

**ВІДКРИТИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ
«Україна»**

ВІННИЦЬКИЙ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ

На правах рукопису

Чухрій Інна Володимирівна

УДК 159.923.33:159.922.76

**ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ДЕЗАДАПТОВАНOSTI МАТЕРІВ У СТАВЛЕННІ ДО ДІТЕЙ-
ІНВАЛІДІВ ТА ЇЇ ПСИХОКОРЕКЦІЯ**

Спеціальність 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія

Дисертація
на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:
доктор психологічних наук, професор
Томчук Михайло Іванович

Вінниця - 2013

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТОВАНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ ЯК ПРЕДМЕТ НАУКОВОГО АНАЛІЗУ.....	11
1.1.Проблеми соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей- інвалідів в наукових дослідженнях.....	11
1.2.Модель соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда різного віку.....	26
1.3. Дезадаптованість матерів у ставленні до дітей з функціональними обмеженнями.....	41
Висновки до розділу 1.....	61
РОЗДІЛ 2. ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТОВАНОСТІ МАТЕРІВ У СТАВЛЕННІ ДО ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ	63
2.1. Організація та методики дослідження соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів.....	63
2.2.Психологічні чинники соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів.....	74
2.3. Соціально-психологічна дезадаптованість матерів, які виховують дитину-інваліда.....	92
2.4. Ставлення як показник соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей з функціональними обмеженнями.....	101
Висновки до розділу 2.....	113
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТОВАНОСТІ МАТЕРІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ.....	117
3.1. Модель психокорекції дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів.....	117
3.2. Психолого-педагогічні засоби корекції дезадаптованості матерів у ставленні до дітей-інвалідів.....	124
3.3.Ефективність програми психокорекції дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів.....	152
Висновки до розділу 3.....	167
ВИСНОВКИ.....	170
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	170
ДОДАТКИ.....	195
Додаток А. Опис типів акцентуацій характеру за К. Леонгардом.....	196
Додаток Б. Тематика лекційних занять для матерів дітей-інвалідів.....	198
Додаток В. Зміст аутотренінгу за Я. Обуховим (схема релаксації).....	199
Додаток Г. Символічне значення квітів у культурі і мові (за Я. Обуховим).....	201
Додаток Д. Комплекс методик з діагностики соціально-психологічної	

дезадаптованості матерів дітей-інвалідів.....	203
Додаток Е. Малюнки матерів дітей-інвалідів за методикою «Малюнок сім'ї» Д. Ділео.....	240
Додаток Ж. Малюнки дітей з інвалідністю за методикою «Малюнок сім'ї» Д. Ділео.....	255
Додаток З. Акти реалізації.....	261

ВСТУП

Актуальність дослідження. Понад 650 мільйонів людей, приблизно 10-15% населення світу, живуть з інвалідністю. Згідно з офіційною статистикою Міністерства охорони здоров'я України кількість інвалідів, або ж іншими словами людей з функціональними обмеженнями, в Україні складає 2,67 мільйона, які становлять близько 5,2 % від усього населення, у тому числі дітей і підлітків серед них приблизно 250 тисяч. Проблеми реабілітації дітей з інвалідністю викликають все більший державний, науковий та практичний інтерес. На сьогодні на державному рівні створено програми інтеграції в соціум дітей з обмеженими можливостями, всебічної їх соціально-психологічної адаптації та супроводу, який здійснюється і в сім'ї.

Дослідженням сімейної проблематики дітей-інвалідів та розробкою корекційних заходів займалися М. С. Певзнер, О. М. Мастюкова, І. І. Мамайчук, та ін. Так, Л. М. Шипіцина вивчала стосунки в родинях, де виховуються діти з розумовою відсталістю, особистісні особливості матерів, що виховують таких дітей; Є.Г. Ейдемільер, В.В. Юстицькіс досліджували структурно-функціональні особливості та основні напрямки розвитку сімей, у складі яких є психічно хворі; Р. Ф. Майрамян, В.А. Вишневський узагальнювали дані про прояви в батьків дітей-інвалідів різних соматичних захворювань, астенічних та вегетативних розладів, депресивної симптоматики; В.В. Ткачова аналізувала особливості виникнення в батьків дітей-інвалідів особистісних порушень. Ці та інші дослідження засвідчують наявність дисгармонійних змін в структурі особистості батьків, особливо матерів, які виховують дітей з функціональними обмеженнями, виникнення симптомокомплексів переживань і станів, що свідчать про їх соціально-психологічну дезадаптованість.

Загалом, дослідженням проблеми соціально-психологічної дезадаптації людини займалися Л. С. Виготський, В. А. Петровський, А. В. Фурман, А. А. Налчаджян та ін. Особливості соціально-психологічної дезадаптованості особистості представлені в працях: Б. Г. Ананьєва, А. Адлера, Г. Айзенка, Е. Еріксона, Г. Гартманна, О. В. Кузнєцової, С. Д. Максименка, А. В. Массанова, О. П. Саннікової, Л. М. Собчик, Ж. Піаже, З. Фрейда, К. Роджерса, С. І. Розума, О. Я. Чебикіна та ін. Соціально-психологічна дезадаптованість людей з особливими потребами була предметом спеціальних досліджень М. І. Томчука, Ю. П. Жогна, Т. О. Комар, Т. Л. Панченко, В. А. Скрипник та ін. Разом з тим проблема соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів, психологічних труднощів, що переживають ці жінки, зокрема у ставленні до власної дитини, питання їх психокорекції залишилися поза увагою науковців. Саме тому темою нашого дослідження обрано «Особливості соціально-психологічної дезадаптованості матерів у ставленні до дітей-інвалідів та її психокорекція».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконувалось в межах науково-дослідної роботи ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» за темою «Теоретико-методологічні та практичні засади соціалізації особистості студентів з обмеженими можливостями» (номер державної реєстрації 0107U011635). Тему дисертації затверджено вченою радою Вінницького соціально-економічного інституту Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (протокол №4 від 30.11.2010 р.) та узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол №7 від 27.09.2011 р.). Автором досліджувались особливості

соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати й емпірично виявити психологічні зовнішні фактори (умови та чинники), внутрішні чинники, показники соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів та апробувати програму її психокорекції.

Відповідно до сформованої мети передбачено виконати такі **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів у вітчизняній та зарубіжній літературі, розробити модель досліджуваного явища.

2. Дібрати систему методів, психодіагностичних методик, спрямованих на визначення соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину з особливими потребами.

3. Емпірично виявити зовнішні фактори (умови та чинники) та внутрішні чинники, особливості соціально-психологічної дезадаптованості матерів та компонентів їх ставлення до дітей-інвалідів.

4. Розробити та експериментально апробувати програму психокорекції дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда.

Об'єктом дослідження є соціально-психологічна адаптація матерів дітей з обмеженими можливостями.

Предметом дослідження – структура та компонентний склад показників соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, її зовнішні фактори (умови та чинники), внутрішні чинники та психокорекція.

Гіпотеза дослідження. Соціально-психологічна дезадаптованість матерів дітей-інвалідів зумовлена як зовнішніми (соціальними) факторами (умовами та чинниками), так і внутрішніми (психологічними) чинниками, виявляється через деформованість їх ставлення до дітей, що погіршує умови їх особистісного розвитку, впливає на власні психічні стани, здоров'я.

Компонентами зазначеної дезадаптованості є когнітивний, емоційний, поведінковий та комунікативний, що у сукупності представляють цілісне ставлення матері до дитини-інваліда. Подолати соціально-психологічну дезадаптованість матерів можна шляхом використання комплексу адекватних психокорекційних заходів, спрямованих на зміну ставлення матерів до дітей-інвалідів, підвищення їх соціальної активності.

Методологічна та теоретична основа дослідження. В основу дослідження покладені теоретичні положення про сутність та закономірність психічного розвитку особистості та її соціально-психологічної адаптації (А. Адлер, Б. Г. Ананьєв, Л. С. Виготський, Л. І. Божович, Д. Б. Ельконін, О. В. Запорожець, С. Д. Максименко, А. В. Фурман, З. Фройд, К. Г. Юнг, та ін.), наукові положення про причинно-наслідкові зв'язки між розвитком особистості та факторами, що призводять до її дезадаптації (Т. П. Вісковатова, Н. Н. Толстих, А. Фройд, М. Кляйн та ін.), теорії особистісного ставлення (А.Я. Варга, В. М. Мясіщев), теорії, що розкривають значення сім'ї в розвитку особистості (Дж. Боулбі, Б. Дарлінг, Е. Еріксон, Е. А. Савина, М. Селігман, Г. Фюр та ін.).

Методи дослідження. Для вирішення сформульованих у дослідженні завдань було використано комплекс взаємодоповнюючих методів: 1) теоретичних – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікація та систематизація теоретичних і експериментальних даних (для визначення сутності і особливостей соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда, та її впливу на ставлення до дитини з обмеженими можливостями), метод моделювання; 2) емпіричні – констатувальний експеримент: спостереження, усне, письмове опитування, тестування; формувальний експеримент – методи групової (психоаналіз, психодрама, гештальт-терапія, сімейна психотерапія, символдрама, арттерапія тощо) та індивідуальної психокорекційної роботи (для перевірки ефективності програми корекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів, що виховують дитину-інваліда); 3) методів математичної обробки та

інтерпретації результатів дослідження – варіаційний, кореляційний (за К. Пірсоном, Ч. Спірменом) аналізи, t-критерій Стьюдента (для встановлення відмінностей у показниках, що досліджувалися).

Психодіагностичний комплекс, використаний у роботі, призначений для вивчення: ознак соціально-психологічної дезадаптованості («Методика діагностики соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса і Р. Раймонда); ставлення матерів до дітей («Методика діагностики батьківського ставлення» А.Я. Варга, В.В. Століна; «Методика PARI» Е. Шиффер і Р. Белла «Сімейне життя материнськими очима»); психологічних чинників соціально-психологічної дезадаптованості («Методика діагностики самооцінки» Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна; «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В.А. Жмурова; «Діагностика типів акцентуацій рис характеру» за К. Леонгардом; «Методика діагностики показників і форм агресії» А. Басса і А. Даркі в адаптації А.К. Осницького; методика «Q-сортування» В. Стефансона, проєктивна малюнокова методика «Малюнок сім'ї», що описана Д. Ділео, А.І. Захаровим, В. Хьюлсом).

Організація та експериментальна база. Дослідження проводилось упродовж 2008 – 2012 років на базі Вінницького обласного центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій», Вінницького міського центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія», Вінницької обласної громадської організації асоціації захисту та допомоги інвалідам «Відкриті серця». В констатувальному дослідженні взяло участь **170 родин**, які виховують дитину-інваліда з множинними функціональними обмеженнями, у формульованому – експериментальна та контрольна групи, які склали по 30 матерів дітей-інвалідів кожна.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що:

уперше запропонована модель соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, що проявляється в їх особистісному ставленні до дітей на когнітивному, поведінковому, емоційному та

комунікативному рівнях; встановлено типи ставлення, що представляють соціально-психологічну дезадаптованість матерів дітей-інвалідів як цілісне явище, розкрито зовнішні умови та чинники (інвалідність дитини, напружені взаємини з іншими членами сім'ї, низький ступінь особистісної реалізації в соціумі, тощо) та внутрішні чинники (наявність внутрішніх конфліктів, депресивність, агресивність, тривожність, акцентуації характеру тощо) соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів; описано специфіку її показників, представлено характеристику основних компонентів, визначено переважання поведінкового та комунікативного компонентів у деформованому ставленні матерів до дітей-інвалідів; створено модель психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів та доведено, що позитивні зміни когнітивного, емоційного, комунікативного та поведінкового компонентів ставлення матерів до дітей-інвалідів допомагає їй подоланню;

уточнено уявлення про сутність соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів; доповнено психологічні характеристики матерів дітей з інвалідністю в залежності від рівня їх тривожності; конкретизовано відомості про динаміку переживань в цих групах матерів під впливом психокорекційної роботи;

набули подальшого розвитку теоретичні положення про соціально-психологічну дезадаптованість особистості в особливих умовах життєдіяльності.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що скомпоновано психологічні діагностичні методи, спрямовані на вивчення соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів. Розроблено програму психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів та їх ставлення до дитини, що може бути використано психологами, соціальними працівниками, які працюють у центрах соціальної реабілітації людей з інвалідністю. Зміст теоретичної та практичної частини роботи було застосовано у ході викладання таких

дисциплін: «Психологія людей з особливими потребами», «Реабілітаційна психологія», «Спецпрактикум з психокорекції», «Психологія життєвих криз».

Результати дослідження впроваджені в навчально-виховний процес вищих навчальних закладів: Вінницького соціально-економічного інституту Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (довідка про впровадження № 1/30-34 від 31.01.2013 р.), Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського (довідка про впровадження від 01.02.2013 р.); у роботі Вінницького обласного центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій» (довідка про впровадження № 021 від 31.01.2013 р.), Вінницького міського центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія» (акт впровадження № 16-13 від 31.01.2013 р.).

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження обговорено та схвалено на: XI Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі» (Київ, 2011), VIII Міжнародній науково-методичній конференції «Духовна культура особистості: Креативні освітні технології» (Вінниця, 2011), XII Міжнародній науково-практичній конференції з розвитку мультидисциплінарного підходу в психіатрії «Вплив сімейних процесів, психопатології батьків на психічне здоров'я дітей» (Вінниця, 2012), Всеукраїнській нараді з питань правового регулювання та забезпечення прав людей з інвалідністю для правозахисників «Незалежне проживання з підтримкою в громаді для людей з важкими формами інвалідності» (Вінниця, 2011), IX регіональній науково-практичній конференції «Мультидисциплінарний підхід в лікуванні психічних і поведінкових розладів» (Вінниця, 2011), Міжрегіональній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми практичної психології» (Вінниця, 2012), звітних науково-практичних конференціях Вінницького соціально-економічного

інституту університету «Україна» «Наука і навчальний процес» (2011-2013), на засіданні наукового семінару Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського (Одеса, 2013).

Публікації. Основні результати дослідження висвітлені в 11 наукових працях, з яких 1 міжнародна монографія (колективна), 6 наукових статей – у виданнях, що включені до переліку фахових у галузі психології.

РОЗДІЛ 1

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТОВАНІСТЬ МАТЕРІВ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ЯК ПРЕДМЕТ НАУКОВОГО АНАЛІЗУ

1.1. Проблеми соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів в наукових дослідженнях

Соціально-психологічна дезадаптованість людини є комплексною складною міжгалузевою науково-практичною проблемою.

У психології питання про закономірності, механізми, умови та чинники дезадаптованості особистості тісно пов'язані з проблемами адаптації людини і традиційно є одними із центральних, їм присвячена низка наукових праць [12; 15; 45; 115; 146; 166 та ін.].

Адаптація як феномен досліджується у різних галузях сучасної науки, але особливе місце посідає зазначена проблема у психології, зокрема у віковій і педагогічній психології, де забезпеченню успішного входження особистості в те чи інше середовище, в тому чи іншому віці та подоланню її дезадаптації приділяється особлива увага [12; 36; 67; 80; 115].

Адаптація (від лат. *adapto* - пристосовую) - це пристосування органів чуття та загалом організму до нових, змінених умов існування. Адаптація в соціумі - це засвоєння особистістю соціального досвіду суспільства і досвіду того конкретного середовища, до якого людина належить.

Узагальнення наукових даних з проблеми адаптації засвідчили, що психічна адаптація – це процес, який виникає у відповідь на значущу новизну в навколишньому світі, це процес взаємодії особистості та середовища, при

якому особистість повинна враховувати особливості середовища й активно впливати на нього, щоб забезпечити задоволення своїх потреб. Процес взаємодії особистості й середовища полягає в пошуку й використанні адекватних засобів і способів задоволення основних потреб [21; 45; 60; 61; 79; 163].

Соціально-психологічна адаптація являє собою: а) процес і результат активного пристосування індивіда до видозміненого середовища за допомогою найрізноманітніших інтеріоризованих соціальних засобів (дії, вчинки, діяльність); б) компонент дієвого ставлення індивіда до світу, провідна функція якого полягає в оволодінні ним порівняно стабільними умовами і обставинами свого буття; в) складова осмислення і розв'язання типових репродуктивних задач і проблем завдяки соціально прийнятним чи ситуативно можливим способам поведінки особистості [203].

А.В. Фурман розкрив сутність та розробив типологію рівнів функціонування соціально-психологічної адаптації. Він зазначає, що психологічному аналізу на рівні суб'єкта відповідає та ділянка понятійного поля, яка описує адаптацію як процес, а на рівні особистості – адаптацію як результат. Коли мова йде про перебіг адаптаційних процесів, структуру та динаміку адаптаційної активності, то слід говорити про «адаптивність, не - чи дезадаптивність» людини як суб'єкта своєї життєдіяльності, а коли має місце оформленість психічних процесів у виглядів станів і комплексів (страх, депресія, нейротизм тощо), то буде правильним вживання термінів «адаптованість, не – чи дезадаптованість» особистості [203, с.16].

На основі проведеного аналізу, можна виділити два компоненти в розвитку особистості: діяльнісний, пов'язаний з процесом адаптації до умов середовища в результаті активності особистості, – з одного боку, і складне системне утворення, яке буде характеризуватися можливістю особистості не тільки пристосовуватися до умов середовища, внаслідок вироблення нових здібностей та стратегій поведінки шляхом постійної зміни своїх життєвих цінностей – з іншого боку, і навпаки, адаптація здійснюється через

пристосування своїх сформованих здібностей шляхом зміни середовища [218]. Другий компонент виробляється лише в процесі певним чином організованої діяльності та соціального компоненту (як поєднання власне здатності особистості до процесу прийняття норм, цінностей, традицій нової групи або соціуму загалом). Ці компоненти є двома сторонами одного цілого, тому розглядати їх потрібно паралельно.

Нами проведено історико-психологічний аналіз проблеми соціально-психологічної адаптації. Дослідження зазначеної проблеми проводилося в декількох напрямках [151].

Психоаналітична концепція адаптації розроблена Г. Гартманом, З. Фройдом [30; 198], а механізми і процеси захисної адаптації розглянуті в роботі А. Фройд [198]. Психологи цього напрямку відзначають два види адаптації: 1) аллопластична адаптація, що здійснюється за допомогою тих змін у зовнішньому середовищі, які людина здійснює для приведення його в адекватне співвідношення зі своїми потребами; 2) аутопластична адаптація здійснюється за рахунок змін особистості (структури, вмінь та навиків), з допомогою яких вона пристосовується до середовища. З.Фройд у своїх працях вказував на ще один різновид адаптації – пошук індивідом такого середовища, яке було б сприятливе для функціонування організму [115; 194; 195; 198; 199]. У цілому в рамках даного напрямку соціально-психологічна адаптація трактується, як результат, що виражається в гомеостатичній рівновазі особистості з вимогами зовнішнього оточення. Зміст процесу адаптації описується формулою: конфлікт – тривога – захисні механізми [19; 58; 59; 194; 199]. Згідно із З. Фройдом, виникнення внутрішнього конфлікту є наслідком суперечності між відповідними енергіями та різними рівнями свідомості, частина особистості відстоює прагнення, а інша чинить опір і відхиляє їх.

Суть внутрішнього конфлікту З. Фройд бачив у протиставленні інстинктів та прагнень, що виходять із підсвідомої сфери “Воно” і вимог соціального оточення. Ці зіткнення несвідомих імпульсів і свідомих намірів

людини можливі завдяки неоднорідності психіки людини; усе її життя зводиться до боротьби Его з суспільством, в якій останнє прагне реалізувати свої інстинктивні потяги [194; 195; 196; 198; 199; 206].

Проявом дезадаптації, на думку А.Адлера, є комплекс неповноцінності. Згідно його індивідуальної теорії особистості, все, що роблять люди, має на меті подолання почуття своєї неповноцінності [2, с.10-30]. У теорії А. Адлера підкреслюється, що надмірне почуття неповноцінності, невпевненості в собі є перешкодою для подальшого психологічного розвитку, тобто руху від центрованості на собі та меті особистісної переваги щодо завдань конструктивного оволодіння середовищем шляхом розвитку здібностей до кооперативної поведінки [2; 3; 4; 199; 206; 228].

Е. Еріксон описує процес адаптації наступною формулою: протиріччя – тривога – захисні механізми індивіда в середовищі – гармонічна рівновага чи конфлікт. Тобто конфлікт – це лише один з можливих кінцевих результатів взаємодії особистості і середовища. Іншим можливим результатом є співробітництво і гармонія індивіда та середовища [206; 226]. Завданням стадії дорослості, наприклад, є розвиток здатності впливати на соціальне середовище через наявність досягнень у нащадків та вихованців. Якщо цього не досягається, то людина зосереджується на власних потребах і задоволеннях, наявний крах сподівань на успіх щодо дітей та нездатність впливати на соціальне середовище. В іншому випадку виникає переживання своєї некорисності, пристосованості, деперсоналізації, відчуженості та байдужості [152; 199; 206; 229].

Згідно з теорією К. Юнга, психіка включає в себе: свідоме і несвідоме, які зовсім не обов'язково протилежні одне одному, а взаємно доповнюються до цілого – самості [199; 221; 222]. Самість утримує ці системи разом і забезпечує особистості єдність і рівновагу. Незбалансованість або односторонність розвитку однієї із сторін (“его-самість”, “его-аніма”, “его-анімус”, “его-персона”, свідоме – несвідоме, особистісне – колективне) призводить до внутрішнього дисбалансу, неврозу [114; 145, с. 78;]. Конфлікт

у внутрішньому світі людини, на думку К. Юнга, може виникнути в результаті зіткнення вимоги до пристосування і особливої, непридатної по відношенню до цієї вимоги властивості індивіда [145].

Але внутрішні конфлікти породжуються не тільки зіткненням суб'єктивних уявлень із зовнішніми умовами, але і внутрішніми життєвими труднощами. К. Юнг погоджується із З. Фройдом та А. Адлером, що особливо часто їх причинами є порушення, викликані сексуальним потягом або почуттям неповноцінності [199, с. 390-408].

У розумінні внутрішнього світу людини заслуговує на увагу концепція Е. Фромма. Поки особистість розривається між прагненням бути незалежною, сильною і почуттям своєї незначущості та безпеки, на його думку, вона знаходиться у стані конфлікту [202]. Щоб позбутися конфлікту, людина використовує захисні механізми, які Е. Фромм назвав “втечею від свободи”. Він вважає, що людина може долати почуття своєї нікчемності в порівнянні з навколишнім світом або за рахунок відмови від власної цілісності (мазохізму), або за рахунок руйнування інших (садизм) [199, с. 430-431; 202].

Відчуттям ізольованості та самовідчуження страждають не лише патологічно стурбовані особистості, але й майже всі мешканці сучасного суспільства. Це хвороба нашого часу, яка має щонайменше три яскраво виражені ознаки: 1) відокремленість від природи, 2) недостатність значущих міжособистісних стосунків, 3) відчуження від свого істинного «Я» [199, с. 846].

Прагнення до життя і потяг до руйнування, на думку Е. Фромма, пов'язані між собою: чим більше проявляється прагнення до життя, тим слабші руйнівні тенденції і, навпаки, чим більше утискується прагнення до життя, тим сильніша тяга до руйнування. На його думку, “руйнівність – це результат непрожитого життя”. Тому зруйнувати світ означає “останню відчайдушну спробу не дати цьому світові зруйнувати мене” [145; 203, с. 430-442].

Ідею про зміни організму та середовища як сторін процесу адаптації висловив в своїх працях Ж. Піаже. Він описав цей процес як складений з двох взаємодоповнюючих процесів – акомодатії та асиміляції [160].

Перший термін застосовують, коли говорять про „адаптацію до середовища”, що забезпечує модифікацію, функціонування організму чи дій суб’єкта у відповідності з властивостями середовища. Другий же процес змінює ті чи інші компоненти цього середовища, переробляючи їх згідно із структурою організму або включаючи у схему поведінки суб’єкта. Вказані процеси тісно пов’язані між собою і опосередковують один одного [12]. У гуманістичній психології, процес адаптації описується формулою: конфлікт – фрустрація – акти пристосування [151, с. 215]. Причому конфлікт виникає при незгодженні реальності не з будь-якими потребами особистості взагалі, а лише у випадку, коли фруструються фундаментальні, базальні потреби особистості. До їх числа А. Маслоу відносить фізіологічні потреби, потребу в безпеці, аффіліативні потреби, потребу в повазі, визнанні, любові і потребу в самоактуалізації. Виділяються конструктивні і неконструктивні поведінкові реакції. Ознаками неконструктивних реакцій є: агресія, регресія, фіксація [55; 104; 105; 106].

К.Роджерс ввів поняття «відповідність та невідповідність». Невідповідність проявляється в відчутті напруги, тривоги; в екстремальній ситуації невідповідність може виразитись у втраті орієнтації та розгубленості [199, с. 449].

Ролло Мей зазначав, що більшість людей страждає від тривоги та відчаю, що викликаються самовідлученням та байдужістю до свого внутрішнього світу. Вони не мають ясного уявлення про себе та відчувають себе від’єднаними від світу [199].

Г. Олпорт у своїй концепції вказував, що адаптивна особистість повинна мати мету, до якої вона буде рухатися, тобто поведінка повинна бути не реактивна, а проактивна. Він переконував, що зниження напруги не пояснює всієї поведінки людини, і вказував, що здорова особистість постійно

накопичує напругу, що спричиняє потяг до нового досвіду, до нових переживань. Тобто, в теорії Г. Олпорта прослідковується схильність до положення гетеростазу [196; 199, с. 820-830].

В. Франкл у своїй концепції вказував на те, що тривога виникає внаслідок екзистенційного голоду, тобто, через втрату смислу життя [55; 202]. Ноогенні неврози виникають унаслідок конфлікту між різними цінностями, що можуть протистояти одна одній. “Немає нічого у світі, що так ефективно допомагало б людині справитися з несприятливими умовами, як впевненість у тому, що смисл життя існує” [160, с. 624]. У фрустраційній ситуації (смерть, хвороба, інвалідність тощо) людина осягає величний смисл – смисл страждання [160, с. 626]. Згідно підходу В. Франкла, людина сама визначає себе і своє ставлення до середовища. Людина самодетермінується. Вона є самотрансцендуючою істотою [160; 203].

У випадку з матерями, що виховують дитину з особливими потребами, спостерігається прагнення працювати в центрах реабілітації, створювати нові програми, розв’язувати проблеми незалежного проживання молодих людей з інвалідністю. Смисл свого життя намагаються шукати в контексті долання життєвих перешкод та творчої діяльності.

Ще один підхід у дослідженні соціально-психологічної адаптації пов’язаний з концепціями „когнітивної психології” особистості. Формула когнітивістів аналогічна: конфлікт – загроза – реакція пристосування. З позиції когнітивного дисонансу, виділяються два рівні адаптації: адаптованість і дезадаптованість. Адаптованість пов’язується з відсутністю переживання загрози, дезадаптованість – з вираженим емоційним переживанням [36; 151].

Необіхевіористи адаптацію визначають подвійно: 1) як стан, в якому потреби індивіда, з однієї сторони, та вимоги середовища – з іншої, повністю задоволені. Це стан гармонії між індивідом та природою або соціальним середовищем; 2) процес, за допомогою якого цей гармонійний стан досягається [199].

Вітчизняні автори (В. С. Агеєв, О. М. Леонт'єв та інші), представники діяльнісного підходу, в структурі соціальної адаптації особистості виділяють наступні компоненти (вони ж критерії адаптованості): вихідні параметри діяльності особистості, ступені інтеграції особистості з макро- і мікросередовищем, ступінь реалізації внутрішньоособистісного потенціалу, емоційне самопочуття [10; 42; 48; 68; 69; 88]. Використання цих показників в якості критеріїв адаптації дозволяє виділити чотири основних рівні адаптованості особистості: надмірний, оптимальний, низький, дезадаптивний [203].

Питання про рушійні сили активності і розвитку адаптаційних механізмів особистості усе ще вважається відкритим. Розв'язання цього питання у вітчизняній психології займалися Л.І. Анциферова, О.М. Леонт'єв, А.В. Петровський, С.Л. Рубінштейн. На думку О.М. Леонт'єва, реальний шлях дослідження особистості полягає у вивченні тих трансформацій суб'єкта, що створюються саморухом його в діяльності в системі суспільних відносин. Внутрішнє діє через зовнішнє і цим саме себе змінює [87; 161].

Отже, спираючись на критерій ступеня адекватності між метою і результатами діяльності особистості, є об'єктивні підстави чітко розмежувати три різновиди адаптаційних процесів-показників: а) адаптивність як справжня чи відносна гармонійність між суб'єктивними метою і кінцевими результатами, що супроводжуються позитивними ставленнями – оцінками, розумінням, прийняттям – особистості до навколишнього світу і самої себе; б) неадаптивність як більшою чи меншою мірою усвідомлена невідповідність між метою і результатами діяльності, що породжує амбівалентні почуття й оцінки, але яка не справляє психотравмуючого впливу на особистість; в) дезадаптивність як певна дисгармонія між метою і результатами, що є джерелом психічної напруги (стрес, психічний зрив, шок, паніка і т. ін.), внутрішнього дискомфорту і нестабільного перебігу психічних процесів (страх, депресія, фрустрація тощо). Зазначені рівні адаптаційної взаємодії індивіда і середовища водночас

являють собою взаємопов'язані рівні функціонування соціально-психологічної адаптації, які завжди повно і конкретно виявляються як у процесуальному плані (система “адаптивність – неадаптивність – дезадаптивність»), так і результативному (система «адаптованість – неадаптованість – дезадаптованість») [203, с.3].

Ряд вчених пов'язують особливості адаптації із здібностями [160]. Здібність як спосіб адаптації до предметного та соціального середовища стали предметом дослідження багатьох вчених: Ж. Піаже (як єдність протилежно спрямованих процесів акомодатії та асиміляції); В.О. Моляко та В.А. Роменця (адаптація як «творчість»); В.Є. Сорочинської та В.С. Штифурака (виділяють різновиди адаптативних здібностей); О.Л. Музики та І.С. Загурської (здібності визначають розвиток особистості в системі соціальних стосунків) та ін. [160; 218; 219;].

В.А. Петровський, розробляючи концепцію неадаптивної або надситуативної активності, обґрунтовує обов'язкову вихідну адаптивну спрямованість будь-яких психічних процесів та поведінкових актів. Він указує на такі сутнісні ознаки адаптивної спрямованості. Адаптивність залежить від того, чи пристосовує індивід себе до світу, чи підпорядковує світ своїм інтересам, чи обстоює себе перед світом у тих виявах, базис для яких вже склався, вирішився в минулому [129, с. 13-14].

Так, Л.Д. Столяренко [181, с. 364] визначила адаптованість як рівень фактичного пристосування людини, рівень її соціального статусу і самовідчуття, задоволеності або незадоволеності собою і своїм життям.

Вплив минулого (дитячого) досвіду на адаптованість особистості досліджувався М. І. Томчуком, Т.О. Комар [192], Томчуком С.М. [194].

І.С. Ревасевич розробила модель психологічної структури особистісної адаптованості як інтегральної психоформи життєактивності людини, яка зумовлена, з одного боку, взаєминами особистості з оточенням, а з іншого – характеристиками-параметрами внутрішнього світу особистості (ставлення, оцінка, прийняття, психологічна ситуація, психічний образ, Я-концепція)

[153].

Адаптованість людини є універсальною формою аналізу й усвідомлення людиною своєї єдності із соціумом, середовищем, довкіллям. Тому адаптивна поведінка людини – це водночас природний механізм формування і творення знань, умінь, норм, цінностей та переведення їх у нову за функціями, будовою і змістом мисленнєву діяльність [203, с. 4; 191].

Несприятливий для особистості перебіг адаптаційної взаємодії супроводжується невротичними відхиленнями, дисгармонійними акцентуаціями і комплексами, які виникають у результаті реагування на „деструктивні” елементи середовища (люди, події, ситуації тощо) чи власного внутрішнього світу (докори сумління, почуття провини і т. ін.) [203, с. 43].

Поряд із різноманітними формами адаптації існує явище дезадаптації. Дезадаптацією називається процес, що призводить до порушення взаємодії із середовищем, збільшення проблемної ситуації і супроводжується міжособистісними і внутрішньоособистісними конфліктами [107; 203].

Діагностичними критеріями дезадаптації є порушення у професійній діяльності й у міжособистісній сфері, а також реакції, що виходять за межі норми й очікуваних реакцій на стрес (агресія, депресія, тривожність та ін.).

Успішність адаптації визначається характеристиками середовища та психічного світу особистості. Будь-яке порушення збалансованості системи особистість – середовище – це недостатність психічних (здібності, особистісні властивості) чи фізичних (особливості функціональних систем) ресурсів індивіда для задоволення актуальної потреби; неузгодженість самої системи потреб (відсутність чіткої ієрархії); побоювання, пов’язані з імовірністю реалізувати значущі прагнення (мету) у майбутньому; нові вимоги середовища можуть стати джерелом тривоги. Стан тривоги – це індикатор незадоволення потреби [15, с. 58].

Особливу увагу вчені в психологічних дослідженнях приділяють порушенням адаптації та виділяють такі тенденції функціонування цілеспрямованої системи, як адаптованість-неадаптованість [80; 88; 166; 203].

Проведений аналіз сутності психічної адаптації людини приводить до такого розуміння цього явища: для конкретної людини зміни в навколишньому середовищі створюють елемент новизни ситуації, що стає джерелом виникнення в індивіда орієнтованих потреб. Під впливом останніх формується адаптивність чи неадаптивність [115, с. 11].

Неадаптивність може виступати і як дезадаптація – у випадках постійної неуспішності спроб реалізувати мету чи при наявності двох і більше рівнозначних цілей; це може свідчити про незрілість особистості, невротичні відхилення, дисгармонію у сфері прийняття рішень; також може бути наслідком екстремальної ситуації [177, с. 11].

Встановлено, що дезадаптація залежить від психологічних захистів, особливостей Я-концепції, соціальних ролей, які виконує людина [16; 194; 222].

Дезадаптованість проявляється у випадках, коли зміна середовища не призводить до зміни поведінки або пристосування тільки за рахунок зміни себе, що приводить до структурних змін.

Основними критеріями, що виявляють дезадаптованість, є нервово-психічне напруження, стан підвищеної тривоги і фрустрації, негативне ставлення до себе.

Коли людина потрапляє в проблемну ситуацію (а не тільки при переживанні конфліктної ситуації), то вона починає задіювати адаптативні процеси, тому можна говорити про рівні дезадаптованості.

А.А. Налчаджян виділяє наступні її рівні: 1) стійка ситуативна дезадаптованість, яка має місце тоді, коли особистість не знаходить шляхів і засобів адаптації (виникає специфічний захисний комплекс – неправильне сприйняття дійсності і усвідомлення свого соціального статусу); 2) тимчасова дезадаптованість, яка долається при допомозі адекватних адаптивних предметних, внутрішньопсихічних і соціальних дій; 3) загальна стійка дезадаптованість: вона є станом перманентної фрустрованості, наявність якої активізує патологічні захисні механізми.

Як свідчать наші спостереження, матері дітей з особливими потребами перебувають на рівні загальної стійкої дезадаптованості, включаючи патологічні захисні механізми.

Отже, ми погоджуємось з думкою, що дезадаптивним можна назвати такий хід внутрішньопсихічних процесів і поведінки, який приводить не до розв'язання проблемної ситуації, а до її поглиблення, до підсилення труднощів і тих неприємних переживань, які вона викликає [115, с.32].

За тривалістю впливу на особистість розрізняють тимчасову, стійку ситуативну і загальну стійку дезадаптованість особистості. Тимчасова дезадаптація пов'язана з включенням у нову ситуацію, до котрої необхідно адаптуватися (вступ у школу, на роботу, народження дитини й ін.). Стійка ситуативна дезадаптованість пов'язана з неможливістю знайти прийнятні засоби адаптації в специфічних умовах при вирішенні проблем (в умовах професійної діяльності, у сфері сімейних стосунків та ін.).

Причинами виникнення стану дезадаптованості є: 1) пережитий психосоціальний стрес, викликаний розлученням, професійними проблемами, хронічними захворюваннями та ін.; 2) пережиті екстремальні ситуації – травматичні ситуації, у котрих людина брала участь безпосередньо як свідок, якщо вони були пов'язані зі сприйняттям смерті або реальної її загрози, важких травм і страждань інших людей (або своєї власної), зазнаючи при цьому інтенсивного страху, страхітливості, почуття безпомічності (подібні ситуації викликають особливий стан – посттравматичний стресовий розлад); 3) неблагополучне включення в нову соціальну ситуацію або порушення сталих взаємовідносин у групі [75].

Стан дезадаптованості може супроводжуватися відхиленнями в поведінці особистості; тоді виникають конфлікти, що не мають явної причини, неадекватні реакції, відмова від виконання розпоряджень, стосовно котрих раніше не виникали протидії [135].

Соціально – психологічна дезадаптованість особистості, в першу чергу, виражається в неможливості її адаптації до власних потреб і бажань. З

іншого боку, особистість, яка має порушення в адаптації чи повну дезадаптованість, не в змозі задовольнити чи йти назустріч тим вимогам і очікуванням, які ставить перед нею соціальне середовище і власна соціальна роль. Однією із ознак соціально-психологічної дезадаптованості особистості є переживання нею довгострокових внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження психічних механізмів і форм поведінки, що необхідні для їх розв'язання [115, с. 30-35].

У ряді наукових досліджень можна знайти підтвердження, що на адаптаційні процеси можуть впливати індивідуальні якості особистості.

У конституційних типологіях особистості Е. Кречмера, У. Шелдона можна знайти підтвердження, що на адаптацію впливають морфологічні особливості людини [141; 160]. Так, О. О. Богомолець досліджував проблему залежності між реактивністю та конституцією тіла [160, с.154-158]. Оригінальну спробу встановлення залежності між будовою тіла і характером людини здійснив Е. Кречмер [160, с. 158-165].

У роботах С.А. Салатинян, В.В. Суворової, Д. Г. Елькіна розкрита адаптивна роль нейродинамічних властивостей людини. В цих роботах було встановлено, що успішна адаптація в нових умовах визначається такими властивостями, як рухливість та сила нервової системи [163, с. 35].

Вплив психодинамічних властивостей на адаптаційні можливості індивідуальності розглядається в роботах Б.Г. Ананьєва, В.М. Русалова, Я. Стреляу, Г. Айзенка. Ці властивості зумовлені структурними характеристиками цілісного організму, його конституційними властивостями, темпераментом [4; 9; 163; 182].

Визначаючи структуру особистості, Г. Айзенк, насамперед, використовує протилежність екстраверсії та інтроверсії. На його думку, найбільш адаптованими є екстравертовані особи, вони виявляють себе в таких рисах, як афектованість, бадьорість, веселість, вдоволення, гумор, соціабельність, співчуття, самосвідомість, висока рухова активність [160, с. 301]. Нейротизм характеризує людину з боку її емоційної лабільності,

гіпертивності, тривожності. Особистості з високим рівнем нейротизму відрізняються нервозністю, нестійкістю та в цілому низькою адаптивністю. Г. Айзенк вирізняє також певні характеристики психотизму, серед яких соціальне віддалення, перебування в полоні ілюзій, загальмованість, підозрілість, роздратування, почуття вини [160, с. 305].

Вплив загострених рис характеру (акцентуацій) на процес адаптації вивчений у дослідженнях К. Леонгарда, А.Є. Личко [86; 160]. Слід зазначити, що експериментальні психодіагностичні дослідження показали, що у особистостей внутрішньо недостатньо конгруентних, з певними труднощами соціально-психологічної адаптації, в силу захисних механізмів дійсно розвиваються ті компенсаторні риси, які допомагають подолати почуття незадоволеності собою та інші негативні емоції. Існують посилення на те, що труднощі в адаптації виникають при спрямованості впливу факторів у “місце найменшої протидії” кожного акцентуованого типу [173, с. 25].

Введення Я-концепції як складової психологічної структури особистісної адаптованості цілком закономірне, якщо зважити на те, що вона є стрижневим утворенням онтогенетичного розвитку людини і характеризує не тільки систему самосприйняття, а й потенційного діяння, вчинкового проживання і творення довкілля та власного Я (Р. Бернс [16], І.Д. Бех [17], О.Ф. Бондаренко [19], Е. Еріксон [233], А. Маслов [104; 105; 108], Г. Олпорт [123], К. Роджерс [157], В.В. Столін [180], В. Франкл [202], А.В. Фурман [203] та ін.). Варто зазначити, що дезадаптованість – не процес, а стан, що виникає від незадоволення основних потреб у результаті використання неадекватних способів поведінки (психологічно незрілий тип адаптації). При цьому виникає невроз або психопатія, що характеризується незбалансованістю на рівні організму в системі особистість – середовище. Стан балансу - це стан задоволення потреб. Стан тривоги – це індикатор незадоволення потреби [104; 220].

При вираженому порушенні збалансованості в системі особа – середовище, коли вимоги до адаптаційних механізмів наближаються до меж

чи можливостей, ці межі розширюються, рівень тривоги значно зростає, формується емоційний стрес [168;196].

Численні наукові праці та наші спостереження свідчать, що дезадаптованість особистості призводить до неадекватної, погано контрольованої поведінки, конфліктних стосунків, деформацій в особистісному розвитку, у навчальній діяльності, проблем у сімейних стосунках тощо.

У процесі адаптації активно змінюється як особистість, так і середовище, в результаті чого між ними встановлюється відношення адаптованості. У концепції загального адаптаційного синдрому Г.Сельє [168, с. 210], конфлікт розглядається, як наслідок невідповідності потреб особистості, які обмежуються вимогами соціального середовища. Результатом конфлікту є актуалізація стану особистісної тривоги. Важливо підкреслити, що ступінь адаптованості особистості в даному підході визначається характером її емоційного самопочуття. Внаслідок цього виділяються два рівні адаптації: адаптованість і неадаптованість. Адаптованість при цьому пов'язується з відсутністю у особистості тривоги. Неадаптованість – з наявністю проявів стану тривоги [79; 90]. При тривалому перебуванні організму в екстремальних умовах настають значні зміни – фізіологічні, психологічні та соціально-психологічні, які набувають уже незворотного характеру. Організм вступає у смугу патологічних пошкоджень, що може призвести до смерті. В подальших дослідженнях явища загального адаптивного синдрому було встановлено, що виникає стадія «супер – гіперкомпенсації», коли вже незворотно пригнічені захисні механізми, виснажені ерготропні функції живої системи і починають домінувати трофотропні фактори, що неминуче приводять організм до колапсу, шоку й загибелі, якщо тільки не втрутяться зовнішні сили [160, с. 603].

Особливе значення для розв'язання проблеми дезадаптованості мають праці зарубіжних психологів [156; 157; 200; 201]. Вони важливі тим, що приділяють найбільшу увагу зв'язку особистісних порушень, які виникли як

наслідок дезадаптації (неправильно сформований контакт із середовищем в дитинстві) та психологічних проблем особистості в дорослому віці.

На основі теоретичного вивчення сутності поняття «соціально-психологічної дезадаптованості» нами встановлено, що воно визначає рівень та результат функціонування людської психіки, що виражається в неможливості адаптації до власних потреб і бажань та в не зможі задовольнити вимоги та очікування, які ставить соціальне середовище. Центральною ознакою названої дезадаптованості є переживання особистістю довготривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження нею психічних механізмів і форм поведінки, що необхідні для їх розв'язання. Соціально-психологічна дезадаптованість проявляється у випадках, коли зміна середовища не призводить до зміни поведінки або пристосування тільки за рахунок себе, що призводить до структурних змін.

1.2. Модель соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда різного віку

Роль сім'ї у становленні особистості дитини, на думку Е. Еріксона, має особливе значення на первинному етапі її соціалізації [226, 233]. Так, на першій стадії (до 1 року) розвиток дитини відбувається вздовж осі "довіра-недовіра". Рівень розвитку почуття довіри до інших людей і світу залежить, як зазначає Е. Еріксон, насамперед, від рівня материнської турботи, причому не стільки від кількості їжі чи материнської ласки, скільки від особливостей спілкування, здатності матері передати відчуття постійності, тотожності переживань, того, що вона є людиною, якій можна довіряти. Народивши дитину-інваліда, мати не може повноцінно пережити цей період. На другій стадії (2-4 роки) розвиток відбувається вздовж осі "автономія – сором і сумнів". Тут формується здатність самоконтролю рухів, встановлюється певне співвідношення між проявами впертості і добровільністю дій. Особливості даного співвідношення залежать від готовності батьків поступово надавати дитині можливість самотійно здійснювати контроль над

своїми діями, ненав'язливо обмежуючи її у тих сферах життя, що є потенційно або актуально небезпечними для дитини і оточуючих. Переживання сорому Е. Еріксон розглядає як лють, спрямовану на себе, коли дитині не дозволяється бути самостійною, коли батьки постійно або виконують все за дитину, або очікують, як вона буде робити те, що поки не здатна виконати самостійно. Як результат у дитини може сформуватися невпевненість у собі, недостатній рівень розвитку емоційно-вольової сфери. Отже, Я особистості формується в ранньому дитинстві внаслідок взаємодії індивіда з іншими людьми, причому вирішальними в цьому є первинні групи (батьки, сім'я, ровесники і т.п.). У цьому віці відбувається становлення соціального Я, стереотипів, ролей, символів, самоконтролю [154, с. 40].

Е. Еріксон розглядає становлення Я-ідентичності (Его-ідентичності) особистості поза інвалідизацією дитини і воно розглядається як цілісність сприйняття світу в примітивних культурах через соціальні норми. Оскільки „Его-ідентичність” формується в процесі взаємодії індивіда з соціокультурним оточенням, вона має психосоціальну природу [56; 57; 171, с. 354-355].

Народження дитини з інвалідністю змінює життєві перспективи сім'ї, породжуючи труднощі, пов'язані з різкою зміною способу життя і з необхідністю вирішення багатьох специфічних проблем. Аналіз останніх психологічних досліджень свідчить про зростання інтересу до проблеми сімей з дитиною, що має обмеження. Так, достатньою мірою вивчені етапи та стадії переживання батьками (матерями) стресової ситуації, спричиненої народженням дитини [167; 205; 217].

У деяких дослідженнях вивчаються проблеми, що виникають у сім'ї: планування наступної вагітності, взаємовідносин з іншими дітьми (братами-сестрами), стабільність сім'ї, зміни її соціального статусу [23; 95; 96]. Іншим напрямком досліджень є вивчення психопатологічних розладів як наслідку переживання психічного стресу в результаті народження дитини-інваліда. У вітчизняній психології цей аспект висвітлювали Р.Ф. Майрамян, В.А. Вишневський та інші [41; 95; 96].

Однак, недостатньо вивченими є особливості соціально-психологічної дезадаптованості матерів у ставленні до дітей-інвалідів. Це і зумовлює необхідність проведення досліджень, які дають змогу розв'язати вище зазначену проблему.

Традиційно саме жінки займаються вихованням, навчанням та лікуванням дитини. Все це часто стає смислом їх життя. Виховання дитини з порушеннями психічного розвитку впливає на особистісні характеристики матері та визначає її поведінку.

Проводячи більшу частину часу з дитиною, яка потребує постійного догляду, мати стає найбільш вразливою через труднощі, які виникають при взаємодії як з членами родини, так і з різними соціальними групами. Саме через це невротичні прояви стають практично постійною складовою її поведінки. Егоцентризм, тривожність, напруженість, втрата тривалої часової перспективи – ось характеристики матері дитини з порушеннями в розвитку [52;142; 209].

Активне задіяння механізмів психологічного захисту певною мірою дозволяє жінці виправдати та прийняти як належне весь спектр наявних у неї негативних переживань несправедливості долі по відношенню до себе [217, с. 221].

Науковці відмічають у матерів дітей-інвалідів спільні особливості особистості, головним чином це прояви підвищеної сенситивності та гіперсоціалізації. Під сензитивністю розуміють підвищення емоційної чутливості, вразливості, виражену схильність все брати близько до серця. Під гіперсоціалізацією – загострене почуття відповідальності, обов'язку, труднощі в пошуку компромісів [142, с. 76]. Контрастне поєднання сензитивності і гіперсоціалізації визначає внутрішній конфлікт між почуттями і обов'язком, що сприяє виникненню внутрішнього морально-етичного конфлікту. Наступною особливістю є захисна поведінка, тобто відсутність відкритості, безпосередності у спілкуванні, що обумовлене не стільки способом вираження емоцій, скільки минулим психотравмуючим

способом міжособистісного спілкування.

Аналіз наукової літератури з даної теми вказує, що в більшості випадків матерям, які виховують дитину-інваліда, притаманні наступні цілі: зацікавлювати собою оточуючих, сильно вражати, знаходитися в центрі уваги, відчувати довіру оточуючих людей, відчувати себе незалежною [22; 142, с. 76]. В таких випадках стресові реакції викликають обмеження в духовному і соціальному зростанні матерів, незадоволену потребу в повазі, неможливість самим визначати свою долю.

Теорія кризи та горя, розроблена в останні роки, допомагає зрозуміти, чому люди, що зазвичай легко пристосовувалися, починають робити незрозумілі вчинки. Ця теорія пояснює, чому люди, що зазнали значної втрати, відчують хаос всередині себе, хоч ззовні це не проявляється [205; 227; 230; 231].

Народження дитини з особливостями в розвитку є для батьків тим поштовхом, що викликає процеси «переживання горя». Внутрішня духовна робота матері та батька над собою та проблемами, що виникли в сім'ї, в результаті стає вирішальною для майбутнього сім'ї [205, 232; 235; 239].

У більшості наукових робіт, що описують переживання горя, мова йде про таке горе, яке людина відчуває, коли когось втрачає, наприклад, після смерті родичів або при розлученні. Можна горювати і при інших втратах, наприклад, при втраті роботи, дому, батьківщини, частини тіла або функції, ідеалу, репутації, самоповаги та навіть відчуття захищеності [198; 205; 234; 237].

Народження дитини з обмеженими можливостями також може відчуватися як втрата. Батьки явно відчувають горе незважаючи на те, що в них народилася жива дитина. На думку Г. Фюра, коли народжується дитина з обмеженнями, батьки втрачають бажану, здорову, ідеальну дитину – «дитину своєї мрії» [205]. І це відбувається тоді, коли вони найбільш сповнені очікуваннями та найбільш вразливі.

Розвиток горя залежить від того, наскільки неочікувана втрата, як

поводять себе оточуючі і що означає для батьків «втрачена дитина». Можливо і «старе» горе, «неопрацьоване» горе може знову пробуджуватися та змішуватися з новим горем [205, с.6].

Горе – це глибокий сум стосовно втрати когось або чогось цінного, необхідного [75, с.189]. Є.П. Ільїн в числі основних причини горя називає серйозне захворювання або каліцтво самого себе чи близької людини.

Виходячи з цього, горе, що викликане інвалідністю дитини, може розглядатися як фруструюче переживання.

К. Ізард розглядав горе, як взаємодію суму, страждання з іншими базовими емоціями: страхом, гнівом, почуттям провини [75]. На його думку, горе зводиться головним чином до страждання, смутку [75, с.190].

Дж. Боулбі відзначає, що для людини горе має пристосовницьке значення. Воно дозволяє людині «перевершити себе» та пристосуватися до втрати, показати людям, які вони любляча та турботливі, викликати з боку інших співпереживання та допомогу [24; 25; 229]. На думку Дж. Уордена, переживання горя допомагає спрямувати в інший напрямок ту емоційну енергію, яку індивід раніше вкладав у стосунки з втраченою людиною [75, с.190].

