

Волинський національний університет імені Лесі Українки
Факультет психології
Кафедра практичної психології та психодіагностики

І. М. Грицюк

**ПСИХОЛОГІЯ ІНВАЛІДНОСТІ: СИСТЕМНИЙ
ПІДХІД ДО ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ**

Навчальний посібник

Луцьк
Вежа-Друк
2025

УДК 159.9:005.942]:316.6]-056.26/.3(075)

Г 85

*Рекомендовано до друку рішенням науково-методичної ради
Волинського національного університету імені Лесі Українки
(протокол №2 від 16 жовтня 2024 року)*

Рецензенти:

Мушкевич М. І. – доктор психологічних наук, професор кафедри практичної психології та психодіагностики ВНУ імені Лесі Українки.

Онуфрієва Л. А. – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної та практичної психології Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.

Борейчук І. О. – кандидат психологічних наук, завідувачка кафедри психології та педагогіки Київського міжнародного університету.

Грицюк І. М.

Г 85 Психологія інвалідності: системний підхід до осіб з порушеннями розвитку : навч. Посібник / І. М. Грицюк. – Луцьк : Вежа-Друк, 2025. – 236 с.

ISBN 978-966-940-664-4

У навчальному посібнику представлені питання що стосуються розгляду теоретичних та практичних питань системного підходу до розуміння психологічного супроводу осіб з порушеннями розвитку та різними формами неповносправності. Представлена загальна інформація, що стосується різноманітних порушень. Та визначено основні терапевтичні та психокорекційні методи в роботі з неповносправними особами. До кожного розділу є завдання для самоконтролю. Даний навчальний посібник може бути використаний психологами, практичними психологами та студентами, які вивчають дану галузь знань.

УДК 159.9:005.942]:316.6]-056.26/.3(075)

ISBN 978-966-940-664-4

© Грицюк І. М., 2025

ЗМІСТ

Передмова	5
Розділ I. Системний підхід до проблеми психологічного супроводу осіб з порушеннями розвитку/інвалідністю	6
1.1. Гуманістичний підхід та психологічний супровід	6
1.2. Системний підхід до сімей та психологічний супровід	16
Розділ II. Теорія сімейних систем	24
2.1. Природа сімейних стосунків	24
2.2. Сімейний взаємовплив	30
2.3. Функції сім'ї	39
2.4. Структури можливостей	48
2.5. Додаткові труднощі та стреси, з якими стикаються сім'ї	55
2.6. Знання про порушення у дитини: перші реакції	61
Розділ 3. Класифікація видів проблемного розвитку	69
3.1. Загальні характеристики онтогенезу та дизонтогенезу	69
3.2. Інклюзія та її особливості	79
3.3. Робота психолога в інклюзивному класі	82
Розділ IV. Причини виникнення психічних захворювань	84
4.1. Затримка психічного розвитку (ЗПР)	84
4.2. Особливості розвитку пізнавальної сфери дітей із аутизмом	94
4.3. Особливості розвитку людини з різними психофізичними порушеннями:	109
4.4. Особливості розвитку людини з порушеннями інтелекту і психічними захворюваннями	126
4.5. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями слуху	134
4.6. Особливості розвитку людини з порушеннями зору	140

4.7. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями роботи внутрішніх органів	148
4.8. Проблеми з мовленням. Логопсихологія	157
Розділ V. Терапевтичні та корекційні підходи до людей з інвалідністю	164
5.1. Теоретичні підходи	164
5.2. Метод сенсорної інтеграції	170
5.3. АВА-терапія та Денверівська модель раннього втручання	173
5.4. Використання арттерапевтичних технік з особами з порушеним розвитком	185
5.5. Корекція та її види	191
5.6. Вимоги до фахівця, який може здійснювати психологічний супровід та психокорекцію	203
Словник термінів	209
Література	229

ПЕРЕДМОВА

Щоденна життєва практика підтверджує, що будь-яке втручання в природі чи штучно створені процеси мусять здійснюватися адекватними їм методами. Істина прописана і не вимагає доведення. Однак, якщо спробувати поширити цю вимогу на неозоре поле реальних психологічних проблем, з якими стикається практичний психолог, то виявляється, що його обізнаність і ступінь володіння відповідним методичним інструментарієм бажає бути кращим (Карпенко, 1996).

Що говорити, якщо психолог повинен надавати допомогу людям, які потрапили у ситуацію, що пов'язана з народженням дитини з певними діагнозами. Як працювати, коли ти стикаєшся з проблемою, коли людина отримує інвалідність в наслідок соматичних захворювань або втрачає працездатність через втрату кінцівок, або можливості повноцінно функціонувати. Як допомогти не втратити віру у власне життя людям, життя яких змінилось в наслідок непередбачуваних життєвих обставин, що змінило життя на 180 градусів; як дати надію сім'ї, яка зіштовхнулась з важким діагнозом власної дитини. Як допомогти дітям, підліткам, дорослим, які потрапили в коло під назвою «обмежені можливості». Як допомогти собі, щоб бути в ресурсі, бачити реальні перспективи, надихатись силою надзвичайно сильних по духу людей, які ведуть свою щоденну боротьбу за можливість жити.

На ці питання важко відповісти, важко але потрібно. Весь світ рухається на зустріч інклюзивній освіті, рухається на зустріч вільному самовираженню, до світу, у якому мінімізуються бар'єри; знімаються обмеження, реалізуються можливості. Тому перед нами стоїть завдання вчитись та навчати, переймати досвід передових країн, щоб якомога більше українців мали більше можливостей на соціалізацію, на можливість вільного пересування, на вибір навчальних та розвиваючих програм, на соціальну підтримку, на достойне життя.

Розділ І. Системний підхід до проблеми психологічного супроводу осіб з порушенням розвитку/інвалідністю

1.1. Гуманістичний підхід та психологічний супровід

Як соціально значима сфера діяльності наука покликана змінювати світоглядні координати суспільства. Люди живуть в тому світі, який вони знають. Та частина світу, що прихована від них, ніби не існує, оскільки вони не дотичні до неї (Єрмолаєва, 2008). Так і з людьми, що мають обмежені можливості. З ними не зустрінешся (або ж зустрінешся дуже рідко) в парку, в театрі чи на вулиці. Дуже багато бар'єрів залишаються на шляху, де «здорові» могли б пересіктись з «іншими». Це може лякати, відштовхувати, може викликати неприйняття або ж осуд. Та системні зміни суспільства спрямовані на те, щоб змінити цей світ. Зробити його кращим, добрішим, людянішим. Дати місце і для тих, які зіштовхнулися з проблемами інвалідності.

Гуманістичний підхід до розуміння людини як унікальної, відкритої, інтенціональної, амбівалентної системи, яка здатна до самопізнання та саморозвитку, ґрунтується на розумінні основних закономірностей соціального розвитку:

1. Розвиток людини здійснюється лише в процесі реальної діяльності на основі взаємодії з іншими людьми.
2. Рухомою силою соціального розвитку є протиріччя між потребами, які постійно зростають і реальними можливостями їх задоволення.
3. Стабільні періоди розвитку чергуються з нестабільними періодами, які є, власне, тими перехідними етапами, що несуть в собі можливість якісних новоутворень особистості.
4. Найбільш сприятливими умовами соціального розвитку особистості є: соціальна підтримка, референтна група і динаміка потреб особистості.

5. На кожному етапі розвитку особистість володіє особливою чуттєвістю – сенситивністю по відношенню до тих чи інших зовнішніх впливів, які сприяють формуванню певних психічних та особистісних новоутворень

Кожен пункт необхідно пристосувати до роботи з людьми з інвалідністю. Адже, дуже важливо, щоб такі особи також були максимально включені в діяльнісний процес, мали можливість ефективно соціалізуватись; могли змогу реалізовувати свій потенціал та потреби.

Гуманність – одна з онтологічних форм людського буття і створення світу. Гуманність розглядається як людяність, повага до людини, незалежно від того на скільки вона відрізняється від суб'єктивної норми. Е. Фром розглядає основи гуманістичної психології у відповідності людського існування з життєвим світом через любов. Любов, за Е. Фромом, проявляється в солідарності з оточуючими нас людьми. Діяльнісна любов включає в себе такі орієнтації, як турбота, відповідальність, повага та розуміння.

Гуманістична природа людського мислення відображається в принципах «активного ненасилля», «недискримінації», «свободи вибору». Гуманістичний світогляд ґрунтується на визнанні невід'ємних прав людини, в тому числі на достойне, повноцінне і щасливе життя для кожного, незалежно від національних, релігійних, вікових, статевих, індивідуальних або соціальних особливостей. Поняття гуманізму близьке до питань, що стосується міжособистісних взаємин, сімейних зв'язків, людських контактів.

Рівень гуманізму в контексті проблем людей з порушеннями розвитку історично підвищується. Тому, якщо на початку історичного становлення дітей з вадами розвитку (Стародавня Спарта) викидали з гори, то ми на сьогодні можемо вважати наше суспільство мега гуманним. Зокрема, з моменту прийняття у 2005 р. Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» ставлення до заходів реабілітації осіб з особливими потребами якісно змінюється. Реабілітація сьогодні виглядає як безперервний процес, спрямований на усунення або більш повну компенсацію обмеження цільових сфер життєдіяльності, що передбачає здійснення лікувального впливу на

людину відповідно до її індивідуальних особливостей. Основний результат реабілітації полягає в тому, що людина з особливими потребами (інвалід) займає належне місце в суспільстві, сім'ї, трудовому колективі.

Історична довідка

Аналізуючи період західноєвропейської історії з IX ст. до н.е. по XIII ст. можна стверджувати, що відношення суспільства і держави до осіб з вираженими відхиленнями в розумовому і фізичному розвитку коливалося від агресивного і нетерпимого до байдужого.

В античному світі діти, що народилися з грубими фізичними або розумовими недоліками, в більшості випадків прирікалися на смерть. Вбивство і занедбання новонароджених дітей були повсякденною практикою в ранні періоди людської цивілізації. Історія свідчить, що до IV ст. н.е. новонароджених топили, залишали в ущелинах, спалювали в угоду богам під час релігійних церемоній.

У античний період особи з вираженими відхиленнями в розвитку не вважалися повноцінними громадянами, їх статус не відрізнявся від положення рабів і домашніх тварин. Цінування фізичної досконалості впливало на формування світогляду того часу: фізичне виховання було проголошене основою життя і доведене до рівня культу.

Античне законодавство, удосконалюючи цивільне право, бачить своїм завданням захист суспільства від неповноцінних людей, і не визнавало заповідальної правоздатності рабів, перехрещених, віровідступників та деяких єретиків, душевнохворих, неповнолітніх, глухонімих від народження та таких, що не могли висловити свою волю загальнозрозумілим чином;

Антична філософія не рахує глухонімих, божевільних, людей з фізичною потворністю об'єктом суспільної уваги і турботи; глухонімі визнаються невиучуваними; антична медицина приходить до висновку про надприродну природу глухоти і неможливості її лікування;

Пізніше античне суспільство виділяє із загальної групи інвалідів сліпих і проявляє по відношенню до них деяке милосердя. Як свідчать літературні джерела, починаючи з античних часів аж до XIX ст. слова сліпий та жебрак використовувались як синоніми, і тому відношення суспільства до таких людей було відповідне – милостиня та піклування.

Свідчення про негативне ставлення в стародавній Греції та Римі до людей, які мали ті чи інші фізичні вади, знаходимо у багатьох творах давньогрецьких філософів. Наприклад, Аристотель вважав, що потрібний закон, який «попереджав вироцнювання дітей-калік», що людей з інвалідністю «не слід виправляти» і «не слід допускати до суспільного життя».

Сенека писав: «Ми вбиваємо калік і топимо тих дітей, які народжуються на світ кволими і спотвореними. Ми робимо так не через гнів і прикрість, а керуючись правилами розуму: відокремлювати непридатне від здорового». Позиція Сенеки типова для громадянина військової держави, якою

була Римська імперія. Ідеалом був воїн – повноліття римського юнака означало його здатність нести військову службу. З точки зору Римської держави дитина-інвалід, яка навіть належала до вищого сану, була неповноцінною і непотрібною для суспільства.

Закони Лікурга (IX-VIII ст. до н.е.) рекомендували позбавляти життя дітей з фізичними вадами. У Спарті існував звичай, за яким новонароджену дитину клали до ніг старійшин, і якщо вони не знаходили вад розвитку, то її брали на руки. Це означало, що вона отримала право на життя. Якщо дитину з землі не брали на руки, то цим їй був підписаний смертний вирок. Подібне ставлення до «неповноцінних дітей» панувало не тільки в Спарті, а було нормою для всієї стародавньої Греції протягом століть.

Виключним правом поваги та піклування в Римі та Греції користувалися люди, які отримали каліцтво під час військових конфліктів – вони утримувалися за рахунок держави. Воїнам, що зазнали у військових діях поранень та каліцтва, надавали земельні ділянки, частку здобичі, а пізніше ставили їх на грошове утримання. З цього часу напевно і була заснована державна система піклування про осіб, які зазнали каліцтва під час військових дій.

З виникненням християнства з'являються одиничні факти милосердного відношення до людей з відхиленнями в розвитку, але одночасно зростає і число релігійних упереджень і забобонних побоювань в суспільстві.

Ставлення суспільства і держави до осіб з відхиленнями в розвитку суттєво змінюється в 70-і роки XX століття. Суспільство перестає розглядати себе як унітарний соціум, поступово відмовляючись від уявлення про те, що кожен його член зобов'язаний відповідати прийнятому стандарту. Формується нове розуміння світу як співтовариства, що включає різні мікросоціуми, від рівноправної взаємодії яких залежить прогрес людства.

Ідеї інтеграції осіб з відхиленнями в розвитку в 70-і роки виникають і реалізуються в контексті ліберально-демократичних реформ, суспільного протистояння ідеям дискримінації людей по расовому, статевому, віковому, національному, політичному, релігійному, етнічному і іншим ознакам. Боротьба проти дискримінації сприяє формуванню нової культурної норми – пошана до відмінностей між людьми. Саме у цьому широкому антидискримінаційному контексті спеціальні школи і інтернати визнаються установами сегрегаціями, а ізольована від масової система спеціальної освіти – дискримінаційною. І якщо на попередньому етапі еволюції суспільство,

боролося за організацію спеціальних учбових закладів, то тепер воно стало розглядати утримання дитини в спеціальній школі, як порушення її прав і «навішування соціального ярлику».

У розумах європейців міцніє переконання, що будь-яка держава, що прагне до справедливості і підкоряється міжнародним нормам дотримання прав людини, повинна керуватися законами, які гарантують всім дітям відповідно до їх потреб і здібностей освіту. Що стосується дітей з порушеннями розвитку, то держава зобов'язана надати відповідну їх потребі можливість навчання. «Більшими правами володіють ті, хто найменше може ними скористатися. Школа для всіх – так, але не лише для всіх «нормальних дітей». Увага до всіх дітей. Навпаки, суспільство повинно прагнути компенсувати особливою увагою нещастя тих, кого природа або доля зробили беспомічними». Суспільство, натхненне ідеями про безбар'єрну освіту для людей з інвалідністю, про інтеграцію дітей з проблемами до загальноосвітніх установ виступає за скорочення числа спеціальних шкіл і переведення значного числа що вчаться в загальноосвітнє середовище, відкриття класів для раніше не виучуваних глибоко розумово відсталих дітей.

Верхньою границею даного періоду еволюції умовно можна рахувати час прийняття Декларацій ООН «Про права розумово відсталих», «Про права інвалідів» і національних антидискримінаційних законів, що послідували за ними, про інвалідів і про спеціальну освіту. Наприклад, в Швеції «Закон про допомогу розумово відсталим». Закон «Про учбовий план основної школи (1980)» у Великобританії «Акти про утворення 1981–1995 рр.»; у Нідерландах – «Тимчасовий закон по спеціальній освіті і середній спеціальній освіті (1985)». Фахівці пропонують новітні медичні та психологічні технології відновлення порушених функцій організму.

Кожна людина унікальна, оскільки в процесі соціалізації та виховання вона набуває якість особистості – складну динамічну структуру, основною функцією якої є об'єднання та інтеграція пізнавальних, емоційних, мотиваційних та активно-вольових механізмів, які регулюють взаємини з

оточуючим світом. При цьому відбувається управління не лише власною поведінкою, але і можливостями пристосування до середовища і людей (Курбатов, 2006).

Тому розуміння того, що втрата здоров'я для кожної людини є болісною і запобігти цьому не може навіть найрозвинутіше, економічно процвітаюче суспільство. Залишаючись і до сьогодні актуальним, це питання набуває більшої гостроти і важливості на початку третього тисячоліття, у час суспільних перетворень, які суттєво впливають на долю окремої людини і визначають її життєвий шлях. Знаходячи власні фізичні і духовні резерви, долаючи психологічні проблеми, людина з обмеженими психофізичними можливостями часто не в змозі вести повноцінний спосіб життя внаслідок певних перешкод, які є у суспільстві. Велику роль у створенні благополучних соціальних умов для нормальної життєдіяльності інвалідів відіграє рівень усвідомлення цієї наболілої проблеми у суспільстві.

В якості термінів, що позначають психологічну допомогу як здоровим так і людям з особливими потребами в літературі пропонуються «сприяння» (К. Гуревич, І. Дубровіна; Е. Верник, Х. Лійметс, Ю. Сиєрда); «співбуття» (В. Слободчиков), «співпраця» (С. Хоружий), «психологічний, чи соціально-психологічний супровід» (М. Бітянова, Ю. Слюсарєв, Г. Бардієр, А. Волосніков, А. Деркач, В. Мухіна). З усіх цих понять по-справжньому прижився в практиці лише термін «супровід».

На це є свої причини, і одна з них – глибинний смисловий збіг слова «супровід» і сутності психологічної допомоги особистості. Етимологічно поняття супровіду близьке за значенням сприянню, спільному пересуванню, допомозі однієї людини іншій в подоланні труднощів. «Супроводжувати», означає іти, їхати разом з кимось у якості супутника або поводири». У словниках української мови супровід трактується як дія за дієсловом «супроводжувати», тобто «проводжати, супроводжувати, йти разом з метою провести, слідувати». Якщо звернутися до загально прийнятого розуміння слова супровід, то воно означає зустріч двох людей і їх спільне проходження

загального відрізка шляху, а супроводжувати значить проходити з кимось частину його шляху.

У ситуації супроводу виділяють три основні компоненти: – той, кого супроводжують; – той, хто супроводжує; – і шлях, який вони проходять разом. Можна сказати, що мова йде про спільне буття людей в певний часовий період людського життя. Супроводжуючий (супутник) постає як людина, що захищає та допомагає подорожньому в дорозі впоратися з мінливістю шляху.

Поняття «супровід» Ю. Слюсарев вживав для позначення недерективної форми надання психологічної допомоги, спрямованої «не просто на підсилення або удосконалення, а на розвиток і саморозвиток самосвідомості особистості», допомоги, яка запускає механізми саморозвитку і активізує власні ресурси людини (Слюсарев, 2005).

Багато дослідників відзначають, що супровід «передбачає підтримку природно розвинутих реакцій, процесів і станів особистості». Більш того, успішно організований психологічний супровід відкриває перспективи особистісного зростання, допомагає людині увійти в ту «зону розвитку», яка їй поки що недоступна (Мушкевич, 2020).

Аналіз інших трактувань психологічного супроводу в дослідженнях різних авторів показав таке їх бачення:

- психологічний супровід як система професійної діяльності психолога, спрямована на усвідомлення соціально-психологічних умов для успішного навчання і психологічного розвитку дитини в ситуаціях шкільної взаємодії (М. Бітянова);

- психологічний супровід як мультидисциплінарний метод, який забезпечує єдність зусиль педагогів, психологів, соціальних і медичних працівників, і заключається у формуванні ними орієнтаційного поля розвитку, де відповідальність за діяльність несе сам суб'єкт розвитку (Є. Казакова);

- психологічний супровід як позиція психолога по відношенню до суб'єктів взаємодії, де основними принципами роботи є включення, участь, забезпечення (Т. Чіркова).

Вивчаючи оперативно-службову діяльність особового складу підрозділів охорони державного кордону України у 2006 р. А. Журавель під поняттям «психологічний супровід» розуміє процес організації та проведення комплексу заходів з метою подолання ускладнень, підвищення рівня загальної та ситуативної психологічної стійкості і сприяння ефективному виконанню завдань в різних умовах діяльності. Запропоноване визначення дозволяє виділити основні суттєві структурні елементи психологічного супроводу, а саме: головну мету; суб'єкти та об'єкти психологічного супроводу; основні напрямки психологічного супроводу; форми, методи і засоби психологічного супроводу.

Відповідно до спрямованості роботи психолого-педагогічний супровід включає в себе різні підходи: Перший – *супровід-співробітництво*, який передбачає спільне планування дорослого і дитини, аналіз, співтворчість, рефлексію, вимагає дій, необхідних для наступного самостійного подолання проблем, які виникли, тобто прояву особистої відповідальності, творчості, власних унікальних якостей дитини.

Другий – це *супровід-ініціювання*, відомий з часів Сократа, суть якого чудово сформулювала М. Монтессорі: «Допоможи мені це зробити самому, нічого не роблячи за мене, спрямуй у потрібне річище, підштовхни до рішення, а все інше я зроблю сам». Організуючи супровід-ініціювання, педагог, психолог створює дитині необхідні умови для вільного, індивідуального, самостійного вибору шляху та засобів вирішення виховних завдань і, тим самим, сприяє дитині відкрити загальновизнані моральні істини. Діти реалізують свій особистісний творчий потенціал і водночас збагачують, розвивають, при цьому зберігаючи його індивідуальну своєрідність.

Третій – це *супровід-попередження*, коли особливого значення набуває специфіка віку, обмеженості індивідуального досвіду дитини. Діти часто не усвідомлюють, до яких саме наслідків можуть призвести їхні дії, вчинки і навіть слова. Вони не в змозі вчасно помітити ознак неблагополуччя в різних видах діяльності, міжособистісних взаєминах із однолітками та дорослими, у

власній поведінці. Випереджаючи небажані події, передбачаючи їх можливий негативний розвиток, педагог, психолог в рамках супроводу-попередження передбачає невірні кроки дитини і, тим самим, допомагає обрати адекватні рішення, з урахуванням поведінки та діяльності проблемної дитини. Супровід-попередження стає корисним, цінним за умови, якщо його зміст і форми ненав'язливі і делікатні, сучасні, психологічно та педагогічно грамотні, адресні, дозовані, а головне, якщо супровід-попередження у всіх випадках повною мірою виконує своє розвивальне і виховне призначення, працюючи на перспективу (Мушкевич, 2021).

Аналіз психологічної літератури дозволяє стверджувати, що на сьогоdnішній день супровід – це особлива форма здійснення пролонгованої соціальної та психологічної допомоги. На відміну від корекції вона передбачає не «виправлення недоліків і перебудову», а пошук прихованих ресурсів розвитку людини, опору на власні можливості і створення на цій основі психологічних умов для відновлення зв'язків зі світом людей.

Ідеї психологічного супроводу найбільшою мірою відповідають прогресивним ідеям вітчизняної психології, педагогіки та соціальної роботи. У кожному конкретному випадку завдання супроводу визначаються особливостями особистості, яким надається психологічна допомога, і тієї ситуації, в якій здійснюється супровід.

Суттєвою характеристикою психологічного супроводу є створення умов для переходу особистості до самодопомоги. Умовно можна сказати, що в процесі психологічного супроводу фахівець створює умови і надає необхідну і достатню (але ні в якому разі не надлишкову) підтримку для переходу від позиції «Я не можу» до позиції «Я можу сам справлятися зі своїми життєвими труднощами».

Отже, *психологічний супровід* – системна діяльність психолога спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-консультативних і психотерапевтичних умов, що сприяють розвитку знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації,

особистісному становленню, нормалізації стосунків з метою успішної інтеграції та самореалізації особистості. В якості основних характеристик психологічного супроводу виступають його процесуальність, пролонгованість, недирективність, зануреність у реальне повсякденне життя людини, особливі відносини між учасниками цього процесу.

Психологічний супровід являє собою цілісну систему, і як будь-яка система, складається з елементів (або компонентів), які одночасно є інваріантними етапами. У супроводі, як у процесі, що розгортається в часі, можна виділити **три основних компоненти**: діагностика (відстеження), що служить основою для постановки цілей; відбір і застосування методичних засобів; аналіз проміжних і кінцевих результатів, що дає можливість коректувати хід роботи.

У процесі супроводу психолог повинен допомогти у вирішенні таких основних завдань:

1) визначити «місце», на якому в момент звернення знаходиться клієнт, виявити, в чому полягає його проблема, яка суть і причини його життєвого неблагополуччя. У традиційній термінології це позначається як діагностика;

2) встановити «місце», куди клієнт хоче прийти, спільно з ним створити образ того стану, якого він хоче досягти (уявлення про благополуччя, ступінь реальності його досягнення), тобто визначити напрямок і намітити шляхи реабілітації;

3) допомогти клієнту дістатися до своєї мети, здійснити свої бажання. Подальші шляхи удосконалення підходів до реалізації психологічного супроводу як системи професійної діяльності передбачають чітку розробку ідеології роботи, спрямованої на створення психологічних умов розвитку особистості у різних ситуаціях мікро- та макро-соціальної взаємодії (Мушкевич, 2021).

Дуже важливо реалізовувати психологічний супровід осіб з інвалідністю в контексті розумінні системного підходу.

1.2. Системний підхід до сімей та психологічний супровід

Коли ми говоримо про термін система, то донедавна цей термін вживався в більшій мірі соціологами, та на сьогодні цей термін стає провідним в психології та в інших «допомагаючих професіях», таких як медицина та соціальна робота. Особливо широке застосування системний підхід отримав в галузі розуміння сімейних відносин. Цікавим є застосування системного підходу до сімей дітей з порушеннями розвитку/інвалідністю. Завдяки такому системному підходу дослідники визначили концептуальну основу для розуміння внутрішнього життя сімей таких дітей та роботи з ними.

Лише відносно нещодавно професіонали, які працюють з сім'ями, де один з членів страждає серйозним хронічним захворюванням, почали серйозно цікавитись концепціями функціонування сім'ї. Адже традиційно склалося так, що основна увага приділяється саме особі з проблемами розвитку, а інші члени сім'ї залишаються поза увагою. Такий підхід не є ефективним, оскільки не береться до уваги динаміка функціонування сім'ї. Проблема з якою зіштовхується один з членів сім'ї, впливає на систему в цілому, що в свою чергу, негативно впливає на її особисту ситуацію (Селігман, 2019).

Від атмосфери у сім'ї залежить дуже багато факторів. Це самовідчуття кожного члена у родині, побудова ефективних взаємин, реалізація функцій та потреб. Сім'я – найбільший ресурс. Вона дає людині її перший емоційний та пізнавальний досвід. Діти з міцних сімей зазвичай, мають можливість стати зрілими, сильними особистостями в дорослому віці. Якщо ж дитина має певний діагноз, то сімейний клімат, має для неї ще більше значення. Адже, фахівці не зможуть допомогти дитині, якщо сім'я не знаходить сили в собі, щоб підтримати один одного. Ефективне професійне втручання може бути тільки через стосунок партнерства між батьками та фахівцями. Тому світ, в якому живе дитина дуже важливий як для виховання та розвитку, так і для успішної соціалізації. Сім'я та дитина впливають один на одного. Це взаємопов'язані, взаємовпливаючі системи (Грицюк, 2022).

Психологічний супровід передбачає не лише роботу з дитиною та створення для неї відповідних умов навчання через розроблення індивідуальних планів і програм розвитку, а й взаємодію з батьками, іншими учнями та педагогами. Тож важливо допомогти дитині з особливими освітніми потребами налагодити взаємодію з усіма учасниками освітнього процесу (педагоги, учні, батьки). Тобто роль практичного психолога – своєрідне посередництво в побудові суб'єкт-суб'єктних стосунків.

Серед завдань психологічного супроводу варто виокремити такі, як:

- актуалізувати особистісний потенціал розвитку дитини з особливими освітніми потребами;
- формувати позитивні міжособистісні стосунки дитини з ровесниками у процесі внутрішньо-шкільної інтеграції;
- консультувати батьків щодо особливостей динаміки розвитку, спілкування, навчання, професійної орієнтації, соціальної адаптації дитини.

Щоб взаємодія педагогічного колективу відбувалася цілісно, варто зважати на такі обов'язкові компоненти психолого-педагогічного супроводу, як:

- систематичне дослідження психолого-педагогічного статусу дитини (тобто, з одного боку, вимог до дитини, а з іншого – особливостей її розвитку) та динаміки психічного розвитку в процесі навчання;
- забезпечення соціально-психологічних умов для розвитку особистості дитини та її успішного навчання;
- створення спеціальних умов для надання допомоги дітям з особливими освітніми потребами.

При складанні ІПР (індивідуальної програми розвитку) для дитини з ООП практичний психолог бере безпосередню участь у:

- визначенні рівня сформованості знань, умінь і навичок дитини з особливими освітніми потребами. Це здійснюють з метою:
 - поінформувати дитину про її індивідуальні досягнення;
 - сформувати позитивну мотивацію дитини до навчання;

- визначити ефективність педагогічної діяльності вчителів;
- наданні спеціальних та додаткових освітніх послуг, тобто у розробленні та реалізації корекційно-розвивальної роботи з конкретною дитиною
- адаптації та (або) модифікації навчальних програм, методів, матеріалів, обладнання тощо з урахуванням сенсорних та інших потреб дитини
- оцінюванні динаміки розвитку дитини, що є невід’ємною складовою процесу розроблення індивідуальної навчальної програми для дитини з особливими освітніми потребами – збирання відомостей про її успіхи (учнівські роботи, результати спостережень контрольні листки, результати тестів тощо).

Найголовніша умова для успішної реалізації інклюзивного навчання – позитивне ставлення педагогічних працівників до інклюзивної освіти в цілому як до закономірного та прогресивного етапу розвитку системи освіти. Адже від їхнього бажання працювати з дітьми з особливими освітніми потребами та розуміння важливості впровадження інклюзивного навчання залежить якість освітнього процесу.

Етапи роботи з інклюзією: підготовка до інклюзії (заклучення лікаря); батьківська готовність до інклюзії; поведінка дитини (знайомство з небезпеками); розвиток здібностей до самозахисту; формування умов успішної адаптації (Назаревич, 2022).

Умовами успішної адаптації є: мотиваційна готовність (бажання самої дитини); фізична готовність (тому що організм може надавати можливості писати чи вчити вірші тощо); психічна готовність; соціальна готовність; когнітивна готовність; батьківська готовність; середовищна готовність; педагогічна готовність; інформаційна готовність (Назаревич, 2022).

Отже, практичний психолог має передусім:

- провести навчання педагогічних працівників – семінари, семінари-практикуми, тренінги тощо, спрямовані на формування сприятливого

середовища, де цінують відмінності кожного учасника навчально-виховного процесу

- вивчити індивідуальні особливості навчально-пізнавальної діяльності дитини та скласти відповідні рекомендації для вчителів.

В інклюзивному середовищі практичний психолог формує психологічну готовність учасників освітнього процесу – школярів, батьків, педагогів, представників адміністрації – до взаємодії з дитиною з особливими освітніми потребами. Для цього, зокрема, проводить тренінгові заняття, спрямовані на подолання упередженого ставлення до дітей з особливими потребами, уникнення стереотипів, стигматизації.

Заняття важливо розпочинати саме з педагогами, оскільки очікувану поведінку моделює своїм ставленням учитель.

Педагогів також необхідно налаштовувати на те, що в педагогічній практиці для характеристики особливостей дітей з особливими освітніми потребами варто уникати медичної термінології.

Організуюючи інклюзивне навчання в закладі освіти, доцільно:

- сприймати дитину з особливими освітніми потребами як активну, свідому особистість;
- помічати навіть незначні досягнення дитини;
- сприяти розвитку міжособистісних дружніх стосунків між дітьми;
- заохочувати всіх членів педагогічного колективу відповідально ставитися до інклюзивного навчання в закладі.

Отож, працівники психологічної служби повинні створити умови і надати допомогу в психологічній та соціальній адаптації, підготовці до повноцінного життя в суспільстві дітей з особливими освітніми потребами. Адже навчання таких дітей спільно з їхніми здоровими однолітками сприяє їх соціальній адаптації. Таке навчання є корисним також і для нормотипових дітей, бо вони вчаться розуміти проблеми інших, стають емпатійними. Освіта дітей з порушеннями розвитку передбачає включення їх у загальну діяльність разом з іншими дітьми, починаючи вже з дошкільного віку.

Основною метою психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в освітньому закладі, класі є вивчення особистісного потенціалу, а саме: співвідношення рівня розумового розвитку дитини і вікової норми, розвитку когнітивної сфери, сформованості мотивації до навчання; особливості емоційно-вольової сфери; індивідуально-характерологічні особливості, їх творчий та інтелектуальний розвиток через залучення всіх учасників освітнього процесу (батьків, педагогів, дітей) до реалізації запланованих дій щодо особливостей розвитку, спілкування, навчання; соціалізація та адаптація; професійна орієнтація дітей з порушеннями розвитку/інвалідністю.

Практичні психологи забезпечують супровід навчання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами у закладі освіти, класі за таким алгоритмом:

1. Перевірка готовності дитини до навчання в школі у дітей, які проходять підготовку до навчання, виявлення навчальних труднощів у дітей, визначення причин цих труднощів у бесіді з батьками; за потреби – скерування до відповідних додаткових фахівців з метою встановлення причин та надання допомоги.

2. Проведення спостереження за поведінкою дитини на уроках та в позаурочний час, за особливостями її поведінки та взаємодії з однолітками, педагогами.

3. Проведення індивідуальних спостережень, досліджень за дитиною з метою вивчення її індивідуальних особливостей, схильностей, інтересів та потреб, аналіз періоду адаптації.

4. Участь у складанні індивідуальної програми розвитку дитини, розробка індивідуального плану корекційно-розвиткової роботи з урахуванням виявлених особливостей дитини.

5. Участь у підготовці документів для розгляду на засіданні психолого-медико-педагогічної консультації.

6. Ознайомлення з висновками і рекомендаціями психолого-медико-педагогічної консультації щодо організації навчання дитини та надання їй додаткових послуг.

7. Участь у розробці необхідних для адаптації матеріалів з переліком форм і прийомів, а саме: надання рекомендацій педагогам щодо врахування особливостей навчально-пізнавальної діяльності дитини при визначенні методів роботи з нею.

