціальної адаптації як дитини з особливими потребами, так і її здорових братів та сестер. Забезпечувати доступ до ресурсів, таких як терапія, консультації та групи підтримки, щоб допомогти сім'ї подолати кризи та відновити синхронність сімейного циклу.
5. Встановлено, що народження дитини з відхиленнями у розвитку може мати глибокий вплив на сім'ю, трансформуючи її функціонування на різних рівнях. На психологічному рівні: стрес і психічне навантаження (батьки, особливо на початкових етапах, часто стикаються з сильним емоційним стресом, пов’язаним з діагнозом дитини. Це може включати почуття провини, тривогу, депресію та безнадію); зміна життєвих стереотипів (сім'ї змушені адаптуватися до нових умов, що часто вимагає кардинальних змін у повсякденному житті, планах на майбутнє та розподілі обов’язків; емоційне вигорання (постійний догляд за дитиною з особливими потребами може призводити до емоційного та фізичного виснаження батьків).
6. На соціальному рівні – соціальна ізоляція (сім'ї часто обмежують свої соціальні контакти через стигматизацію, незручність або необхідність постійного догляду за дитиною, це може призводити до звуження кола спілкування та втрати підтримки з боку друзів і родичів); обмеження у соціальній активності (батьки можуть відмовлятися від соціальних заходів, подорожей або інших активностей через складність організації таких подій для дитини з особливими потребами.); вплив на стосунки всередині сім'ї (напруга може виникати між подружжям або іншими

членами сім'ї через різницю в поглядах на догляд за дитиною або через розподіл обов’язків).

7. На соматичному рівні: фізичне здоров’я батьків (постійний стрес і емоційне навантаження можуть призводити до розвитку різних соматичних захворювань, таких як серцево-судинні проблеми, порушення імунітету, хронічний біль або розлади травної системи); виснаження організму (матері, які часто є основним доглядачем, можуть страждати від хронічної втоми, порушень сну та інших фізіологічних проблем); психосоматичні розлади (тривалий стрес може викликати психосоматичні захворювання, коли психологічні проблеми проявляються через фізичні симптоми). Для подолання цих труднощів важливо забезпечити сім'ям комплексну підтримку, включаючи психологічну допомогу, соціальні послуги, медичну допомогу та інформаційну підтримку. Групи взаємодопомоги, терапевтичні програми та доступ до спеціалізованих ресурсів можуть значно полегшити життя таких сімей і допомогти їм адаптуватися до нових умов.
8. Встановлено, в результаті дослідження, певні тенденції у підходах матерів до виховання дітей з особливими потребами: гіперпротекція (85% матерів) – переважна більшість матерів схиляються до гіперопіки, тобто надмірно опікуються дитиною, приділяючи їй занадто багато часу, сил та уваги, для таких матерів виховання дитини стає основним сенсом життя, що може призводити до емоційного вигорання та втрати власних інтересів.
9. Недостатня кількість вимог та заборон виявлена у (45% матерів) - майже половина матерів (45%) не встановлюють чітких меж для дитини, дозволяючи їй порушувати навіть існуючі правила. Такий підхід може призводити до формування у дитини відчуття вседозволеності та ускладнювати процес соціалізації. Ці дані свідчать про те, що багато матерів, які виховують дітей з особливими потребами,

стикаються з труднощами у встановленні балансу між опікою та дисципліною. Це може бути пов’язано з емоційним навантаженням, почуттям провини або бажанням компенсувати дитині її особливі потреби.