У нашому суспільстві батьки покладають на майбутню дитину багато сподівань та згодні понести великі матеріальні затрати, коли готуються до її народження. Очікування дитини, піклування про неї, знайомство та спілкування з нею – цінність сама по собі, але дитина може також мати дуже важливе символічне значення. Батьки бачать у своїй дитині фізичне та духовне продовження себе самих. Коли народжується дитина, мати, наприклад, частково переводить свої бажання «бути любимою» на бажання, щоб її дитина була любимою. Продовження цього бажання може виражатися по-різному, особливо коли дитина нездорова.

Своїми досягненнями дитина може опосередковано приносити своїм батькам насолоду та радість. У більшості батьків є мрії про майбутнє дітей. Іноді вони очікують, що діти здійснять їх власні сподівання. Завдяки своїй

дитині батьки також можуть відчутти, що вони «позбуваються» смерті та знаходять своє безсмертя [205, с.10].

Коли народжується дитина з особливостями в розвитку, батьки раптово «втрачають» свою здорову, досконалу дитину, яку вони очікували, і отримують дитину, яку вони бояться, яка викликає у них розпач. Оскільки обидва ці процеси відбуваються одночасно, то у них немає часу, щоб до кінця зрозуміти та змиритися з втратою бажаної дитини [205, с.12].

Кублер-Росс виділяв наступні стадії горя [138]: 1) заперечення; 2) угода; 3) гнів; 4) депресія; 5) прийняття. Даний підхід використаний для дослідження батьків дітей з порушеннями в розвитку [238, 240, 241].

На основі аналізу дослідження, можна зробити висновок, що особистісне переживання матері має певну стадійність, пов'язану з динамікою батьківської кризи. Ця стадійність розкриває дію різних механізмів адаптації до ситуації «особливого» материнства.

На першій стадії – емоційна дезорганізація: шок та заперечення. Заперечення проявляється на несвідомому рівні; його завдання – захистити свідомість від надзвичайної тривоги. На ранній стадії заперечення грає позитивну роль, пом'якшуючи удар; проте в подальшому може викликати труднощі. Якщо після певного часу, не дивлячись на реальність, батьки продовжують заперечувати наявність порушень у дитини, можна очікувати неприємних наслідків. Такі батьки можуть занадто тиснути на дитину, заставляючи її робити те, що їй не під силу; вони можуть відмовлятися від участі в програмах раннього втручання та безкінечно ходити до лікарів, добиваючись сприятливого для них діагнозу. На цій стадії матері відчують розгубленість, завмирання, дезорганізацію та безпорадність. Деякі батьки, коли їм повідомляють діагноз дитини, немов «відключаються» та майже перестають сприймати інформацію.

Багато матерів переживають почуття власної неповноцінності, відповідальності за те, що сталося, вони виявляють почуття провини, посилюється самокритика, виникає почуття незадоволеності собою. Почуття

провини переростає в страждання і переживання відносно подій і помилок, які призвели, на їх думку, до захворювання дитини. Почуття провини може породжувати гіперопіку [207]. Співставляючи дійсність з ідеальною моделю сім'ї і роллю в ній матері, у них виявляється суб'єктивне відчуття особистісної неадекватності. І тут криється велика небезпека у формуванні негативного світосприйняття, яке є засобом морального самозахисту, що дозволяє виправдати і прийняти весь спектр негативних відчуттів [216].

Друга стадія чи фаза – це функція неприйняття спрямована на те, щоб зберегти рівень надії чи почуття стабільності в сім'ї під впливом фактору, що може їх зруйнувати. Неприйняття факту інвалідності дитини може бути певним захисним механізмом проти емоційної пригніченості та тривоги. Крайньою фазою неприйняття може бути небажання обстежувати дитину та проводити з нею корекційні заходи. Виникає недовіра до компетенції лікарів, тому батьки шукають різні можливості одержати консультації в інших фахівців. В основі такої поведінки лежить надія на те, що початковий діагноз неправильний. Батьки можуть не приймати наявності відставання в розвитку дитини і вірити, що лікування чи певний спосіб терапії розв'яже проблему. На цій стадії розвивається так звана «допінг-поведінка» – це різні консультації, починаючи з медичних світил і завершуючи цілителями. Така надія на «магічний засіб» викривляє сприйняття реальної ситуації, заважає адекватній адаптації батьків до факту народження аномальної дитини [207].

Додатковою реакцією батьків може бути намагання перекласти відповідальність за стан дитини на інших, зростає напруга у відносинах з іншими. При цьому часто відмічається емоційна нестійкість і зростання рівня тривоги. Втрата контролю над емоціями виявляється в неможливості справитися зі своїми станами, нав'язливості переживань. Будь-які невеликі переживання можуть привести матір до втрати контролю. Внаслідок цього встановлюється зниження рівня соціальної і психологічної компетентності матерів, невміння правильно поводити себе в напружених, складних ситуаціях, соціальна ізоляція [109; 217;].

Третя фаза батьківського стресу – переживання горя (Р.Ф. Майрамян [94], Т.Т. Богданова [95], Н.В. Мазурова [93; 96], О.Б. Чарова [142], Е.А. Савина [165], В.В. Котова [207]). Почуття гніву та горя може призвести до ізоляції, але в той же час може знайти вихід у формі переживання втрати. У матерів можуть виникати амбівалентні почуття, що породжують синдром «хронічного суму». Даний синдром виникає в результаті постійної залежності батьків від потреб дитини, їх хронічної фрустрації внаслідок відносної відсутності позитивних змін у дитини, «несоціалізованості» її психічного та фізичного дефекту [207]. Ця стадія характеризується станом глибокої депресії матерів.

Четверта стадія адаптації характеризується емоційною реорганізацією, пристосуванням, прийняттям інвалідності дитини. Переорієнтація енергії дозволяє батькам переключати увагу з них самих на реальні потреби, пов'язані з вихованням дитини-інваліда. Батьки в цей період шукають програми і служби, які могли б бути корисними для їх дітей. Вони також допомагають іншим сім'ям з дітьми-інвалідами. Батьки розвивають реалістичний погляд на дефект дитини, його роль в сім'ї і приймають цей стан на тривалий час. Формується позитивна установка по відношенню до себе і долаються соціальні стереотипи у ставленні до дитини [108; 109; 110].

Деяким з матерів потрібні роки, щоб прийти до такої стадії адаптації, а деякі з них не досягають цього ніколи. Покращує проходження кризового періоду підтримка близьких і позитивні стосунки між членами сім'ї [108; 109; 110; 165; 207; 217;].

Г. Фюр відмічав, що фаза угоди характеризується «магічним» або «фантастичним» типом мислення. В її основі лежить уявлення про те, що, якщо батьки дуже старатимуться, стан дитини чудодійним чином покращиться. Це покращення повинне стати «нагородою» за сумлінну роботу, допомогу іншим або участь у якійсь добрій справі. У фазі угоди батьки можуть приєднатися до місцевих організацій, що відстоюють будь-які гуманні цілі. Ще один прояв фази угоди – фанатичне звернення до релігії або

очікування дива [167, с.117].

Поступово з розумінням того, що чудодійного зцілення не відбудеться, виникає гнів. Це може бути гнів на Бога, на самого себе та іншого члена подружжя за те, що він зачав чи народив хвору дитину, або недостатню допомогу з його боку, часто гнів проектується на фахівців, які, на думку батьків, не надавали дитині достатньої допомоги: лікарів, або на вчителів, що погано навчають. Гнів може розвинути з роздратування, причиною якого стають недобррозичливі сусіди, байдужі фахівці, відсутність адекватної допомоги, втома від довгого перебування в лікарнях. Непомірне почуття провини, коли мати (батько) звинувачує в порушеннях у дитини саму (самого) себе, часто переростає в депресію [167, с. 118].

Вираження гніву має катарсичний та очищувальний ефект і допомагає знизити почуття тривоги; проте, коли батьки розуміють, що їх гнів не може змінити стан дитини, та повністю усвідомлюють хронічну природу її порушення і наслідки для всієї сім'ї, на місце гніву приходить – депресія. Для багатьох батьків депресія – тимчасовий епізод, проте може розвиватись також і «хронічна скорбота» [167, с.120]. Важкість депресії залежить від того, як сім'я інтерпретує стан дитини, та від її здатності справлятися з труднощами.

Г. Хорнбі вважає, що в деяких випадках за гнівом приходить відчуження, коли батьки відчувають спустошеність та байдужість до всього. Ця реакція, мабуть, означає, що батьки починають супротив власному бажанню визнавати реальні порушення. Таким чином, це поворотний пункт у процесі адаптації [167, с.120].

Г. Фюр описав динаміку переживання горя матерями, які народили дитину з особливими потребами [204]. Батьки психологічно готуються до народження дитини: мріють про неї, уявляють її в майбутньому. Вони бажать мати здорову та добре розвинуту дитину. І десь на підсвідомому рівні бояться появи дитини з порушеннями в розвитку. Дитина, що народжується, вірогідно, завжди відрізняється від тієї, про яку батьки мріяли, і цю відмінність потрібно подолати та прийняти.

Коли народжується дитина з особливостями розвитку, батьки раптово «втрачають» свою здорову дитину. І також раптово отримують дитину, якої вони бояться, яка викликає в них відчай. Мрії батьків розбиваються, і разом з тим від них вимагається оточити турботою та полюбити цю незнайому дитину, якої вони бояться. Оскільки цих два процеси відбуваються одночасно, немає часу, щоб до кінця зрозуміти та змиритися з втратою бажаної дитини.

Натомість, щоб отримати підтвердження своєї повноцінності як чоловіка чи жінки, батьки тепер відчують, що ця їх раніше прихована неповноцінність підтвердилася та стала очевидною для всіх. Нова роль батьків дитини з особливостями в розвитку впливає на відчуття власної гідності. Батьки можуть думати, що природа завдала шкоди дитині та одночасно зробила неповноцінними їх. Вони відчують себе людьми, яких покарали за якусь помилку, вигадану або в реальності скоєну.

Якщо це таке порушення, яке неможливо виправити, наприклад, в розумовому розвитку, проблеми будуть продовжуватися довго. Батькам потрібно налаштуватися на те, що дитина ніколи не зможе досягти всього того, чого вони очікували. Вони назавжди втрачають відчуття впевненості, яке мали б, якби дитина розвивалася нормально.

Батьки не можуть сподіватися на те, що їхні власні мрії будуть втілені їх дитиною, і їм відмовлено в почутті «безсмертя», яке дитина може дати [204, с. 11]. Незважаючи на те, що горе батьків померлої дитини та дитини з порушеннями в розвитку однаково важкі, та потреба в шанобливому ставленні до сім'ї і в тому, і в іншому випадках важлива та необхідна, – батьки дитини з особливостями в розвитку отримують зазвичай менше шансів пережити горе так, як цього потребують. У обох випадках батьки втрачають свою «дитину мрії» і дуже сумують за нею. Як померла дитина, так і дитина з особливостями в розвитку змушують батьків відчувати себе винними, оскільки у них були «заборонені» думки і відчуття, що пов'язані з дитиною [204, с. 15].

Мати стає роздратованою та невдячною навіть по відношенню до тих,

хто намагається їй допомогти. Вона пред'являє нереалістичні вимоги, насправді не знаючи, чого вона хоче, сподівається на допомогу та очікує, що «хтось» або «суспільство» допоможуть нести їй цей тягар.

Мати бореться за те, щоб все для неї було «зрозумілим», намагається пригадати важкі події в деталях та знайти сенс в тому, що відбулося. Вона шукає пояснення, щоб зрозуміти, чому це мало статись саме з нею, та час від часу пригадує події, що призвели до катастрофи.

Поки це відбувається, мати не чує, що їй говорять. Вона чіпляється за надію про чудодійні ліки, що позбавлять дитину від порушення, та звертає увагу лише на ту інформацію, що підтримує її мрію.

Допоки материні думки, відчуття та вчинки спрямовані на втрачену «дитину мрії», вона продовжує робити спроби повернути її. Сила, що заставляє маму шукати втрачену «дитину мрії», часто діє тривалий час після того, як її розум підказав, що це безнадійно.

Коли процес горя проходить «здоровим» шляхом, мама поступово перестає думати про дитину та перестає робити спроби повернути її. Страждаючи, вона «опрацьовує» втрату крок за кроком та поступово звикає до реальності. У разі порушення перебігу цих процесів виникають зворотні наслідки, що характеризуються як стійка соціально-психологічна дезадаптованість матерів дітей-інвалідів.

Встановлення інвалідності дитини для її батьків є надзвичайно сильним та значущим психотравмуючим чинником. А прийняття тієї чи іншої психотравмуючої події приходить до людини через усвідомлення.

Незважаючи на безліч індивідуальних особливостей, існують загальні типи реагування на звістку про неповносправність дитини: шок, заперечення, агресія, депресія, прийняття. Спілкування з іншими батьками доводить, що їх реакція на цю звістку – це нормальна реакція людини на сильний психотравмуючий чинник.

Згідно з літературними даними (В.А. Вишневський [41], В.М. Мясіщев [113], Р.Ф. Майрамян [95]), соматичні захворювання у батьків хворих дітей

мають наступні особливості. Матері хворих дітей скаржаться на коливання артеріального тиску, безсоння, часті і сильні головні болі, порушення терморегуляції. Чим старшою стає дитина, тобто чим триваліша психопатогенна ситуація, тим більшою мірою у деякої частини матерів виявляються порушення здоров'я. Матері хворих дітей часто скаржаться на загальну втому, відсутність сил, а також відзначають стан загальної депресії.

На основі аналізу проблеми дезадаптованості особистості, як наслідку психотравматичного впливу, нами запропонована модель соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда (рис.1.1.).



Рис. 1.1. Модель соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда.

Представлена на рис.1.1. модель демонструє уявлення про структуру та особливості соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, які виявляються через їх особистісні ставлення на когнітивному, поведінковому, емоційному та комунікативному рівнях.

Припускається, що в структурі дезадаптованості вище зазначених матерів можна виокремити: а) зовнішні фактори (умови та чинники): інвалідизація дитини, напружені взаємини з іншими членами сім'ї, низький ступінь особистої реалізації в соціумі, розлади в родині (чоловік залишає сім'ю, конфлікти з батьками), труднощі спілкування з малознайомими людьми в незвичних ситуаціях; б) внутрішні чинники: наявність внутрішньоособистісних конфліктів (між власними почуттями та обов'язком), депресивність, агресивність, тривожність, акцентуації характеру; в) соціально-психологічна дезадаптованість матерів проявляється в їх ставленнях до дитини-інваліда. Кожне ставлення має біполярний потенціал (адаптивне ставлення – дезадаптивне ставлення). Таким чином соціально-психологічна дезадаптованість, виражається через дезадаптивні ставлення матерів до дітей-інвалідів, які об'єднанні у вигляді емоційного когнітивного та комунікативного компонентів (А.Я. Варга, В.М. Мясичев, В.В. Столін) [114; 148]. Емоційний компонент розкривається через таке дезадаптивне ставлення, як «відторгнення», поведінковий компонент достатньо повно реалізується через «гіперсоціалізацію», «соціальну бажаність поведінки», когнітивний компонент через такий дезадаптивний тип ставлення, як «інфантилізація», комунікативний компонент розкривається через дезадаптивний тип ставлення «симбіоз з дитиною».

Таким чином, дезадаптованість матерів дітей з інвалідністю проявляється через: деструктивні поведінку в соціумі та дезадаптовані ставлення до дитини і в їх негативних психофізичних, психічних проявах.

Ми погоджуємося з думкою інших авторів про те, що прийняття дитини-інваліда вважається досягнутим, коли батьки демонструють всі або деякі з наведених нижче характеристик:

1. Здатні спокійно говорити про проблеми дитини.
2. Здатні зберігати рівновагу між проявами любові до дитини та заохоченням її самостійності.
3. Здатні до співпраці з фахівцями та складати короткотривалі та

довгострокові плани.

4. У них є власні інтереси, що не пов'язані з дитиною.

5. Здатні щось забороняти дитині та при необхідності карати її, не відчуючи почуття провини.

6. Не проявляють по відношенню до дитини ні гіперопіки, ні надлишкової непотрібної суворості [167, с. 120].

За Н. Хорнбі, «деякі батьки проходять цей процес за кілька днів, у той час як іншим, щоб досягти сприйнятливого рівня адаптації, потрібні роки. Як і при інших серйозних втратах, середній час адаптації становить біля двох років. Проте деяким батькам потрібно більше часу; є і такі, що не досягають повної адаптації взагалі» [236, с.20]. Тобто, такі батьки дезадаптовані.

У процесі піклування про дитину з порушеннями мати, сама цього не бажаючи, віддаляється від чоловіка. Чоловік відчуває себе покинутим, може шукати утішання у інших жінок або, як мінімум, з метою емоційного самозахисту віддалятися від сім'ї. Часто є повідомлення про те, що особлива увага, що приділяється дитині з порушеннями, викликає гнів та розпач у її братів та сестер [167, с. 129].

Знаходячись у хронічному стресовому стані, багато матерів втрачають чоловіків, позбавляють себе всіх радощів, але залишаються з дитиною. У таких жінок поступово формується зверхцінне ставлення до хворої дитини. Вони бачать зміст свого існування в опіці над дитиною; в тому, що вони не дають собі права на нову нормальну сім'ю, повноцінну дитину, вони бачать у цьому особливий героїзм, самопожертву, виправдовування і пояснення всього, чого, може, не досягли в житті [167, с. 89].

«Узагальнений» психологічний портрет матерів дітей-інвалідів характеризується вираженою стурбованістю, високим рівнем тривожності, слабкістю, хиткістю емоційних структур, соціальною боязкістю, підозрілістю [116; 122; 167; 165; 175]. За своєю ініціативою матері рідко вступають у контакт з незнайомими людьми, з пересторогою ставляться до всіх, хто намагається спілкуватися з дітьми. Жалість чи подив оточуючих, які

побачили хвору дитину, сприяє тому, що батьки починають приховувати її від сторонніх очей: намагаються не бувати з нею в громадських місцях, тим самим ще більше сприяючи соціальній дезадаптації дитини. У таких сім'ях хвора дитина стає причиною сімейних конфліктів, що призводять, нерідко, до дестабілізації сімейних стосунків, розпаду сім'ї, а неповна сім'я - це гальмо у фізичному і психічному розвитку дитини. Дефект дитини деякі матері сприймають, як власну неповноцінність, збитковість, намагаються пригнічувати такі почуття і переживають гостре почуття провини перед дитиною і оточуючими її людьми.

Це супроводжується їх підвищеною чутливістю, формуванням комплексу провини і неповноцінності. Крім того, у матерів дітей-інвалідів відмічається тенденція до самокопання та рефлексії на фоні негативного емоційного ставлення до себе, суб'єктивне відчуття особистої та соціальної неадекватності. Тривожність особистості розглядається також, як схильність характерна для осіб, що відчували психотравмуючі впливи; суб'єктивне переживання особистісної неуспішності [3; с.732; 18; 72]. Стан тривоги спонукає матір до конкретизації джерела небезпеки, активного дослідження тривожної ситуації, до загальної дезорганізації поведінки, фіксації уявно нездоланної небезпеки, слугує джерелом розвитку неврозів [3; с. 731]. Тривога являється первинною, висхідною реакцією, а страх розвивається пізніше [2;с.65].

На основі теоретичного вивчення сутності соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів встановлено, що вона визначає рівень та результат функціонування психіки матері, яка виражається в неможливості адаптації до власних потреб і бажань, що заважає задоволенню потреб дитини з інвалідністю і виконанню вимог, які ставить соціальне середовище. Центральною ознакою названої дезадаптованості є переживання матір'ю довготривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів внаслідок факту інвалідності дитини, без знаходження адекватних психічних механізмів і форм поведінки, що необхідні для їх розв'язання. Ці негативні прояви

позначаються в цілому на розвитку особистості матері, призводять до дисгармонійних змін, в тому числі в системі суб'єктивно-оцінних ставлень до зовнішнього світу та себе як особистості (В. М. Мясичев [114]). Таким чином, соціально-психологічна дезадаптованість виражається через дезадаптовані ставлення матерів до дітей-інвалідів, що об'єднані у вигляді емоційного, поведінкового, когнітивного та комунікативного компонентів (А.Я. Варга, В.В. Столін [148] та ін.).

1.3. Дезадаптованість матерів у ставленні до дітей з функціональними обмеженнями

Міжособистісні стосунки між матір'ю та дитиною-інвалідом у силу специфічних особливостей соціальної ситуації розвитку можуть розглядатися, як основний механізм їх формування і розвитку. Відомо, що емоційні зв'язки між матір'ю та дитиною є основою формування ціннісного ставлення дитини до себе, до інших, до навколишнього світу. Ставлення батьків до дитини являє собою відправну точку щодо її подальшого розвитку, є важливим фундаментом становлення її як особистості.

Уявлення про дитину і ставлення до неї – це внутрішня основа виховання, що реалізується через виховні дії та способи спілкування з дитиною.

Батьківське ставлення визначається, як цілісна система різноманітних почуттів батьків, поведінкових стереотипів стосовно дитини, особливостей сприймання й розуміння характеру вчинків, що виявляються у спілкуванні з нею [1; 18; 165].

Вивченню цієї проблематики присвячено чимало праць. Зокрема, у зарубіжній психології широко використовується досить місткий термін «батьківські настанови або уявлення», він включає цілу низку різноманітних понять, таких, як настанови, цінності, прийняття дитини, уявлення про розвиток дитини, знання різноманітних показників розвитку дитини тощо.

Розглядаючи структуру батьківських настанов та уявлень, більшість

дослідників виділяють два базових компоненти – емоційний та інструментальний (контроль та вимоги) (Д. Боулбі [24], А. Варга [148], Мясищев В.М [114], І. Шефер [217] та ін.)

У більш широкому розумінні, батьківські настанови втілюються у таких виховних діях, як контроль, покарання і заохочення, що нерозривно пов'язано з рівнем вимог батьків до дитини. Що ж до функцій батьківських настанов, то вони найчастіше зводяться до інтерпретативних та прагматичних.

Різні компоненти батьківського ставлення утворюють стійке поєднання, реалізуються у типовій для батька та матері поведінці. Це призвело до багатьох спроб класифікацій типів ставлення, батьківської поведінки, серед яких найбільш значимими є класифікації А. Варги, В. Століна [148], М. Селігман [167, 241], І. Шефера [217], Л.М. Шипіциної [217]).

Спостереження засвідчили, що батьки дітей–інвалідів важко диференціюють почуття і думки, суб'єктивну істину і об'єктивний факт. Ступінь диференційованості людини буде визначатися відповідно до того, якою мірою вона здатна розрізняти процеси, пов'язані з почуттями та інтелектуальними процесами. Навіть високо диференційована особистість при достатньому рівні тривоги відчуває труднощі в інтелектуальному напрямку поведінки [25; 35; 130; 217].

Специфічним аспектом реалій батьківства є виховання дитини – інваліда, дитини з особливими потребами. Звичайно, що батьки повинні бути готовими до цілковитого прийняття особливої дитини, без цього неможливе прихильне ставлення до неї й подальший конструктивний процес її виховання.

Ставлення до дитини-інваліда носить амбівалентний характер, виникає гострий внутрішній конфлікт, зростає загальна невротизація [169; 216]. Почуття глибокої прив'язаності співвідноситься з явним чи прихованим почуттям провини перед дитиною, яке має досить складну структуру, включає жалість до своєї дитини і неприязнь до інших дітей, почуття безпорадності і безмірні моральні та фізичні зусилля.

Варто відзначити, що для батьків дітей-інвалідів властиве намагання приховати стигму, про яку вони самі знають. Але такий стан речей не є конструктивним: приховування стигми, яку І. Гофман назвав «оминанням», не може не позначатися на її носіях. Це викликає серйозні зміни в поведінці батьків, часто призводить до девіації, зокрема вторинної [165; 194].

Стигма обумовлює формування певних соціальних аттитюдів, які, у свою чергу, призводять до суттєвих дискримінаційних дій щодо людей, які «стигмують» (діти-інваліди та їхні батьки якраз можуть підпадати під цю категорію). Стигма також здатна завадити побудові гармонійних стосунків на мікрорівні: між дитиною-інвалідом та її найближчим оточенням – родичами; звести нанівець саму можливість формування адекватної самооцінки через прояви емпатії, підтримки, схвалення та безумовного прийняття.

Тобто, ми можемо говорити про те, що соціальна реабілітація має бути спрямованою та нівелювання причин і наслідків стигматизації осіб, причетних до виховання дітей з особливими потребами. Це стосується усунення неправильних, деструктивних настанов батьків щодо власної дитини-інваліда, які викликають подальше її неприйняття (наприклад, що вона, дитина, «не така, як усі» та ін.).

У таблиці 1.1. нами наведено узагальнені показники складових біполярного потенціалу ставлення прийняття – неприйняття матерями інвалідності дитини.

Перерахуємо деякі труднощі, які мають місце у сім'ях, де виховують дитину – інваліда (вони також можуть поставати бар'єрами прийняття батьками власної дитини):

1. Відчуття батьками нервово- психічного навантаження, невпевненості стосовно майбутнього їхньої дитини.
2. Невідповідність поведінки дитини очікуванням батьків, і, як наслідок, виникнення в останніх роздратування та суму.

Таблиця 1.1

Складові біполярного потенціалу ставлення прийняття – неприйняття
батьками інвалідності дітей

Прийняття	Неприйняття
Активна життєва позиція (намагання діяти всупереч складним обставинам)	Пасивна життєва позиція (визнання влади складних обставин)
Альтруїзм	Егоцентризм
Самоосвіта, підвищення власної компетентності щодо виховання дитини з особливими потребами	Перекладання усієї відповідальності на сторонніх фахівців, відмова брати участь у вихованні дитини з особливими потребами
Ставлення до дитини – інваліда як до повноцінної людини	Підкреслене ставлення до дитини – інваліда як до неповноцінної людини

3. Порушення (спотворення) сімейних інтеракцій.

4. Зниження соціального статусу сім'ї, що звужує коло позасімейного спілкування.

5. Неадекватна оцінка громадською думкою зусиль батьків щодо виховання, лікування дитини – інваліда [116].

Бар'єром прийняття факту інвалідності дитини може бути стиль виховання в цілому (визначається як сукупність настанов батьків, їхнього емоційного ставлення до дитини, поведінкових стереотипів, сприймання дитини батьками та відповідних способів взаємодії з нею), який не є усвідомленим, а запозиченим у батьківській сім'ї й бездумно відтвореним без врахування особливостей конкретної ситуації виховання, потреб, характеру дитини тощо[107; 194; 208].

Окреслимо основні різновиди стилів виховання дитини з особливими потребами, які не є адекватними: фактична відсутність догляду за дитиною; поєднання попереднього стилю з некритичністю до несхвальної поведінки дитини; гіперопіка (пригнічення самостійності дитини); ототожнення дитини з «кумиром» (потурання усім бажанням); поєднання високих вимог до дитини з фактичною відсутністю уваги до її неповторного внутрішнього світу; емоційне неприйняття (байдужість у поєднанні з жорстоким поводженням з дитиною); непослідовність виховання (дотримання різними

його учасниками протилежних стилів виховання); поводження з дитиною як із хворою – виховання у «культурі хвороби» [136; 137; 116]. Такі стилі виховання не здатні сформувати гармонійну особистість.

Отож, оптимальним вважається таке поводження з дитиною, яке характеризується дослуховуванням до її думки, підтримкою самостійних рішень і дій, готовністю прийти на допомогу, вислухати дитину і, разом з тим, розвинути впевненість у власних силах.

У результаті народження дитини з особливими потребами стосунки всередині родини, а також контакти з навколишнім соціумом спотворюються. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями хворої дитини, а також з колосальним емоційним навантаженням, яке несуть члени її сім'ї у зв'язку з довготривалим стресом. Багато батьків у ситуації, що склалася, виявляються безпорадними. Їх стан можна охарактеризувати, як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут. Якісні зміни в таких сім'ях проявляються на наступних рівнях: психологічному, соціальному і соматичному [64; 119; 142].

По-перше, варто розглянути, як народження дитини з особливими потребами впливає на родину на психологічному рівні. Народження дитини з відхиленнями у розвитку сприймається її батьками, як найбільша трагедія. Факт появи на світ дитини «не такої, як всі» є причиною сильного стресу, який переживається батьками, в першу чергу матір'ю.

Стрес, який має пролонгований характер, робить сильний деформуючий вплив на психіку батьків і стає вихідною умовою різкої травмуючої зміни життєвого укладу, який сформувався в сім'ї. Деформуються: сформований стиль сімейних взаємин; система відносин членів сім'ї з навколишнім соціумом; особливості світобачення та ціннісних орієнтацій кожного з батьків хворої дитини. Всі надії та очікування членів сім'ї у зв'язку з майбутнім дитини виявляються марними і руйнуються в одну мить, а осмислення того, що сталося і набуття нових життєвих цінностей, часом розтягується на тривалий період [142; 122; 204].

На наш погляд, це може бути обумовлено багатьма чинниками, серед яких: психологічні особливості самих батьків, їх здатність прийняти або не прийняти хвору дитину; наявність комплексу розладів, що характеризують ту чи іншу аномалію розвитку, ступінь їх вираженості; відсутність позитивної підтримки, впливу соціуму та контактів з сім'єю дитини з особливими потребами.

Розподіл обов'язків між чоловіком і дружиною, батьком і матір'ю в більшості родин носить традиційний характер. Проблеми, пов'язані з забезпеченням життєдіяльності сім'ї (господарські, побутові), а також з вихованням і навчанням дітей, у тому числі і з відхиленнями у розвитку, в основному лягають на жінку.

Чоловік — батько хворої дитини — забезпечує в першу чергу економічну базу сім'ї. Він не виключається, як мати дитини, зі звичних соціальних відносин, і його життєвий стереотип не так сильно піддається змінам, тому що більшу частину часу він проводить у тому самому соціальному середовищі (на роботі, з друзями і т.п.). Тому психіка батька не піддається патогенному впливу так інтенсивно, як психіка матері хворої дитини. Наведені характеристики, як правило, є найбільш поширеними. Але, безумовно, є і винятки.

Емоційний вплив стресу на матір, яка народила хвору дитину, незмірно сильніший, ніж на батька. Сам факт того, що саме вона народила хвору дитину, змушує її нестерпно страждати. У матерів часто спостерігаються істерики, депресивні стани. Для них властиві зниження психічного тону, занижена самооцінка, що проявляється у втраті перспектив професійної кар'єри, неможливості реалізації власних творчих планів, втрати інтересу до себе як до жінки і особистості [122].

Виражені психофізичні порушення дитини, а також особистісні особливості матері можуть слугувати джерелом материнської депривації. Любов до дитини, як специфічне почуття, виникає у жінки ще в період вагітності. Але саме це світле почуття зміцнюється і розквітає у відповідь на

емоційну взаємність дитини: її посмішку, комплекс поживлення при появі матері та ін. Депривація материнських почуттів може ініціюватися недостатністю цих соціально-психологічних проявів у дитини.

Дослідження В.А. Вишневського засвідчили, що внаслідок того, що народження хворої дитини, а потім її виховання, навчання і в цілому спілкування з нею є тривалим патогенно діючим психологічним фактором, матері можуть зазнавати значних особистісних змін [41]. Депресивні переживання можуть трансформуватися в невротичний розвиток особистості і суттєво порушити її соціальну адаптацію.

Також значними, після народження дитини з особливими потребами, є зміни на соціальному рівні. Після народження дитини з проблемами в розвитку її родина в силу численних труднощів, що виникають, стає розбірливою у контактах. Вона звужує коло знайомих і навіть родичів через характерні особливості стану і розвитку хворої дитини, а також через особисті установки самих батьків (страху, сорому).

Це випробування має також деформуючий вплив на взаємини між батьками хворої дитини. Одним із найсумніших проявів, що характеризують стан сім'ї після народження дитини з відхиленнями у розвитку, є розлучення. Не завжди зовнішньою причиною розлучення називають хвору дитину. Найчастіше батьки дітей, пояснюючи причину розриву сімейних відносин, посилаються на зіпсований характер дружини (або чоловіка), відсутність взаєморозуміння в сім'ї, часті сварки і, як наслідок, охолодження почуттів. Тим не менш об'єктивним стресором, що впливає на психіку членів сім'ї, є сам факт народження хворої дитини. Нова ситуація, що склалася, є випробуванням для перевірки почуттів між подружжям. Відомі випадки, коли подібні труднощі згуртовували сім'ю. Однак частина сімей не витримує такого випробування і розпадається, що має негативний вплив на процес формування особистості дитини з відхиленнями в розвитку. Неповні сім'ї, в яких виховуються діти з відхиленнями у розвитку, становлять від 30 до 40% [38; 39; 66; 122; 142].

У силу цієї причини (самотності матерів, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку), а також і інших, серед яких можуть бути і генетичні (правомірний страх батьків перед народженням ще однієї аномальної дитини), деякі сім'ї відмовляються від народження інших дітей. У таких сім'ях дитина з особливими потребами є єдиною.

Є сім'ї, в яких виховується ще одна або дві здорових дитини. У більшості з них дитина з порушеннями розвитку є останньою з народжених. Проте в таких сім'ях є більше сприятливих можливостей для нормалізації психологічного стану батьків, в порівнянні з об'єктивними можливостями батьків, які виховують єдину дитину з особливими потребами. Батьки, у яких здорові діти народилися після хворих чи є однією дитиною з двійні, складають нечисленну групу [116; 122; 142].

Відносини в сім'ї можуть погіршуватися не тільки між подружжям. Вони можуть змінюватися між матір'ю дитини з особливими потребами та її батьками або батьками її чоловіка. Особливості дитини важко прийняти невідготовленій людині. Жалість бабусь та дідусів до свого онука і його матері можуть тривалий час пронизувати взаємини близьких людей. Проте з віком сили слабшають: бабусі й дідусі поступово усуваються від такої родини. Іноді з боку бабусь і дідусів звучать грізні докори у бік дитини з відхиленнями в розвитку і його матері.

Заслугове на увагу також тенденція, яка проявилася у окремих матерів, які виховують дітей з вираженими дефектами розвитку. У зв'язку з тим, що проблема виховання і навчання такої дитини лише частково забезпечується системою державної підтримки, окремі матері знаходять у собі сили і можливості для отримання спеціальної освіти та використання нових знань для розвитку та навчання як своєї дитини, так і інших дітей.

Можна виділити ще одну особливість, що характеризує соціальну позицію значної частини батьків щодо виховання, розвитку та подолання проблем хворої дитини. Цю позицію можна назвати утриманською або безініціативною. Батьки вважають, що подоланням проблем їхньої дитини

повинні займатися фахівці та співробітники установ, у яких їхні діти виховуються, навчаються або тривало лікуються і живуть [13; 82].

Соматичний рівень у родині також схильний до змін. Стрес, що виник в результаті комплексу незворотних психічних розладів у дитини, може викликати різні захворювання у його матері, будучи, таким чином, ніби пусковим механізмом цього процесу. Виникає патологічний ланцюжок: недуга дитини викликає психогенний стрес у її матері, який тією чи іншою мірою провокує виникнення у неї соматичних або психічних захворювань. Таким чином, захворювання дитини, її психічний стан можуть бути психогенними для батьків, в першу чергу матерів [54; 81; 100].

Безумовно, фізичне навантаження у батьків таких дітей надзвичайно велике, особливо це стосується тих з них, які мають дітей з дитячим церебральним паралічем (постійна фізична допомога дитині при її переміщенні по будинку, щотижневе перевезення дитини різними видами громадського транспорту з дому до школи і назад за відсутності належних допоміжних засобів). Труднощі, з якими стикаються батьки розумово відсталих дітей, мають свою специфіку, оскільки щоденне супроводження дитини до школи (якщо це не школа-інтернат) і додому у великому мегаполісі займає багато часу.

Проте при наявності величезного фізичного навантаження, яке, безсумнівно, виснажує сили і впливає на соматичний стан батьків, психологічний фактор відіграє провідну роль. Для батьків у першу чергу патогенними є перераховані раніше психологічні особливості розвитку їхніх дітей: ознаки інтелектуального недорозвитку, зовнішнє каліцтво, рухові і мовленнєві порушення. Почуття страху, невпевненості в собі, різні форми депресії — усі ці болючі стани батьків є не тільки їх реакцією на переживання, але й захисною реакцією всього їх організму.

Ставлення батьків до дітей з особливими потребами можна визначати в залежності від специфіки інвалідності. Розглянемо особливості ставлення батьків до дітей з вадами у розумовій сфері. Предметом глибоких емоційних

переживань батьків і близьких розумово відсталих дітей є особливості їх психофізичних порушень, і, в першу чергу, неповноцінність інтелектуальної діяльності. У зв'язку з цим тягар патогенного впливу порушень розвитку розумово відсталих дітей на психіку їхніх батьків залежить від таких характеристик розумової відсталості, як стійкість (тобто незворотність), тривалість (протягом всього життя), ступінь вираженості (важкість, глибина ураження) і характер інтелектуального дефекту [9; 37; 44].

Інтелектуальний дефект розумово відсталих дітей, що розглядається як провідний, надає особливого дестабілізуючого, гнітючого впливу на психіку їхніх батьків (Р.Ф. Майрамян [20], В.В. Ткачова [49]). Саме провідний дефект є для батьків і близьких розумово відсталих дітей психотравмуючим чинником, тому що ця аномалія, незважаючи на наявний потенціал до розвитку позитивної динаміки в цілому, виключає можливість повного одужання дитини, успішної соціально-трудової адаптації та самостійного повноцінного життя в соціумі.

Народження дитини з інтелектуальним дефектом дестабілізує психологічний стан батьків ще й тому, що у побутовій свідомості ця подія часто сприймається, як ознака наявності невластивих людині характеристик («Він не такий, як усі», «Він не схожий на нас, значить, він чужий»). У батьків такої дитини оточуючі починають вишукувати відхилення від норми і сприймати їх, як психічно хворих осіб або як людей зі шкідливими звичками. Це, звісно, зводить невидиму стіну між сім'єю та соціальним оточенням. Батьки розумово відсталих дітей надзвичайно бояться і соромляться діагнозу, поставленого їхній дитині. Вони використовують усі можливості для його зміни на інший, на їхню думку, більш прийнятний (ранній дитячий аутизм, дитячий церебральний параліч та ін.).

Розумово відстала дитина, підліток або доросла людина сприймається як близькими людьми, так і в суспільстві частіше негативно, з насмішкою, хоча в окремих випадках таке ставлення супроводжується жалем. Навіть в середовищі фахівців термін «розумова відсталість», який по суті, означає те

ж саме, що і діагноз будь-якого соматичного захворювання, використовується для негативних, принизливих, дискримінуючих характеристик дітей та їх близьких. Ця ситуація не повторюється ні з якою іншою категорією дітей з відхиленнями в розвитку.

Ставлення матерів до розумово відсталих дітей має суперечливий характер. З одного боку, матері проявляють жалість до дітей. Неспроможність розумово відсталих дітей змушує матерів опікати і контролювати їх. З іншого боку, у матерів розумово відсталих дітей часто проявляється втома, роздратування, бажання покарати дитину, ігнорувати інтереси дитини в силу їх примітивності. Емоційний стан матерів характеризується депресією, почуттям провини, горя, сорому і страждання [95].

Відхилення у психофізичному розвитку дітей раннього віку не лише є можливим наслідком органічних і функціональних порушень, але мають і вторинний характер, обумовлений дефіцитом спілкування і відсутністю адекватних способів співпраці батьків з дітьми. Г.А. Мішина виділяє шість неадекватних моделей співпраці батьків з дитиною: ізольованість, передбачувану взаємопов'язаність, мовленнєву взаємопов'язаність, «мовчазну співучасть», «вплив і взаємовплив», активний взаємозв'язок [111].

У поведінці батьків, які виховують проблемних дітей раннього віку, виділяється ряд особливостей. Серед них: невміння створювати ситуацію спільної діяльності, неемоційний характер співробітництва, неадекватність позиції по відношенню до дитини і неадекватний стиль виховання, недостатня потреба в спілкуванні з дитиною.

З кожним роком дедалі актуальніше звучить тема про потребу батьків дітей з відхиленнями у розвитку в психокорекційній допомозі. У зв'язку з цим фахівцями підкреслюється необхідність включення батьків розумово відсталих дітей у корекційно-виховний процес їх дітей, розробляються прийоми та методи психокорекційної допомоги їм [50; 103; 118; 159; 184; 189]. Вважається, що критеріями готовності батьків до корекційно-орієнтованого виховання дітей з порушенням інтелекту є: педагогічна

грамотність, активна участь у виховному процесі, ціннісне ставлення до дитини [32; 35; 77; 150; 172; 164].

Про важкість і глибину психотравмуючого впливу дефекту дитини на психіку батьків (особливо якщо цей дефект характеризується як виражений) свідчить і факт більш низької соціальної активності батьків розумово відсталих дітей, у порівнянні з батьками інших категорій дітей. Так, в даний час існують асоціації, що об'єднують батьків аутичних дітей, дітей з сенсорними порушеннями та ін. Високу активність проявляють батьки дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, співпрацюючи з різними вітчизняними та закордонними товариствами та організаціями інвалідів. Як свідчить практика, батьки розумово відсталих дітей демонструють більш пасивну соціальну позицію, прагнення бути «в тіні». Вони уникають декларування проблем дитини, особливо пов'язаних з її інтелектуальним дефектом.

Інтелектуальний дефект різко травмує психіку батьків дитини, гальмує їх активність. Свідомість батьків «вважає» усвідомлення того, що їх дитина з вадами розуму ніколи не зможе стати повноцінною людиною і що її майбутнє, незважаючи на титанічні зусилля, приречене. Слід також зазначити, що серед батьків дітей з розумовою відсталістю високий відсоток осіб, які мають інтелектуальні порушення. Це значно знижує можливості сім'ї щодо створення реабілітаційних умов, що забезпечують оптимальний розвиток розумово відсталої дитини [91; 188; 189; 207].

Також у руслі визначення особливостей ставлення батьків до дітей у залежності від специфіки інвалідності можна розглянути ставлення батьків до дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП). Перший досвід вивчення впливу важкої рухової патології дитини на психоемоційний стан батьків було здійснено в рамках медичних досліджень В.А. Вишневського [41], Р.Ф. Майрамяна [95], І.А. Скворцова [169] та ін. У роботах цих авторів розглядалися різні форми реагування матерів на проблему порушення розвитку дитини в різні періоди її життя.

Виявилося, що найбільш фруструючими за впливом на психіку батьків дітей з церебральним паралічем є рухові розлади. По-перше, вони супроводжуються зовнішньою потворністю: спотворена фігура дитини, гримаси, характерні порушення мовлення, модуляції голосу, постійна салівація. За свідченнями батьків, ознаки «зовнішнього» каліцтва привертають постійну увагу оточуючих і, таким чином, травмують свідомість близьких дитини [188; 189; 191].

По-друге, знерухомлені або діти з особливими труднощами при пересуванні потребують постійної фізичної допомоги, постійного догляду за ними, що вимагає від самих батьків особливих зусиль. Пошук, купівля та використання спеціальних транспортних засобів включають і підвищені матеріальні витрати батьків, і спектр їх переживань і турбот. Навіть ті діти, у яких у мінімальному обсязі порушено пересування, все одно викликають у батьків глибокі емоційні переживання. Це пояснюється тим, що темп пересування в таких осіб повільний, хода нестійка, окремі елементи пересування вимагають додаткових пристосувань.

Переважним стилем виховання в сім'ях, в яких ростуть діти та підлітки з ДЦП, є гіперопіка (І.І. Мамайчук [101], Є.С. Каліжнюк [78]). Цей тип взаємовідносин проявляється в надмірній батьківській турботі про дитину, в надзвичайній їх відданості. Таке ставлення до дитини супроводжується виникненням у батьків емоційно-вольових проблем (тривожності, фрустрованості), матері фіксуються на фізичній і психічній безпорадності своїх дітей. Відомо, що така модель виховання призводить до психопатичного розвитку особистості хворої дитини, формує в неї егоцентричні установки, негативно позначається на становленні почуттів відповідальності і обов'язку. Як правило, батьки, які виявляють цей стиль виховання, знижують свою трудову і соціальну активність.

Серед сімей, які виховують дітей з руховою патологією, існують і такі, в яких має місце емоційне відкидання хворої дитини, що проявляється в жорстокому поводженні. Причому модель сімейного виховання часто

залежить від психологічних особливостей самих батьків, їх ціннісного ставлення до дитини і культурного рівня [190].

Наступною категорією інвалідності можна визначити аутичних дітей. Для батьків аутичних дітей особливою психотравмуючою проблемою є відсутність можливості розміщення дитини в спеціально створений для них освітній заклад. Нерозробленість нормативно-правової бази, що забезпечує навчання дітей цієї категорії в спеціальних умовах, є причиною відсутності такого виду установ у нашій країні. В даний час більшість аутичних дітей навчаються як в масових, так і в різних спеціальних корекційних освітніх установах. Їхня кількість неухильно зростає. Частина дітей отримує спеціалізовану допомогу в різних реабілітаційних і психолого-медико-педагогічних центрах, в основному зосереджених у столиці або великих містах [5; 194]. Аутичні діти, що живуть на периферії, позбавлені цієї допомоги. Перераховані особливості аутичних дітей вимагають від батьків створення в домі специфічних умов внутрішньосімейного побуту та формування особливих моделей взаємодії та виховання [159; 191].

Травмуючим фактором, що впливає на емоційний статус батьків, безумовно, є порушення здатності дитини до встановлення адекватного контакту з навколишнім соціумом і з ними особисто. Згодом ця межа дитини проявляється у вигляді соціально-побутової непристосованості і порушеннях соціальної адаптації. Батьки страждають через відсутність потреби у дитини в адекватному контакті (притулитися, пригорнутися до матері або батька, подивитися їм в очі, поговорити).

Холодність і байдужість аутичних дітей навіть до близьких часто поєднуються з підвищеною емоційною вразливістю. Діти лякаються різких звуків, гучного голосу, не сприймають жодних зауважень на свою адресу, що особливо ускладнює їх взаємодію з близькими і вимагає постійного створення спеціальних умов для їх життєдіяльності [81, с. 35-40].

У даний час в роботі з батьками аутичних дітей використовується метод холдинг-терапії. Він дозволяє виробити у дитини форми позитивного

емоційного контролю, зняти емоційну напругу, тривогу, страхи. У результаті холдингу прогресує мовленнєвий розвиток аутичних дітей, формуються нові форми емоційного контакту. Цей метод дає можливість також поліпшити розуміння батьками проблем і можливостей аутичної дитини, навчити батьків адекватних способів взаємодії з дитиною і конкретних прийомів корекційної роботи. Визначаються показання до проведення сімейного холдингу (присутність батька та матері дитини під час процедури), а також режимні характеристики проведення процедури і протипоказання (важкі соматичні захворювання; ситуація неповної сім'ї або відмова батька від участі в холдингу; опір батьків, їх емоційна неготовність до холдинг-терапії) [81, с. 56-66].

У сім'ях, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, формуються неадекватні міжособистісні стосунки в силу різних причин. До факторів, що порушують сімейну атмосферу, впливають на розвиток неконструктивних моделей дитячо-батьківських і батьківсько-дитячих взаємин і типів виховання дітей з відхиленнями у розвитку, можна віднести наступні:

- характер і ступінь вираженості порушень у дитини, їх незворотність, тривалість і зовнішні прояви психофізичної недостатності (наприклад, при розумовій відсталості, дитячому церебральному паралічі, ранньому дитячому аутизмі тощо);

- особистісні особливості батьків (осіб, які їх заміщують), які загострюються в певних ситуаціях і травмують психіку (прояв тенденцій до розвитку акцентуацій або аномалій характеру);

- ціннісні орієнтації батьків (осіб, які їх заміщують) і специфічний характер впливу батьківських установок на процес виховання, їх залежність від сімейних, національно-етнічних традицій, соціально-культурного рівня і освіченості батьків як вихователів; при цьому важливе значення у виборі батьками моделі виховання мають їх психологічні особливості (авторитарний, невротичний, психосоматичний типи);

- соціальне середовище та умови, які перешкоджають реалізації

батьками своїх виховних завдань (наприклад, соціально-економічні катаклізми, що мають місце на сучасному етапі розвитку українського суспільства) [8; 43; 164; 185].

Крім того, ставлення батьків до дітей з особливими потребами відіграє першорядну роль у подальшому становленні їх у суспільстві. Тут важливе значення має такий фактор, як ставлення батьків до дітей з особливими потребами, а також прийняття або неприйняття ними дитини.

Важливо проаналізувати дослідження психологічних особливостей прийняття батьками дітей з особливими потребами. Термін «прийняття» ввійшов у практику дитячо-батьківських стосунків завдяки науковій творчості К. Роджерса. Він трактує прийняття як безумовно позитивне ставлення до дитини незалежно від того, чи радує вона дорослих у даний момент, чи ні. Насправді йдеться про створення такого сімейного оточення, в якому малюка хвалять і визнають як повноцінного члена родини, котрий інколи може бути нестерпним, але якого все ж таки люблять. К. Роджерс був переконаний, що виховання дітей з безумовним прийняттям та позитивною увагою забезпечує надійну основу для їхнього становлення та повноцінного функціонування у дорослому житті [156; 157].

Згідно з системним підходом – готовність батьків до повного прийняття дитини визначається такими кроками: дозволом їй бути такою, якою вона є; увагою до її почуттів і думок, умінням почути та зрозуміти її; здатністю підтримати дитину, усвідомлюючи, що її цінності та системи поглядів можуть не збігатися з батьківськими; повагою до позиції дитини, вірою в її сили та можливості; готовністю ділитися власними цінностями і поглядами, створюючи тим самим можливість дитині розуміти інших; поблажливим і терплячим ставленням до своїх вихованців. За всім цим стоїть безкорислива, істинна любов батьків до дітей, яка допомагає дорослим відмовитися від фіксації на слабкостях, недоліках, недосконалостях, спрямовує виховні зусилля на підкріплення позитивних якостей особистості дитини, на підтримку її сильних сторін. Адже саме в атмосфері, де безоцінно

приймаються будь-які індивідуальні відмінності, де любов і прихильність виражаються відкрито, де помилки допомагають здобути новий досвід, де спілкування відкрите й довірливе, де особиста відповідальність і чесність – обов'язкові складові взаємин, може сформуватися почуття самоцінності в кожного члена сім'ї. Материнське ставлення – це особлива позиція щодо себе та своєї дитини, яка має когнітивний, емоційно-смісловий, комунікативний та поведінковий компоненти. Когнітивний (пізнавальний) компонент виявляється у тому, що батьки мають необхідні знання про дитину, причому не лише зовнішні, але й інтуїтивні – вміння визначати потреби дитини. Емоційно-смісловий компонент виражається у повному прийнятті батьками дитини з особливими потребами як самостійної цінності: дитина не стає для батьків засобом самореалізації чи втримання партнера. Поведінковий компонент характеризується компетентною взаємодією батьків з дитиною, адекватною до потреб дитини, здатною до відповідального вибору. Комунікативний компонент відображає вміння батьків адекватно відповідати на поведінку дитини та вибирати такі форми звертання, які відповідатимуть індивідуальним особливостям дитини, вироблення продуктивних стилів спілкування.