8. Сприяння у створенні позитивного мікроклімату в шкільному колективі та взаємодії з дітьми, проведення заходів, спрямованих на профілактику стигматизації і дискримінації у оточенні ровесників, формування дружнього та неупередженого ставлення до дитини з особливими освітніми потребами.

9. Надання консультативної допомоги педагогам у роботі з дитиною.

10. Налагодження співпраці з фахівцями, які безпосередньо працюють з дитиною з особливими освітніми потребами та беруть участь у розробці індивідуальної програми розвитку.

11. Надання консультативної допомоги батькам дитини з ООП та батькам класу, в якому навчається ця дитина.

Практичний психолог визначає, які методики включити під час діагностичного вивчення та як адаптувати стимулюючі матеріали – методики для вивчення стану інтелектуального розвитку незалежно від впливу факторів навколишнього середовища: культури, освіти та ін.

Під час вивчення психічного розвитку дитини практичний психолог виявляє фактори, які зумовлюють труднощі пізнавальної діяльності, спілкування та соціальної адаптації, а також ті резерви, які можна використовувати у корекційно-розвитковій роботі. З урахуванням виду порушення розвитку та потенційних можливостей дитини організовується психокорекційна робота. Більшість дітей з особливими освітніми потребами долучаються до роботи в корекційній групі (3-4 дитини). Однак, практичний психолог заздалегідь оцінює і застосовує відповідні вправи та завдання, виконання яких сприяє розвитку дитини.

З метою корекції поведінки та особистісних проявів у роботі з дітьми з особливими потребами в рамках групової роботи організовуються:

- тренінг спілкування;
- тренінг ефективної соціальної взаємодії;
- тренінг підвищення впевненості в собі;
- тренінг зниження тривожності та подолання страхів;
- тренінг розвитку навичок емоційної саморегуляції;
- тренінг креативності;
- тренінг асертивності;
- тренінг самоствердження;
- тренінг особистісного росту тощо.

Корекційні заняття можуть проводитись індивідуально з дитиною. Вони являють собою сукупність технік та вправ, які спрямовані на корекцію поведінки та розвиток особистості дитини. Соціально-педагогічний патронат в освітньому закладі базується на створенні сприятливих умов для взаємодії учня з соціальним середовищем з метою попередження виникнення або усунення вже існуючих дестабілізуючих факторів та формування стійкості до ситуацій дезадаптації.

Важливим видом психологічної допомоги є психологічна підтримка родини, батьків дітей з особливими освітніми потребами. У рамках консультативно-корекційної допомоги батькам у розв'язанні психо-емоційних проблем з дітьми, практичні психологи використовують різні форми роботи:

- Система тренінгових вправ, спрямованих на формування та розвиток почуття батьківської любові «Сім кроків».

- Психокорекційна робота з матерями, які виховують дітей з відхиленнями в розвитку «Формування позитивних стосунків між матір'ю та її дитиною».

- Групові психокорекційні заняття «Гармонізація внутрішньо-сімейних відносин».

- Письмові форми викладання проблеми – анкети: «Моя проблема», «Мій життєвий шлях», «Історія життя моєї дитини», «Наші сімейні традиції», «Наші спільні справи» тощо.

Психолого-педагогічна підтримка батьків є життєво необхідною, тому що саме від батьків та їх внеску в освітній процес залежить повноцінний розвиток дітей з порушеннями розвитку/інвалідністю. Завдяки просвітницькій роботі батьки стають обізнаними із особливостями адаптації дитини в соціумі та упевненими у її можливостях, ознайомленими з власними та чужими проблемами, згуртованими в більш турботливу спільноту, поінформованими із зразками громадської діяльності для своїх рідних.

Таким чином, забезпечення психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в класі з інклюзивним навчанням є невід’ємною частиною розвитку сучасних реформаційних освітніх процесів. В її основі лежить індивідуальний та диференційований підхід до кожного учасника освітнього процесу: дітей, педагогів, батьків. Підсумовуючи вищесказане, слід зазначити, що психолог сприяє створенню в освітньому закладі, класі навчання комфортні умови для формування у дітей з особливими освітніми потребами навичок самостійності, впевненості, мобільності, адже всі діти є цінними і активними членами суспільства.

Запитання до розділу

1. Що таке гуманістичний підхід у контексті супроводу осіб з порушеннями розвитку/інвалідністю.
2. Охарактеризуйте гуманістичний світогляду та закономірності соціального розвитку в даному контексті.
3. У яких принципах відображається гуманістична природа людського мислення.
4. Назвіть алгоритм роботи психолога в інклюзивному класі.
5. Підходи до вивчення психологічного супроводу.
6. Визначення та принципи реалізації психологічного супроводу.

Розділ II. Теорія сімейних систем

2.1. Природа сімейних стосунків

С. Мінухін (1974) дав визначення інтерактивної природи сім'ї. Він визначав, що індивід впливає на своє оточення і сам піддається його впливу в епізодах взаємодії, які безперервно змінюють один одного. Індивід, який живе в сім'ї, є членом соціальної системи, до якої він повинен адаптуватись. Його дії управляються характеристиками системи, а ці характеристики, в свою чергу, включають в себе результати його власних дій в минулому. Індивід реагує на стреси в інших областях системи, до якої він адаптується; його дії можуть здійснювати значний вплив на стрес, який відчувається іншими членами системи. Індивіда, зазначав С. Мінухін, можна розглядати як підсистему або частину системи, однак неможна випускати з поля зору систему в цілому.

Таким чином сім'я діє, як інтерактивне об'єднання. Все, що зачіпає одного з членів сім'ї, зачіпає й усіх інших.

Сім'я – це певний набір патернів поведінки, ролей та міжособистісних взаємин. Потенційними проблемами в мікросистемі, під назвою «сім'я особливої дитини» можна виділити декілька:

- мати – батько (індивідуальний стан кожного з батьків та гармонійність стосунків; необхідність прийняти обмеження дитини);
- мати – особлива дитина (депресія, відчуття провини, само-звинувачення, проблеми у ставленні до дитини);
- мати – здорова дитина (недостатня кількість уваги до здорової дитини, перекладання на здорову дитину непосильних обов'язків, що стосуються догляду за особливою дитиною, використання здорової дитини в якості компенсації);

- батько – особлива дитина (відмова батька від фізичної та психологічної участі в турботі про особливу дитину);

- батько – здорова дитина. Сюди можна віднести абсолютно ті ж характеристики, що і про взаємини матері та здорової дитини. Це і та ж компенсація, завищені вимоги та очікування.

- особлива дитина – здорова дитина (відчуття провини, сором, страх «заразитись», певна маніпуляція з боку особливого брата чи сестри амбівалентні почуття здорової дитини по відношенню до брата чи сестри з порушеннями.

Загальна теорія систем показує, що кожна змінна в системі взаємодіє з іншими змінними таким чином, що не завжди буває легко розрізнити причину та її вплив. Luterman (1984) у своїй роботі, що стосувалась глухоти писав: «Коли в сім'ї народжується глуха дитина – можна сказати, що в певній мірі перестає чути вся сім'я». Сім'я, то насправді, перша та найбільш впливова система. Фізичне, соціальне, емоційне функціонування членів сім'ї глибоко взаємопов'язано, і на зміни в одній частині системи, ніби ехо, відгукуються зміни в іншій. Крім того сімейні взаємини та взаємодії, як правило, взаємні, регулярні та відповідають визначеним виробленим зразкам (Carter, McGoldrick, 1980).

Довідка

Ступінь обмеження життєдіяльності людини та критерії встановлення групи інвалідності

Інструкцією про встановлення груп інвалідності визначено три ступені обмеження життєдіяльності людини: помірно виражене, виражене і значне.

Помірно виражене обмеження життєдіяльності зумовлене такими порушеннями функцій органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Виражене обмеження життєдіяльності обумовлюється порушенням функцій органів та систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Значне обмеження життєдіяльності виникає внаслідок значних порушень функцій органів чи систем організму, що призводить до неможливості або значного порушення здатності чи можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності та супроводжується необхідністю в сторонньому догляді (сторонній допомозі).

Необхідно зупинитися на окремих критеріях, за якими встановлюється ступінь обмеження життєдіяльності.

Обмеження самообслуговування:

1-й ступінь – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

2-й ступінь – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та за допомогою інших осіб;

3-й ступінь – нездатність до самообслуговування та повна залежність від інших осіб.

Обмеження здатності самотійно пересуватися:

1-й ступінь – здатність самотійно пересуватися з тривалішою витратою часу, пересування з зупинками і скорочення відстані;

2-й ступінь – здатність самотійно пересуватися з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб;

3-й ступінь – нездатність самотійно пересуватися та повна залежність від інших осіб.

Обмеження здатності до навчання:

1-й ступінь – здатність до навчання в учбових закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму учбового процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, який навчає);

2-й ступінь – здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах;

3-й ступінь – нездатність до навчання.

Обмеження здатності до трудової діяльності:

1-й ступінь – здатність до виконання трудової діяльності за іншою спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією;

2-й ступінь – здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

3-й ступінь – нездатність до трудової діяльності.

Обмеження здатності до орієнтації:

1-й ступінь – здатність до орієнтації за умови використання допоміжних засобів;

2-й ступінь – здатність до орієнтації, що потребує допомоги інших осіб;

3-й ступінь – нездатність до орієнтації (дезорієнтація).

Обмеження здатності до спілкування:

1-й ступінь – здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передання інформації;

2-й ступінь – здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб;

3-й ступінь – нездатність до спілкування.

Обмеження здатності контролювати свою поведінку:

1-й ступінь – часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку;

2-й ступінь – здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб;

3-й ступінь – нездатність контролювати свою поведінку.

Залежно від ступеня обмеження життєдіяльності встановлюють I, II, III групу інвалідності, а також причини інвалідності: загальне захворювання; інвалідність з дитинства; трудове каліцтво; професійне захворювання; поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, пов'язані із захистом Батьківщини; поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, пов'язані з перебуванням у партизанському загоні; поранення, контузії або каліцтва, пов'язані з бойовими діями у період Великої Вітчизняної війни (або з наслідками бойових дій); поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, отримані при виконанні обов'язків військової служби; захворювання, отримане в період проходження військової служби; поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, отримані при виконанні інтернаціонального обов'язку; поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, отримані при виконанні обов'язків військової служби під час ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС, інших ядерних об'єктах та випробуваннях ядерної зброї; захворювання, травма, каліцтво, пов'язані з роботами під час ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС та інших ядерних об'єктах; захворювання, пов'язане з впливом аварії на Чорнобильській АЕС.

При підвищенні групи інвалідності внаслідок професійного захворювання, трудового каліцтва, захворювань та травм, пов'язаних з аварією на ЧАЕС, з бойовими діями у період Великої Вітчизняної війни в разі виникнення більш важкого загального захворювання причина інвалідності встановлюється згідно з вибором хворого.

Велика кількість літератури, що висвітлює функціонування сім'ї, яка страждає від порушення одного зі своїх членів, ґрунтуються на уявленнях про певну усереднену «стандартну сім'ю» (AP. Turnbull, 1986). Однак сім'ї дуже відрізняються. І за складом: розширені сім'ї, члени яких можуть проживати як разом з родичами, так і на відстані; неповні сім'ї; сім'ї, в яких один із членів

страждають серйозними психічними захворюваннями, алкоголізмом або наркоманією; сім'ї, які втратили когось зі своїх членів. **Хоча характеристики складу сім'ї**, в якій один із членів страждає порушенням розвитку, уже вивчені, та, наразі, відсутні глобальні дослідження, які б визначили, як склад сім'ї впливає на успішність або неуспішність її функціонування. Та по відношенню до складу сім'ї важливо пам'ятати, що це змінна характеристика, а не стала.

Культурний стиль сім'ї –це, мабуть, найбільш статичний елемент. Але він відіграє важливу роль у формуванні сімейного ідеологічного стилю, моделей взаємодії та функціональних пріоритетів. На культурний стиль сім'ї можуть впливати багато факторів: це і етнічний, і расовий, і релігійний, і соціально-економічний статус. Саме культурний стиль сім'ї впливає на те, яким чином родина пристосовується до особливої дитини, а також впливатиме на стиль використання медичної та соціальної допомоги, та в загальному, на рівень довіри до соціальних закладів.

Ідеологічний стиль ґрунтується на поглядах, цінностях і на притаманній поведінці в сім'ї. Переконавання та цінності можуть передаватись з покоління в покоління та здійснювати значний вплив на те, як члени сім'ї взаємодіють між собою, з іншими сім'ями та системами (наприклад, навчальними закладами, державними установами). Реакція сім'ї на порушення розвитку або на хворобу дитини, багато в чому визначається ідеологічним стилем, однак правильним є також твердження, що така дитина може здійснювати вплив на цінності сім'ї (наприклад, переглянути свої погляди на людей з порушеннями).

Сім'ї, яка зіткнулась з невиліковними хворобами або порушеннями розвитку, доводиться також переглянути свої погляди відносно того, хто і що може вплинути на ситуацію та хід її розвитку (Rolland, 1993). Корисно знати, чи вважає сім'я порушення у дитини власною провиною, чи вважає винними когось стороннього або просто випадковістю. Погляди сім'ї можуть вплинути на її реакцію на події, пов'язані з порушенням, на пошук допомоги та ставлення до медичних та соціальних установ. Rolland (1993) стверджує, що фахівцям необхідно цікавитись уявленнями сім'ї про те, що викликало порушення або

хворобу, і що може вплинути на її результат. Коли сім'я покладає відповідальність на когось конкретно, відчуття провини та сором можуть негативно повпливати на здатність сім'ї впоратись з хронічною хворобою або порушеннями розвитку дитини.

Ідеологічний стиль впливає на прийняті в сім'ї механізми вирішення проблем. Різні стратегії рішення проблем можуть допомогти сім'ї змінити сприйняття ситуації (AP. Turnbull, 1993). Згідно McCubbin&Patterson (1981), стилі рішення проблем можна розділити на внутрішні та зовнішні: внутрішні стратегії передбачають пасивність (проблеми з часом самі вирішуються) та переоцінку того, що відбувається (зміна ставлення до ситуації з метою продовження конструктивного життя); зовнішні стратегії включають в себе пошук соціальної підтримки (здатність використовувати ресурси сім'ї, а також зовнішні ресурси), духовну підтримку (використання духовних тлумачень того, що відбувається, дотримання порад священників, духовних наставників, гуру тощо) і формальну підтримку (використання суспільних та державних ресурсів).

Важливо допомогти сім'ї, яка має особливу дитину, сприймати її як джерело важливих життєвих уроків, любові, гордості, сили. Важливо щось протиставити негативному, патологізуючому погляду на людей з порушеннями, які досі поширені в літературі (Селігман, Дарлінг, 2019). Дитячий психотерапевт Бруно Бетельгейм вважає, що дитина може навчитися жити зі своєю неповносправністю, але вона ніколи не зможе бути щасливою, якщо не відчуває, що є любимою та безцінною для своїх батьків. Якщо сім'я навчиться не приховувати правди про неповносправність дитини, приймати її – це сприятиме позитивному ставленню до неї всього оточення. Інтеграція дітей з порушеннями розвитку дозволяє суспільству відкривати для себе потреби та дари таких осіб і звільнятися від негативних стереотипів. Необхідно, щоб фахівці допомагали батькам формувати позитивну філософію сприйняття життєвої ситуації, в якій вони опинилися. Варто не нав'язувати цю філософію, а саме допомогти сім'ї відкрити її для себе.

2.2.Сімейний взаємовплив

Спеціалістам важливо розуміти, що дитина з порушеннями розвитку живе не в ізоляції. Як і всі люди, вона живе в контексті – перш за все, в контексті сім'ї, а все, що трапляється з одним із членів сім'ї, впливає на всіх.

AP. Turnbull (1993) описує чотири компоненти сімейної системи: підсистеми, згуртованість, здатність до пристосування та комунікацію.

Підсистеми. В сім'ї визначають чотири підсистеми:

1. Шлюбна: чоловік та дружина.
2. Батьківська: батьки та дитина.
3. Братерсько-сестринська: дитина та дитина.
4. Позасімейна: взаємодія з родичами, друзями, спеціалістами тощо.

На формування підсистем впливають структурні характеристики сім'ї (наприклад, кількість позасімейних зв'язків, неповнота сім'ї, кількість дітей) та поточна стадія життєвого циклу сім'ї.

Спеціалістам, які вторгаються в життя підсистеми, необхідно проявляти обережність. Втручання, що покликане укріпити зв'язок між матір'ю та дитиною, може, наприклад, вплинути на стосунки матері з батьком та іншими дітьми. Необхідно уважно продумувати стратегії втручання та їх наслідки для інших підсистем сім'ї, щоб вирішення однієї проблеми, не викликало виникнення нових. Щоб уникнути подібних труднощів необхідно включати (це краще, ніж виключення) інших членів сім'ї в роботу та повідомляти їм цілі та очікувані результати того чи іншого втручання.

Згуртованість та здатність до пристосованості. Підсистеми описують хто взаємодіє в сім'ї; поняття ж згуртованості та пристосованості розказують про те, як відбувається ця взаємодія.

Згуртованість найкраще описувати через протилежні поняття: спаяність та роз'єднаність. В сім'ях з високим рівнем спаяності перетинки між підсистемами виражені слабо; для таких сімей характерним є гіперопіка (Minuchin, 1974). Таким сім'ям недоступними є такі поняття, як особистий

простір та самостійність. Гіперопіка може здійснювати на дитину з порушеннями руйнівний вплив, адже в такій сім'ї відгороджують дитину від будь-якого досвіду, який дозволяє подорослішати та стати більш незалежним.

В роз'єднаних сім'ях, навпаки, кордони підсистеми дуже жорсткі та ригідні. Взаємодія в цих сім'ях визначається, як байдуже та холодне. Небайдужість тягне за собою тривогу, а в роз'єднаних сім'ях прийнято будь-яким чином уникати неприємних відчуттів. Таким чином, людина з порушеннями в такій сім'ї може бути вільним та незалежним, однак вона не зможе відчути, що її підтримують і люблять.

Нормально функціонуючу сім'ю характеризую «золота середина» між цими крайнощами. Кордони між підсистемами чітко визначені; завдяки цьому члени сім'ї мають, як міцні зв'язки, так і відчуття незалежності. Таким чином спаяність та роз'єднаність – це крайні точки, між якими розміщуються нормально функціонуючі сім'ї.

Пристосованість – характеристика, що визначає здатність сім'ї змінюватись у відповідь на стресову ситуацію (Olson, Russell & Sprenkle 1980). Ригідні сім'ї не змінюються у відповідь на стрес; хаотичні сім'ї характеризуються нестабільністю та безперервними змінами. Ригідна сім'я, частіше всього, важко пристосовується до необхідного догляду за дитиною зі значними порушеннями. Наприклад, ригідна роль «голови сім'ї», яка приймається батьком, може завадити йому взяти на себе частину справ або догляду за дитиною («не чоловіча це справа»), що в свою чергу покладе на матір непосильний тягар. Така матір, у свою чергу, почне присвячувати весь свій час та сили на догляд за особливою дитиною, нівелюючи інтереси інших дітей в сім'ї або спілкування з іншими людьми. Така сім'я знаходиться в небезпеці ізоляції та кризи.

В хаотичних сім'ях майже відсутні чіткі правила життя, а ті, що є, постійно змінюються. Часто в сім'ї немає лідера; можлива безкінечна боротьба за владу та постійні зміни ролей (AP. Turnbull & Turnbull, 1986). Хаотичні сім'ї можуть швидко переходити від спаяності до роз'єднання і навіть ворожості.

Успішне функціонування сім'ї передбачає підтримку рівноваги між емоційною єдністю та автономією, гнучким реагуванням на зміни та відчуттям стабільності, а також між регулярною та нерегулярною комунікацією.

Комунікація. З точки зору сімейних систем, провали в комунікації вказують не стільки на помилки окремих людей, скільки на проблему системи в цілому (AP. Turnbull&Turnbull,1986). Застосовуючи до сімей системний підхід, необхідно акцентувати увагу не на змінах людей, а на зміні способів взаємодії. Замість того, щоб звинувачувати когось із членів сім'ї, необхідно вивчити фактори, які впливають на проблеми з комунікацією. Іноді, в сім'ї прийнято вважати, що за проблему несе відповідальність конкретний член родини, однак хороший фахівець, розглянувши проблему, часто знаходить, що вона пов'язана з помилками комунікації. Часто сім'ї психологічно легше звинуватити в проблемі одну людину, ніж шукати її істинні причини в помилкових методах комунікації, за які несе відповідальність вся сім'я.

Визначення «інвалідності»

Огляд історичних етапів розвитку людської цивілізації свідчить, що уявлення про «інвалідність» еволюціонують, критерії її визначення зазнають змін і поступово переносяться із сфери життя окремого індивіда у сферу організації життєдіяльності самого суспільства. Суспільство стає на позицію, що витoki «інвалідності» коріняться в самому суспільстві. «Інвалідність» – соціальне явище, а не медична проблема особи. Такий підхід – ознака демократичного, побудованого на гуманістичних позиціях та цінностях суспільства, що досягло високого рівня духовного і культурного розвитку.

Уявлення про «інвалідність», що сформувались в різних країнах упродовж історичного розвитку людства, окреслили п'ять найбільш поширених визначень цього стану, які співіснують дотепер і по-різному властиві сучасним державам світу.

Усвідомлення осмислення змісту поняття «інвалідність» має особливе значення як під час поточного ділового спілкування, так і в період визначення цілей і розробки планів та програм щодо зміни соціальної політики стосовно осіб з фізичними та розумовими вадами.

1. Біомедичне визначення

«Інвалідність» прирівнюється до хвороби чи вади, що пов'язана безпосередньо зі станом здоров'я і вказує на те, що саме «негаразд» з особою. Згідно з цим визначенням, медичний стан стосується лише цієї особи.

2. Філантропічне визначення

Історично є старішим, ніж «біомедичне» визначення, і розглядає «інвалідність» як «людську трагедію». Відповідно особа з інвалідністю є об'єктом співчуття і доброчинності, стан її є підґрунтям для виникнення стресу не лише у неї, але й в її родині (особисте горе, знецінення, ізоляція).

3. Соціологічне визначення

Відображає «інвалідність» як форму людської «відмінності» від соціальних «норм», яка не відповідає можливостям рівної з іншими участі у житті суспільства, що наявні для решти громадян. При такому розумінні «інвалідність» застосовується не лише до окремої особи, але й до сфери соціальних відносин за здатністю виконувати соціальні норми (нездатний, дискримінація, знецінення).

4. Економічне визначення

Розглядає «інвалідність» за кількістю соціальних витрат. Люди з інвалідністю стають причиною збільшення витрат у зв'язку з певними потребами (лікування, реабілітація, матеріальна допомога) та через їхню обмежену продуктивність на роботі (менше навантаження, добір робочих операцій) порівняно зі здоровими людьми (клопіт).

Комунікація – це інструмент, необхідна умова для інклюзивної освіти дітей з особливими потребами. Щоб вступити у комунікацію, наше тіло «включається», реагує на стрес, проживає цілу історію (Назаревич, 2022). Під комунікативною проблемою розуміється така ситуація в житті сім'ї, коли: 1) існує певна потреба в будь-кого з членів сім'ї; 2) задоволення цієї потреби залежить від дій іншого члена родини; 3) передача членом сім'ї, в якого є потреба, певної інформації (прохання, натяк) неможлива через ті чи інші психологічні особливості даної особи; 4) потреба зберігається, хоча її неможливо задовольнити (Ейдемільер, Юстіцкій).

Для попередження психотравмуючих особливостей сім'ї необхідно знати про етапи розвитку комунікаційної проблеми, яка, зокрема, може виникнути в родині, де виховується дитина-інвалід.

Інформаційно-дефіцитний етап. На цьому етапі має місце незадоволена потреба, залежність її стану від іншого і неможливість комунікації, сутність якої полягає в тому, що індивід подумки звертається до

іншого, а точніше, до свого уявлення про нього з проханням, вимогою, натяком, вислуховує його відповідь. Саме уявлення виявляється першим і останнім бар'єром комунікації («Чого ж ти мені всього цього не розповів?» «А я думав, що ти будеш сміятися»).

Етап заміщувально-викривленого комуніціювання, коли член сім'ї намагається донести свою потребу, але через неможливість виразити це прямо відшукує засоби легалізувати прохання чи вимоги. Так, донька не може вимагати уваги і щирої турботи з боку батька й матері, бо це, на її думку, викличе в них почуття зверхності, зневаги до неї. Тому дівчинка наполягає на бажаній поведінці з причин, яких насправді не існує, але які допомагають їй задовольнити свою потребу (вона акцентує увагу батьків на гарних манерах між членами родини у серіалі, який залюбки переглядається і шанується її батьками). Така комунікація сприяє погіршенню уявлень членів сім'ї про особистість одне одного і відповідно їх взаєморозуміння.

Поведінково-комунікаційний етап. По закінченні другого етапу член сім'ї з незадоволеною потребою переходить до маніпулювання щодо сім'ї з метою створення ситуації, яка дасть йому змогу задовольнити цю потребу (психологічний тиск на члена сім'ї з метою примусити його чинити так чи інакше). Приміром, дитина, що вчиняє бійку з однокласниками, неуважна на уроці, пояснює свою поведінку тим, що не висипається, вдома їй, мовляв, не надані умови для виконання домашніх завдань. Учитель викликає батьків у школу, радить поліпшити умови перебування дитини в сім'ї. За таких умов комунікаційна проблема перетворюється у конфлікт (міжособистісний, або внутрішній).

До джерел порушень у процесі комунікації відносять такі:

1. Переобтяження комунікації побічними функціями (наприклад, у тому випадку, коли повідомлення, окрім основної – передачі інформації, виконує допоміжні функції). Будь-яке повідомлення, адресоване члену сім'ї, «фільтрується», «редагується» і часто може бути неадекватно зрозумілим – залежно від етапу комунікації.

2. Порушення уявлень про адресат комунікації. Викривлене уявлення про члена сім'ї може виступати серйозним бар'єром у взаєморозумінні. Знання про особистість члена сім'ї, до якого людина звертається з будь-яким повідомленням, бувають необхідні принаймні у двох відношеннях. По-перше, необхідно знати та брати до уваги інтелектуальний рівень того, з ким спілкуєшся. Це не завжди просто, особливо при взаємодії з дітьми. Є батьки, які говорять чи надто спрощено, чи надто складно, не враховуючи індивідуальні особливості й особливі потреби сина чи доньки. По-друге, необхідно правильно передбачати реакцію дитини на повідомлення (Гурлева, 2011).

Комунікація – це первинна умова для інклюзивної освіти: вміння/невміння комунікувати з собою (ментальними процесами); вміння/невміння комунікувати з педагогами (може дитина чи не може взяти знання, які дають). Кількість та якість соціальної комунікативної поведінки дітей молодшого шкільного віку, дозволяють з високою вірогідністю прогнозувати достовірність довгострокові результати їх розвитку та функціональності (Назаревич, 2021).

Особливості переживань сім'ї, в якій з'являється дитина з інвалідністю

Вчені Г. Кукуруза, О. Пюра наголошують на кількох стадіях пристосування сім'ї до такої ситуації, а саме:

1. *стадія шоку, агресії, відмови від усвідомлення факту*. Пошук винного у трагедії, звинувачення одне одного чи лікарів; спрямовання агресії на новонародженого, зростання емоційного напруження у сім'ї;

2. *стадія скорботи за здоровою дитиною, якої немає*. Усвідомлення своєї відповідальності, відчуття безпорадності в питаннях догляду, виховання дитини, звернення до спеціалістів;

3. *стадія адаптації: батьки «прийняли» ситуацію*. Побудова життя з урахуванням того, що в сім'ї є дитина-інвалід. Зниження рівня почуття жалю у дорослих, скорботи, посилення інтересу до подій навколишнього світу.

Для багатьох сімей, безперечно, адаптація є умовною тому, що вони продовжують жити під дією постійного стресу, адже дорослішання дитини приносить нові додаткові проблеми, зокрема психологічні:

- **догляд за дитиною в основному лягає на материнські руки.** Існування відмінностей між сприйманням дитини у жінок та чоловіків підтвердили результати дослідження сімей, які виховували дитину (або дітей) з певними фізичними або психічними вадами (дитячий церебральний параліч, хвороба Дауна, відсутність певної частини тіла та ін.). Першою відмінністю є притаманний жінкам високий рівень тривожності. Також у жінок трохи вищий ступінь прийняття та у два рази вищим є рівень кооперації жінки з дитиною; контроль за дитиною має менше значення для жінки, а відношення до невдач та симбіоз майже однаковий в обох статей. На основі цього, можна стверджувати: батько, на відміну від матері, майже не піклується про дитину-інваліда, при цьому намагається контролювати виховний процес у загальному вигляді;

- **догляд за дитиною-інвалідом обмежує професійну діяльність і дозвілля (особливо для матері).** У більшості випадків один із членів сім'ї (як правило мати) змушений залишити роботу та відмовитися від перспектив кар'єрного росту. Таким чином, поступово відбуваються зміни в життєвих цілях всіх членів такої родини, деформація призводить до формування комплексу «власної неповноцінності»;

- **дитяча неповноцінність впливає на стосунки між подружжям.** Не кожний батько приймає хвору дитину. Деякі з них не витримують випробування долі: занурення у релігію, алкоголізм, спроби суїциду. Деякі автори зазначають на високий рівень імовірності розпаду сімей, які не зуміли перебороти сімейну кризу, пов'язану з народженням дитини з вадами. Доведено, що близько 50 % батьків «тікають» із сім'ї, де є дитина-інвалід. У неповних сім'ях звужується коло внутрішньосімейного спілкування та зменшуються виховні можливості. Ставлення жінки до дітей виявляється негативним, адже вона отримує подвійну психологічну травму. Дослідження

показують, що сильна залежність дитини від матері та почуття ворожості до неї часто поєднуються. Також дітям притаманний занижений рівень домагань, підвищений рівень тривожності, проявляються невротичні симптоми. Відсутність батька негативно позначається на навчальній успішності, самоповазі, особливо у хлопчиків;

• найбільшим стресом для сім'ї є кризи, які постійно повторюються, а також різні вимоги в різні періоди розвитку або конфронтація з тим фактом, що ваду не подолати. Слід зазначити, що родина стикається з особливою, не обмеженою часом екстремальністю. Вона може співпадати з життям батьків дітей-інвалідів, і навіть виходити за його межі, бо батьки не можуть відкинути думок про те, що станеться з дітьми, коли ті залишаться без їхнього піклування. Мова йде про ситуації постійної екстремальності та перманентного стресу, результатом яких є перенапруження, відключається механізм адаптації, знижується загальний рівень продуктивності психічної діяльності, зростає тривожність, дратівливість, почуття приреченості;

• великим стресом для здорових дітей у родині є дитина з вадами здоров'я. У старших сестер та молодших братів існує підвищений ризик психосоціальних розладів (у старших сестер – необхідність догляду за дитиною, у молодших братів – відсутність уваги з боку батьків). Наслідки такого стресу виявляються в більш пізньому дитячому та підлітковому віці. Згідно з Положенням Комісії захисту прав дитини ООН, брати і сестри дітей-інвалідів – це діти, які потребують захисту і реабілітації. Це особливі діти. Залежно від взаємин в родині вони можуть бути опорою і захистом своїм рідним. Але не отримавши підтримки, можуть зламатися і відмовитися від хворого брата або сестри. Брати і сестри в сім'ї дитини-інваліда є першим і дуже важливим етапом інтегрованого виховання, що значно полегшить їй входження в соціум. А для здорових дітей, якщо хворі брат чи сестра не стали джерелом страждань, є шанс стати милосердною і доброю людиною, а, можливо, і обрати професію лікаря, психолога, педагога або соціального працівника;

• *потрібні великі фінансові затрати на медичні, педагогічні та психологічні заходи.* Досить гострою і важкою є проблема матеріальних нестатків, які супроводжують сім'ю з дитиною-інвалідом, адже мама, здебільшого не працює, зайнята доглядом за дитиною. Лікування, поїздки в пошуках нових лікарів і методів зцілення потребують чималих коштів. Гроші, які отримують батьки на хвору дитину, складають лише маленьку долю витрат на її лікування і догляд.

Родина, виховуючи дитину з порушеннями розвитку, не завжди може самотійно знайти конструктивні шляхи подолання негативних переживань, емоцій, стереотипів, установок. Продуктивна стратегія батьків здійснює важливий позитивний вплив як на їх власний психічний статус, так і на процеси розвитку дитини з порушеннями розвитку. Одним із пріоритетних завдань реабілітаційної роботи з сім'ями, які виховують дітей із порушеннями розвитку, є напрацювання та тренінг навичок продуктивного копінгу в батьків.

Дослідження емоційного стану батьків, які виховують дітей з ООП, засвідчило, що стійким компонентом віддалених емоційних переживань є екзистенційна криза, яка формується на фоні неповноти батьківського почуття, його фрагментованості та незавершеності – адже діти з особливими потребами, підростаючи, для батьків так і залишаються дітьми і сприймаються саме як маленькі діти, тим самим ігнорується їхній нехай і обмежений, але все ж таки розвиток.

Афективна напруга матері, яка виникає у випадку народження хворої дитини, несприятливо впливає на її взаємовідносини з малюком. У разі нормативного розвитку первинний симбіотичний зв'язок дитини й матері поступово змінюється автономією та емансипацією сина або доньки, що дорослішає. Навпаки, у процесі виховання дитини з порушеннями розвитку надмірний первинний симбіотичний зв'язок не лише не слабшає, не тільки фіксується та консервується, а в низці випадків навіть посилюється. Таке «повне розчинення у власній дитині» може спричинити втрату жінкою індивідуальності, перешкоджання її власному особистісному зростанню,

деформування мотиваційної сфери, руйнування системи відносин, зокрема подружніх.

Кожна така сім'я потребує допомоги, адже особлива дитина є постійним стресогенним чинником, особливо для матері. Емоційні перевантаження викликають певні зміни в її поведінці і здоров'я, що відображаються на дитині.

Безперечно, проблема дітей з ООП є актуальною у всьому світі. Сім'я, найближче оточення дитини з обмеженими можливостями – найважливіша ланка в системі її виховання, соціалізації, задоволення потреб, навчання тощо.