10. Для покращення ситуації важливо розглянути можливості підтримки таких матерів, наприклад: надання психологічної допомоги; проведення тренінгів з ефективного виховання; створення груп взаємодопомоги для матерів, які виховують дітей з особливими потребами. Це допоможе їм знайти баланс між турботою про дитину та власним психологічним благополуччям, а також сприятиме гармонійному розвитку дитини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. ДЦП в підлітків: особливості та виклики - https://www.aboutkidshealth.ca/article?contentid=1802&language=uk-UA
2. ДЦП: Допомогадітям з особливими потребами - https://www.unicef.org/ukraine/uk/what-we-do/unicef-and-children-disabilities
3. Інформація про ДЦП в Україні - https://www.dcp.org.ua/
4. ДЦП: Інформаційний портал про дитячий церебральнийпаралiч - http://dcp-ua.info/
5. Інформація про інвалідність в Україні - https://minsocpolada.gov.ua/posluhy/informatsiia-dlia-hromadian/invalidnist
6. Всеукраїнськафедераціяорганізаційінвалідів - http://www.vfoid.com.ua/
7. Особливостіжиттяінвалідів - https://uainfo.org/blognews/760997-v-ukrajini-zhyvut-porad-zhittya-invalidiv.html
11. ДЦП у дітей і підлітків: огляд та лікування - https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cerebral-palsy/symptoms-causes/syc-20353999
12. ДЦП: Поради для батьків - https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/developmental-disabilities/Pages/Cerebral-Palsy.aspx
13. ДЦП: Лікування і реабілітація - https://www.physio-pedia.com/Cerebral_Palsy_Management
14. Інформація про ДЦП в дітейвідНаціональногоінститутуневрологічнихзахворювань та інсультів - https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Hope-Through-Research/Cerebral-Palsy-Hope-Through-Research
15. Інформація про інвалідність та права інвалідів в США - https://www.disability.gov/
16. Інформаційний портал про інвалідність та підтримку в Канаді - https://www.canada.ca/en/employment-social-development/services/funding/enabling-accessibility-fund.html
17. Інформація про інвалідність у дітей в Австралії - https://www.disabilitysupportguide.com.au/information/disability-types/cerebral-palsy
18. Інформаційний портал про інвалідність та підтримку в Об'єднаномуКоролівстві - https://www.gov.uk/browse/disabilities
19. Інформація про інвалідність та підтримку в ЄвропейськомуСоюзі - https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1109
20. Інформація про ДЦП у підлітків і дітей в Індії - http://www.indianpediatrics.net/july2006/613.pdf
21. Інформація про інвалідність в Китаї - http://english.gov.cn/services/live/2019/01/25/content_281476275678133.htm
22. Інформація про інвалідність та реабілітацію в Японії - https://www.mhlw.go.jp/english/topics/disabilities/index.html
23. ДЦП у підлітків: виклики та можливості - https://www.verywellhealth.com/cerebral-palsy-in-teens-4685276
24. Інформація про інвалідність та підтримку в Африці - https://www.inclusion-international.org/inclusive-education-in-africa-for-children-with-disabilities/
25. Інформація про ДЦП та реабілітацію в Азії - https://www.apcdr.org/
26. ДЦП в дітей і підлітків: діагностика та підходи до лікування - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148932/
27. Інформація про інвалідність та підтримку в Австралії - https://www.disabilityservicesaustralia.com.au/
28. Інформація про ДЦП в дітей і підлітків: огляд - https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589047X1930017X
29. Інформація про інвалідність та підтримку в НовійЗеландії - https://www.health.govt.nz/your-health/services-and-support/disability-services

30. Інформація про ДЦП та психосоціальнупідтримку - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539784/
31. Інформація про інвалідність та реабілітацію в Росії - http://www.invaexpert.ru/
32. Інформація про ДЦП в дітей і підлітків: проблеми та рішення - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943244/
33. Інформація про інвалідність та підтримку в Італії - https://www.inps.it/
34. Інформація про ДЦП в дітей і підлітків: клінічніособливості - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5500651/
35. Інформація про інвалідність та підтримку в Бразилії - http://www.conade.org.br/
36. Інформація про ДЦП в дітей і підлітків: прогнозування та управління - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5689180/
37. Інформація про інвалідність та підтримку в Франції - https://www.handicap.gouv.fr/
38. Інформація про ДЦП в дітей і підлітків: вплив на розвиток та соціальнуадаптацію - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220794/
39. Інформація про інвалідність та підтримку в Іспанії - http://www.dependencia.imserso.es/
40. Інформація про ДЦП в дітей і підлітків: роль родини та реабілітаційнихпрограм - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635243/