А.В. Фурман, Я. Бугерко, С. Кучеренко [28, 85, 204] та ін. виокремлюють ще й рефлексивний компонент, як здатність особистості осмислювати свої вчинки, думки, почуття. Ми не виділяли його окремо у структурі моделі соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, оскільки, на нашу думку, цей компонент має своє певне відображення у інших виділених нами компонентах запропонованої моделі. Адже при формуванні когнітивного компоненту, знань, уявлень про дитину-інваліда реалізується функція осмислення змісту когніцій. Емоційний компонент ставлень обов'язково включає рефлексію переживань (станів, емоцій, почуттів, що пов'язані з дитиною-інвалідом). Поведінковий компонент ставлень до дитини передбачає або проєктивний, або ретроактивний аналіз взаємин з дитиною. У ставленні батьків до дітей-інвалідів прийнятна рефлексія спілкування.

Кожне ставлення матерів до дитини зінвалідністю має біполярний потенціал (адаптивне ставлення – дезадаптивне ставлення). Так в структурі прийняття виділяли наступні складові дезадаптивних ставлень: 1) сприймання дитини на когнітивному рівні («інфантилізація»), тобто намагання приписати дитині особистісну та соціальну неспроможність і т.п.; 2) інтегральне емоційне ставлення («прийняття-нехтування»), яке відображається у тому, чи поважають батьки індивідуальність дитини, або навпаки, чи їм здається, що дитина нічого не досягне у житті і т.п.; 3) форми та спрямованість контролю за поведінкою дитини («авторитарна гіперсоціалізація»), що може відобразитися в авторитаризмі, в нав'язуванні дитині своєї точки зору і т.п.; 4) міжособистісна дистанція у спілкуванні з дитиною («симбіоз»), яка характеризується такими чинниками, як потяг до симбіотичних відносин з дитиною, тобто, чи відчують батьки себе єдиним цілим з дитиною [148].

Попереднє вивчення нами батьківського дезадаптованого ставлення до дітей-інвалідів свідчить, що майже у половини батьків високе значення має складова «інфантилізація», що відображає проблеми у когнітивному компоненті прийняття. Високе значення складових «симбіоз» (порушення діагностується у половини батьків) та «авторитарна гіперсоціалізація» (виявлено майже у третини батьків) вказують на проблеми у поведінковому компоненті батьківського ставлення.

Особливо негативно на психіку матері, її особистісні особливості і ставлення до дитини впливає патологічний симбіоз, як несприятливий тип дитячо-батьківських ставлень, що встановлюються з дитиною-інвалідом. У нормі стадія симбіозу поступово змінюється автономією дитини, у випадку аномалії дитина тривалий час залежить від матері і тип ставлень симбіоз розтягується на невизначений, пов'язаний з складністю дефекту, час. Ідентифікація себе зі своєю дитиною призводить до того, що мати сприймає невдачі дитини, як свої власні, будь-яка несправедливість, навіть якщо вона породжена суб'єктивним сприйняттям матері, переноситься нею на власне Я,

занижує самооцінку, формує протестні реакції і підвищує рівень психологічних захистів.

Як засвідчили наші спостереження, бесіди, у переважної більшості батьків існують певні порушення ставлення до дітей, які потребують психологічної корекції, а також у структурі батьківського ставлення той чи інший рівень порушень мають переважно такі компоненти, як поведінковий та комунікативний.

На нашу думку, позитивного ефекту у процесі корекції дезадаптованого батьківського ставлення до дитини з особливими потребами можна досягти шляхом цілеспрямованого та комплексного впливу на всі вище зазначені компоненти.

Особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами можна поділити на адаптивні та дезадаптивні; суб'єктивні та об'єктивні.

Під адекватним розуміється прийняття дитини «такою, як вона є», адже частіше саме близькі родичі повертають віру в сенс життя і віру в самого себе дитині, створюючи особливий психологічний клімат її існування у родині. При адекватному прийнятті дитини кожен її успіх, кожне досягнення — це успіх усієї родини.

Відторгнення — це дезадаптивне ставлення, що проявляється у неприйнятті дитини, негативному ставленні до неї. У батьків це ставлення має такі вияви, як роздратування по відношенню до дитини, ігнорування її інтересів в силу їх примітивності, а також у бажанні покарати дитину.

При суб'єктивному прийнятті дитина з особливими потребами сприймається як суб'єкт соціальних відносин, тобто як повноправний член суспільства. Ані батьки, ані найближче оточення не фокусуються на інвалідності дитини, що є сприятливим фактором для її подальшої адаптації у соціумі, а також сприяє поступовій еволюції ставлення до людей з обмеженими можливостями у суспільстві. При об'єктивному прийнятті — як особистість, яка віддалена від суспільства. Це зумовлено перш за все тим, що суспільство прагне до того, щоб, відкупившись від дитини з особливими

потребами, обмежити її соціально і виховати в ній споживацьке ставлення до здорових людей і суспільства. У батьків об'єктивне ставлення проявляється у бажанні «сховати» дитину від усіх, що, в свою чергу, впливає на набування неадекватної форми взаємодії дитини з соціальним середовищем і виникнення комунікативних проблем і перешкод. Через це відносини з людьми фарбуються в свідомості дитини в несприятливі тони, для неї характерні відгородженість, тривожність, агресія.

Відтак, психологічними особливостями особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами є розуміння того, що інвалідність дитини різко змінює все буття і поведінку сім'ї — цінності, прагнення, психологічні стани і реакції батьків.

Однією ж з проблем сім'ї, яка має дитину з особливими потребами, є сприйняття її як фактора інвалідності, що порушує нормальну (усталену в суспільстві) функцію сім'ї. Подальший розвиток сімейних відносин гармонізує або ще більше викривлює їх і відповідним чином впливає як на дорослих, так і на дітей. Отож, родині, зокрема матерям треба бути свідомими щодо перебігу хвороби, перспективи психічного розвитку дитини і відповідним чином будувати свої стосунки у родині та за її межами.

Таким чином, особистісне ставлення — це цілісна система почуттів матері до дитини, поведінкових стереотипів, що застосовуються до неї, особливостей сприйняття та розуміння характеру дитини, її вчинків. Це визнання права дитини на властиву їй індивідуальність, несхожість на інших, у тому числі несхожість на батьків.

Висновки до розділу 1

За результатами теоретичного аналізу проблеми дезадаптованості батьків, що виховують дітей-інвалідів, можна зробити наукові висновки:

1. Народження дитини з інвалідністю викликає у батьків соціально-

психологічну дезадаптованість, яка є систематичним порушенням процесу їх адаптації, джерелом психічної напруги, внутрішнього дискомфорту та нестабільності перебігу психічних процесів. Все це може призвести до формування, переважно у матерів, негативних особистісних якостей та властивостей, зміни ставлень до дитини, появи тривожності, агресивності, депресивності, неприйняття себе та інших, конфліктності тощо. Особистісне переживання матері має певну стадійність, пов'язану з динамікою батьківської кризи. На першій стадії – емоційна дезорганізація: шок та заперечення; друга стадія чи фаза розглядається, як період негативізму і неприйняття; третя характеризується виникненням амбівалентних почуттів, що породжують синдром «хронічного суму»; четверта стадія адаптації характеризується емоційною реорганізацією, пристосуванням, прийняттям інвалідності дитини. У разі порушення перебігу цих процесів виникають зворотні наслідки, що характеризуються, як стійка соціально-психологічна дезадаптованість матерів дітей-інвалідів.

2. Запропонована модель соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, в якій представлені основні зовнішні фактори (умови та чинники) соціально-психологічної дезадаптованості: інвалідність дитини, напружені взаємини з іншими членами сім'ї, низький ступінь особистої реалізації в соціумі, розлади в родині (чоловік залишає сім'ю, конфлікти з батьками) та ін., труднощі спілкування з малознайомими людьми в незвичних ситуаціях та внутрішні чинники соціально-психологічної дезадаптованості: наявність внутрішньоособистісних конфліктів, депресивність, агресивність, тривожність, акцентуації характеру, які виражаються через компоненти особистісного ставлення до дитини з інвалідністю.

3. Виокремлено компоненти та типи дезадаптивного ставлення матерів до дитини з інвалідністю: емоційний компонент ставлення розкрито через тип взаємин «відторгнення», поведінковий компонент ставлення – через «гіперсоціалізацію», «соціальна бажаність поведінки», когнітивний компонент – «інфантилізацію», комунікативний компонент розкривається

через «симбіоз з дитиною».

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях:

1. Чухрій І.В. Психологічні особливості тривоги та причини її виникнення у матерів, що виховують дітей-інвалідів / І.В.Чухрій // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України імені Б.Хмельницького. – 2007. – № 40. – С. 297-299.
2. Чухрій І.В. Чинники соціально-психологічної адаптації матерів, які виховують дитину-інваліда / І.В.Чухрій // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: збірник наукових праць. – 2012. – №9 (11). – С. 171-181.
3. Чухрій І.В. Теоретичний аналіз проблеми соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів. / І.В.Чухрій // Нові технології навчання: науково-метод. збірник. – 2011. – Вип. 69., Ч. II. – С. 290-293.
4. Чухрій І.В. Історичні аспекти становлення освіти для осіб з особливими потребами / І.В.Чухрій: матеріали XI наук.-практ. конф. [«Наука і навчальний процес»], (Вінниця, 7-8 квітня 2011 р.) / МОН України, Вінницький соціально-економічний інститут університету «Україна». – Вінниця, 2011. – С. 166-169.

РОЗДІЛ 2

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ МАТЕРІВ У СТАВЛЕННІ ДО ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ

2.1. Організація та методики дослідження соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів

Показниками високого рівня соціально-психологічної адаптованості є відповідне емоційне реагування людини на кризову ситуацію взаємодії з іншими, з адекватною її оцінкою та самооцінкою, здатність свідомо керувати своїми емоціями, високий рівень саморегуляції, рішучість, впевненість, дисциплінованість, організованість, самоконтроль тощо. Дезадаптованість особистості пов'язана із такими емоційними реакціями на ситуацію як депресія, тривожність, негативне самопочуття, фрустрація та ін.

Ситуація народження дитини з інвалідністю є критичною. Переживання, які супроводжують матерів, є довготривалими ланцюговими процесами, які викликають у них стрес, фрустрацію, конфлікт та кризу. Часто спроби справитися з ними призводять до невдалих для жінки, в плані соціально-психологічної адаптації, наслідків. Саме такі ситуації впливають на особистісні зміни, поведінку жінки-матері, а все це у підсумку позначається на її ставленні до дитини-інваліда.

Окрім внутрішньосімейних труднощів, народження дитини з порушеннями фізичного розвитку ставить перед родиною проблеми у взаємовідносинах з соціальним оточенням. Саме мати виконує нелегку роль пом'якшення конфліктів, що виникають на ґрунті народження дитини з інвалідністю, та налагодження взаємовідносин. Труднощі поступово можуть призводити до соціальної ізоляції сім'ї. Внаслідок чого можливе зниження у жінки-матері рівня соціальної та психологічної компетенції щодо того, як правильно поводити себе в напружених, конфліктних ситуаціях. З часом поріг чутливості знижується та все більша кількість ситуацій потрапляють до категорії «складних», викликаючи помилкові поведінкові

реакції [217, с. 220].

З метою вивчення психологічних особливостей соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, оцінки їх ставлень до себе, до своїх дітей, до життєвої ситуації загалом, нами були досліджені групи матерів, які виховують дітей-інвалідів. Дослідження проводилося на базі Вінницького обласного центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій», Вінницької обласної громадської організації асоціації захисту та допомоги інвалідам «Відкриті серця», Вінницького міського центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія». У дослідженні взяли участь 170 родин, які виховують дитину-інваліда з множинними функціональними обмеженнями. Всі обстежуванні були учасниками констатувального експерименту.

Проблеми, пов'язані з психодіагностикою соціально-психологічної дезадаптації особистості, дуже складні. До сьогодні немає спеціальної методики, яка б надійно розв'язувала завдання комплексної психодіагностики вище зазначеного феномену. Складність полягає в тому, що комплексна психодіагностика процесу соціально-психологічної адаптації повинна бути одночасно спрямована на діагностику загального рівня адаптації особистості, діагностику її конкретного стану і на діагностику адаптаційного потенціалу особистості [133]. Саме тому нами був використаний системний підхід до вивчення соціально-психологічної дезадаптованості матерів у ставленні до дітей-інвалідів. Основними методами дослідження нами були обрані: 1) теоретичних – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікація та систематизація теоретичних і експериментальних даних (для визначення сутності і особливостей соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда, та її впливу на ставлення до дитини з обмеженими можливостями), метод моделювання; 2) емпіричні – констатувальний експеримент: спостереження, усне, письмове опитування, тестування; формувальний експеримент – методи групової (психоаналіз,

психодрама, гештальт-терапія, сімейна психотерапія, символдрама, арттерапія тощо) та індивідуальної психокорекційної роботи (для перевірки ефективності програми корекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів, що виховують дитину-інваліда); 3) методів математичної обробки та інтерпретації результатів дослідження – варіаційний, кореляційний (за К. Пірсоном, Ч. Спірменом) аналізи, t-критерій Стьюдента (для встановлення відмінностей у показниках, що досліджувалися).

Психодіагностичний комплекс, використаний у роботі, призначений для вивчення: ознак соціально-психологічної дезадаптованості («Методика діагностики соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса і Р. Раймонда); ставлення матерів до дітей («Методика діагностики батьківського ставлення» А.Я. Варга, В.В. Століна; «Методика PARI» Е. Шиффер і Р. Белла «Сімейне життя материнськими очима»); психологічних чинників соціально-психологічної дезадаптованості («Методика діагностики самооцінки» Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна; «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В.А. Жмурова; «Діагностика типів акцентуацій рис характеру» за К. Леонгардом; «Методика діагностики показників і форм агресії» А. Басса і А. Даркі в адаптації А.К. Осницького; методика «Q-сортування» В. Стефансона, проєктивна малюнокова методика «Малюнок сім'ї», що описана Д. Ділео, А.І. Захаровим, В. Хьюлсом) [51; 117; 127].

Проведення експерименту з матерями, які виховують дитину-інваліда, має свою специфіку. Інколи неможливо провести класичне дослідження через труднощі налагодження контакту з піддослідними матерями внаслідок їх високої тривожності та недовіри до оточуючих. На це вказують й інші дослідники [160, с. 43-47]. Складність дослідження полягає ще й в тому, що при вивченні порушень дезадаптації особистості внаслідок психологічної травми, як відзначає Б. В. Зейгарник, немає однозначності у їх трактуванні. Дезадаптованість формується через зміну структури мотивів, їх ієрархії, смислоутворення, порушення в самооцінці і рівні домагань, в процесах міжособистісного спілкування, самоконтролю і саморегуляції тощо [81,

с. 215].

Досить важливим моментом був відбір методик дослідження особистості. На нашу думку, методично необґрунтованим є намагання окремих дослідників за допомогою якої-небудь однієї методики розв'язати низку проблем психології особистості. Необхідно чітко уявляти, що саме варто досліджувати в кожному конкретному випадку. Як вказувала Б. В. Зейгарник, потрібно знайти можливість розмотати цей складний клубок діалектичних протиріч-мотивів, установок, цінностей, конфліктів, які ми називаємо особистістю [81, с. 216].

Процес аналізу та інтерпретації психологічних даних вимагав опори на більш складні та узагальнені методологічні положення. Такі постулати найбільш чітко, на нашу думку, сформулював І. І. Мамайчук [101, с. 61]. Їх можна назвати конкретно-методологічними, тобто пояснювальними, щодо різних феноменів відхилень у розвитку матерів, які виховують дитину-інваліда.

Не менш складною проблемою був відбір методик дослідження особливостей соціально-психологічної дезадаптованості матерів у ставленні до дітей-інвалідів. Л.Н. Собчик зазначає, що формування індивідуально-особистісних властивостей відбувається в процесі засвоєння конкретною людиною інформації про себе і навколишній світ за рахунок властивого їй індивідуального стилю, що забарвлює певним чином її емоційні, мотиваційні, когнітивні і комунікативні характеристики [173]. Ця індивідуальна вибірковість по відношенню до явищ навколишнього світу і власний стиль засвоєння, отримання інформації створюють базу для формування різних неповторних особистостей, які життєдіють навіть в однакових соціальних умовах. В основі такого індивідуального стилю сприйняття, переробки і відтворення інформації про світ, що трансформується в думки, переживання та вчинки людини, лежить провідна тенденція, яка пронизує всі рівні особистості: і найнижчі – біологічні, і його характерологічну структуру, і найбільш високі (вершинні) рівні особистості, якими є соціальна

спрямованість та ієрархія цінностей людини.

Відповідно до моделі соціально- психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів (рис.1.1.), ми досліджували зовнішні фактори (умови та чинники), які можуть формувати дезадаптованість матерів, що виховують дитину-інваліда, а це: сама інвалідність, соціальний статус, типи поведінки, сформовані в процесі життєдіяльності, стосунки між членами родини, соціальна ізоляція, низький ступінь особистісної реалізації в соціумі тощо. Крім того, про наявність дезадаптованості ми судили за особистісними якостями та властивостями особистості матері: акцентуованістю, тривожністю, агресивністю, депресивністю, що відповідно до запропонованої моделі є її внутрішніми чинниками. Неадекватне пристосування матерів до ситуації виховання дитини-інваліда може супроводжуватися низькою самооцінкою, неадекватними способами поведінки, низьким соціальним статусом, руйнуванням родинних стосунків, напруженими взаєминами з чоловіком та іншими членами сім'ї. Ці проблеми також були в полі зору нашого дослідження.

Для вирішення поставлених завдань у роботі також використовувалися такі методи, як аналіз результатів професійної, громадської діяльності жінок, їх спілкування, узагальнення незалежних характеристик, оцінок, метод експертної оцінки.

Спостереження давало можливість провести планомірний аналіз і оцінку поведінки матерів, що виховують дитину-інваліда. Об'єктами спостереження були їх поведінка в сім'ї, взаємодія з іншими матерями, які мають дитину-інваліда, і жінками, в яких виховуються діти з типовим розвитком, участь у громадській діяльності, процес отримання певного соціального статусу в соціумі, типи ставлень до дитини-інваліда.

Метод бесіди дозволяв уточнити особистісні стани, думки, позиції, цінності, ставлення матерів до своїх дітей, колег, до самих себе тощо.

Інтерв'ю включало наступні запитання до батьків: вік, освіта, професія, повна чи неповна сім'я, кількість дітей, вік дітей та інші.

Материнські ставлення до дітей-інвалідів досліджувались за методикою діагностики батьківського ставлення А.Я. Варга, В.В. Століна. Внутрішні чинники досліджувалися за допомогою психодіагностичних методів (методика вивчення тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка, методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова, методика діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Дарки в адаптації А. К. Осницького, методика Q-сортування з діагностики головних тенденцій поведінки в реальній групі «В. Стефансона» та ін.

Констатувальне дослідження передбачало визначення рівня тривожності матерів. Враховувалося, що емоційне ставлення до себе та дитини може характеризуватися певним рівнем їх особистісної та реактивної тривожності.

Рівень тривожності може виступати показником неадекватності між “Я-образом” і реальною поведінкою, суб’єктивною інтерпретацією реакцій інших людей у конкретній соціальній ситуації.

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність матерів сприймати широке коло ситуацій як загрожуючих, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Реактивна їх тривожність характеризується напруженістю, хвилюванням, знервованістю, схильністю до стресів у певній ситуації.

Висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю у матерів дітей-інвалідів невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями. Тому для оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності ми використали методику Ч. Спілбергера – Ю.Ханіна. Дана методика є надійним і інформативним способом виявлення рівня тривожності на даний момент (реактивної тривожності як стану) і особистісної тривожності (як стійкої характеристики особистості). Піддослідним було запропоновано уважно прочитати кожне з наведених у бланку суджень і написати праворуч цифру, що відповідає їх самопочуттю у звичайних умовах.

Рівні тривожності за шкалою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна визначалися

наступним чином: низький рівень тривожності (до 30 балів), середній рівень тривожності (30- 45 балів), високий рівень тривожності (вище 45 балів) [127; 143; 148].

Вплив загострених акцентуйованих рис характеру (акцентуацій) на процес адаптації вивчений у дослідженнях К. Леонгарда, О.С. Лічко, С. І. Подмазіна [82; 94; 95; 114]. Слід підкреслити, що ними не виділяється універсальний тип особистості в адаптації. Існують вказівки лише на те, що труднощі в адаптації виникають при спрямованості впливу факторів у “місце найменшої протидії” кожного акцентуйованого типу [33; 94; 95; 162].

Поняття про акцентуацію вперше ввів у психологію і розробив К. Леонгард. Акцентуації можна визначити, як дисгармонійний розвиток характеру, гіпертрофовану вираженість окремих його рис, що обумовлюється підвищеною вразливістю особистості стосовно певного виду впливів і заважає її адаптації в деяких специфічних ситуаціях.

Таким чином, аналіз багатьох наукових досліджень показав, що успішність адаптації у конкретних умовах існування може визначатися й індивідуальними особливостями людини, її адаптивними психофізіологічними рівнями [3; 17; 84; 85; 78; 106], сформованими за життя особистісними характеристиками: характером, темпераментом, здібностями, моральними установками [26; 27; 33; 41; 63].

В експериментальних дослідженнях нами використано методіку діагностики акцентуацій характеру К. Леонгарда. Вона складається з таких шкал: демонстративний тип, збудливий, дистимічний, екзальтований, педантичний, тривожний, циклотимний, гіпертимний, застрягаючий та емотивний типи. Детальний їх аналіз представлений нами в Додатку А.

Опитувальник К. Леонгарда складається з 88 запитань, на які потрібно відповідати "так" чи "ні" [148, с. 274-280].

У ході експериментального дослідження нами використана методіка діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Дарки, які запропонували опитувальник для визначення важливих, на їх думку, форм агресії: фізичної

агресії - використання фізичної сили проти іншої особи, вербальної агресії – вираження негативних почуттів через форму і зміст словесних звертань до іншої людини, опосередкованої агресії – використання пліток, жартів, виявів непорядкованих спалахів гніву, спрямованих проти іншої людини, негативізму – опозиційної форми поведінки, яка спрямована, як правило, проти авторитету і керівництва, яка може зростати від пасивного опору до активних дій проти певних вимог, правил, законів, роздратування – схильність до роздратування, готовність при найменшому збудженні вилитись у різкості, грубощів, підозрливості – схильність до недовіри й обережної поведінки у ставленнях до людей, яка виходить з переконань, що оточуючі хочуть завдати шкоди, образа – вияв задрощів і ненависті до оточуючих, який зумовлює почуття гніву, незадоволення кимось або всім світом за дійсні або вигадані страждання, почуття провини - відношення і дії стосовно себе і оточуючих, які впливають з можливого переконання самого піддослідного у тому, що він є поганою людиною, поводить погано – аутоагресія [145, с.174].

Методика диференціальної діагностики депресивних станів (В.А.Жмурова) [148, с. 84-91] дозволяла у ході експериментального дослідження визначити рівені депресії: депресія відсутня або незначна (1-9 балів), депресія мінімальна (10-24), легка депресія (25-44), помітна депресія (45-67), виражена депресія (68-87), глибока депресія (88 і більше) [14, с.91].

Методика діагностики батьківських ставлень А.Я. Варга, В.В. Століна [148, с. 451-456]. Тест – опитувальник батьківського ставлення представляє собою психодіагностичний інструмент, орієнтований на виявлення батьківських ставлень [148]. Батьківські ставлення розуміються, як система різних почуттів по відношенню до дитини, поведінкових стереотипів, що практикують в спілкуванні з нею, особливості сприйняття і розуміння характеру особистості дитини, її вчинків.

Опитувальник складається з 5-ти шкал.

1. «Прийняття – неприйняття». Шкала відображає інтегральне емоційне ставлення до дитини. Зміст одного полюсу шкали: батькам подобається

дитина такою, якою вона є. Батьки поважають індивідуальність дитини, симпатизують їй. Батьки намагаються проводити багато часу разом з дитиною, позитивно оцінюють її цікаві плани. На другому полюсі шкали: батьки сприймають свою дитину поганою, непристосованою, невдахою. Їм здається, що дитина не досягне успіху в житті через низькі здібності, слабкий розум, слабкі нахили. За великим рахунком, мати відчуває до дитини злість, роздратованість, образу. Вона не довіряє дитині і не поважає її.

2. «Кооперація» – соціально бажаний образ батьківського ставлення. Зміст цієї шкали розкривається так: мати зацікавлена в справах і планах дитини, намагається допомогти дитині, співчуває їй. Батьки високо оцінюють інтелектуальні і творчі здібності дитини, відчувають почуття гордості за неї. Вони заохочують ініціативу і самостійність дитини, намагаються бути з нею на рівних. Батьки довіряють дитині, намагаються поділяти її точку зору.

3. «Симбіоз» – шкала відображає міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною. При високих балах за цією шкалою можна вважати, що батьки намагаються симбіотично ставитися до дитини. Зміст цієї тенденції описується так: мати відчуває себе з дитиною єдиним цілим, намагається задовольнити всі потреби дитини-інваліда, захистити її від труднощів і неприємностей. Мати постійно відчуває тривогу за дитину, вона їй здається маленькою і беззахисною. Тривога батьків підвищується, коли дитина має інвалідність або ж починає автономізуватися в силу обставин, оскільки з власної волі мати ніколи не надасть автономії.

4. «Авторитарна гіперсоціалізація» – відображає форму і напрям контролю за поведінкою дитини. При високих балах за цією шкалою в стосунках батьків прослідковується авторитаризм. Мати вимагає від дитини дисципліни і послуху. Дитині нав'язується батьківська воля. За прояв свавілля дитину карають. Батьки уважно спостерігають за соціальними досягненнями дитини, її індивідуальними особливостями, звичками, думками, почуттями.

5. «Маленький невдаха» – відображає особливості сприйняття і розуміння дитини батьками. При високих значеннях за цією шкалою в батьківських ставленнях прослідковується намагання інфантилізувати

дитину, приписати їй особистісну і соціальну несамостійність. Батьки бачать дитину набагато молодшою від свого реального віку. Інтереси, думки, бажання, почуття дитини здаються батькам дитячими, несерйозними [148, с.451-456].

З метою виявлення тенденцій поведінки особистості в соціумі і уявлення про себе нами використана методика “Q-сортування” В.Стефансона [148, с. 465-469]. Вона дозволяє визначити шість основних тенденцій поведінки людини в реальній групі: залежність, незалежність, товариськість, нетовариськість, прийняття “боротьби”, уникнення “боротьби”.

Тенденція до залежності визначена, як внутрішня спрямованість індивіда до прийняття групових стандартів і цінностей: соціальних і морально-етичних. Тенденція до товариськості свідчить про контактність, прагнення утворити емоційні зв'язки як у своїй групі, так і за її межами.

Тенденція до “боротьби” – це активна спрямованість особистості брати участь у груповому житті, домагатися вищого статусу в системі міжособистісних взаємин; на противагу цій тенденції – уникання “боротьби” свідчить про прагнення відійти від взаємодії, зберегти нейтралітет в групових суперечках і конфліктах, схильність до прийняття компромісних рішень.

Кожна з цих тенденцій має, на наш погляд, внутрішню і зовнішню характеристику, тобто залежність, товариськість і “боротьба” можуть бути істинними, внутрішньо притаманними особистості, а можуть бути зовнішніми, своєрідною маскою, яка приховує істинне обличчя людини. Якщо сума позитивних відповідей у кожній парі (залежність – незалежність, товариськість - нетовариськість, прийняття “боротьби” – уникнення “боротьби”) наближається до 20, то ми говоримо про істинну перевагу тієї чи іншої стійкої тенденції, притаманної індивіду, і що вона виявляється не лише в певній групі, але і за її межами.

Дослідження проводилося з матерями наступним чином. Їм надавалася картка тверджень і пропонувалося відповісти “так”, якщо запитання відповідає їх уявленню про себе, як члена даної конкретної групи, або “ні”,

якщо воно не збігається з уявленнями, і тільки в деяких випадках дозволялося відповісти: “вагаюсь” [148, с.465-469].

Методика PARI (parental attitude research instrument) Е. Шеффер і Р. Белла в адаптації Т. В. Нещерет [148, с.436-451] призначена для вивчення ставлення батьків (перш за все матерів) до різних сторін сімейного життя. В методиці виділені 23 аспекти-ознаки, що стосуються різних сторін ставлення батьків до дитини і життя в сім’ї. Із них – 8 ознак, що описують ставлення до сімейної ролі і 15 – що стосуються батьківсько-дитячих відносин. Ці 15 ознак поділяються на три групи: перша – оптимальний емоційний контакт, друга – надмірна емоційна дистанція з дитиною, третя – надмірна концентрація уваги на дитині.

Для більш детального дослідження психічних особливостей матерів дітей-інвалідів нами використовувався біографічний метод, що полягав у зборі даних про життєвий шлях жінок: виношування дитини, особливості народжування, стосунки в родині. З метою одержання інформації застосовувалися: біографічна анкета (Додаток. Д), спогади самих матерів дітей-інвалідів, розповіді родичів і близьких людей.

Для поглибленого вивчення особливостей внутрішньосімейної атмосфери та психологічних особливостей матерів та дітей з інвалідністю нами були використані проєктивні малюнкові методики. Матерям та дітям з інвалідністю пропонувалася проєктивна техніка «Малюнок сім’ї» описана Д. Ділео, вона дає багату інформацію про суб’єктивну сімейну ситуацію досліджуваних, допомагає виявити ставлення членів сім’ї один до одного, сімейні стосунки, які викликають тривогу чи конфлікти, також позиції кожного члена сім’ї [65; 121; 124]. При інтерпретації рисунків зверталася увага на зміст, способи вираження, колір, форму, композицію, розміри, подібні специфічні особливості в материнських та дитячих рисунках. Таким чином передбачалося, що використання комплексу психологічних методів та методик дозволить повною мірою вивчити предмет нашого дослідження.

2.2. Психологічні чинники соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів

Для аналізу зовнішніх факторів дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда, нами використано анкету, з якої було отримано такі дані про вибірку досліджуваних: середній вік матерів – 42 роки; з вищою освітою – 22,4%; з середньою спеціальною освітою – 67,2%, з середньою освітою - 10,4% (див. Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Показники освіти матерів дітей – інвалідів (n=170)

Категорії матерів дітей-інвалідів	Кількість матерів у %
Матері з вищою освітою	22,4
Матері з середньою спеціальною освітою	67,2
Матері з середньою освітою	10,4

Окрім того за допомогою бесід, біографічного методу, методу спостереження, анкетування проведено аналіз подружніх стосунків, особливостей особистісної та професійної реалізації в соціумі, комунікативних проблем тощо.

Встановлено, що 38,8% матерів, які брали участь у дослідженні, не працюють, 30% – мають неповну сім'ю, 33,6% мають тільки одну дитину, а 66,4% мають двох і більше дітей (в тому числі одного з них з інвалідністю). Отримані дані вказують на проблеми професійної та особистісної самореалізації матерів, які виховують дітей-інвалідів (див. Табл. 2.2).

З метою поглибленого вивчення зовнішніх факторів соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів був застосований метод бесіди: з матерями, родичами та близькими їм людьми.

Більшість матерів у бесідах презентували себе як: « Я – мати дитини з інвалідністю», велика частина змісту бесід приділялась діагнозу дитини та особливостям перебігу її хвороби.

Таблиця 2.2

Характеристика повноти сім'ї та працевлаштованості

матерів дітей-інвалідів (n=170)

Категорії матерів дітей-інвалідів	Кількість матерів у %
Матері, у яких повна сім'я.	70
Матері, у яких неповна сім'я.	30
Працевлаштовані матері (%).	61,2
Матері, які не працюють.	38,8

На початку бесіди відчувалось їх сильне хвилювання, стурбованість, біль. Розповідаючи про дитину, більшість матерів не стримували сліз. Варто зазначити, що такі бесіди реалізовували психокорекційну мету. Матерям необхідно було дати певний час для того, щоб вони розповіли про наболіле, висловили різні свої переживання, поплакалися тощо. Лише після цього вони могли більш об'єктивно висловлювати думки і давати відповіді на поставлені запитання.

З розмов з ними було зрозуміло, що дитина займає велику частку особистого простору матерів, деякі навіть відмовилися від особистих інтересів для кращого піклування про дитину. Наприклад матір Олена О. розповіла про те, що відмовлялася від пропозицій чоловіків одружитись, оскільки боялася, що чоловік вимагатиме багато до себе уваги, а її потрібно приділити дитині: «Найголовніше для мене дитина, а чоловіки...». Проводилися бесіди з матерями з метою виявлення рівня допомоги батька-чоловіка в піклуванні про дитину та її вихованні [167; 199].

Значна частина матерів розповідали трагічні історії з власного сімейного життя, факти, коли батьки-чоловіки дітей-інвалідів покидали родину. Потрібно враховувати, що в даному випадку, окрім переживання наявності інвалідності дитини, матері переживають ще й стресову ситуацію, пов'язану з розірванням шлюбних стосунків з чоловіками.

Деякі матері розповідали з сумом про нереалізовані професійні можливості, у зв'язку з хворобою дитини. Значна частина матерів, як

правило, призвичаїлась до професійної пасивності і, на жаль, до основного прибутку в родині – соціальних дотацій на дитину-інваліда. Проте варто зазначити, що є й такі матері, які працевлаштовувались та професійно розвивались у такій ситуації. Слід сказати і про тих матерів дітей-інвалідів, що працюють в центрах соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, вони не лише адаптуються та розвиваються, як фахівці з реабілітації, але й в більшості випадків є активними громадськими діячами та новаторами, що впроваджують нові технології навчання, виховання, професійного становлення людей з інвалідністю. Такі матері створюють громадські організації, допомагають іншим матерям дітей-інвалідів та людям з особливими потребами, активно співпрацюють з закордонними організаціями, що займаються питаннями людей з інвалідністю. Мати Валентина А. зазначала: «Я розвивалась як професіонал разом з розвитком моєї доньки. Коли вона була маленькою – я проходила курси масажу, вивчала нові технології роботи з дітьми з дитячим церебральним паралічем. Коли донька виросла, я почала займатися проблемами професійної реалізації, а в подальшому й розвитком питань незалежного проживання молодих людей з функціональними обмеженнями».

На жаль, матері майже не розповідають про своє життя до народження дитини з інвалідністю. Багато з них характеризують своє теперішнє життя переважно, як негативне, з великою кількістю неприємних, прикрих ситуацій. Розповіді переповнені прихованими випадками з життя їх дітей: глузування з інвалідності дитини, байдуже, нечуйне ставлення лікарів, вчителів. Складається враження, що «весь світ» налаштований проти матері та її дитини. Ми не можемо заперечувати правдивість цих розповідей, проте стійка фіксація на цих переживаннях негативно впливатиме на матір та формуватиме негативне ставлення до навколишнього світу й у дитини, що заважатиме її повноцінному розвитку та підкріплюватиме симбіотичні стосунки з матір'ю. Іноді у матерів дітей-інвалідів це може бути завуальована фаза гніву в особистому переживанні інвалідності дитини [205]. Важливо,

щоб люди, що оточують матір з дитиною з інвалідністю, були більш уважні, турботливі, терпимі та чутливі до них в цей період.

У матерів, які виховують як дитину-інваліда, так і мають дітей з типовим розвитком, виникають такі переживання: а) стурбованість стосовно того, чи не впливатиме негативно на формування дитини з типовим розвитком інвалідність братика чи сестрички; б) після смерті батьків, як зазвичай, обов'язки з догляду за хворою дитиною переходять до інших дітей, і у матерів виникають переживання стосовно такої ситуації; в) іноді, турбуючись про дитину з інвалідністю, матері мало уваги приділяють іншим дітям.

Матері, в яких немає родичів, які б піклувалися про дитину з інвалідністю після їхньої смерті, стурбовані долею дитини: чи не потрапить вона в інтернат. На жаль, в Україні створені лише перші пілотні тренувальні проекти незалежного проживання людей з інвалідністю, але даний проект ще не набув активного розвитку.

У розповідях матерів дуже рідко можна почути інформацію про те, як вони відпочивають, як задовольняють культурні потреби (похід до кінотеатру, театру, ресторану, музеїв та ін.), переважно матері, діти яких є клієнтами соціально-психологічних центрів реабілітації, відвідують зазначені заходи в контексті плану роботи таких центрів. Матері дітей з інвалідністю також мало уваги приділяють власному здоров'ю, незавжди відвідують салони краси чи заняття спортом. У психокорекційній роботі необхідно звертати увагу на те, що для того, щоб навчити дитину піклуватися про себе, в першу чергу, матерям потрібно самим попіклуватися про себе і бути для дитини прикладом.

Дуже непрості, болючі переживання у бабусь та дідусів дітей з інвалідністю. Їхнє горе подвоєне болем за власних дітей, що все життя присвячують хворій дитині, та безмежно шкода онуків. Вони можуть як надавати підтримку батькам дитини з інвалідністю, так і певною мірою відмовитися від цього.

Чоловіки – батьки дитини-інваліда, зазвичай, мало беруть участь у вихованні дитини з інвалідністю, нерідко недооцінюючи її можливості, не сприймаючи статевої ідентифікації дитини, її потреби, бажання. Нерідко на спонукання до взаємодії з дитиною-інвалідом реагують із непорозумінням, з подивом.

Для вивчення сімейної ситуації досліджуваних матерів дітей-інвалідів, було проведено проєктивну техніку «Малюнок сім'ї», описану Д.Ділео [65, с. 128], А.І. Захаровим, В. Хьюлсом, М. Карманом [21, с. 170]. На основі теоретичного аналізу наукових досліджень З.Фрейда [199], Д. Бука [149], Д. Ділео[65], Я. Обухова [121], А.І. Копитіна [132] рисунки матерів та дітей-інвалідів (Додаток Ж, Додаток З) інтерпретовано та зроблено наступні узагальнення:

1. У досліджуваних сім'ях наявні конфлікти, про що свідчать такі особливості, зображені на рисунках матерів та дітей-інвалідів: бар'єри між фігурами (Додаток Ж, малюнки: Ж.1, Ж.2, Ж.3, Ж.14; Додаток З, рисунок 3.1), відсутність деяких членів сім'ї (Додаток З, рисунки: 3.3, 3.5), ізоляція деяких фігур (Додаток Ж, малюнки: Ж.1, Ж.4, Ж. 10), неадекватна величина деяких фігур (Додаток З, малюнки: 3.1, 3. 3), члени сім'ї, що стоять спиною (Додаток Ж, малюнок Ж.1).
2. Виявлено ворожість у сім'ї, що інтерпретувалася з таких елементів рисунків: зображення оберненого профілю (Додаток Ж, малюнки: Ж.1, Ж.10) або розведених в сторони рук члена сім'ї (Додаток Ж, малюнки: Ж.1, Ж.5, Ж.8), переважання червоного кольору в зображенні (Додаток Ж, малюнок Ж.13, Додаток З, малюнок 3.3).
3. Наявні проблеми матерів з чоловіками-батьками дітей-інвалідів, які зображуються на задньому плані рисунка, відсторонено від сім'ї (Додаток Ж, малюнки: Ж.3, Ж.4, Ж. 6. Ж.10).
4. У деяких рисунках мати та дитина-інвалід зображені відокремлено від інших членів сім'ї (Додаток Ж, малюнок Ж.3), дана особливість характеризує симбіотичні стосунки між ними.

5. Концентрація уваги матері на дитині-інваліді інтерпретується з рисунків, де зображена тільки дитина, а інші члени сім'ї відсутні (Додаток Ж, малюнок Ж.7).
6. Інфантилізація в ставленні матері до дитини інтерпретується в випадках, коли дитина-інвалід зображена в одязі малого розміру (Додаток Ж, малюнок Ж.8).
7. У зображеннях виявлено переживання матерями негативних емоційних станів таких, як агресія (домінування червоного кольору (Додаток Ж, малюнок Ж.13, Додаток З, рисунок 3.3)), депресивність (зображення намальовано простим олівцем (Додаток Ж, малюнки: Ж.1, Ж.2, Ж.6), тривожність (наявність штриховки та зображення на рисунку хмар (Додаток Ж, малюнки: Ж.1, Ж.2, Ж.5, Ж.9)).
8. Деяким матерям притаманні інфантильні моделі поведінки, оскільки на прохання: «Намалюйте свою сім'ю» – зобразили: квіти у вазі (дана особливість інтерпретуються, як брак стабільності), квіти в повітрі (відірваність, брак опори), квіти в клумбі (з одного боку відчуття стабільності, зв'язок із своїм корінням, проте це переживання можливе лише при перебуванні в родині та зникає в соціальному середовищі), зображення червоних ромашок (сумніви та агресивність) (Додаток Ж, малюнки: Ж.12, Ж.13, Ж.14).
9. У деяких дитячих рисунках відсутнє зображення автора, цю тенденцію можна інтерпретувати, як прояв почуття неповноцінності у дитини-інваліда та наявність конфліктів у родині (Додаток З, малюнки: 3.3, 3.5). Також дана особливість може проявлятися внаслідок особливостей розвитку дитини (наприклад, при розумовій відсталості).
10. Подібність власного зображення дитини-інваліда з матір'ю інтерпретується як ідентифікація та тісний емоційний зв'язок, що не дуже бажано, якщо дитина чоловічої статі, бо це призводить до затримки статевої ідентифікації (Додаток З, малюнки: 3.2, 3.4).
11. У переважній більшості дитячих малюнків материнська фігура –

центральна, що інтерпретується, як домінування материнського авторитету та недооцінка сімейних ролей інших членів родини (Додаток 3, малюнки: 3.1, 3.6).

Проективна техніка «Малюнок сім'ї» крім діагностичної мети, виконувала також психокорекційну функцію. За її допомогою матері могли відреагувати в соціально дозволений формі свої переживання: агресію, депресію, тривожність та зняти нервові напруження. Несвідомі внутрішні конфлікти та переживання легше виразити за допомогою зорових образів, ніж висловлювати вербально [124, с.162].

Для дослідження внутрішніх чинників особистості, які впливають на дезадаптованість, вивчалися такі прояви матерів, які виховують дитину-інваліда, як внутрішньо особистісні конфлікти, тривожність, агресивність, депресивність, акцентуації характеру та ін.

У констатувальному експерименті вивчалася реактивна та особистісна тривожність матерів дітей – інвалідів за методикою Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна. Ця методика є суб'єктивною характеристикою особистості, проте має значення в психодіагностичному плані. Результати дослідження тривожності за цією методикою представлені в таблиці 2.3.

Згідно з позицією Ю. Л. Ханіна, реактивна тривожність означає реакцію людини на різні, частіше всього соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки чи агресивної реакції, сприйняття негативного до себе ставлення, загрози своїй самоповазі, престижу) [148, с. 60].

Особистісна тривожність, як більш стійка риса особистості, представляє собою індивідуальні особливості сприймання впливу різних стресорів, тобто свідчить про відносно стійку схильність людини сприймати загрозу своєму Я у різних ситуаціях і реагувати на ці ситуації підвищеною тривогою. Величина особистісної тривожності характеризує й минулий досвід, тобто наскільки часто матерям доводилося переживати реактивну тривогу.

Таблиця 2.3

Особливості тривожності матерів дітей – інвалідів (n=170)

Рівні тривожності матерів дітей-інвалідів	Види тривожності матерів дітей-інвалідів (у %)	
	Реактивна тривожність у матерів (%)	Особистісна тривожність у матерів (%)
Низький	38,8	-
Середній	52,4	35,9
Високий	8,8	64,1

Як правило, показники особистісної та реактивної тривоги пов'язані між собою. У людей з високим показником особистісної тривоги реактивна тривожність у схожих ситуаціях виявляється більшою мірою. Особливо виражений такий зв'язок у ситуаціях, які загрожують самооцінці особистості. З іншого боку, в ситуаціях, які викликають біль чи мають іншу фізичну загрозу, індивіди, що мають високий показник особистісної тривожності, не виявляють якоїсь особливо вираженої ситуативної тривоги [173].

Отже, в ситуаціях, які ставлять під сумнів самоповагу чи авторитет індивіда, ситуативна тривога виявляється максимально. Підвищення тривоги, що обумовлено страхом перед можливими завданнями, є пристосувальним механізмом, який підвищує відповідальність індивіда перед суспільними вимогами та установками. Це ще раз підтверджує соціальну природу феномену тривожності [200].

Крім того, як видно з таблиці 2.3, високий рівень особистісної тривожності в матерів підтверджує той факт, що існують суперечності між «Я-реальним» та «Я-ідеальним». У жінок, які виховують дитину-інваліда, це може бути пов'язано з незадоволеністю певних потреб, перш за все в самореалізації, що призводить до гострого внутріособистісного конфлікту, переживання та включення різних захисних механізмів у вигляді агресії, проєкції, регресії і т. п.

Якщо людина часто переживає стан тривоги, а він характеризується

суб'єктивним відчуттям напруги, хвилювання, з фізіологічного боку – активацією нервової системи, то можливе поступове формування особистісної властивості – тривожності як відносно стійкої індивідуальної особливості, що виявляється в здатності індивіда відчувати цей стан [134, с. 215]. Стан тривоги виникає у зв'язку з можливими неприємностями, непередбаченими ситуаціями, змінами у звичайній життєдіяльності й виражається специфічними переживаннями – хвилюваннями, побоюваннями, порушеннями спокою.

Отже, жінки, що виховують дітей-інвалідів, мають високу особистісну тривожність. Це тривога матері і з приводу стану дитини, її майбутнього, і з приводу реакції оточуючих на її дитину. Цей стан високої особистісної тривожності постійно супроводжує жінку і може виступати в якості одного з механізмів розвитку неврозу.

Функція тривоги полягає не тільки в попередженні матері про можливу небезпеку, але й стимулювати особистості до пошуку і конкретизації цієї небезпеки, до активного визначення об'єкта загрози. Вона може виявлятися, як відчуття безпорадності, невпевненості в собі, безсилля перед зовнішніми факторами, перебільшення сили небезпеки. Поведінкові вияви тривоги у жінок характеризуються загальною дезорганізацією діяльності, порушеннями в її спрямованості і продуктивності діяльності. Це призводить до зниження результативності, успішності будь-якої діяльності.

Невротична тривога матері дитини-інваліда може бути пов'язана з хронічною повсякденною напругою, емоційною перевтомою в результаті довгострокового суб'єктивного переживання, в тому числі і своєї самотності в горі.

Тривожність особистості як підвищена схильність переживати цей стан через реальну чи уявну небезпеку може даватися ознаки у міжособистісному спілкуванні, у поведінці і супроводжуватися виявом неадекватно підвищеної психоемоційної напруженості, призводити до порушень регуляторних процесів. При постійних виявах таких станів вона, як

засвідчили наші спостереження, закріплюється і перетворюється у стійку властивість особистості і навіть може стати домінуючою рисою характеру. На такій позиції щодо трансформацій психічних станів стоять й інші науковці [97].

Нами встановлено, що тривожність, як риса особистості, є найбільш значущим ризик-фактором, що сприяє розвитку нервово-психічних захворювань. Висока тривожність знижує ефективність інтелектуальної діяльності, гальмує її в напружених ситуаціях, включає різні захисні механізми; знижує рівень розумової працездатності, викликає невпевненість у своїх здібностях, є однією з причин низького соціального статусу особистості тому, що така поведінка характеризується емоційною невірноваженістю, роздратуванням і може призвести до емоційного стресу.

У дослідженні нами встановлено, що середній показник особистісної тривожності характерний для 35,9 % досліджуваних матерів дітей-інвалідів, 64,1 % матерів – виявилися високотривожними, показники низької тривожності у них відсутні. Ці дані вказують на підвищену внутрішню напругу матерів з таким статусом, що суттєво впливає на їх когнітивну сферу, поведінку та емоційні стани. Особистісна тривожність є стійкою характеристикою, що суттєво впливає на властивості особистості.

Результати дослідження реактивної тривожності (низький рівень – 38,8 %, середній – 52,4 %, високий – 8,8 %) вказують на те, що психологічна атмосфера при дослідженні була оптимальною та доброзичливою, такою, що не викликала у матерів дітей-інвалідів зайвих хвилювань.

Високі показники особистісної тривожності матерів дітей-інвалідів, можливо, пов'язані з психотравматизацією особистості в зв'язку з хворобою дитини. Цей стан високої тривожності постійно супроводжує жінок і може бути причиною розвитку неврозу та захистних механізмів, що проявляються у формуванні акцентуацій характеру.

Аналізуючи спеціальну літературу, ми встановили провідне значення тривожності для динаміки індивідуальних психологічних особливостей

матерів дітей-інвалідів. Оскільки тривожність є вихідною характеристикою, що створює внутрішню напругу, то і всі інші психічні стани та властивості особистості виникають внаслідок дії цієї напруги чи трансформуються в захисні механізми, акцентуації, в прояви агресії чи депресії [2; 3; 5; 6; 167; 204; 207]. Це обумовило необхідність більш детального вивчення індивідуальних особливостей особистості матерів у зв'язку з тривожністю та поділу експериментальної групи для подальшого дослідження на групу високотривожних та групу середньотривожних матерів, які виховують дитину з інвалідністю.

До акцентуєваних особистостей відносяться ті, у яких окремі з основних рис акцентуацій мають високий ступінь вираженості [148]. Вони можуть вважатися нормальними, хоча надмірна їх вираженість виводить особистість за межі норми.

У констатувальному експерименті з метою виявлення зв'язку між рівнем тривоги та акцентуацій особистості матерів дітей-інвалідів нами використано методику діагностики акцентуацій характеру К. Леонгарда. Отримані результати зведені в таблицю 2.4.

Виявлено різний вплив акцентуацій характеру на поведінку матерів дітей-інвалідів. Гармонійна особистість краще адаптується в складних життєвих ситуаціях і рідко потребує допомоги, рекомендацій, індивідуального підходу. Більшу складність представляють, так звані, акцентуєвані особистості. Аналіз психологічної літератури вказує на наявність акцентуацій при дезадаптації особистості. Згідно з визначенням К. Леонгарда, акцентуація – це надмірний вияв певних рис характеру.

Таблиця 2.4

Зведена таблиця середніх значень акцентуацій характеру різних груп матерів дітей – інвалідів за методикою К. Леонгарда (n=170)

Групи матерів	Типи акцентуацій характеру (у балах)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-а група:	10,4	12,9	17,6	12,3	12,5	15,6	12	9,6	13,8	13,3

високо- тривожні										
2-а група: середньо- тривожні	13	11,4	18,3	12	9,8	10,3	14,8	8,25	9,75	12,5

Примітка: 1 – гіпертими; 2 – застрягаючі, ригідні; 3 – емотивні, лабільні; 4 – педантичні; 5 – тривожні; 6 – циклотимні; 7- демонстративні; 8 – неврівноважені, збудливі; 9 – дистимічні; 10 – екзальтовані.