Не менш важливим для адаптування сім'ї, яка виховує дитину з особливостями є раннє втручання, що пов'язано також із забезпеченням соціального, емоційного, інтелектуального та фізичного розвитку дитини і досягненням максимального успіху в розкритті потенціалу дитини для навчання. Важливого завдання набуває й попередження вторинних дефектів у дітей з порушеннями розвитку. Саме тому робота з сім'єю вимагає від фахівця особливого ставлення до батьків як до партнерів, вивчення способу функціонування конкретної сім'ї та вироблення індивідуальної програми, яка відповідає сімейним потребам й стилям.

2.3. Функції сім'ї

Функції сім'ї – це продукт сімейної взаємодії. Вони відображають результати взаємодії в контексті задоволення потреб членів сім'ї. Для успішного функціонування сім'ї важливим є взаємозв'язок між сім'єю та позасімейними структурами. Необхідно зазначити, що сім'ї відрізняються як за пріоритетними функціями, так і за уявленнями про те, хто з членів сім'ї, які функції повинен виконувати. До типових функцій сім'ї відносять (AP. Turnbull&Turnbull,1986):

1. Економічна (заробляння засобів на життя, оплата рахунків, накопичення збережень тощо).

2. Домашнє господарство/турбота про здоров'я (купівля продуктів, приготування їжі, прибирання, відвідування лікарів).

3. Відпочинок (хобі, відпочинок для всієї сім'ї та для кожного окремо).

4. Соціалізація (розвиток соціальних навичок, міжособистісна взаємодія).

5. Самоідентичність (розпізнавання сильних та слабких сторін, відчуття приналежності до сім'ї).

6. Прив'язаність (відчуття любові, прив'язаності, близькості).

7. Навчання/робота (вибір кар'єри, засвоєння професійної етики, робота на дому тощо).

Дитина з порушеннями розвитку, особливо в тяжких випадках, може надзвичайно багато вимагати від сім'ї, при цьому нічого не даючи взамін. В результаті перебування дитини в найбільш природньому для неї середовищі (в сім'ї), може створити складні умови життя для інших її членів. Більше того, особлива дитина, може змінити самоідентичність сім'ї, знизити її здатність до заробляння, звузити можливості відпочинку та соціалізації, вплинути на кар'єрні рішення.

Та варто зазначити, що можна спостерігати і зворотній ефект, появи неповносправної особи в сім'ї. Адже, буває так, що така особа приносить позитивні зміни, такі, як теплота сімейних взаємин та згуртованість сім'ї.

Життєвий цикл сім'ї

Важко зрозуміти поведінку сім'ї, не звернувшись до питання її життєвого циклу. Це поняття особливо є важливим, оскільки впливає на всі аспекти функціонування сім'ї. З часом кожна сім'я змінюється по своїй структурі та функціям. Ці зміни, у свою чергу, впливають на взаємини в сім'ї (Carter&McGoldrick, 1989).

Життєвий цикл сім'ї – це серія стадій розвитку, на кожній з яких життєвий стиль сім'ї відносно стабільний, і кожен з її членів зайнятий задачами, що відповідають відповідному періоду їх життя (Duvall, 1957).

Теоретики виділяють від 6 до 24 стадій розвитку сім'ї (Carter&McGoldrick, 1989). Olson та його колеги (1984) виділили сім стадій. Вони включають в себе початок сімейного життя; народження дитини, немовлячий період, дошкільний вік; шкільний вік; підлітковий вік; дорослішання дитини; її перехід до самостійного життя; постбатьківська стадія; старіння.

Кожна стадія виконує свої специфічні завдання: наприклад, батьківство важливе на всіх стадіях виховання дитини, але воно втрачає свою важливість у постбатьківському періоді. Якщо дорослішання дитини не призводить до її незалежності (так може статись, якщо у дитини є важкі порушення), то стадія батьківства може продовжуватись дуже довго. Це може призвести до проблем, якщо батьки не хочуть лишатись в батьківських ролях. Здорові діти також можуть відчувати на собі тягар присутності брата чи сестри з порушеннями. В деяких випадках вони беруть на себе обов'язки по догляду за особливими братами чи сестрами на себе. такі діти можуть відчувати, що життя проходить повз них, вони не можуть здійснити свої мрії, досягнути своїх цілей, не можуть завести власну сім'ю.

Зміна життєвого циклу тісно пов'язана з віком, таким чином, ключовим аспектом його зміни – це зміни у функціях членів сім'ї, викликані змінами часу та змінами життєвих обставин.

AP. Turnbull та колеги (1986) співвіднесли стадії розвитку сім'ї, зі стресом, який відчують сім'ї особливих дітей:

1. Народження дитини, немовлячий вік, дошкільний вік. Постановка точного діагнозу; емоційне пристосування; повідомлення про порушення розвитку у дитини іншим членам сім'ї. В даному контексті, окремо можна визначити реакції батьків на неповносправність дитини. Хоча, звичайно, що слід враховувати неповторну індивідуальність кожної родини, оскільки в кожній сім'ї різний попередній досвід, наявність ресурсів та підтримки.

Та для більшості батьків народження неповносправної дитини, чи виявлення в неї хронічного невиліковного захворювання, є повною

протилежністю до їхніх очікувань та мрій. Тому Roberts (1997) виокремлює щонайменше чотири компоненти втрати, яку переживають батьки, виявляючи в дитини неповносправність: (1) втрата очікуваного, ідеалізованого образу дитини, (2) втрата вимріяного для дитини майбутнього, (3) втрата особистих та сімейних мрій та планів на майбутнє, (4) нарцистична втрата. Під останньою науковці мають на увазі, що народження здорової дитини часто для батьків є об'єктом гордості, доказом їхньої повноцінності як батьків, подарунком долі/нагородою Бога, підтвердженням їхнього статусу в очах родини та суспільства. Народження ж неповносправної дитини за умови домінування в суспільстві сприйняття неповносправної дитини як меншовартісної може зумовити в батьків відчуття сорому, власної меншовартості як батьків, вони сприймають це як кару та вияв їхньої особистої неповноцінності. Зрозуміло, що цей процес переживання втрати часо- та енергомісткий. Зрозуміло, що в кожного він індивідуальний. Та досвід показує, що в багатьох сімей простежуються деякі закономірні фази:

- шок;
- заперечення реальності/неповносправності чи наявності/прогнозу захворювання;
- усвідомлення реальності, яке супроводжується почуттями провини, смутку, відчаю, злості, тощо.
- поступове примирення та прийняття реальності, реорганізація життя і реалістична адаптація до неповносправності.

Стадія шоку – це стадія сильних почуттів, вона може виявлятися відчуттям дереалізації/деперсоналізації («це відбувається немов не зі мною», «мені здається, що то якісь страшний сон»). Ця стадія може супроводжуватися плачем, криком, або ж, навпаки, виявлятися емоційним заціпенінням, без емоційністю. Усі ці реакції нормальні. На цій стадії сім'я дуже потребує особливої уваги та підтримки соціального оточення та фахівців. Якщо зволікати з поданням батькам правдивої інформації, у батьків буде наростати тривога, пов'язана з відчуттям, що з дитиною щось не так, розгубленість,

недовіра фахівцям. Тоді фінальне проголошення батькам діагнозу/прогнозу буде не шоком, а навпаки, полегшенням. Фахівцям важливо також знати, що в такому емоційному стані батьки неспроможні сприймати великої кількості інформації, а то й взагалі можуть забути почуте – і це потрібно враховувати, проголошуючи діагноз/прогноз.

Варто відокремити особливу форму цієї стадії, яка виявляється емоційним заціпенінням, браком почуттів і може призвести до спотвореного враження, що батьки легко сприйняли факт неповносправності. Roberts (1997) пояснює таку реакцію в рамках психоаналітичної теорії захисним механізмом ізоляції афекту. На початкових стадіях цей захист дозволяє батькам ухвалювати рішення щодо потрібного дитині лікування без «втручання» емоцій. Ізоляція афекту, інтелектуалізація частково є адаптивними реакціями, але вони можуть перейти у крайність. Тоді вони виявляються прохолодністю, емоційною відчуженістю від дитини. Потребою заморозити почуття, можна вважати також і спроби «залити горе» алкоголем. На цій першій стадії, як «спосіб повернути все як було» сім'я може розглядати і можливість відмовитись від дитини.

Друга стадія: заперечення/нереальних надій є своєрідним способом оговтатись, захиститись від болючих відчуттів, цьому допомагає заперечення. Ця стадія полягає в повному або частковому запереченні реальності діагнозу чи прогнозу хвороби. Її суть у відмові прийняти болючу реальність та відпустити мрії та очікування принаймні до того моменту, поки не акумулюється внутрішній ресурс подивитися в очі реальності та пробувати адаптуватися до неї, вчитися жити з нею. Заперечення може мати різні форми – від повної відмови, що з дитиною щось не так і їй потрібна медична допомога, до часткового заперечення серйозності прогнозу (наприклад, батьки визнають, що в їхньої дитини важка форма ДЦП і дитина буде інвалідом, але надіються, що вона зможе самостійно ходити, хоч їм і пояснили, що це неможливо). Фахівцям важливо усвідомлювати захисну функцію заперечення як емоційного буфера при раптовому зіткненні з несподіваною,

приголомшливою інформацією. І тут, ані жоден інформаційний тиск на батьків, ані очевидні задокументовані докази неповносправності не відіграють своєї ролі – механізм заперечення функціонує незалежно від форми неповносправності, навіть за таких очевидних, «лабораторно-підтверджених» виявів хвороби, як-от, наприклад, синдром Дауна.

Тому на цій стадії дуже важлива освіта та психоедукація батьків: надання інформації про природу захворювання та ефективні/неефективні методи лікування та реабілітації. Заперечення створює специфічні проблеми для фахівців щодо мотивування сім'ї до участі в реабілітаційних програмах. Інколи заперечення стає джерелом конфліктної напруги в стосунках батьки/фахівці. І тут важливо використовувати різноманітні техніки з пошуку підходу та усвідомлювати, що за запереченням ховаються відчуття болю та відчаю, з якими наразі батьки неготові зустрітись. Нормальна динаміка другої фази виявляється в поступовому зменшенні ступеня інтенсивності заперечення і щораз більшому усвідомленні реальності та відкритті адаптивних шляхів пристосування до неї (Романчук, 2008).

Третя стадія: усвідомлення реальності. На цій фазі дуже важливо усвідомити реальність обмежень, пов'язаних з неповносправністю, усвідомити втрату можливостей – і для дитини, і для сім'ї. І на цій фазі відбувається процес прийняття і примирення з цими втратами. Це є нелегке завдання, тому часом, сім'ям важко з ним впоратись – тому не завжди третя стадія переходить в наступну. Процес може заблокуватися або ж набути патологічного перебігу. У деяких батьків може розвинути повний клінічний синдром депресії зі стійким пригніченням настрою, психомоторною загальмованістю, фізичною слабкістю, втратою інтересу до життя, занедбанням рідних та самих себе, надмірно-песимістичним сприйняттям теперішнього та майбутнього, надмірними самозвинувачуваннями та почуттям провини. Можливі також суїцидальні думки та дії.

Може бути й занедбання потреб дитини, батьки не роблять жодних зусиль, щоб сприяти її реабілітації, розвитку. Пасивна хронічна резигнація –

зневіра, пасивність, бездіяльність. Іншою патологічною формою такої стадії може бути крайнє загострення злості аж до одержимості помстою, неспроможність, навіть з часом, звільнитись від ненависті

Четверта стадія: прийняття, примирення та реорганізація життя. Головними характеристиками цієї фази є деяке емоційне полегшення. Є об'єктивне сприйняття реальності обмежень дитини, а також реальні очікування щодо майбутнього. Песимізм та відчай відступають перед збалансованим сприйняттям майбутнього. У характеристиках цієї фази Seligman (1989) подає такі важливі критерії: у стосунках з дитиною батьки вже можуть віднайти баланс між опікою, допомогою та підтримкою/сприяння незалежності; батьки можуть нормально дисциплінувати дитину без надмірного почуття провини; батьки можуть мати особисте життя та реалізовувати власні інтереси, безпосередньо не пов'язані з неповносправною дитиною.

Іншим елементом цієї стадії Roberts (1997) називає також процес надання змісту власному життю. Відбувається своєрідний рефреймінг – оцінювання свого досвіду в інших концептуальних рамках, з інших позицій; це допомагає батькам перейти від пасивності та зневіри до активного творення життя.

2. Шкільний вік. Прийняття рішення про звичайне або спеціальне навчання; рішення проблем, пов'язані з реакціями на дитину її одноліток; організація навчання та дозвілля дитини. Навчальні програми для дітей з порушеннями можуть викликати невдоволення батьків з цілої низки питань. Одна з найпоширеніших скарг батьків – це навчання дитини в неналежних умовах. Друга проблема – недостатність координації між різними освітніми підходами, з якими діти зіштовхуються протягом навчального дня. Вчителі часто, є просто неготовими до навчання дітей з порушеннями розвитку. Також необхідно враховувати, що таким учням необхідні додаткові послуги (наприклад, фізіотерапія); деякі діти потребують спеціальних засобів медичного характеру. Ще більші труднощі з навчанням у дітей в сільських

місцевостях. Там батьки вимушені шукати можливості для освіти та пошуком фінансування способів доставки дітей до школи.

Також на даному етапі батьків починає хвилювати питання, що стосується проблем з поведінкою.

Baxter (1986) досліджуючи сім'ї дітей з розумовою відсталістю, виявив, що основним стресовим фактором, який пов'язаний з доглядом за дитиною — це проблемна поведінка дитини та довготривала залежність від батьків. Паралельно зі зниженням тривог щодо фізичних потреб дитини збільшується тривога та стурбованість, що пов'язана з поведінкою дитини в громадських місцях. Проблеми з поведінкою зазвичай пов'язані з такими порушеннями, як розумова відсталість та аутизм.

Особливий стрес пов'язаний з наступними соціальними ситуаціями:

- офіційні соціальні заходи, на яких дитина поводить себе неналежно;
- перебування у чужому домі, де батькам важче впоратись з поведінкою дитини;
- перебування в громадських місцях, де управління поведінкою стає проблемою;
- обмежуючі установки, які не дозволяють батькам без сумнівів перервати небажаний розвиток подій;
- ситуації, коли дитина вступає в небажані форми контакту з іншими людьми.

Батьки відчують стрес, коли поведінка дитини привертає увагу до сім'ї.

3. Підлітковий вік. Емоційне пристосування до хронічної та невиліковної природи порушень; вирішення проблем пов'язаних із сексуальністю дитини, з її ізоляцією від одноліток; створення планів на майбутнє, вибір можливої професії. Здорова дитина, підростаючи стає менш залежною від батьків. Та порушення можуть серйозно обмежити здатність дитини до самостійності. Та навіть сім'ї з високозалежними дітьми можуть досягти нормалізації, якщо вони мають доступ до таких послуг, як спеціальне

навчання, спеціалізовані дитячі табори, спеціально навчені няні. Якщо ж подібні ресурси недоступні, то підтримка нормального стилю життя може стати доволі складним завданням.

Підлітковий вік дитини – нелегкий час для більшості сімей, незалежно від того чи є у них діти з порушеннями. Blumberg, Levin і Susman (1984) визначили основні завдання, які необхідно вирішити підлітку: 1) вироблення самосвідомості; 2) досягнення незалежності; 3) пристосування до статевого дозрівання; 4) підготовка до майбутнього; 5) розвиток зрілих відносин з однолітками; 6) розвиток позитивного сприйняття себе та свого тіла. Та для молодих людей, які мають порушення необхідно додати ще наступні фактори: пристосування до наслідків порушень в дорослому житті; прийняття рішення щодо проживання; пошук роботи чи інших занять; вирішення специфічних проблем, пов'язаних зі статевим дозріванням; усвідомлення відповідальності сім'ї за благополуччя дитини з порушеннями; вирішення проблем, які збільшуються щодо фінансових наслідків залежності дитини; вирішення проблем пов'язаних з обмеженими можливостями соціалізації поза сім'єю; планування опікунства.

4. Дорослішання. Емоційне пристосування до догляду за дорослою дитиною; прийняття рішення про проживання дитини (вдома чи в спеціалізованому закладі); вирішення проблем пов'язаних з недостатньою кількістю можливостей для соціалізації та спілкування.

5. Постбатьківська стадія. Перегляд стосунків між подружжям (якщо дитина живе поза домом); взаємодія з працівниками спеціалізованого закладу, де живе дитина; складання планів на майбутнє.

Patterson (1981) відзначає негативні наслідки порушень у дитини для всієї сім'ї. Вона цитує дослідження, з яких видно, що батьки особливих дітей відчувають більше соматичних та психологічних проблем, та в меншій мірі відчувають себе господарями свого життя. Особливо вразливими видаються матері, оскільки на них випадає основний тиск сімейного стресу, від якого вони оберігають інших членів родини. І хоча відсоток розлучень в сім'ях

особливих дітей порівняно однаковий із звичайними сім'ями, та все ж батьки особливих дітей відчують більше проблем у шлюбі (Patterson, 1991).

2.4. Структури можливостей

Не всі сім'ї мають однаковий доступ до можливостей нормалізації. Ці можливості включають в себе наступне:

- доступ до задовільної медичної допомоги та медичних послуг;
- доступність освітньої програми, яка б підходила в даному випадку;
- підтримка з боку рідних та друзів;
- при необхідності – доступ до дитячого садка та інших видів організації догляду за дитиною протягом дня;
- адекватні фінансові ресурси;
- позитивні сусіди;
- кількість та якість допомоги по дому;
- при необхідності – доступ до програм управління поведінкою;
- доступність підходящих програм дозвілля;
- при необхідності – доступність спеціального обладнання;
- наявність друзів у дитини та соціальних можливостей;
- доступність транспорту для дитини.

Структура можливостей сім'ї може змінюватись. Ці зміни можуть відбуватись, коли сім'я переїздить на нове місце або, коли знаходить фахового спеціаліста. Структуру можливостей змінюють нові закони, судові рішення, діяльність батьків-громадських діячів і рух за права людей з особливими потребами. Спеціалісти можуть допомогти сім'ї змінити доступ до існуючих можливостей та створити нові.

Проживання поза домом як форма нормалізації

Farber (1975) у своїй роботі, яка була присвячена дітям з важкою розумовою відсталістю, описує принцип «мінімальної адаптації». І визначає

наступні рівні мінімальної адаптації, які проходять батьки, що відчують труднощі від життя з дитиною з важкою розумовою відсталістю:

1. Фаза визначення: зникає підґрунтя для існуючого розподілу ролей.
2. Фаза нормалізації: ґрунтується на прагненні зберегти нормальні ролі (більшість сімей зупиняються на цій фазі і не рухаються далі).
3. Фаза мобілізації: сім'ї стає важко підтримувати прив'язаність та нормальність.
4. Фаза перегляду: включає в себе ізоляцію від первинного кола спілкування та переоцінку ролей, що склалися.
5. Фаза поляризації: батьки прагнуть визначити внутрісімейне джерело своїх проблем.
6. Фаза виключення: нормальність підтримується шляхом виключення із сім'ї особистості, що створює проблеми.

Farber відзначає, що досягнення фази виключення більш вірогідне для сімей, які орієнтовані на батьків, а не на дитину, а також для тих, хто важко долає сімейні проблеми ще до народження дитини. Однак, на проходження перерахованих фаз впливає не лише внутрішня динаміка сім'ї, а й соціальні та культурні очікування.

За якими критеріями встановлюються групи інвалідності? Перша група інвалідності

Підставою для встановлення першої групи інвалідності є стійкі, значно вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, неспроможності до самообслуговування і викликають потребу в постійному, що не регулюється, сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю нездатні до самообслуговування, потребують повного постійного стороннього догляду, допомоги або нагляду, абсолютно залежні від інших осіб або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування, потребують постійного стороннього догляду, допомоги або нагляду, залежні від інших осіб у забезпеченні життєво важливих соціально-побутових функцій.

Критерії встановлення I групи інвалідності: нездатність до самообслуговування чи повна залежність від інших осіб; нездатність до самостійного пересування чи повна залежність від інших осіб; нездатність до орієнтації (дезорієнтація); нездатність до спілкування; нездатність контролювати свою поведінку.

Друга група інвалідності

Підставою для встановлення другої групи інвалідності є стійкі, визначеної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, при збереженій здатності до самообслуговування, однак не викликають потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Критерії встановлення II групи інвалідності: здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою інших осіб; здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою інших осіб; нездатність до трудової діяльності чи здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і (або) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб; нездатність до навчання чи здатність до навчання тільки у спеціальних учбових закладах або за спеціальними програмами вдома; здатність до орієнтації в часі і просторі, що потребує допомоги інших осіб; здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою інших осіб; здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки при допомозі сторонніх осіб.

До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві або більше хвороби, що призводять до інвалідності, наслідки травми або уроджені дефекти та їх комбінації, що в сукупності функціональних порушень призводять до значного обмеження життєдіяльності людини та її працездатності.

Друга група визначається інвалідам з дитинства (учням, студентам) на період навчання; після закінчення учбового закладу надається довідка про придатність їх до роботи внаслідок набуття професії.

Інваліди II групи можуть виконувати ту чи іншу роботу в спеціально створених умовах: в спеціальних для інвалідів цехах, де забезпечується організація особливого режиму праці (скорочення робочого дня, індивідуальні норми виробітку, додаткові перерви у роботі, суворе дотримання санітарно-гігієнічних норм, медичний нагляд і систематична лікарська допомога тощо), на спеціально створених робочих місцях, в надомних умовах з індивідуальним ритмом роботи без обов'язкових норм виробітку, з доставкою в необхідних випадках сировини додому та прийманням вдома готової продукції.

Інваліди II групи можуть виконувати не протипоказані види праці, в тому числі і висококваліфікованої, у будь-яких установах і на підприємствах різних форм власності, де адміністрація забезпечує спеціальні умови (наприклад, ненормований робочий день, невеликий обсяг роботи, необхідні перерви в роботі, режим харчування, окремі приміщення тощо).

Третя група інвалідності

Підставою для встановлення третьої групи інвалідності є стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або уродженими дефектами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності, в тому числі працездатності, які потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критерії встановлення III групи інвалідності: здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів; здатність до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані; здатність до навчання в учбових закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму учбового процесу і (або) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає); здатність до орієнтації в часі, у просторі за умови використання допоміжних засобів; здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації.

Помірно виражене обмеження життєдіяльності визначається частковою втратою можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне зниження кваліфікації або зменшення обсягу трудової діяльності; значне утруднення в набутті професії чи в працевлаштуванні): значне зменшення (більше ніж на 25%) обсягу трудової діяльності; втрата професії чи значне зниження кваліфікації; значне утруднення в набутті професії чи в працевлаштуванні в осіб, що раніше ніколи не працювали та не мають професії.

Переогляд інвалідів з нестійкими, зворотними морфологічними змінами та порушеннями функцій органів і систем організму з метою визначення ефективності відновного лікування та реабілітаційних заходів, стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації проводиться через 1-3 роки.

Переогляд інвалідів раніше вказаних строків, а також громадян, інвалідність яким встановлено без зазначення строку переогляду, проводиться при зміні стану здоров'я і працездатності або при виявленні фактів зловживань-чи помилок, допущених у встановленні групи інвалідності.

Група інвалідності без зазначення строку переогляду встановлюється громадянам при анатомічних дефектах і прирівняних до них станах, стійких необоротних морфологічних змінах та порушеннях функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливому прогнозі динаміки

працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у районі проживання інваліда, а також чоловікам старше шістдесяти років і жінкам старше п'ятдесяти п'яти років, інвалідам, у яких строк переогляду настає у чоловіків після досягнення шістдесяти років, у жінок – п'ятдесяти п'яти років.

Та попри те, що теорія стадій набула поширення і застосування, їх багато критикували, особливо клініцисти, які заперечували наявність чітко простежуваних стадій у реальних випадках праці з сім'ями. Тому з'являлися нові дослідження, зокрема, Wikler (1981), які стверджували, що насправді йдеться про реалії, що можуть повторюватися, зміщуватися і відбуватися одночасно, і необов'язково зберігають чітку, закономірну послідовність.

Seligman (1989) формулює це бачення в теорію непослідовних стадій. Він звертав увагу на те, що стадії треба бачити гнучко, враховуючи усю складність сімей та непередбачуваність наслідків події у кожному індивідуальному випадку; вони насправді можуть повторюватись циклічно, їх повторно можуть зумовлювати різні життєві кризи та поворотні моменти.

Інші критики теорії стадій зосередилися на тому, що реакції батьків зумовлені не лише усвідомленням втрати, а й багатьма іншими реальними труднощами та стресами, з якими стикається сім'я: медичними проблемами дитини, загостреннями хвороби, зіткненнями з соціальною стигматизацією, фінансовими обмеженнями, міжособистісними конфліктами, непрофесійністю фахівців, браком потрібних послуг або ж відмовою дитині в доступі до них тощо. І ці труднощі можуть бути набагато сильнішим джерелом стресу для батьків, аніж сам компонент втрати.

Щоб як слід зрозуміти, як функціонує сім'я дитини з порушеннями розвитку, недостатньо вивчати лише одну дитину або лише пару дитина-матір, або навіть динаміку сім'ї в цілому. Все важливіше стає дослідження сім'ї в широкому соціальному, економічному та політичному контексті. Наприклад, Hartman (1978) розробив діаграму взаємодії сім'ї та общини. Автор назвав цю діаграму екокартою (див. Рис.1)

Екокарта

Ім'я _____

Дата _____

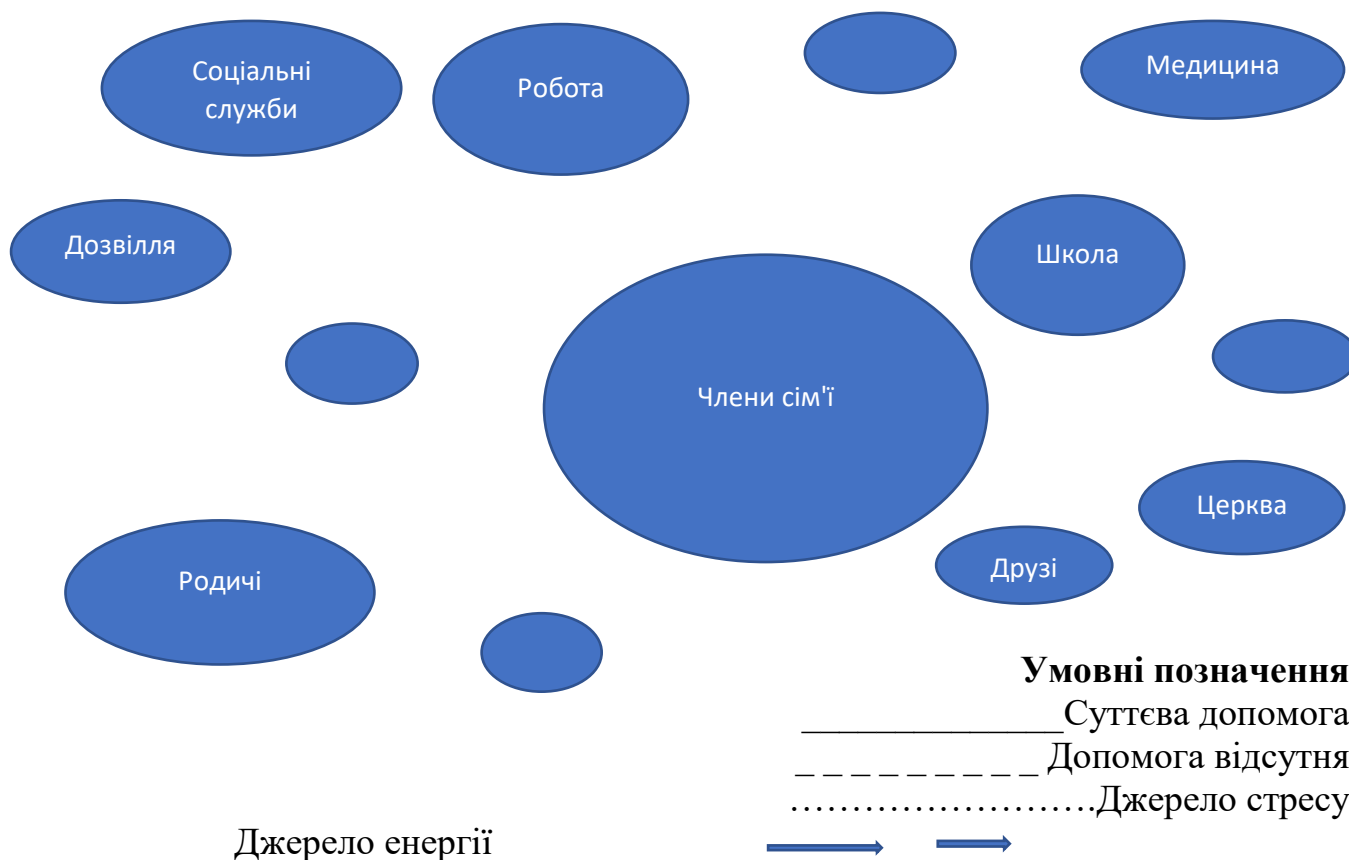


Рис.1. Екокарта

Hartman розробив дану діаграму взаємодії сім'ї, щоб створити графічне уявлення сімейної реальності, він вважав, що це допоможе уникнути спрощених, редукціоністських, причинно-наслідкових уявлень про сімейні взаємини. Екокарта – це просте креслення, яке наглядно демонструє положення сім'ї та доступність для неї різноманітних ресурсів. За Hartman, екокарта показує природу взаємодії, вказує на конфлікти, потреби в посередництві при вирішенні, налагодженні мостів, на ресурси, які необхідно побачити та задіяти. Екокарта може допомогти фахівцеві зрозуміти обставини життя сім'ї та продумати підходящу стратегію втручання. В практичній роботі Hartman рекомендує видавати копію екокарти членам сім'ї, щоб вони самі наочно прослідкували свої взаємодії з різними зовнішніми факторами. Можна

також використовувати карту до та після того чи іншого втручання, щоб оцінити його ефективність.

Одна з перших в історії спроб вивчення сімейних криз зроблена Р. Хіллом, який у своїй монографії описав модель сімейної кризи в період тривалої відсутності батька і концепцію копіngu сімейного стресу. Згідно з ABCX – моделі Хілла, – сімейні кризи (X) залежать від таких факторів: стресора (A) сімейних ресурсів (B), суб'єктивної інтерпретації стресора в сім'ї (C). Змінні B та C визначають, чи може стресовий вплив (A) призвести до кризи (Hill).

Модель ABC-X вдосконалена в дослідженнях Г. МакКабіна, Дж. Петтерсона шляхом включення додаткових чинників (соціальний контекст сім'ї) й отримала подальший розвиток у подвійній моделі ABCX. Ця модель поєднує в собі процеси опрацювання посткризових процесів, які визначають, чи може сім'я адаптуватися до кризи, що містить (aA) нагромадження додаткових стресових факторів і первинної кризи; (bB) наявні ресурси та ресурси, розроблені з метою подолання кризи; (cC) сприйняття сім'єю кризи, додаткових стресових факторів і наявних ресурсів; (xX) вірогідність адаптації до кризи. В останні десятиліття XX ст. у психологічній науці широко подано теоретико-емпіричні розробки сімейного стресу та копіngu (Абрамюк, 2010).

Ці три фактори, разом узяті, здійснюють вплив на здатність сім'ї справлятися зі стресом, не давши йому перерости в кризу (X-фактор). Криз відображає нездатність сім'ї відновити рівновагу та стабільність. Важливо відмітити, що стрес може не перейти в кризу, якщо сім'я вміло використовує ті ресурси, які в неї уже є та розглядає поточну ситуацію як часткову проблему, з якою можна впоратись.

Говорячи про модель ABCX-моделі, Patterson (1988) описує модель Пристосування та адаптації сім'ї (МПАС). МПАС стверджує, що сім'ї прогнуть прагнуть зберігати здорове функціонування, використовуючи свої можливості для задоволення своїх потреб. Критичним фактором є значення (рівнозначне описаному вище фактору C), якому надає сім'я як своєму

положенню (потребам), так і тому, що вона може зробити для його покращення (можливості). Коли потреби переважають існуючі можливості та порушується рівновага, настає криза. Відновити рівновагу можна трьома шляхами: 1) привернути нові ресурси або виробити нові стратегії поведінки; 2) зменшити потреби або 3) змінити свій погляд на ситуацію. Пояснюючи таким чином симптоми або поведінкові патерни працюють як механізми зі зворотнім зв'язком та стають частиною стресового фактору.

2.5. Додаткові труднощі та стреси, з якими стикаються сім'ї

Потреба забезпечення медичного лікування та реабілітації.

Особистість з неповносправністю чи хронічною хворобою, зазвичай потребує спеціальної медичної/психологічної/реабілітаційної опіки та допомоги. Це ставить перед сім'єю низку додаткових завдань: пошук якісних послуг, компетентних фахівців, фінансове забезпечення лікування, супровід дитини і, відповідно, втрачений на це час батьків, численні госпіталізації. Розв'язання цих завдань часто призводить до конфлікту щодо можливостей праці/звільнення батьків; внутрішньоподружню напругу стосовно згоди щодо того чи іншого методу реабілітації. Спілкування з фахівцями також може викликати напругу, бути фізично та емоційно виснажливим.

Виражена залежність від батьків чи опікунів, потреба в їхній присутності та опіці.

У дослідженнях Baxter (1986) саме цей чинник батьки визнали головним чинником стресу. Потреба в догляді при важких відхиленнях вимагає не лише часу, присутності, емоційних та фізичних ресурсів, а й того, що комусь необхідно залишити роботу, відповідно, це зменшення заробітку, зменшення соціальних контактів. Діти (або й старші особи), які не можуть самостійно пересуватись, потребують, щоб їх переносили. Постійний догляд зменшує кількість часу для спілкування у подружжі, зі здоровими дітьми, а також призводить до додаткових втрат, ревностей та конфліктів.

Фінансові труднощі.

Неповносправність/хронічна хвороба великою мірою впливає на бюджет сім'ї. Постійна фінансова проблема може вторинно призводити до зменшення/відмови від відпустки, продовжених годин праці, неможливості спільного сімейного відпочинку, виїзду когось із членів сім'ї за кордон на заробітки, і своєю чергою, створювати додаткові джерела стресу для членів сім'ї.

Доступність/фізичні бар'єри

На відміну від медиків, які визначають інвалідів, як хворих, Конвенція про права інвалідів говорить, що «інвалідність виникає внаслідок зіткнення з перешкодами, які ускладнюють пересування, орієнтування на місцевості й комунікацію. Якщо усунути ці перешкоди, зникає інвалідність, і людина буде в змозі про себе подбати самостійно». І якщо в медичній сфері деякі такі люди змушені отримувати ліки, аби підтримувати стабільний стан здоров'я, то соціальна складова цієї ситуації говорить про те, що людина з інвалідністю є повноправним членом суспільства і єдине, що їй заважає ним бути, непристосованість довколишнього середовища.

Державна політика у сфері забезпечення фізичної доступності архітектурного середовища – яскравий вияв того, на скільки суспільство усвідомлює проблеми людей з особливими потребами.

Поведінкові проблеми неповносправної дитини.

У дослідженнях Baxter (1986) поведінкові проблеми разом з потребою постійної турботи входили до найбільш стресових факторів для сім'ї. Такі проблеми виникають у родинах, де ростуть діти з аутизмом, гіперактивним розладом, з дефіцитом уваги та іншими формами неповносправності. Значний ступінь стресу пов'язаний із поведінковими проблемами, пояснюється насамперед кількісним зменшенням перебування сім'ї в різних соціальних середовищах, громадських місцях. В наслідок ускладненої поведінки дітей, батьки відчують значний дискомфорт, можуть «зриватися», кричати чи фізично карати дитину, а потім переживають відчуття провини.

Розлади поведінки є серйозною проблемою сфери охорони психічного здоров'я дітей та молоді, адже вони стосуються порушення базових процесів соціального розвитку дитини, формування її особистості, здатності будувати близькі стосунки, мати просоціальні цінності – а відтак є загрозою щодо повноцінного життя у дорослому віці. Дослідження вказують на цілий ряд серйозних ризиків для дітей та молоді з розладами поведінки у майбутньому – як у сфері психічного здоров'я так і академічної, професійної, соціальної самореалізації. Саме тому є так важливо запобігати розвитку цих розладів, працюючи з дітьми з групи ризику, надаючи підтримку родинам, що є в складних життєвих обставинах і не можуть забезпечити належних умов виховання дітей (з огляду на бідність, проблеми зі здоров'ям та ін.), сприяючи розвитку сімейних форм опіки (виховання у інтернаті суттєво збільшує ризик розвитку цих розладів), запобігаючи скривдженню дітей, булінгу та ін. Не менш важливо є забезпечити раннє виявлення та вчасне скерування дітей з поведінковими розладами за фаховою допомогою, адже можливість ефективної допомоги на ранніх стадіях розвитку поведінкових розладів є значно вищою, аніж при більш виражених та складних порушеннях.

На жаль, часто наявність поведінкових проблем та розладів у дитини чи підлітка веде до осудження самої особи, відкинення соціальним середовищем – а це лише суттєво збільшує ризик наростання подальшої антисоціальної поведінки. Попри важливість конфронтації проблемної поведінки та відповідних дисциплінарних наслідків, діти та молодь з поведінковими розладами потребують насамперед віри в них, доброзичливого ставлення та допомоги у тому, щоби стати частиною соціальної групи, реалізувати себе в стосунку з іншими.

Соціальна стигматизація.

Для багатьох батьків непередбачуваним, постійним джерелом стресу є принизливі, дискримінуючі дії чужих людей, щодо них та їхньої дитини, зумовлені її неповносправністю. Менш разючим, однак не менш болісним, є пасивне відкинення неповносправної дитини/дорослої особи, небажання

спілкуватися з нею, товаришувати. Це може призводити до того, що сім'ї самоізолюються від світу.

Емоційний стрес, міжперсональний стрес, інформаційний/інтелектуальний стрес, екзистенційний (адже, безперечно, неповносправність є серйозним випробуванням для системи цінностей, світогляду. Аналізуючи різні джерела труднощів та стресу Seligman називає структурами соціальних можливостей. До них відносять:

- доступ до якісної медичної допомоги;
- наявність відповідних освітніх програм та закладів;
- підтримка з боку родичів та друзів;
- наявність дитячих садочків, центрів домашнього перебування;
- адекватна фінансова підтримка з боку держави;
- присутність доброзичливих сусідів;
- кількість та якість допомоги по дому;
- доступність програм поведінкової терапії;
- можливості для відпочинку та дозвілля;
- доступність спеціального обладнання, якщо таке потрібне;
- наявність друзів та соціальних можливостей для неповносправної особи;
- наявність транспортних засобів.

Утім далі Seligman наголошує, що сам собою ступінь стресу ще не означає дисфункції та сімейної кризи. Чимало залежить від того як сім'я дає собі раду зі стресом. Модель впливу стресу на сім'ю вперше розробив Гілл (1949), це так звана АВСУ модель сімейної кризи.

У ній чинник А – це стресор, який є загрозою для стабільності та безпеки сім'ї. Чинник В – це ті ресурси, внутрішні та зовнішні, які сім'я може використовувати, щоб зменшити чи нейтралізувати стрес. Чинник С – це те значення якого сім'я надає стресору, когнітивно-емоційна оцінка. І тільки результат взаємодії цих трьох чинників, визначатиме Х – чи розвинеться внаслідок стресу сімейна дисфункція чи ні. У цій моделі увага зосереджена на

В і С— власне вони потенційно захисні й наголошують на тому, що саме соціальні ресурси сім'ї, а також її гнучкість, здатність до взаємопідтримки, творчого пошуку рішень, відкритості до зовнішніх джерел підтримки, а також здатність реконцептуалізувати, переосмислити проблему в рамках етичних та духовних цінностей, філософії «утвердження життя», дають змогу сім'ї захиститися, вистояти перед навалою чинників стресу.

Модель пристосування сім'ї до хронічної хвороби (Rolland)

Модель пристосування сім'ї до хронічної хвороби (Rolland) ґрунтується на розумінні життєвого циклу та варіацій, які пов'язані з хворобою. Згідно Rolland, спеціалістам корисно знати характеристики та типи протікання хвороби або порушення розвитку. Хвороба має гострий або поступовий початок. Якщо проблема виникає гостро (наприклад, інсульт, нещасний випадок) то сім'я має швидко і за короткий період часу пристосуватись до ситуації, мобілізувати свої ресурси для вирішення проблеми. Повільний розвиток хвороби потребує терпіння та вміння чекати. Хвороба, яка розвивається поступово, не завжди піддається точному діагнозу, теж викликає напругу в оточуючих.

Наступна змінна, яку важливо враховувати – це перебіг хвороби. Наприклад, хвороба може прогресувати або залишатися стабільною, проявлятися постійно або епізодично (приступами). При хворобі зі стабільним перебігом члени сім'ї мають справу зі стабільною та передбачуваною ситуацією; при хворобі, яка протікає із загостреннями вони можуть перебувати в постійному стресі, який пов'язаний з очікуваннями кризи болючих переходів від некризових до кризових станів.

Два додаткових фактори хвороби – її завершення та дефект. Завершення може бути фатальним (наприклад, ВІЛ) або хронічним, але не фатальним (наприклад, артрит). Ключова відмінність тут полягає у рівні готовності членів сім'ї до втрати. Що стосується дефекту, то він може бути наступним: хвороба може вплинути на інтелектуальні здібності (наприклад, хвороба Альцгеймера), на здатність до пересування; на чуттєве сприйняття (наприклад,

сліпота), створити стигму (наприклад, ВІЛ) або призвести до потворності (наприклад, опіки). Термін, рівень та тип дефекту здійснюють значний вплив на рівень стресу сім'ї.

Крім того у хвороб ще виділяють часові фази – такі як критична, хронічна та термінальна. В період кризи хвороби сім'я особливо вразлива та залежна від спеціалістів. Rolland (1993) розглядає перші зустрічі зі спеціалістами (постановка діагнозу та рекомендації) як «обрамляючу подію». Він радить на цій стадії спеціалістам проявляти у взаємодії з сім'єю особливу увагу, співпереживання та делікатність (оскільки це може вплинути на стиль обговорення хвороби в сім'ї).

Хронічна фаза може бути відзначена постійністю симптомів, періодами часових змін протягом хвороби і навіть смертю. Сім'я, яка зіштовхнулася з хронічною фазою хвороби, вимушена зберігати вигляд нормального життя, перебуваючи в постійній невпевненості. Хронічна хвороба одного з членів сім'ї може порушити кар'єрні та життєві плани її членів, і тим самим призвести до загострення стосунків у сім'ї.

Щоб адаптуватися до термінальної фази хвороби, сім'я повинна перейти від намагання контролювати хворобу до можливості «відпустити» хворого.

Джон Ленгдон Даун Хейдон – вчений, що вперше описав синдром Дауна і назвав його «монголізм». 1858 р. він був призначений директором Королівського притулку для психічнохворих людей у Ерсвуді. Під його керівництвом притулок став зразком для подібних закладів у країні. Паралельно Джон Даун читав лекції з медицини в Лондоні. Він вірив у те, що заняття з розумово відсталими дітьми позитивно впливають на їхній розвиток. 1868 р. він організував у Теддінгтоні центр для таких дітей під назвою «Нормансфілд». Це був перший заклад такого типу. Пост керівника пізніше займав син Джона Дауна.

Наприкінці XIX – першій чверті XX ст. чимало вчених, письменників і політиків почали тлумачити дарвінівську теорію еволюції і природного відбору в своїх інтересах. З'явилась концепція «євгеніки» (термін «євгеніка» ввів сер Френсіс Гальтон 1883 р.), яка стверджувала що «... наука покращення людського роду полягає у кращому розмноженні». Так звана «розумова відсталість» вважалась спадковою і була визнана причиною більшості проблем, що виникають у суспільстві.

У 30-х роках XX ст. у фашистській Німеччині було прийнято низку «евгенічних законів», що дозволили здійснити насильницьку стерилізацію і «гуманне» умертвіння (евтаназію) «мени цінних» представників народу: людей з психічними і спадковими захворюваннями, дітей-інвалідів, невиліковно хворих і всіх «непотрібних їдоків». Так Гітлер хотів захистити «вищу арійську расу» від «забруднення». У період з 1938 по 1945 рр. нацисти знищили понад 11 мільйонів осіб, яких вважали людьми нижчого сорту, негідними життя, що засвідчено в документах і протоколах Нюрнберзького процесу. Жертвами були євреї, протестанти, чорношкірі, цигани, комуністи, гомосексуалісти, душевнохворі та люди з ампутованими кінцівками.

2.6. Знання про порушення у дитини: перші реакції

Дородовий період. До народження дитини більшість батьків достатньо рідко зіштовхувались з людьми з порушеннями розвитку. Як правило, вони сприймають наявність порушень крізь призму стереотипів та стигматизуючого ставлення. В дородовому періоді більшість батьків з жахом сприймають, навіть думку, що їх дитина може народитись з порушеннями. Іноді, страхи та тривоги батьків ґрунтуються на досвіді. Уявлення матерів про те «як повинна протікати вагітність» не співпадають з реальною вагітністю. Однак, це не типовий випадок: більшість батьків не страждають ніякими страхами і очікують народження здорової дитини. Таким чином, більшість батьків є невідповідними до народження дитини з порушеннями розвитку.

Вагітність як соціальна роль: очікування та мрії. Майбутні батьки, як правило, фантазують про свою дитину. Вони уявляють собі стать, зовнішність, характер та інші якості. Спілкування з родичами сприяють формуванню фантазій. Тому батьки приходять до пологів, озброєні набором знань, очікувань та надій.

Для жінки народження неповносправної дитини є також особистою кризою. Біологічна роль жінки виносити та народити дитину стає підґрунтям до відчуття особистої відповідальності за стан дитини, а в разі народження неповносправної – до відчуття власної вини та відчуття власної материнської неповноцінності. Таким чином, реакції батьків в період безпосередньо після

пологів в багатьох випадках, можна охарактеризувати терміном аномії, тобто відсутність чітких норм. Елементами аномії є незрозуміння того, що відбувається та відчуття безпорадності: батьки немовляти з порушеннями розвитку, як правило відчувають і перше, і друге.

Післяпологовий період. Багаточисленні дослідження демонструють, що перша реакція батьків на повідомлення про порушення у дитини, практично завжди негативна. Часто вона включає в себе відторгнення дитини. Оскільки, прив'язаність до дитини, як здорової, так і особливої, виникає у батьків поступово, в процесі взаємодії з нею. То прив'язаність росте та поглиблюється, коли дитина починає посміхатись, видавати звуки у відповідь на звертання до неї. Дитина теж радіє годуванню та ласці, батьки відчувають себе винагородженими.

Та на думку Blacher (1984), Robson і Moss (1970), Waechter (1977) виникненню прив'язаності можуть завадити такі фактори, що пов'язані з порушеннями:

- зовнішній вигляд дитини, особливо деформації обличчя;
- негативна реакція на доторки (напруга, застигання, в'ялість, відсутність відгуку);
- постійний плач;
- атиповий рівень активності – підвищена або знижена активність;
- високий поріг збудливості;
- відсутність відгуку на комунікацію;
- запізнення розвитку посмішки;
- труднощі з годуванням;
- постійні соматичні проблеми;
- постійна присутність біля дитини медичного обладнання;
- стан, що загрожує життю;
- довготривала госпіталізація;
- нездатність або знижена здатність видавати звуки;
- нездатність підтримувати зоровий контакт;

-незрозуміла, лякаюча поведінка, наприклад, часті судоми.

Ненормальні реакції дитини на оточення можуть призвести до відсутності любові та прив'язаності у батьків.

Позитивний вплив на розвиток прив'язаності здійснює підтримка, яка може бути надана від інших людей. Наприклад, члени батьківських груп, інші групи підтримки.

Та не всі порушення діагностуються одразу після пологів. Деякі порушення розвитку, такі, як церебральний параліч або розумова відсталість, можуть проявитись лише через певний час після народження. В інших випадках порушення може з'являтися в результаті нещасного випадку або хвороби, які настають в пізнішому віці. Відстрочка діагнозу лише продовжує в часі важкий період підозр та тривоги. Оскільки, більшість батьків все ж, визначають, що підозрювали, що з дитиною щось не так від самого початку. Тому, врешті решт, отримавши діагноз, батьки відчують не лише потрясіння, але й полегшення.

Переживання після постановки діагнозу, з одного боку полегшують стрес, пов'язаний з нерозумінням того, що відбувається та страшними підозрами. Та батьки і надалі продовжують відчувати аномію, доки не отримають прогноз і не включають дитину в програму раннього розвитку. Батьки дітей з порушеннями відчують гостру потребу в інформації про стан їх дитини, і наслідках хвороби (чи буде дитина ходити, розмовляти, навчатись в школі, чи буде здатна знайти роботу, завести власну сім'ю тощо). В дослідженні Бакстера батьки відмічали, що зі всіх видів допомоги спеціалістів, найціннішою для них була інформація, і представлення інформації для них було важливішим ніж вираження співчуття або емоційної підтримки.

Та окрім інформації, спеціалісти (мовні та рухові терапевти, спеціалісти з раннього втручання, лікарі сімейні та інші професіонали-медики, психологи, психотерапевти) надають терапевтичну допомогу, яка зводить до мінімуму вплив порушень на дитину. Отримавши діагноз, батьки позбавляються від нерозуміння того, що відбувається. Однак, неможливість щось зробити для

покращення стану дитини примушує їх відчувати стрес від почуття безпорадності.

Батьки шукають лікування, оскільки відчувають нереалістичні надії на повне одужання дитини. Вони «бігають» у пошуках чудодійного лікаря або засобу, які зроблять їх дитину «нормальною». Вони прагнуть бути «хорошими батьками», і зробити все можливе, щоб покращити якість життя дитини.

Іноді батьки переживають пригніченість та розгубленість від великої кількості інформації. Тому фахівці повинні надавати їм необхідну інформацію в дуже чуттєвій та гуманній формі.

Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ) – це результат семирічної роботи ВООЗ та організацій, які з нею співпрацюють. Ця класифікація пройшла випробування в різних країнах і була затверджена національними та міжнародними асоціаціями з інвалідності. 191 держава – член Всесвітньої організації охорони здоров'я погодилась прийняти МКФ за основу для наукової стандартизації даних стосовно здоров'я та інвалідності в усьому світі.

Вона визнає, що рівень здоров'я кожної людини може час від часу зменшуватись; відповідно, у такі періоди людина може зіткнутися з певним обмеженням життєдіяльності.

МКФ ґрунтується на концепції двох основних моделей інвалідності: медичній, яка розглядає інвалідність як характерну рису людини, та соціальній, яка розглядає інвалідність як соціально створену проблему. Уже її назва відображає той факт, що вона визначає стан здоров'я людей з точки зору функціонування в суспільстві, не у вигляді наявності чи відсутності інвалідності. Ще одна унікальна риса цієї класифікації полягає у тому, що вона використовує єдиний масштаб або єдину метричну одиницю для вимірювання як стану здоров'я, так і інвалідності.

Загальна ціль класифікації МКФ в тому, щоб забезпечити уніфіковану стандартну систему та основу для опису та кодифікації стану здоров'я людини.

«Функціонування» – це загальний термін, який використовується для всіх фізичних функцій, видів діяльності та участі людей.

«Інвалідність» вживається як загальний термін для уражень, обмежень діяльності або участі.

Важливим новаторством МКФ є включення екологічних факторів, які взаємодіють з іншими компонентами. Навколишнє середовище людини може мати позитивний чи негативний вплив на стан людини з інвалідністю. МКФ виглядає як проста класифікація, що стосується здоров'я, але вона може

використовуватись для низки цілей. Найважливіша з таких цілей – це, наприклад, інструмент планування та формування соціальної політики для людей, які приймають рішення. Наведемо конкретні приклади застосування МКФ:

Надання послуг

На індивідуальному рівні

- Для оцінки людей: Який рівень функціонування людини?
- Для планування лікування людини: Які лікувальні заходи чи інтервенції можуть збільшити рівень функціонування людини?
- Для оцінки лікування та інших інтервенцій: Які результати лікування? Наскільки корисними були інтервенції?

■ Для комунікації серед лікарів, медсестер, психотерапевтів та інших працівників сфери охорони здоров'я, працівників соціальних служб та громадських установ

■ Для самооцінки споживачів: Як би я оцінив свої можливості щодо мобільності або комунікації?

На інституційному рівні

- Для освітніх цілей та тренінгів
- Для планування ресурсів та розвитку: Які послуги в сфері охорони здоров'я та інших сферах будуть потрібні?
- Для покращення якості: Наскільки добре ми обслуговуємо наших клієнтів? Які основні індикатори забезпечення якості є достовірними й коректними?
- Для управління та оцінки наслідків: Наскільки корисні послуги ми надаємо?

■ Для моделей керованого надання послуг в сфері охорони здоров'я: Наскільки економічно ефективними є послуги, які ми надаємо? Як можна покращити послуги для кращих результатів за нижчими цінами?

На соціальному рівні

■ Для кваліфікаційних критеріїв щодо державних виплат, як то соціальні виплати, пенсії по інвалідності, компенсація та страхівка працівників: Чи критерії правомочності для виплат у зв'язку зі втратою працездатності підтверджені доказами, відповідають соціальним цілям та обґрунтовані?

■ Для розробки соціальної політики, включаючи огляд законодавства, положення тощо: Чи гарантування прав покращить функціонування на рівні суспільства? Чи можемо ми виміряти це покращення та відповідно пристосувати нашу політику та закони?

■ Для оцінки потреб: Які потреби людей з різними видами обмеження життєдіяльності –ураженнями, обмеженнями діяльності та участі?

■ Для оцінки оточуючого середовища щодо універсального дизайну, впровадження обов'язкової доступності, визначення факторів оточуючого середовища та перешкод, і змін у соціальній політиці: Як ми можемо зробити соціальне оточуюче середовище та розбудовану інфраструктуру більш

доступною для всіх людей – як з інвалідністю, так і без інвалідності? Чи можемо ми оцінити та виміряти покращення?

Необхідність емоційної підтримки важко переоцінити, адже вона пом'якшує стрес у батьків дітей з порушеннями. Trivette&Dunts (1982), показали, що неформальне розгалуження соціальної підтримки сім'ї позитивно впливає на особисте самопочуття батьків, на те, як вони сприймають свою дитину і на функціонування сім'ї в цілому. Однак, в деяких випадках народження неповносправної дитини викликає відчуження сім'ї від попередніх друзів і навіть родичів. В інших випадках, підтримки друзів та родичів недостатньо, і батькам необхідною є специфічна підтримка, яка буде надходити від людей, які знаходяться у подібній з ними ситуації.

Перша складність для батьків – це просто розповісти друзям та родичам про стан їх дитини. Негативні реакції родичів та інших близьких людей можуть проявлятися у вигляді від заперечення проблеми до відторгнення самої дитини. З іншого боку, багато сімей зазначають, що рідні та друзі надають їм велику підтримку та дуже допомагають. Але групи підтримки надзвичайно важливі. Спеціалісти не завжди можуть надати батькам референтну групу, однак, дуже важливо, щоб фахівці орієнтувались та знали про наявність таких груп. Або створювали чи сприяли створенню таких об'єднань, де їх ще немає. Включення в такі групи підтримки дозволяє батькам швидше оволодіти необхідною інформацією.

Реакції батьків на отримання звістки про порушення у їх дитини варіюються в залежності від їх взаємин з іншими людьми, під час і після отримання звістки. Значення, яке вони надають порушенням дитини, змінюється з часом, по мірі зростання дитини та зіткнення з новими ситуаціями.

Здатність індивіда впоратись з тією чи іншою ситуацією, напрямку залежить від того, як він уявляє цю ситуацію і як він її визначає. Визначення ситуації – одне з найважчих завдань для батьків немовляти з порушеннями,

оскільки всі вони, в більшій чи меншій мірі страждають від нерозуміння того, що відбувається та від відчуття власної безпорадності. До такої ситуації важко підготуватись чи бути готовим, тому важливу роль тут відіграють спеціалісти, які в повній мірі надають батькам інформацію щодо діагнозу, прогнозу та лікування.

В будь-якому випадку сім'я, стикається зі стресом. Цей стрес може проявлятися дуже по-різному. Ознаки, які показують надмірний стрес від нормального (Figley, 1983):

1. Відсутність або недостатність часу на підготовку.
2. Відсутність досвіду.
3. Недостатність джерел керівництва.
4. Незвичний характер стресу.
5. Невизначена тривалість кризи.
6. Втрата контролю або відчуття безпорадності.
7. Відчуття втрати.
8. Висока небезпека стресової ситуації
9. Розгубленість і стривоженість.
10. Висока емоційна значимість стресу.
11. Наявність медичних проблем.

Інформація про неповносправність члена родини, як правило, сприймається як катастрофічний стресор, оскільки таку подію, як правило, неможливо передбачити, не можна бути готовим до такого. Тим паче, відсутні будь-які інструкції, як діяти в такій ситуації; така ситуація не передбачає наявності досвіду в цій сфері.

Запитання до розділу

1. Динаміка розвитку ставлення до людей з особливостями в історичному аспекті.
2. Опишіть теорії сімейних систем.
3. Критерії встановлення груп інвалідності.

4. Що таке культурний стиль сім'ї, яке його значення.
5. Що таке ідеологічний стиль сім'ї, яке його значення.
6. Дайте визначення пристосованості.
7. Які проблеми комунікації можуть виникати в таких сім'ях. Яка власне роль комунікації загалом.
8. Дайте визначення інвалідності:
 - з точки зору біомедичного підходу;
 - з точки зору філантропічного підходу;
 - з точки зору соціологічної моделі;
 - з точки зору економічної моделі;
9. Визначення функцій сім'ї та життєвого циклу.
10. Стадії проживання повідомлення про неповносправність
11. З якими додатковими труднощами та стресами стикаються сім'ї, де є неповносправний.
12. Охарактеризуйте модель пристосування сім'ї до хронічної хвороби за Ролланд.
13. Які перші реакції на повідомлення на хворобу.
14. Які фактори можуть завадити формуванню нормальної прив'язаності.
15. Що таке МФК?
16. Що таке аномія. Назвіть основні компоненти аномії.

Розділ 3. Класифікація видів проблемного розвитку

3.1. Загальні характеристики онтогенезу та дизонтогенезу

В біологічній та медичній літературі широко застосовуються такі поняття як онтогенез та дизонтогенез. В загально-біологічному контексті онтогенез розглядається як індивідуальний розвиток рослинного та тваринного організму від моменту зародження до кінця життя. Розрізняють пренатальний (до народження) та постнатальний (після народження) онтогенез.

Як зазначає Ковальов В., важливою складовою постнатального онтогенезу є психічний онтогенез, тобто психічний розвиток індивіда (Ковальов, 1985). Найбільш інтенсивний психічний онтогенез припадає на дитячий та підлітковий вік, коли формуються окремі психічні функції та особистість в цілому.

Теорії періодизації та етапності індивідуального розвитку широко представлена у психофізіологічній науці. Дослідження показують, що в онтогенезі змінюються якісно різні етапи (або рівні) функціонування та реагування головного мозку, при чому нові форми реагування не витісняють старі, а перетворюють і трансформують (Ушаков, 1985). Спираючись на біогенетичну теорію поетапності, автори виділяють чотири основні стадії індивідуального розвитку:

1. Моторний етап, який охоплює перший рік життя дитини, коли відбувається дозрівання моторики, її вдосконалення та диференціація.
2. Сенсомоторний етап, який триває від одного року до трьох років, який є основним для розвитку первинних цілеспрямованих рухів та активних форм спілкування.
3. Афективний, триває від 3 до 12 років.

4. Ідеаторний етап (стадія), передбачає розвиток понять, суджень та розумових висновків.

Психічний розвиток дитини та підлітка відбувається нерівномірно. Різкі кількісні та якісні зміни спостерігаються в перехідні періоди вікових криз. В клініці ці періоди визначають у віці 2-4 роки, 6-8 років та під час пубертатного періоду 12-18 років. В ці кризові періоди в зв'язку з порушенням фізіологічної та психологічної рівноваги особливо часто виникають та виявляються різні порушення психічного розвитку – психічний дизонтогенез (Ковальов, 1985).

Термін «дизонтогенез» вперше був використаний Швальбе в 1927 році для визначення відхилень у внутрішньому розвитку організму (Лебединський, 1985).

Параметри дизонтогенезу, які визначають основні типи аномального розвитку:

1. Функціональна локалізація порушення. Залежно від цього розрізняють два види дефекту:

-частковий, зумовлений порушенням аналізаторних систем: недостатність окремих функцій гнозису (пізнання предметів, явищ, їх смислового значення), праксису (здатність до виконання цілеспрямованих, автоматизованих рухових актів), мовлення. Цей вид порушень відносять до локальних форм аномального розвитку.

-загальний, пов'язаний з порушенням регуляторних підкоркових та коркових систем. Цей вид порушень відносять до системних. Це різного рівня тяжкості інтелектуальні дефекти (розумова відсталість і затримка психічного розвитку).

2. Час виникнення первинного дефекту. Часовий чинник призводить до різноманітних за рівнем тяжкості порушень розвитку. Чим раніше відбулося ураження, тим вірогідніше зустріти явище недорозвинення функцій; при пізньому ураженні виникають явища порушення з розпадом психічних функцій.

3. Взаємодія між первинним і вторинним дефектами. Первинний дефект – порушення, які безпосередньо витікають із біологічного характеру хвороби (порушення слуху, зору, мовлення); вторинні – виникають опосередковано у процесі аномального соціального розвитку.

4.Порушення міжфункціональних зв'язків або взаємодій: перший тип взаємодій – це явища тимчасової незалежної функції, які характерні для ранніх етапів онтогенезу. Наприклад, до 2 років лінії розвитку мислення та мовлення йдуть окремо; пізніше, перехреснюючись, вони дають початок новій формі розвитку. Другий етап – асоціативний; третій тип зв'язків – ієрархічний, який формується у процесі предметної діяльності і спілкування. Як зазначає Лебединський В., при психічному дизонтогенезі має місце порушення міжфункціональних зв'язків: тимчасова незалежність перетворюється в ізоляцію. Ізольована функція, позбавлена впливу з боку інших психічних функцій, стереотипізується, зациклюється у своєму розвитку.

Крім того, визначають два основні типи дизонтогенезу – ретардація та асинхронія. Під ретардацією автори розуміють запізнення або зупинку психічного розвитку. Розрізняють загальну (тотальну) та часткову (парціальну) психічну ретардацію. При частковій ретардації спостерігається призупинення або запізнення в розвитку окремих психічних функцій. Нейрофізіологічною основою парціальної ретардації є порушення темпів дозрівання окремих функціональних систем.

Характерною ознакою асинхронії виражене випередження в розвитку одних психічних функцій та значне відставання темпів та часових меж дозрівання інших функцій та якостей.

Класифікація видів дизонтогенезу за В. Лебединським:

Перша група дизонтогенезу включає відхилення за типом ретардації (затриманий розвиток) і дисфункцію дозрівання:

Дисфункція дозрівання – тип розвитку, що займає проміжне положення між порушеним розвитком і нормальним онтогенезом. В рамках нормального типового онтогенезу у правшів частина з них демонструє незрілість окремих

психічних функцій, що перешкоджає оволодінню складними інтеграційними формами психічної діяльності (письмо, читання, довільна регуляція діяльності). Те ж саме можна віднести до атипового психічного розвитку у шульги.

Загальне стійке недорозвинення (розумова відсталість різного ступеня тяжкості).

Затриманий розвиток (затримка психічного розвитку).

Друга група дизонтогеній включає відхилення по типу пошкодження: *пошкоджений розвиток* (органічна деменція), *дефіцитарний розвиток* (важкі порушення аналізаторів: зору, слуху, опорно-рухового апарату, мовлення, в умовах хронічних соматичних захворювань).

Третя група дизонтогеній включає відхилення по типу асинхронії з переважанням емоційно-вольових порушень: *спотворений (викривлений) розвиток* (ранній дитячий аутизм), *дисгармонійний розвиток* (психопатії). Останніми роками все більше з'являється дітей з так званими складними недоліками у розвитку, у яких є поєднання два і більш порушень розвитку (сліпоглухі діти, діти з недоліками окремих аналізаторних систем, що мають одночасно первинні порушення інтелекту за типом розумової відсталості або затримки), що дає підставу виділяти специфічну групу дизонтогеній під назвою «діти із складними недоліками розвитку». Фактично зараз все більше можна говорити лише про переважання провідної лінії в дизонтогенезі дитини.

Класифікація видів психічного дизонтогенезу повинна бути вибудована з врахуванням чотирьох основних факторів: каузальний, динамічний, рівневий та клініко-психологічний.

Каузальний – відображає причину, яка лежить в основі дефекту.

Рівневий – рівень розвитку гностичних, емоційних та особистісних характеристик.

Динамічний – динаміку розвитку психічних процесів, якостей особистості та психічних станів дитини.

Клініко-психологічний – взаємовідносини первинних, вторинних та третинних симптомів в розвитку пізнавальної діяльності та особистості дитини, а також виділення системоутворюючого фактору, який лежить в основі психічного дизонтогенезу.

З якого віку є сенс звертатися до фахівців? Оптимальний вік для першої діагностики, якщо щось турбує, навіть якщо немає конкретних скарг, але вам невиразно здається, що з дитиною щось не те, вона відстає в розвитку або розвивається якимось не так, – рік. Далеко не завжди можна в цьому віці поставити точний діагноз, але припустити наявність або відсутність деяких проблем та затримки розвитку вже цілком реально.

Постарайтеся знайти можливість включити дитину в систему динамічного спостереження у кількох фахівців (Динамічне спостереження - це коли фахівці оглядають дитину через певні проміжки часу, наприклад, раз на півроку, протягом тривалого періоду). Ідеальний набір для всебічної діагностики – невролог, психолог, логопед та дефектолог.

Більш-менш точна діагностика можлива з трьох років – у цьому віці вже можна встановити виражені затримки інтелекту та мови, аутизм, різні генетичні синдроми (якщо вони не були виявлені раніше). Дещо окремо стоїть дитяча шизофренія. Припустити ймовірність її розвитку можна вже п'ять років, проте остаточний діагноз ставиться в одинадцять (початок пубертатного періоду).

Концепція соціальної ізоляції (або соціального виключення, відторгнення) сформувалася в розвинутих європейських країнах як метод вивчення та опису становища специфічних груп населення. Появу її зумовили політико-економічні та соціологічні теорії минулих років. До громадського та наукового обігу поняття «соціальна ізоляція» було введено французькими політиками і суспільствознавцями. Упродовж 80–90-х рр. ХХ ст. воно досить швидко поширилося у більшості країн Європи.

Соціальна ізоляція – це поняття, яке використовують нині у багатьох країнах, для того, щоб охарактеризувати сучасні форми соціальних перешикод. Доктор Лінн Тодман, директор Інституту соціальної ізоляції в професійній психологічній школі Адлера, вважає, що соціальна ізоляція стосується процесів, за яких окремі люди та цілі громади людей систематично стикаються з обмеженням їхніх прав, можливостей та ресурсів (наприклад, житлові умови,

працевлаштування, охорона здоров'я, залучення до громадського життя, демократична участь тощо), зазвичай доступних для інших членів суспільства. Іншими словами – це наслідок численних втрат, які унеможливають у повному обсязі участь осіб або груп осіб (людей похилого віку, осіб з інвалідністю, шукачів політичного притулку та інших) у економічному, соціальному і політичному житті суспільства.

Існують інші тлумачення цього терміна: соціальна ізоляція – це багатосторонній процес прогресуючого соціального розриву, що відокремлює певні групи та осіб від соціальних відносин та установ і перешкоджає їм брати повноцінну участь у визначеній законодавчими та регуляторними нормами діяльності суспільства, в якому вони мешкають.

Соціальна ізоляція людей з інвалідністю – це відсутність умов для реалізації їхнього права на освіту, працевлаштування, індивідуальну мобільність, охорону здоров'я, участь у політичному та громадському житті, на доступ до ресурсів та послуг. Наприклад, за певних обставин причиною соціальної ізоляції для них може бути недоступність громадського транспорту, що унеможливує доїзди до роботи, місця проведення тренінгу, центру з працевлаштування, медичної установи, розважального закладу.