Відповідно до методики К. Леонгарда, ознакою акцентуації, тобто сильного вираження даної властивості, вважається показник, який більший за 12 балів. Якщо показник не перевищує 12 балів, то він вважається середнім за велечиною.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, встановлено, що за силою вираженості в матерів дітей-інвалідів переважає емотивний тип акцентуації. Головною особливістю емотивної особистості є підвищена чутливість і сильні реакції в сфері тонких емоцій. Таким жінкам притаманні м'якість, доброта, емоційна чутливість, висока емпатійність. Всі ці особливості добре виявляються у зовнішніх реакціях особистості на різні ситуації. Вони досить плаксиві, у груповій роботі важко переживають чужі проблеми, виражають при цьому сильні емоції, часто після сильних переживань можуть пропустити тренінгову групу. У взаємовідносинах з іншими людьми надають перевагу допомозі, співчуттю. Жінки цієї групи можуть вирізнятися певною демонстративністю, яскравими емоційними переживаннями при деякій поверховості хвилювань, нестійкості самооцінки, на яку може впливати значуще оточення. Матері з таким типом акцентуацій глибоко хвилюються при найменших прикрощах, що пов'язані з діяльністю, з інвалідністю дитини, вони занадто чутливі до зауважень з боку інших людей, особливо старших за статусом, до невдач під час діяльності. Тип сприйняття, переробки і відтворення інформації у них переважно наочно-образний, чуттєвий, художній. Такі особистості мислять цілісними образами, що мають форму, колір та емоційне забарвлення. Це найбільш безпосередній, властивий ранньому періоду розвитку особистості тип мислення, з нього

розпочинається пізнання дитиною навколишнього світу. Залишаючись базовою характеристикою, емотивність виявляється і в дорослому віці, як провідна тенденція, надаючи мисленню наочно-образного типу.

Особливістю таких жінок є вразливість по відношенню до зовнішніх ефектів, до хвороби дитини і потреба в соціальному підкріпленні. В ситуації стресу дані жінки можуть виявляти істеричну симптоматику, часто з конверсійними фізіологічними розладами. Захисним механізмом може бути статус матері дитини - інваліда, як алібі по відношенню до почуття вини за недостатню соціальну активність.

Головною особливістю такої особистості є сильні, екзальтовані реакції. Такі матері досить легко переходять у захоплення від радісних подій, але легко – і до відчаю та суму. Вони досить вразливі з приводу трагічних подій і фактів. Внутрішня вразливість і переживання поєднані з яскравим, сильним переживанням.

Результати проведеного нами тестування свідчать, що для матерів, які мають високий рівень тривоги (1-а група), характерні наступні типи акцентуацій характеру: емотивні (лабільні), циклотимні, застрягаючі, педантичні, тривожні, демонстративні, дистимічні, екзальтовані.

Для матерів 2-ї групи (які мають середній рівень тривоги) характерні емотивний, гіпертимний, екзальтований, педантичний типи акцентуацій.

Отже, для першої та другої груп матерів характерний найбільш виражений емотивний тип акцентуації характеру. Але для першої групи, в порівнянні з другою групою, характерний прояв більш широкого спектру акцентуацій характеру, що вказує на більш виражену їх дезадаптованість.

Крім того, матерів 1-ої групи можна віднести переважно до гіпостенічного типу реагування. Провідною мотивацією їх поведінки є уникання неуспіху, конфлікту, тенденції до самореалізації стримуються у них установками щодо відповідності соціальним очікуванням. Дані показники вказують на перекладання ними відповідальності на інших, в більшості випадків на соціальне середовище.

Другу групу, групу матерів дітей-інвалідів, які мають середній рівень тривоги, можна віднести до гіперстенічного типу. У них переважає спрямованість на досягнення успіху, на самореалізацію і задоволення своїх потреб. Але інколи це може відбуватися, як гіперкомпенсація за рахунок надмірних зусиль та власного здоров'я.

Виходячи із проведених нами досліджень, є підстава для класифікації матерів дітей-інвалідів на наступні групи: 1) високотривожні, конформні, песимістичні, неагресивні, схильні до страхів, орієнтовані на загальноприйняті норми поведінки, залежні від впливів середовища; 2) низькотривожні, неагресивні, незалежні від зовнішнього впливу, орієнтовані на власну думку, суб'єктивно мотивовані, але з тенденцією до психоматичних захворювань. Під час дослідження нами не виявлено показників акцентуацій, що виходили б за межі норми, лише виявлені тенденції до вищезазначених акцентуацій.

Якісний аналіз дослідження полягав у виявленні зв'язків між отриманими показниками. З цією метою нами застосовано аналіз інтеркореляційних зв'язків показників матерів, які виховують дитину-інваліда, отриманих за методикою вивчення акцентуацій характеру К. Леонгарда та самооцінкою тривоги Ч.Спілбергера – Ю.Ханіна (табл. 2.5).

За результатами вивчення кореляційних зв'язків між шкалами акцентуацій характеру і самооцінки тривожності матерів дітей-інвалідів можна зробити наступні висновки: наявні значущі ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки між тривожною акцентуацією характеру та їх особистісною і реактивною тривогою. Дана особливість може пояснюватися характеристикою осіб з тривожною акцентуацією характеру, в яких тривожність є основною особливістю особистості. Також наявний взаємозв'язок між циклотимною акцентуацією характеру та рівнем реактивної та особистісної тривоги, що пояснюється певною нестабільністю та мінливістю поведінки представників даного типу акцентуації характеру.

Таблиця 2.5

**Показники кореляції між типами акцентуацій характеру за
К..Леонгардом і самооцінкою тривожності за Ч. Спілбергером –
Ю.Л.Ханіним у матерів дітей-інвалідів (n=170)**

Типи акцентуацій характеру матерів дітей-інвалідів	Види тривожності	
	Реактивна тривога	Особистісна тривога
Гіпертими	0,07	0,05
Застрагаючі	-0,14	0,15
Емотивні, лабільні	- 0,19	0,03
Педантичні	- 0,34*	0,01
Тривожні	0,35*	0,37*
Циклотимні	0,35*	0,49**
Демонстративні	0,23	0,10
Неврівноважені, збудливі	0,10	0,04
Дистимічні	0,06	0,45**
Екзальтовані	0,02	-0,23

*Примітка: * рівень значущості $p < 0.05$ та ** – рівень значущості $p < 0.01$.*

Мінливість настрою від підвищеного до депресивного, що є основною характеристикою циклотимної акцентуації, може в основі мати високий показник особистісної тривоги, що провокує такі особливості настрою.

Також виявлений прямий кореляційний зв'язок між дистимічною акцентуацією характеру досліджуваних матерів та особистісною тривогою. До складу характеристики даної акцентуації входить сконцентрованість на негативних аспектах життя, що виявляється у поведінці, спілкуванні, діяльності.

Матері дітей-інвалідів зосереджені на травмі, що переживається, не бачать перспектив майбутнього, малоактивні через те, що більшість особистісного простору займають у них негативні переживання, до складу яких входить і особистісна тривога, як стійка характеристика. Даній виборці можуть бути властиві стійкі невротичні стани та соматичні порушення. Відсутність значущої кореляції з реактивною тривогою можна пояснити заглибленням особистості у внутрішні переживання та неадекватною оцінкою нею реальних подій життя.

Нами був також виявлений обернений кореляційний зв'язок між

педантичним типом акцентуації характеру матерів дітей-інвалідів та показником реактивної тривоги, що може бути ознакою нездатності та небажання досліджуваних до швидких змін, які виникають у повсякденних ситуаціях, невміння виробляти нові стратегії поведінки для розв'язання конфліктів. Також це може бути викликано й небажанням матерів брати на себе відповідальність за дітей, що провокує вироблення патологічних захистних механізмів.

Для поглибленого вивчення емоційної сфери матерів, що виховують дитину з інвалідністю, нами проведено дослідження форм агресії за методикою А. Басса і А.Дарки. Результати дослідження наведені в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Особливості агресивності матерів дітей-інвалідів

за методикою А. Басса і А. Дарки (n=170)

Групи матерів	Види агресивності (в балах)									
	Фізична	Вербальна	Опосередкована	Негативізм	Роздратування	Підозрілість	Образа	Почуття провини	Індекс агресивності	Індекс ворожості
1. Високотривожні (n = 109)	48	49,6	58,5	38,3	46,5	62,3	60,2	71,5	51,5	60,8
2. Середньотривожні (n = 61)	56,6	64,3	52,4	36,4	44,5	41,4	60,2	42,5	35,6	38,4

У першій групі матерів виявлено високий рівень агресії (опосередкованої, підозрілість, почуття провини). Все це вказує на механізм зняття напруги шляхом реагування ззовні, драматизації переживань, демонстрації емоційних реакцій. У таких матерів виявлений високий рівень розвитку почуття образи та провини, що засвідчує необхідність проведення з ними психокорекційної роботи.

У 2-й групі матерів (з середнім рівнем тривоги) виявлено значно

нижчий рівень агресії, порівняно з 1-ю групою, що вказує на їх більшу схильність та здатність до використання захисних механізмів. Проте, як засвідчив проведений нами аналіз, подібне може призводити до появи у таких матерів психосоматичних захворювань. Г. Фюр, М.Селігман, Р.Дарлінг зазначають, що фаза агресії в розвитку прийняття матерями інвалідності дитини є невід'ємним компонентом, і виникає даний тип емоційного реагування при усвідомленні наявності функціональних обмежень дитини. Агресія може відреагуватися на саму матір, на батька-чоловіка, на спеціалістів, що, на думку матері, не надавали належної допомоги або погано навчали дитину. Іноді агресія обертається на самих себе [167; 205].

Вище згадане також переконує в необхідності пошуку засобів психологічного супроводу та допомоги жінкам, зазначеної групи.

Нами проведено дослідження депресивних станів матерів дітей-інвалідів за методикою В.А.Жмурова. Результати його представлені в таблиці 2.7.

Згідно з даним дослідженням, у першій групі матерів, які виховують дитину – інваліда, 8,3 % мають виражену депресію, а в другій групі виражену депресію мають лише 2,5% матерів.

Виражена депресія характеризується наступними станами: апатією, байдужістю, повною індиферентністю до того, що відбувається, до оточення, до свого становища, до дитини, минулого життя, перспективи на майбутнє, є стійким змінливим перебігом як вищих соціальних почуттів, так і вроджених емоційних програм. Матерям дітей-інвалідів з вираженою депресією притаманна гіпотимія (зниження настрою), афективна пригніченість у вигляді жалю, нудьги з переживанням втрати, розчарування, безнадійності, мотивації до життя.

Таблиця 2.7

Результати диференційної діагностики депресивних станів матерів дітей-інвалідів за методикою В.А. Жмурова (n=170)

Групи матерів	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)
1- група: високотривожні (n=109)	24,9	49,8	24,9	8,3	8,3	-
2- група: середньотривожні (n=61)	30,3	56,7	7,4	3,1	2,5	-

Примітка: Рівні прояву депресії: 1 - депресія відсутня; 2 – депресія мінімальна; 3 – легка депресія; 4 – помірна депресія; 5 – виражена депресія; 6 – глибока депресія.

Позитивні емоції при цьому поверхневі, виснажуючі, можуть повністю бути відсутніми. Характерними для них є дисфорія («погане перенесення»), похмурість, озлобленість, ворожість, незадоволеність, погані стосунки з оточуючими, роздратованість, гнів, агресія та руйнівні дії, розгубленість, гостре почуття безпорадності, нерозуміння найпростіших ситуацій і змін власного психічного стану, типова нестійкість уваги, тривога, незрозуміла самій людині, почуття небезпеки, передчуття небезпеки, напружене очікування трагічного кінця. У таких жінок емоційна енергія діє досить потужно, що викликає певне фізичне відчуття, подібне до стану «в середині все стиснуте в клубок, напруга, натягнулося як струна, ось-ось порветься, лопне..», тривога супроводжується збудженням. Страх як стан, який переноситься на всі обставини і проектується на все оточення, також може бути пов'язаний з певними ситуаціями, об'єктами, людьми і виражається переживанням небезпеки.

Для багатьох матерів дітей-інвалідів депресія тимчасовий епізод, хоча деякі дослідники вказують на їх «хронічну скорботу». Важкість депресії залежить від того, як мати інтерпретує стан дитини, та від її здатності вирішувати складні ситуації. Також дуже важливо відрізнити клінічну депресію від більш помірних її форм та від нормальної дисфорії [167; 205].

2.3. Соціально-психологічна дезадаптованість матерів, які виховують дитину-інваліда

Відхилення в розвитку дитини в певних випадках інтерпретується матерями, як власна неповноцінність, особливо тоді, коли вони ототожнюють себе з дитиною-інвалідом. Через це різко порушується чи викривляється мета їх життя. Переважно, матері таких дітей залишають роботу, улюблену справу, відмовляються від перспективи кар'єрного зростання тощо.

На першому етапі дослідження було встановлено особливості адаптації матерів дітей з обмеженими можливостями.

Будь-яка адаптація є інтегративним виявом взаємодії значної кількості чинників, що одночасно існують в умовах системи, яка перебуває в ситуації нестійкої рівноваги. Крім того, розуміння адаптації, як напруженої системи (К. Левін), потребує детальнішої уваги до окремих психологічних властивостей особистості, які впливають на соціально-психологічну адаптацію. Ці психологічні властивості є різною мірою стабільні, гнучкі чи ригідні, і саме вони визначають конструктивність стратегій адаптації.

Отже, теоретичним підґрунтям досліджень є теорії про позитивний вплив психологічного здоров'я на соціальну адаптацію. У першому розділі дисертації був проведений теоретичний аналіз та обґрунтування моделі соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів. Відповідно до мети, завдань дослідження необхідно було перевірити дану модель і вивчити особливості соціально-психологічної дезадаптованості таких матерів.

З цією метою було використано методику соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, яку застосовано з врахуванням таких критеріїв адаптації, як самоприйняття, прийняття інших, емоційного комфорту, інтернальності, прагнення домінувати та ескепізму [7, с. 457]. Теоретичною основою методики є теорія особистості К. Роджерса, основні положення якої було розроблено на підставі досліджень ефективності психотерапії, критеріїв психічного здоров'я та його розладів, спільно з Р. Раймонд.

Людина, з точки зору гуманістичної психології, за своєю природою прагне до самовдосконалення, до покращення здоров'я, самореалізації, здатна вільно та свідомо здійснювати свій вибір і нести відповідальність за нього. Цим принципам відповідає образ адаптивної людини – активної, наполегливої, оптимістичної, яка самостійно приймає рішення.

За результатами експериментального дослідження виявлено, що адаптованих жінок, які виховують дитину – інваліда, є 63,4 %, дезадапованих – 36,6 %. Результати дослідження представлені нами в таблиці 2.8 та на рис.2.1.

У таблиці 2.8 представлено показник самосприйняття особистості S, який свідчить про процес орієнтації людини в своєму внутрішньому світі в результаті самопізнання і порівняння себе з іншими людьми.

Таблиця 2.8

Порівняльний аналіз соціально-психологічної адаптації матерів за методикою К.

Роджерса і Р. Даймонда

Категорія вибірки	Показники дезадапованості					
	Дезадапованість (%)	S (%)	L (%)	E (%)	I (%)	D (%)
Матері, які виховують дитину інваліда (n=170)	36,6	64,2	58,7	55,3	41,7	55,5
Матері дітей з типовим розвитком (n=170)	31,8	83,5	68,2	63,5	72,9	50,6

Примітка: S- самоприйняття, L – прийняття інших, E- емоційна комфортність, I - інтернальність, D – прагнення домінувати.

Самосприйняття відіграє вирішальну роль у формуванні рівня самооцінки, яка є суттєвим фактором адаптованості особистості.

Зниження самооцінки матерів дітей-інвалідів призводить до фрустрації, страху перед можливими життєвими труднощами, розвитку емоційних станів з високим рівнем особистісної та реактивної тривожності тощо.

Згідно нашого дослідження рівень самоприйняття вище зазначених досліджуваних становить 64,2 %, а неприйняття себе – 35,8 %. Потрібно відмітити, що в матерів, які виховують дитину з особливими потребами,

високий рівень особистісної тривоги, що вказує на знижену їх самооцінку.

У матерів дітей з типовим розвитком (Рис.2.1.) показник самоприйняття значно вищий – 83,5 %, що дає нам підстави стверджувати те, що у них дещо вищий рівень самореалізації та соціальної активності, ніж у матерів дітей-інвалідів. Також ці показники вказують на високий рівень сприймання себе, своїх внутрішніх станів та зовнішнього вигляду.

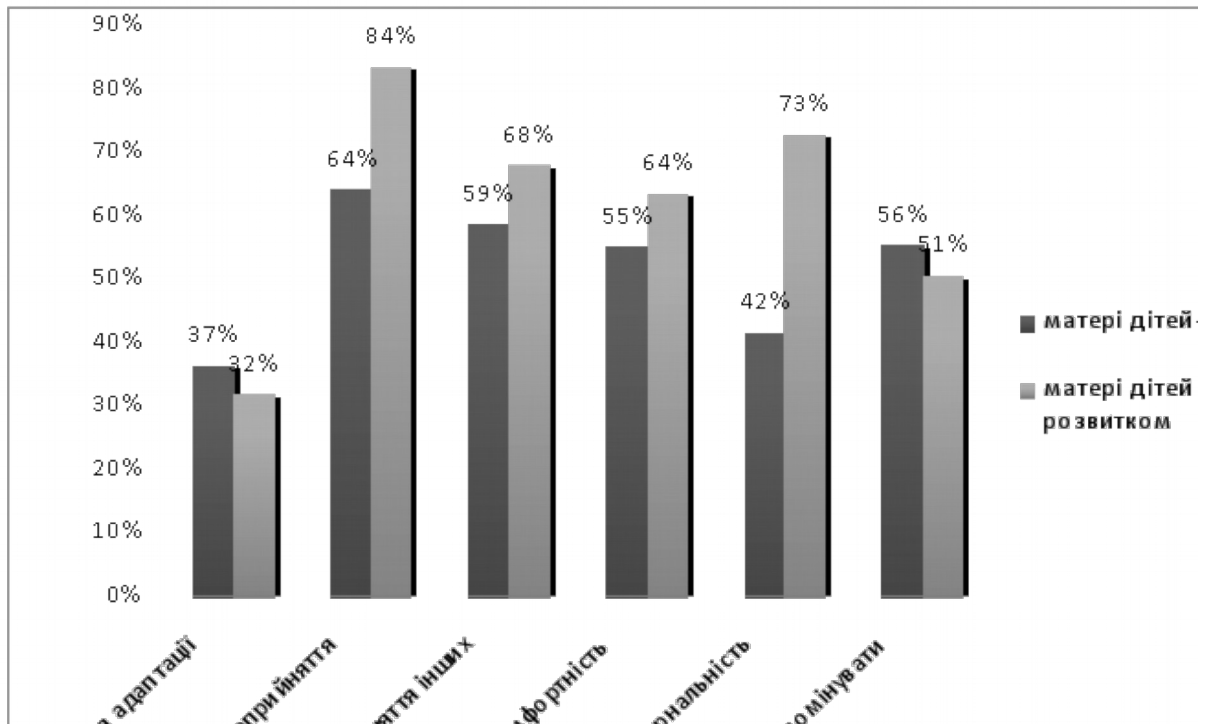


Рис. 2.1. Особливості соціально-психологічної адаптації матерів за методикою К. Роджерса і Р. Раймонда

Показник L (прийняття-неприйняття інших людей) – відіграє значну роль в успішній соціально-психологічній адаптації людини. На думку А.А.Налчанджяна, соціально-психологічну адаптованість можна охарактеризувати, як стан взаємовідносин особистості в групі, при якому особистість без тривалих зовнішніх та внутрішніх конфліктів продуктивно виконує свою провідну діяльність, задовольняє свої основні соціогенні потреби, переживає стан самоствердження і вільного вираження своїх творчих здібностей. Неприйняття інших людей, соціального середовища може призвести до девіантної адаптації. Рівень прийняття інших у досліджуваних становить – 58,7 %, а неприйняття інших – 41,3 %. Високий

показник неприйняття інших людей пов'язаний з певною сепарацією сімей, що виховують дитину-інваліда. В більшості випадків такі сім'ї або відокремлюються від соціального середовища, або ж контактують з сім'ями, що також виховують дитину з інвалідністю, пояснюючи це тим, що лише люди, що переживають подібне «горе», можуть їх зрозуміти.

У матерів з типовим розвитком дітей рівень прийняття інших складає 68,2 %, а неприйняття – 31,8 %. Прийняття інших пов'язане з рівнем самоприйняття. І чим нижчий рівень внутрішнього конфлікту особистості, тобто самонеприйняття, тим вищий рівень соціальної взаємодії та сприйняття оточення. Високий показник сприйняття інших дає можливість матері налагоджувати соціальні контакти та реалізовуватись у соціальному оточенні.

Показник Е (емоційна комфортність) є характеристикою, яка свідчить про спокій, врівноважений стан особистості. В стані емоційного комфорту людина всім задоволена, оптимістично налаштована, відкрито виражає свої почуття, вільна від страху та тривоги. Згідно з нашим дослідженням, рівень комфортності матерів дітей-інвалідів становить 55,3 %, а некомфортності – 44,7 %. Дані результати інтерпретуються, як завищені [148, с. 459], що може пояснюватися не зовсім чітким розумінням поняття власного комфорту чи дискомфорту. Можливо, травмуючі обставини, недостатнє вміння розпізнавати вимоги власного тіла та недостатнє забезпечення особистих потреб призводять до демонстрації підвищеного комфорту, який не відповідає реальним відчуттям матері. Також можливе перебільшення емоційного дискомфорту, через фіксації матерів на здоров'ї дитини.

У матерів дітей з типовим розвитком рівень емоційної комфортності становить – 63,5 %, що значно вищий, ніж у матерів дітей-інвалідів. Це вказує на більшу їх обізнаність у внутрішніх переживаннях та переважанні позитивних емоційних станів, значно нижчий психотравматичний вплив, що зменшує ризик психосоматичних порушень.

Параметр І (інтернальність) свідчить про схильність індивіда до певної форми локусу контролю. Матері дітей-інвалідів мають 42,7 % інтернальності.

При інтернальності особистість всю відповідальність за події, які виникають в її житті, більшою мірою бере на себе, пояснюючи їх своєю поведінкою, характером, здібностями. Високий показник за цією шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті були результатом їх особистих дій, що вони можуть ними керувати, і, відповідно, відчують свою особисту відповідальність за ці події і за те, як складається їх життя взагалі. Жінки, у яких показники зовнішнього контролю високі (57,3 %), всю відповідальність за своє життя перекладають на інших. Це може спостерігатися при прийнятті рішень; при фіксації на минулих подіях та переживаннях, що виступають основними причинами їх неблагополуччя; при очікуванні, що основним джерелом допомоги та підтримки будуть оточуючі люди; невміння розпоряджатися власними ресурсами та силами для вирішення проблем, що виникли.

У групі матерів дітей з типовим розвитком спостерігається значно вищий показник інтернальності, а саме – 72,9 %. Вимоги сучасного суспільства потребують від матерів високого рівня відповідальності, прийняття рішень та самостійності. Показник зовнішнього контролю (27,1 %) говорить про те, що відповідальність за своє життя та вчинки матері дітей з типовим розвитком переважно беруть на себе, проте враховують зовнішні впливи та вимоги.

Показник прагнення домінувати (D) характеризує тенденцію особистості проявляти контроль над поведінкою інших членів соціальної групи, брати на себе роль лідера у соціальній взаємодії. Згідно з нашим дослідженням 55,5 % жінок, які виховують дитину-інваліда, мають прагнення до домінантності, а 44,5 % жінок зовсім не мають його.

За цією ж шкалою, показник (D) у матерів, що виховують здорових дітей, помірно занижений (50,6%), у порівнянні з матерями дітей – інвалідів. Це може бути ознакою внутрішньої лабільності та гнучкості, бо показники за даною шкалою у досліджуваних відповідають нормі.

Для більш якісного вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації матерів, які виховують дитину-інваліда, використано аналіз інтеркореляційних зв'язків шкал методики дослідження соціально-психологічної адаптації: шкали адаптації та емоційного комфорту характеризують власне рівень самопочуття людини в соціально-психологічній ситуації; шкала самоприйняття, прийняття інших, прагнення домінувати; інтернальності та ескепізму – наявність певних особистісних особливостей та індивідуальних стратегій існування людини в соціумі (див. табл.2.9). Якісний аналіз результатів дослідження включав в себе визначення зв'язків між отриманими показниками методики.

На думку одного з розробників методики соціально-психологічної адаптації (СПА) К. Роджерса, вихідною передумовою тривоги є її нерозуміння та неприйняття, вона сприймається, як загроза для образу «Я». Внаслідок захистних реакцій організм підтримує невідповідні переконання та поведінку. Людина може діяти, виходячи з цих переконань, нерозуміючи, чому робить саме такі вчинки. Невідповідність – це нездатність точно сприймати реальність, нездатність або небажання точно повідомляти свої почуття іншому, проявляється в відчутті напруги та тривоги [199].

Нами встановлено високі показники особистісної тривожності у матерів, причиною якої може бути нерозуміння внутрішньоособистісного конфлікту, що пов'язаний з наявністю інвалідності у дитини. Тривога породжує розвиток невідповідності. За результатами методики К. Роджерса – Д. Раймонда, шкали мають прямі кореляційні зв'язки між собою, за певним винятком.

Таблиця 2.9

Кореляційні зв'язки між показниками шкал методики СПА, виявлені на виборці матерів дітей-інвалідів (n=170).

Показники	Адаптив- ність	Самопри- йняття	Прийняття інших	Емоційн- ний комфорт	Інтерна- льність	Прагнення домінувати	Ескепізм
-----------	-------------------	--------------------	--------------------	----------------------------	---------------------	-------------------------	----------

Адаптивність	-	0,70*	0,69*	0,54*	0,75*	0,25	0,16
Самоприйняття	0,70*	-	0,39*	0,21	0,35*	0,38*	-0,02
Прийняття інших	0,69*	0,39*	-	-0,13	0,37*	0,25	0,20
Емоційний комфорт	0,54*	0,02	-0,14	-	0,35*	0,01	0,06
Інтернальність	0,75*	0,35*	0,37*	0,35*	-	-0,28	0,07
Прагнення домінувати	0,20	0,38*	0	0,25		-	-0,08
Ескепізм	-0,20	0,20	0,06	-0,24	0,01	-0,25	-

Примітка: * при рівні значущості $p < 0.01$.

Прагнення домінувати має прямий кореляційний зв'язок тільки з показником самоприйняття. Немає прямого зв'язку прагнення домінувати та прийняттям інших і емоційним комфортом. Тобто дана вибірка показує, що матері дітей-інвалідів приймають себе лише в домінуючій позиції. При домінуванні інших людей втрачається самооцінка. Це виключає компромісні рішення та можливості співпраці в стосунках з оточуючими, тобто проявляється невідповідність. Цей факт може негативно вплинути на дитину з інвалідністю і деструктивно позначитися на розвитку самостійності та відокремленої від матері ідентичності. Через прагнення домінувати матері відчувають незручності, бо в реальному житті таке прагнення не завжди реалізовується та псує стосунки з іншими.

Таким чином, узагальнюючи результати аналізу проблеми соціально-психологічної адаптації матерів дітей-інвалідів, можна стверджувати наступне:

Поняття соціально-психологічної адаптації включає в себе комплекс характеристик особистості, які обґрунтовують її успішну активну взаємодію з соціальним середовищем. Такі властивості, як інтернальність, нервово-психічна стійкість, самокритичність є характеристиками самоактуалізації, оскільки активність і енергія, її здібності спрямовані на пристосування до навколишнього середовища.

Успішна соціально-психологічна адаптація сприяє самоактуалізації особистості, тобто процес соціальної адаптації визначається не тільки як пристосування, але і як розвивальний акт [140].

Шкали методики К.Роджерса – Д.Даймонда мають прямі кореляційні зв'язки між собою, за певним винятком. Прагнення домінувати має прямий кореляційний зв'язок тільки зі шкалою самоприйняття, що є проявом невідповідності (нездатності точно сприймати реальність). Тобто самоприйняття досягається лише в ситуації домінування, авторитарному ставленні до дитини, що негативно впливатиме на її розвиток.

З метою виявлення тенденцій поведінки особистості у групі і уявлення про себе нами використана методика “Q – сортування” В.Стефансона [145, с. 465-469]. Вона дозволяє визначити шість основних тенденцій поведінки людини в реальній групі: залежність, незалежність, товариськість, нетовариськість, прийняття “боротьби”, уникнення “боротьби”.

Тенденція до залежності визначена, як внутрішня спрямованість індивіда до прийняття групових стандартів і цінностей: соціальних і морально-етичних. Тенденція до товариськості свідчить про контактність, прагнення утворити емоційні зв'язки як в своїй групі, так і поза її межами.

Тенденція до “боротьби” – проявляється в активній спрямованості особистості на участь у груповому житті, домаганні отримати вищий статус в системі міжособистісних взаємин. На противагу цій тенденції, уникання “боротьби” свідчить про прагнення матері відійти від взаємодії, зберегти нейтралітет в групових суперечках і конфліктах, схильність до компромісних рішень.

Кожна з цих тенденцій має, на наш погляд, внутрішню і зовнішню характеристику, тобто залежність, товариськість і “боротьба” можуть бути істинними, внутрішньо притаманними особистості, а можуть бути зовнішніми, своєрідною маскою, яка приховує істинне обличчя людини. Якщо сума позитивних відповідей у кожній парі (залежність – незалежність,

товариськість - нетовариськість, прийняття “боротьби” – уникнення “боротьби”) наближається до 20, то ми говоримо про істинну перевагу тієї чи іншої стійкої тенденції, притаманної індивіду, і що вона виявляється не лише в певній групі, але і поза її межами.

Результати вище наведеного дослідження представлені нами у таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Показники поведінкових тенденцій матерів, що виховують дитину-інваліда за методикою “Q - сортування” В.Стефансона (n=170)

Групи матерів	Залежність (в балах)	Незалежність (в балах)	Комунікативна активність (в балах)	Некомунікативна активність (в балах)	Прийняття боротьби (в балах)	Неприйняття боротьби (в балах)
1. високотривожні (n = 109)	0,9	-2,6	3,3	-0,9	-6	0,3
2. середньотривожні (n = 61)	1,7	- 3,5	1,8	- 2,7	- 5,6	- 1

У матерів, які мають високий рівень тривоги (1-а група), виявлено два типи поведінки: залежність, тобто підпорядкування, що здійснює свій гальмівний вплив на формування власних особистісних установок, уникнення різних форм боротьби, що вказує на намагання відійти від взаємодії, зберегти нейтралітет у суперечках, схильність до компромісу навіть на шкоду своїм власним інтересам.

Залежність як базова установка породжує певні тенденції до зниження активності високотривожних матерів дітей-інвалідів та вияв безініціативності, низький рівень їх прагнень до самореалізації. Уникнення як типова форма реагування на труднощі в спілкуванні пов’язане з пригніченням та депресивними тенденціями. Така особистість зосереджена на своїх внутрішніх переживаннях і утримується від агресивних дій через тривогу та страх санкцій, уникає боротьби як активної позиції в житті.

У матерів 2-ої групи (середньотривожні матері, які виховують дитину -

інваліда) переважає тенденція до залежності, товарищкості, що вказує на намагання створити емоційні зв'язки як у своїй групі, так і поза її межами. У них також прослідковується тенденція до уникання боротьби, тобто виявлено намагання відійти від взаємодії у конфліктних ситуаціях, схильність до компромісів.

2.4. Ставлення як показник соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей з функціональними обмеженнями

Народження дитини з інвалідністю є для батьків поштовхом до появи низки здебільшого деструктивних, негативних емоційних станів. Виховання дитини з порушеннями в розвитку, особливо у важких випадках, ставить перед батьками додаткові умови та обов'язки. Нерідко матері дітей-інвалідів залишають роботу, навчання через необхідність піклуватися про хвору дитину. У багатьох випадках з цих причин розпадаються шлюби, і матері залишаються наодинці з проблемами, що виникають у процесі виховання дитини. **Фактично члени таких родин постійно знаходяться в надмірному психоемоційному напруженні. Вихід з нього батьки дітей-інвалідів вбачають у створенні недержавних громадських організацій, зусилля яких спрямовані на подолання власної негативної соціальної ситуації розвитку. Наша держава почала робити перші кроки в цьому напрямку, створюючи реабілітаційні центри для дітей з функціональними обмеженнями. За допомогою громадських організацій, батьків та людей з інвалідністю створені реабілітаційні центри та програми незалежного проживання для молодих людей з функціональними обмеженнями. Ці заходи безумовно пом'якшують, але повністю не вирішують вище зазначену проблему.**

Оцінюючи психологічний стан батьків названих родин, слід зазначити, що їх життєдіяльність характеризується особливою екстремальністю. Вона може збігатися з усім життям батьків дітей-інвалідів, ототожнюватися з ним і навіть виходити за його межі, бо батьки не можуть абстрагуватися від думок про те, що станеться з їхніми дітьми, коли ті залишаться без батьківського піклування. Тобто йдеться про ситуацію постійної екстремальності та перманентного стресу,

результатом яких є перенапруження, демобілізація механізмів адаптації, психічна дезадаптація, яка супроводжується зниженням загального рівня продуктивності психічної діяльності, підвищеною тривожністю, дратівливістю, почуттям приреченості (Д. Барлогу, М.І. Томчук, В.Б. Шапарь [7; 15]).

В останні роки набула поширення теорія кризи та горя. Вона допомагає зрозуміти, чому люди, що зазвичай легко пристосовувалися, починають реалізовувати незрозумілі вчинки. Ця теорія пояснює, чому люди, що зазнали значної втрати, відчують хаос у середині себе, хоч зовні це не проявляється [14; 3]. У контексті даної теорії народження дитини з функціональними обмеженнями є для батьків тим поштовхом, що впливає на процеси «переживання ними горя». Внутрішня духовна робота матері та батька над собою та проблемами, що виникли, є вирішальною для майбутнього [14; 5].

У більшості наукових праць, що описують переживання горя, мова йде про таке горе, яке людина відчуває, коли когось втрачає, наприклад, після смерті родичів або при розлученні [167; 204]. Можна горювати і при інших втратах, наприклад, при втраті роботи, дому, батьківщини, частини тіла або функції, ідеалу, репутації, самоповаги та навіть відчуття захищеності [204; 234; 237].

Адаптація в таких умовах вимагає від членів родин певної трансформації особистості, яка може відбуватися різними напрямками і, з одного боку, втілюватись у неконструктивні, низькоадаптивні способи поведінки, а з іншого - актуалізувати резерви психіки людини й все те позитивне, що несе в собі суспільний розвиток.

Дезадаптованість матерів може позначитись на деструктивних, неадекватних типах ставлень до дитини-інваліда. А ставлення до дитини може бути показником і свідчити про рівень їх соціально-психологічної

дезадаптованості. Для вивчення окресленої проблеми нами використовувалися методи усного і письмового опитування, психологічного спостереження, особистісні опитувальники: методика діагностики батьківського ставлення А. Варга, В. Століна, PARI (parental attitude research instrument) Е. Шеффер і Р. Белла, методика діагностики самооцінки Ч. Спілбергера Ю. Ханіна.

При цьому батьківські ставлення розуміються нами, як система різних почуттів дорослих до дитини, поведінкових стереотипів, особливостей сприйняття і розуміння характеру та вчинкових дій дитини [9; с.451].

Результати дослідження ставлення матерів до дитини – інваліда подані в таблиці 2.11.

За результатами тестування видно, що найбільш високі рівні ставлення матерів до дітей виявлені за шкалою соціально бажаного образу батьківського відношення. А це означає, що мати зацікавлена у справах і планах дитини, намагається допомогти і співчуває їй.

Порівнюючи психологічні відмінності матерів за ступенем тривожності, є підстави зробити висновок, що матерів із високим рівнем тривоги більше, ніж матерів із середнім рівнем за такими шкалами, як симбіоз, ідентифікація (матері ідентифікують себе з дитиною, сприймають її невдачі, як свої власні), що має глибокі корені неусвідомленого характеру.

Таблиця 2. 11

Особливості материнського ставлення до дітей – інвалідів за методикою А. Варга, В. Століна (n=170)

Рівень тривоги матерів	Типи батьківського ставлення				
	Відторгнення (%)	Соціальна бажаність (%)	Симбіоз (%)	Гіперсоціалізація (%)	Інфатилізація (%)
Високо тривожні матері (n = 109).	41,3	86,4	75,7	65,7	36,3

Матері з середнім рівнем тривоги (n = 61).	44,0	91,3	64,3	55,7	33,75
--	------	------	------	------	-------

Будь-яка несправедливість стосовно дитини, об'єктивна чи суб'єктивна, сприймається й переноситься матір'ю на своє Я, знижує самооцінку, формує протестні реакції й активізує дію психологічних захистів [2, с.14]. Крім того, почувавши себе, як єдине ціле з дитиною, мати намагається задовольнити всі її потреби, відсторонити, уберегти її від усіх труднощів і неприємностей життя. Таке повне злиття з дитиною не завжди благо і може призвести до втрати жінкою своєї індивідуальності та до гальмування її особистісного зростання. Проте "втрата" здатна спричинити й позитивний зсув, коли мати стає більш вільною фізично і психологічно. У випадку виховання дитини - інваліда таке відокремлення дорослого від неї затримується, а інколи й не відбувається взагалі.

Крім того, у високотривожній групі матерів виявлені високі показники за шкалами "авторитарна гіперсоціалізація" та "інфантилізація," й значно нижчі – за шкалою "відторгнення". При цьому однозначно виявлено, що невротичні прояви стають практично постійною складовою поведінки вище означених матерів, що підтверджують такі особливості у їхній повсякденній поведінці: а) має місце зниження регулювального контролю; б) наявні труднощі у спілкуванні зі значущими особами у незвичних ситуаціях соціальної взаємодії; в) надається перевага контактам із близькими за цінностями людьми (переважно із членами родини, котра виховує дитину з інвалідністю); г) і навіть при спілкуванні зі значущими людьми самооцінка такої матері помітно коливається, що виражається вербально, інтонаційно і мімічно. До того ж її егоцентризм переходить межі норми, вона протиставляє себе навколишнім, її увага фіксована на одній темі - своїй "особливій» дитині, де емоційна тональність такого центризму - "хронічний дискомфорт".

На жаль, із часом ситуація ускладнюється через безнадійність, втому і

відповідальність, що лежить на батьках. «Втрата» своєї індивідуальності може призвести до позитивного зсуву – мати стає більш вільною фізично і психологічно. У випадку виховання дитини-інваліда таке відділення затримується, а інколи не відбувається взагалі. З одного боку, мати несвідомо протидіє самостійності дитини, вбачаючи в ній смисл свого життя і боячись стати непотрібною. Часто таку позицію підтримують й інші члени сім'ї, вважаючи її єдиною правильною, оскільки звикли за тривалі роки до певних жіночих ролей. З іншого боку, мати може відчувати при цьому велике незадоволення і роздратування, що викликане неприродно довгою роллю матері «маленького» хлопчика чи дівчинки. Амбівалентність почуттів приводить до внутрішнього конфлікту та невротизації.

Крім того, в такої групи матерів досить високі показники за шкалами авторитарна гіперсоціалізація та інфатилізація. Але нижчі показники за шкалою відторгнення.

Їх егоцентризм переходить межі норми, мати протиставляє себе всім, фіксована на одній темі – своїй «особливій» дитині. Емоційний тон такого егоцентризму, на нашу думку, «хронічний дискомфорт».

Ми погоджуємось з тим, що з часом ситуація ускладнюється через безнадійність, втому і важкість відповідальності, що лежить на батьках. Нами підтверджено, що їх внутрішній і зовнішній тиск, незадоволеність сімейним життям, нервово-психічне незадоволення – всі ці фактори змінюють погляди матері на світ, відношення до самої себе та інших людей.

У розробленій моделі соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів було виділено когнітивний, емоційний, поведінковий та комунікативний компоненти відповідно до ставлень матерів до дитини з інвалідністю. В таблиці 2.12 представлені показники материнських ставлень відповідно до виділених нами вище компонентів їх дезадаптованості.

За результатами дослідження встановлено, що найбільше проявляються показники дезадаптованості в поведінковому компоненті матерів дітей-інвалідів обох груп (високотривожній та середньотривожній). Отримані результати дослідження вказують на недооцінку матерями соціальної

активності дітей-інвалідів, нав'язуванні їм своєї точки зору, надмірний авторитаризм поведінки. Можна стверджувати про існуючі проблеми у взаємодії батьків з дитиною, спроможність матерів до відповідального вибору.

Таблиця 2. 12

Особливості сформованості компонентів дезадаптованості матерів та типів їх ставлення до дітей – інвалідів (n=170)

Категорії матерів	Компоненти дезадаптованості матерів дітей-інвалідів			
	Емоційний	Поведінковий	Когнітивний	Комунікативний
	Типи батьківського ставлення			
	Відторгнення (%)	Гіперсоціалізація, соціальна бажаність поведінки (%)	Інфатилізація (%)	Симбіоз (%)
Високо тривожні матері (n = 109).	41,3	76,1	36,3	75,7
Матері з середнім рівнем тривоги (n = 61).	44	73,5	33,75	64,3

Комунікативний компонент дезадаптованості також має високі показники прояву материнських ставлень, причому в групі високотривожних матерів показники вищі (75,7 %), ніж у матерів з середнім рівнем тривоги (64,3 %). Результати дослідження вказують на міжособистісну дистанцію у спілкуванні матерів з дітьми-інвалідами та потяг до симбіотичних відносин, що не дає можливості розкривати особистісний потенціал дитини та вказує на недостатнє вироблення вміння адекватно відповідати на поведінку дитини та вибирати такі форми звертання, які відповідатимуть її індивідуальним особливостям.

Показники дезадаптованості емоційного компоненту (високотривожні матері дітей-інвалідів – 41,3 %, середньотривожні – 44 %) вказують на проблеми матерів у прийнятті дитини з інвалідністю, на усвідомлення неповторності індивідуальності дитини: дитина не є для батьків засобом самореалізації чи втримання партнера.

Увесь загал	10,4	8,9	11,7	9,6	11,6	10,7	12	9,6	84,5
Високо- тривожні (1 група)	10,0	8,4	11,0	8,9	11,2	9,9	11,8	9,0	80,2
Середньо- тривожні (2 група)	11,3	10,0	13,0	11,2	12,5	12,3	12,9	10,8	94,0

Примітка: римськими цифрами позначені шкали оцінки матерів до сімейної ролі; в дужках арабськими цифрами позначені шкали з методики: I(3) - обмеженість інтересів жінки рамками сім'ї, турботами виключно про сім'ю, II(5) - відчуття самопожертви в ролі матері, III(7) - сімейні конфлікти, IV(11) - надавторитет батьків, V(13) - незадоволеність роллю господині в домі, VI (17) - невключеність чоловіка в сімейні справи, VII(19) - домінування матері, VIII(23) - залежність і несамотійність матері.

Результати отримані у дослідженні дають можливість оцінити специфіку внутрішньосімейних відносин, особливостей сімейного життя: сімейно – побутових, організації життя сім'ї. Для цього ми порівнюємо шкали I (3), V(13), VII (19), VIII (23).

Аналізуючи результати дослідження, ми виявили, що в групі матерів з середнім рівнем тривоги, в порівнянні з високо тривожними, вищі показники за всіма шкалами. Отже, матері цієї групи мають вищий рівень ідентичності, самореалізації, більш усвідомлюють роль матері, яка виховує дитину-інваліда, ніж матері з високим рівнем тривоги.

Високі показники за шкалою V(13) свідчать, що матері обох груп незадоволені роллю господарки і мають велике бажання щодо самореалізації, що може породжувати негативні емоційні стани через відсутність для цього умов.

Показники шкали, яка пов'язана з моральністю, емоційною підтримкою, організацією відпочинку, створення сприятливого середовища для розвитку особистості (VI (17)), свідчать, що в 2-й групі вони набагато вищі, ніж у першій. Отже, матері з середнім рівнем тривоги мають більш стійку систему цінностей, більш гармонійні, емоційно стійкі, що дає їм можливість набагато цілісніше, цікавіше проживати життя.

Показники ставлення, що характеризують особливості виховання дітей (шкали II (5), IV (11)), дають можливість зробити висновок про те, що у матерів з середнім рівнем тривоги дещо більше відчуття самопожертви та надавторитету батьків, ніж у високотривожних матерів.

Високі показники за шкалою III (7) вказують на конфліктність, а також на можливість переносу сімейного конфлікту на виробництво, в міжособистісне спілкування, тобто на соціальне оточення. Отже, обов'язкова психологічна допомога має передбачити поради матері у розв'язанні сімейних конфліктів, з покращення сімейних стосунків, що вплине на якість їхнього життя.

Також вивчалися особливості оцінки батьківського ставлення до дитини-інваліда з точки зору оптимальності емоційного контакту. Вони представлені в табл. 2.14.

Порівнювались середні оцінки за трьома групами шкал: оптимальний емоційний контакт, надмірна емоційна дистанція з дитиною, надмірна концентрація на дитині. Дані показники порівнювались за двома групами матерів: високотривожних та з середнім рівнем тривоги (табл. 2.14).

За отриманими експериментальними даними можна зробити наступні узагальнення: за шкалою оптимального емоційного контакту у високотривожних матерів та матерів з помірною тривогою спостерігалися

Таблиця 2.14

Особливості ставлень матерів до дитини-інваліда (n =170)

Ставлення матерів		Категорії матерів		
		Увесь загал матерів (n = 170)	Високотривожні (n = 109)	Середньо-тривожні (n = 61)
Оптимальний контакт	IX (1)	8,6	8,6	8,5
	X (14)	9,6	9,3	10
	XI (15)	9,4	9	9,9
	XII (21)	9,1	8,9	9,5

Емоційна дистанція	XIII (8)	11,8	11	9,5
	XIV (9)	12,3	11,9	13,25
	XV (16)	12,7	12	13,2
Концентрація на дитині	XVI (2)	10,8	10,4	11,7
	XVII (4)	10,3	9,9	11
	XVIII (6)	9,9	9	11,7
	XIX (10)	11,2	10	13,5
	XX (12)	10	9,8	11,5
	XXI (18)	12,4	11,6	14
	XXI (20)	9,2	8,8	10
	XXIII (22)	11,8	11,3	12,6

Примітки: римськими цифрами позначені шкали оцінки батьківсько-дитячого контакту, в дужках арабськими цифрами позначені шкали в методиці: IX (1) – спонування словесних проявів, вербалізація, X (14) - партнерські ставлення, XI (15) - розвиток активності дитини, XII (21) - врівноважені відношення між батьками і дитиною, XIII (8) - роздратованість, запальність, XIV (9) - надмірна суворість, XV (16) - ухилення від контакту з дитиною, XVI (2) - надмірна турбота, встановлення відношення залежності, XVII (4) - подолання опору, пригнічення волі, XVIII (6) - створення безпеки, страх образити, XIX (10) - виключення зовнішніх впливів, XX (12) – пригнічення агресивності, XXI (18) пригнічення сексуальності, XXII (20) - надмірне втручання в світ дитини, XXIII (22) - бажання пришвидшити розвиток дитини.

низькі оцінки за ознаками: спонування словесних проявів та вербалізації.

Це може пояснюватися недостатнім рівнем словесної комунікації між матір'ю та дитиною.

Можливе переважання невербальних видів спілкування, а саме: за допомогою мови жестів, за допомогою «Льоб системи» (у випадках з недорозвиненою функцією мовлення у дитини використовується система рухових знаків чи карток з зображенням).

Також недостатня комунікація можлива в випадках, коли мати занурена у внутрішні переживання і погано диференціює їх та немає досвіду в

повідомленні про свої переживання оточенню. Коли формуються симбіотичні ставлення до дитини, також процеси комунікативної взаємодії також уповільнюються, через так зване припущення, що дитина може зрозуміти матір на інтуїтивному рівні. Таке переконання виникає через те, що матері здається, що вона розуміє дитину «без слів», що насправді є слабодиференційованими материнськими переживаннями та ставленнями.

Вище перераховані особливості потребують психокорекційної допомоги. Підвищення показників за шкалою «Оптимальний контакт» може сприяти активному розвитку матерів дітей з інвалідністю. Ознаки за вище названим типом ставлень (партнерські ставлення, розвиток активності у дитини та врівноважені стосунки між батьками та дитиною) знаходяться в межах норми, хоч наближені до слабовиражених. Це дає можливість міркувати про потребу розвитку даних стратегій поведінки матерів за допомогою психокорекційних впливів.

За шкалою надмірної емоційної дистанції з дитиною ми отримали показники, що знаходяться в межах норми, проте наближені до низьких, що може відповідати тісному емоційному контакту між матерями та дітьми з інвалідністю.

У матерів з середнім рівнем тривоги дещо вищі показники за ознаками: суворість та ухиляння від контакту з дитиною, оскільки ці показники знаходяться в них в межах норми, то можна припустити, що вони більш критичні в ставленнях до дитини, ніж матері з високим рівнем тривоги.

За шкалою надмірної концентрації на дитині ми отримали вищі показники за ознакою – пригнічення сексуальності. Дана особливість може проявлятися через надмірну увагу матері до дитини та відстороненість в стосунках з чоловіком. У подальшому в таких сім'ях виникають проблеми з пригніченням сексуальності та статеворольової відмінності у дітей-інвалідів. Виникають заборони на кохання та побудову стосунків, що призводить або до надмірної сексуальної розгальмованості, або ж до інфантилізації. Нерідко й молоді люди з інвалідністю мають значно невелику кількість ознак

статеворольових відмінностей (дівчата носять чоловічий одяг, короткі зачіски; в підлітковому віці мало звертають увагу на зовнішність, недостатнє усвідомлюються дорослість тощо).

Також спостерігалися значно вищі показники у матерів з середнім рівнем тривоги, ніж у високотривожних матерів дітей-інвалідів, за шкалою виключення зовнішніх впливів, тобто перші надають перевагу внутрішньо-сімейному відокремленню та зменшенню впливів оточення на дитину. Дана стратегія може призвести до ізолюваності дитини та негативних наслідків.

У констатувальному експерименті проводилися підрахунки сумарних оцінок за трьома групами ставлень батьків до дитини: оптимальний емоційний контакт, надмірна емоційна дистанція з дитиною та надмірна концентрація на дитині. Його результати наведені в таблиці 2.15.

За всіма трьома групами сума середніх оцінок ставлень матерів із середнім рівнем тривоги переважає порівняно з високотривожними. Найвищі показники виявлені в концентрації середньотривожних матерів на дитині, тобто дитина з інвалідністю займає весь інтрапсихічний простір матері. Також помітне збільшення показників й за шкалою оптимального емоційного контакту у матерів з середнім рівнем тривоги. Ми можемо пояснити це тим, що високотривожні матері під дією внутрішніх особистісних негативних переживань відчувають значно більші труднощі у налагоджуванні оптимальних емоційних контактів з дитиною, ніж середньотривожні. У них малорозвинута вербалізація своїх переживань, стимулювання дитини до активності та партнерських стосунків.

Таблиця 2.15

Сума середніх оцінок материнських ставлень до дітей-інвалідів

Категорії матерів	Типи материнських ставлень		
	Оптимальний емоційний контакт (у %)	Надмірна емоційна дистанція з дитиною (у %)	Надмірна концентрація на дитині (у %)

Увесь загал (n = 170)	36,7	36,8	85,6
Високо- тривожні матері (n = 109)	35,8	34,9	80,8
Матері з середнім рівнем тривоги (n = 61)	37,9	36,1	96,7

Зважаючи на те, що найвищий показник ставлень у матерів з високим рівнем тривоги за шкалою – надмірна концентрація на дитині, можна зробити висновок, що в дитину можуть проектуватися негативні переживання матері або ж дитина постійно знаходиться під їх впливом. Для профілактики та усунення таких явищ потрібно провести психокорекційну роботу з такими матерями.

З матерями, які мають середній рівень тривоги, також потрібна психокорекційна робота з метою розвитку усвідомлення ними власної привабливості та сексуальності, розширення кола власних інтересів, спонукання до словесних проявів та вербалізації своїх переживань, зниження концентрації уваги на дитині.