Предметом як грубих, так майже непомітних форм соціальної ізоляції може стати будь-хто, якщо він вирізняється у суспільстві. Вона може торкнутись кожного: суспільство, сягаючи нових технологічних та економічних висот, підіймає на вершину одних людей, лишаючи інших позаду. Люди, що належать до непривілейованих та уразливих груп чи соціальних меншин, мають вищий ризик потрапити в соціальну ізоляцію

Соціальна ізоляція можлива з багатьох причин, включаючи бідність, расизм, мовний бар'єр, недостатню активність і впевненість особи.

У яких випадках батькам починати бити на сполох?

1. У два роки дитина так і не почала говорити. Мова представлена окремими звуками або складами, які не співвідносяться з конкретними людьми або предметами: наприклад, склади ма-ма-ма, ба-ба, та-та не є зверненням до батьків, дитина вимовляє їх безвідносно до ситуації, немов грає звуками, а не коли хоче звернутися, покликати. Не треба піддаватися на вмовляння, що «зачекайте, заговорить сама». Справа в тому, що чим пізніше дитина почне говорити, тим більше ймовірність, що до мовленнєвої затримки приєднається інтелектуальна, пов'язана з тим, що дитина не говорить, не ставить питання, не може повноцінно взаємодіяти з оточуючими, а отже, недостатньо пізнає навколишній світ. так звана «вторинна затримка розвитку»).

У випадках важких порушень мови, інтелекту, комунікації без допомоги фахівців дитина може заговорити вже після семи років. Або не заговорити зовсім. Але, у будь-якому разі, чим пізніше дитині почнуть надавати допомогу, тим більша робота має бути і тим несприятливіший прогноз. Малюка набагато простіше навчити говорити ще й тому, що у нього немає тривалого досвіду «мовчання», а от якщо дитина мовчить до 10 –11 років, вона знаходить альтернативні методи спілкування з оточуючими (жести, малюнки, окремі звуки тощо), і переключити її на промову дуже важко. Тому що всю систему спілкування доводиться ламати і будувати заново, до чого дитина зазвичай не готова ні психологічно, ні фізично. Чим сильніше затримується мова, тим важче згодом почне функціонувати м'язам язика, губ, щік, – відповідно, чіткість окремих звуків і слів, що почала говорити в десять років, відновлюватиметься в рази довше, ніж у того, хто заговорив у два роки, – просто в силу того, що дитина не звикла говорити, не звикла напружувати ці м'язи для вимовлення слів! Крім того, чим пізніше дитина починає говорити – тим сильнішим є ризик виникнення вторинної інтелектуальної затримки: не каже, не ставить запитання, отже, засоби пізнання навколишнього світу обмежені, і розвиток починає відставати. Відставання тим більше, що пізніше розпочато роботу з дитиною, що дозволяє йому компенсувати мовну недостатність.

Поширена теорія у тому, що й малюк не заговорив до п'яти, то не заговорить ніколи, вірна далеко ще не завжди. Просто «запуск» мови після п'яти років у дитини, з якою раніше не займалися, – це величезна праця, і справа зовсім не в тому, що це праця для фахівця, а в тому, що це вимагатиме величезних зусиль від самої дитини.

2. Мова почала розвиватися, а потім стався регрес, дитина замовкла (відразу, або мова «розсипалася» поступово, від слів відпадали склад за складом), регресували навички самообслуговування та комунікації (перестав дивитися в очі, відповідати на посмішку, ігри стали більш примітивними)). За термінами це може збігтися з будь-якими щепленнями, може виникнути після тяжкої хвороби з високою температурою, стресу, травми або «на порожньому місці», коли батьки

не можуть згадати жодної конкретної причини. Висновок один: якщо дитина замовкає і ніби починає «завмирати» або «рухатися назад» у розвитку і за місяць так і не відновлюється до колишнього рівня – зволікати з пошуком фахівця не можна.

Те саме стосується і дітей старшого віку – від п'яти років і старших: якщо дитина поступово перестає спілкуватися, знижуються її успіхи на заняттях у дитячому садку, школі або гуртках, регресують навички особистої гігієни (перестає вмиватися, чистити зуби, відмовляється від ванни та душа), якщо його мова стає безладною – це серйозні підстави для тривоги та звернення за допомогою.

3. Ближче до трьох років дитина грає в дивні одноманітні ігри: вибудовує кубики в ряди, крутиться на місці, потрушуючи ручками. Може виявляти підвищений інтерес до літер і цифр при явному відставанні в інших сферах: мовленнєвої, інтелектуальної, самообслуговуванні. Практично немає елементів адекватної, звичайної гри: нагодувати ляльку кашею, укласти ведмедика спати, побудувати з кубиків «будинок» (і обіграти ці ситуації. Тому що нав'язливе прагнення раз-по-раз будувати будинок, ламати його і будувати знову, в одній і тій же послідовності – день у день – це теж не дуже хороша ознака).

До трьох років у нормі всі діти без організуючої допомоги дорослого майже не грають разом, просто допускають присутність інших дітей поруч, але якщо дитина не почала виявляти інтересу до спільної гри і після трьох років, а крім того є такі повторювані і незвичайні ігри, – це має вас насторожити.

4. Спектр тем, на які спілкується дитина, яка дуже говорить, сильно обмежена, її неможливо переключити, відволікти від спілкування на ці теми, вона місяцями повертається до них знову і знову щодня. Крім того, вони можуть бути вельми своєрідними: пральні машини, схема метро, марки автомобілів тощо. Якщо спілкування на ці теми сильно відрізняється від звичайного дитячого захоплення і дитина на всі інші теми спілкуватися не в змозі, відповідає на запитання, що не належать до інтересів, складно і неохоче, нав'язливо намагається обговорювати улюблені теми навіть з людьми незнайомими та

малознайомими, які не виявляють до них інтересу і всіляко намагаються уникнути спілкування, – має сенс звернутися за консультацією.

5. Дитина не реагує на звернену до неї мову чи реагує нестабільно (відчуття, що «то чує, то не чує»). На звернення на ім'я до трьох років реагує нестабільно або зовсім не реагує. Не може виконати інструкцію на слух (наприклад: «Принеси пульт, дай чашку»), якщо не підтримує її вказівним жестом (показуєте пальцем те що, що потрібно віднести чи принести). Не слухає читання книг, аудіоказок, може з плачем забирати, зачиняти, рвати книгу при спробі почитати їй.

6. Інтереси дитини «завмерли» на одному рівні, не розширюються з віком, відповідають більш ранньому рівню розвитку. При цьому дитина може бути або занадто вибірковою в контактах (не відпускає маму від себе, ховається від сторонніх людей, що приходять у квартиру), або, навпаки, занадто нерозбірлива: йде до всіх на руки, посміхається, намагається поцілувати, легко йде з незнайомою людиною, не озираючись.

7. До чотирьох-п'яти років у дитини незвичайні страхи, фантазії, може розповідати про фантастичні істоти, які нібито приходять до неї ночами в темряві. Мова у дитини химерна, справляє враження «дорослої». Вона може здаватися то надто розвиненою, випереджаючи свій вік, розгорнуто розмірковуючи на дуже серйозні теми, виглядати абсолютно безпорадною у простих побутових ситуаціях. Своєрідні «псевдо філософські» інтереси: космос, Бог, будова Всесвіту тощо. Це може поєднуватися з відсутністю почуття небезпеки в повсякденних ситуаціях, навіть найелементарніших – вибігати на проїжджу частину, вириваючи руку у мами, залазити щоразу на підвіконня відкритого вікна, безліч безглузвих страхів, які дитина ніяк не може пояснити, агресією, спрямованої на членів сім'ї та свійських тварин.

8. У початковій школі дитина не справляється з навчальною програмою, насилу опановує навички письма, рахунку, читання, при цьому не в змозі утримувати увагу протягом 35–40 хвилин (стандартна тривалість уроку початкової школи).

9. Рекомендовано проконсультуватися профілактично у три-чотири роки, якщо: тяжко протікала вагітність, пологи, при народженні діагностовано гіпоксію, асфіксію; дитина народжена від вагітності внаслідок ЕКЗ; у сім'ї є випадки психічних захворювань чи генетичних порушень; дитина гостро реагує на зміну погоди, у неї нестабільний режим сну та неспання (відсутній денний сон, вночі часто прокидається, плаче, часто розмовляє уві сні, є випадки сомнамбулізму, нічний сон триває менше 5-6 годин).

Всі ці ознаки можуть свідчити про проблеми розвитку. Часом батьки затягують візит до фахівця, відкладають його раз-по-раз, навіть коли проблеми очевидні, сподіваються, що ситуація вирішиться сама, переконують себе, що все не так уже й погано. Як би не було страшно й тривожно, треба взяти себе в руки і записатися на консультацію. Ранній початок роботи – це і найважливіший внесок у продуктивну корекційну роботу.

Список питань та ситуацій у разі практичної діагностики, звичайно ж, набагато ширший, все перераховане служить лише для загального орієнтування. Більшості дітей, у яких були діагностовані якісь особливості розвитку, потрібні не тільки корекційно-розвиваючі заняття, а й медикаментозна підтримка, а консультація медиків для точної діагностики є необхідною умовою.

Середня тривалість первинної діагностики – від години до трьох, у цей час входить спілкування з дитиною, спілкування з батьками, вивчення документації, спостереження за дитиною у вільній діяльності, відповіді на запитання батьків. Якісної первинної діагностики, що триває десять хвилин, не буває!

Фахівець не тільки уважно переглядає папери, які принесли батьки чи опікуни, але й ставить багато запитань. При першій зустрічі для уточнення діагнозу та визначення плану корекційної роботи фахівець збирає анамнез. А це означає, що спеціаліст розпитуватиме вас не тільки про стан дитини зараз, а й про те, як протікала вагітність, пологи та ранній розвиток, а також попросить показати медичну документацію, яка є на руках. Кваліфікований фахівець не

лише дивиться папери, а й докладно розпитує батьків, що дозволяє створити об'єктивніше уявлення про клієнта.

Фахівець зазвичай не лише тестує дитину своїми методами (залежно від профілю роботи), а й спостерігає її якийсь час у вільній діяльності, у спілкуванні з батьками.

Фахівець не просто констатує наявність будь-якого порушення розвитку, а й допомагає визначитися з планом подальшої роботи: розписує, які обстеження потрібно пройти, підказує, якого фахівця звернутися далі, намічає первинний план роботи з дитиною відповідно до свого профілю.

Фахівець спокійно і з розумінням ставиться до того, що дитина може кидати, ламати іграшки та предмети, що перебувають у кабінеті або принесені нею із собою, кусатися, щипатися, плюватися. Він знає, що це цілком може бути не прогалинами у вихованні, а проявом особливостей розвитку, і регулює поведінку дитини доступними засобами або звертається з цим проханням до батьків, але в цілому не відноситься до цієї ситуації як до екстраординарної.

Кваліфікований фахівець не гидливий по відношенню до дитини: легко бере за руку, гладить по голові, не кривиться і не кривиться, якщо у дитини сильна слинотеча або нежить, сприймаючи це як невід'ємну частину своєї роботи.

3.2. Інклюзія та її особливості

Кожна людина, незалежно від стану здоров'я, наявності фізичного чи інтелектуального порушення, має право на одержання освіти, якість якої не різниться від якості освіти здорових людей.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), лише 20 % народжених дітей умовно вважається здоровими, інші – або страждають порушеннями психофізичного розвитку, або знаходяться в стані між здоров'ям і хворобою.

Визнання прав такої дитини, її інтересів, потреб, надання допомоги у процесі соціалізації та вибору професійної діяльності є дуже важливим на сучасному етапі розвитку освіти. Тому важливого значення набуває інклюзивне навчання, що передбачає спільне перебування дітей із порушеннями психофізичного розвитку з їх здоровими однолітками.

Інклюзія (від Inclusion– включення) – процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціальному житті. Це політика й процес, що дає можливість всім дітям брати участь у всіх програмах.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу.

Одним із головних завдань інклюзії є відгук на широкий спектр освітніх потреб в шкільному середовищі та поза його межами.

В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей, яка забезпечує однакове ставлення до всіх людей, але створює спеціальні умови для дітей з особливими потребами.

Основний принцип інклюзивної освіти полягає в тому, що: всі діти мають навчатися разом у всіх випадках, коли це виявляється можливим, не зважаючи на певні труднощі чи відмінності, що існують між ними.

Навчальні заклади мають визнавати і враховувати різноманітні потреби своїх учнів шляхом узгодження різних видів і темпів навчання.

Забезпечення якісної освіти для всіх шляхом розробки відповідних навчальних планів, прийняття організаційних заходів, розробки стратегії викладання, використання ресурсів та партнерських зв'язків зі своїми громадами.

Діти з особливими освітніми потребами мають отримувати будь-яку додаткову допомогу, яка може знадобитися їм для забезпечення успішності процесу навчання. Вони є найбільш ефективним засобом, який гарантує

солідарність, співучасть, взаємоповагу, розуміння між дітьми з особливими потребами та їхніми ровесниками.

Інклюзивний підхід – створення таких умов, за яких усі учасники навчально-виховного процесу мають однаковий доступ до освіти, у тому числі діти з особливими освітніми потребами, які навчаються у дошкільних та загальноосвітніх школах.

Переваги інклюзивної освіти: для дітей з особливими освітніми потребами:

Завдяки цілеспрямованому спілкуванню з однолітками поліпшується когнітивний, моторний, мовний, соціальний та емоційний розвиток дітей.

Ровесники відіграють роль моделей для дітей з особливими освітніми потребами.

Оволодіння новими вміннями та навичками відбувається функціонально. Навчання проводиться з орієнтацією на сильні якості, здібності та інтереси дітей. У дітей є можливості для налагодження дружніх стосунків зі здоровими ровесниками й участі у громадському житті.

Для інших дітей: діти вчаться природно сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей. Діти вчаться налагоджувати й підтримувати дружні стосунки з людьми, які відрізняються від них. Діти вчаться співробітництву. Діти вчаться поводитися нестандартно, бути винахідливими, а також співчувати іншим для педагогів та фахівців:

Вчителі інклюзивних класів краще розуміють індивідуальні особливості учнів. Вчителі оволодівають різноманітними педагогічними методиками, що дає їм змогу ефективно сприяти розвитку дітей з урахуванням їхньої індивідуальності.

Спеціалісти (медики, педагоги спеціального профілю, інші фахівці) починають сприймати дітей більш цілісно, а також вчаться дивитися на життєві ситуації очима дітей.

3.3. Робота психолога в інклюзивному класі

Інклюзивне навчання – це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами шляхом організації їхнього навчання в загальноосвітніх навчальних закладах на основі особистісно орієнтованих методів навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей

Коли до загальноосвітнього навчального закладу приходить дитина з особливими освітніми потребами, перед практичним психологом постають завдання:

- створити сприятливий психологічний мікроклімат
- подбати про найоптимальніші умови навчання як для цієї дитини, так і для дітей, з якими вона навчатиметься в одному класі.

Психологічний супровід передбачає не лише роботу з дитиною та створення для неї відповідних умов навчання через розроблення індивідуальних планів і програм розвитку, а й взаємодію з батьками, іншими школярами та педагогами. Тож важливо допомогти дитині з особливими освітніми потребами налагодити взаємодію з усіма учасниками навчально-виховного процесу. Тобто роль практичного психолога – своєрідне посередництво в побудові суб'єкт-суб'єктних стосунків.

Отож практичний психолог має передусім:

- провести навчання педагогічних працівників – семінари, семінари-практикуми, тренінги тощо, спрямовані на формування сприятливого середовища, де цінують відмінності кожного учасника навчально-виховного процесу
- вивчити індивідуальні особливості навчально-пізнавальної діяльності дитини та скласти відповідні рекомендації для вчителів.

В інклюзивному середовищі практичний психолог формує **психологічну готовність** учасників навчально-виховного процесу – школярів, батьків, педагогів, представників адміністрації – до взаємодії з

дитиною з особливими освітніми потребами. Для цього, зокрема, проводить тренінгові заняття, спрямовані на подолання упередженого ставлення до дітей з особливими потребами, уникнення стереотипів, стигматизації.

Заняття важливо розпочинати саме з педагогами, оскільки очікувану поведінку моделює своїм ставленням учитель.

Педагогів також необхідно налаштовувати на те, що в педагогічній практиці для характеристики особливостей дітей з особливими освітніми потребами варто уникати медичної термінології.

Заняття зі школярами спрямовують на формування толерантного ставлення: вміння бачити й цінувати відмінності, слухати та враховувати різні погляди, висловлювати незгоду, поважаючи думку інших тощо.

Серед завдань психологічного супроводу варто виокремити такі, як:

- актуалізувати особистісний потенціал розвитку дитини з особливими освітніми потребами
- формувати позитивні міжособистісні стосунки дитини з ровесниками у процесі внутрішньошкільної інтеграції.
- консультувати батьків щодо особливостей розвитку, спілкування, навчання, професійної орієнтації, соціальної адаптації дитини.

Щоб взаємодія педагогічного колективу відбувалася цілісно, варто зважати на такі обов'язкові компоненти психолого-педагогічного супроводу, як:

- систематичне дослідження психолого-педагогічного статусу дитини (тобто, з одного боку, вимог до дитини, а з іншого – особливостей її розвитку) та динаміки психічного розвитку в процесі навчання
- забезпечення соціально-психологічних умов для розвитку особистості дитини та її успішного навчання
- створення спеціальних умов для надання допомоги дітям з особливими освітніми потребами.

Особливим завданням практичного психолога щодо організації психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами є участь у

розробленні індивідуальної програми розвитку. Педагогічні працівники навчального закладу розробляють її спільно.

При цьому практичний психолог бере безпосередню участь у:

- визначенні рівня сформованості знань, умінь і навичок дитини з особливими освітніми потребами. Це здійснюють з метою –

- поінформувати дитину про її індивідуальні досягнення,
- сформувати позитивну мотивацію дитини до навчання,
- визначити ефективність педагогічної діяльності вчителів.

- наданні спеціальних та додаткових освітніх послуг, тобто у розробленні та реалізації корекційно-розвивальної роботи з конкретною дитиною

- адаптації та (або) модифікації навчальних програм, методів, матеріалів, обладнання тощо з урахуванням сенсорних та інших потреб дитини

- оцінюванні динаміки розвитку дитини, що є невід’ємною складовою процесу розроблення індивідуальної навчальної програми для дитини з особливими освітніми потребами – збирання відомостей про її успіхи (учнівські роботи, результати спостережень контрольні листки, результати тестів тощо).

- сприймати дитину з особливими освітніми потребами як активну, свідому особистість

- помічати навіть незначні досягнення дитини
- сприяти розвитку міжособистісних дружніх стосунків між дітьми
- заохочувати всіх членів педагогічного колективу відповідально ставитися до інклюзивного навчання в навчальному закладі.

Розділ IV. Причини виникнення психічних захворювань

4.1. Затримка психічного розвитку (ЗПР)

Причини виникнення психічних захворювань бувають внутрішньо обумовлені (ендогенні) і зовні обумовлені (екзогенні). Перші визначаються в основному конституціонально-генетичними факторами. Другі ж обумовлені впливом зовнішнього середовища. Також наукова література стверджує, що до таких впливів зовнішнього середовища, необхідно відносити і сім'ю, яка безпосередньо впливає на протікання та розвиток психічних процесів.

Для розуміння порушень розвитку у дітей, важливо розуміти, що таке норма, а що таке патологія розвитку. З даного питання є дуже багато досліджень. Зокрема дослідження, що ґрунтуються на органічний аспект розвитку. Тобто ті порушення психічного розвитку, що стосуються порушень роботи мозку. І другий важливий аспект, це є порушення прив'язаності та порушення поведінки.

До Піаже в психологічних уявленнях про когнітивному розвитку дитини домінували два підходи: в першому, заснованому на принципі біологічного дозрівання, виняткова роль належала «природному» компоненту розвитку; в іншому, який ґрунтувався на на принципі навчання і впливі середовища, майже виняткова перевага віддавалася «надбаній» компоненті. Піаже підійшов до проблеми інакше, зосередившись на взаємодії між природно дозріваючими здібностями дитини та її взаємозв'язками з оточенням. ***Стадії когнітивного розвитку за Піаже:***

1. Сенсомоторна (від народження до 2 років): дитина відрізняє себе від предметів. Усвідомлює себе як носія дії і починає діяти довільно; наприклад, смикає за мотузку, щоб привести іграшку рух, або трясє брязкальце, щоб пошуміти.

2. Доопераціональна (2-7 років): вчиться користуватися мовою і

представляти предмети словами в образах. Мислення все ще егоцентричне: важко приймає точку зору інших. Класифікує об'єкти за однією ознакою: наприклад, групує разом всі червоні блоки, незалежно від форми чи всі квадратні блоки незалежно від кольору.

3. Конкретних операцій (7-11 років): може мислити логічно про об'єкти та події. Осягає збереження кількості (6 років), об'єму (7 років) і ваги (9 років). Класифікує об'єкти за кількома ознаками і може впорядковувати їх у ряди по одному параметру, наприклад, величиною.

4. Формальних операцій (11 років і більше): може мислити логічно, може абстрагуватись, систематично перевіряє гіпотези. Починає цікавитися гіпотетичними та ідеологічними проблемами, майбутнім.

Вік в даній періодизації вказано приблизно, адже тут можливі варіації, які залежать від вроджених здібностей, можливостей для розвитку та якостей середовища, в якому живе та розвивається дитина. Дана періодизація може значно змінюватись в залежності від інтелекту, культурного фону і соціоекономічних факторів, але порядок їх розвитку залишається однаковою у всіх дітей. Піаже у своїх роботах описав ряд більш детальних підстадій когнітивного компоненту розвитку.

Та діти із *затримкою психічного розвитку* — це особлива категорія дітей з органічними й функціональними порушеннями нервово-психічних процесів, що зумовлюють уповільненість темпу розвитку психіки дитини, що проявляється в недостатності загального запасу знань, нестійкості уваги, поверховості сприймання, ослабленій пам'яті, незрілості мислення, швидкій втомлюваності під час пізнавальної діяльності. І згідно статистики, близько 50% невстигаючих дітей в молодшій школі, в анамнезі мають діагноз затримка психічного розвитку.

Особливості дітей з ЗПР частіше виявляються після початку навчання в дошкільній організації або школі. Вона характеризується уповільненою швидкістю розвитку деяких процесів психіки, незрілістю особистості, неважкими розладами когнітивної сфери.

ЗПР у дітей відрізняється стійкою інтелектуальною недостатністю легкого ступеня і оборотністю розвитку з не яскраво вираженою спрямованістю до компенсації, можливого тільки в обставинах спеціалізованого навчання і грамотного виховання. Внаслідок порушень протягом досить тривалого періоду у дітей спостерігається незрілість нервової системи, функціонального характеру. Це, в свою чергу, виражається в слабкості таких процесів психіки, як збудження і гальмування, труднощі утворення складних зв'язків.

Більшість функцій психіки (наприклад, просторові уявлення, когнітивні процеси) характеризуються не простою комплексною будовою, і базуються на узгодженості дій декількох функціональних систем. Внаслідок цього формування подібного роду дій у дітей з ЗПР сповільнено і посувається інакше, якщо порівнювати з дітьми, які розвиваються нормально. В результаті чого відповідні функції психіки формуються не таким чином, як у здорових малюків.

У психологічній літературі виокремлюють чотири основні варіанти затримки психічного розвитку (ЗПР):

1. ЗПР конституційного походження, коли інфантильність психіки часто поєднується з інфантильним типом статури людини, що вирізняється дитячою пластичністю міміки та моторики. Емоційна сфера таких дітей ніби перебуває на більш ранньому щаблі розвитку. школа для таких дітей є продовженням гри, вони приносять з собою іграшки, хочуть гратися.

2. ЗПР соматогенного походження, коли емоційна незрілість зумовлена тривалими хронічними захворюваннями. Зниження фізичної активності в цьому випадку зумовлює брак інформації, формування життєво важливих психічних функцій гальмується. Може додаватись, так звана, «штучна» інфантилізація, спричинена умовами гіперопіки.

3. ЗПР психогенного походження пов'язана з несприятливими формами виховання. Так за умов бездоглядності може формуватись патологічний розвиток особистості за типом психічної нестійкості: невміння гальмувати

свої емоції та бажання, несміливість, невпевненість. За умов виховання, що травмують психіку, коли переважають жорстокість або груба авторитарність, нерідко формується невротичний розвиток особистості, за якого ЗПР проявляється як відсутність ініціативи й самостійності, боязкість, несміливість.

4. ЗПР церебрально-органічного генезу, коли причиною є паталогія вагітності й пологів, травми нервової системи в перші роки життя. Подібність цієї форми ЗПР з олігофренією визначається органічним ураженням ЦНС на ранніх етапах онтогенезу.

Діти з ЗПР (затримкою психічного розвитку) входять в особливу змішану по мірі психофізіологічного розвитку групу осіб. Затримку психічного розвитку психіатри відносять до класу маловиражених відхилень психічного розвитку. ЗПР сьогодні вважається поширеним видом психічних патологій у ранньому віці. Про наявність загальмованості розвитку психічних процесів говорити слід виключно за умови, що індивід ще не вийшов за межі молодшого шкільного періоду. У випадках, коли симптоми ЗПР спостерігаються на фазі старшого шкільного періоду, вже слід говорити про олігофренію або про інфантилізм. Відхилення, виражене у затримці психічного формування, займає позицію між аномальним розвитком і нормою.

Індивід з ЗПР не характеризується наявністю серйозних порушень у формуванні процесів психіки, таких як олігофренія або первинне недорозвинення рухової або зорової системи. Основні труднощі, пережиті ними, мають зв'язок, звичайно, з аномаліями соціальної адаптації та навчальною діяльністю. Внаслідок уповільнення утворення окремих психічних функцій і спостерігаються дані складності у дітей.

Поняття ж «розумово відстала дитина» охоплює в собі масив дітей, яких об'єднує наявність органічних уражень мозку, які мають широко розповсюджений характер. Зарубіжні психологи, до розряду розумово відсталих дітей відносять, також і дітей із розумовою недостатністю, виникнення якої обумовлене дуже неблагополучними умовами розвитку

дитини в ранньому дитинстві (дефіцит емоційних та інтелектуальних контактів з оточуючими людьми, регулярне недоїдання та ін.).

Причини, які викликають розумову відсталість можуть бути різними, але їх можна розділити на дві групи: ендогенно-спадкові і екзогенні.

Спадкові фактори виникнення розумової відсталості зумовлені на генетичному рівні. Виявлено, що рецесивні гени зумовлюють наявність глибоких форм відсталості, а при неглибоких дефектах, вирішальну роль відіграють домінантні гени і полігенні спадкові фактори.

Екзогенні фактори представлені речовини, які діють на плід через організм матері під час вагітності, або ж пошкодження головного мозку дитини в перші роки постнатального періоду. Особливе місце серед цих факторів має інтранатальна гіпоксія та родова травма. До цього типу факторів входять: проблеми зі здоров'ям матері при вагітності (серцево-судинні захворювання, хвороби крові, нирок, ендопатії), токсикози, перенесування плоду, клінічно вузький таз, стрімкі або затяжні пологи, порушення циркуляції крові в судинах пуповини, аномальна будова плаценти, слабка пологова діяльність.

Серед патогенних факторів, які також впливають на розвиток розумової відсталості відіграють віруси та мікроби (краснуха, грип, гепатит, лістеріоз, цитоменалія), лікарські препарати (антибіотики, сульфаніламідні препарати, барбітурати), хронічний алкоголізм батьків, імунологічна несумісність крові матері і плоду за резус-фактором і за фактором АВО.

У постнатальний період етіологічними факторами, які можуть викликати розумову відсталість можуть бути: менінгіти, енцефаліти, менінгоенцефаліти, дистрофічні захворювання, важкі інтоксикації, черепно-мозкові травми, та травми, які зачіпають головний мозок.

Розумова відсталість може бути зумовленою рядом спадкових, екзогенно-органічних і зовнішніх факторів. В одних випадках хвороби викликана в результаті впливу одного з цих факторів, а в інших – як результат складного поєднання багатьох патогенних чинників.

Згідно із міжнародною класифікацією (МКБ – 10), виокремлюється 4 форми розумової відсталості: легку, помірну, важку та глибоку.

Згідно із класифікації М. Певзнера, виокремлюється 5 форм розумової відсталості:

1) Погранична розумова відсталість (IQ=70-90). Ця зона становить перед хворобу. Для цієї категорії дітей властивими є врівноваженість основних нервових процесів. У них відносно збережена емоційно-вольова сфера і відсутні глибокі порушення аналізаторів. Вони можуть достатньо продуктивно і акуратно виконувати доступну і зрозумілу для них діяльність;

2) Дебільність (легка розумова відсталість) (IQ=50-70). Для цієї категорії дітей, навчання в спецшколах, або спеціальних класах загальноосвітніх шкіл, виховання в спеціальних домашніх умовах, може сприяти соціальній адаптації та подальшому працевлаштуванню. Діти цієї категорії дітей властивою є неуврівноваженість емоційно-вольової сфери (процесів збудження та гальмування). У них наявні порушення поведінки та низька працездатності;

3) Не різко виражена імбецильність (IQ=35-50). Ці діти навчаються, зазвичай у спецшколах, спец класах, або в домашніх умовах при залученні спеціальних педагогів. Зазвичай, вони живуть в сім'ї, їхнє працевлаштування утруднене. У них наявні порушення функцій аналізаторів, вони володіють локальними дефектами мови, слуху, зору, опорно-рухового апарату;

4) Різко виражена імбецильність (IQ=20-35). Діти, з цим рівнем інтелекту оволодівають лише навиками самообслуговування і простими трудовими операціями. Такі діти, найчастіше, направляються на навчання та виховання в спеціалізовані заклади, вони володіють некритичністю до себе і оточуючих людей, характеризується розгальмованістю потягів і схильний до невиправданих афективних реакцій;

5) Ідіотія (глибока розумова відсталість) (IQ=0-19). Ці діти, зазвичай, по життєво перебувають в інтернатах. Мислення таких дітей, практично повністю нерозвинене, із можливою емоційною прив'язкою до когось із близьких дорослих. Зазвичай, вони не оволодівають навіть елементарними навичками

самообслуговування. Для дітей цієї групи властивою є нездатність до ціле направленої активності, вольових зусиль, безініціативність, в'ялість, безпомічність, схильність до копіювальної поведінки та реакцій, не врахування оточуючої ситуації.

Отже, інтелект — це загальна пізнавальна здібність, яка визначає готовність людини до засвоєння та використання знань та досвіду, а також розумній поведінці в проблемних ситуаціях. Крім поняття загального інтелекту, дослідники виокремлюють «біологічний», «психометричний» та «соціальний» інтелект.

Дослідження проблеми інтелекту здійснюється з позиції двох підходів: системно-структурного (інтелект як комплекс складних багаторівневих когнітивних репрезентативно-операціональних структур) та редукціоністський (пошук невеликої кількості простих базових психофізіологічних і фізіологічних процесів та функцій, властивостей чи якостей які могли б лягти в основу успішності/неуспішності вирішення багатьох задач). Інтелект дає можливість: класифікувати патерни, адаптовуватись до змін, дедуктивного та індуктивного мислення, здатність створювати та використовувати концептуальні моделі.

Поняття «розумово відстала людина» охоплює в собі масив дітей, яких об'єднує наявність органічних уражень мозку, які мають широко розповсюджений характер. Причинами розумової відсталості можуть бути ендогенно-спадкові та екзогенні фактори.

Згідно із класифікації М. Певзнера, виокремлюють п'ять форм розумової відсталості: пограничну розумову відсталість, дебільність (легка розумова відсталість), нерізко виражена імбецильність, різко виражена імбецильність та ідіотія (глибока розумова відсталість).

При затримці психічного розвитку можна спостерігати наступні порушення в когнітивному розвитку:

Увага. Усім дітям із затримкою психічного розвитку властиве зниження уваги. Слід відзначити, що зниження стійкості уваги може мати різний

характер: максимальне напруження уваги на початку виконання завдання й подальше її зниження; настання зосередження уваги після певного періоду роботи; періодичні зміни напруження уваги та її спаду впродовж усього часу роботи.

Сприйняття. Спостерігається неповноцінність тонких форм зорового і слухового сприйняття, просторові й часові розлади, недостатність планування й порушення у виконанні складних рухових програм. Таким дітям потрібно більше часу для прийому й опрацювання зорових, слухових та інших вражень. Однією з особливостей сприйняття таких дітей є також те, що подібні якості предметів сприймаються ними як однакові. Крім того, недостатньо сформованими є просторові уявлення: орієнтування в напрямках простору здійснюється на рівні практичних дій, сприйняття перевернутих зображень, виникають труднощі під час просторового аналізу й синтезу ситуації.

Пам'ять. Особливо страждають ті її види, які вимагають участі розумових процесів (опосередковане запам'ятовування). Знижені й найбільш елементарні види пам'яті. Механічна пам'ять цих дітей характеризується зниженою продуктивністю перших спроб запам'ятовування. Утім, час, необхідний для повного заучування, близький до норми. Хоча такі діти зазнають труднощів на початковому етапі запам'ятовування слів, у більшості випадків вони успішно справляються із завданням (розумово відсталі діти впоратись з цим не в змозі).

Мислення. Діти із затримкою психічного розвитку демонструють високий, порівняно з розумово відсталими дітьми рівень розумової діяльності, особливо під час розв'язання наочно-дієвих і наочно-образних завдань. Доволі високі показники зберігаються під час виконання завдань за наочним зразком. Деякі утруднення у цих дітей викликають завдання, у яких відсутній наочний зразок. Особливості розумової діяльності найбільш яскраво виявляються у словесно-логічному мисленні: відсутність готовності до рішення, недостатня виразність орієнтовного етапу в їхньому розв'язанні, нездатність до необхідного зусилля, невміння контролювати себе в процесі виконання

завдання, низький рівень розвитку головних розумових операцій.

Мовленнєва діяльність також має низку особливостей: бідний словниковий запас (особливо активний), поняття звужені, розпливчасті, іноді помилкові; істотні труднощі в оволодінні граматичним ладом мови (особливо в розумінні й уживанні логіко-граматичних структур); своєрідне формування словотворчої системи мови; більш пізнє опанування здатності усвідомлювати мовлення як особливу діяльність, що відрізняється від предметної; порушення у формуванні монологічного мовлення.