Висновок до розділу 2

1. За результатами констатувального експерименту виділено зовнішні фактори соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину з інвалідністю, а саме: взаємостосунки та повнота сім'ї (у 30 % матерів – неповні сім'ї), соціальна ізоляція, низький ступінь особистісної реалізації в соціумі, проблеми професійного самовираження (89,6 % матерів одержали вищу та середню спеціальну освіту, 38,8 % – матерів дітей-інвалідів не працевлаштовані та інші).

2. У процесі дослідження внутрішніх чинників дезадаптованості нами виявлено: групу високотривожних (64 %) та середньо тривожних (36 %) матерів дітей-інвалідів. Найхарактернішим типом акцентуації характеру для

обох груп матерів є емотивний, що характеризується високою чуттєвістю і сильними реакціями в сфері емоцій. Також встановлено, що для високотривожних матерів характерні прояви широкого спектру акцентуацій характеру, що вказує на більш виражену їх дезадаптованість.

3. Матерів з вираженою депресією у високотривожній групі нараховується 8,3 %, а в середньотривожній лише 2,5 %. У матерів з високим рівнем тривоги виявлено й високий рівень агресії (опосередкованої, підозрілості, почуття вини). Все це вказує на механізм зняття ними напруги шляхом реагування ззовні, драматизації переживань, демонстрації емоційних реакцій. У групі матерів з середнім рівнем тривоги значно нижчий рівень агресії, порівняно з першою групою, що може призводити до психосоматичних захворювань.

4. Встановлено, що адаптованих жінок, які виховують дитину-інваліда, є 63,4 %, дезадаптованих – 36,6 %. З результатів порівняльного аналізу показників соціально-психологічної адаптації встановлено: у матерів, що виховують дітей з типовим розвитком вищі показники за шкалами: самоприйняття, прийняття інших, інтернальності, емоційної комфортності, а показники за шкалою – прагнення домінувати нижчі, ніж у матерів дітей-інвалідів. Це свідчить про те, що переживання психічної травми, що спричинено інвалідністю дитини, сприяє формуванню дезадаптованості матерів дітей з особливими потребами. За результатами кореляційного аналізу встановлено, що матері дітей-інвалідів приймають себе лише в домінуючій позиції.

5. Виявлено переважання поведінкових тенденцій матерів дітей-інвалідів: до залежності, товариськості, що вказує на їх намагання створити емоційні зв'язки як в групі таких же матерів, так і поза її межами.

6. Встановлено, що найбільше значення мають показники ставлень матерів до дітей з інвалідністю за шкалою «соціальна бажаність поведінки». У високотривожних матерів, порівняно з середньотривожними, вищі показники за шкалами «симбіоз» та «авторитарна гіперсоціалізація», що

вказує на тенденцію до вироблення матерями таких стратегій ставлення до дитини, що перешкоджають розвитку їх самостійності, творчості та адекватної самооцінки. У першій групі матерів високі показники концентрації на дитині, тобто дитина з інвалідністю займає у них увесь інтрапсихічний простір.

Результати психодіагностичного дослідження вказують на те, що в вибірці матерів, що виховують дитину з інвалідністю, наявні значущі показники поведінкового (високотривожні матері – 76,1 %, середньотривожні – 73,5 %), емоційного (високотривожні матері – 41,3 %, середньотривожні – 44 %), комунікативного (високотривожні матері – 75,7 %, середньотривожні – 64,3 %) та когнітивного (високотривожні матері – 36,3 %, середньотривожні – 33,75 %) показників дезадаптованості, що виявляються в материнських ставленнях. Зазначене вимагає активного психокорекційного впливу для стабілізації внутрішніх емоційних станів та ставлень матерів до дітей інвалідів.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях:

1. Чухрій І.В. Батьківсько-дитячі відносини як чинник соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів / І.В.Чухрій // Психологія і суспільство. – 2011. – №4. – С. 94- 101.

2. Чухрій І.В. Суб'єктивне переживання матерів інвалідизації дитини. Проблеми загальної та педагогічної психології / І.В.Чухрій // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України [за ред. С.Д. Максименка]. – 2012. – Т.ХІV, част. 1. – С. 372-379.

3. Чухрій И.В. Особенности социально-психологической дезадаптированности матерей детей-инвалидов разного возраста / И.В. Чухрий // Научные исследования: информация, анализ, прогноз: монография (международная) / Воронежский государственный педагогический университет. – Воронеж, 2012. – Книга 38. – С. 139-147.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОКОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ МАТЕРІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ

3.1. Модель психокорекції дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів

У даному розділі запропоновано модель психокорекції дезадаптованості матерів, що виховують дитину з інвалідністю, та шляхи реалізації програми психокорекції. Види допомоги, запропоновані в моделі та програмі, мають на меті корекцію та формування здорових стосунків в сім'ї, де є діти-інваліди.

Важливо пам'ятати, що не всі сім'ї потребують психокорекційних змін.

Якщо сім'я може самостійно вирішувати труднощі, пов'язані з народженням дитини з інвалідністю, то психологічна допомога не може їй нав'язуватися. Проте, як свідчить практика, значна частина таких сімей потребує психокорекційного впливу.

Розроблена нами програма спрямована на роботу з матерями, що виховують дитину з інвалідністю, оскільки переважно саме жінки, а не чоловіки, беруть активну участь у вихованні та активно впливають на психологічний розвиток дитини. Батьки-татусі в таких родинах переважно зайняті матеріальним забезпеченням сім'ї, а жінки присвячують увесь час дитині і переважно не працевлаштовані.

Нами виявлено, що значна кількість чоловіків-батьків, на жаль, залишають родини, в яких народжується дитина з інвалідністю. Е. Зукмен, наприклад, вважав, що в процесі піклування про дитину з порушеннями, мати, сама цього не бажаючи, віддаляється від чоловіка. Чоловік почуває себе покинутим, може звернутися за розрадою до інших жінок або, як мінімум, з метою емоційного самозахисту віддаляється від сім'ї [242].

У психоаналітичних роботах М. Кляйн, У. Біона, В. Тахки: мати – це перший об'єкт, з яким знайомиться дитина. До того часу поки стосунки не стануть тріадними, тобто, допоки до матері з дитиною не приєднається батько, цей союз є гармонійно-симбіотичним. Через процес сепарації дитина відокремлюється від матері. Проте діти з фізіологічними обмеженнями ці етапи проходять з певною затримкою. І в багатьох випадках у сім'ях, де виховується дитина з функціональними обмеженнями, переважають симбіотичні стосунки з матерями, а батьки відходять на другий план, що негативно впливає на розвиток інваліда та життя всієї сім'ї в цілому.

Система ролей жінки розподіляється на індивідуальні ролі на рівні сім'ї та ролі в суспільстві. Ситуація «особливого» материнства порушує, з точки зору соціуму, суспільні норми, що входять до складу соціальної ролі матері. Не завжди дитина з інвалідністю може оволодіти набором умінь та навичок, ці невідповідні очікуванням оточуючих прояви можуть сприйматися ними,

як результат нездатності жінки справитися зі своєю роллю. З іншого боку, почуття провини та високий рівень тривоги, що характерні для матері дитини-інваліда, можуть викривляти реальність. Своєрідність дитини призводить до загальної незадоволеності роллю матері, і, як наслідок, можливі самозвинувачувальні реакції та ріст внутрішньої конфліктності або побудова психологічних захистів та підвищення їх рівня [217, с. 216].

Для психологічної корекції чинників соціально-психологічної дезадаптованості, що були виявлені в нашому експериментальному дослідженні (високих показників депресивності, тривоги, агресії; наявності несприятливих для розвитку дитини материнських ставлень), була розроблена психокорекційна програма спрямована на корекцію недоліків поведінки жінок-матерів, що виховують дитину з інвалідністю. Варто зазначити, що психокорекції мають підлягати показники (риси, властивості, ставлення), що не мають органічної основи та не представляють собою таких стійких утворень, які формуються достатньо рано та в подальшому практично не змінюються. На це вказують й інші дослідники [124, с. 7].

Запропонована нами психокорекційна програма представлена у вигляді моделі психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів (рис.3.1).



Рис 3.1 Модель психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів.

Зміст психокорекційної роботи представлено трьома блоками: просвітницьким, консультативним та власне блоком корекційної роботи.

Завданням просвітницького блоку психокорекційної роботи з матерями є ознайомлення з основними закономірностями розвитку дитини, з її

індивідуально - психологічними особливостями, з факторами та причинами, що обумовили порушення онтогенезу. З метою ліквідації психолого-педагогічної неграмотності батьків нами організовувалася «Батьківська школа». Завданням даної програми було навчання батьків дітей та молоді з функціональними обмеженнями важливим аспектам виховання, взаємовідносинам та реабілітаційного процесу. Роз'яснення батькам особливостей стану дитини та наснаження їх на створення сприятливих реабілітаційних умов – було також завданням психокорекційного експерименту.

Консультативний блок представлений індивідуальною формою роботи з матерями, що виховують дитину з інвалідністю. Організація «Консультативний центр для батьків» на базі Вінницького обласного центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями повинна допомогти батькам знайти відповіді на запитання, що виникають, отримати систему рекомендацій щодо побудови доброзичливих стосунків у сім'ї, з дитиною.

Індивідуальні консультації можуть проводитись із залученням спеціалістів з різних галузей (психологів, педагогів, медиків).

До консультативного блоку належать також телефонне та дистанційне консультування. На жаль, не всі батьки, особливо ті, що живуть в віддалених регіонах, можуть вчасно отримати потрібну консультацію. Тому пропонується батькам зв'язуватися з спеціалістами в телефонному режимі або ж через Інтернет мережі.

У подальшому планується створити інтернет-сайт, на який батьки можуть надсилати свої запитання спеціалістам та отримувати на них відповіді.

Блок психокорекційної роботи спрямований на створення в сім'ї оптимальних умов для розвитку дитини. Основний акцент робиться на психологічну допомогу матерям дітей-інвалідів. А саме: зниження рівня дезадаптованості особистості матерів, виявлення особистісних

деструктивних змін у формі підвищеної агресивності, переживання депресивних станів, неадекватного сприйняття реальної ситуації щодо здоров'я та можливостей дитини.

У даному блоці використовується два напрями: індивідуальна і групова форма роботи.

Індивідуальна форма роботи здійснюється у вигляді бесіди (декількох бесід) чи частково структурованого інтерв'ю, а також низки індивідуальних занять психолога з матір'ю хворої дитини. Цей етап передбачає встановлення безпосереднього особистого контакту між психологом і матір'ю дитини, її ознайомлення з проблемами, що обговорюються в групі, а також визначення власної потреби у відвідуванні групових занять. Одночасно на цьому етапі психолог проводить діагностичне дослідження психологічних особливостей даної особи за допомогою спеціальних методик. Індивідуальні заняття дозволяють психологу ознайомитися з історією життя даної жінки, виявити деякі особливості її характеру, ознайомитися з історією хвороби дитини, що трактується його мамою, визначити проблеми, що існують у даній родині, запропонувати допомогу (у вигляді навчання деяких прийомів і форм поведінки, що можуть допомогти у важких життєвих ситуаціях, пов'язаних із проблемами дитини).

На груповому етапі роботи психокорекційний вплив здійснюється не тільки з боку психолога на кожну жінку, що відвідує заняття, але й всередині групи при взаємодії учасниць. Групові корекційні заняття проводяться за трьома напрямками:

- перший напрямок: гармонізація взаємин між матір'ю та її дитиною;
- другий напрямок: гармонізація внутрішньосімейних відносин;
- третій напрямок: оптимізація соціальних контактів родини, що виховує дитину з відхиленнями в розвитку.

Групові форми психокорекційної роботи вважаються більш ефективними, оскільки дозволяють одночасно обслуговувати більше людей; проте за своїм кінцевим результатом вони визнаються менш ефективними,

ніж існуючі види індивідуальної психокорекції.

Сучасний погляд на групові види психокорекції виражається в напрямку створення груп клієнтів із спільними проблемами [63, 124].

При груповій роботі використовувався комплексний психокорекційний підхід, де поєднувалися ефективні техніки таких напрямків, як: психоаналіз [83, 147, 198, 223, 226, 229], психодрама [62], символдрама [62, 121], сімейна психотерапія [70, 71, 167], арт-терапія [65, 132].

Нами було розроблено програму психокорекційного тренінгу для групової роботи з матерями, що виховують дитину з інвалідністю. В її основу покладено дослідження інших психологів [11; 34; 40; 125; 224; 225].

Тренінг складається з 15 занять, які мали мету:

1–3-є заняття – знайомство з групою, вироблення правил роботи групи. Діяльність з вироблення навиків: внутрішньої рефлексії, вміння розуміти внутрішні переживання, емпатично реагувати на відчуття інших членів групи.

4–5-є заняття – пропрацювання образу дитини, подальші перспективи розвитку дитини, сприятливого ставлення матерів до дитини з інвалідністю.

6–8-є заняття – пропрацювання стосунків в сім'ї, з іншими членами родини, типів ставлень матерів до дитини.

9–14-є заняття – робота з особистісними порушеннями матері дитини-інваліда. Пошук внутрішніх ресурсів розвитку матері. Перспективи перенесення отриманого групового досвіду на внутрішньосімейні стосунки, ставлень матерів до дітей-інвалідів. Завершення психокорекційної групової роботи.

Передбачалось, що запропоновані засоби психокорекції почергово впливатимуть на такі компоненти ставлень до дитини, як: когнітивний, емоційний, поведінковий та на зміну патологічних станів.

До когнітивного компоненту ми віднесли: знання про інвалідність дитини, її вікові та індивідуальні особливості; обізнаність з потребами дитини в даному віковому періоді, розуміння власних станів у процесі

виховання дитини. На даний компонент ефективно впливатимуть ті засоби психокорекції, рефлексії, що входять до просвітницького та консультативного блоків.

Емоційний компонент включає в себе: повне емоційне прийняття дитини як цінності, рефлексія власних психічних переживань та психічних станів, здатність оцінювати свої психічні стани в конфліктних ситуаціях. На даний компонент впливатимуть засоби психокорекції, що входять до блоків: корекційної роботи, просвітницького та консультативного. З одного боку, ми підвищимо обізнаність щодо особливостей розвитку дитини-інваліда, що зменшить внутрішнє напруження, а з іншого, за допомогою індивідуальної та групової роботи допоможемо батькам розрізняти емоційні переживання та зменшимо їх негативні прояви.

До поведінкового компоненту ми віднесли: вміння спілкуватися з дитиною, вміння взаємодіяти з нею, вміння виконувати спільну діяльність з дитиною, рефлексування власних вчинків. На даний компонент, на нашу думку, ефективно впливатимуть засоби просвітницького блоку, консультативного та блоку корекційної роботи. Ми очікуємо, що після перелічених психокорекційних впливів, змінюватимуться не лише емоційні стани матерів, але й їх поведінка та ставлення до дитини-інваліда.

На компонент дезадаптованості, що характеризує такі стани, як: відчуження, агресія, тривожність, депресія, залежність та ін., ефективно впливатимуть засоби блоку психокорекційної роботи.

У кінцевому результаті нашої психокорекційної роботи ми очікували таких особистісних змін:

1) зміни когнітивного компоненту: вироблення ефективних стратегій виховання дитини з інвалідністю, збільшення соціальної активності та самоактуалізації, підвищення самоприйняття, підвищення прийняття інших, підвищення показника інтернальності, покращення рівня рефлексії власних знань і уявлень;

2) з боку емоційного компоненту: зміцнення позитивних ставлень до

дитини з інвалідністю, підвищення емоційного комфорту, зняття напруги, зниження егоцентризму;

3) також очікуються зміни в формуванні патологічних станів: зниження рівня особистісної тривоги, зниження показників депресії, агресивності, почуття провини, підозрливості, запобігання формуванню патологічних захисних механізмів.

Також нами очікувалися зміни в поведінці матерів дітей-інвалідів, а саме їх комунікативної взаємодії з дитиною, формування спільної діяльності з дитиною та перехід до самостійної діяльності дитини-інваліда.

3.2. Психолого-педагогічні засоби корекції дезадаптованості матерів у ставленні до дітей-інвалідів

Останнім часом все більшої популярності у нас в країні набуває робота психотерапевтичних і психокорекційних груп. Мета та задачі створення таких груп дуже різноманітні. У більшості випадків вони визначаються тими соціальними проблемами, що існують у нашому суспільстві.

Однак вітчизняній психотерапії і спеціальній психології не відомі приклади створення груп, у яких би здійснювалася робота з корекції психотравмуючих ситуацій, що виникають у родині, яка виховує дитину з відхиленнями в розвитку.

Традиційно основна увага приділялася самій людині з проблемами в розвитку, а інші члени сім'ї залишалися поза впливом. Такий підхід мало допомагає тим членам сім'ї, які не можуть справитися з ситуацією самостійно. Батьки дитини, що зіткнулися з подібним лихом, відчують безліч труднощів різного характеру.

Допоміжні заходи рекомендаційного характеру, що здійснюються фахівцями в спеціальних установах, не завжди досягають своєї мети. Серед причин низької результативності корекційної роботи з родиною аномальної дитини можна назвати і власні, особистісні установки батьків, що у

психотравмуючій ситуації перешкоджають встановленню гармонійного контакту з нею і з навколишнім світом. До них можна віднести: неприйняття особистості хворої дитини, очікування і віра в диво чи чарівного цілителя, що в одну мить зробить дитину здоровою, розгляд народження хворої дитини, як покарання за що-небудь, порушення взаємин у родині після її народження. Проблеми, що хвилюють батьків хворих дітей, також можуть включати питання навчання і виховання дітей, формування нормативних правил поведінки, а також багато особистісних проблем, у які поринають батьки хворої дитини.

У зв'язку з цим представляється необхідною розробка таких форм психокорекційної роботи, за допомогою яких могли б бути успішно переборені чисельні внутріособистісні конфлікти і проблеми батьків.

Проте, хотілося зауважити, що не всі сім'ї потребують змін. Занадто довго спеціалісти в галузі медицини, педагогіки та соціальної допомоги притримувалися патологізованої орієнтації та вважали, що народження дитини з особливими потребами неминуче викликає порушення функціонування сім'ї. Якщо сім'я не бажає терапевтичного чи психокорекційного втручання, то деякі психокорекційні підходи можуть не допомогти, а нашкодити. З іншого боку, деякі сім'ї дійсно потребують психологічної допомоги, і спеціалісти повинні вміти відповідати на їх запит [167, с. 269] .

Нами була розроблена психокорекційна програма для роботи з матерями, що виховують дитину-інваліда. Пропонована психокорекційна програма може бути використана, як основа для проведення практичних занять з батьками хворих дітей у спеціальних дитячих установах, а також у центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями. Даною програмою можуть користуватися фахівці різних профілів: психологи, соціальні працівники, педагоги, які працюють у спеціальних освітніх установах, і батьки хворих дітей.

Метою психокорекційної роботи з батьками було створення

сприятливого психоемоційного клімату в родинях дітей-інвалідів, зниження рівня емоційного дискомфорту та переживання негативних емоційних станів матерями дітей – інвалідів, формування прийняття та зрілої позиції щодо особливостей розвитку дитини.

У зв'язку з цим психокорекційний процес включає наступні задачі:

- реконструкцію сімейних взаємовідносин, оптимізацію подружніх і внутрішньосімейних взаємин;

- гармонізацію міжособистісних стосунків між діадою «мати з хворою дитиною» і членами родини, членами родини й іншими (сторонніми) особами;

- корекцію неадекватних ставлень, поведінкових і емоційних реакцій матерів дітей з відхиленнями в розвитку;

- розвиток комунікативних форм поведінки, що сприяють самоактуалізації і самоствердженню, рефлексії;

- формування навичок адекватного спілкування з навколишнім світом.

Нами був розроблений психокорекційний тренінг для роботи з групою (15 осіб) матерів, що виховують дитину з інвалідністю.

Групові форми роботи вважаються більш ефективними, оскільки дозволяють одночасно обслуговувати більше людей, проте за своїм кінцевим результатом вони визнаються менш ефективними, ніж існуючі види індивідуальної психокорекції.

Сучасний погляд на групові види психокорекції виражається в їх високій ефективності. Саме через це основним методом нашої психокорекційної програми обраний груповий тренінг. Матерям, що виховують дитину з інвалідністю, набагато простіше буде вступати в довірливі стосунки з членами групи, оскільки всі учасники матимуть подібні переживання, пов'язані з інвалідністю дитини.

Рішення про рекомендацію до участі в груповій роботі має бути зважене. Пропозиція батькам приєднатися до групового формату має ґрунтуватися на наступному:

1. Батьки відносно комфортно почувають себе в групі.
2. Вони в цілому достатньо зрілі та емоційно стабільні, проте їх функціонування тимчасово погіршилося.
3. Вони не вирізняються надмірною заглибленістю у власні переживання.
4. Вони здатні виражати, та в той же час, контролювати почуття ворожості.
5. Вони не є надмірно контролюючими, не страждають мазохізмом або пасивною агресивністю та не мають психотичних тенденцій.
6. Вони мають здатність до співчуття, відкриті до чужої думки та керівництва.

Групові форми роботи різноманітні: членство в групі може бути відкритим чи закритим (наприклад, за статтю чи за типом порушень у дитини); сама група може бути великою чи малою; її керівник може бути спеціалістом чи одним із членів групи. Мета групи також може бути різноманітною: вона може бути просвітницькою або психокорекційною, заходи можуть бути призначені для батьків, що нещодавно дізналися про діагноз дитини, та для батьків, що живуть з переживанням інвалідності дитини тривалий час.

Пропонований нами психокорекційний тренінг для групової роботи з матерями, що виховують дитину з інвалідністю, складається з 15 занять, що містять наступну мету:

1 – 3-є заняття – знайомство з групою, вироблення правил роботи групи. Робота з вироблення навиків: внутрішньої рефлексії, вміння розуміти внутрішні переживання, емпатично переживати відчуття інших членів групи.

4 – 5-е заняття – пропрацювання образу дитини. Ставлення до інвалідності дитини, подальші перспективи розвитку дитини та її можливості. Вироблення сприятливих ставлень матері до дитини з інвалідністю.

6 – 8-е заняття – пропрацювання стосунків в сім'ї, взаємодія матері зі

всіма членами родини.

9 – 14-е заняття – робота з особливостями особистості матері дитини-інваліда. Пошук внутрішніх ресурсів розвитку матері. Перспективи перенесення отриманого групового досвіду на внутрішньосімейні стосунки матерів. Завершення психокорекційної групової роботи.

При розробці тренінгових занять нами був використаний еkleктичний підхід, що об'єднує психотехніки з таких психотерапевтичних напрямків, як психоаналіз, психодрама, символдрама, арт-терапія, клієнтцентований напрямок, сімейносімейна психотерапія.

Заняття 1.

Мета: сприяти розвитку внутрішньої рефлексії матерів дітей-інвалідів та вміння диференціювати свої внутрішні переживання.

1. Початок заняття.

Психолог відрекомендує себе, дає коротку інформацію про себе, повідомляє коротку інформацію про формат роботи тренінгової групи. Для оптимізації групової роботи та відчуття безпеки групи пропонується ряд правил:

1. Довірливий стиль спілкування. Розповідаючи іншим про себе, ми сподіваємося на взаємність.

2. Щирість у спілкуванні. Якщо не буде щирості, ми не зможемо спілкуватися.

3. Конфіденційність усього, що відбувається в групі. Ніхто не може говорити за межами групи про те, що в ній відбувається. Кожний повинен бути впевнений у тому, що його особиста відвертість залишається в групі.

4. Група надає підтримку кожному (порадою, можливістю вислухати, добрим словом).

5. Предметом обговорень на наших заняттях є проблеми родини, що виховує дитину з відхиленнями в розвитку.

2. Представлення самого себе (самопрезентація). Це одна з самих найпростіших технік, що використовується при проведенні психодрами. Вона

складається з серії коротких ролевих дій, в яких головний виконавець (протагоніст) зображає самого себе [53; 98; 144; 179]. Ведучий пропонує кожному з учасників групи відрекомендуватися та коротко розказати про себе (зазвичай, учасниці говорять про те, що вони матері дітей-інвалідів, та акцентують увагу на хворобі дитини).

Наступний етап – пошук «соціальних ролей».

Психолог: « Чи маєте ви освіту, професію? Розкажіть про своє дозвілля, хобі, улюблену справу».

Більша частина батьків говорить про те, що дитина займає увесь їх життєвий простір. Вони не мають особистого життя, повністю віддані дитині. Інша частина батьків говорить, що їх професійне становлення пов'язане з особливостями в розвитку дитини, вони отримують спеціальну освіту, утворюють громадські організації та фонди захисту прав людей з інвалідністю, співпрацюють з подібними організаціями в Україні та поза її межами.

І лише невеликий відсоток матерів мають професію, що не пов'язана з проблемами в розвитку їх дитини. Причому це можливо при умові відвідування дитиною денних центрів соціально-психологічної реабілітації.

Психолог: «Розкажіть, яким було ваше життя до народження дитини з особливостями в розвитку?» Ця вправа спрямована на підвищення самооцінки матерів та пошук інших (окрім ролі матері дитини-інваліда) власних соціальних ролей. Це можуть бути ролі: дружини, сестри, доньки, матері інших дітей, робітника, фахівця, студента, наставника тощо.

Матерям, що не мали досвіду навчання чи роботи за фахом, пропонується поміркувати про те, якою б вони могли бачити свою життєву перспективу та як її можна реалізувати.

У тому випадку, якщо матері говорять про неможливість реалізувати свої професійні плани через хворобу дитини, можна розглянути перспективи та компроміси у вирішенні.

3. Підведення підсумків заняття.

Ведучий пропонує кожному учаснику групи розказати про свої враження та переживання, що виникали під час групової роботи.

Потім наголошується на тому, що не бажано проводити обговорення за межами групи. Бажано всі переживання, що виникнуть, виразити на наступному занятті.

Психолог дякує за роботу групи, прощається до наступного заняття.

Перше заняття надає багато інформації про учасників, про їх психологічні особливості та сприйняття себе. Переважно, робота психолога – підкріплююча, підтримуюча. Не варто розвивати глибокі внутрішні переживання та працювати з травматичним досвідом, якщо запит все ж таки виник – дати учаснику можливість виговоритися та підтримати його.

Заняття 2.

Мета: сприяти позитивним змінам емоційного (за допомогою розвитку внутрішньої рефлексії власних переживань), когнітивного (за допомогою стабілізації емоційних переживань планується розкрити можливості когнітивного потенціалу матерів) та комунікативного (за допомогою формування навички вербалізувати свої внутрішні емоційні переживання) компонентів дезадаптованості.

Матеріали та обладнання: аркуші паперу, фарби, олівці.

1. Початок заняття.

Психолог: «Доброго дня. Я пропоную Вам почергово поділитися з групою своїми переживаннями, очікуваннями та сьогоднішнім самопочуттям».

2. «Театр емоцій».

Дана техніка містить елементи психодрами та допомагає не лише вербалізувати власні емоційні переживання, а й за допомогою театральної презентації переосмислити власні проблеми та конфлікти [5; 62; 186; 179].

Психолог: «Сьогоднішнє заняття присвячено емоційним станам. Ми будемо виявляти дані стани у себе, вчитися розуміти емоційні стани інших. Для початку розділіться на групи по 5 осіб. Кожній групі дається завдання

написати 10 емоцій та спробувати зобразити їх на аркушах паперу у вигляді театральних масок (Час виконання 10-15 хвилин)».

Наступне завдання подається наступним чином: «Спробуйте презентувати вибрані емоції, розказати від імені маски, коли дана емоція виникає, можна вигадати розповідь».

Після кожної презентації відбувається обговорення. Учасники діляться своїми спостереженнями стосовно переживання під час роботи в групі. Яким емоціям мікрогрупа надавала перевагу при презентації, чому? Яка маска з емоцією притаманна саме Вам, який стан ви найчастіше переживаєте?

Своїми переживаннями та враженнями діляться інші учасники. Психолог: «Що Ви відчували, коли ваші колеги презентували виставу з масками? Як Ви думаєте, що вони переживали в цей момент? Чи є подібне у Ваших переживаннях?».

3. Підведення підсумків заняття.

Психолог: сьогодні був ще один плідний день. Емоції займають важливе місце в нашому повсякденні. Важливо не лише відрізнити власні переживання, а й вміти відчувати стани інших. Можливо, людина, що поряд, потребує підтримки чи піклування або хоче поділитись радістю. Дякую. До наступного заняття.

Заняття 3.

Мета: відреагування та рефлексія внутрішніх переживань (психокорекція емоційного компоненту), усвідомлення зв'язку обраного матеріалу (світлин з тематичними зображеннями) з реальною життєвою ситуацією, осмислення внутрішніх переживань (психокорекція комунікативного компоненту), розвиток умінь вербалізувати свої переживання (психокорекція комунікативного компоненту).

Матеріали та обладнання: Світлини з зображенням такої тематики:
1. Жорстокість. 2. Благополуччя. 3. Сімейна пара (шлюбні стосунки).
4. Спокій. 5. Катастрофа. 6. Еротичність. 7. Фантазія. 8. Симбіотичні стосунки. 9. Відчуження.

1. Початок заняття.

Психолог: «Доброго дня. Починаємо нашу роботу. Я пропоную всім розказати про свої почуття та переживання. Як ви себе відчуваєте зараз? Спробуйте назвати ваше переживання однією з вчорашніх емоційних масок.

2. «Робота зі світлинами».

Дана техніка широко використовується в символдраматичному напрямку і вперше була описана Г. Хорном, пізніше апробована Я.Обуховим [83, 147, 198, 223, 226, 229]. Інтерпритації, згідно психоаналітичного напрямку психотерапії, передбачають перетворення неусвідомлених частин та явищ в усвідомлені.

Психолог: «Сьогодні ми працюватимемо з образами». Учасникам групи пропонуються картинки із зображеннями. Пропонується обрати два зображення, що викликають сильні позитивні переживання, та два, що викликають неприємні переживання.

Після того, як учасники групи обрали негативні та позитивні зображення, їм пропонується по чергово прокоментувати їх (Чому саме це зображення було вибрано? Які переживання воно викликає? Чи можна пов'язати малюнки з реальною життєвою ситуацією?). Також пропонується групі (за бажанням учасника) висловити почуття, що виникають при перегляді зображень.

Учасники викладають світлини на підлогу. Після чого пропонується розказати про свої враження від загального перегляду всіх зображень. Увага акцентується на зображеннях, що мають спільну тематику.

Найчастіше в групі матерів дітей-інвалідів провідними темами є такі: симбіотичні стосунки (що вказує на даний тип батьківського ставлення та взаємостосунків з дитиною), катастрофа (що вказує на перенесену сильну нарцистичну травму), жорстокість (таким чином може проявлятися агресія), фантазія (збігається з містичною фазою за Г.Фюром), відторгнення (може бути власне відчуття відторгнення, а також завуальоване неприйняття інвалідності дитини).

3. Підведення підсумків заняття.

Психолог: «Сьогодні ми добре попрацювали. Ви могли побачити, який важливий внесок кожного учасника в загальну групову роботу. Також помітно, що мотиви, в зображеннях малюнків дещо схожі, але це не означає, що кожен з учасників переживає подібні відчуття. Дякую».

Заняття 4.

Мета: розвиток повного прийняття дитини з інвалідністю як самостійної індивідуальності (емоційний компонент), збільшення знань про дитину (когнітивний компонент). **Матеріали та обладнання:** альбомні аркуші, фломастери, кольорові олівці, прості олівці, акварельні фарби, гуаш.

1. Початок заняття.

Психолог: «Доброго дня. Я рада Вас всіх бачити! Сьогодні у нас буде творче заняття. Оберіть, будь ласка, засоби для малювання. Ви можете обрати акварельні фарби, гуаш, олівці чи фломастери».

У залежності від того, які інструменти вибрали учасники, можна зробити наступні припущення:

1. Фломастери та олівці вибирають учасники більш закриті, з меншим рівнем розвитку спонтанності та творчості.
2. Простий олівець – такий вибір говорить про формальне ставлення до завдання або про переживання депресивних станів учасником.
3. Фарби та гуаш вибирають особистості спонтанні, творчі. З високим інтелектуальним потенціалом.

2. «Моя ідеальна дитина».

Дана техніка містить елементи клієнт-центрованого підходу К.Роджерса, а саме такі основні поняття напрямку, як «Я» – ідеальне, «Я» – реальне, «самість» [70; 126;132].

Психолог: «У нашому суспільстві батьки покладають на майбутню дитину багато сподівань. Очікувати появу дитини, піклуватися про неї, знайомитися та спілкуватися з нею – цінність сама по собі.

Батьки психологічно готуються до появи дитини: мріють про неї,

уявляють її майбутнє.

Спробуйте пригадати свої переживання до народження дитини. Намалюйте «Дитину мрії» - той образ, що виникав у Вашій уяві до народження малюка».

Після того, як учасники намалювали «дитину мрії», пропонується по чергово прокоментувати свої малюнки.

3. «Моя реальна дитина» - син чи дочка.

Наступним етапом нашої сьогоднішньої роботи буде малюнок Вашої «реальної дитини». Намалюйте свого сина чи доньку такою, якою Ви його (її) бачите сьогодні.

Після того, як завдання буде виконано проводиться обговорення.

Психолог: «Тепер подивіться на два ваших малюнки: «дитина мрії» та «реальна дитина», що Ви помічаєте подібного чи відмінного в цих зображеннях».

Особливу увагу потрібно приділити тим матерям, у зображенні малюнків яких є велика різниця між «дитиною мрії» та «реальною дитиною». Можливо, травма втрати «дитини мрії» є сильною та актуальною. І це не дає можливості заохочувати та підкріплювати надбання, досягнення сина чи доньки через завищені вимоги. Такі батьки не можуть радіти та насолоджуватися батьківством, перебуваючи в пригніченому настрої, негативно впливають на дитину та її розвиток.

4. Підведення підсумків заняття.

Психолог: «Сьогоднішнє заняття показало нам ресурси, яких ще не використовували. Ми помітили, що в образ «дитини мрії», в основному, батьки владають свої нереалізовані прагнення. Тобто, є сподівання, що майбутня дитина втілить все те, що не вдалося батькам. А реальна дитина може мати свої плани, мрії та прагнення. І дуже важливо підкріпляти її наміри та радіти її успіхам».

Заняття 5.

Мета: розвиток повного прийняття дитини з інвалідністю як самостійної

індивідуальності (емоційний компонент), збільшення знань про дитину (когнітивний компонент). Розуміння індивідуальних особливостей дитини, що сприятиме зменшенню симбіотичних ставлень до дитини (комунікативний компонент) [65; 147; 149].

Матеріали та обладнання: альбомні аркуші, фломастери, кольорові олівці, прості олівці, акварельні фарби, гуаш.

1. Початок заняття.

Психолог: «Доброго дня, сьогодні ми продовжуємо працювати над образом «моя дитина».

Я з моїми колегами-психологами запропонувала Вашим дітям намалювати себе. Потім їм було запропоновано розказати про свій малюнок. Ми запитали їхнього дозволу показати їх автопортрети батькам. Можливо роботи дітей дадуть змогу порівняти сприйняття дитиною себе з вашим сприйняттям та відкрити нові можливості налагодження стосунків у родині.

2. «Дитячий автопортрет».

Батькам роздаються малюнки дітей з власними автопортретами. Пропонується порівняти ці зображення з малюнками «моя реальна дитина», що були намальовані на попередньому занятті.

Батьки можуть побачити багато спільного в двох зображеннях. Ідентичність малюнків – ознака переважання симбіотичних стосунків у родині. Таким батькам пропонується розвивати в дітей індивідуальність. При спілкуванні чи інших видах взаємодії надавати ініціативу дитині. Давати більше можливості власному вибору дитини. Більше звертати уваги на уподобання дитини (якщо є проблеми з власним вибором у дитини, можна запропонувати декілька варіантів, це полегшить завдання).

Також потрібно звернути увагу на протилежні за змістом малюнки. Наприклад, коли вікові ознаки намальованих дітей відрізняються. Батьки, що зображають дитину меншою, ніж вона є насправді, можуть недооцінювати можливості дитини та інфантилізувати її.

Також особливу увагу потрібно звернути на виділення фізичних ознак

захворювання. Це несе в собі загрозу фіксації на хворобі.

Важливою особливістю в малюнках молодих людей з функціональними обмеженнями є статево-рольова відмінність. Відсутність ознак приналежності до власної статі (одяг, зачіска, статура) є ознакою утруднення статевої ідентифікації.

Схематичне зображення дитини може бути ознакою несерйозного ставлення до завдання, опору та сильних захисних механізмів, а також поверхнєве ставлення до можливостей дитини. В окремих випадках схематичне зображення людини є ознакою заниженого інтелекту.

Важливо звернути увагу на ті малюнки де матері зображають дітей усамітненими, відокремленими від сім'ї (якщо є зображення інших членів сім'ї), або ж навпаки, дитина-інвалід займає найбільшу частину простору на малюнку.

Матері проговорюють помічені особливості в обох малюнках (своєму та малюнку дитини). Також можна, за їх бажанням, почути зворотній зв'язок від інших учасників групи.

4. Підведення підсумків заняття.

Психолог: «Сьогоднішнє заняття допомогло нам доторкнутися до самосприйняття ваших дітей. Я вважаю, що багато цінного Ви помітили в дитячих роботах. З'явилося достатньо інформації для роздумів.

На наступне заняття принесіть, будь ласка, світлини членів вашої родини, бажано декілька зображень кожного. Дякую».

Заняття 6.

Мета: розвиток прийняття дитини з інвалідністю як самостійної індивідуальності (емоційний компонент), збільшення знань про дитину (когнітивний компонент). Розуміння індивідуальних особливостей дитини, що сприятиме зменшенню симбіотичних ставлень до дитини (комунікативний компонент) [102; 155; 71].

Матеріали та обладнання:

1. Початок заняття.

Психолог: «Добрий день, сьогодні ми будемо працювати зі світлинами з ваших сімейних альбомів. Чи всі підготувалися до заняття! У всіх є світлини? Якщо так, починаємо!»

2. «Сімейна світлина».

Всім учасникам пропонується почергово презентувати вибрані світлини та розповісти, чому саме вони були обрані, яке значення вони мають для нього (учасника) і які почуття вони викликають.

Суттєвим виявляється порядок презентованих світлин і те, як це здійснюється. Особливої уваги заслуговує почерговість: яка світлина є першою, яка – останньою. Має значення швидкість показу, ступінь інтересу чи тривожності, а також поведінка (серйозна, сердита, з гумором) [124; с 451].

Психолог задає запитання про людей та місця, що зображені на світлинах, про загальний настрій, атмосферу. Пропонуються приблизно наступні запитання: «Хто ці люди на світлинах?»; «Чи пам'ятаєте Ви, що відбувалося під час фотографування?»; «Які відчуття викликало спільне дозвілля з сім'єю в цей день?»; «Хто робив цей знімок?»; «Що відбулося після того, як клацнув фотоапарат?»; «Розкажіть, будь ласка, про цю місцевість»; «Чому люди вдягнені саме так, а не інакше?» [124; с-452].

Після того, як прозвучить розповідь учасника, інші члени групи можуть задавати запитання та поділитися своїми враженнями, допомагають відкрити нові аспекти внутрішньої поведінки.

Метою даної вправи є стимулювання емоційного досвіду та емоційних переживань. Під час обговорення психологом аналізуються такі специфічні галузі внутрішньосімейних взаємовідносин, як влада, залежність, близькість, тривожність, жіночі та чоловічі ролі членів сім'ї.

3. Підведення підсумків заняття.

Психолог: «Я думаю, сьогоднішній день був цікавий та пізнавальний. Ви мали змогу подивитися на Вашу сім'ю під іншим ракурсом. Можливо, звернули увагу на ті речі, яким до цього не надавали великого значення. Сподіваюся, що знання, які Ви отримали, дадуть змогу зменшити

непорозуміння та конфлікти у ваших сім'ях».

Заняття 7.

Мета: психокорекція міжособистісних стосунків в родині.

Матеріали та обладнання: альбомні аркуші, фломастери, кольорові олівці, прості олівці, акварельні фарби, гуаш.

1. Початок заняття.

Дана техніка містить елементи системносімейної психотерапії [46; 74; 197]. За її допомогою вивчається використання сімейного простору для зміни внутрішньо сімейних позицій. Пропонується наступна процедура проведення даної методики.

2. «Сімейний простір».

Матерям дається великий аркуш паперу, фломастери або олівці. Їх просять намалювати план будинку, де вони мешкали до одруження (чи до народження дитини). Якщо батьки декілька разів змінювали місце проживання, просять намалювати план того будинку, що найбільше запам'ятався.

Під час малювання психолог поступово вводить їх в ситуацію, ставлячи наступні запитання:

1. Малюючи, відзначайте, з яким настроєм асоціюється у вас та чи інша кімната.
2. Намагайтеся згадати переважаючі запахи, звуки, кольори та людей в цих кімнатах.
3. Чи була в вашому будинку кімнати, призначена для зустрічі всіх членів сім'ї?
4. Чи були в будинку кімнати, в які вам заборонялося заходити?
5. Чи було у вас якесь особливе місце в будинку?
6. Намагайтеся пригадати, як у вашому будинку вирішувалися питання близькості, дистанції та усамітнення [124; с-474].

Потім надається час на обговорення в групі. Бажано надати можливість висловитися кожному учаснику. Психолог може задавати запитання для

уточнення та звертати увагу на емоції, що виникають при спогадах.

3. Підведення підсумків заняття.

Сьогодні ми працювали над сімейним простором у ваших родинях до вашого одруження та появи дітей. Ми доторкнулися до минулих переживань. До дитячих спогадів, вражень, можливо, побоювань та приємних переживань. Завтра ми продовжимо цю роботу.

Заняття 8.

Мета: психокорекція міжособистісних стосунків в родині, пошук ефективних материнських ставлень до дитини з інвалідністю [73; 178; 208].

Матеріали та обладнання: альбомні аркуші, фломастери, кольорові олівці, прості олівці, акварельні фарби, гуаш.

1. Початок заняття.

Психолог: «Доброго дня, сьогодні ми продовжимо роботу над сімейним простором».

2. «Сімейний простір».

Матерям дається великий аркуш паперу, фломастери або олівці. Їх просять намалювати план будинку, де вони мешкають на сьогоднішній момент.

Під час малювання психолог ставить наступні запитання:

1. Малюючи, відзначайте, з яким настроєм асоціюється у вас та чи інша кімната.
2. Намагайтесь згадати переважаючі запахи, звуки, кольори та людей в цих кімнатах.
3. Де в вашому будинку кімната призначена для зустрічі всіх членів сім'ї?
4. Намагайтесь пригадати, як у вашому будинку вирішувалися питання близькості, дистанції та усамітнення.
5. Чи має ваша дитина можливість усамітнення, власний простір?

Після завершення малюнків учасники мають можливість поділитися з групою своїми переживаннями, що виникали під час роботи. Психолог пропонує порівняти малюнки, що створювалися на попередньому занятті та

сьогоднішні. Чи є відмінність в просторі матерів до одруження та народження дітей і після? Чи багато спільного в організації простору обох будинків? Як на вашу думку, що можна було б ще додати до вашого будинку із спогадів минулих років (можливо, якісь традиції, святкування...).

3. Підведення підсумків заняття.

Сьогодні ми продовжували працювати над сімейним простором. Ця вправа надала нам змогу доторкнутися до простору в ваших родинях. Поміркувати про зміни, що відбулися з часом. Проаналізувати, як змінюється та формується простір ваших дітей. Зверніть увагу на те, чи не спільний простір маєте ви та ваша дитина!

Заняття 9.

Мета: зниження прояву негативних емоційних станів: тривожності, депресії, агресії та на зниження м'язового тону.

1. Початок заняття.

Дана техніка належить до методу аутотренінгового тренування, що спрямований на відновлення динамічної рівноваги гомеостатичних механізмів людського організму, пошкодженої внаслідок стресу [121]. Психолог: «Сьогодні ми спробуємо новий вид психологічної роботи – релаксацію. Дана техніка допоможе розслабитися, знизити відчуття м'язового тону, знизити внутрішнє напруження.

2. Релаксація.

При проведенні релаксації мова має бути чіткою, голос сонорним, не занадто голосним і не занадто тихим, інтонації дещо протяжними. Швидкість уповільнена.

Для індукції розслаблення психолог може використовувати схему [121, с.39] розроблену, Я. Л. Обуховим (Додаток В).

Якщо після такого розслаблення різко встати й розплющити очі, то можуть виникнути негативні відчуття: запаморочення, нудота, головний біль, різь в очах. Ці симптоми добре відомі, якщо різко встати після денного сну. Щоб уникнути цих негативних симптомів, слід м'яко «виходити» з

розслабленого стану.

3. Підведення підсумків заняття.

Проводиться обговорення самопочуття учасників групи. Наскільки учасники змогли розслабитися. Неможливість розслаблення говорить про високий рівень внутрішньої напруги або ж - труднощі в довірі до ведучого групи, що є показовим. Можливо під час розслаблення в учасників переважали негативні переживання – це варто обговорювати. Такі явища можуть бути наслідками пережитого стресу або наявності негативних емоційних станів.

Заняття 10.

Мета: діагностика особистісних особливостей матерів дітей-інвалідів за допомогою проєктивної техніки,; зниження прояву негативних емоційних станів: тривожності, депресії, агресії та на зниження м'язового тону.

Матеріали та обладнання: альбомні аркуші, фломастери, кольорові олівці, прості олівці, акварельні фарби, гуаш.

1. Початок заняття.

На попередньому занятті ми з вами проходили техніку релаксації. Сьогодні ми спробуємо пройдену техніку з метою побудови та відтворення образу. Образ, з яким будемо працювати, – «Квітка» [121, с.44].

2. Тест «Квітка».

Дана техніка широко використовується в символдраматичному напрямку психотерапії, основна мета її – психодіагностика внутрішніх переживань клієнтів, відреагуванні та позитивна трансформація внутрішнього самосприйняття [121].

На початку техніки застосовується текст релаксації (Додаток В). Після розслаблення проговорюється наступний текст:

Уявіть яку-небудь квітку...

Будь-яку квітку, яку Ви колись бачили, чи квітку, яку змалює Вам Ваша уява..

Чи будь-який інший образ...

Спробуйте доторкнутися до стебла квітки. Яке воно на дотик?

Якої товщини стебло? Наскільки воно потужне?

Доторкніться до листків, які вони на дотик?

Яка чашечка у квітки? Доторкніться до неї. Які на дотик пелюстки?

Якого кольору пелюстки?

Як Ви відчуваєте запах квітки?

Зверніть увагу на те, де вона росте, хто про неї піклується?

Зверніть увагу на те, яке враження справляє на Вас квітка. Які почуття вона у Вас викликає?

Як Ви себе відчуваєте? Який у Вас настрій? Скільки років Вам в образі?

Що Вам зараз хотілося б зробити з квіткою? Зробіть це, будь ласка.

А тепер попрощайтеся з образом. Запам'ятайте всі свої враження, відчуття, всі кольори, звуки, запахи.

Коли будете готові, попрощайтеся з образом, стисніть руки в кулаках, сильно потягніться – вперед і вгору – і повільно розплющуйте очі...

Після проведеної методики учасникам групи пропонується намалювати квітку, яку вони уявили в образі.

Інтерпретація проводиться тільки в тих випадках, коли учасник групи сам проявляє ініціативу і говорить про свою потребу зрозуміти символіку образу. Потрібно орієнтуватися на індивідуальне значення символіки для кожного учасника групи. Нижче подаються інтерпретації квітки, які найчастіше зустрічаються в психотерапії за методом символдрами, проте, ці значення недоцільно використовувати, як безальтернативне керівництво.

Пропонується текст про символічне значення квітів (Додаток Г).

3. Підведення підсумків заняття.

Психолог: «Завдяки уявленню образу Ви могли одержати ресурсне підживлення та задоволення ресурсних потреб».

Заняття 11.

Мета: продовження роботи з прийняттям дитини з інвалідністю її індивідуальності (емоційний компонент), рефлексія власних уявлень про

дитину (когнітивний компонент), розуміння індивідуальних особливостей дитини, що сприятиме зменшенню симбіотичних ставлень до дитини (комунікативний компонент) [186; 187; 112; 124].

1. Початок заняття.

На попередньому занятті ми працювали з мотивами, що дають внутрішнє ресурсне підживлення.

Сьогодні ми повертаємося до теми «Зміна мого життя з появою дитини з функціональними обмеженнями». Ви отримаєте в роздатковому матеріалі картки з запитаннями, спробуйте на них відповісти.

2. «Зміна мого життя з появою дитини з функціональними обмеженнями».

1. Якою стало моє життя з появою дитини з функціональними обмеженнями?
2. Що для мене в житті є дійсно важливим?
3. Які пріоритети в моїх цінностях? (Прорахуйте їх в порядку значущості чи важливості).
4. Наскільки мій теперішній спосіб життя відображає ті цінності, що для мене важливі?
5. Які дії я можу виконати, щоб змінити моє життя на краще?
6. Які забов'язання надають моєму життю сенс?
7. Які переживання надають моєму життю сенс?
8. Що заставляє моє серце співати?
9. Що служить для мене незмінним джерелом радості?
10. Що дозволяє мені відчувати себе по справжньому щасливою?
11. Наскільки мій спосіб життя вміщує та включає:
 - а) те, що надає моєму життю смисл?
 - б) те, що заставляє моє серце співати?
 - в) те, що служить джерелом радості в житті?
 - г) те, що дозволяє відчувати себе по-справжньому щасливою?
 - д) те, що надає мені насолоду?
12. Наскільки спосіб життя моєї дитини вміщує в себе:

- те, що надає їй життя смисл?
- те, що заставляє її серце співати?
- те, що служить джерелом радості в житті?
- те, що дозволяє відчувати себе по-справжньому щасливою?
- те, що надає їй насолоду?

3. Підведення підсумків заняття.

Після письмових відповідей учасники розпочинають групове обговорення. Можна звернути увагу на те, чи існує у матері власний простір? Тобто особисте життя, захоплення, хобі, робота. Також зауважити, що лише при таких умовах можливе особисте життя дитини. Дитина може виявляти самостійність в тому випадку, якщо вона вчиться робити вибір, розуміється на своїх уподобаннях. Для здійснення цих потреб необхідний перехід від симбіотичних стосунків між матір'ю і дитиною до партнерських (рівноправних). Зазвичай матері або цілковито приділяють увагу дитині і не мають часу для саморозвитку, працевлаштування піклування за собою, або ж, навпаки, тікають від дитини на роботу, яка займає багато часу, покидаючи дітей-інвалідів на бабусь та дідусів, що додає низку негативних переживань у дитини. Важливо відрефлексуватим обидві моделі поведінки та розібратися в її причині, що може стояти за цим бажанням опікувати, або ж навпаки відлучатися від дитини. Психолог має бути емпатичним, та надавати підтримку учасницям, так як вони можуть переживати складні незрозумілі для них почуття, що потребуватимуть роз'яснення. Важливою на цьому етапі є підтримка учасників один одного, та можливість вільного висловлювання. Можливо, учасниці відчуватимуть агресію за свої переживання та проектуватимуть її на психолога, йому потрібно вміти її контейнувати. Таким чином допомагати переробляти негативні почуття і направляти в конструктивне русло розвитку особистості, в інакшому випадку – група не зможе рухатись далі в своєму психологічному розвитку.