Перелічені особливості мовленнєвої діяльності створюють значні труднощі під час навчання дітей читання та письма. Такі діти припускаються помилок у разі послідовного виділення звуків, виявляють невідповідність до мовленнєвих спостережень, не вміють виокремлювати речення з тексту. Без застосування спеціально розроблених коригувальних прийомів практично неможливо навчити цих дітей рідної мови й читання.

У вітчизняній психопатології та психіатрії класифікація ЗПР ґрунтується на етіопатогенетичному принципі. Коли форма ЗПР визначається причиною її виникнення.

Захворювання діагностується у дошкільному або молодшому шкільному періоді. Найчастіше виявляється на попередньому тестуванні перед вступом у школу. Виражається в обмеженості уявлень, браку знань, нездатності до інтелектуальної діяльності, переважанні ігрових, чисто дитячих інтересів, незрілості мислення, в низькій інтелектуальній спрямованості. У кожному індивідуальному випадку причини захворювання бувають різними.

Аналіз даних Н. Борякової, Е. Слеповіч, Л. Яссман дозволяє зробити висновок про те, що діти із ЗПР на початок шкільного навчання не досягають оптимального рівня інтелектуально-емоційного розвитку. У всіх старших дошкільників із ЗПР не сформована готовність до шкільного навчання. Це виявляється в незрілості функціонального стану центральної нервової системи: слабкість процесів збудження і гальмування, утруднення в освіті складних умовних зв'язків; у зв'язку з чим діти із ЗПР насилу оволодівають

листом, читанням, математичними уявленнями. Формування більшості психічних функцій сповільнено, змінено. ЗПР виявляється в невідповідності інтелектуальних можливостей дитини до її віку.

Діти із ЗПР не готові на початок шкільного навчання за об'ємом знань і навиків. Діти із ЗПР зазнають труднощі в навчанні, які посилюються ослабленим станом нервової системи, – у них спостерігається нервово виснаження, слідством чого є швидка стомлюваність, низька працездатність.

4.2. Особливості розвитку пізнавальної сфери дітей із аутизмом

Розлади аутичного спектру – це один із найпоширеніших видів розладів психологічного розвитку у дітей, який характеризується порушеннями у сферах соціального розвитку дитини, розвитку мови, здатності спілкуватися, а також стереотипною, обмеженою поведінкою.

Діти з розладами спектру аутизму можуть дуже відрізнятися за здатністю встановлювати контакт з оточуючими як за допомогою мови, так і невербального спілкування, а також за рівнем інтелектуального розвитку. Важко відшукати хоча б двох дітей із однаковими симптомами аутизму.

Аутистичний спектр можна розділити на чотири групи:

Для **першої групи** найбільш характерні глибокі і складні порушення. Діти з таким діагнозом не здатні обслуговувати себе, у них повністю відсутня потреба у взаємодії з оточуючими. Пацієнти невербальні.

У дітей **другої групи** можна помітити наявність жорстких обмежень в моделях поведінки. Будь-які зміни у схемі (наприклад, невідповідність у звичному режимі дня або обстановці) можуть спровокувати напад агресії і зрив. Дитина достатньо відкритий, але мова його проста, побудована на ехोलалії. Діти з цієї групи здатні відтворювати побутові навички.

Для **третьої групи** характерна більш складна поведінка: діти можуть бути дуже захоплені яким-небудь предметом, видаючи потоки енциклопедичних знань при розмові. З іншого боку, побудувати дво-

сторонній діалог дитині складно, а знання про навколишній світ фрагментарні.

Діти **четвертої групи** вже схильні до нестандартного і навіть спонтанного поведінки, але в колективі боязкі і сором'язливі, важко йдуть на контакт і не проявляють ініціативу при спілкуванні з іншими дітьми. Можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги.

Окремо виділяють синдром Аспергера.

Синдром Аспергера – одна з форм функціонального аутизму. Це порушення відрізняється від класичної форми. Наприклад, у дитини присутня мінімальна затримка в розвитку мови. Такі діти легко йдуть на контакт, можуть підтримати розмову, хоча він більше нагадує монолог. Пацієнт може годинами розповідати про цікавлять його речах, і зупинити його досить важко. Діти не проти ігри зі своїми однолітками, але, як правило, роблять це нетрадиційно. До речі, присутній і фізична незграбність. Часто хлопці з синдромом Аспергера мають неабиякий інтелект і хорошу пам'ять, особливо якщо мова йде про їх цікавлять речі.

Для постановки діагнозу аутизм не існує затверджених медичних тестів. Також цей діагноз не може бути коректно поставлений при одноразовому короткому огляді дитини, навіть комісією фахівців. Аутизм діагностується за наявністю або відсутністю певних поведінкових характеристик. Для цього ретельно вивчається історія розвитку дитини, проводиться аналіз даних анамнезу. Експерт проводить опитування батьків та інших людей, які приймають активну участь у житті дитини. Рекомендується організація серії спостережень за дитиною в різних ситуаціях.

Діагностика аутизму повинна проводитися командою фахівців, що включає в себе психолога, невропатолога, психіатра, психотерапевта, педіатра, логопеда-дефектолога, інших експертів, які мають досвід роботи з дітьми з особливими потребами.

Спостереження і огляд дитини з підозрою на аутизм слід проводити в умовах, максимально наближених до його звичного життєвого укладу. Похід в незнайому установу і контакт з новими людьми часто є чинником стресу для особливої дитини і може спотворити діагностичну картину.

Діагностичні критерії раннього дитячого аутизму

Ознаки загальних порушень розвитку дітей від 1 до 3 років

Соціальні характеристики:

- уникає дивитись в очі батькам та іншим людям
- не розрізняє незнайомих людей і тих, кого бачить щодня, не боїться незнайомих людей, не демонструє емоційної прив'язаності до батьків
- має вузький діапазон емоцій
- не помічає інших, не звертає на них увагу, не намагається потоваришувати
- рідко заводить чи підтримує гру з однолітками або приєднується до групи дітей
- погано розуміє загальнозрозумілі звукові сигнали та команди
- не до ладу сміється чи кричить
- не розуміє емоцій інших
- незвично реагує на певні предмети, наприклад, може з острахом ставитися до побутових речей або певних іграшок
- ігнорує реальну небезпеку, здається, що не розуміє небезпечності висоти, гарячих предметів
- неадекватно виявляє свої емоції, емоційну і соціальну взаємність

Особливості спілкування:

- мало посміхається, має відгороджений вигляд
- не відповідно віку мовчазний
- не реагує на своє ім'я, поводить ся так, ніби не чує
- пізно починає говорити, має регрес у мовному розвитку (раніше щось говорив, а потім перестав)

– механічно, часто невідповідно до ситуації, повторює почуті слова або фрази

– часто має труднощі при наслідуванні або використанні жестів і правильної міміки для спілкування, не розуміє мімічних виразів та відповідних до них емоцій (наприклад, не розуміє близька людина плаче чи радіє)

– опирається або напружується коли беруть на руки

– періодично робить серійні повторювальні рухи (трусить кистями рук, химерно рухає пальцями чи руками, розгойдується, наносить удари по тулубу та ін.)

– надзвичайно чутливий до певних звукових подразників (наприклад, пирососа, дрелі та ін.), не реагує на певні звукові подразники, наприклад, мовні

– опирається змінам звичного розпорядку

Особливості пізнавальної діяльності:

– пізнає навколишній світ неадекватними способами (лиже, нюхає)

– уникає дивитися на інших

– уникає торкатися інших людей, вважає за краще торкатися предметів або використовувати руку іншої людини

– імпульсивна або зі схильністю до нав'язливих дій поведінка

– не переносить набуті навички на іншу обстановку чи ситуацію (не моделює)

– тлумачить мову буквально, погано розуміє вирази обличчя, жести

– відволікається через звукові або зорові подразники, не вміє очікувати

– утруднені організаційні навички, навички планування або вибору

Важлива в ранньому віці диференціальна діагностика аутизму, з порушеннями слуху, мови, розумової відсталості. Тому, чим раніше батьки звернуться до спеціаліста, тим ефективнішим буде весь корекційний процес.

Причини розладів спектру аутизму лежать у будові та функціонуванні мозку. Оскільки цих причин може бути багато, тому і таким широким є спектр

розладів, але всі вони сходяться до спільного кінцевого нейробіологічного субстрату – порушення функцій та взаємодії певних структур мозку, що відповідають за інтеграцію та синтез інформації, що надходить із різних сенсорних каналів, а також зон мозку, які відповідають за організацію поведінки загалом і соціальної зокрема. Сьогодні ми можемо з більшою чи меншою певністю сказати, що, ймовірно, основними тут є генетичні причини (полігенного характеру) разом із фактором органічного ураження центральної нервової системи (він може бути основним чи додатковим етіологічним фактором у меншій кількості випадків).

Допомога дітям з розладами спектру аутизму – це довготривалий процес. Ми усвідомлюємо, що мозок дитини з РСА опрацьовує інформацію в особливий спосіб і саме цим зумовлюються труднощі її розуміння цього світу, зокрема людських стосунків, – звідси походить ота властива особам з аутизмом «соціальна сліпота». Тому загальна ідея допомоги полягає у тому, що ми маємо допомогти дитині розуміти світ, «подати» інформацію у такий спосіб, щоб вона навчилася розуміти, як у цьому світі жити, як з ним взаємодіяти – і зрештою розвиватися, реалізовувати в ньому свій потенціал, будувати стосунки. Це і є завданням спеціалістів спрямованих на те, щоб учити дитину розуміти світ, спілкуватися, взаємодіяти тощо.

Проблема аутизму вивчалась і висвітлювалася в науковій, медичній, психологічній і педагогічній літературі багатьма науковцями.

Т. Скрипник стверджує, що аутизм – це загальне (первазивне) порушення розвитку, що позначається на вербальній і невербальній комунікації та соціальній взаємодії, а також ускладнює становлення адаптаційних процесів; розлади аутичного спектра в цілому виявляються у віці до трьох років. Інші характеристики, які часто пов'язують з аутизмом: обмежені повторювані стереотипні рухи, нетолерантність до змін навколишнього середовища або повсякденності, незвичайні реакції на сенсорні подразники.

Т. Галах вважає, що аутизм – це специфічний діагноз, який характеризується комплексом симптомів, які проявляються відхиленнями у мовленні, соціалізації і стереотипних рухах. Автор зазначає, що аутизм – це не захворювання, а комплекс розладів розвитку нервової системи, це порушення в розвитку емоційно-особистісної сфери дітей та підлітків. Дитина відчуває труднощі при встановленні емоційного контакту із зовнішнім світом. Проблемним стає вираження власних емоційних станів і розуміння інших людей. Труднощі виникають при встановленні зорового контакту, у взаємодії з людьми за допомогою жестів, міміки, інтонацій. А от розлади аутичного спектру Т. Галах розглядає, як порушення психічного розвитку, що характеризується вираженням дефіцитом соціальної взаємодії, здатністю до спілкування та пізнання довкілля, втратою інтересу до реальності. Зокрема, батьків дитини з розладами аутичного спектра турбує, що вона не притискається до матері, а навіть чинить спротив спробам взяти її на руки, обійняти; не усміхається, уникає погляду в очі, у неї відсутній емоційний зв'язок з батьками.

Класифікація тяжкості афективної патології при аутизмі.

Н. Пахомова особливості психічного розвитку дітей з аутизмом, в залежності від ступеня тяжкості афективної патології, виділяє у 4 групи.

Перша група – спілкування практично відсутнє. Спостерігається самоагресія як прояв аутичного захисту. Характерні неадекватні бредоподібні страхи. При безцільних рухах можуть спостерігатися висококоординовані, пластичні рухи, що проявляються через активні форми аутостимуляції. У процесі обстеження предметів використовує нюхові, вестибулярні і тактильні відчуття. Потребує постійної опіки з боку дорослих в умовах спеціальної установи або в сім'ї.

Друга група – спілкування обмежене, особливо в незвичних умовах. Страхи обумовлені підвищеною гіперчутливістю. Активність вибіркова, виражена прихильність до сталості. Спостерігається скутість, напруженість м'язового тону, недорозвинення тонкої моторики. Когнітивні процеси

проявляються через символічні ігри, які відрізняються вираженою стереотипністю. Можуть користуватися мовою при афективно-значимих ситуаціях. Прогноз: можливе навчання на дому за індивідуальною програмою, оволодіння елементарним рахунком, читанням. Дитина потребує постійної опіки. Можливо володіє елементарними трудовими навичками.

Третя група – при обмеженій потребі спостерігається виражене виборче спілкування, переважно з дорослими. Можлива агресія та афективні переживання частіше проявляються в вербальних формах, в однотипних малюнках. Спостерігається моторна невправність, порушення м'язового тону, слабка координація рухів. На ефективність сприйняття істотний вплив робить афективна установка. Сприйняття вибіркове. Високий рівень розвитку пам'яті, особливо на афективно значущі події. Характерний нерівномірний темп інтелектуальної діяльності, доступні узагальнення, судження з істотним ознаками, але мотивування відповідей утруднене. Обмеженість (заикленість) інтелектуальних інтересів. Прогноз: можливе навчання на дому або в корекційному класі за спеціальною програмою, самостійне проживання під наглядом родичів чи опікунів та оволодіння трудовими навичками.

Четверта група – діти не проявляють ініціативи в процесі спілкування. Характерні неврозоподібні розлади: надзвичайна гальмівність, боязкість, полохливість, особливо в контактах, почуття власної неспроможності, що підсилює соціальну дезадаптацію. Поведінка в цілому цілеспрямована. При напрузі ситуації можуть спостерігатися моторні стереотипії, неспокій, зниження концентрації уваги. Характерні труднощі в засвоєнні моторних навичок. Затримка руху на відміну від здорових дітей. Прогноз сприятливий. Можливе навчання по масовій програмі в школі.

Соціальна інклюзія (включення, залучення) з'явилася як результат переходу суспільства до соціальної політики, яка базується на соціальній моделі інвалідності. Фактично це процес змін у політичній, економічній, соціальній сферах спрямований на утвердження соціальної рівності. Це забезпечення таких умов, за яких усі діти і дорослі могли б брати участь у житті суспільства як рівноправні його члени, яких поважають і які роблять

свій внесок у його розвиток. Вона відображає активний і спрямований на розвиток людини підхід до соціального добробуту, що передбачає не просто ліквідацію бар'єрів чи ризиків, а децю більше, – зміну концепції соціальної політики.

«Соціальна інклюзія» – це процес, спрямований на забезпечення людям, які зазнають ризику бідності та соціального виключення, можливостей та ресурсів, необхідних для того, щоб повною мірою брати участь в економічному, соціальному та культурному житті та досягти рівня життя та добробуту відповідно до стандартів якості життя. Дії держав відповідно до принципів соціальної інклюзії мають забезпечувати людям ширші можливості для участі у підготовці та прийнятті рішень, що їх стосуються, та реалізації їх основних прав.

Терміни «соціальна інклюзія» та «соціальна ізоляція» були прийняті до використання Європейським Союзом наприкінці 1980-х – на початку 1990-х років. Концепція «соціальної інклюзії» виникла у відповідь на зростаючу соціальну нерівність, що стала наслідком нових умов на ринку праці, та невідповідності існуючої системи соціального забезпечення, які не могли задовольнити потреби різноманітних верств населення.

«Соціальна інклюзія» охоплює широкий спектр стратегій, ресурсів, орієнтованих на ті групи населення, які перебувають у несприятливому становищі. Наріжними каменями концепції «соціальної інклюзії» стосовно осіб з інвалідністю є:

- Цінування, визнання і повага до окремих осіб і цієї соціальної групи. Це, зокрема, включає визнання відмінностей у розвитку людей, не прирівнювання «інвалідності» до патології, вади;

- поширення переконання, що всі люди є однаковими в одному фундаментальному сенсі: незважаючи на наші відмінності, ми усі маємо певну цінність.

- Розвиток людини – надання можливостей для навчання та розвитку, творчого інтелектуального зростання особистості, вибору дітьми і дорослими жити життям, яке вони цінують і яке заслуговує на підтримку.

- Причетність та участь – наявність підтримки у прийнятті рішень, що стосуються кожного особисто в питаннях сім'ї та життя у суспільстві. Це означає, що молоді люди приймають рішення самостійно, можуть контролювати послуги, які їм надаються; батьки беруть участь у прийнятті рішень щодо вибору школи та у вирішенні інших питань, що впливають на життя їхніх дітей; громадяни залучаються до участі у прийнятті рішень щодо політики та участі у політичному житті суспільства.

- Територіальна близькість – це спільне користування фізичним і соціальним простором, наприклад, громадськими місцями – бібліотеками, театрами, парками тощо.

- Матеріальний добробут – наявність матеріальних ресурсів і зокрема, фінансової підтримки соціальних програм з тим, щоб люди з інвалідністю могли повною мірою, на рівні з іншими, брати участь у житті суспільства.

З соціальною інклюзією пов'язується проблеми дотримання прав людини.

Особливості сприйняття та відчуття у дітей з аутизмом

Для дітей з аутизмом характерно виражене своєрідність в реагуванні на сенсорні подразники: вони підвищено сенсорно ранимі і нерідко ігнорують впливу, їх реакції на соціальні та фізичні стимули помітно сильніше, а іноді і парадоксальна. «»

Е. Меш і Д. Вольф підкреслюють, що діти з аутизмом володіють «тунельним» зором або слухом. Це обумовлено вузькою спрямованістю їх сприйняття на окремі афективно незначущі деталі, що вкрай ускладнює для них вивчення навколишнього світу. Якщо в нормі людське обличчя є найсильнішим і привабливим подразником, то діти з аутизмом віддають перевагу різноманітним предметам, особа ж людини практично миттєво викликає перенасичення і бажання піти від контакту. Особливості сприйняття спостерігаються у 71% дітей, діагностованих як мають аутизм.

До перших ознак «незвичайності» поведінки дітей з аутизмом, які помічаються батьками, відносяться парадоксальні реакції на сенсорні стимули, які проявляються вже на першому році життя. В реакціях на предмети виявляється велика полярність. У частини дітей реакція на «новизну» надзвичайно сильна. Наприклад, реакція на зміну освітлення виражається в надзвичайно різкій формі і триває тривалий час після припинення дії подразника, або, навпаки, яскравими предметами дитина зацікавлюється слабо, у нього не відзначається реакція переляку або плачу на раптові і сильні звукові подразники, проте поряд з цим – підвищена чутливість до слабких подразників: дитина може не почути поблизу від себе гучний звук, але в той же час відреагувати на шепіт дорослого, віддалений звук транспорту, прокинутися від два чутного шелестіння. Можливо, що у дитини легко виникає реакція переляку, страху на індиферентні і звичні подразники – працюючі в будинку побутові прилади.

Наступна ознака в сприйнятті дитини з аутизмом відзначається порушення орієнтування в просторі, спотворення цілісної картини реального предметного світу. Важливим стає не предмет в цілому, а окремі його сенсорні якості: звуки, форма і фактура, колір. У більшості дітей спостерігається сильна любов до музики. Відзначається підвищена чутливість до запахів, обстеження навколишнього простору за допомогою обнюхування і облизування.

Велике значення для дітей з аутизмом мають тактильні і м'язові відчуття, що йдуть від власного тіла. Так, на тлі постійного сенсорного дискомфорту діти прагнуть отримати певні активують враження (розгойдуються всім тілом, виконують одноманітні стрибки або кружляють, отримують задоволення від розривання паперу або тканини, переливають воду або пересипають пісок, спостерігають за вогнем). При аутизмі часто є знижена больова чутливість. Вона проявляється у схильність до нанесення собі різних пошкоджень.

Особливості уяви та пам'яті у дітей з аутизмом

З самого раннього віку у дітей з аутизмом відзначається хороша механічна пам'ять, створює умови для збереження слідів емоційних переживань. Саме емоційна пам'ять стереотипізує сприйняття навколишнього. Інформація входить в свідомість дітей з аутизмом цілими блоками, зберігається, не переробляючи, і застосовується шаблонно, в тому контексті, в якому була сприйнята. Діти можуть знову і знову повторювати одні й ті ж звуки, слова або без кінця ставити одне і те ж питання. Вони легко запам'ятовують вірші, при цьому строго стежать за тим, щоб читач вірш не пропустив жодного слова або рядки. У ритм вірша діти можуть почати розгойдуватися або складати власний текст.

Діти даної категорії добре запам'ятовують, а потім одноманітно повторюють різні рухи, ігрові дії, звуки аж до цілих оповідань, прагнуть до отримання звичних відчуттів, що надходять через все сенсорні канали: зір, слух, смак, нюх шкіру.

Як відзначають дослідники, можливо, найбільш поширеним варіантом моторних стереотипів, що зустрічаються при аутизмі, є наступні: симетричні помаху обома руками, ліктями в максимальному темпі, легкі удари пальцями, розгойдування тілом, поштовхи головою, або обертання і хлопки різних типів. Багато аутистів живуть, дотримуючись суворого розпорядку і незмінних ритуалів, вони можуть 10 разів входити і виходити з ванної перш, ніж зайти в неї з метою виконання звичайних процедур. Або, наприклад, кружляти навколо себе, перш ніж погодитися одягнутися.

Щодо уяви існують дві протилежні точки зору. Згідно з однією з них, що відстоюється ще Л. Каннером, діти з аутизмом мають багату уяву, згідно з іншою – уява цих дітей якщо і не знижено, то химерно, має характер патологічного фантазування. У змісті аутистичних фантазій переплітаються випадково почуті дитиною казки, історії, кінофільми і радіопередачі, вигадані і реальні події. Патологічні фантазії дітей відрізняються підвищеною яскравістю і образністю. Нерідко зміст фантазій може носити агресивний відтінок. Діти можуть годинами, щодня, протягом кількох місяців, а іноді і декількох років, розповідати історії про мерців, скелети, вбивства, підпали, називати себе бандитом, приписувати собі різні пороки.

Патологічне фантазування служить хорошою основою для появи і закріплення різних неадекватних страхів, наприклад, страхів хутряних шапочок, предметів і іграшок, сходів, зів'ялих квітів, незнайомих людей. Багато дітей бояться ходити але вулицями, побоюючись, що на них наїде машина і т.д. Вони відчують неприязнь, якщо їм трапляється забруднити руки, дратуються, якщо на їх одяг потрапляє вода. Часто виявляються більш виражені, ніж в нормі, страхи темряви, боязнь залишитися одним в квартирі. Деякі діти надмірно сентиментальні, часто плачуть під час перегляду деяких мультфільмів.

Обливості уваги у дітей з аутизмом

У зарубіжній психологічній літературі виділені два види дефіциту когнітивних функцій у дітей з аутизмом: когнітивний дефіцит приватного

характеру і когнітивний дефіцит загального характеру, пов'язаний з браком навичок переробки інформації, планування і концентрації уваги. Відповідно до цього автори виділяють два основних типи сенсорно-перцептивних порушень у дітей з аутизмом: сенсорна домінантність і надмірна вибірковість при сприйнятті стимулів.

Сенсорна домінантність розглядається як тенденція зосереджувати свою увагу на стимулах в певній модальності, наприклад, дитина воліє зорові стимули слуховим. Деякі діти реагують на подразники в одній сенсорній модальності, повністю ігноруючи іншу. Часто вони затикають вуха при спілкуванні з дорослими або однолітками, але охоче чіпають співрозмовника, розглядають його одяг, обличчя.

До надмірної вибіркової сприйнятті стимулів відноситься тенденція фокусувати увагу на тих чи інших характеристиках предметів або навколишнього оточення, ігноруючи інші, не менш важливі, характеристики. Дитина може проявляти інтерес тільки до певних іграшок, мелодіям, продуктів харчування, ігноруючи інші, не менш цікаві для дітей предмети і звуки.

Недостатність загального, в тому числі психічного, тону, що поєднується з підвищеною сенсорної та емоційної чутливістю обумовлює вкрай низький рівень активної уваги. З самого раннього віку відзначається негативна реакція або взагалі відсутність будь-якої реакції при спробах залучення уваги дитини до предметів навколишньої дійсності. У дітей, які страждають на аутизм, спостерігаються грубі порушення цілеспрямованості і довільності уваги, що перешкоджає нормальному формуванню вищих психічних функцій. Однак окремі яскраві зорові або слухові враження, що йдуть від предметів навколишньої дійсності, можуть буквально заворожувати дітей з аутизмом, що можна використовувати для концентрації їх уваги. Це може бути будь-який звук або мелодія, блискучий предмет і так далі.

Увага дитини з аутизмом стійка протягом буквально кількох хвилин, а іноді і секунд. У деяких випадках пересичення може бути настільки сильним,

що дитина не просто вимикається з ситуації, але проявляє виражену агресію і намагається знищити те, чим він тільки що з задоволенням займався.

Особливості мовлення у дітей з аутизмом

У дітей з аутизмом відзначається своєрідне ставлення до мовної дійсності з одночасним своєрідністю в становленні експресивної сторони мови. При сприйнятті мови помітна знижена (або повністю відсутня) реакція на мовця. Краще дитина реагує на тиху, шепіт.

Перші активні мовні реакції, які проявляються у нормально розвиваються немовлят у вигляді гудіння, у дітей з аутизмом можуть запізнюватися, відсутні або бути збідненими, позбавленими інтонсування. Те ж саме відноситься і до лепету: у 11% фаза белькотіння була відсутня, у 24% – була виражена слабо, у 31% лепетання реакція на дорослого була відсутня.

Перші слова у дітей з аутизмом з'являються зазвичай рано. У 63% спостережень (К. Лебединська, О. Нікольська) це звичайні слова: мама, тато, діда. Однак в 51% випадків вони використовувалися без співвіднесення з дорослим. У більшості дітей з аутизмом із двох років з'являється фразова, як правило, з чистим вимовою мова, яку, однак, діти практично не використовують для контактів з людьми.

Розглянуті діти рідко задають питання, а якщо останні з'являються, то носять циклічний характер. При цьому наодинці з собою діти виявляють багату мовну продукцію: щось розповідають, читають вірші, співають пісеньки. Частина дітей демонструють виражену багатомовність, але, незважаючи на це, отримати відповідь на конкретне запитання від них дуже складно, їх мова не поєднується з ситуацією і нікому не адресована.

Негативно позначається на перспективах мовного розвитку дітей даної категорії їх прагнення до уникнення спілкування, особливо з використанням мови.

Особливості мислення у дітей з аутизмом

Рівень інтелектуального розвитку при аутизмі пов'язаний насамперед зі своєрідністю афективної сфери дитини, який орієнтується на перцептивно-яскраві, а не на функціональні ознаки предметів. Емоційний компонент сприйняття зберігає своє провідне значення при аутизмі навіть протягом шкільного віку. У підсумку засвоюється лише частина ознак навколишньої дійсності, слабо розвиваються предметні дії.

Розвиток мислення у таких дітей характеризується величезними труднощами в довільному навчанні, в цілеспрямованому дозволі реально виникаючих завдань. Багато фахівців вказують на складності в символізації, перенесення навичок з однієї ситуації в іншу. Такій дитині важко зрозуміти розвиток ситуації в часі, розвести в послідовності причини і слідства. Це дуже яскраво проявляється в переказі навчального матеріалу, при виконанні завдань, пов'язаних з сюжетними картинками. В рамках стереотипної ситуації багато дітей з аутизмом можуть узагальнювати, використовувати ігрові символи, вибудовувати програму дій. Однак вони не в змозі активно переробляти інформацію, активно використовувати свої можливості з тим, щоб пристосовуватися до щомиті мінливого світу.

У той же час інтелектуальна недостатність не є обов'язковою для раннього дитячого аутизму. Діти можуть проявляти обдарованість в окремих областях, хоча аутистична спрямованість мислення зберігається.

При виконанні інтелектуальних завдань, таких як тест Векслера, спостерігається виражена диспропорція між рівнем вербального і невербального інтелекту на користь останнього. Однак низькі рівні виконання завдань, пов'язаних з мовним опосередкуванням, в більшості своїй говорять про небажання дитини використовувати мовне взаємодія, а не про дійсно низькому рівні розвитку вербального інтелекту.

Більш того, спеціальні дослідження здібностей людей з атиповим психічним розвитком, включаючи розлади аутистичного спектру, привели до появи опису так званого синдрому Саванта. Синдром Саванта,— це стан, при

якому у людей з серйозними відхиленнями в психічному розвитку зберігається острів геніальності – видатні здібності в одній або декількох областях знань.

Отже, аутизм – це загальне порушення розвитку, що позначається на вербальній і невербальній комунікації та соціальній взаємодії, а також ускладнює становлення адаптаційних процесів. Існує чотири ступеня тяжкості афективної патології при аутизмі.

В цілому при аутизмі має місце асинхронний варіант психічного розвитку, його виражена нерівномірність. Так, підвищені здібності в окремих обмежених областях – музиці, математиці, живопису – можуть поєднуватися з глибоким порушенням звичайних життєвих умінь і навичок. Одним з головних патогенних факторів, що обумовлюють розвиток особистості по аутистичному типу, є зниження загального життєвого тону. Це проявляється насамперед у ситуаціях, що вимагають активного, виборчого поведінки.

Як аутизм впливає на сім'ю

Аутизм викликає стрес в більшій мірі, ніж інші порушення розвитку. Факторами, які викликають стрес, можуть стати затягнута та неточна процедура постановки діагнозу, нерівномірний та непередбачуваний розвиток дитини, постійні стрибки від переживання надії до повного відчаю, схильність пояснювати відмову дитини від співпраці впертістю, а не дефіцитом необхідних навичок; недостатність комунікації та емоційного контакту з дитиною; контраст між звичайним зовнішнім виглядом дитини та її незвичною поведінкою, спалахи небажаної поведінки на публіці, зростаюча стурбованість щодо власного психічного здоров'я, велика кількість спеціалістів, з якими необхідно підтримувати контакт; багато новітніх видів втручання та тиск зі сторони інших батьків (Marcus, Kuncle & Schopler, 2005).

Негативні прогнози та стереотипні уявлення в суспільстві, як пов'язують аутизм, перш за все, з високим рівнем агресії та самоушкоджуючою поведінкою, примушують батьків тривожитись про майбутнє своєї дитини. Також відчуття провини, яке посилюється тим, що турбота за дитиною з таким

діагнозом вимагає великих затрат часу, виснажує ресурси, які батьки можуть витратити на себе, на шлюбного партнера та інших дітей.

Відмова від їжі, порушений сон, несформованість навиків особистої гігієни додають роботи та посилюють нервову напругу. Інші сім'ї, також вносять свій вплив у формування відчуття провини, вмовляючи спробувати те, що ніби то допомогло їхній дитині, маючи на увазі, що якщо Ви не спробуєте кожен із цих способів, то позбавите свою дитину надії на видужання або, хоча б на покращення.

Сім'ї дітей з аутизмом частіше справляються зі стресом, дистанціюючись від проблем, тоді як інші сім'ї схильні справлятися із труднощами, звертаючись за соціальною підтримкою та вирішуючи поточні проблеми (Sivberg, 2002). Наявність в сім'ї дитини з аутизмом також впливає на стан інших дітей. Як і у випадку з батьками, у цього впливу є позитивні та негативні характеристики. З одного боку, цей факт може навіть покращити психосоціальний та емоційний розвиток інших дітей, і, можливо, відображає більшу зрілість дітей, які ростуть у таких сім'ях. З іншого боку можливі і проблеми з поведінкою і соціальною адаптацією. Труднощі з побудовою стосунків залишаються на все життя. Брати та сестри осіб з аутизмом менше беруть участь в їх житті, дивляться на них з песимізмом, більшим, ніж, наприклад, близькі людини із синдромом Дауна (Orsmond, 2007).

4.3 Особливості розвитку людини з різними психофізичними порушеннями

Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями опорно-рухового апарату

До порушень опорно-рухового апарату (ОРА) відносять поліомієліт, дитячий церебральний параліч, ампутацію кінцівок, хребтово-спинальну травму і таке інше. Суттєве значення у психології осіб з даними вадами має

група інвалідності. Так, наприклад, С. М. Попов виділив психологічні особливості осіб з порушеннями ОРА залежно від групи інвалідності:

1. Інваліди І групи з дитинства – психологічно найменш сприятливий контингент. Самооцінка їх низька, відношення до людей суперечливе. З одного боку, їм властива емоційна незрілість, з іншою – їх обтяжує положення опікуваних.

2. Інваліди ІІ групи з дитинства відрізняються відносною психічною стабільністю. У них вище, ніж у інших інвалідів, самооцінка; вони відчують себе найбільш особистісно сильними, найменше виражена депресивність. У цієї категорії інвалідів міжособистісні відносини взагалі стабільні і благополучні, вони не виглядають відгородженими, ізольованими від інших людей. Ці інваліди краще уловлюють нюанси взаємин з оточуючими, найбільш пластичні в спілкуванні. Правда, за цим зовнішнім благополуччям стоїть, як показали дослідження, індіферентність, байдужість до оточуючих, недостатня емоційна включеність у взаємини з товаришами.

3. Інваліди ІІІ групи з дитинства унаслідок порушень опорно-рухового апарату, здавалося б, через незначність вираженості дефекту повинні найкращим чином пристосуватися до життя в суспільстві. Проте насправді все це є прямо протилежне: у цих інвалідів виявляється значна психологічна дезадаптація, їх самооцінка суперечлива. Зовні, на усвідомленому рівні вона завищена, проте це лише компенсація глибоко лежачого, неусвідомленого почуття неповноцінності, відмінності від інших. Їх загальне відношення до оточуючих більш негативне, ніж у інвалідів І і ІІ групи з дитинства. При цьому їх міжособистісне сприйняття найменше диференційоване, вони менш пластичні в міжособистісних контактах.

Особливу категорію складають **інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату, придбаними в дорослому віці**. Ці люди пережили кризу, деформацію звичних відносин з навколишнім світом. У них, як і у інвалідів ІІІ групи з дитинства, загальне відношення до оточуючих негативне, ніж у інших категорій інвалідів. Особливо складні і суперечливі їх відносини з близькими

людьми. Насторожує в них їх пасивність, невіра в можливість що-небудь змінити.

У багатьох розвинутих країнах соціальна інклюзія – це загальна практика, спрямована на вирішення багатьох соціальних проблем, включаючи нерівномірні прибутки, нерівність у сфері охорони здоров'я, освіти, доступності житла тощо. Сьогодні соціальна інклюзія – це частина рамкових законів Європейського Союзу. Чіткі межі її важко визначити, у кожної країни є своє розуміння соціальної інклюзії.