Заняття 12.

Мета: зниження прояву негативних емоційних станів: тривожності, депресії, агресії та на зниження м'язового тону, мобілізація внутрішніх особистісних ресурсів матерів [47; 183; 223].

1. Початок заняття. Психолог: « Наступна серія вправ спрямована на те, щоб мобілізувати внутрішні ресурси, що існують у людини».

2. Вправа «Мої життя та смерть».

На початку техніки застосовується текст релаксації з попереднього заняття. Після розслаблення проговорюється наступний текст:

Дерево весною цвіте, літом – виплоджує, восени – скидає листя, взимку життя в ньому завмирає, весною – знову прокидається, тягнеться до світла та любові. Відчуйте себе квітучим деревом, і літнім деревом, і осіннім, та намагайтеся уявити себе зимовим деревом. Потім знову відчуйте себе розквітаючим деревом.

А тепер уявіть собі неосяжний океан. Океан величезний, сильний, могутній, а Ви – самотня краплина в ньому. Вас виносить на гребінь хвилі та зриває вітром з поверхні океану. Сонячний промінь перетворює Вас на дрібну хмаринку. Вітром Вас відносить в далечінь, хмаринка зникає поміж засніжених гірських вершин, проливається дощем, і Ви перетворюєтесь на маленьку бурульку. Яскравий сонячний ранок розтоплює сніг, і Ви краплиною води зникаєте в землі та зливаєтеся з підземною річкою. Джерело виплескує Вас в гірський потік, і річка знову відносить Вас в океан. І знову Ви – краплина води в океані життя. Проте зараз Ви знаєте, що можете пройти свій шлях самостійно [99, с. 806].

3. Підведення підсумків заняття.

Учасники проговорюють свої почуття та переживання після вправи. Особливу увагу потрібно звернути на психосоматичні прояви. Якщо з'явився, наприклад, головний біль важливо визначити, коли саме він виник. Цей момент може бути травматичним досвідом учасника.

Ця вправа спрямована на опрацювання синдрому втрати. За Г.Фюром, переживання інвалідності дитини розглядається в руслі концепцій втрати чи

переживання горя.

Звернути увагу на ресурсні відчуття після вправи.

Заняття 13.

Мета: зниження прояву негативних емоційних станів: тривожності, депресії, агресії та на зниження м'язового тону, мобілізація внутрішніх особистісних ресурсів матерів [223; 121; 124; 183].

1. Початок заняття.

Психолог: «Сьогодні ми виконаємо ще одну ресурсну техніку «Робота зі стихіями».

2. «Робота зі стихіями».

На початку техніки застосовується текст релаксації з попереднього заняття. Після розслаблення проговорюється наступний текст:

Закрийте очі та згадайте найчистіше найлегше ПОВІТРЯ, яким ви дихали будь-коли. Повільний плавний вдих – і легке чисте повітря наповнює кисті, плечі; видих – і воно виходить через руки. Вдих – повітря заповнює стопи, голени, стегна, живіт, груди; видих – і воно плавно виходить через ноги. Вдих – повітря заповнює все ваше тіло. Властивості повітря – тепер властивості вашого тіла: легкість, прозорість, невагомість. Ви і є цим чистим, прозорим легким повітрям.

Уявіть собі ласкаву блакитну ВОДУ. Ви лежите в блакитному басейні. Вдих – і вода заповнює ваші руки, плечі. Вдих – і вона виходить через руки. Вдих – і вода заповнює наші ноги, видих – виходить через ноги. Вдих – і вода заповнює вашу голову, видих – виходить. Вдих – і все ваше тіло повністю наповнюється прозорою блакитною водою. Ви розчиняєтеся в ній. Властивості води тепер властивості вашого тіла і вашої психіки: гнучкість, рухливість, пронизливість.

А тепер уявіть собі палаюче ПОЛУМ'Я. Ви дихаєте всією поверхнею тіла, і з кожним вдихом вогонь заповнює ваші руки, ноги, живіт, голову. Ви заповнені бурхливим полум'ям, і властивості полум'я - тепер ваші властивості.

Уявіть собі легкий срібний МЕТАЛ. Повільний плавний вдих – і ваші руки та ноги заповнюються металом. Відчуйте, як властивості металу стають вашими властивостями: міцність, надійність, стійкість.

А тепер уявіть важку, пухку та надійну ЗЕМЛЮ. Ви лежите на землі та дихаєте всією поверхнею тіла. З кожним подихом ви втягуєте в себе землю, і, нарешті, розчинюєтесь в ній. І властивості землі – тепер ваші властивості: стабільність, надійність, впевненість.

І нарешті, уявіть собі міцне, гарне ДЕРЕВО. Вдих – ваші руки та плечі стають гіллям цього дерева. Видих – і ви переймаєте всі якості цього дерева: гнучкість, граціозність, міцність [99, с. 806].

Після завершення вправи поцікавтесь самопочуттям матерів, можливо в когось активізувались негативні спогади, про які бажано поговорити, за їх згодою.

3. Підведення підсумків заняття.

Сьогодні ми проробили вправу, що надала нам можливості активізувати внутрішні життєві сили. В якому образі вам було найкомфортніше? Розкажіть про свої враження після пройденої вправи.

Заняття 14.

Мета: підсумкова рефлексія проведеної психокорекційної роботи, підведення підсумків [124].

1. Початок заняття. Психолог: «Сьогодні в нас відбудеться робота з систематизації та узагальнення знань та навичок, які ми отримали протягом участі в тренінгу».

2. «Підведення підсумків роботи».

Давайте пригадаємо основні частини нашої роботи:

На початку тренінгу ми всі познайомилися та виробили групові правила. Як на Вашу думку, чи вдалося нам встановити ефективні правила і чи виконувалися вони в групі? Як Ви вважаєте, що дає групі вироблення правил?

У подальшій роботі ми виробляли або покращували навички розуміння

внутрішніх переживань, емпатичного переживання почуттів інших членів групи.

Також нами був вироблений груповий образ дитини з інвалідністю, що дало нам змогу по-іншому подивитися на проблеми, що супроводжують Вас. Ми розглядали перспективу розвитку дитини з інвалідністю та сприяння матері у вигляді підтримки в цьому процесі.

Також нами пропрацьовувалися внутрішньосімейні стосунки. В своїй роботі ми намагалися змінити вектор всебічної уваги від дитини з інвалідністю на інших членів родини. Як, на Вашу думку, це вдалось?

І в останньому блоці нашої тренінгової роботи ми займалися зміцненням внутрішніх ресурсів та сил матері дитини з інвалідністю. І пам'ятаємо: «Коли мати відчуває себе щасливою, тоді і її дитина може так само себе почувати».

3. Підведення підсумків заняття.

Психолог: «Можливо, хтось із учасників групи хоче поділитися своїми переживаннями? Ми з задоволенням вислухаємо».

Заняття 15.

Мета: завершення психокорекційного тренінгу, інтеграція.

Матеріали та обладнання: папір, олівці.

1. Початок заняття. Психолог: « Сьогодні останній день нашої тренінгової роботи. Ми присвятимо його побажанням один одному».

2. «Бачу в тобі силу».

Кожному з учасників роздається 15 аркушів паперу. Психолог: « Я прошу Вас написати кожному з учасників групи листа. Нехай цей лист залишить згадку про наші зустрічі. Обов'язково вкажіть особливі та сильні риси характеру учасника, якому Ви адресуєте листа.

3. Підсумкова рефлексія.

Психолог: « Обміняйтеся, будь-ласка, листами. Зараз пропоную по колу кожному підсумувати результати нашої з вами роботи. Які переживання у вас були на першому етапі роботи групи, чи змінювались вони в подальшому.

Який момент для Вас був найяскравіший, той, що найбільш запам'ятовся. Який настрій у Вас зараз. Як знання та досвід, що Ви отримали під час психокорекційної роботи можна використати в реальній життєвій ситуації. Як можна зміцнити стосунки в родині, покращити стосунки з дитиною. Які Ваші поведінкові стратегії сприятимуть ефективному розвитку дитини?

Я дякую за Вашу плідну працю. Сподіваюся, що досвід, який Ви отримали при груповій роботі, допомагатиме Вам в подальшому: в ставленні до дитини та її проблем, в допомозі та підтримці в її розвитку, в стосунках з усіма членами родини, в гармонізації шлюбних відносин. І пам'ятайте: Ви чарівні, привабливі, цікаві та сильні жінки!!!

Дякую! До побачення!

Апробація запропонованої психокорекційної програми відбувалася на базі Навчального семінару «Табір активної реабілітації для опікунів та людей з інвалідністю», що проводився за сприяння Національної Асамблеї Інвалідів України та Асоціації захисту та допомоги інвалідам «Відкриті серця». У період з 2011 по 2012 рік в даному заході взяло участь 30 матерів, що виховують дитину з інвалідністю. Запропоновано організаційну модель формувального експерименту психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів (таблиця 3.1.). Навчальний семінар проводився в три етапи:

1. Перший етап проводився в січні протягом 2011 року. На початку психокорекційної програми було проведено дослідження: тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна), депресивності (методика В.А. Жмурова), агресивності (методика А.Басса і А.Дарки) та материнських ставлень до дитини-інваліда (методика А.Варга, В.Століна). Матерям був запропонований комплекс методик (Додаток Д.), який вони опрацьовували.

Таблиця 3.1.

**Організаційна модель формувального експерименту з психокорекції
дезадаптованості матерів дітей-інвалідів**

Дата проведення	Засоби психокорекції					
	Попереднє експерим. дослідження	Теоретичний семінар (лекції, практичні заняття)	Групова тренінгова робота	Індивід консультування	Дистанційне консультування, телефонне консультування	Дослідження після психокор. роботи
Перший етап психокорекційної програми						
28.01.11	Експер. дослідження до психокор. програми					
29.01.11		Лекція 1, обговорення лекції.	Тренінгові заняття 1,2.			
30.01.11		Лекція 2, обговорення лекції.	Тренінгове заняття 3.			
31.01.11		Лекція 3, обговорення лекції.	Тренінгове заняття 4.			
1 02.11		Лекція 4, обговорення лекції.	Тренінгове заняття 5.			
Другий етап психокорекційної програми						
18.12.11		Лекція 5, обговорення лекції.	Тренінгове заняття 6.			
19.12.11		Лекція 6, обговорення лекції.	Тренінгове заняття 7.			
20.12.11		Лекція 7, обговорення лекції.	Тренінгове заняття 8.			
21.12.11		Лекція 8, обговорення лекції.	Тренінгове заняття 9.			
22.12.11		Лекція 9, обговорення лекції.	Тренінгове заняття 10.			
Третій етап психокорекційної програми						
8.05.12			Тренінгове заняття 11.			
9.05.12			Тренінгове заняття 12.			
10.05.12			Тренінгове заняття 13			
11.05.12			Тренінгові заняття 14, 15 Підсумкова рефлексія.			
12.05.12				Індив. консультації.		Експерим. дослідження після психокорекції.
Червень-вересень 2012р.				Індив. консультації. Підсумкова рефлексія.	Індив. консультації. Підсумкова рефлексія.	

Після проведеного експериментального дослідження учасникам психокорекційної програми був запропонований курс лекцій (Додаток Б), обговорення поданого матеріалу.

Теми лекційних занять першого етапу психокорекційної програми:

«Історичні передумови принципу нормалізації життєдіяльності людей з функціональними обмеженнями [6; 38; 39; 77]», «Тяжкі порушення опорно-рухового апарату. Інтелектуальна недостатність. Порушення зору. Дитячий аутизм [33; 41; 50; 78; 131]», «Комплексний характер психолого-педагогічної допомоги [6; 8; 22; 120; 139]», «Комунікація та розвиток комунікативних здібностей у дітей з порушеннями психофізичного розвитку [26; 50; 171]», «Сексуальне виховання дітей з функціональними обмеженнями [92]». Також було розпочато тренінгову програму (заняття 1-5).

2. Другий етап психокорекційної програми проводився в грудні 2011 року. Під час його проведення проходили лекційні заняття (лекція 5-9 Додаток Б.).

Для поглибленого закріплення набутих знань учасникам були запропоновані практичні заняття під час яких відбувались: обговорення лекційного матеріалу, розбір практичних завдань. Тематика лекційних занять наступна: «Психологічні проблеми сімейного виховання дітей з обмеженими можливостями [70; 71; 93; 96; 101; 111]», «Концепція ООН про права людей з інвалідністю [8]», «Психологічні аспекти незалежного проживання молодих людей з інвалідністю (Від закладів закритого типу до супроводжувального проживання) [8; 176; 178]», «Сім'я – важливий соціальний простір [111; 116; 126; 154; 167]».

На другому етапі було проведено з 6 по 10 тренінгові заняття.

3. Третій етап психокорекційної програми проходив в травні 2012 року. Під час проведення зазначеного етапу проводились заключні тренінгові заняття (11-15), після завершення яких була проведена підсумкова рефлексія, метою якої було узагальнення та осмислення набутих під час психокорекційної роботи навиків. Також було проведено повторне дослідження тривожності, депресивності, агресивності та материнських ставлень до дитини, з метою підтвердження ефективності запропонованої програми. Для підвищення ефективності запропонованої психокорекційної програми, учасникам було запропоновано ряд заходів: індивідуальні

психологічні консультації та телефонне консультування на базі Вінницького обласного центру соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій», дистанційне консультування в форумі соціальних мереж. Запропоновані форми роботи закріплюють та зміцнюють набуті під час психокорекційної роботи навички, допомагають застосовувати їх в реальних життєвих ситуаціях. Також фахівці, що здійснюють супровід матерів дітей-інвалідів допомагають у вирішенні нових критичних життєвих ситуацій.

Зазначені види психокорекції (індивідуальне, телефонне, дистанційне консультування) заплановані та проведені після основних етапів програми, з метою закріплення отриманих навичок, допомоги матерям у конфліктних ситуаціях, що виникають та для подальшого прогнозування психокорекційної роботи. Після завершення психокорекційної програми для закріплення та узагальнення набутих теоретичних та практичних навичок учасникам були запропоновані додаткові зустрічі з психологами для проведення занять метою, яких була підсумкова рефлексія.

3.3. Ефективність програми психокорекції дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів

Для підтвердження ефективності розробленої психокорекційної програми нами було проведено дослідження показників соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів до та після формувального експерименту.

Для проведення експериментального дослідження нами були виділені з попереднього дослідження такі показники дезадаптованості, як: висока особистісна тривожність матерів дітей-інвалідів, дещо завищені показники рівня депресивності, високі показники агресії. Також нами були виокремлені деякі негативні батьківські ставлення до дитини. Всі наведені особливості були досліджені до участі матерів в психокорекційній програмі та після неї.

Участь у психокорекційній програмі брала експериментальна група матерів дітей-інвалідів в кількості 30 осіб. Для виявлення ефективності корекційної програми була створена контрольна група матерів (30 осіб), які також виховують дитину-інваліда і не брали участі у психокорекційній програмі. Отримані результати корекційного експерименту були нами проаналізовані. Для виявлення достовірності відмінностей у вище названих показниках соціально-психологічної дезадаптованості до та після формуючого експерименту нами був використаний t-критерій Стьюдента.

Для дослідження змін у рівнях реактивної та ситуаційної тривожності матерів дітей-інвалідів обох груп ми використали методику Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна, результати якої представлені в таблиці 3.2. та на рис.3.2.

Із результатів дослідження виявлено, що рівень особистісної та ситуативної тривоги учасників експериментальної групи (ЕГ), у порівнянні з контрольною (КГ), значно знизився. Що пояснюється зняттям внутрішньої психологічної напруги, чому сприяли тренінгові заняття. Вправи тренінгу забезпечували вербалізацію внутрішніх переживань, груповий обмін досвідом, розуміння того, що глибокі негативні переживання притаманні всім членам групи, це суттєво знизило внутрішній дискомфорт та дало можливість усвідомити матерям експериментальної групи невідомі переживання та внутрішній незрозумілий страх. Зниження показників тривожності матерів дітей-інвалідів сприяє об'єктивній оцінці реальної життєвої ситуації та подальших перспектив розвитку дитини та функціонування сімейної системи, а також зменшенню впливу захисних механізмів та покращенню рефлексії. Зростання показників низької тривожності у матерів дітей-інвалідів експериментальної групи може пояснюватись або витісненням у частини матерів високої тривожності в несвідоме, що потребує більш ґрунтовної індивідуальної психокорекційної роботи або ж бажанням окремих з них продемонструвати себе якнайкращим чином, тобто демонстрацією соціально бажаної поведінки.

Таблиця 3.2

Особливості тривожності матерів дітей – інвалідів до та після психокорекційної роботи (пег = 30, пкг =30)

Показники тривожності	Рівні тривожності (у %)					
	Низький		Середній		Високий	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Реактивна тривожність у матерів (%) до експерименту	40	40	53,4	53,3	6,6	6,7
Реактивна тривожність у матерів після психокорекційної роботи (%)	53,4	40	46,6	53,4	0	6,6
Зміни реактивної тривожності	13,4	0	-6,8	0,1	-6,6	-0,1
Особистісна тривожність у матерів (%) до експерименту	20	20	70	70	10	10
Особистісна тривожність у матерів після психокорекційної роботи (%)	33,4	20	66,6	70	0	10
Зміни особистісної тривожності	13,4	0	-3,4	0	-10	0

Примітка: ЕГ – експериментальна група матерів дітей-інвалідів, що брали участь в психокорекційній програмі; КГ – контрольна група матерів дітей-інвалідів, що не брали участі в психокорекційній програмі.

Однак за допомогою бесіди та спостереження ми виявили ефективність здійснених нами впливів та заходів.

У контрольній групі матерів дітей-інвалідів спостерігається незначне збільшення особистісної тривожності, що може означати певне зростання їх особистісної дезадаптованості.

Для порівняння вибірових показників експериментальної та контрольної групи і для вирішення питання про те, чи є статистично достовірні відмінності середнього їх значення, нами використаний *t* – критерій Стьюдента.

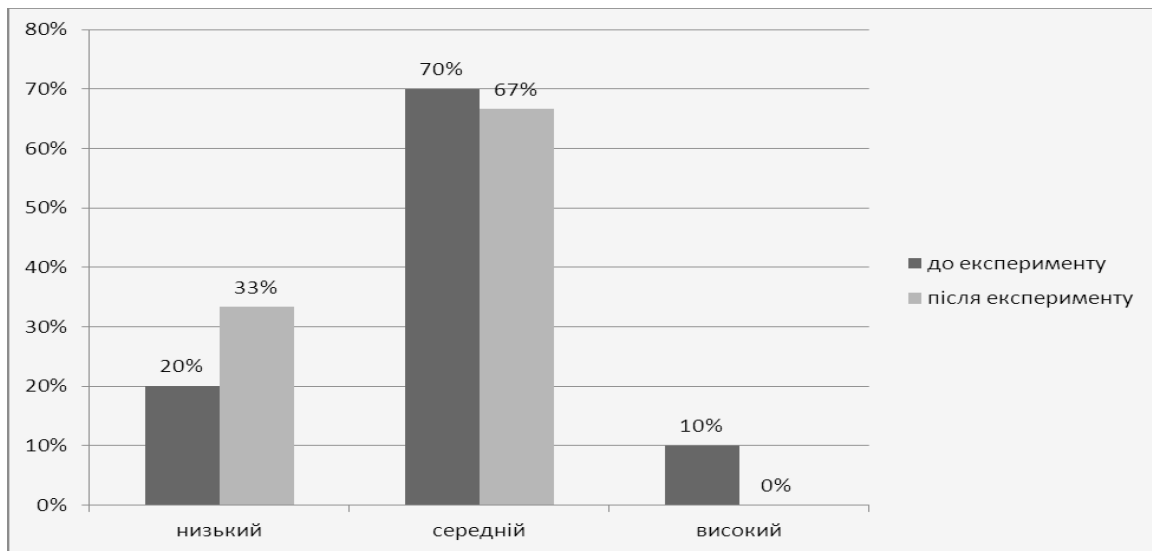


Рис 3.2. Особливості особистісної тривожності матерів дітей – інвалідів до та після психокорекційної роботи (пег = 30, пкг =30)

Його значення за показником особистісної тривожності матерів дітей-інвалідів до та після психокорекційної програми рівнялось $t = 2,24$. Воно підтверджує те, що порівнювальні значення з двох виборок показників особистісної тривожності дійсно статистично достовірно відмінні з вірогідністю допустимої помилки $p < 0,05$, тобто забезпечення точності підрахунків 95%, а припущання помилки майже 5%.

Для діагностики прояву у матерів дітей-інвалідів депресивних станів учасники психокорекційної програми були протестовані за методикою В.А. Жмурова [4, с.163], результати якої представлені в таблиці 3.3. та на рис. 3.3., 3.4.

Нами виявлені відмінності в результатах дослідження депресивних станів у групі матерів, в яких до участі в психокорекційній програмі були високі показники тривожності (1-а – група) та у матерів з середнім рівнем тривожності (2-а – група).

У першій групі досліджуваних матерів дітей-інвалідів спостерігається збільшення показників помірної та вираженої депресії та, відповідно, зменшення показників відсутності депресивних переживань, легкої та мінімальної депресії.

Таблиця 3.3

Депресивні стани матерів дітей-інвалідів до та після психокорекційної роботи

Категорії матерів	Рівні прояву депресії											
	1		2		3		4		5		6	
	ЕГ (%)	КГ (%)	ЕГ (%)	КГ (%)	ЕГ (%)	КГ (%)	ЕГ (%)	КГ (%)	ЕГ (%)	КГ (%)	ЕГ (%)	КГ (%)
Високотривожні до психокорекційної роботи (n _{ЕГ} = 20, n _{КГ} = 20)	20	20	20	20	60	55	0	0	0	0	0	0
Високотривожні після психокорекційної роботи (n _{ЕГ} = 20, n _{КГ} = 20)	0	20	0	20	40	55	40	0	20	0	0	0
Відмінності в групі високотривожних	-20	0	-20	0	-20	0	40	0	20	0	0	0
Середньотривожні до психокорекційної роботи (n _{ЕГ} = 10, n _{КГ} = 10)	10	10	20	20	30	30	40	40	0	0	0	0
Середньотривожні після психокорекційної роботи (n _{ЕГ} = 10, n _{КГ} = 10)	0	10	20	20	40	30	20	40	0	0	0	0
Відмінності в середньотривожній групі	-10	0	0	0	10	0	-20	0	0	0	0	0

Примітка: Рівні прояву депресії: 1 - депресія відсутня; 2 – депресія мінімальна; 3 – легка депресія; 4 – помірна депресія; 5 – виражена депресія; 6 – глибока депресія. ЕГ – експериментальна група матерів дітей-інвалідів, що брали участь в психокорекційній програмі; КГ – контрольна група матерів дітей-інвалідів, що не брали участі в психокорекційній програмі.

Можна зробити висновок, що в зв'язку із зниженням показників тривожності та зменшенням захисних механізмів, матері перейшли в своєму психологічному стані на 2-гу фазу – переживання втрати «Образу ідеальної дитини» [7].

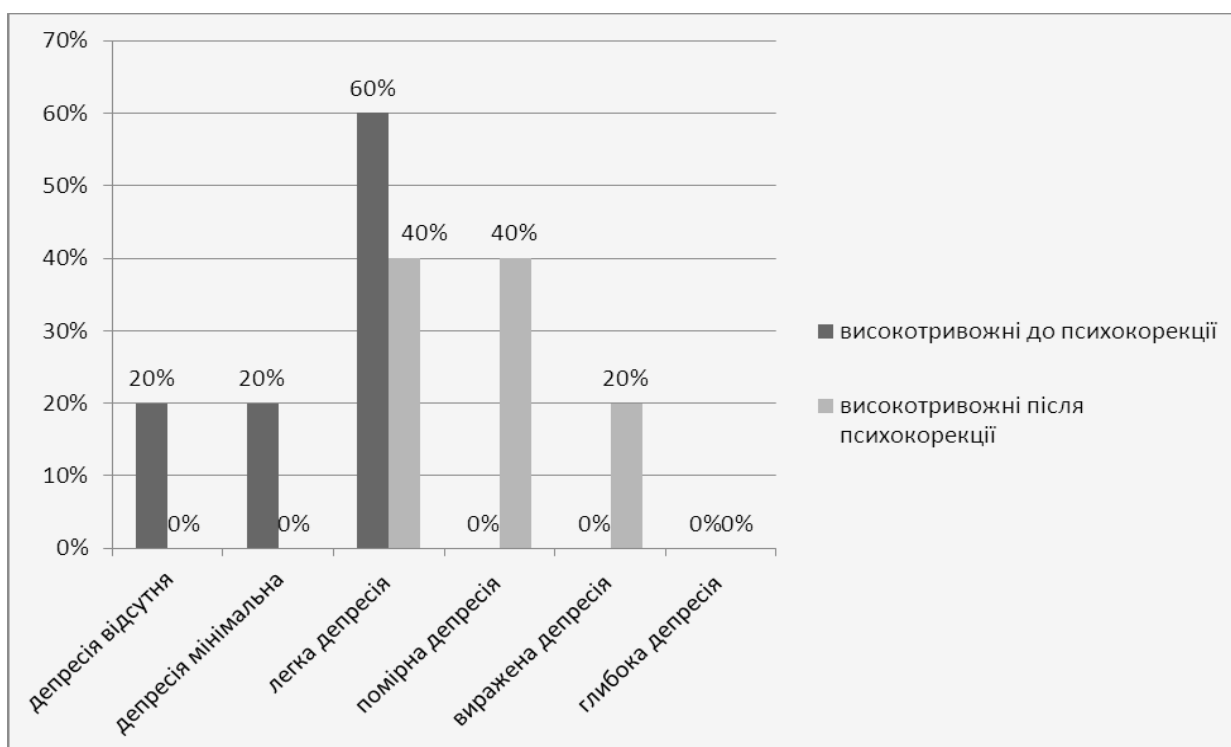


Рис. 3.3. Депресивні стани високотривожних матерів дітей-інвалідів до та після психокорекційної роботи.

До цієї фази належать: фаза агресії (гніву) та фаза депресії (непатологічної). Можна зробити припущення, що з одного боку – це переживання втрати чогось важливого, втрата мрії та сподівання; з іншого – тільки через депресивну фазу можна перейти до фази прийняття дитини з інвалідністю.

У другій групі матерів (середньотривожних) показники відсутності депресії можливо знизилися в результаті зменшення впливів захисних механізмів та реальної оцінки ситуації, а саме поміркованості та зваженості в їх поведінці. Показники вираженої депресії відсутні, а показники помірної депресії знизилися, що вказує на внутрішню стабілізацію особистості. Також у матерів з середнім рівнем тривоги спостерігається збільшення показників мінімальної та легкої депресії.

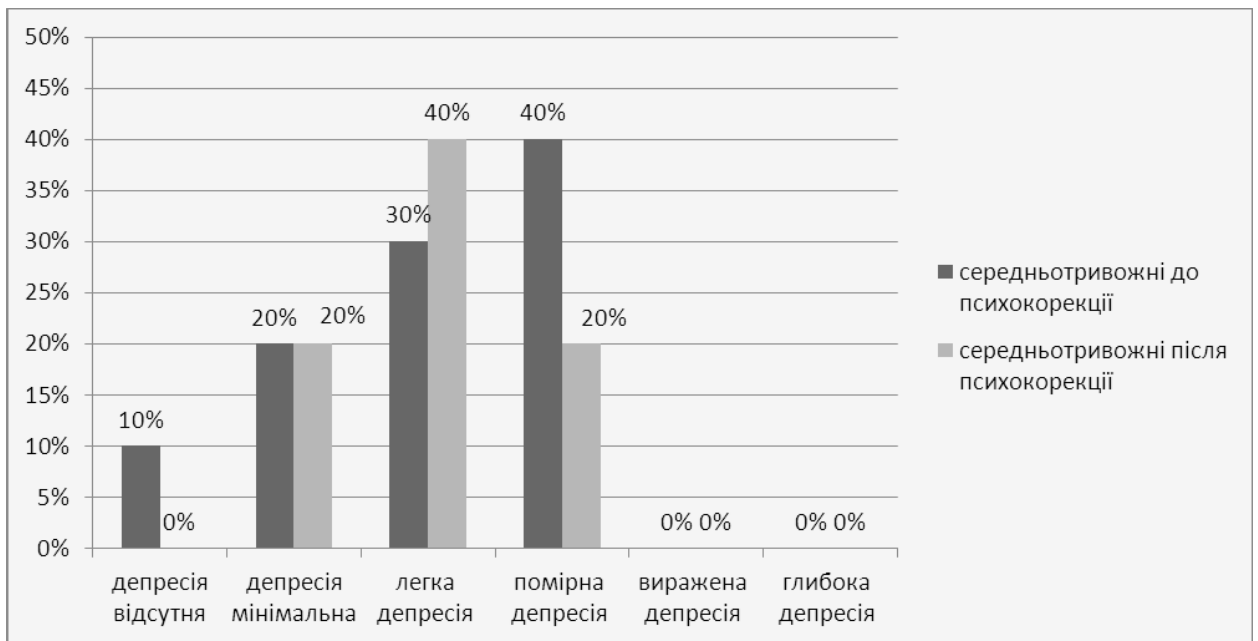


Рис. 3.4. Депресивні стани середньотривожних матерів дітей-інвалідів до та після психокорекційної роботи.

Це може бути пов'язано з тим, що вони дозволяють собі переживати сум, втрату образу здорової дитини. Зафіксувавшись всередині, живе горе може в подальшому стати важким тягарем для батьків. Одночасно із затримкою процесу горя утруднюються у батьків й процеси розвитку переживання горя. Життя продовжується, але здатність насолоджуватися ним зменшується через те, що приховане горе забирає сили.

Причиною того, що процес горя зупиняється, напевне, є те, що батьки не виражають або приховують його. Горе може зупинитись у будь-який момент, проте найчастіше це відбувається відносно рано після втрати. Батьки тоді намагаються повернути «Дитину мрії» [204; с.61].

Саме тому на намагання матері повернути «Дитину мрії» внутрішній опір, захистні механізми, як реакції на інвалідність дитини, давали відносно низькі показники депресії до початку психокорекційної роботи.

За допомогою методів психокорекції високотривожні матері вивільнилися від внутрішньої напруги та змогли відкрито горювати за «Дитиною мрії», а матері з середнім рівнем тривоги стабілізувалися до помірних показників депресії та перейшли до прийняття інвалідності дитини.

Зазначимо, що показники патологічної депресії в обох групах відсутні до

та після психокорекційної роботи. Даний вид депресії не був предметом нашого дослідження.

Для виявлення достовірності відмінностей у показниках рівня депресії до та після психокорекційного впливу нами використаний t – критерій Стьюдента. Розрахункове значення його склало $t = 4,4$. Дане значення підтверджує те, що зміни у показниках особистісної тривожності дійсно статистично достовірні з вірогідністю допустимої помилки $p < 0,01$, тобто ймовірність похибки складає менше 1%.

З метою діагностики показників та форм агресії після проведеної корекційної роботи нами було повторно використана методика А.Басса і А.Дарки. Результати дослідження подані в таблиці 3.4.

З наведених експериментальних показників рівня агресивності до та після психокорекційного впливу можна зробити висновки:

До проведення психокорекційної програми показники за шкалою «Почуття вини» були значно завищені в обох групах досліджуваних (у матерів з високим та середнім рівнем тривожності). Це вказувало на наявність стійких негативних внутрішніх переживань, які провокували розвиток патологічних механізмів захисту.

За І.Беликом [75, с. 204], провина, як чотирикомпонентне утворення особистості, має таку структуру:

1. Емоційний компонент (переживання дисфоричного характеру-пригніченість, страждання).
2. Когнітивний компонент, що включає в себе усвідомлення та аналіз скоєного, усвідомлення невідповідності «реального» та «ідеального», жалкування та розкаяння.
3. Мотиваційний компонент (бажання виправити або змінити ситуацію чи поведінку).

Таблиця 3.4

Показники і форми агресивності матерів дітей-інвалідів за методикою А.

Басса і А. Дарки

форми агресії	Категорії матерів											
	Високотривожні до психокорекційної роботи n _{ЕГ} = 20, n _{КГ} = 20		Високотривожні після психокорекційної роботи n _{ЕГ} = 20, n _{КГ} = 20		Відмінності у високотривожній групі		Середньотривожні до психокорекційної роботи n _{ЕГ} = 10, n _{КГ} = 10		Середньотривожні після психокорекційної роботи n _{ЕГ} = 10, n _{КГ} = 10		Відмінності в групі високотривожних	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Фізична	41,8	41,8	44	45	2,2	3,2	31,9	32,3	47,1	48,2	15,2	15,9
Вербальна	62,4	60,3	41,6	62,4	-20,8	2,1	51,2	49,7	44,5	51,2	-6,7	1,5
Опосередкована	52	51,2	75,4	55,3	23,4	4,1	46,8	45,2	61,3	47,3	14,5	2,1
Негативізм	44	43,2	36	44,3	-8	1,1	36	32,2	51,4	35,2	15,4	3
Роздратування	51,6	49,3	50,4	51,2	-1,2	1,9	43,2	41,3	37,3	43,8	-5,9	2,5
Підозрілість	61,2	59,8	68,2	60,2	6,6	0,4	58,3	56,7	56,6	57,8	-1,7	1,1
Образа	62,2	60,7	75,4	61,3	13,2	0,6	50,7	49,3	52	50,3	1,3	1
Почуття провини	72,6	69,8	68,2	70,3	-4,4	0,5	77	74,3	75,4	76,8	-1,6	2,5
Індекс агресивності	51,8	49,3	53,6	50,8	1,8	1,5	43,3	41,7	50,9	43,1	7,6	1,4
Індекс ворожості	60,7	59,7	62,4	60,3	1,7	0,6	54,4	49,3	54,3	49,3	-0,1	-

Примітка: ЕГ – експериментальна група матерів дітей-інвалідів, що брали участь в психокорекційній програмі; КГ – контрольна група матерів дітей-інвалідів, що не брали участі в психокорекційній програмі.

4. Психосоматичний компонент, пов'язаний з неприємними фізичними відчуттями (головний біль, нудота).

Після участі досліджуваних матерів у психокорекційному тренінгу показники за шкалою «Почуття провини» знизились як у досліджуваних з високим рівнем тривожності (на 4,4), так і середньотривожних (на 1,6).

Проте у матерів дітей-інвалідів з середнім рівнем тривоги до і після формувального експерименту показник за шкалою «Почуття провини» вищий, ніж у матерів з високим рівнем тривожності. Це може бути пов'язано з тим, що за іншими шкалами агресивності («Вербальна агресія», «Підозрілість», «Образа») у середньотривожних матерів показники не є настільки завищеними, як у матерів з високим рівнем тривоги. Дана особливість є негативною, оскільки вказує на те, що агресія матерів має

внутрішню спрямованість і не виражається, не виходить назовні. Зазначене може стати причиною розвитку психосоматичних захворювань та формування невротичних розладів особистості.

Показники за шкалою «Вербальна агресія», що були значно завищені в матерів з високим рівнем тривоги, зменшилися в обох досліджуваних групах після участі в тренінгу. Можливо, це пов'язано з тим, що вправи тренінгу переважно вербальні і за їх допомогою відбулося розрядження напруги, що сприяло зниженню даного виду агресивності.

За шкалою «Негативізм» ми отримали такі результати: у матерів з високим рівнем тривожності показники за даною шкалою зменшилися, у матерів з середнім рівнем тривожності показники значно збільшилися. Збільшення негативізму означає підвищення немотивованого опору, реакції матерів на психокорекційний вплив. Можна припустити, що при зменшенні показників провини та підозрливості аутоагресія трансформувалася в агресію, і стала спрямованою на зовні, тобто на оточуючих.

В обох групах матерів спостерігається значне підвищення опосередкованої агресії, що також спрямована на оточуючих і відповідає динамічному руху в напрямку прийняття інвалідності дитини.

Для виявлення достовірності відмінностей у показниках рівня розвитку різних видів агресії до та після психокорекційного втручання нами використаний t – критерій Стьюдента. Розрахункове значення за шкалою «Опосередкована агресія» склало $t = 2,6$. Таке значення свідчить про те, що зміни у показниках особистісної агресії дійсно статистично достовірні з вірогідністю допустимої помилки $p < 0,05$, тобто ймовірність похибки складає менше 5%.

Значення за іншими шкалами агресії вказують на відсутність достовірних відмінностей у їх показниках. Зазначене можна, напевне, пояснити тим, що під час трансформації аутоагресії в агресію на зовні, матері не зовсім чітко при діагностиці диференціювали свої власні переживання. За результатами аналізу та інтерпретації малюнків дітей з інвалідністю ми

зробили висновок про наявність підвищених показників фізичної агресії у їхніх матерів. Це може свідчити про факти самозвинувачення та самозасудження матерями себе та певного приховування ними своїх станів, надавання не зовсім достовірних відповідей на запитання методики за деякими шкалами.

Для виявлення психокорекційного впливу на батьківські ставлення матерів до дітей-інвалідів нами використана методика А.Варга, В.Століна. Результати дослідження представлені нами в таблиці 3.5. та на рис.3.5., 3.6.

Для порівняння змін типів ставлень матерів до дітей-інвалідів та для вирішення питання про те, чи є відмінності у середніх значеннях до та після психокорекційного впливу, нами був також використаний t – критерій Стьюдента, результати обрахунків подані в таблиці 3.5.

Із результатів дослідження можна зробити висновок, що у матерів з високим рівнем тривожності знизилися показники за шкалами "авторитарна гіперсоціалізація" та "соціальна бажаність поведінки". Тобто в батьківських ставленнях матерів до дітей зменшився авторитаризм, знизилася бажання контролювати всі сфери діяльності дитини, можливо, з'явилося усвідомлення наявності у дитини особистісного простору, відокремленого від материнського та ін.

Також можна стверджувати про зменшення «соціальних тривог» матерів, пов'язаних із страхом, що оточуючі не сприйматимуть дитину з інвалідністю та негативно ставитимуться до родин, в яких виховуються такі діти.

Такі результати можуть бути наслідком участі матерів у психокорекційній програмі, де вони знайомляться з іншими батьками дітей-інвалідів, мають можливість обмінюватися досвідом та дізнаються про сучасні соціальні проекти, спрямовані на покращення умов життя та розвитку людей з інвалідністю.

Таблиця 3.5

Результати діагностики ставлень матерів до дітей – інвалідів до та після психокорекційної роботи (за методикою А.Я. Варга, В.В. Століна)

Групи матерів	Типи батьківського ставлення (в балах)									
	Відторгнення		Соціальна бажаність		Симбіоз		Авторитарна гіперсоціалізація		Інфантилізація	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Високотривожних до корекції (п _{ЕГ} = 20, п _{КГ} = 20)	86,4	85,3	45,3	44,7	78,4	78,4	90,9	86,8	75,2	75,2
Високотривожних після психокорекції (п _{ЕГ} = 20, п _{КГ} = 20)	90,6	86,4	29	44,7	80,8	78,4	77,8	88,3	83	75,2
Відмінність у показниках групи високотривожних матерів	4,2	1,1	-16,3	0	2,4	0	-13,1	1,5	7,8	0
Матері з середнім рівнем тривоги до корекції (п _{ЕГ} = 10, п _{КГ} = 10)	72,7	73,3	33,4	36,3	77,3	77,3	78,6	77,3	80,5	77,3
Матері з середнім рівнем тривоги після психокорекції (п _{ЕГ} = 10, п _{КГ} = 10)	90,7	74,6	26,7	36,7	69,5	77,3	69	76,4	76,8	78,4
Відмінність у показниках матерів з середнім рівнем тривоги	18	1,3	-6,7	0,4	-7,8	0	-9,6	-0,9	-3,7	1,1

Примітка: ЕГ – експериментальна група матерів дітей-інвалідів, що брали участь в психокорекційній програмі; КГ – контрольна група матерів дітей-інвалідів, що не брали участі в психокорекційній програмі.

У матерів з високим рівнем особистісної тривожності після участі в психокорекційній програмі нами виявлено помітне підвищення результатів за шкалою «відторгнення», що відповідає переходу значення до шкали «прийняття».

Тобто у матерів, які брали участь у психокорекційній програмі, змінюється вектор ставлення у сторону прийняття інвалідності дитини, відповідно до біполярного потенціалу зазначеного ставлення, від дезадаптивного до адаптивного.

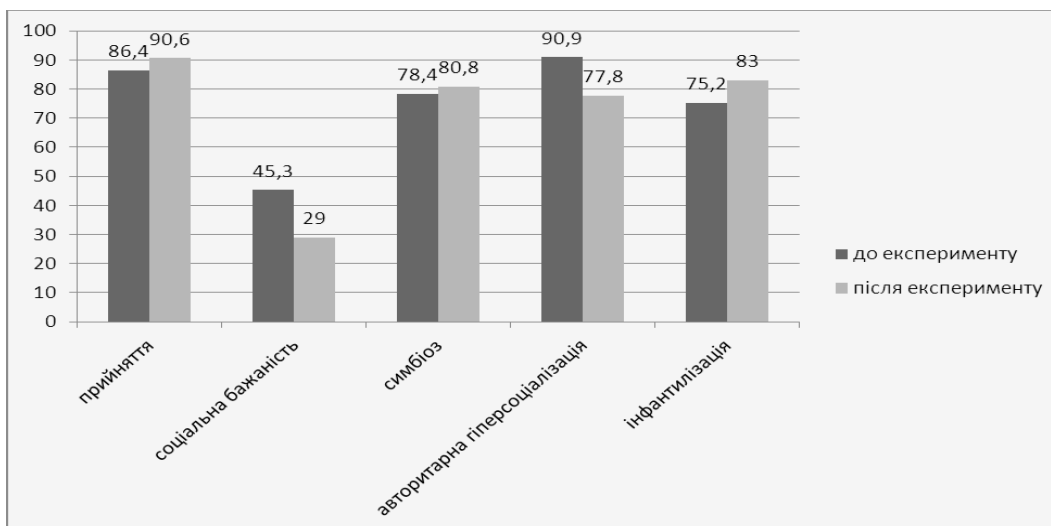


Рис.3.5. Результати діагностики ставлень високотривожних матерів до дітей – інвалідів до та після психокорекційної роботи (за методикою А.Я. Варга, В.В. Століна)

Встановлено зниження показників за шкалою «соціальна бажаність поведінки», що вказує на зростання зацікавленості матерів у справах дитини, прагнення допомогти та підтримати її, підкріплення ініціативи та активності.

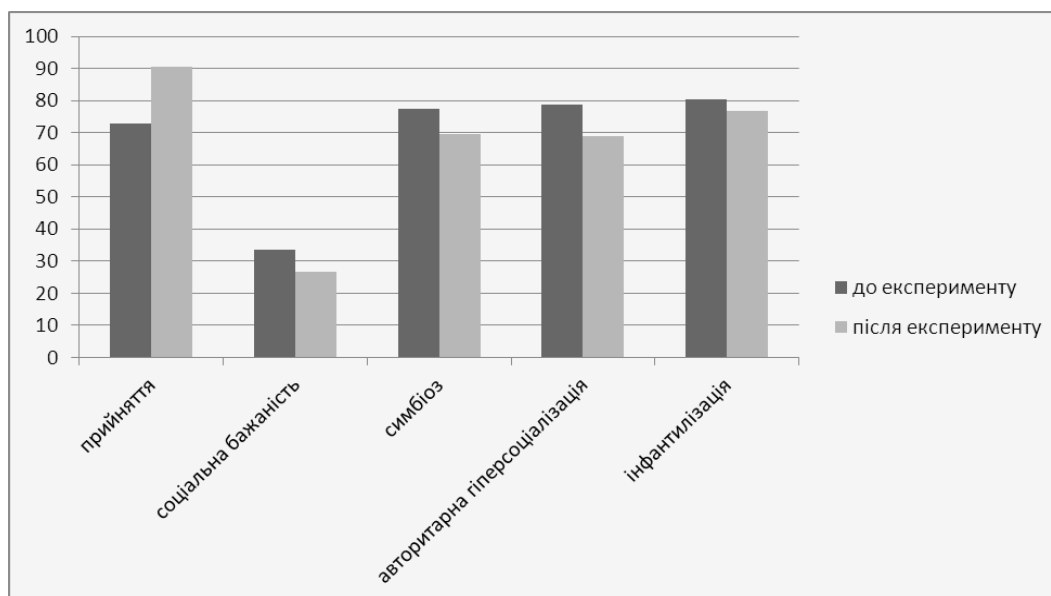


Рис.3.6. Результати діагностики ставлень середньотривожних матерів до дітей – інвалідів до та після психокорекційної роботи (за методикою А.Я. Варга, В.В. Століна)

Достовірних змін значень показників за шкалами «симбіоз» та «інфантилізація» за t-критерієм Стьюдента не виявлено (Таб.3.6).

Таблиця 3.6

Результати діагностики ставлень матерів до дітей – інвалідів до та після психокорекційної роботи (за методикою А.Я. Варга, В.В. Століна)

Етапи експерименту	Компоненти дезадаптованості матерів дітей-інвалідів									
	Емоційний		Поведінковий				Когнітивний		Комунікативний	
	Типи батьківського ставлення (в балах)									
	Прийняття/відторгнення		Соціальна бажаність		Авторитарна Гіперсоціалізація		Інфантилізація		Симбіоз	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
До психокорекції	79,55	79,3	39,35	40,5	84,75	80,05	77,85	76,25	77,85	77,85
Після психокорекції	90,65	80,5	27,85	40,7	73,4	82,35	79,9	76,8	79,05	77,85
t-критерій Стьюдента	2,48*	0,07	2,48*	0,69	1,66	1,3	0,07	0,56	0,68	0,52

Примітка. Умовні позначення: 1) ЕГ - експериментальна група, КГ – контрольна група; 2) позначка * вказує на рівень значущості $p < 0,05$.

Можна зробити висновок, що типи ставлень за вказаними шкалами є ситуативними, нестійкими, як компенсаторна реакція на розлуку з дитиною під час проходження тренінгу. Більшість батьків рідко відлучалися від дітей-інвалідів під час участі в психокорекційній програмі.

У матерів дітей-інвалідів з середнім рівнем тривоги за методикою діагностики батьківських ставлень А.Варга, В.Століна після участі їх в психокорекційній програмі спостерігалось зменшення показників за шками: "авторитарна гіперсоціалізація", "соціальна бажаність поведінки", «симбіоз», «інфантилізація».

Такі зміни є позитивними в ставленні матерів до дітей з інвалідністю та можуть бути зумовлені тим, що після корекції у них стало проявлятися більше прагнень допомагати дитині, співчувати їй, відчувати почуття гордості за дитину, вони підкріплюють ініціативу та самостійність дитини,

намагаються прийняти точку зору дитини в суперечливих ситуаціях.

У нашому дослідженні виявлено також збільшення показників за шкалою «прийняття – відторгнення» як у високотривожних, так і у матерів з середнім рівнем тривоги. Високі показники за даною шкалою є ознакою того, що у досліджуваних спостерігається позитивна динаміка в ставленні до дитини з інвалідністю: посилюється прийняття дитини такою, якою вона є, повага до дитини, підвищення симпатії до дитини, підкріплення інтересів дитини.

Для порівняння вибірових величин ставлень матерів до дитини-інваліда за шкалою «відчуття-відторгнення» до та після психокорекційної роботи використаний t – критерій Стюдента. Виявлено статистично позитивні зміни за даним показником на рівні достовірності $p < 0,05$. Це свідчить про позитивний вплив психокорекційної програми на зміни ставлень матерів до дітей-інвалідів.

Після формувального експерименту нами були встановлені зміни в когнітивному, поведінковому, комунікативному та емоційному компонентах дезадаптованості матерів дітей з інвалідністю:

1) сприймання дитини на когнітивному рівні («інфантилізація»), у високотривожних матерів проявляється в намаганні приписати дитині особистісну та соціальну неспроможність, зросло (7,8 бали), у матерів з середнім рівнем тривоги спостерігалось зменшення показників за даною шкалою, після участі в психокорекційній програмі. Тобто зменшення проявів дезадаптованості на когнітивному рівні відбулося лише у середньотривожних матерів, що може бути пов'язане з тим, що у високотривожних матерів емоційні переживання потребують більш тривалої корекційної роботи і лише тоді може відбутися їх позитивний вплив на когнітивну сферу;

2) інтегральне емоційне ставлення («прийняття-відторгнення»), відображає ставлення матерів до індивідуальності дитини. За даними формувального експерименту в обох групах досліджуваних матерів (високо-

тривожних та середньотривожних) після участі в психокорекційній програмі показники за шкалою «прийняття» збільшились, що вказує на позитивні зміни в прийнятті матерями дитини-інваліда, підтримки її інтересів та прагнень;

3) форми та спрямованість контролю за поведінкою дитини («авторитарна гіперсоціалізація», «соціальна бажаність поведінки») проявляються, як правило, в авторитаризмі, в нав'язуванні дитині своєї точки зору. За результатами корекційного експерименту видно, що у матерів дітей-інвалідів спостерігається зниження надмірного контролю за поведінкою дітей. Причому у високотривожних матерів показники покращення поведінкових конструктів дещо вищі, ніж у середньотривожних, що може бути зумовлено стабілізацією рівня тривожності після проведення тренінгових занять;

4) міжособистісна дистанція у спілкуванні з дитиною («симбіоз»), яка характеризується такими чинниками, як потяг до симбіотичних стосунків з дитиною, за результатами корекційного експерименту зазнала зниження показників у групі матерів дітей-інвалідів з середнім рівнем тривожності. Високотривожним матерям для зниження показників за шкалою «симбіоз» рекомендовано продовжити заняття в психокорекційній групі.

За результатами формувального експерименту можна зробити висновок про підтвердження гіпотези дослідження та достатньо високу ефективність розробленої нами психокорекційної програми, яка привела до суттєвого зниження соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів.

Висновок до розділу 3

За результатами формувального експерименту можна зробити наступні висновки:

1. Запропонована та експериментально апробована програма психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, що була спрямована на отримання позитивних змін в її

когнітивному, емоційному, комунікативному та поведінковому компонентах, дала позитивні результати. Відбулися позитивні зміни в батьківських ставленнях матерів до дітей-інвалідів, їх соціальній активності, прийнятті дитини.

2. Виявлено, що рівень особистісної та ситуативної тривоги у матерів, що виховують дітей-інвалідів, значно знизився, що пояснюється зняттям внутрішньої психологічної напруги, дискомфорту.

3. У групі досліджуваних матерів дітей-інвалідів спостерігаються позитивні зміни щодо депресивних переживань. Зазначене можна пояснити тим, що у зв'язку зі зниженням показників тривожності та зменшенням захисних механізмів матері перейшли в своєму психологічному стані з переживання втрати чогось важливого (втрати мрій та сподівань) до прийняття дитини з інвалідністю.

4. У матерів дітей-інвалідів знизилася почуття провини, вербальна агресія та аутоагресія трансформувалася в агресію, що суттєво знижує ризик появи психосоматичних захворювань.

5. Виявлені позитивні зміни в емоційному та поведінковому компонентах дезадаптованості в обох групах матерів дітей-інвалідів (високотривожних та середньотривожних). Покращення показників на когнітивному та комунікативному рівнях після реалізації психокорекційної програми відбулось лише у групі середньотривожних матерів. Високотривожні матері, що виховують дітей з інвалідністю, потребують більш тривалої психокорекційної роботи, що пов'язано з високим рівнем прояву у них негативних емоційних станів.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях:

1. Чухрій І.В. Особливості психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів / І.В.Чухрій // Науковий вісник Південно-українського національного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського. – 2013. – Спецвипуск. – С. 241-246.