Проте, повсюдно визнається, що соціальна інклюзія стосується інтересів і прав всіх людей, включаючи тих, що перебувають у соціальних закладах, а соціально інклюзивне суспільство – це таке, де всі люди відчують свою цінність, де поважається їхня різність та несхожість, а основні потреби задовольняються для того, щоб уможливити гідне проживання.

Державний Департамент охорони здоров'я провінції Вікторія (Австралія) визначає, наприклад, такі цінності, які лежать в основі соціальної інклюзії:

Кожен готовий – Нікого з нас не потрібно «екзаменувати» чи випробовувати з метою визначення нашої відповідності ряду критеріїв й прийняття рішення стосовно того, чи можемо ми бути «включеними», або ж нас варто «виключити».

Кожен може навчатись – Як розумні істоти, всі ми ростемо, змінюємось та робимо помилки, але ми всі спроможні навчатись.

Кожен потребує підтримки – Інколи хтось з нас потребує більшої за інших підтримки.

Кожен може спілкуватись – Те, що ми не використовуємо слів, не означає, що у нас немає чого сказати.

Кожний може зробити внесок – Ми маємо визнавати, підтримувати та оцінювати внески кожної людини, включаючи наші власні.

Разом ми кращі – Ми не мріємо про світ, де кожен схожий на нас – наші відмінності є найбільш важливим відновлювальним ресурсом.

Характеристика деяких порушень опорно-рухового апарату.

Поліомієліт – захворювання, що викликається вірусом, який вражає сіру речовину спинного мозку, і одержало назву від локалізації запального процесу в передніх рогах спинного мозку. Проте при поліомієліті страждають також ядра стовбура, кора великих півкуль, підкіркові утворення, мозочки, м'які мозкові оболонки.

Вірус потрапляє в організм людини через брудні руки, заражені харчові продукти, мухи також можуть переносити вірус. Існує певна сезонність захворювання – переважно літній період. Хворіють переважно діти перших років життя.

Клінічно поліомієліт виявляється млявими паралічами. При поліомієліті дитина має рухові розлади, найбільш виражені в проксимальних відділах кінцівок. Активні рухи дитина виконає прикладаючи значні зусилля, амплітуда їх звичайно обмежена через м'язову слабкість. Відзначаються дряблість, гіпотрофія й гіпотонія м'язів, зниження або відсутність сухожильних рефлексів, спостерігається різке порушення опорної функції ніг. Хворі не можуть стояти, ходити або роблять це зі значними зусиллями.

Ампутація – це операція видалення периферичного відділу кінцівки. Термін ампутація частіше застосовується щодо операції з видалення частини кінцівки при перетині її між суглобами.

Ампутацію роблять при повному або частковому відриві кінцівки; важких ушкодженнях, пов'язаних з розривом головних судин, нервів, роздробленням великої кількості кісток, м'язів; при гангрені кінцівки, відмороженнях і інших захворюваннях, а також при злоякісних новоутвореннях (саркома, рак).

Вивчаючи особливості Я-концепції дорослих інвалідів О. Купреєва, у своєму дослідженні, дійшла до наступних висновків:

1. У віддаленому періоді після ампутацій кінцівок фізичний дефект впливає на «Я-концепцію», а саме: спричиняє розвиток негативного самоставлення, неприйняття власного «Я», зниження рівня самоповаги, самоінтересу, що виявляється у компенсаторно завищеній самооцінці. У молодих інвалідів зазнає змін, перш за все, емоційно-оцінкова складова «Я-концепції», що виявляється у зниженні аутосимпатії, негативному самоставленні та підвищеному самозвинуваченні. У інвалідів старшого віку найістотніші зміни відбуваються у когнітивній складовій «Я-концепції».

2. У інвалідів, які знаходяться у віддаленому періоді після ампутацій превалюють дезадаптивні гомогенні типи ставлення до власного фізичного дефекту: анозогнозичний – ігнорування, заперечення, активне відкидання думок про наявність та наслідки фізичного дефекту; ергопатичний – відхід від дефекту в роботу, надцінне, стеничне ставлення до неї, та змішані типи ставлення до власного фізичного дефекту. Поєднання протилежних станів (анозогнозії, іпохондрії, тривожності, дисфорії) у змішаних типах ставлень свідчить про суперечливість структури особистісних ставлень.

3. У внутрішній картині дефекту молодих інвалідів 20–35 років переважає афективно-емоційне ставлення до власного фізичного дефекту, тоді як у інвалідів у віці 36–50 років у суб'єктивній картині дефекту превалює раціональна оцінка дефекту. Вищий рівень тривожності спостерігається у групі молодих інвалідів 20–35 років.

4. Для досліджуваних з фізичним дефектом типовими є істотні проблеми в сфері міжособистісних стосунків. Схильність ворожо сприймати навколишніх людей, перевага неконструктивних типів міжособистісних взаємодій, значна ідеалізація близьких людей посилює їх орієнтацію в міжособистісних стосунках на вузьке коло значущих людей. Це в багатьох випадках призводить до соціальної ізоляції, відмежування від соціального оточення та втрати навичок конструктивної взаємодії з ним. Виникає почуття відрази до себе. Такі люди стають уразливими, дратівливими, чутливими, страшаються з'являтися на людях, різко обмежують контакти з навколишніми, нерідко міркують про самогубство. У випадках шкірних змін і деформацій обличчя в пацієнтів до перерахованих психологічних проявів приєднується почуття сорому, бридливості й побоювання, що навколишні стануть уникати їх у силу страху заразитися.

5. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це непрогресуюча рухова неповноцінність, викликана аномальним розвитком або пошкодженням

несформованого головного мозку. Дитячий церебральний параліч – це швидше характерний тип порушень нервово-м'язового розвитку, чим хвороба.

Основу клінічної картини ДЦП становлять рухові розлади – паралічі, насильницькі рухи, порушення координації рухів. Порушується онтогенетична послідовність рухового розвитку, активується патологічна тонічна рефлекторна активність, що приводить до підвищення м'язового тону й формуванню патологічних поз. Розпадається формування механізмів підтримки рівноваги при стоянні й ходьбі, формується патологічний руховий стереотип, неправильні установки тулуба, кінцівок, а пізніше – контрактури й деформації.

Причини (25 %) пов'язані з генетичними недоліками розвитку (наприклад, мутації, хромосомна аберація). Причини (50 %) пов'язані з недоношеністю, травмами або ятрогенними наслідками (лікарська помилка). Причини (5 %) обумовлені інфекціями. Етіологія 20 % випадків залишаються невідомими. Дитячий церебральний параліч – це лише одна з декількох неповносправностей, які можуть спричинятись пошкодженням або вадою центральної нервової системи. До інших неповносправностей належать епілептичні приступи, розумова відсталість, сенсорні порушення та інші прояви. Рухова неповносправність часто домінує, привертючи увагу і приховуючи непорушені розумові здібності у осіб з дитячим церебральним паралічем.

Таким чином, в основі характеристики порушень даної категорії осіб лежать різноманітні розлади рухового апарату, спричинені недорозвиненням чи ушкодженням центральної нервової системи.

Порушення розвитку психічних функцій дітей із ДЦП складне та різноманітне, часто обумовлюється часом, ступенем та локалізацією мозкового ураження. При цьому захворюнні не існує чіткого взаємозв'язку між важкістю рухових та психічних порушень, так важкі рухові розлади можуть бути поєднані із затримкою психічного розвитку. Окрім порушення в

моторному розвитку дитини можуть спостерігатися й мовленнєві та сенсорні дефекти. Однак важливу роль у генезі психічних порушень грають ступінь обмеження діяльності, особливості соціального та в першу чергу сімейного оточення.

Дитячий церебральний параліч має різні форми:

Спастична диплегія – найбільш поширена форма ДЦП, відома під назвою хвороби чи синдрому Літля. При даній формі в значній мірі уражені ноги, однак дитина може навчитися частково обслуговувати себе. Також у дітей спостерігається затримка психічного розвитку, 30–35 % дітей страждають розумовою відсталістю в ступені не різко вираженої дебільності. У 70 % – спостерігаються мовленнєві розлади у формі дизартрії.

Геміпаретична форма – у 80 % випадків розвивається у дитини в ранній постнатальній період. При даній формі уражена одна сторона тіла: ліва при правосторонньому ураженні мозку та права при ураженні переважно лівої півкулі. Найчастіше при даній формі важче уражається верхня кінцівка. У 25–30 % дітей спостерігається дебільність, у 40–50 % – вторинна затримка розумового розвитку.

Гіперкінетична форма – у дитини спостерігається гіперкінези, м'язова ригідність ший, тулуба, ніг. Не дивлячись на важкий руховий дефект та обмежену можливість самообслуговування, рівень інтелектуального розвитку при даній формі ДЦП, вище ніж попередні. У 10 % випадків спостерігається туговухість.

Подвійна геміплегія – найбільш важка форма ДЦП. Окрім важких рухових порушень (ураження нижніх та верхніх кінцівок), спостерігаються важкі мовленнєві порушення, виражене зниження інтелекту.

Атонічно-астатична форма – зустрічається значно рідше інших форм, характеризується зниженням м'язового тону, порушенням координації рухів, рівноваги. Спостерігається недорозвинення мовлення та інтелекту.

Соціальна інтеграція – процес перетворення порівняно самостійних, слабо пов'язаних між собою об'єктів (індивідів, груп, держав) в єдину, цілісну систему, що характеризується узгодженістю та взаємозалежністю її частин на основі загальних цілей, інтересів. Це встановлення оптимальних зв'язків між соціальними інститутами, групами, гілками влади і управління. Основою соціальної інтеграції слугує діяльність людей у межах того чи іншого суспільно-політичного ладу.

Мета соціальної інтеграції полягає у створенні «суспільства для всіх», в якому кожна особа володіє правами та обов'язками і покликана відігравати в ньому активну роль.

У педагогіці термін «соціальна інтеграція» з'явився в ХХ ст. і застосовувався спочатку в США щодо проблем расових, етнічних меншин, пізніше – дітей емігрантів. Лише в 60-х рр. ХХ ст. термін з'явився у науковому використанні Європейського континенту і став вживатися стосовно осіб з інвалідністю.

Наприклад, у багатьох країнах умови проживання, навчання, праці для людей з інвалідністю вважаються добре продуманими, так як для свого щоденного життя їм забезпечено фізичну, інформаційну доступність. Але чи є підставою говорити про повну інтеграцію? Звісно, ні.

Суспільство все ще сприймає інвалідність як слабкість, навіть якщо люди з інвалідністю роблять речі, які не можуть зробити інші. Світові спортивні чемпіонати завжди відвідуються великою кількістю глядачів та добре висвітлюються у засобах масової інформації. Але коли йдеться про спорт для людей з інвалідністю, то ситуація змінюється на діаметрально протилежну.

Ми живемо в суспільстві, в якому певні бар'єри щодо інвалідності, а також расової приналежності, релігійних переконань, статі, соціального стану, віку та сексуальної орієнтації можуть мати вплив на реалізацію можливостей, прибуток, громадянські права та здоров'я людини. Тому згуртованість громади, в якій кожен має відчуття того, що він є членом громади, має велике значення для зміни цього становища. У зв'язку з цим нині актуально формувати взаємодію між різними спільнотами, громадами, групами населення з тим, щоб протидіяти нетолерантному ставленню, необізнаності, появі страхів, упередженню та дискримінації. Згуртованість громади, груп, суспільства передбачає створення оточення, в якому визнаються та ціняться відмінності людей. Повага до індивідуальних особливостей є важливою складовою розбудови успішного демократичного суспільства.

Усе більшої актуальності набуває соціальна інтеграція людей з важкими ментальними ураженнями. 2003 р. вчені-соціологи з Колумбійського та Гарвардського університетів провели дослідження якості життя серед цих пацієнтів, застосовуючи теорію соціальної інтеграції.

За результатами дослідження було доведено потенційні можливості соціальної інтеграції цієї групи осіб, її ефективного довгострокового

лікування та розвиток позитивних почуттів у пацієнтів. Відомо, що нестача ж позитивної соціальної взаємодії та сприйняття має негативні наслідки на людину, сім'ю, громаду та перспективи суспільства.

Особливості структури інтелектуального дефекту при ДЦП:

1. Нерівномірно знижений запас відомостей та уявлень про навколишній світ. Це обумовлено декількома причинами:

- змушена ізоляція, обмеження контактів дитини з однолітками й дорослими людьми у зв'язку із відсутністю або труднощами пересування;
- труднощі пізнання навколишнього світу в процесі предметно-практичної діяльності, пов'язане із проявом рухових розладів;
- порушення сенсорних функцій.

Нерівномірний, дисгармонійний характер інтелектуальної недостатності, тобто порушення одних інтелектуальних функцій, затримка розвитку інших і збереження третіх. Мозаїчний характер розвитку психіки пов'язаний з раннім органічним ураженням мозку на ранніх етапах його розвитку. Несформованість вищих коркових функцій є важливою ланкою порушень пізнавальної діяльності при ДЦП. У деяких дітей розвиваються переважно наочні форми мислення, в інших, навпаки, особливо страждає наочнодіяове мислення при кращому розвитку словесно-логічного.

Виразність психоорганічних проявів – сповільненість, виснаженість психічних процесів, труднощі переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, зниження обсягу механічної пам'яті. Велика кількість дітей відрізняється низькою пізнавальною активністю, що проявляється у відсутності інтересу до завдань, слабкій зосередженості.

Для дітей із церебральним паралічем характерні розлади ***емоційно-вольової сфери***. Емоційні розлади при різних формах ДЦП проявляються по-різному. Емоційні розлади у одних дітей проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, руховому розгальмуванні, в інших – у вигляді загальмованості, сором'язливості, боязкості. Підвищена емоційна збудливість нерідко поєднується із плаксивістю, дратівливістю,

примхливістю, реакцією протесту, які підсилюються в новій для дитини обстановці та при стомленні. Іноді відзначається радісний, піднятий настрій зі зниженням критики (ейфорія).

У дітей з церебральним паралічем своєрідна структура особистості. Достатній інтелектуальний розвиток часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Найбільш характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного *психічного інфантилізму*. За своєю структурою цей інфантилізм ближче усього до так званого органічного поряд з рисами психіки, які властиві дітям більш молодшого віку (егоцентризм, лабільність, недостатня глибина емоцій, підвищена сугестивність і залежність від навколишніх), у цих дітей виявляються більш виражені порушення інтелектуальної діяльності з інертністю психічних процесів і недостатністю логічного мислення.

Таким чином, дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що веде не тільки до рухових порушень, але і визиває затримку чи патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху, зору і таке інше. У дітей з церебральним паралічем достатній інтелектуальний розвиток часто супроводжується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Усе це свідчить про своєрідний дисгармонійний психічний розвиток дитини з ДЦП.

Нерідко для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату характерна слабка пізнавальна активність, яка частково обумовлена недостатністю комунікаційних функцій. Особливо гостро постає ця проблема в підлітковому віці, оскільки фізичні та мовленнєві дефекти перешкоджають підлітку з обмеженими можливостями повноцінно спілкуватися з однолітками. Є два типи перешкод: перший тип – це певні фізичні, фізіологічні чи психічні розлади дитини, другий – вторинні явища, такі як власна неповноцінність, відчуженість.

Взагалі класифікуючи комунікативні бар'єри, які перешкоджають успішному спілкуванню виділяють два **види соціально-психологічних бар'єрів**:

1) внутрішні бар'єри особистості, які пов'язані з такими утвореннями, як норми, установки, цінності, а також з особистісними особливостями – ригідність, конформність і таке інше; 2) бар'єри, причина яких – поза особистістю: нерозуміння зі сторони іншої людини, дефіцит інформації.

Л. Орбан-Лембрик виділяє макро- та мікробар'єри комунікації. Макробар'єри пов'язані із зовнішнім середовищем, у якому здійснюється комунікативний процес, і виявляються в інформаційному перевантаженні, розмаїтті носіїв, перевантаженні інформацією, що призводить до знецінення її змісту, вмінні користуватися інформацією. Мікробар'єри – це специфічні комунікативні бар'єри. Причинами їх виникнення можуть бути особливості інтелекту тих, хто спілкується; неоднакове знання предмета розмови; різні лексикон і тезаурус(сукупність понять з певної галузі знань); відсутність єдиного розуміння ситуації спілкування; психологічні особливості партнерів; соціальні, політичні, професійні, релігійні відмінності тощо. Ці бар'єри залежать від індивідуальних особливостей учасників комунікації, від уміння співрозмовників перекодувати думки в слова, слухати і концентрувати увагу.

Причини комунікативних бар'єрів, можуть приховуватися в змістових і формальних характеристиках самого повідомлення (фонетичних, стилістичних, семантичних), а також у логіці побудови, то є потреба розглянути такі бар'єри детальніше. **Логічний бар'єр** виникає коли партнери не знаходять спільної мови. **Фонетичний** – перешкода, яка створюється особливостями мови того, хто говорить, виникає тоді, коли учасники комунікативного процесу розмовляють різними мовами й діалектами, мають суттєві дефекти мови та дикції, перекручену граматичну побудову висловлювань. **Семантичний бар'єр** з'являється через відсутність збігу в системах значень партнерів з комунікації – тезаурусах, тобто лінгвістичного словника мови, з повною смисловою інформацією. Цей бар'єр – є по-перше,

проблема жаргонів і сленгів, по-друге, він викликається обмеженим лексиконом у одного з співрозмовників, по-третє, його причинами можуть бути соціальні, культурні, психологічні, національні, релігійні, професійні, групові та інші особливості спілкування. **Стилістичний бар'єр** виникає в разі невідповідності стилю мови комунікатора й ситуації спілкування або стилю мови й актуального психологічного стану реципієнта. Він може виникнути й за умови, коли форма комунікації та її зміст не відповідають одне одному, також коли інформація передається науково-канцелярським стилем, який зрозуміліший під час читання й утруднений у слуховому сприйнятті.

Найбільш характерні бар'єри для підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату. **Інтелектуальні бар'єри** можуть виникати внаслідок різного інтелектуального рівня партнерів і також різних типів інтелекту. Загальний рівень інтелектуального розвитку деяких підлітків із фізичними вадами нижче ніж у здорових. На наявність **естетичного бар'єру**, що може вставати на шлях взаєморозуміння між підлітком із фізичними вадами та його однолітками. Відомо, що в підлітковому віці важливого значення набуває власний зовнішній вигляд та його співрозмовника, також особливості мови та манери поведінки. **Мотиваційний бар'єр** – це такі обставини, які роблять спілкування нецікавим або непотрібним, наприклад неприємною темою розмови для підлітків з фізичними дефектами може виступати стан та перспективи здоров'я, зовнішній вигляд, потенційні можливості і таке інше.

Під **емоційним бар'єром** розуміють небажання спілкування внаслідок антипатії до партнера. Для дітей з церебральним паралічем характерні різні психоемоційні розлади, які проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, підвищеної чуттєвості до звичайних подразників навколишнього оточення. Підвищена емоційна збудливість може супроводжуватися з порушеннями поведінки у вигляді афективних вибухів, іноді з агресивними проявами. Незрілість емоційно-вольової сфери дітей в старшому шкільному віці перешкоджає соціальній адаптації. Ознаки цієї незрілості проявляються в інтересі до ігрової діяльності, слабкості вольового зусилля. Всі ці емоційні

особливості підлітка можуть бути причиною негативного ставлення його до однолітків.

Комунікативні бар'єри, які негативно впливають на розвиток особистості підлітків із фізичними вадами, можна виділити наступні основні комунікативні бар'єри (Рис.2).

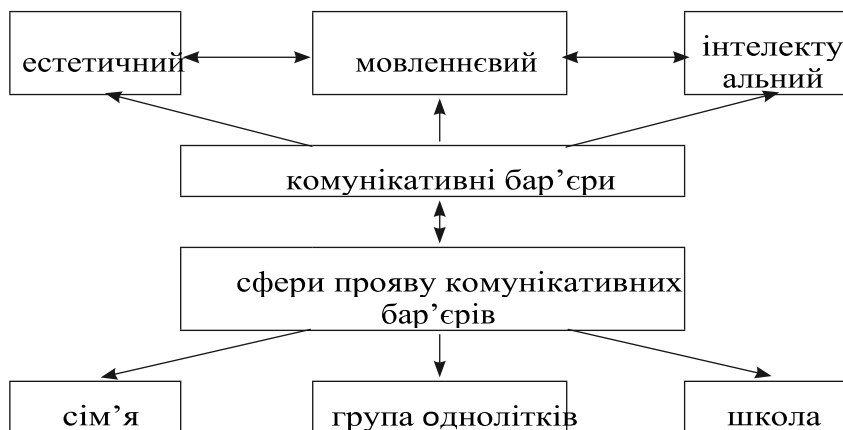


Рис. 2. Комунікативні бар'єри

По-перше, *естетичний бар'єр*, який проявляється у наявності фізичних вад підлітка. Зовнішнє вираження фізичного дефекту спричиняє виникнення психологічного відчуження у спілкуванні та взаємодії, як зі сторони дорослих так і зі сторони однолітків підлітка. Оскільки підлітковий період характеризується підвищеною чутливістю до будь-яких фізичних, особливо зовнішнє виражених недоліків. Власний фізичний дефект підліток негативно переживає у кілька разів сильніше, ніж у будь-який інший віковий період.

По друге, *інтелектуальний*, у дітей із фізичними вадами можливі різноманітні інтелектуальні порушення від легких до важких форм. Чим важче те чи інше інтелектуальне порушення, тим більше ускладнюється або порушується комунікативний процес.

По третє, різні мовленнєві дефекти, такі як, дизартрія, брадилалія і таке інше, можуть виникати внаслідок органічних, психогенних чи соціально-психологічних причин, що виражаються у мовленнєвому бар'єрі.

Вищенаведені комунікативні бар'єри певним чином взаємопов'язані між собою.

Комунікативні бар'єри виникають в основних сферах розвитку особистості, а саме в сім'ї, школі та групі однолітків. Наявність хворої дитини в сім'ї спричиняє порушення механізмів її функціонування. Наприклад, поява неповної сім'ї, частіше всього це відсутність батька або виховання дитини бабусяю, неадекватний стиль виховання і таке інше. Також збільшення сімейних конфліктів, які виникають на ґрунті проблем хворої дитини.

Часто комунікативні бар'єри порушують та ускладнюють спілкування з однолітками. Зовнішні фізичні недоліки, інтелектуальні відхилення та мовні дефекти обмежують та деформують процес спілкування підлітка з однолітками, значно зменшують кількість товаришів та друзів. Коло інтересів та рівень знань здорових дітей і дітей із фізичними вадами в підлітковому віці дещо різняться. Для підлітків із фізичними вадами характерна певна інфантильність, здорові підлітки з часом починають втрачати інтерес у спілкуванні з ними та формується своєрідна соціальна ізоляція.

Вплив системи спеціальних закладів на особистісний розвиток підлітків із фізичними вадами. Спеціальні навчальні заклади здебільшого є закритого типу, що знов обмежує спілкування зі здоровими однолітками. Впливу комунікативних бар'єрів, як спілкування з групою однолітків, так як спілкування є провідною діяльністю особистості підліткового віку. Процес розвитку комунікативних якостей підлітка з фізичними вадами у порівнянні зі здоровими дітьми буде досить різнитися. Відмінності, що можуть виникнути в мікросоціуму дитини з відхиленнями в порівнянні зі здоровими дітьми. А саме, перше коло мікросоціуму – сім'я, у проблемної дитини може бути пустим (неповна сім'я, батьки з девіантною поведінкою і таке інше) частіше, ніж у здорового.

Друге коло – друзі, для проблемної дитини має багато обмежень. Третє коло – діти зі суспільних груп, значно вужче ніж у здорових, особливо для дітей з важкими вадами.

Четверте коло – дорослі, які допомагають дитині, є найбільш наповненим, тому що, ці діти потребують допомоги дорослих, а саме лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників та інших. Таким чином, можна сказати що, основна особливість моделі мікросоціума дитини з обмеженнями в тому, що спілкування з однолітками має тенденцію до скорочення, а з дорослими – до розширення. Вважаємо, що цей факт своєрідно, а інколи і негативно, впливає на розвиток комунікативних якостей підлітків із фізичними вадами.

Однією з причин порушень спілкування у дітей з відхиленнями у розвитку може бути настанова батьків на ізоляцію дитини від колективу здорових однолітків. Тому важливо, щоб батьки розширювали коло спілкування дитини.

Сьогодні ведучою стратегією політики багатьох країн можна вважати науково обґрунтоване та доведене практикою твердження що «економічно доцільним є здійснення інвестиції в людський капітал скрізь, де це можливо, замість прямого інвестування в соціальне обслуговування».

Відповідно до цієї стратегії інклюзія осіб з інвалідністю в суспільство розглядаються як стратегічний напрям соціального інвестування для майбутнього.

Насамперед питання соціальної інклюзії повинні знайти своє відображення у сфері освітньої політики, тому що освітня система є віддзеркаленням стану суспільства й одночасно важливим засобом його перебудови.

Мета освітньої інклюзії полягає у ліквідації соціальної ізоляції (виключення), яка є наслідком негативного відношення до різноманітності. Відправною точкою цього поняття є переконання, що освіта є одним з основоположних прав людини і основою для більш справедливого суспільства.

Інклюзія в існуючому нині вигляді бере початок зі спеціальної освіти, яка у своєму розвитку пройшла кілька етапів, на яких розглядалися різні способи врахування потреб дітей з інвалідністю, особливими потребами. Практичні надбання спеціальної освіти було перенесено до загального освітнього потоку в межах підходу, який отримав назву «інтеграція». В освіті концепція інтеграції виникла у 80-х роках як альтернатива шкільним моделям навчання в спеціальних закладах. Інтеграція передбачала залучення учнів, яких відносять до категорії осіб з особливими потребами, до загальноосвітніх шкіл.

Реструктуризація й укріплення матеріально-технічної бази, збільшення кількості спеціальних класів і спеціальних педагогів у звичайних школах, «інтеграція» учнів з особливими потребами у звичайні класи та забезпечення їх навчальними матеріалами були й досі є деякими головними складовими, що необхідні для застосування моделей інтеграції. Та головна проблема цього кроку полягає у тому, що включення спеціальної освіти до загального потоку не супроводжувалось змінами в організації роботи звичайної школи, її навчальних планів і програм та методик навчання. Тому відсутність організаційних змін виявився однією з найсуттєвіших перешкод для впровадження інклюзивної освітньої політики.

Група однолітків – це той індикатор, той соціалізуючий фактор, коли вже стає ясно, яким шляхом піде підліток – соціалізації чи десоціалізації. Спілкування з тими, хто володіє таким же, як у нього, життєвим досвідом (другом), дає можливість підлітку дивитися на себе по-новому. Саме через дружбу він засвоює **характеристики високої взаємодії людей**: співробітництво, взаємодопомога, ризик заради іншого і таке інше. Дружба в цьому віці, завдяки прагненню підлітків до взаємної ідентифікації підвищує конформність у взаєминах. Одним із завдань корекційної роботи шкільного психолога є формування комунікативних якостей підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату. Основні комунікативні якості особистості схематично зображено на Рис. 3.



Рис.3. Комунікативні якості особистості

По-перше, експресивно-мовленнєві якості, які передбачають наявність і характер вербальних та невербальних проявів. Наприклад, візуальний контакт,

експресія обличчя, проксеміка, такесика і таке інше. По-друге, соціально-перцептивні якості, які представляють собою шаблонність сприйняття партнера, оцінка його почуттів та настрою, співвідношення дій і вчинків партнера з його особистісними якостями і таке інше. По-третє, інструментальні – вміння та навички партнерів в організації взаємодії, наприклад, невміння партнера вчасно вийти із спілкування, аргументувати свої зауваження та побажання, прагнення зайняти в спілкуванні головну позицію, робити висновки про партнера на основі його зовнішності, відношення партнерів один до одного, а також уявлення про такі характеристики спілкування як кількість партнерів, їх вік, стать, соціальний статус і таке інше.

Таким чином, чітке усвідомлення та виділення комунікативних бар'єрів підлітків із фізичними вадами дозволяє шкільному психологу враховувати їх в своїй подальшій роботі з даною категорією осіб. Чим більше тих чи інших комунікативних бар'єрів виникає в процесі розвитку особистості підлітками із фізичними вадами, тим організованіше та цілеспрямованіше повинна бути корекційна робота шкільного психолога.

Для розуміння інклюзії мають значення чотири ключові аспекти

Інклюзія – це процес. Її слід розглядати як неперервний пошук кращих способів врахування питань багатоманітності. Вона навчає співіснувати з відмінностями, які постають при цьому у більш позитивному світлі та розглядаються як стимул для заохочення дітей та дорослих до навчання.

Інклюзія спрямована на виявлення й усунення бар'єрів. Вона передбачає збір, узагальнення і оцінку інформації з великої кількості різних джерел з метою вдосконалення освітньої політики і практики, стимулювання дітей та дорослих до навчання.

Інклюзія створює умови для присутності, участі та досягнень усіх учнів. Термін «присутність» означає місце навчання дітей і те, наскільки регулярно і пунктуально вони його відвідують. Термін «участь» описує якість їхнього досвіду під час перебування там і тому вимагає врахування думок тих, хто навчається. Термін «досягнення» стосується не лише результатів тестів чи екзаменів, а охоплює також результати навчання в межах усіх навчальних планів і програм (curriculum).

Інклюзія вимагає підвищеної уваги до дітей « групи ризику», для яких існує можливість виключення чи низької успішності. Йдеться про моральний обов'язок вести ретельне спостереження за групами, які за статистикою найбільше часто потрапляють до «групи ризику», і, за потреби, вживати заходів для забезпечення їхньої присутності, участі та досягнень у системі освіти.

Інклюзія як освітня концепція постійно розвивається, і є вкрай важливою для формування політики й стратегій, спрямованих на усунення причин і наслідків дискримінації, нерівності та виключення. При впровадженні інклюзивної освіти слід враховувати, що це поступальний процес, який має ґрунтуватися на чітко сформульованих принципах, орієнтованих на розвиток усієї системи освіти. У його проведенні повинні бути задіяні політичні та релігійні діячі, місцеві органи освіти і засоби масової інформації, громадські організації та самі діти.

4.4. Особливості розвитку людини з порушеннями інтелекту і психічними захворюваннями

Як правило, психічні хвороби обумовлені патологією головного мозку й проявляються у вигляді розладів психічної діяльності. Причини виникнення психічних захворювань бувають внутрішньо обумовлені (ендогенні) і зовні обумовлені (екзогенні). Перші визначаються в основному конституціонально-генетичними факторами – це, наприклад, шизофренія й маніакально-депресивний психоз. Другі ж обумовлені впливом зовнішнього середовища – як наприклад, алкогольні або інфекційні психози, травматична епілепсія й таке інше. Коротко зупинимось на характеристиці таких порушень інтелекту та психічних захворювань, як епілепсія, олігофренія, шизофренія.

1. Епілепсія – це хронічне захворювання, що характеризується наявністю епізодично виникаючих розладів в свідомості, настрої. Захворювання в більшості випадків приводить до поступової зміни особистості і своєрідному зниженню інтелекту. Радикального методу лікування епілепсії не існує, але в цей час за допомогою медикаментозних засобів можна домогтися припинення припадків в 60–80 % випадків.

Характерна ознака епілепсії – раптовий судорожний випадок. Припадки бувають різних типів, але в основі кожного з них лежить аномальна й дуже висока електрична активність нервових кліток головного мозку, внаслідок якої виникає розряд. Відмічено, що іноді за пару днів до припадку з'являються передвісники у вигляді поганого самопочуття, дратівливості, головного болю і т. д. Під час припадку епілептик непритомніє, падає, у нього починаються судоми, зіниці очей не реагують на світло. Тривалість припадку – 3–4 хвилини. Частота припадків може бути різною: від щоденних до одного-двох разів на рік.

Епілептичний синдром, спостерігається при пухлинах головного мозку, енцефалітах, гіпертонічній хворобі й церебральному атеросклерозі, хронічних психічних захворюваннях на віддалених етапах їхньої динаміки, паразитарних захворюваннях головного мозку, хромосомних хворобах. У страждаючих на епілепсію дітей на тлі температури припадки можуть частішати (це буває й у дорослих) або з'явитися вперше. На припадки епілепсії вказують: їхня багаторазовість, повторення при кожному підйомі температури, поява при невисокій температурі (нижче 38°), вік старше трьох, чотирьох років. Поява припадку пов'язане із сенсорними подразниками. Характер останнього відображається в назві приступів. Аудіогенні припадки провокуються раптовими акустичними стимулами, фотогенні – оптичними. Припадки можуть з'являтися під впливом тактильних, пропріоцептивних і вісцеральних стимулів (дотик до тіла, різкий рух, біль). Ритмічно повторювані подразники також можуть привести до припадку (миготіння вагонів зустрічного поїзда, електричних стовпів, смуг «зебри» на пішохідних ділянках дороги; зображень на телеекрані – «телевізійна епілепсія»). Припадки провокуються іноді складними, але строго певними діями (так, припадки у хворого виникають щораз, коли він підходить до раковини, включає кран, і коли вода починає текти, непритомніє). Іноді припадки бувають у зв'язку з бурхливими емоціями – афект-епілепсія. Імовірно, подібні з останніми припадки, пов'язані зі сприйняттям музики – музикогенна епілепсія.

З погляду патопсихології, зміни особистості, що відзначаються, за епілептичним типом – це сповільненість всіх психічних процесів, схильність до застрягання на деталях, неможливість відрізнити головне від другорядного, напади розладів настрою. Самооцінка звичайно завищена, рівень інтелекту коливається від відносної норми до олігофренії. При епілептичних змінах особистості (з 5–6 років) характерні упертість, схильність до застійних емоцій, важко переносять зміни в образі життя, цінують стабільність у всьому. Результатами хвороби є слабкість комбінаторних здібностей, погіршення відтворення минулого досвіду. Хворі довго пам'ятають образу, мстять за неї. Обличчя цих хворих малорухливе, маловиразне, мімічні реакції бідні, у них спостерігається скупа стриманість в жестикуляції. Позитивними якостями особистості дітей є наполегливість, працелюбність та акуратність.

2. Олігофренія – одна з груп розумової відсталості, різна за етіологією і патогенезом хворобливих змін, об'єднаних загальним клінічним проявом недорозвинення головного мозку. Олігофренія характеризується природженим або придбаним в ранньому дитинстві (до 3 років) загальним психічним недорозвиненням. Підвищенню числа розумово відсталих сприяє такий чинник, як жіночий алкоголізм і куріння під час вагітності.