2. Чухрій І.В. Особливості соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів та її психокорекція / І.В.Чухрій // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. [Електронне видання]. – 2013. – Випуск 1.

3. Чухрій І.В. Психолого-педагогічні засоби корекції дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів /І.В. Чухрій// Деструктивні емоційні стани учнів: генеза, психологічні механізми, профілактика та корекція: зб. наук. праць. – Вінниця: ВОПОПП, 2012. – С. 117-120.

4. Чухрій І.В. Переживання посттравматичних станів батьками, що виховують дитину з функціональними обмеженнями / І.В.Чухрій // Психологічна хвиля: збірник матеріалів I Межрігіональної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми практичної психології». – Вінниця, 2012. – Випуск 2. – С. 28-30.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено нове теоретико-експериментальне узагальнення, наукове розв'язання проблеми соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда. Розроблено модель її розвитку та програму психокорекції, які апробовані в експерименті.

Дослідження, виконане у цьому контексті, дозволяє зробити наступні висновки:

1. Народження дитини з інвалідністю викликає в батьків соціально-психологічну дезадаптованість, яка сильніше проявляється в матерів. Дезадаптованість та особистісне переживання матерів мають певну стадійність і зумовлені: 1) зовнішніми факторами (умовами та чинниками): інвалідністю дитини, напруженими взаєминами з іншими членами сім'ї, низьким ступенем особистісної реалізації в соціумі, розладами в родині (чоловік залишає сім'ю, конфлікти з батьками) та ін., труднощами спілкування з малознайомими людьми в незвичних ситуаціях; 2) внутрішніми чинниками: наявністю внутрішніх конфліктів (між власними почуттями та обов'язком), тривожністю, депресивністю, агресивністю, акцентуаціями характеру. Дезадаптованість матерів проявляється через неадекватне ставлення до дитини. Виокремлено компоненти дезадаптивного ставлення: емоційний – розкрито через ставлення «відторгнення», поведінковий – через «гіперсоціалізацію», «соціальну бажаність поведінки», когнітивний – через «інфантилізацію», комунікативний компонент розкривається через ставлення «симбіоз з дитиною».

2. Для вивчення соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів та особливостей їх ставлення дібрано та застосовано комплекс психодіагностичних методик, які доповнювались методами спостереження, опитування, проєктивною малюнковою методикою тощо.

3. Встановлено, що серед жінок, які виховують дитину-інваліда, дезадаптованими є 36,6%, що вказує на поширеність досліджуваного явища.

На відміну від матерів дітей з типовим розвитком вони відзначаються значно нижчим рівнем самоприйняття та прийняттям інших, тенденцією до інтернальності та вираженим прагненням до домінування. Зазначені характеристики поєднуються в складній динаміці особистісного переживання матір'ю інвалідності дитини.

4. Виявлено, що соціально-психологічна дезадаптованість матерів найбільшою мірою проявляється через деформоване ставлення до дитини-інваліда у поведінковому та комунікативному компонентах, що свідчить про надмірний авторитаризм, недооцінку матерями соціальної активності дітей-інвалідів та потяг до симбіотичних стосунків. Також виявлено значимі показники дезадаптованості у емоційному та когнітивному компонентах, що вказує на проблему матерів у прийнятті дитини з інвалідністю, недооцінку її особистісного потенціалу, приписування соціальної неспроможності.

5. Отримані дані вказують на провідне значення тривожності як чинника, що опосередковує травмуючий вплив ситуації «особливого материнства» та позначається на результатах адаптації до неї. Виявлено, що високотривожні матері дітей-інвалідів характеризуються: високим рівнем прояву агресії та депресії, залежністю від впливів середовища, товариськістю, яка переважно виявляється у стосунках з сім'ями, які також виховують дитину з інвалідністю; матерям дітей-інвалідів з середнім рівнем тривожності притаманні: значно нижчі рівні агресії та депресії, відносна незалежність від зовнішнього впливу, орієнтованість на власну думку, але разом з наведеними характеристиками можлива схильність до психосоматичних захворювань. За результатами дослідження можна зробити висновок, що у високотривожних матерів дітей-інвалідів в більшій мірі проявляється соціально-психологічна дезадаптованість, ніж у середньотривожних.

Встановлено зовнішні фактори соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину з інвалідністю: факт інвалідності дитини, напруження взаємин в сім'ї, соціальна ізоляція, низький

ступінь особистісної реалізації в соціумі, проблеми професійного самовираження та ін.

Вище зазначені показники дезадаптованості матерів дітей-інвалідів засвідчили про необхідність проведення з ними психокорекційної роботи.

6. Запропоновані програма психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів та її модель, що охоплювали: просвітницький, консультативний та корекційний блоки роботи.

За результатами формувального дослідження виявлено зростання показників емоційного та поведінкового компонентів соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, що вказує на позитивні зміни в прийнятті матерями факту інвалідності дитини, зменшення авторитаризму та бажання контролювати всі сфери діяльності дитини, збільшення підкріплення ініціативи та активності та зменшення соціальних тривог матерів тощо.

Показники когнітивного та комунікативного компонентів соціально-психологічної дезадаптованості потребують додаткової психокорекції, наприклад, тренінгу з розвитку комунікативних вмій.

7. Було проведено порівняльне дослідження внутрішніх чинників соціально-психологічної дезадаптованості до та після участі матерів дітей-інвалідів в психокорекційній програмі. Виявлено, що рівень особистісної тривоги у матерів зазначеної групи значно знизився, дана особливість пояснюється зняттям внутрішньої психологічної напруги та дискомфорту.

Після формувального експерименту в групі високотривожних матерів дітей-інвалідів виявлено збільшення показників депресії, зменшення вербальної агресії, почуття провини, негативізму та підозрливості. Дану особливість можна пояснити тим, що в зв'язку із зниженням показників тривожності та зменшенням впливу захисних механізмів вони перейшли в своєму психологічному стані з фази агресії (гніву) у фазу депресії, що відповідає динаміці переживання втрати образу «ідеальної дитини» та рух у напрямку прийняття дитини з інвалідністю. В групі середньотривожних

показники депресії знизились, що вказує на внутрішню стабілізацію особистості матері та перехід даної групи до переживання прийняття інвалідності дитини, що в подальшому надасть можливість конструктивної взаємодії членів досліджуваних сімей.

Отже, за результатами формувального експерименту можна зробити висновок про достатньо високу ефективність розробленої психокорекційної програми.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми, що розглядається. Предметом подальших досліджень можуть стати вивчення впливу інвалідності дитини на формування соціально-психологічної дезадаптованості інших членів родини; особливостей дезадаптованості членів родин дітей-інвалідів в ситуації конфліктів, впливу темпераменту матерів дітей-інвалідів та інших психологічних чинників на динаміку їхньої дезадаптованості та ін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. **Абрамова, Г.С.** Возрастная психология : учебное пособие для студентов вузов / Г.С. Абрамова. – Екатеринбург : Деловая книга, 2002. - 704 с.
2. **Адлер, А.** О невротическом характере. : [пер. с англ. и нем.] / А. Адлер. - СПб. : Университетская книга: - М., 1997.- 250 с.
3. **Адлер, А.** Наука жить. : пер. с англ. и нем. / А. Адлер. - К. : PORT- ROYAL, 1997.- 288 с.
4. **Айзенк, Г.Ю.** Структура личности / Г.Ю. Айзенк / Пер. с англ. О. Исакова, И.Авидон, О. Шеховцев, А. Шишко. – СПб.: Ювеста. – М., 1999. – 464с.
5. **Аймедов К.В., Жогно Ю.П., Сторож В.В.** Взаємодія соціальної та медичних ланок паліативної та хосписної допомоги інвалідам та невиліковно хворим / Аймедов К.В., Жогно Ю.П., Сторож В.В.// Таврический журнал психиатрии. – 2013. - №1 С.4 – 8.
6. **Актуальні проблеми** навчання та виховання людей з особливими потребами: зб. наук. пр. / за заг. ред. П.М. Таланчука, Г.В.Онкович.- К.: Університет “ Україна”, 2002. – 339 с.
7. **Актуальні проблеми** навчання та виховання людей з особливими потребами: тези доповідей. - К.: Університет « Україна», 2003.-С.256.
8. **Аксенова, Л.И.** Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии / Л.И. Аксенова // Дефектология. – 1997. – №1. – С. 3-10.
9. **Ананьев, Б.Г.** О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев.- М. : Наука, 1977. - 380с.
10. **Аметова, Є.Р.** Про значення сім'ї у формуванні вільної особистості дитини [Текст] / Є.Р.Аметова // Педагогіка і психологія. - 2006. - №2.-С. 36-43.
11. **Алешина, Ю.Е.** Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алешина – Изд. 2-е. – М. : Независимая фирма «Класс», 2007.- 208 с. – (Библиотека психотерапии).
12. **Балл, Г.М.** Понятие адаптации и его значение для психологии личности

/ Г.М. Балл // Вопросы психологии. - 1989. - №1. - С. 92 - 100.

13. **Барбру** Леннер - Аксельсон, Ингела Тюлефорс Психосоциальная помощь населению / Барбру Леннер – Аксельсон, Ингела Тюлефорс – М. : Наука, 1998.-232с.

14. **Бачков**, И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учеб. пособ. / И.В. Бачков.- 3-е изд., перераб. и доп.-М. : Ось – 89, 2007.-259с.

15. **Березин**, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. - Л. : Наука, 1988 - 270 с.

16. **Бернс**, Р. Развитие Я – концепции и воспитание / Р. Бернс. – М. : Прогресс, 1986. – 422с.

17. **Бех**, І.Д. Духовні цінності в розвитку особистості / І.Д. Бех // Педагогіка і психологія. - 1997. - №1. - С. 124 - 129.

18. **Божович**, Л.И. Проблемы формирования личности / Л.И. Божович: Под редакцией Д.И. Фельдштейна / Вступительная статья Д.И. Фельдштейна. – М. : Издательство «Институт практической психологии», Воронеж : НПО «МОДЕК», 1995. – 352 с.

19. **Бондаренко**, А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика: Учеб. пособие для студентов ст. курсов психол. фак. и отд-ний ун-тов / А.Ф. Бондаренко. - К. : Укртехпрес, 1997.- 216 с.

20. **Бондаренко**, О.Ф. Психологічна допомога особистості: (Учб. посібник для студентів ст. курсів психол. фак. та від-нь ун-тів) / О.Ф. Бондаренко. – Харків : Фоліо, 1996. – 237 с.

21. **Большая энциклопедия** психологических тестов / Автор-составитель А. Корелин. - М.: Эксмо, 2006. – 416 с.

22. **Боровая**, Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей / Л.П. Боровая // Социально-педагогическая работа. – 1998. – №6. – С. 59-63.

23. **Боровикова** Н.В., Кораблина Е. П., Посохова С.Т. Адаптация к новому образу «Я» у беременных женщин //Вестник Балтийской педагогической академии. – СПб., 1998. – Вып. 15. – С. 81-86.

24. **Боулби, Дж.** Привязанность: Пер. с англ./ Дж. Боулби. - М. : Гардарики, 2003. - 477 с.
25. **Боулби, Дж.** Создание и разрушение эмоциональных связей. / Дж. Боулби. -М. : Академический проект, 2004. - 232 с.
26. **Бочелюк, В.Й.** Психологія людей з обмеженими можливостями: навч. посіб. для студ. вузів/ В.Й. Бочелюк, А.В. Турубарова . - К. : ЦУЛ, 2011. - 264с.
27. **Братусь, Б.С.** Про механизмы целеположения / Б.С. Братусь // Вопросы психологии.- 1977.- №2.- С.121-124.
28. **Бугерко Я.** Рефлексивна організація модульно-розвивального навчання / Ярослава Бугерко //Віта культурний млин: методологічний альманах. – 2010. – Модуль 11. – С. 17 – 23.
29. **Бутківська, Т.В.** Ціннісний вибір соціалізації учнів / Т.В. Бутківська // Педагогіка і психологія. – 1997.- №1.- С. 130-137.
30. **Варій, М.Й.** Психологія особистості: навч. посібник / М.Й. Варій. - К. : Центр учбової літератури, 2008. – 592с.
31. **Василюк, Ф.Е.** Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е/Василюк. - М. : МГУ, 1984. -200 с.
32. **Васьківська, С.В.** Соціально- психологічний супровід клієнтів: технологія ведення консультативного діалогу: навч. посіб. / С.В.Васьківська.- К.: В. Главник, 2006.-128с.
33. **Ватерс, Л.** Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей: Сборник упражнений для специалистов и родителей / Л. Ватерс, М. Ланзинд, Э. Шонглер. – Мн. : Издательство БелАПДИ, 1997. – 18 с.
34. **Вачков, И.В.** Психология тренинговой работы: содержательные, организационные и методические аспекты ведения тренинговой группы / И.В. Вачков. - М. : Эксмо, 2007.- 416с.
35. **Выготский, Л.С.** Мышление и речь / Л.С. Выготский // Собр. соч.-Т.2. -М. : Педагогика, 1982.- С. 5 -361.
36. **Выготский, Л.С.** Педагогическая психология / Л.С. Выготский . - М. :

Педагогика, 1991.-480 с.

37. **Выготский, Л.С.** Собрание сочинений: в 6-ти т. / Л.С. Выготский. - Т.5.: Основы дефектологии / Л.С. Выготский / Под. ред.Т.А. Власовой.- М. : Педагогика, 1983. - 368с.

38. **Вісник психологічної** служби Київщини : Випуск 1. – Біла Церква : КОПОПК, 2009. – 116 с.

39. **Вісник психологічної** служби Київщини : випуск 2. – Біла Церква : КОПОПК, 2010. – 185 с.

40. **Витакер Д.С.** Группы как инструмент психологической помощи / Д.С. Витакер / Пер. с англ. В.П. Чурсина. – М. : Независимая фирма «Класс», 2006.- 432с.

41. **Вишневский, В.А.** Влияние динамики моторных нарушений у больных ДЦП на психическое состояние их родителей / В.А. Вишневский // Вопросы клинической психиатрии : тез. докл. науч.-практич. конф. / под ред. А.Д. Ткачева. – Кемерово, 1985.- С.38 - 42.

42. **Волков, А.М.** Деятельность: структура и регуляция (психологический анамнез) / А.М. Волков, Ю.И. Микадзе, Г.Н. Солнцева. - М. : Изд-во СГУ, 1987.- 215с.

43. **Волковская, Т.Н.** Особенности работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения для детей с нарушениями развития / Т.Н. Волковская // Коррекционная педагогика.- 2003. - №2. - С.62-70.

44. **Волковская, Т.Н.** Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова. – М. : Книголюб, 2004. – 104 с.

45. **Воложин, А.И., Субботин Ю.К.** Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления / А.И. Воложин , Ю.К. Субботин. - М. : Изд-во МГУ, 1987. - С. 34.

46. **Гаджиева И.М., Никитина Н.Н., Кислинская Н.В.** Основы самосовершенствования: Тренинг самосознания. – Екатеринбург : Деловая книга, 1998. -144 с.

47. **Газман, О.С.** Педагогика свободы: путь в гуманистическую цивилизацию XXI века / О.С. Газман // Класный руководитель : научно – метод. журнал / гл. ред. В.М. Лизинский.-2000.-№3.- С. 6-33.
48. **Гальперин, П.Я.** Происхождение и современное состояние когнитивной психологии // Вопросы психологии. -1983. -№3. - С.159-161.
49. **Гимельштейн, Е.Э.** Реабилитация онкобольного ребенка в детском саду / Е.Э Гимельштейн, Л.Н. Мицкевич, Е.С. Ящук // Социально – педагогическая работа.- 1998.- №6. – С. 41-44.
50. **Гермашева, И.В.** Педагогические условия реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья / И.В. Гермашева // Начальная школа. – 2008.- №2.- С.11-14.
51. **Глозман, Ж.М.** Общение и здоровье личности : учеб. пособ. для студ. высш. учеб. заведений / Ж.М. Глозман. - М. : Академия, 2002.- 53с.
52. **Гордеева, Т.В.** Роль близкого взрослого в становлении образа «Я» у ребенка с задержкой психического развития / Т.В. Гордеева, Г.А. Мишина // Социально – педагогическая работа.- 1998.- №6. – С.47-52.
53. **Глэддинг, С.** Психологическое консультирование. - 4-е изд./ С. Глэддинг. – СПб. : Питер, 2002. – 736 с.
54. **Григорьева, В.Н.** Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли / В.Н. Григорьев.- Нижний Новгород : Изд – во Нижегородской гос. мед. акад., 2004.-6с.
55. **Гуманистическая и трансперсональная психология: Хрестоматия** / Сост. К.В. Сельчак. - Мн. : Харвест. - М. : АСТ, 2000.- 320 с.
56. **Гуменюк, О.Є.** Спонтанно – духовна організація Я-концепції універсума: Лекція / О.Є Гуменюк. - Тернопіль : Економічна думка, 2003. - 40 с.
57. **Гуровец, А.А.** Опыт оказания психосоциальной помощи онкологическим больным детям и их родителям в Королевстве Норвегия / А.А. Гуровец // Социально – педагогическая работа.- 1998. - №5.- С.81-90.
58. **Гришина, Н.В.** Психология конфликта / Н.В. Гришина. - СПб. : Питер, 2002. – 464 с.

59. **Громова, О.Н.** Конфликтология /О.Н. Громова. - М. : ЭКМОС, 2000. – 320 с.
60. **Гримак, Л.П.** Резервы человеческой психики: введение в психологию активности / Л.П. Гримак. - М. : Изд-во МГУ, 1987.-157 с.
61. **Гремлинг, С., Ауэрбах С.** Практикум по управлению стрессом / С. Гремлинг, С. Ауэрбах. - СПб. : Питер, 2002. – 240 с.
62. **Гештальт и психодрама в работе с детьми и родителями /** Под общ. ред. Н.Б. Долгополова, И.С. Дьяченко, Е.В.Шувариковой.- М. : ГиП, 1997. -50 с.
63. **Групповая психотерапия /** Под. ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. - М.: Медицина, 1990. - 384 с.
64. **Григорьева, В.Н.** Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли / В.Н. Григорьева.- Нижний Новгород : Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004.- 420с.
65. **Дилео, Джон** Детский рисунок: Диагностика и интерпретация / Пер. с англ. Е. Фатюшиной. – 2-е изд., испр. – М.: Апрель Пресс, Психотерапия, 2007. – 256 с. (Серия «Детская психология»).
66. **Дитина в прийомній сім'ї: нотатки психолога /** Г.М. Бевз, І.В. Пеша.- К. : Український ін-т соціальних досліджень, 2001.- 101с.
67. **Дичев, Т.Г.** Методологические и социальные проблемы адаптации человека. Дис. канд. психол. наук / Т.Г. Дичев. - М., 1973. - 201с.
68. **Дьяченко, М.И., Кандыбович, В.А.** Готовность к деятельности в напряженных ситуациях : психологический аспект / М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович, В.А. Пономаренко.-Минск : Изд-во БЮГУ, 1985.-148с.
69. **Дьяченко, М.И.** Психологические проблемы готовности к деятельности / М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович.- Минск : Изд-во БГУ, 1976.-176с.
70. **Эйдемиллер, Э.Г.** Методы семейной диагностики и психотерапии. Методическое пособие / Э.Г. Эйдемиллер / Под общей редакцией А.И. Вассермана. - М.: Школа – Пресс, 1996. – 635с.
71. **Эйдемиллер, Э.Г, Юстицкис В.** Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. -3-е изд.- СПб. : Питер, 2002.- 656с.

72. **Забродин, Ю.М.** Психология личности и управление человеческими ресурсами / Ю.М. Забродин.-М. : Филстатинформ, 2002.-360с.
73. **Заваденко, Н.Н.** Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания / Н.Н. Заваденко. – М. : Школа-Пресс 1, 2001. – 128 с.
74. **Занюк, С.С.** Мотиваційний тренінг (Як учитися спонукати себе та інших до ефективної діяльності) : спецпрактикум з психології мотивації / С.С. Занюк.- Луцьк: Ред-вид. від. Волин. держ. ут-ту ім. Лесі Українки, 1998.- 64с.
75. **Ильин, Е.П.** Эмоции и чувства. - 2-е изд. / Е.П. Ильин - СПб.: Питер, 2001. - 783 с.
76. **Исаев, Д.Н.** Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. - СПб. : Речь, 2005. - 400 с.
77. **Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції** : зб. теорет. та метод. матеріалів для працівників соціальних служб для молоді / упорядник І.Д. Зверева, І.Б. Іванова. - К. : А.Л.Д., 1995.- 96с.
78. **Калижнюк, Э.С.** Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. – К.: Высшая школа, 1987. – 272 с.
79. **Короленко, Ц.П.** Психофизиология человека в экстремальных условиях / Ц. П. Короленко. - М. : Медицина, 1978. – 271с.
80. **Комар, Т.О.** Особливості розвитку ціннісно – потребової сфери студентів з обмеженими можливостями / Т.О. Комар // Психологія і суспільство : укр. наук.- економ. та соціально – психолог. часопис / гол. ред. Анатолій Фурман.- 2003. - №4.- С.110 - 117.
81. **Комар, Т.О.** Соціально - психологічна дезадаптація батьків, які виховують дитину інваліда / Т.О. Комар / Нові технології навчання. Збірник наукових праць. Шляхи розвитку духовності та професіоналізму за умов глобалізації ринку освітніх послуг//Спец. Випуск №48. Частина 1.:Інститут Інноваційних технологій і змісту освіти. Міністерство освіти і науки України, Вінницький соціально економічний інститут Університету Україна. – Київ-Вінниця, 2007.-С.231-237.

82. **Каткова, Т.** Соціально-педагогічний супровід проблемних родин: система роботи/ Т. Каткова // Соціальний педагог. – 2011.- №4.- С. 35-40.
83. **Кохут, Х.** Анализ самости: систематический подход к лечению нарцисстических нарушений личности / пер. с англ. / Х. Когут. – М. : «Когито-Центр», 2003. – 368 с.
84. **Кроки** до компетентності та інтеграції в суспільство : наук.-метод. зб. / редкол. Н. Софій, І. Єрмаков [та ін.]. – К. : Контекст, 2000. – 336с.
85. **Кучеренко С.** Методологічні підходи до вивчення самосвідомості особистості / С. Кучеренко // Віта культурний млин: методологічний альманах. – 2008. – Модуль 7. – С. 17 – 21.
86. **Леонгард, К.** Акцентуации личности / К. Леонгард. – К. : Вища школа, 1989. – 392с.
87. **Леонтьев, Д.А.** От социальных ценностей к личности: социогенез и феноменология ценностной регуляции деятельности / Д.А. Леонтьев // Вестник МГУ, сер. 14. Психология. – 1996. - №4. – С. 10-19.
88. **Либлинг, М.М.** Холдинг – терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка / М. М. Либлинг // Дефектология. – 1996. - №3. С. 56-66.
89. **Либина, А.,** Либин А. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными обстоятельствами / А. Либина, А. Либин // Стиль человека: психологический анализ. - М. : Смысл, 1998.- С.190-204.
90. **Льовочкін, В.А.,** Томчук М.І., Якимчук Т.В. Психічні стани особистості в установах виконання покарань.: Монографія / В.А Льовочкін., М.І Томчук., Т.В. Якимчук. - Хмельницький, НВП “Еврика”, 2003. - 148 с.
91. **Лубовский, В.И.** Высшая нервная деятельность и психологические особенности детей с задержкой психического развития / В.И. Лубовский // Дефектология. – 1972. – № 4. – С. 21-32.
92. «**Любовь** – самая прекрасная жизнь!» : Сексуальность людей с умственными ограничениями: сборник материалов / сост. Гулякевич А.Ф.,

Титова Е.Г. – Минск : Вараксин А.Н., 2009. – 80 с.

93. **Мазурова, Н.В.** Влияние внутрисемейных отношений на формирование личности глухого школьника: автореф. дис. канд. психол. наук / Н.В. Мазурова. – М., 1997. – 16 с.

94. **Мазурова, Н.В.** Влияние внутрисемейных отношений на становление патологических черт личности ребёнка / Н.В. Мазурова // Дефектология. – С. 42-47

95. **Майрамян, Р.Ф.** Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей / Р.Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. / под ред. В.М. Банщикова, Н.М. Шибанова. – М., 1974. – Т. 2. – С. 295-297.

96. **Майрамян, Р.Ф.** Семья и умственно отсталый ребенок: автореф. дис. канд. мед. наук / Р.Ф. Майрамян. – М. : Наука, 1976. – 24 с.

97. **Максименко, С.Д.** Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем развития психологии) / С.Д. Максименко. – М. : Рефл-бук; К. : Ваклер, 2000.- 320с.

98. **Максименко, С.Д.** От психологического обеспечения к психологическому сопровождению / С.Д. Максименко, Г.В. Ложкин, А.Б. Колосов // Практична психологія та соціальна робота : наук. – практи. освітньо – метод. журн. / гол. ред. Губенко О.В.- 2010. - №2. – С. 1-10.

99. **Малкина - Пых, И.Г.** Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина – Пых. - М. : Эксмо, 2008.- 928с.

100. **Малкина - Пых, И.Г.** Психосоматика : справочник практического психолога / И.Г. Малкина – Пых. - М. : Эксмо, 2005.- 992с.

101. **Мамайчук, И.И.** Социально-психологическое исследование семьи больных детским церебральным параличом и психокоррекционная работа с родителями / И.И. Мамайчук, В.Л. Мартынов, Г.В. Пятакова // Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации / редкол. : Н.Б. Шабалина, Л.А. Ширшова

102. **Марковская, И.М.** Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И.М.

Марковская. – СПб. : Речь, 2002. - 150 с.

103. **Марковская, И.Ф.** Задержка психического развития: клиническая и нейропсихологическая диагностика / И.Ф. Марковская.- М. : Компенс-центр, 1995.- 198с.

104. **Маслоу, А.** Мотивация и личность / А. Маслоу / пер. с англ. Татлыбаевой А.М. - СПб. : Евразия, 2001.- 478 с.

105. **Маслоу, А.** Новые рубежи человеческой природы: пер.с англ. / А. Маслоу. - М. : Смысл, 1999. - 424 с.

106. **Маслоу, А.** Самоактуализация. – Тексты / А. Маслоу / под ред. Ю.Ю. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря.- М. : Изд-во Моск. ун-та, 1982.-324с.

107. **Массанов А.В.** Психологічні бар'єри в професійному самовизначенні особистості. Монографія / А.В. Массанов. – Одеса: Видавець М.П. Черкасов, 2010. 371 с.

108. **Мастюкова, Е.М.** Они ждут нашей помощи / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина. – М. : Педагогика, 1991. – 160 с.

109. **Мастюкова, Е.М.** Ребёнок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция / Е.М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1992. – 95с.: ил.

110. **Мастюкова, Е.М.** Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова, А.Г. Московкина. – М. : Владос, 2003. – 408 с.

111. **Мишина, Г.А.** Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф. дис. канд. пед. наук / Г.А. Мишина. – М., 1998. – 18 с.

112. **Москалец, В.П.** Психологічні основи виховання духовності в українській національній школі : автореферат дис. на здобуття наук. ступеня доктора психол. наук : спец. 9.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / В.П. Москалец.- К., 1996.-49с.

113. **Мясищев, В.Н.** Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. - Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.

114. **Мясищев, В.Н.** Психология отношений / В.Н. Мясищев. - М. : Институт

практической психологии, Воронеж: НПО Модэк, 1995. - 356 с.

115. **Налчаджян, А.А.** Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А.А. Налчаджян. – 2-е изд., перероб. и доп.- М. : Эксмо, 2010.-368с.

116. **На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами** / Л.В. Борщевська, Л.В. Зіброва, І.Б. Іванова та ін... - К. : Український ін. – т соціальних досліджень, 1999. – 79с.

117. **Немов, Р.С.** Психология. В 3-х кн. Кн. 3. : Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики : учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений. / Р.С. Немов. – 4-е изд. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006. – 631с.

118. **Нижник, Л.** Допомога дітям з особливими потребами / Л. Нижник, О. Сагірова. – К.: Ред. загальнопед. газ., 2004.- 120с.

119. **Николаева, В.В.** Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева.- М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987.-167с.

120. **Никольская И. М., Грановская Р.М.** Психологическая защита у детей / И.М. Никольская, Р.М. Грановская.- Спб.: Речь, 2000.-507с.

121. **Обухов, Я.,** Основы символдрамы. Вступ до основного ступеня. / Я. Обухов //Психол. інструментарій – К.: Главник, 2007. – 112 с.

122. **Олиферович Н.И., Занкевич – Кузьмина Т.А., Велента Т.Ф.** Психология семейных кризисов / Н.И. Олиферович, Т.А. Занкевич – Кузьмина, Т.Ф. Велета. – СПб. : Речь, 2006. – 360с.

123. **Оллпорт, Г.В.** Личность в психологии / Г.В. Оллпорт. - М. : Ювента, СПб.: Лекато, 1998. -345 с.

124. **Осипова, А.А.** Общая психокоррекция : Учебное пособие для студентов вузов / А.А.Осипова – М.: ТЦ Сфера, 2004. – 512с.

125. **Основы практичної психології: підручник** / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева [та ін.].- К.: Либідь, 1999.- 536с.

126. **Осухова, Н.Г.** Психологическое сопровождение семьи и личности в кризисной ситуации / Н.Г. Осухова // Школьный психолог : журнал / гл. ред. А.С. Соловейчик.-2005 - №9. – С. 2-16.

127. **Пашукова, Т. І.**, Допіра А.І., Д'яконов Г.В. Практикум із загальної психології / Т.І. Пашукова, А.І. Допіра, Г.В. Д'яконов. - К.: Знання, 2000. – 204с.
128. **Петрова Н.И.** Уровень самоактуализации студентов и их социально-психологическая адаптация / Петрова Н.И // Психологический журнал. - Т. 23.- №3.- 2003. - С.116 - 120.
129. **Петровский, В.А.** Личность в психологии: парадигма субъективности / В.А. Петровский. - Ростов-на-Дону, 1996. - 512 с.
130. **Платонов, К.К.** Личностный подход как принцип психологии. Методологические и теоретические проблемы психологии / К.К. Платонов отв. ред. Е.В. Шорохова.- М., 1969.-310с.
131. **Поліщук, М.** Корекція пізнавальної діяльності дітей з ЗПР / М. Поліщук // Психолог. - 2004. - № 46. - С. 19-28
132. **Практикум по арт-терапии** / Под ред. А.И. Копытина. - СПб. : Питер, 2000.- 448 с.
133. **Преодолевая** проблемы инвалидности: Программа Лиен. – М.: Издательство Института социальной работы Ассоциации работников социальных служб, 1997. – 230 с.
134. **Психологічна адаптація** дітей до умов дошкільного закладу // Журнал «Психолог» Упорядник В. Мушинський. - К.: Шкільний світ, № 25-26 (121-122). – липень 2004. – С. 3-5.
135. **Психологічна** енциклопедія / Автор-упорядник О.М. Степанов. – К.: «Академвидав», 2006.- 424 с. (Енциклопедія ерудита).
136. **Психологічне забезпечення** психічного і фізичного здоров'я : навч. посіб. / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк [та ін]. - К. : ІНКОС, 2002.- 272.
137. **Психологія** виховання дітей з порушеннями зору / под ред. Л.И. Солнцевой, В.З. Денискиной. – М. : Налоговый вестник, 2004. - 320 с.
138. **Психологія** життєвої кризи / відп. ред. Т.М. Титаренко. - К.: Агропромвидав України, 1998.- 348с.
139. **Психологія** залежності: Хрестоматія / Сост. К.В.

Сельченко.- Минск: Харвест, 2007.- 592с.

140. **Психология** здоровья : Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб. : Питер, 2006.- 607с.

141. **Психология** личности. Тексты / Под. Ред. Ю.Ю. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1982. - 320с.

142. **Психология** семьи больного ребенка. Учебное пособие. Хрестоматия.- СПб. : Речь, 2007. – 400с.

143. **Психолого-педагогическая** диагностика / под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М. : Академия, 2003. – 320 с.

144. **Психотерапия женщин** / под. ред. М. Лоуренс, М. Магуир.- СПб.: Питер, 2003.-208 с.

145. **Психотерапия:** Учебник для вузов / Л. Бурлачук, А Кочарян, М.Жидко.- СПб.: Питер, 2003.- 472 с.

146. **Пустовалова, А.О.** О факторах, определяющих адаптационную способность человека / А.О. Пустовалова // Психологические и социально-психологические особенности адаптации студентов. Материалы симпозиума. - Ереван, 1973. - С.18-20.

147. **Работа с родителями** : Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / под ред. Дж. Циантиса, С.Б.Ботиуса, Б.Холлерфорс, Э.Хорни, Л. Тишлер. Пер. с англ. – М. : Когито-Центр, 2006. – 196с.

148. **Райгородский,Д.Я.** Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я. Райгородский. - Самара. - 2003. - 672 с.

149. **Райс, Ф.** Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс.- СПб.: Питер, 2000 – 656 с.

150. **Реабілітаційний супровід** навчання неповносправних дітей : метод. посіб. / уклад. А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. – Львів : Колесо, 2008.- 144с.

151. **Реан, А.А.** Практическая психологическая диагностика личности / А.А. Реан. - СПб.: Изд-во Петербург. ун-та, 2000.- 231с.

152. **Реан, А.А.** Психология человека от рождения до смерти / А.А. Реан. -

СПб. : Прайм – ЕВРОЗНАК, 2002.-652с.

153. **Ревасевич І.** Психологічні концепції адаптації особистості у системному теоретичному обґрунтуванні // Психологія і суспільство. – 2001. – №4. – С. 16-40.

154. **Рєпнова, Т.П.** Соціальний патронаж сім'ї (модель роботи соціального педагога в навчальному закладі) / Т.П. Рєпнова // Практична психологія і соціальна робота : наук.- практи. та освітньо – метод. журнал / гол. ред. О.В. Губенко.- 2008.- №10.- С.15 - 31.

155. **Рогов, Е.И.** Настольная книга практического психолога. В 2 кн. Кн. 2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приёмы и упражнения: учеб. пособие / Е.И. Рогов. – М. : Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2006. – 477с. : ил.

156. **Роджерс, К.** Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс / Пер. с англ. - М. : ВЛАДОС, 1995.- 529 с.

157. **Роджерс, К.** Клиенто-центрированная терапия / К. Роджерс / Пер.с англ. -М.: Рефл-бук, К. : Ваклер, 1997.- 320 с.

158. **Розум, С.** Психология социализации и социальной адаптации человека / С. Розум. - СПб. : Речь, 2007. – 365 с.

159. **Романчук, О.** Дорога любові /О. Романчук. Вид. 2-е. – Львів: Свічадо, 2002.- 128 с.: фото. – (Дитина з особливими потребами в родині).

160. **Роменець, В.А.,** Маноха І.П. Істрія психології ХХ століття / В.А. Роменець, І.П. Маноха. – К.: Либідь, 1998. - 988 с.

161. **Розенберг, В.С.,** Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация / В.С. Розенберг, В.В. Аршавский. – М. : Наука, 1984. – 192с.

162. **Рудинеско, Е.** Розладнана сім'я / Е. Рудинеско / Пер. з фр.- К. : Ніка – Центр, 2004. – 232с.

163. **Сабанадзе, І.О.** Соціально – психологічні фактори дезадаптованості та її корекція у підлітків: Дис. канд. психол. наук: 19.00.07 – К. – 162с.

164. **Сабуров, В.В.** Технологическая модель подготовки родителей для повышения коррекционной направленности воспитания в семье детей с нарушениями интеллекта и пути ее реализации: автореф. дис. канд. пед.

наук / В.В. Сабуров. – Екатеринбург, 1999. – 23 с.

165. **Савина, Е.А.,** Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии / Е.А. Савина, О.Б. Чарова // Вопросы психологии. – 2002. – №6. – С. 15-23.

166. **Санникова О.П., Кузнцова О.В.** Адаптивность личности: монография / О.П. Санникова, О.В. Кузнцова. – О.: Издатель Н.П. Черкасов, 2009.- 558с.

167. **Селигман, М., Дарлинг Р.** Обычные семьи, особые дети: [пер. с англ.] / Селигман М., Дарлинг Р. – М.: Теревинф, 2007. – 368 с. – (Серия «Особый ребёнок»).

168. **Селье, Г.** Стресс без дистресса / Г. Селье. - М. : Прогресс, 1979.-123с.

169. **Скворцов, И.А.** Психологические особенности родителей при неврологической инвалидности ребенка / И.А. Скворцов, Т.Н. Осипенко, Н.П. Дедов и др. // Исцеление. - М., 1995. – Вып.2. - С.397- 423.

170. **Смирнов, Б.А.** Психология деятельности в экстремальных ситуациях / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова.- 2 изд. исправ., доп.- Х. : Изд-во Гуманит. центр, 2007.-292с.

171. **Смирнова, Е.О.** Особенности отношения родителей к ребёнку с трудностями в общении / Е.О. Смирнова, И.В. Хохлачёва // Вопросы психологии. – 2008. – №4. – С. 24-35

172. **Смирнова, Е.Р.** Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями / Е.Р. Смирнова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 1997. - №2. - С. 51-56.

173. **Субчик, Л.Н.** Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л.Н. Собчик. – СПб.: Издательство «Речь», 2005.-624с.

174. **Соколова, Е.Т.** Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. – М.: SvR-Аргус, 1995.- 360с.

175. **Солнцева, Л.И.** Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л.И. Солнцева, С.М. Хорош. – М. : ВОС, 1988. – 65с.

176. **Соціологія** : Навч. посібник / за редакцією С.О. Макеєва. – К. :

- Українська енциклопедія ім. М.П. Бажана, 1999. – С. 123-143.
177. **Словарь** практического психолога. - Минск: Харвест, 1998. – 800с.
178. **Соціально-педагогічна** робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навчально-методичний посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів / за ред. проф. А.Й. Капської. - К.: ДЦССМ, 2003.-168 с.
179. **Спиваковская, А.С.** Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций / А.С. Спиваковская // Семья и формирование личности / под ред. А.А. Бодалева. — М. : Просвещение, 1981. – 115 с.
180. **Столин, В.В.** Самосознание личности / Г.Селье. - М. : Изд-во Московского ун-та, 1983.-284 с.
181. **Столяренко, Л.Д.** Основы психологии. Учебное пособие / Л. Д. Столяренко. – Ростов –на Д : Феникс, 2003. – 672 с.
182. **Стреляу, Я.** Роль темперамента в психическом развитии / Я. Стреляу. - М. : Прогресс, 1982. -282 с.
183. **Стюарт, В.** Работа с образами и символами в психологическом консультировании / В. Стюарт / Пер. с англ. Н.А. Хмелик, - М. : Независимая фирма «Класс», 2007.-376с.
184. **Существенные различия** между умственной и психической неполноценностью /Под. ред. Е. Титовой, Л. Божко. - Мн. : Издательство БелАПДИ, 1996. – 11 с.
185. **Технології соціально-педагогічної** роботи: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. А.Й. Капської.- К.: Либідь, 2000.-372 с.
186. **Титаренко, Т.М.** Вікові етапи саморозвитку особистості / Т.М. Титаренко // Українська психологія: сучасний потенціал: матеріали Четвертих Костюківських читань (25 вересня 1996р.) : в 3т. / Товариство психологів України. – К. : Вид-во ДОК, 1996.-Т. 3. - 403с.
187. **Титаренко Т.М.** Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т.М. Титаренко. - К.: Либідь, 2003.-376с.
188. **Ткачева, В.В.** О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с

- отклонениями в развитии / В.В. Ткачева // Дефектология. - 1998.- №4.- С. 3-9.
189. **Ткачева, В.В.** Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии : практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачева. – М. : Гном-Пресс, 1999. – 64 с.
190. **Ткачева, В.В.** Психолого-педагогическая диагностика детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы / В.В. Ткачева // Психолого-педагогическая диагностика. – М. : Академия, 2003. – С. 202-220.
191. **Ткачева, В.В.** Психолого-педагогическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями развития / В.В. Ткачева // Психолого-педагогическая диагностика. – М. : Академия, 2003. – С. 280-290.
192. **Томчук, М.І.** Психологічна адаптація до навчання студентів з особливими потребами / М.І. Томчук, Т.О. Комар, В.А. Скрипник.- Вінниця : Глобус – Прес, 2005.-226с.
193. **Томчук, М.І.** Соціально – психологічні проблеми розвитку особистості з особливими потребами / М.І. Томчук // Підготовка соціального працівника: надбання, проблеми, перспективи : зб. наук. пр. за результатами Всеукр. конф. / Університет «Україна». - Хмельницький, 2003. - С.58-60.
194. **Томчук С.М.** Теоретичний аналіз проблеми адаптації дітей з особливими потребами до навчання в школі // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. Наукових праць №1(3) – К.: Університет «Україна», 2004. – с. 339-342.
195. **Томэ Х., Кэхеле Х.** Современный психоанализ. – Т.1.Теория / Х. Томэ, Х. Кэхеле: Пер.с англ. / Общ. ред. А.В. Казанской.- М.: Издательская группа «Прогресс»-«Литера», Издательство Агенства «Яхтмен», 1996.-576 с.
196. **Тревога и тревожность** / Сост. и общ. ред. В.А. Астапова.- СПб. : Питер, 2001.-256 с.
197. **Трубавіна, І.М.** Консультування сім'ї. Науково - методичні матеріали. Частина I. / І.М. Трубавіна. – К. : ДЦССМ, 2003. – 88с.
198. **Фрейд, З.** Введение в психоанализ: Лекции / З. Фрейд. – М. : Наука,

1989. – 456с.

199. **Фрейджер, Р. Фейдимен Д.** Личность: теории, эксперименты, упражнения. – СПб. : пройм - ЕВРОЗНАК, 2002. - 864 с. (психологическая энциклопедия).

200. **Франкл, В.** Человек в поисках смысла: Сборник / В. Франкл. – М. : Прогресс, 1990. – 368с.

201. **Франкл, В.** Духовные основы общества / В. Франкл. – М. : Республика, 1992. – 511с.

202. **Фромм, Е.** Душа человека / Пер. с англ. / Е. Фромм. – М. : Прогресс, 1990.- 269с.

203. **Фурман, А.В.** Психодіагностика особистісної адаптованості: Наукове видання. – Тернопіль: «Економічна думка», 2000. -197 с.

204. **Фурман, А.В.** Психокультура української ментальності. –Тернопіль: Економічна думка, 2002. – 132 с.

205. **Фюр, Г.** «Запрещенное» горе / Г. Фюр. – Мн. : Вараксин А.Н., 2008. – 78с.

206. **Хьелл, Л., Зиглер Д.** Теории личности / Л. Хьелл. – 3-е узд. – СПб.: Питер, 2006.-607с.

207. **Чарова, О.Б.** Особенности материнского отношения к ребёнку с интеллектуальным недоразвитием / О.Б. Чарова, Е.А. Савина // Дефектология. – 1999. – №5. – С. 34-39

208. **Чебикін, О. Я.** Становлення емоційної зрілості особистості: монографія /Олексій Якович Чебикін, Ірина Георгіївна Павлова; В.о. АПН України. Півден. Наук. Центр – Одеса: СВД Черкасов, 2009. – 230 с

209. **Чигинцева, Е.Г.** Типологии семей в вопросе воспитания ребёнка с отклонением в развитии / Е.Г. Чигинцева // Практическая психология и логопедия. – 2005. – №6. – С. 74-80.

210. **Чухрій, І.В.** Батьківсько – дитячі відносини як чинник соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей – інвалідів / І.В. Чухрій // Психологія і суспільство. – Тернопіль. – №4. – 2011. - С. 94- 101.

211. **Чухрій, І.В.** Особенности социально-психологической дезадаптированности матерей детей-инвалидов разного возраста / И.В. Чухрій // Научные исследования: информация, анализ, прогноз: монография (международная) / [Г.М. Агеева, В.Н. Багрий, И.А. Бец и др.]; под общей ред. проф. О.И. Кирикова. – Книга 38. – Москва: Наука информ, Воронеж: ВГПУ, 2012. – 280 с.
212. **Чухрій, І.В.** Психологічні особливості тривоги та причини її виникнення у матерів, що виховують дітей – інвалідів / І.В. Чухрій // Збірник наукових праць №40. Частина II.- Хмельницький : Видавництво Національної академії Державної прикордонної служби України імені Б. Хмельницького, 2007.-306с.
213. **Чухрій, І.В.** Суб'єктивне переживання матерів інвалідизації дитини / І.В. Чухрій // Збірник наукових праць. Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної АПН України / За ред.. С.Д. Максименка. Т. XIV, част. 1 – К., 2012.- 420с.
214. **Чухрій, І.В.** Чинники соціально – психологічної адаптації матерів, які виховують дитину – інваліда / І.В. Чухрій // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: збірник наукових праць.-К.: Університет «Україна», 2012.-№9 (11).- 247с.
215. **Шапарь, В.Б.** Психология кризисных ситуаций / В.Б. Шапарь – Ростов –на–Д. : Фенікс, 2008. – 452с.
216. **Шибасева, М.М.** Самовизначення особистості в культурі як світоглядна проблема / М.М. Шибасева // Культура і світогляд. - Вип.11.- М., 1981.-С.28-36.
217. **Шипицына, Л.М.** «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына – 2-е узд., перераб. и дополн. – СПб.: Речь, 2005. – 477с.
218. **Шостром, Э.** Терапевтическая психология. Основы консультирования и психотерапия / Э. Шостром / Пер. с англ. В.Абабкова, В.Гаврилова. - СПб.: Сова, М.: Изд-во ЕКСМО, 2002.-624с.
219. **Штифурак, В.С.** Корекція дезадаптованості студентів – першокурсників в умовах вузу / В.С. Штифурак. Збірник наукових праць « Теоретичні питання

освіти та виховання». Випуск №6.- Суми, 1999. – С. 21 – 26.

220. **Штифурак В.С.**, Лемківська Г.П., Сорочинська В.Є. Адаптація першокурсників в умовах вищого навчального закладу. Навчальний посібник / Штифурак В.С., Лемківська Г.П., Сорочинська В.Є. - К. : ЗАТ «ВПОЛ», 2001. – 124с.

221. **Щербатых Ю.В.** Психология страха: популярная энциклопедия/ Ю.В. Щербатых. - М.: Изд-во ЭКСМО - Пресс, 2002.- 512 с.

222. **Юнг К.Г.** Конфликты детской души.- М.: Канон, 1994, -336 с.

223. **Юнг К.Г.** Душа и миф: шесть архетипов / Пер. с англ.- К.: Гос. библ. Украины для юношества, 1996. – 384 с.

224. **Ялом И., Лесц М.** Групповая психотерапия. Теория и практика. 5-е изд. / И. Ялом, М. Лесц / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2009.- 688с.

225. **Яценко Т.С.** Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник. - К.: Либідь, 1996.-264 с.

226. **Яценко Т.С., Кмит Я.М., Мошенская Л.В.** Психоаналитическая интерпретация комплекса тематических психорисунков (глубиннопсихологический аспект).- М.: СИП РИА, 2000.-194 с.

227. **Adams, M.** (1960) Ref i Baumeister, A.A. Mental Retardation: appraisal, education, rehabilitation. – Chicago, Aldine, 1971.

228. **Adler A.** Social interest: A challenge to mankind. New York: Capricorn Books, 1964 .- 200 p.

229. **Bowlby, J.** Processes of mourning. International Journal of Psychoanalysis. – 1961, 42, 317 – 340.

230. **Bowlby, J.** Pathological mourning and childhood mourning. Journal of the American Psychoanalytic Association. – 1963, 11, 500-541.

231. **Buck, P. S.** (1950) Ref I **Grebler, A.M.** Parental attitudes toward mentally retarded children. American Journal of mental Deficiency, 1952, 56, 475 – 483.

232. **Evans, R. I.** (Ed.).(1975).Carl Rogers: The man and his ideas. New York : Dutton.

233. **Erikson, E.** The problem of ego identity. In G. Pollock (Ed.), Pivotal papers

on identification. Madison, CT: International Universities Press,1993.- 230 p.

234. **Freud, S.** Mourning and melancholia. Standard Edition, 14, 1917, London, Hogarth Press, 1957, 243-258.

235. **Harris, S.L.** (1983). Families of the developmentally disabled: A guide to behavioral intervention. New York:Pergamon.

236. **Hornby, G.** (1994). Counselling in child disability: Skills for working with parents. London: Chapman and Hall ; c – 20.

237. **Lindemann, E.** Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 1944, 141-148.

238. **Mary, N.L.** (1990). Reactions of black, Hispanic, and white mothers to having a child with handicaps. Mental Retardation, 28, 1-5.

239. **Olchansky, s.** Chronic sorrow; a response to having a defective child. Social Casework. 1962, 43, 191-194.

240. **Searle, S.J.** (1978). Stages of parents reaction. Exceptional Parent, 8, 27 -29.

241. **Seligman, M.** (Ed.). (1991). The family with a handicapped child (2nd ed.). Boston Allyn & Bacon.

242. **Zucman,E.** (1982). Childhood disability in the family.World Rehabilitation Fund. Monograph No. 14,New York.

ДОДАТКИ

Додаток А Опис типів акцентуацій характеру за К. Ленгардом

Демонстративний тип

Головна особливість демонстративної особистості - потреба і постійне прагнення звернути на себе увагу, бути в центрі уваги. Елементами такої поведінки є самовиховання, розповіді про себе або події, в яких ця особистість займає центральне місце.

Збудливий тип

Особливістю збудливої особистості є імпульсивність поведінки. Вся манера спілкування і поведінки значною мірою залежить не від логіки і раціонального оцінювання своїх дій, а обумовлена імпульсом, інстинктом або неконтрольованими намірами. В сфері соціальної взаємодії, спілкування для них характерна низька терпимість.

Дистимний тип

Дистими, як правило, сконцентровані на негативних аспектах життя. Це виявляється в усіх аспектах життя: в поведінці, в спілкуванні, в діяльності. Активність їм не властива.

Екзальтивний тип

Головною особливістю екзальтивної особистості є бурхлива екзальтована реакція, її визначає велика вразливість. При цьому внутрішня вразливість і переживання збігаються з їх яскравими зовнішніми вираженнями.

Педантичний тип

Добре спостерігається така зовнішня риса цього типу, як охайність, потяг до порядку, нерішучість і обережність. Перед тим, як щось зробити, він довго все обдумує. Можливо, що за зовнішньою педантичністю стоять небажання і нездатність до швидких змін і прийняття відповідальності.

Тривожний тип

Головною особливістю цього типу є підвищена тривожність, хвилювання через можливі невдачі. При цьому об'єктивних причин для хвилювань немає або ж вони незначні. Такі люди відзначаються сором'язливістю, іноді проявами покірності. Постійне хвилювання перед зовнішніми обставинами поєднуються з невпевненістю у власних силах.

Циклотимний тип

Характеризується, як правило, короткочасними (1-2 тижні) коливаннями настрою від підвищеного до депресивного. У фазі пригніченого настрою спостерігається зниження працездатності, втрата інтересу до улюблених справ. Невдачі й дрібні конфлікти важко переживаються й можуть призвести до думок про свою провину, неповноцінність. У цій фазі погано переносяться зміна життєвих стереотипів. У гіпертимній фазі самооцінка може здаватися, на перший погляд, суперечливою.

Гіпертимний тип

Головною особливістю даного типу є постійне (або часткове) перебування в гарному настрої. Гарний настрій поєднується з високою активністю, з високим життєвим тонусом. У цього типу виражена екстраверсія, прагнення до неформального лідерства. Висока рухливість нервових процесів призводить до того, що вони легко адаптуються до нової ситуації і тієї, що швидко змінюється.

Порушення адаптації виникає при спробі ввести таку особу в строго регламентований режим.

Застрагаючий тип

Застрагаючий тип особистості характеризується тривалістю афекту, образи особистих інтересів, як правило, довго не забуваються. У зв'язку з цим можна охарактеризувати цей тип, як злопам'ятний. Бувають напади злобливо-тужливого настрою.

Емотивний тип

Головною особливістю емотивної особистості є висока чутливість і глибокі реакції в сфері тонких емоцій. Характерні риси: м'якосердечність, доброта, емпатія. Всі ці особливості, як правило, добре простежується.

Додаток Б

Тематика лекційних занять для матерів дітей-інвалідів

№ теми	Теми лекційних занять
--------	-----------------------

1.	Історичні передумови принципу нормалізації життєдіяльності людей з функціональними обмеженнями [6; 38; 39; 77].
2.	Тяжкі порушення опорно-рухового апарату. Інтелектуальна недостатність. Порушення зору. Дитячий аутизм [33; 41; 50; 78; 131;].
3.	Комплексний характер психолого-педагогічної допомоги [6; 8; 22; 120;139;].
4.	Комунікація та розвиток комунікативних здібностей у дітей з порушеннями психофізичного розвитку [26; 50; 171].
5.	Сексуальне виховання дітей з функціональними обмеженнями [92].
6.	Психологічні проблеми сімейного виховання дітей з обмеженими можливостями [70; 71; 93; 96; 101; 111].
7.	Концепція ООН про права людей з інвалідністю [8].
8.	Психологічні аспекти незалежного проживання молодих людей з інвалідністю (Від закладів закритого типу до супроводжувального проживання) [8; 176; 178].
9.	Сім'я – важливий соціальний простір [111; 116; 126; 154; 167].

Додаток В**Зміст аутотренінгу за Я. Л. Обуховим (схема релаксації)**

Сядьте, будь ласка, зручніше.

Відчуйте опору під собою, кожну точку дотику з опорою.

Відчуйте спинку крісла (стільця), на яку можна обпертися.

Поставте зручніше ноги. Відчуйте ногами підлогу.

Руки розташуйте зручніше (відчуйте підлокітники).

Шию, голову розташуйте так, щоб вам було зручно і приємно.

Заплющіть, будь ласка, очі і постарайтеся розслабитися.

Розслабитися, зняти напругу, що накопичилася.

Так, начебто вам хотілося б трішечки задрімати.

Почніть розслаблюватися з м'язів плечей.

Постарайтеся відчутти, як плечі стають важкі, теплі й розслаблені. Плечі важкі, теплі й розслаблені. Важкі і теплі.

Уявіть, як приємне тепло поширюється від плечей по всьому тілу.

Відчуйте, як тепло опускається з плечей у руки.

Розслаблюється верхня частина рук. Розслаблюються лікті.

Ваші зап'ястя розслаблюються.

Розслаблюються кисті рук, долоні стають важкі і теплі.

Долоні важкі і теплі. Важкі і теплі.

Розслаблюється кожний палець на руках. Руки розслаблені, провисли аж до самих кінчиків пальців.

А тепер зверніть увагу на те, як ви дихаєте. Дихання стає вільним і рівним, вільним і рівним.

Вам добре і приємно дихається.

Постарайтеся відчутти приємне тепло в грудях, тепло в області сонячного сплетіння, тепло в животі.

Уявіть, як тепло з живота опускається в ноги.

Відчуйте, як розслаблюється верхня частина ніг, розслаблюються коліна, розслаблюються гомілки.

Ступні стають важкими і теплими. Ступні важкі і теплі, важкі і теплі.

Відчуйте п'яти, пальці ніг. Ноги розслаблені.

Тепер зверніть увагу на спину. Відчуйте, як розслаблюється попереk, відчуйте хребет. Відчуйте лопатки.

Відчуйте, як розслаблюється середина спини між лопатками.

Розслаблюється шия, потилиця. Уся голова розслаблена.

Розслаблене тім'я, скроні. Розслаблюється чоло, обличчя.

Відчуйте свої щоки, відчуйте вилиці, підборіддя. Нижня щелепа стає важкою.

Губи розслаблені, язик теплий, розслабляються ніс і очі.

Повіки важчають, вії злипаються. Очі розслаблені.

Пропонується деякий час побути в такому розслабленому стані, потім м'яко потягнутися і, коли будете готові, повільно розплющити очі [121, с.39].

Додаток Г

**Символічне значення квітів у культурі і мові
(за Я.Л. Обуховим)**

Троянда у сучасній культурі має майже винятково сексуально-еротичне значення:

червона троянда – символ еротизму;

рожева троянда – інфантилізм, бажання повернутися у внутрішньоутробний стан;

жовтогаряча троянда – сила особистості, прагнення до домінування;

біла троянда – чистота, цнотливість, платонічні відносини, ідеалізація;

жовта троянда – з одного боку активність, активна життєва позиція, екстравертованість, з іншого боку, ревності;

темно-вишнева троянда – прагнення до самоствердження і влади.

Мак – застій, стагнація, забуття, відхід від реальності у світ ілюзій.

Ромашка – сумнів.

Тюльпан («коробочка») – фіксації типу: жадібність, заздрість.

Гвоздика – повага до пам'яті, поклоніння героям, авторитетам.

Незабудка (синій колір) - вірність.

Гербера – демонстративність, привернення до себе уваги, істеричний радикал.

Біла лілія – цнотливість і розпусність.

Пролісок, конвалія – делікатність, вразливість.

Маленькі непоказні квіти – депресивна структура особистості.

«Квіточка-семиквіточка», пластмасові, штучні квіти – істерична структура особистості.

Кам'яна квітка – шизоїдність.

Сталеві квіти, бетонні, чорні, вмираючі – ознака емоційної деривації.

Сухі квіти – деривація, депресія (залежно від контексту).

«Неіснуюча», ексклюзивна квітка – нарцисизм.

Символічне значення окремих частин квітки.

Голівка квітки – розум, інтелект.

Листя – вітальність, життєва сила.

Стебло символізує стрижень, основу особистості.

Колючки на стеблі – небезпеки, що супроводжують пристрасть.

Розташування квітки:

У землі – ґрунтовність, стабільність, відчуття своїх коренів.

У вазі – гнучкість, брак стабільності.

У горщику – локальна стабільність.

Квітка в повітрі – відірваність, брак опори.

Квітка на дереві, кущі (квітка яблуні, жасміну) - залежність від матері, симбіоз з матір'ю.

Додаток Д

Комплекс методик з діагностики соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів

Загальні відомості

Ваше прізвище, ім'я _____

Вік _____

Освіта _____

Професія _____

Чи працюєте Ви на момент заповнення анкети _____

Повнота сім'ї _____

Кількість дітей (вказіть вік дітей) _____

1. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації

К. Роджерса и Р. Даймонда

Бланк для ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101									

1. Испытывает неловкость, когда вступает с кем-нибудь в разговор.

1. Нет желания раскрываться перед другими.
2. Во всем любит состязание, соревнование, борьбу.
3. Предъявляет к себе высокие требования.
5. Часто ругает себя за сделанное.
6. Часто чувствует себя униженным.
7. Сомневается, что может нравиться кому-нибудь из лиц противоположного пола.
8. Свои обещания выполняет всегда
9. Теплые, добрые отношения с окружающими.
10. Человек сдержанный, замкнутый; держится ото всех чуть в стороне.
11. В своих неудачах винит себя.
12. Человек ответственный; на него можно положиться.
13. Чувствует, что не в силах хоть что-нибудь изменить, все усилия напрасны.
14. На многое смотрит глазами сверстников.
15. Принимает в целом те правила и требования, которым надлежит следовать.
16. Собственных убеждений и правил не хватает.
17. Любит мечтать — иногда прямо среди бела дня. С трудом возвращается от мечты к действительности.
18. Всегда готов к защите и даже нападению: «застревает» на переживаниях обид, мысленно перебирая способы мщения.
19. Умеет управлять собой и собственными поступками, заставлять себя, разрешать себе; самоконтроль для него — не проблема.
20. Часто портится настроение: накатывает уныние, хандра.
21. Все, что касается других, не волнует: сосредоточен на себе; занят собой.
22. Люди, как правило, ему нравятся.
23. Не стесняется своих чувств, открыто их выражает.
24. Среди большого стечения народа бывает немножко одиноко.
25. Сейчас очень не по себе. Хочется все бросить, куда-нибудь спрятаться.

26. С окружающими обычно ладит.
27. Всего труднее бороться с самим собой.
28. Настораживает незаслуженное доброжелательное отношение окружающих.
29. В душе — оптимист, верит в лучшее.
30. Человек неподатливый, упрямый; таких называют грудными.
31. К людям критичен и судит их, если считает, что они этого заслуживают.
32. Обычно чувствует себя не ведущим, а ведомым: ему не всегда удается мыслить и действовать самостоятельно.
33. Большинство из тех, кто его знает, хорошо к нему относится, любит его.
34. Иногда бывают такие мысли, которыми не хотелось бы ни с кем делиться.
35. Человек с привлекательной внешностью.
36. Чувствует себя беспомощным, нуждается в ком-то, кто был бы рядом.
37. Приняв решение, следует ему.
38. Принимает, казалось бы, самостоятельные решения, не может освободиться от влияния других людей.
39. Испытывает чувство вины, даже когда винить себя как будто не в чем.
40. Чувствует неприязнь к тому, что его окружает.
41. Всем доволен.
42. Выбит из колеи: не может собраться, взять себя в руки, организовать себя.
43. Чувствует вялость; все, что раньше волновало, стало вдруг безразличным.
44. Уравновешен, спокоен.
45. Разозлившись, нередко выходит из себя.
46. Часто чувствует себя обиженным.
47. Человек порывистый, нетерпеливый, горячий: не хватает сдержанности.
48. Бывает, что сплетничает.
49. Не очень доверяет своим чувствам: они иногда подводят его.
50. Довольно трудно быть самим собой.
51. На первом месте рассудок, а не чувство: прежде чем что-либо сделать,

подумает.

52. Происходящее с ним толкует на свой лад, способен напридумывать лишнего... Словом — не от мира сего.

53. Человек терпимый к людям и принимает каждого таким, каков он есть.

54. Стараются не думать о своих проблемах.

55. Считает себя интересным человеком — привлекательным как личность, заметным.

56. Человек стеснительный, легко тушуетя.

57. Обязательно нужно напоминать, подталкивать, что бы довел дело до конца.

58. В душе чувствует превосходство над другими.

59. Нет ничего, в чем бы выразил себя, проявил свою индивидуальность, свое Я.

60. Боится того, что подумают о нем другие.

61. Честолюбив, равнодушен к успеху, похвале: в том, что для него существенно, старается быть среди лучших.

62. Человек, у которого в настоящий момент многое достойно презрения.

63. Человек деятельный, энергичный, полон инициатив.

64. Пасует перед трудностями и ситуациями, которые грозят осложнениями.

65. Себя просто недостаточно ценит.

66. По натуре вожак и умеет влиять на других.

67. Относится к себе в целом хорошо.

68. Человек настойчивый, напористый; ему всегда важно настоять на своем.

69. Не любит, когда с кем-нибудь портятся отношения, особенно — если разногласия грозят стать явными.

70. Подолгу не может принять решение, а потом сомневается в его правильности.

71. Пребывает в растерянности, все спуталось, все смешалось у него.

72. Доволен собой.

73. Невезучий.

74. Человек приятный, располагающий к себе.
75. Лицом, может, и не очень пригож, но может нравиться как человек, как личность.
76. Презирает лиц противоположного пола и не связывается с ними.
77. Когда нужно что-то сделать, охватывает страх: а вдруг — не справлюсь, а вдруг — не получится.
78. Легко, спокойно на душе, нет ничего, что сильно бы тревожило.
79. Умеет упорно работать.
80. Чувствует, что растет, взрослеет: меняется сам и отношение к окружающему миру.
81. Случается, что говорит о том, в чем совсем не разбирается.
82. Всегда говорит только правду.
83. Встревожен, обеспокоен, напряжен.
84. Чтобы заставить хоть что-то сделать, нужно как следует настоять, и тогда он уступит.
85. Чувствует неуверенность в себе.
86. Обстоятельства часто вынуждают защищать себя, оправдываться и обосновывать свои поступки.
87. Человек уступчивый, податливый, мягкий в отношениях с другими.
88. Человек толковый, любит размышлять.
89. Иной раз любит прихвастнуть.
90. Принимает решения и тут же их меняет; презирает себя за безволие, а сделать с собой ничего не может.
91. Старается полагаться на свои силы, не рассчитывает на чью-то помощь.
92. Никогда не опаздывает.
93. Испытывает ощущение скованности, внутренней несвободы.
94. Выделяется среди других.
95. Не очень надежный товарищ, не во всем можно положиться.
96. В себе все ясно, себя хорошо понимает.
97. Общительный, открытый человек; легко сходится с людьми.

98. Силы и способности вполне соответствуют тем задачам, которые приходится решать; со всем может справиться.

99. Себя не ценит: никто его всерьез не воспринимает; в лучшем случае к нему снисходительны, просто терпят.

100. Беспокоится, что лица противоположного пола слишком занимают мысли.

101. Все свои привычки считает хорошими.

2. Методика диагностики родительского отношения к ребенку (А.Л.Варга, В.В.Столина)

Бланк регистрации ответов родителей

1	11	21	31	41	51
2	12	22	32	42	52
3	13	23	33	43	53
4	14	24	34	44	54
5	15	25	35	45	55
6	16	26	36	46	56
7	17	27	37	47	57
8	18	28	38	48	58
9	19	29	39	49	59
10	20	30	40	50	60
					61

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, что думает мой ребенок.
3. Я уважаю своего ребенка.
4. Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.
5. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
6. Я испытываю к своему ребенку чувство расположения.

7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.
8. Мой ребенок часто неприятен мне.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
10. Бывают случаи, когда издевательское отношение к ребенку приносит ему большую пользу.
11. Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку.
12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
13. Мне кажется, что дети потешаются над моим ребенком.
14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят.
15. Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый.
16. Мой ребенок ведет себя специально плохо, чтобы досадить мне.
17. Мой ребенок впитывает все дурное, как губка.
18. Моего ребенка трудно научить хорошим манерам.
19. Ребенка следует держать в жестких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек.
20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.
21. Я принимаю участие в своем ребенке.
22. К моему ребенку липнет все дурное.
23. Мой ребенок не добьется успеха в жизни.
24. Когда в компании знакомых говорить о детях, мне немного стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как мне бы хотелось.
25. Я жалею своего ребенка.
26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям.
27. Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким.
29. Я часто ловлю себя на враждебном отношении к ребенку.
30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего того, что мне нравится

и кажется необходимым.

31. Родители должны приспособливаться к ребенку, а не только требовать этого от него.
32. Я стараюсь выполнять все просьбы моего ребенка.
33. При принятии семейных решений следует учитывать мнение ребенка.
34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.
35. В конфликте с ребенком я часто могу признать, что он по-своему прав.
36. Дети рано узнают, что родители могут ошибаться.
37. Я всегда считаюсь с ребенком.
38. Я испытываю к ребенку дружеские чувства.
39. Основные причины капризов моего ребенка - эгоизм, упрямство и лень.
40. Невозможно нормально отдохнуть, если проводить отпуск с ребенком.
41. Самое главное - чтобы у ребенка было спокойное и беззаботное детство, все остальное приложится.
42. Иногда мне кажется, то мой ребенок не способен ни на что хорошее.
43. Я разделяю увлечения своего ребенка.
44. Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.
45. Я понимаю огорчения своего ребенка.
46. Мой ребенок часто раздражает меня.
47. Воспитание ребенка - сплошная нервотрепка.
48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.
49. Я не доверяю своему ребенку.
50. За строгое воспитание дети потом благодарят.
51. Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.
52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.
53. Я разделяю интересы своего ребенка.
54. Мой ребенок не в состоянии сделать что-либо самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.
55. Мой ребенок вырастет неприспособленным к жизни.
56. Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.

57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.
58. Нередко я восхищаюсь своим ребенком.
59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.
60. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.
61. Очень желательно, чтобы ребенок дружил с теми детьми, которые нравятся его родителям.

3. Методика PARI Е.Шеффер и Р.Белла "Семейная жизнь глазами матери"

- А — если с данным положением согласны полностью;
 а — если с данным положением скорее согласны, чем не согласны;
 б — если с данным положением скорее не согласны, чем согласны;
 Б - если с данным положением полностью не согласны».

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ

	Ааб Б		Ааб Б		А а б Б		Ааб Б		Ааб Б
1		24		47		70		93	
2		25		48		71		94	
3		26		49		72		95	
4		27		50		73		96	
5		28		51		74		97	
6		29		52		75		98	
7		30		53		76		99	
8		31		54		77		101	
9		32		55		78		101	
10		33		56		79		102	
11		34		57		80		103	
12		35		58		81		104	
13		36		59		82		105	
14		37		60		83		106	
15		38		61		84		107	
16		39		62		85		108	
17		40		63		86		109	
18		41		64		87		110	
19		42		65		88		111	
20		43		66		89		112	
21		44		67		90		113	
22		45		68		91		114	
23		46		69		92		115	

1. Если дети считают свои взгляды правильными, они могут не соглашаться со взглядами родителей. А а б Б

2. Хорошая мать должна оберегать своих детей даже от маленьких трудностей и обид. А а б Б
3. Для хорошей матери дом и семья — самое важное в жизни. А а б Б
4. Некоторые дети настолько плохи, что ради их же блага нужно научить их бояться взрослых. А а б Б
5. Дети должны отдавать себе отчет в том, что родители делают для них очень много. А а б Б
6. Маленького ребенка всегда следует крепко держать во время мытья, чтобы он не упал. А а б Б
7. Люди, которые думают, что в хорошей семье не может быть недоразумений, не знают жизни. А а б Б
8. Ребенок, когда повзрослеет, будет благодарить родителей за строгое воспитание. А а б Б
9. Пребывание с ребенком целый день может довести до нервного истощения. А а б Б
10. Лучше, если ребенок не задумывается над тем, правильны ли взгляды его родителей. А а б Б
11. Родители должны воспитывать в детях полное доверие к себе. А а б Б
12. Ребенка следует учить избегать драк, независимо от обстоятельств. А а б Б
13. Самое плохое для матери, занимающейся хозяйством, чувство, что ей нелегко освободиться от своих обязанностей. А а б Б
14. Родителям легче приспособиться к детям, чем наоборот. А а б Б
15. Ребенок должен научиться в жизни многим нужным вещам, и поэтому ему нельзя разрешать терять ценное время. А а б Б
16. Если один раз согласиться с тем, что ребенок съябедничал, он будет это делать постоянно. А а б Б
17. Если бы отцы не мешали в воспитании детей, матери бы лучше

справлялись с детьми. А а б Б

18. В присутствии ребенка не надо разговаривать о вопросах пола. А а б Б

19. Если бы мать не руководила домом, мужем и детьми все происходило бы менее организованно. А а б Б

20. Мать должна делать все, чтобы знать, о чем думают дети. А а б Б

21. Если бы родители больше интересовались делами своих детей, дети были бы лучше и счастливее. А а б Б

22. Большинство детей должны самостоятельно справляться с физиологическими нуждами уже с 15 месяцев. А а б Б

23. Самое трудное для молодой матери — оставаться одной в первые годы воспитания ребенка. А а б Б

24. Надо способствовать тому, чтобы дети высказывали свое мнение о жизни в семье, даже если они считают, что жизнь в семье неправильная. А а б Б

25. Мать должна делать все, чтобы уберечь своего ребенка от разочарований, которые несет жизнь. А а б Б

26. Женщины, которые ведут беззаботную жизнь, не очень хорошие матери. А а б Б

27. Надо обязательно искоренять у детей проявления рождающейся ехидности. А а б б

28. Мать должна жертвовать своим счастьем ради счастья ребенка. А а б Б

29. Все молодые матери боятся своей неопытности в обращении с ребенком. А а б Б

30. Супруги должны время от времени ругаться, чтобы доказать свои права. А а б Б

31. Строгая дисциплина по отношению к ребенку развивает в нем сильный характер. А а б Б

32. Матери часто настолько бывают замучены присутствием своих детей, что им кажется, будто они не могут с ними быть ни минуты больше. А а б Б

33. Родители не должны представлять перед детьми в плохом свете. А а б Б

34. Ребенок должен уважать своих родителей больше других. А а б Б

35. Ребенок должен всегда обращаться за помощью к родителям или учителям вместо того, чтобы разрешать свои недоразумения в драке. АабБ

36. Постоянное пребывание с детьми убеждает мать в том, что ее воспитательные возможности меньше умений и способностей (могла бы, но..). АабБ

37. Родители своими поступками должны завоевать расположение детей. АабБ

38. Дети, которые не пробуют своих сил в достижении успехов, должны знать, что потом в жизни могут встретиться с неудачами. А а б Б

39. Родители, которые разговаривают с ребенком о его проблемах, должны знать, что лучше ребенка оставить в покое и не вникать в его дела. А а б Б

40. Мужья, если не хотят быть эгоистами, должны принимать участие в семейной жизни. А а б Б

41. Нельзя допускать, чтобы девочки и мальчики видели друг друга голыми. А а б Б

42. Если жена достаточно подготовлена к самостоятельному решению проблем, то это лучше и для детей, и для мужа. А а б Б

43. У ребенка не должно быть тайн от своих родителей. А а б Б

44. Если у вас принято, что дети рассказывают Вам анекдоты, а Вы — им, то многие вопросы можно решить спокойно и без конфликтов. А а б Б

45. Если рано научить ребенка ходить, это благотворно влияет на его развитие. А а б Б

46. Нехорошо, когда мать одна преодолевает все трудности, связанные с уходом за ребенком и его воспитанием. А а б Б

47. У ребенка должны быть свои взгляды и возможность их свободно высказывать. А а б Б

48. Надо беречь ребенка от тяжелой работы. А а б Б

49. Женщина должна выбирать между домашним хозяйством и развлечениями. А а б Б

50. Умный отец должен научить ребенка уважать начальство. А а б Б

51. Очень мало женщин получает благодарность детей за труд, затраченный на их воспитание. А а б Б

52. Если ребенок попал в беду, в любом случае мать всегда чувствует себя виноватой. А а б Б

53. У молодых супругов, несмотря на силу чувств, всегда есть разногласия, которые вызывают раздражение. А а б Б

54. Дети, которым внушили уважение к нормам поведения, становятся хорошими, устойчивыми и уважаемыми людьми. А а б Б

55. Редко бывает, чтобы мать, которая целый день занимается ребенком, сумела быть ласковой и спокойной. А а б Б

51. Дети не должны вне дома учиться тому, что противоречит взглядам их родителей. А а б Б

57. Дети должны знать, что нет людей более мудрых, чем их родители. А а б Б

58. Нет оправдания ребенку, который бьет другого ребенка. А а б Б

59. Молодые матери страдают по поводу своего заключения дома больше, чем по какой-нибудь другой причине. А а б Б

60. Заставлять детей отказываться и приспосабливаться — плохой метод

воспитания. А а б Б

61. Родители должны научить детей найти занятие и не терять свободного времени. А а б Б

62. Дети мучают своих родителей мелкими проблемами, если с самого начала к этому привыкнут. А а б Б

63. Когда мать плохо выполняет свои обязанности по отношению к детям, это, пожалуй, значит, что отец не выполняет своих обязанностей по содержанию семьи. А а б Б

64. Детские игры с сексуальным содержанием могут привести детей к сексуальным преступлениям. А а б Б

65. Планировать должна только мать, так как только она знает, как положено вести хозяйство. А а б Б

66. Внимательная мать должна знать, о чем думает ее ребенок. А а б Б

67. Родители, которые выслушивают с одобрением откровенные высказывания детей о их переживаниях на свиданиях, товарищеских встречах, танцах и т. п., помогают им в более быстром социальном развитии. А а б Б

68. Чем быстрее слабеет связь детей с семьей, тем быстрее дети научатся разрешать свои проблемы. А а б Б

69. Умная мать делает все возможное, что бы ребенок до и после рождения находился в хороших условиях. А а б Б

70. Дети должны принимать участие в решении важных семейных вопросов. А а б Б

71. Родители должны знать, как нужно поступать, чтобы их дети не попали в трудные ситуации. А а б Б

72. Слишком много женщин забывает о том, что их надлежащим местом является дом. А а б Б

73. Дети нуждаются в материнской заботе, которой им иногда не хватает. А а б Б

73. Дети должны быть более заботливы и благодарны своей матери за труд, вложенный в них. А а б Б

75. Большинство матерей опасаются мучить ребенка, давая ему мелкие поручения. А а б Б

76. В семейной жизни существует много вопросов, которые нельзя решить путем спокойного обсуждения. А а б Б

77. Большинство детей должны воспитываться более строго, чем это происходит на самом деле. А а б Б

78. Воспитание детей — это тяжелая работа. А а б Б

78. Дети не должны сомневаться в способе мышления их родителей. А а б Б

79. Больше всех других дети должны уважать родителей. А а б Б

81. Не надо способствовать тому, чтобы дети занимались боксом и борьбой, так как это может привести к серьезным нарушениям тела и другим проблемам. А а б Б

82. Одно из плохих явлений заключается в том, что у матери, как правило, нет свободного времени для любимых занятий. А а о Б

83. Родители должны считать детей равноправными по отношению к себе во всех вопросах жизни. А а б Б

84. Когда ребенок делает то, что обязан, он находитесь на правильном пути и будет счастлив. А а б Б

85. Надо оставить ребенка, которому грустно, в покое и не заниматься им. А а б Б

86. Самое большое желание любой матери — быть понятой мужем. А а б Б

87. Одним из самых сложных моментов в воспитании детей являются сексуальные проблемы. А а б Б

87. Если мать руководит домом и заботится обо всем, вся семья

чувствует себя хорошо. А а б Б

89. Так как ребенок - часть матери, она имеет право знать все о его жизни. А а б Б

90. Дети, которым разрешается шутить и смеяться вместе с родителями, легче принимают их советы. А а б Б

91. Родители должны приложить все усилия, чтобы как можно раньше научить ребенка справляться с физиологическими нуждами. А а б Б

92. Большинство женщин нуждаются в большем количестве времени для отдыха после рождения ребенка, чем им дается на самом деле. А а б Б

93. У ребенка должна быть уверенность в том, что его не накажут, если он доверит родителям свои проблемы. А а б Б

94. Ребенка не нужно приучать к тяжелой работе дома, чтобы он не потерял охоту к любой работе. А а б Б

95. Для хорошей матери достаточно общения с собственной семьей. А а б Б

96. Порой родители вынуждены поступать против воли ребенка. А а б Б

97. Матери жертвуют всем ради блага собственных детей. А а б Б

98. Самая главная забота матери — благополучие и безопасность ребенка. А а б Б

99. Естественно, что двое людей с противоположными взглядами в супружестве ссорятся. А а б Б

100. Воспитание детей в строгой дисциплине не делает их более счастливыми. А а б Б

101. Естественно, что мать «сходит с ума», если у нее дети эгоисты и очень требовательные. А а б Б

102. Ребенок никогда не должен слушать критические замечания о своих родителях. А а б Б

103. Первая обязанность детей - доверие по отношению к родителям.

104. Родители, как правило, предпочитают спокойных детей драчунам.
А а б Б

105. Молодая мать чувствует себя несчастной, потому что знает, что многие вещи, которые ей хотелось бы иметь, для нее недоступны. А а б Б

Нет никаких оснований, чтобы у родителей было больше прав и привилегий, чем у детей. А а б Б

104. Чем раньше ребенок поймет, что нет смысла терять время, тем лучше для него. А а б Б

108. Дети делают все возможное, чтобы заинтересовать родителей своими проблемами. А а б Б

109. Немногие мужчины понимают, что матери их ребенка тоже нужна радость в жизни. А а б Б

108. С ребенком что-то не в порядке, если он много спрашивает о сексуальных вопросах. А а б Б

111. Выходя замуж, женщина должна отдавать себе отчет в том, что будет вынуждена руководить семейными делами. А а б Б

111. Обязанностью матери является знание тайных мыслей ребенка. А а б Б

113. Если включать ребенка в домашние работы, он становится более связан с родителями и легче доверяет им свои проблемы. А а б Б

114. Надо как можно раньше прекратить кормить ребенка грудью и из бутылочки (приучить ребенка «самостоятельно» питаться). А а б Б

115. Нельзя требовать от матери слишком большого чувства ответственности по отношению к детям. А а б Б

4. Методика "Q- Сортировка" В.Стефансона.

Диагностика основных тенденций поведения в реальной группе

и представлений о себе.

ТЕКСТ ОПРОСНИКА

1. Критичен к окружающим товарищам.
2. Возникает тревога, когда в группе начинается конфликт.
3. Склонен следовать советам лидера.
4. Не склонен создавать слишком близкие отношения товарищами.
5. Нравится дружелюбность в группе.
6. Склонен противоречить лидеру.
10. Независим в суждениях и манере поведения.
11. Готов встать на чью-либо сторону в споре.
12. Склонен руководить товарищами.
13. Радуется общению с одним — двумя друзьями.
14. Внешне спокоен при проявлении враждебности со стороны членов группы.
15. Склонен поддерживать настроение своей группы.
16. Не придает значения личным качествам членов группы.
17. Склонен отвлекать группу от ее целей.
18. Испытывает удовлетворение, противопоставляя себя лидеру.
19. Хотел бы сблизиться с некоторыми членами группы.
20. Предпочитает оставаться нейтральным в споре.
21. Нравится, когда лидер активен и хорошо руководит.
22. Предпочитает хладнокровно обсуждать разногласия.
23. Недостаточно сдержан в выражении чувств.
24. Стремится сплотить вокруг себя единомышленников.
25. Недоволен слишком формальными отношениями.
26. Когда обвиняют — теряется и молчит.
27. Предпочитает соглашаться с основными направлениями в группе.
28. Привязан к группе в целом больше, чем к определенным товарищам.
29. Склонен затягивать и обострять спор.

30. Стремится быть в центре внимания.
31. Хотел бы быть членом более узкой группировки.
32. Склонен к компромиссам.
33. Испытывает внутреннее беспокойство, когда лидер поступает вопреки его ожиданиям,
34. Болезненно относится к замечаниям товарищей.
35. Может быть коварным и вкрадчивым.
36. Склонен принять на себя руководство в группе.
37. Откровенен в группе.
38. Возникает нервное беспокойство во время группового разногласия.
39. Предпочитает, чтобы лидер брал на себя ответственность при планировании работ.
40. Не склонен отвечать на проявление дружелюбия.
41. Склонен сердиться на товарищей.
42. Пытается вести других против лидера.
43. Легко находит знакомства за пределами группы.
44. Старается избегать быть втянутым в спор.
45. Легко соглашается с предложениями других членов группы.
46. Оказывает сопротивление образованию группировок в группе.
47. Насмешлив и ироничен, когда раздражен.
48. Возникает неприязнь к тем, кто пытается выделиться.
49. Предпочитает меньшую, но более интимную группу.
50. Пытается не показывать свои истинные чувства.
51. Становится на сторону лидера при групповых разногласиях.
52. Инициативен в установлении контактов в общении.
53. Избегает критиковать товарищей.
54. Предпочитает обращаться к лидеру чаще, чем к другим.
55. Не нравится, что отношения в группе слишком фамильярны.
56. Любит затевать споры.
57. Стремится удерживать свое высокое положение в группе.

58. Склонен вмешиваться в контакты товарищей и нарушать их.
59. Склонен к «перепалкам», «задиристый».
60. Склонен выражать недовольство лидером.

**5. Исследование уровня тревожности. Методика "Шкала самооценки"
(по Ч.Д.Спилбергу, Ю.Л. Ханину).**

РТ

Фамилия, и.о.		Дата			
Инструкция:					
	"Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет".				
		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

ЛТ

Инструкция:					
	"Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как <i>Вы себя чувствуете обычно</i> . Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет".				
		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен, собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

6. Диагностика типов акцентуаций черт характера по К. Леонгарду

Инструкция: «Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего характера. Если Вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте знак «+» («да»), если нет — знак «—» («нет»). Над вопросами долго не думайте, правильных и неправильных ответов нет».

ТЕКСТ ОПРОСНИКА

1. У Вас часто веселое и беззаботное настроение?
2. Вы чувствительны к оскорблениям?
3. Бывает ли так, что у Вас на глаза наворачиваются слезы в кино, театре, в беседе?
4. Сделав что-то, Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно до тех пор, пока еще раз не убедитесь в том, что все сделано правильно?
5. В детстве Вы были таким же отчаянным и смелым, как все Ваши сверстники?
6. Часто ли у Вас меняется настроение от состояния безразличия до отвращения к жизни?
7. Являетесь ли Вы центром внимания в коллективе, в компании?
8. Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?
9. Вы серьезный человек?
10. Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-либо?
11. Предприимчивы ли Вы?
12. Вы быстро забываете, если Вас кто-то оскорбит?
13. Мягкосердечны ли Вы?
14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало?
15. Стремитесь ли Вы считаться в числе лучших сотрудников?
16. Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой, а может, такое чувство бывает и теперь?
17. Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок?

18. Зависит ли Ваше настроение от внешних обстоятельств?
19. Любят ли Вас Ваши знакомые?
20. Часто ли у Вас бывает чувство сильного внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?
21. У Вас часто бывает несколько подавленное настроение?
22. Бывали ли у Вас хотя бы один раз истерики или нервные срывы?
23. Трудно ли Вам усидеть на одном месте?
24. Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли Вы отстаиваете свои интересы?
25. Можете ли Вы зарезать курицу, овцу?
26. Раздражает ли Вас, если дома занавес или ска терть висят неровно и Вы сразу же стремитесь поправить их?
27. В детстве Вы боялись оставаться один в доме?
28. Часто ли у Вас беспричинно меняется настроение?
29. Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным специалистом в своем деле?
30. Быстро ли Вы начинаете злиться или впадать в гнев?
31. Можете ли Вы быть совсем веселым?
32. Бывает ли так, что ощущение полного счастья буквально пронизывает Вас?
33. Как Вы думаете, получился бы из Вас ведущий, конференсье в концерте, представлении?
34. Вы обычно высказываете свое мнение достаточно откровенно и недвусмысленно?
35. Вам трудно переносить вид крови? Не вызывает ли это у Вас неприятного ощущения?
36. Любите ли Вы работу, где необходима высокая личная ответственность?
37. Склонны ли Вы защищать тех, по отношению к которым поступили, на Ваш взгляд, несправедливо?
38. Вам трудно, страшно спускаться в темный подвал? .

39. Предпочитаете ли Вы работу, где необходимо действовать быстро, но не требуется высокого ее качества?
40. Общительный ли Вы человек?
41. В школе Вы охотно декламировали стихи?
42. Убегали ли Вы в детстве из дома?
43. Кажется ли Вам жизнь трудной?
44. Бывает ли так, что после конфликта или обиды Вы были до того расстроены, что заниматься делом казалось просто невыносимо?
45. Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувства юмора?
46. Предпринимаете ли Вы первым шага к примирению, если Вас кто-нибудь обидел?
47. Вы очень любите животных?
48. Возвращаетесь ли Вы, чтобы убедиться, что оставили дом или рабочее место в порядке?
49. Преследуют ли Вас неясная мысль о том, что с Вами, Вашими близкими может случиться что-то страшное?
50. Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво?
51. Трудно ли Вам докладывать, выступать перед аудиторией?
52. Можете ли Вы ударить обидчика, если он Вас оскорбит?
53. У Вас большая потребность в общении с другими людьми?
54. Вы относитесь к тем, кто при разочаровании впадает в глубокое отчаяние?
55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?
56. Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?
57. Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы?
58. Часто ли Вам трудно уснуть из-за того, что проблемы превыдущего или будущего дня все время крутятся у Вас в голове?

59. В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали им списывать?
60. Требуется ли Вам большое напряжение, чтобы ночью пройти через кладбище?
61. Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в Вашей квартире была точно на одном и том же месте?
62. Бывает ли так, что перед сном у Вас хорошее настроение, а утром Вы встаете мрачным?
63. Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям?
64. Бывают ли у Вас головные боли?
65. Вы часто смеетесь?
66. Можете ли Вы быть приветливым с теми, кого явно не цените, не любите, не уважаете?
67. Вы подвижный человек?
68. Вы очень переживаете из-за несправедливости?
69. Вы настолько любите природу, что можете назвать себя ее другом?
70. Уходя из дому или ложась спать, Вы проверяете, погашен ли везде свет и заперты ли двери?
71. Вы очень боязливы?
72. Изменится ли Ваше настроение при приеме алкоголя?
73. Раньше Вы охотно участвовали в кружках художественной самодеятельности, а может, и сейчас участвуете?
74. Вы расцениваете жизнь скорее пессимистично, нежели радостно?
75. Часто ли Вас тянет попутешествовать?
76. Может ли Ваше настроение измениться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмой подавленностью?
77. Легко ли Вам удастся поднять настроение подчиненных?
78. Долго ли Вы переживаете обиду?
79. Переживаете ли Вы долгое время горести других людей?
80. Часто ли, будучи школьником, Вы переписывали страницы в Вашей

тетради, если в ней допускали помарки?

81. Относите ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?

82. Часто ли Вы видите страшные сны?

83. Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что можете броситься под колеса проходящего поезда?

84. В веселой компании вы обычно веселы?

85. Способны ли Вы отвлечься от трудной проблемы, требующей обязательного решения?

86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, если примете алкоголь?

87. В беседе Вы скупы на слова?

88. Если бы Вам необходимо было играть на сцене, Вы смогли бы так войти в роль, что забыли бы о том, что это только игра?

7. Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки адаптация А.К. Осницкого

Прочитывая или прослушивая зачитываемые утверждения, примеряйте, насколько они соответствуют вашему стилю поведения, вашему образу жизни, и отвечайте одним из четырех возможных ответов: «ДА», «ПОЖАЛУЙ, ДА», «ПОЖАЛУЙ, НЕТ», «НЕТ».

1. Временами не могу справиться с желанием навредить кому-либо.
2. Иногда могу посплетничать о людях, которых не люблю.
3. Легко раздражаюсь, но легко и успокаиваюсь.
4. Если меня не попросить по-хорошему, просьбу не выполню.
5. Не всегда получаю то, что мне положено.
6. Знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной.

7. Если не одобряю поступки других людей, даю им это почувствовать.
8. Если случается обмануть кого-либо, испытываю угрызения совести.
9. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
10. Никогда не раздражаюсь настолько, чтобы разбрасывать вещи.
11. Всегда снисходителен к чужим недостаткам.
12. Когда установленное правило не нравится мне, хочется нарушить его.
13. Другие почти всегда умеют использовать благоприятные обстоятельства.
14. Меня настораживают люди, которые относятся ко мне более дружелюбно, чем я этого ожидаю.
15. Часто бываю не согласен с людьми.
16. Иногда на ум приходят мысли, которых я стыжусь.
17. Если кто-нибудь ударит меня, я не отвечу ему тем же.
18. В раздражении хлопаю дверьми.
19. Я более раздражителен, чем кажется со стороны.
20. Если кто-то корчит из себя начальника, я поступаю ему наперекор.
21. Меня немного огорчает моя судьба.
22. Думаю, что многие люди не любят меня.
23. Не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной.
24. Увиливающие от работы должны испытывать чувство вины.
25. Кто оскорбляет меня или мою семью, напрашивается на драку.
26. Я не способен на грубые шутки.
27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются.
28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все чтобы они не зазнавались.
29. Почти каждую неделю вижу кого-нибудь из тех, кто мне не нравится.
30. Довольно многие завидуют мне.
31. Требую, чтобы люди уважали мои права.
32. Меня огорчает, что я мало делаю для своих родителей.
33. Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их щелкнули

по носу.

34. От злости иногда бываю мрачным.

35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не огорчаюсь.

36. Если кто-то пытается вывести меня из себя, я не обращаю на него внимания.

37. Хотя я и не показываю этого, иногда меня гложет зависть.

38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются.

39. Даже если злюсь, не прибегаю к сильным выражениям.

40. Хочется, чтобы мои грехи были прощены.

41. Редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня.

42. Обижаюсь, когда иногда получается не по-моему.

43. Иногда люди раздражают меня своим присутствием.

44. Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел.

45. Мой принцип: «Никогда не доверять чужакам».

46. Если кто-то раздражает меня, готов сказать ему все, что о нем думаю.

47. Делаю много такого, о чем впоследствии сожалею.

48. Если разозлюсь, могу ударить кого-нибудь.

49. С десяти лет у меня не было вспышек гнева.

50. Часто чувствую себя, как пороховая бочка, готовая взорваться.

51. Если бы знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко ладить.

52. Всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня.

53. Когда кричат на меня, кричу в ответ.

54. Неудачи огорчают меня.

55. Дерусь не реже и не чаще других.

56. Могу вспомнить случаи, когда был настолько зол, что хватал первую попавшуюся под руку вещь и ломал ее.

57. Иногда чувствую, что готов первым начать драку.

58. Иногда чувствую, что жизнь со мной поступает несправедливо.

59. Раньше думал, что большинство людей говорит правду, но теперь этому не верю.

60. Ругаюсь только от злости.

61. Когда поступаю неправильно, меня мучает совесть.

62. Если для защиты своих прав нужно применить физическую силу, я применяю ее.

63. Иногда выражаю свой гнев тем, что стучу по столу.

64. Бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся.

65. У меня нет врагов, которые хотели бы мне навредить.

66. Не умею поставить человека на место, даже если он атого заслуживает.

67. Часто думаю, что живу неправильно.

68. Знаю людей, которые способны довести меня до драки.

69. Не огорчаюсь из-за мелочей.

70. Мне редко приходит в голову мысль о том, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня.

71. Часто просто угрожаю людям, не собираясь приводить угрозы в исполнение.

72. В последнее время я стал занудой.

73. В споре часто повышаю голос.

74. Стараюсь скрывать плохое отношение к людям.

75. Лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить.

При обработке данных в обычных условиях ответы «ДА» и «ПОЖАЛУЙ, ДА» объединяются (суммируются как ответы «да»), так же как и ответы «НЕТ» и «ПОЖАЛУЙ, НЕТ» (суммируются как ответы «нет»).

**8. Методика дифференциальной диагностики
депрессивных состояний
В.А. Жмурова**

Читайте каждую шкалу показаний и выбирайте подходящий вариант ответа - 0, 1, 2 или 3.

- 1 0 Моё настроение сейчас не более подавлено (печально), чем обычно.
1 Пожалуй, оно более подавлено (печально), чем обычно.
2 Да, оно более подавлено (печально), чем обычно.
3 Моё настроение намного более подавлено (печально), чем обычно.
- 2 0 Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения.
1 У меня иногда бывает такое настроение.
2 У меня часто бывает такое настроение.
3 Такое настроение бывает у меня постоянно.
- 3 0 Я не чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.
1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.
- 4 0 У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик.
1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.
- 5 0 У меня не бывает чувства, будто я состарился(лась).
1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно чувствую, будто я состарился(лась).
- 6 0 У меня не бывает состояний, когда на душе очень тяжело.
1 У меня иногда бывает такое состояние.
2 У меня часто бывает такое состояние.

- 3 Я постоянно нахожусь в таком состоянии.
- 7 0 Я чувствую себя спокойно за свое будущее, как обычно.
1 Пожалуй, будущее беспокоит меня несколько больше, чем обычно.
2 Будущее беспокоит меня значительно больше, чем обычно.
3 Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно.
- 8 0 В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно.
1 В своем прошлом я вижу плохого несколько больше, чем обычно.
2 В своем прошлом я вижу плохого значительно больше, чем обычно.
3 В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно.
- 9 0 Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно.
1 Таких надежд у меня несколько меньше, чем обычно.
2 Таких надежд у меня значительно меньше, чем обычно.
3 Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно.
- 10 0 Я боязлив(а) не более обычного.
1 Я боязлив(а) несколько более обычного.
2 Я боязлив(а) значительно более обычного.
3 Я боязлив(а) намного более обычного.
- 11 0 Хорошее меня радует, как и прежде.
1 Я чувствую, что оно радует меня несколько меньше прежнего.
2 Оно радует меня значительно меньше прежнего.
3 Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего.
- 12 0 У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна.
1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна.
- 13 0 Я обидчив(а) не больше, чем обычно.
1 Пожалуй, я несколько более обидчив(а), чем обычно.
2 Я обидчив(а) значительно больше, чем обычно.
3 Я обидчив(а) намного больше, чем обычно.
- 14 0 Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше.

- 1 Я получаю такого удовольствия несколько меньше, чем раньше.
 - 2 Я получаю такого удовольствия значительно меньше, чем раньше.
 - 3 Я не получаю теперь удовольствие от приятного.
- 15 0 Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины.
- 1 Иногда я чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
 - 2 Я часто чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
 - 3 Я постоянно чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
- 16 0 Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного.
- 1 Я виню себя за это несколько больше обычного.
 - 2 Я виню себя за это значительно больше обычного.
 - 3 Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного.
- 17 0 Обычно у меня не бывает ненависти к себе.
- 1 Иногда бывает, что я ненавижу себя.
 - 2 Часто бывает так, что я себя ненавижу.
 - 3 Я постоянно чувствую, что ненавижу себя.
- 18 0 У меня не бывает чувства, будто я погряз(ла) в грехах.
- 1 У меня иногда теперь бывает это чувство.
 - 2 У меня часто бывает теперь это чувство.
 - 3 Это чувство у меня теперь не проходит.
- 19 0 Я виню себя за проступки других не больше обычного.
- 1 Я виню себя за них несколько больше обычного.
 - 2 Я виню себя за них значительно больше обычного.
 - 3 За проступки других я виню себя намного больше обычного.
- 20 0 Состояние, когда все кажется бессмысленным, у меня обычно не бывает.
- 1 Иногда у меня бывает такое состояние.
 - 2 У меня часто бывает теперь такое состояние.
 - 3 Это состояние у меня теперь не проходит.
- 21 0 Чувства, что я заслужил(а) кару, у меня не бывает.
- 1 Теперь иногда бывает.

- 2 Оно часто бывает у меня.
- 3 Это чувство у меня теперь практически не проходит.
- 22 0 Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде.
- 1 Я вижу в себе несколько меньше хорошего, чем прежде.
- 2 Я вижу в себе значительно меньше хорошего, чем прежде.
- 3 Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде.
- 23 0 Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у других.
- 1 Иногда я думаю, что во мне плохого больше, чем у других.
- 2 Я часто так думаю.
- 3 Я постоянно думаю, что плохого во мне больше, чем у других.
- 24 0 Желания умереть у меня не бывает.
- 1 Это желание у меня иногда бывает.
- 2 Это желание у меня бывает теперь часто.
- 3 Это теперь постоянное мое желание.
- 25 0 Я не плачу.
- 1 Я иногда плачу.
- 2 Я плачу часто.
- 3 Я хочу плакать, но слез у меня уже нет.
- 26 0 Я не чувствую, что я раздражителен(на).
- 1 Я раздражителен(на) несколько больше обычного.
- 2 Я раздражителен(на) значительно больше обычного.
- 3 Я раздражителен(на) намного больше обычного.
- 27 0 У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций.
- 1 Иногда у меня бывает такое состояние.
- 2 У меня часто бывает такое состояние.
- 3 Это состояние у меня теперь не проходит.
- 28 0 Моя умственная активность никак не изменилась.
- 1 Я чувствую теперь какую-то «неясность» в своих мыслях.
- 2 Я чувствую теперь, что я сильно «отупел(а)», («в голове мало мыслей»).

- 3 Я совсем ни о чем теперь не думаю («голова пустая»).
- 29 0 Я не потерял(а) интерес к другим людям.
1 Я чувствую, что прежний интерес к людям несколько уменьшился.
2 Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился.
3 У меня совсем пропал интерес к людям («я нико-го не хочу видеть»).
- 30 0 Я принимаю решения, как и обычно.
1 Мне труднее принимать решения, чем обычно.
2 Мне намного труднее принимать решения, чем обычно.
2 Я уже не могу сам(а) принять никаких решений.
- 31 0 Я не менее привлекателен(а), чем обычно.
1 Пожалуй, я несколько менее привлекателен(на), чем обычно.
2 Я значительно менее привлекателен(на), чем обычно.
3 Я чувствую, что я выгляжу теперь просто безобразно.
- 32 0 Я могу работать, как обычно.
1 Мне несколько труднее работать, чем обычно.
2 Мне значительно труднее работать, чем обычно.
3 Я совсем не могу теперь работать («все валится из рук»).
- 33 0 Я сплю не хуже, чем обычно.
1 Я сплю несколько хуже, чем обычно.
2 Я сплю значительно хуже, чем обычно.
3 Теперь я почти совсем не сплю.
- 34 0 Я устаю не больше, чем обычно.
1 Я устаю несколько больше, чем обычно.
2 Я устаю значительно больше, чем обычно.
3 У меня уже нет никаких сил что-то делать.
- 35 0 Мой аппетит не хуже обычного.
1 Мой аппетит несколько хуже обычного.
2 Мой аппетит значительно хуже обычного.
3 Аппетита у меня теперь совсем нет.
- 36 0 Мой вес остается неизменным.

- 1 Я немного похудел(а) в последнее время.
- 2 Я заметно похудел(а) в последнее время.
- 3 В последнее время я очень похудел(а).
- 37 0 Я дорожу своим здоровьем, как и обычно.
- 1 Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно.
- 1 Я дорожу своим здоровьем значительно меньше, чем обычно.
- 2 Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем.
- 38 0 Я интересуюсь сексом, как и прежде.
- 1 Я несколько меньше интересуюсь сексом, чем прежде.
- 2 Я интересуюсь сексом значительно меньше, чем прежде.
- 3 Я полностью потерял(а) интерес к сексу.
- 39 0 Я не чувствую, что мое «Я» как-то изменилось.
- 1 Теперь я чувствую, что мое «Я» несколько изменилось.
- 2 Теперь я чувствую, что мое «Я» значительно изменилось.
- 3 Мое «Я» так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам(а).
- 40 0 Я чувствую боль, как и обычно.
- 1 Я чувствую боль сильнее, чем обычно.
- 2 Я чувствую боль слабее, чем обычно.
- 3 Я почти не чувствую теперь боли.
- 41 0 Некоторые расстройства (сухость во рту, сердцебиение, залоры, удушье) у меня бывают не чаще, чем обычно.
- 1 Эти расстройства бывают у меня несколько чаще обычного.
- 2 Некоторые из этих расстройств бывают у меня значительно чаще обычного.
- 3 Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного.
- 42 0 Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи.
- 1 Утром оно у меня несколько хуже, чем к ночи.
- 2 Утром оно у меня значительно хуже, чем к ночи.
- 3 Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи.
- 43 0 У меня не бывает спадов настроения весной (осенью).

- 1 Такое однажды со мной было.
 - 2 Со мной такое было два или три раза.
 - 3 Со мной было такое много раз.
- 44 0 Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго.
- 1 Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до месяца.
 - 2 Подавленное настроение у меня может длиться месяцами.
 - 3 Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше.

**Малюнки матерів дітей-інвалідів за методикою
«Малюнок сім'ї» Д. Ділео**

**Малюнки дітей з інвалідністю за методикою
«Малюнок сім'ї» Д. Ділео**

Акти впровадження

Акти впровадження