Олігофренія визначається не етіологічними чинниками, а раннім впливом цих чинників на мозок. Тобто дуже різноманітні спадкові, вроджені, набуті шкідливості в пренатальний та ранній постнатальний періоди зумовлюють загальний психічний недорозвиток.

При олігофренії спостерігається стійке недорозвинення психіки, що проявляється не тільки у відставанні від норми, але й у глибокій своєрідності. Діти з олігофренією здатні до розвитку, але воно здійснюється уповільнено, атипічно. Вони становлять значну частину розумово відсталих. Менша за чисельністю група – особи, у яких розумова відсталість виникла після трьох років. У результаті травм головного мозку, різних захворювань (менінгіту, енцефаліту, менінгоенцефаліту) відбувся розпад уже сформувалися психічних функцій. Ці стани називають деменцією.

З урахуванням клініко-генетичних особливостей **олігофренію** розділяють за **етіологією на 4 групи**:

1. Олігофренія унаслідок спадкових захворювань (генні, хромосомні). Генні виникають унаслідок ендогенних дій у вигляді дефектів обміну речовин. При хромосомних захворюваннях (синдром Дауна) етіологічними чинниками є: вік матері 35–45 років, підвищена іонізуюча радіація, вірусна інфекція, інтоксикації (7–15 % всіх випадків).

2. Олігофренія унаслідок дії шкідливих чинників в період внутріутробного розвитку складає 70 % всіх випадків. До таких чинників відносять інфекції (краснуха, грип); біологічну несумісність крові матері і дитини (резус-конфлікт); ендокринні порушення (кретинізм); родові ускладнення (вузький таз, передчасне отходження вод, аноксія). Олігофренія унаслідок дії шкідливих чинників в постнатальний період. До них відносять: перенесені в ранньому дитинстві ускладнення грипу, корі, краснухи і ін. (менінгіт, енцефаліт).

3. Олігофренія як наслідок негативних психосоціальних впливів (сімейні умови в ранньому дитинстві).

Класифікація олігофренії за ступенем прояву має практичне значення для визначення можливості навчання, рівня соціальної адаптації.

Виділяють 3 ступені розумової відсталості: **дебільність, імбецильність, ідіотія**.

1. Дебільність – незначний ступінь розумової відсталості. Ця категорія осіб становить більшість серед страждаючих на розумову відсталість (70–80 %). Вони як правило пізніше починають ходити, говорити, у більш пізній термін опановують навички самообслуговування. Вони мало цікавляться навколишнім: не досліджують предмети, не прагнуть довідатися про них у дорослих, байдужі до процесів і явищ, що відбуваються у природі й соціальному житті. До кінця дошкільного віку їхній активний словник бідний. У молодшому дошкільному віці в них переважають безцільні дії з іграшками, до старшого дошкільного віку з’являються предметноігрові дії.

Емоційно-вольова сфера у дітей-дебілів первинно збережена. Тому вони у доступних їхньому розумінню ситуаціях діють адекватно. Проте характерними при дебільності є незрілість, інфантильність емоцій, слабкість волі, знижена спроможність докладати вольові зусилля.

Часто діти з незначною розумовою відсталістю виховуються в умовах масового дитячого садка, але потрапляючи в загальноосвітню школу, вони відразу ж зазнають значних труднощів у засвоєння навчальних предметів. З віком ці діти до моменту випуску зі школи за своїми психометричними та клінічними проявами мало чим відрізняються від дітей, які нормально розвиваються.

2. Імбецильність є помірним ступенем розумової відсталості. Імбецильність, за міжнародною класифікацією, поділяється на легку та виразну. Це порушення виявляється в ранні періоди розвитку дитини. Опановують ходьбу діти після трьох років. Мова з'являється до кінця дошкільного віку і являє собою окремі слова, рідко фрази. Істотно страждає моторика, тому навички самообслуговування формуються із працею й у більш пізній термін. Пізнавальні можливості різко знижені: грубо порушені відчуття, сприйняття, пам'ять, увага, мислення. Основною рисою, характерної для осіб даної категорії, є нездатність до самостійного понятійного мислення. Ці діти цілком здатні опанувати навичками спілкування, соціально-побутовими навичками, грамотою. У той же час вони не можуть вести самостійний спосіб життя, мають потребу в опіці. Власна самооцінка у них є неадекватно завищеною: себе вони вважають найкращими.

3. Ідіотія – найважчий ступінь розумової відсталості. Діагностика цих грубих порушень можлива вже на першому році життя дитини. Серед численних ознак особливо виділяються порушення статичних і моторних функцій: неадекватна реакція на крутіння пізніше поява навичок стояння, ходьби, слабкий інтерес до навколишніх об'єктів і гри.

Поведінку ідіотів називають польовою, оскільки вона повністю залежить від зовнішніх стимулів, не підлягає усвідомленню та не має

конкретних цілей. У деяких випадках при ідіотії спостерігається парадоксальне збереження окремих психічних функцій та здібностей. На тлі глибокої інтелектуальної неповноцінності може спостерігатися вражаюча механічна пам'ять, музичні та інші здібності тощо.

У дорослих різко порушені процеси пам'яті, сприйняття, уваги мислення, знижені пороги чутливості. Їм недоступно мислення про навколишнє, мова розвивається вкрай повільно й обмежено або не розвивається взагалі. Повільно й важко формуються елементарні навички самообслуговування.

Класифікація психічного недорозвитку, основні форми:

1. Астенічна форма характеризується неглибоким порушенням інтелекту. У структурі інтелектуального дефекту в дітей спостерігається порушення шкільних навичок, які діагностуються, як правило, на початку шкільного навчання. У ранньому дитинстві й у дошкільні роки батьки таких дітей не помічали відставання в їхньому розумовому розвитку. У більшості з них спостерігалися недорозвинення мови й емоційно-вольова нестійкість. У структурі інтелектуального дефекту цієї групи дітей переважали недорозвинення зорово-просторових функцій, труднощі встановлення послідовних умовиводів у розповідях, знижений рівень узагальнень.

2. Атонічна форма. Поряд з інтелектуальною недостатністю різного ступеня глибини в дітей із цією формою психічного недорозвинення спостерігається аспонтанність, бідність, невиразність емоцій. Це проявляється в зниженій потреби в емоційних контактах і міжособистісних комунікаціях. Окрім того, на тлі розумової відсталості в дітей цієї групи спостерігається виражена нездатність до психічного напруження, що проявляється в надмірному відволіканні, у руховому занепокоєнні і таке інше.

3. При дисфоричній формі психічного недорозвинення в дітей на тлі розумової відсталості спостерігається виражена афективна напруженість.

4. Стенічна форма психічного недорозвинення характеризується нерівномірним розвитком інтелектуальних, мнемічних і емоційно-вольових процесів. У хворих яскравіше виражені й стійкі спонукання й потяги, що сприяє формуванню в них завзятості в подоланні виникаючих перешкод.

Характеризуючи загальний психічний розвиток розумово відсталих дітей можна відмітити, що недорозвинення пізнавальної діяльності пов'язане з дефектами мови, що виражається в обмеженні активного словника в порівнянні з пасивним. Пасивна увага більш підлягає зберігання, ніж активна і довільна. Механічна пам'ять задовільна в порівнянні із смисловою пам'яттю. Недорозвинення пізнавальної діяльності приводить до специфічних порушень вольової сфери особистості в цілому. Особливістю емоційної сфери є недорозвинення складніших диференційованих емоцій.

Розкриваючи особливості психомоторики дітей-олігофренів можна зазначити, що тип рухової недостатності при різних клінічних формах олігофренії неоднаковий і залежить від багатьох чинників: місця ураження мозку, рівня інтелекту і таке інше. Зрозуміти особливості порушення психомоторики глибоко розумово відсталих дітей можливо, опираючись на рівневу теорію організації руху М. Бернштейна. Рухові прояви глибоко розумово відсталих дітей відображають недостатність психологічної організації рухів. Особливо виражена недостатність у другій сигнальній організації рухів. Слово не несе значеннєвого навантаження, не є регулятором рухової діяльності. Порушення в основних рухових актах (ходьба, біг, стрибки і т. д.) характерні для розумово відсталих дітей дошкільного і шкільного віку. Неправильна хода (дискоординація ніг і рук, скутість, неритмічність, зайві рухи) відмічена у 40–50 % олігофренів. Порушення в бігових вправах (неузгодженість рук і ніг, нерівномірність рухів за амплітудою, зайве обертання тулуба, скутість плечового поясу) відмічені у 50–60 %. Невміння стрибати на одній і двох ногах відмічене у 90–100 %. Спостерігаються ускладнення при повзанні, лазінні, метанні.

Таким чином, ядерним симптомом при психічному недорозвитку є порушення мислення, яке негативно впливає на розвиток всіх інших психічних функцій.

3. Шизофренія – психічне захворювання, що протікає зі швидкими або повільними змінами особистості, такими як зниження енергетичного потенціалу, що прогресує, інтровертованість, емоційне збідніння, викривлення психічних процесів.

Хвороба може початися в будь-якому віці, але частіше це відбувається в 15–25 років, і чим раніше це проявляється, тим більш несприятливий її прогноз. Відповідно до статистики, біля 60 % відсотків хворих непрацездатні. Існує багато форм шизофренії, наприклад, шизофренія з нав'язливостями, з астено-іпохондричними проявами (психічна слабкість із хворобливою фіксацією на стані здоров'я), паранойяльна шизофренія (стійке систематизоване марення переслідування, ревнощів, винахідництва й таке інше), галлюцинаторно-параноїдна і таке інше.

При шизофренії виражене порушення сприйняття, мислення, емоційно-вольової сфери. Часто хвороба приводить до розриву колишніх соціальних зв'язків, зниженню психічної активності, значної дезадаптації хворих у суспільстві. У хворих шизофренією відзначається зниження, притуплення емоційності, стан апатії (тобто байдужність до всіх явищ життя). Хворий стає байдужним до членів родини, втрачає інтерес до навколишнього, втрачає диференційованість емоційних реакцій, у нього з'являється неадекватність у переживаннях. Має місце порушення вольових процесів: зниження вольового зусилля, що доходить до хворобливої безвільності.

Таким чином, основними особливостями психіки дітей шизофреників є розлади мислення та емоційна тупість.

Бар'єри на шляху до інклюзії можна звести до мінімуму за допомогою активної співпраці між особами, відповідальними за розробку політики та персоналом, зайнятим у системі освіти, а також іншими зацікавленими сторонами, включаючи активне залучення членів місцевих спільнот, у тому

числі політичних і релігійних діячів, співробітників місцевих органів управління освітою і працівників засобів інформації.

Кроки на підтримку інклюзивного руху:

- проведення на місцях ситуаційного аналізу, який має виявити масштаби проблеми, наявні ресурси й можливості їх використання на підтримку інклюзивної освіти;

- мобілізація громадської думки на підтримку права на освіту для кожного;

- знаходження консенсусу щодо концепції інклюзивної якісної освіти;

- реформування законодавства на підтримку інклюзивної освіти відповідно до правових норм міжнародних конвенцій, декларацій і рекомендацій;

- надання підтримки створенню потенціалу на місцях з метою дальшого розвитку інклюзивної освіти; знаходження механізмів вимірювання впливу інклюзивної і якісної освіти;

- розробка механізмів виявлення дітей, які не охоплені шкільною освітою та контроль за наданням їм допомоги для повернення в школу і отримання освіти;

- надання допомоги вчителям з тим щоб вони краще усвідомлювали свою роль у системі впровадження інклюзивної освіти, яка відкриває для них нові можливості, а не створює ще одну проблему.

4.5. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями слуху

Слух відіграє важливу роль у розвитку людини. Слухом називається здатність організму сприймати й диференціювати звукові коливання за допомогою слухового аналізатора. Втрата слуху, навіть часткова, створює бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, затримує розвиток особистості. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особи, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати музику.

Сурдопсихологія – це галузь спеціальної психології, яка аналізує особливості формування психіки людини, яка має серйозні дефекти слуху, до повної глухоти.

Розвиток сурдопсихології значною мірою визначався контекстом розв'язання актуальних проблем, що виникали в різні часи в сурдопедагогічній практиці. Саме сурдопсихологічні знання та дослідження

дозволяють визначати загальні та специфічні закономірності розвитку слабочуючої дитини, відповідно яких мають розроблятися і підбиратися ефективні й оптимальні способи організації виховання та навчання.

Психологічні особливості людей з вадами слуху привертали увагу педагогів та лікарів-психіатрів вже з середини ХІХ століття.

У цей період вивчення окремих питань психології глухих дітей та дорослих здійснювалося у межах загальної психології та сурдопедагогіки, науки про виховання, освіти та навчання дітей із порушеннями слуху.

Вивчення розвитку дітей з обмеженими можливостями, у тому числі з порушеннями слуху, є своєрідним методичним прийомом виявлення особливостей розумового розвитку нормальної дитини, детальне дослідження якого утруднене через швидкість його протікання.

У всьому світі сурдопсихологія почала формуватися як наука на початку ХХ ст. Дослідження початку ХХ ст. в основному являється порівняльними описами розумового та психофізичного розвитку глухих і чуючих дітей. Застосовувалися такі методики, як перевірка гостроти зору, стану слуху, запам'ятовування матеріалу різного плану – образного, схематичного, словесного, промовляння слів за літерами тощо. Результати свідчили в одних випадках про відповідність, в інших – про відставання глухих дітей від однолітків. Досліджуючи образну зорову пам'ять, Р. Пінтнер (1917) представив дані про нижчий рівень її розвитку у глухих дітей порівняно зі чуючими. У 30-70-ті та наступні роки ХХ століття проводилося всебічне вивчення психічного розвитку дітей із порушеннями слуху.

На сучасному етапі розвитку сурдопсихології у всіх країнах велику увагу приділяють розвитку особистості, внутрішнім регуляторам соціальної поведінки – потребам, мотивам, цінностям, становленню самосвідомості, механізмів міжособистісного сприйняття. Удосконалення методичного забезпечення вивчення та корекції особливостей психічного розвитку дітей та дорослих із порушеннями слуху – важливі напрями роботи сучасних сурдопсихологів. Вони займаються як розробкою нових, спеціально

орієнтованих на цей контингент методик, так і адаптацією методик, спочатку розрахованих вивчення психологічних особливостей людей із збереженим слухом.

Предметом сурдопсихології є вивчення своєрідності психічного розвитку людей з вадами слухової функції та встановлення можливостей та шляхів компенсації порушень різної складності.

Завдання сурдопсихології полягають у наступному:

1. виявити загальні та специфічні закономірності психічного розвитку людей з порушеним слухом у порівнянні з людьми, які мають збережений слух;

2. вивчити особливості розвитку окремих видів пізнавальної діяльності людей із порушеним слухом;

3. вивчити закономірності розвитку їхньої особистості;

4. розробити методи діагностики та психологічної корекції порушень психічного розвитку людей з вадами слуху;

5. дати психологічне обґрунтування найбільш ефективних шляхів та способів педагогічного впливу на дітей та дорослих з порушеним слухом, вивчити психологічні проблеми інтеграції людей з порушеним слухом у суспільстві, зокрема проблеми інтегрованого навчання.

До основних методів сурдопсихології відносяться метод спостереження та психологічний експеримент. До допоміжних – метод аналізу продуктів діяльності, метод тестів, анкетування тощо. Та найважливіше в роботі з такими порушеннями – це необхідність забезпечити адекватне розуміння інструкції. Також важливо брати до уваги умови виховання та навчання дитини, час та ступінь порушення, причини втрати слуху, дані про залишковий слух, рівень розвитку словесної мови, види мови, якими вона володіє, успішність, тип сім'ї.

Причини порушення слуху:

1. **Вроджені:** токсикоз вагітності, вірусна інфекція матері, травматичні пошкодження плоду, вроджена деформація слухових кісточок, недорозвиток слухового нерву, аклюзія (недорозвинення внутрішнього вуха), відсутність

барабанної перетинки, атрезія (зарощування зовнішнього слухового проходу) і таке інше.

2. Придбані (до трьох років): різні захворювання – менінгіт, енцефаліт, пневмонія, свинка, запальні захворювання носа і носоглотки, неврит слухового нерва, грип та його ускладнення; механічні травми голови – забиті місця, удари, впливи зверхсильних звукових подразників.

У інвалідів з порушенням слуху і мови можливі наступні порушення основних функцій організму: порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі); порушення статодінамічних функцій; порушення сенсорних функцій (тобто слуху).

Інвалідам з порушенням функцій слуху найбільш значущим є обмеження здатності до спілкування – здібність до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки і передачі інформації.

Основою класифікації є наступні критерії: ступінь втрати слуху, час втрати слуху, рівень розвитку мови. **Виділяють наступні групи дітей:**

1. Глухі (ті, хто не чуєть). До них відносять дітей зі ступенем втрати слуху, що позбавляє їх можливості природного сприйняття мови й самостійного оволодіння нею. Серед них виділяють:

- ранооглохлі. У цю групу входять діти, що народилися з по-рушеним слухом або втратили слух до початку мовного розвитку або на ранніх його етапах. Звичайно зберігаються залишки слуху, що дозволяють сприймати сильні різкі звуки;

- пізнооглохлі. Це діти, у яких тією чи іншою мірою збереглася мова, діти втратили слух у тому віці, коли вона вже була сформована. Головним завданням у роботі з ними є закріплення вже наявних мовних навичок, запобігання мови від розпаду й навчання читанню з губ.

2. Туговухі (ті, хто погано чуєть). Це діти із частковою слуховою недостатністю, що ускладнює мовний розвиток, але зі здатністю до самостійного нагромадження мовного запасу за допомогою залишкового слуху.

Термін «глухий» застосовується тільки до тих, хто не сприймає ніякі звуки. У людей, страждаючих глухотою з дитинства, мова не розвивається, унаслідок – глухонімота.

Через порушення слуху обсяг зовнішніх впливів на глуху дитину обмежений, взаємодія із середовищем збіднена, спілкування з оточуючими людьми ускладнено, у той час як необхідною умовою успішного психічного розвитку всякої дитини є значне зростання кількості, розмаїтості й складності зовнішніх впливів. Спостерігається нерозмірність у розвитку наочнообразного й словесно-логічного мислення (превалює перше); письмова мова в обох формах – імпресивній (читання) і експресивній (письмо) – здобуває більшу роль у порівнянні з усною. Відмінності в темпі психічного розвитку в дітей з порушеннями слуху в порівнянні з дітьми, які нормальночують.

Відчуваючи потребу в спілкуванні з оточуючими, глухі користуються міміко-жестикуляторною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації. Функції її в спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти мімік-жестикуляторну мову й використовувати її для передачі своїх думок може лише людина, яка володіє системою її знаків. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування в них словесної мови.

Для формування осіб з порушеннями слуху міжособистісних відносин необхідні спеціальні умови зі сторони дорослих – батьків і педагогів, при цьому важливі два взаємопов'язаних процеси: з однієї сторони, необхідно, щоб діти засвоїли норми та правила поведінки, які необхідні при спілкуванні з іншими людьми, з другої сторони, слід навчити їх розпізнавати особистісні якості, виконання чи невиконання норм і правил в реальному процесі спілкування, надавати їм оцінку.

Розглядаючи медико-психологічні аспекти людей з обмеженими можливостями, В. Менделевич звертає увагу на те, що у пацієнтів із приглухуватістю частіше зустрічаються уразливість, підвищена тривожність. Вони стають підозрілими, соромливими, намагаються сховати свій дефект.

Незважаючи на серйозний та різноплановий негативний вплив глухоти й туговухості на розвиток дитини, навіть при найтяжчих ураженнях слухової функції, але при збереженому інтелекті, можливості всебічного розвитку особистості дітей із порушеннями слуху необмежені. Під впливом соціальних факторів (головним чином спеціального навчання), виявляючи наполегливість у подоланні труднощів, викликаних дефектом, люди зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої і суспільної діяльності, в реалізації своїх творчих здібностей.

Таким чином, у формуванні повноцінної, всебічно розвиненої особистості з порушеннями слуху важливе значення набуває позитивний вплив соціальних факторів, особливо в дитячому віці.

Інклюзивні навчальні програми та плани

Інклюзивна навчальна програма/план стосується когнітивного, емоційного, соціального й творчого розвитку кожної дитини. Вона ґрунтується на чотирьох головних принципах освіти XXI ст. – навчитися пізнавати, навчитися робити, навчитися жити разом. Інклюзивна навчальна програма/план відіграє основоположну роль в укріпленні толерантності й сприяння реалізації прав людини, а також є потужним інструментом подолання культурних, релігійних, гендерних та інших відмінностей. У її межах враховуються гендерні аспекти, культурна самобутність і мовне походження учнів. Вона пов'язана з подоланням негативних стереотипів не лише в підручниках, а також, що важливіше, у ставленні учителів, а також в очікуваннях батьків. Багатомовні підходи до освіти, в межах яких мова визнається складовою культурної ідентичності учнів, передбачають, що вона може бути одним із засобів інклюзії.

Науково доведено існування нерозривного зв'язку між якістю освіти та доступом до неї. Тому концепція «Освіти для всіх» зумовлює необхідність ґрунтовного перегляду великої частини сучасних методів організації викладання в школі. Вчителі часто дотримуються старих поглядів, сформованих у процесі їхнього власного шкільного досвіду.

Інклюзивний підхід до політики формування і реалізації навчальних планів і програм передбачає, що кожна дитина, яка навчається, має численні потреби, які лише посилюються в ситуації вразливості або несприятливих умов. Але разом з тим усі мають отримати користь від загальноприйнятого базового рівня якісної освіти.

У школах часто існують загальні спільні цілі щодо бажаного рівня учнівських досягнень. Інклюзивний підхід спонукає до відмови від методики викладання з орієнтацією на усереднені показники, мотивуючи це тим, що

деякі учні будуть не в змозі їх досягти, тоді як іншим навчатися буде «надто легко» і для них навчання ставатиме не цікавим. Замість того, в концепції «Освіта для всіх» підкреслюється важливість орієнтації процесів навчання і викладання на самого учня, на його відмінності в розумінні, почуттях, соціальних навичках і навичках сприйняття тощо. Як результат

– усі учні здобувають оптимальні можливості для формування мотивації і активного навчання.

Доступні та гнучкі навчальні плани і програми можуть стати «ключем» до створення «шкіл для всіх». Важливо, щоб вони були достатньо гнучкими, аби забезпечити можливості пристосування до індивідуальних потреб учнів і заохочувати вчителів шукати рішень, які відповідатимуть потребам і здібностям кожного учня.

4.6. Особливості розвитку людини з порушеннями зору

Зір відіграє провідну роль в орієнтуванні, пізнавальній та трудовій діяльності людини. За його допомогою сприймаються предмети: розрізняються форми, величини, розміри, відстані, кольори та світлотіні. Через візуальний канал людина здобуває уявлення про себе і світ. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини. Візуальне сприймання людьми одне одного дуже важливе для встановлення міжособистісних стосунків і визначається функціонуванням зорового аналізатора. При порушенні його діяльності у дитини виникають значні труднощі в пізнанні світу та орієнтуванні в ньому, в здійсненні контактів із людьми, що її оточують, у різних видах діяльності.

Тифлопсихологія вивчає закономірності та особливості розвитку осіб із порушенням зору, формування компенсаторних процесів, що забезпечують відшкодування недоліку інформації, дефіцит, який пов'язаний з порушенням діяльності зорового аналізатора, а також вплив цього дефекту на психічний розвиток дітей з порушенням зору.

Свою назву тифлопсихологія одержала від грецького *típhlos* – сліпий і як наука спочатку включала в зміст лише психологію сліпих. В даний час предметом її уваги є не тільки сліпі, але і сліпі, що має глибокі порушення

зору, а також діти із амбліопією та косоокістю. Основними задачами сучасної тифлопсихології є:

- 1) вивчення загальних і специфічних закономірностей психічного розвитку дітей з глибокими порушеннями зору, механізмів, що забезпечують компенсацію сліпоти та слабозорості;
- 2) вивчення залежності психічного розвитку від ступеня, характеру та часу виникнення дефекту зорової функції;
- 2) виявлення потенційних можливостей осіб з порушенням зору, їх здібностей до подолання відхилень у формуванні психічних процесів і особових відхилень;
- 4) розробка психологічних основ ефективної корекційно-педагогічної допомоги дітям із недоліками зорової функції;
- 5) створення психологічного підґрунтя для цілеспрямованої освітньої, виховної, корекційної роботи на різних етапах соціалізації людини з глибокими порушеннями зору;
- 6) розробка соціально-психологічних основ ефективної інтеграції осіб із порушеннями зору в суспільство.

Причини порушення зору:

1. Вроджені: захворювання й аномалії розвитку органів зору: патологія судинної оболонки, захворювання рогової оболонки ока, вроджені катаракти, глаукоми, окремі форми патології сітківки і таке інше. Аномалії зору також можуть виникнути в результаті зовнішніх і внутрішніх негативних впливів, що мали місце в період вагітності: перенесені матір'ю вірусні захворювання, токсоплазмоз, краснуха й таке інше.

2. Придбані: неврити зорового нерва, глаукома (відшаровування сітківки), механічні травми ока, фізичні перевантаження і таке інше.

Розрізняють хворих з наступними порушеннями зору.

Незрячі – це люди з повною відсутністю зорових відчуттів, або ті, які мають залишковий зір або здатність до світловідчуття.

Абсолютно або тотально незрячі – люди з повною відсутністю зорових відчуттів.

Слабозорі – це люди, гострота зору яких дозволяє розрізняти предмети, контури яких вони бачать нечітко. Головна відмінність даної групи від сліпих: при вираженому зниженні гостроти сприйняття зоровий аналізатор залишається основним джерелом сприйняття інформації про навколишній світ і може використовуватися як провідний у навчальній, професійній та інших видах діяльності.

Залежно від часу настання дефекту виділяють **дві категорії дітей:**

- сліпонароджені – це діти з уродженою тотальною сліпотою або осліплі у віці до трьох років. Вони не мають зорових уявлень, і весь процес психічного розвитку здійснюється в умовах повного випадання зорової системи;

- осліплі – діти, що втратили зір у дошкільному віці та пізніше.

Найбільш значущим видом обмеження життєдіяльності інвалідів даної категорії – обмеження здібності до орієнтації – здібності визначатися в часі і просторі. Пацієнти з подібними дефектами органів чуттів стають нерішучими, боязкими, залежними від близьких. У них нерідко формуються надцінні ідеї ущербності, що поєднуються з такими якостями особистості як принциповість, справедливість, високий рівень моральних вимог до себе й навколишніх.

Складність вивчення психіки сліпих і слабозорих полягає в тому, що в них досить різноманітний характер захворювання й ступінь порушення основних зорових функцій (гострота зору, поле зору й ін.).

Особливості психічного розвитку сліпої або слабозорої дитини.

По-перше, ряд психічних процесів (відчуття, сприйняття) виявляються в прямій залежності від глибини дефекту, а деякі психічні функції (кольоровідчуття, швидкість сприйняття й ін.) залежать також і від характеру патології; по-друге, є психічні процеси й стани, на які порушення зору роблять опосередкований вплив (наприклад, мислення, розвиток якого до певного

моменту залежить від порушень в області сприйняття та уявлення); по-третє, є такі структурні компоненти психіки, які ні від глибини дефекту, ні від характеру патології зору виявляються незалежними (світогляд, переконання, темперамент, за винятком його зовнішніх проявів, моральні риси характеру і таке інше).

При порушенні зору виникає ряд вторинних відхилень: відхилення у фізичному розвитку, спостерігається обмеження рухової активності дитини; при значній або повній втраті зору порушуються координація, витривалість, швидкість і ритм рухів та ослабляються пізнавальні процеси. Сліпота та глибокі порушення зору викликають відхилення у всіх видах пізнавальної діяльності. Знижується кількість одержуваної дитиною інформації й змінюється її якість. Відбуваються якісні зміни системи взаємин аналізаторів виникають специфічні особливості в процесі формування образів, понять, мови, у співвідношенні образного й понятійного мислення, орієнтуванню в просторі. Значні зміни відбуваються у фізичному розвитку: порушується точність рухів, знижується їхня інтенсивність.

Зрячій людині соціальна позиція і життя незрячого уявляється більш безнадійною і трагічною, ніж це є насправді. Проте, добре адаптована незряча особистість почуває себе досить упевнено, принаймні у певних галузях життя і діяльності. Таким чином, провідний вплив на формування повноцінної незрячої особистості надають саме позитивні умови соціального оточення.

Своєрідність становища сліпої дитини серед інших дітей та дорослих поглиблюється помилками в її сімейному вихованні, що нерідко трапляються, в ставленні до неї з боку оточення (головним чином вони зводяться до надмірної опіки над дитиною, оберігання її від труднощів). виправлення цих помилок сприяло б розвитку у дитини низки цінних якостей. Водночас є й протилежні випадки, коли оточення або не рахується з проблемами незрячого, або, навпаки, завищує вимоги до нього. Це може викликати небажані відхилення в особистісному становленні дитини – низьку самостійність,

негативізм, розбещеність або, навпаки, надмірну самовпевненість, чи захисні психічні реакції.

Сліпі від народження діти усвідомлюють свій дефект, невдачі в різних видах діяльності та в спілкуванні, зумовлені неможливістю на практиці користуватись зором, часто викликають у них тяжкі переживання.

На розвиток вищих форм пізнавальної діяльності (логічного мислення і мови, довільного запам'ятовування, цілеспрямованої уваги тощо) сліпота відбивається опосередковано, викликаючи якісну особливість, залежно від особливостей зорового сприйняття. Спостерігається дисгармонія у взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій (Синьова, 2008).

Сліпота та глибокі порушення зору викликають відхилення у всіх видах пізнавальної діяльності. Негативний вплив порушення зору виявляється навіть там, де, здавалося б, цей дефект не повинен завдати збитку розвитку дитини. Знижується кількість одержуваної дитиною інформації та змінюється її якість. В області чуттєвого пізнання скорочення зорових відчуттів обмежує можливості формування образів пам'яті та уяви. З погляду якісних особливостей розвитку дітей з порушеннями зору слід в першу чергу вказати на специфічність формування психологічних систем, їх структур і зв'язків усередині системи. Відбуваються якісні зміни системи взаємостосунків аналізаторів, виникають специфічні особливості в процесі формування образів, понять, мовлення, в співвідношенні образного і понятійного мислення, орієнтування у просторі та ін. Значні зміни відбуваються у фізичному розвитку: порушується точність рухів, знижується їх інтенсивність. Отже, у дитини формується своя, дуже своєрідна психологічна система, якісно і структурно не схожа з системою дитини із нормальним розвитком.

Практично всі якості уваги, такі, як активність, спрямованість, широта (об'єм, розподіл), можливість перемикання, інтенсивність, або зосередженість, стійкість виявляються під впливом порушення зору, але діти із порушеннями зору, які здібні до високого розвитку, досягають, а деколи і перевищують рівень розвитку цих якостей у зрячих. Обмеженість зовнішніх

вражень негативно впливає на формування якостей уваги. Сповільненість процесу сприйняття, що здійснюється за допомогою дотику або порушеного зорового аналізатора, позначається на темпі перемикання уваги і виявляється в неповноті та фрагментарності образів, у зниженні об'єму і стійкості уваги.

Для успішного виконання того або іншого виду діяльності потрібен розвиток відповідних властивостей уваги. Так, при навчальній діяльності важливою умовою є довільність організації уваги, зосередженість на учбовому матеріалі при виконанні завдань, уміння не відволікатися, тобто розвиток зосередженості та стійкості уваги.

В той же час в такій специфічній діяльності, як просторова орієнтація, а також у трудовій діяльності умовою ефективності та результативності є розподіл уваги, уміння перемикати її відповідно до рішення конкретних практичних задач. Сліпому і слабозорому необхідно для компенсації зорової недостатності активно використовувати інформацію, що поступає від усіх збережених і порушених аналізаторів; концентрація уваги на аналізі інформації, що одержується від одного з видів рецепції не створює адекватного і повного образу, що призводить до зниження точності орієнтовної і трудової діяльності.

Щоб адаптуватися в сучасних умовах технічного прогресу, від сліпих і слабозорих потрібна велика самостійність та активність, що зв'язується з розвитком таких якостей, як довільність організації діяльності, стійкість і інтенсивність діяльності, широта об'єму уваги, уміння її розподіляти і перемикати залежно від умов і вимог діяльності.

Таким чином, розвиток уваги пов'язаний з формуванням вольових, інтелектуальних та емоційних властивостей особи, протікає в умовах активної діяльності та має ті ж закономірності, що спостерігаються і у зрячих.

Порушення зору гальмує повноцінний розвиток пізнавальної діяльності сліпих і слабозорих дітей, що знаходить своє відображення в розвитку та функціонуванні мнестичних процесів. В той же час технічний прогрес і сучасні умови навчання, життя та діяльності сліпих і слабозорих пред'являють

до їх пам'яті (як і до інших вищих психічних процесів) все більш жорсткі вимоги, зв'язані як із швидкістю мнестичних процесів, так і з їх рухливістю та міцністю зв'язків, що утворюються.

Сліпим і слабозорим доводиться запам'ятовувати і тримати в своїй пам'яті матеріали, які не потрібно пам'ятати зрячому. У літературі приводиться значна кількість імен сліпих, що володіли феноменальною пам'яттю, як словесною, так і музичною, знайшли своє місце в історії культури.

Становлення мовлення у зрячих і осіб з порушеннями зору здійснюється принципово однаково, проте відсутність зору або його глибоке порушення змінює взаємодія аналізаторів, через що відбувається перебудова зв'язків, та при формуванні мовлення вона включається в іншу систему зв'язків ніж у зрячих. Мовлення сліпого і слабозорого розвивається в ході специфічно людської діяльності спілкування, але має свої особливості формування – змінюється темп розвитку, порушується словарно-семантична сторона мовлення, з'являється «формалізм», накопичення значної кількості слів, не пов'язаних з конкретним змістом.

Опора на активне мовленнєве спілкування є той обхідний шлях, що обумовлює психічний розвиток сліпої дитини та забезпечує подолання труднощів у формуванні наочних дій і обумовлює просування в психічному розвитку сліпої дитини.

Використання дорослим сумісних наочних дій зі словесним позначенням як самих предметів, так і дій з ними, з одного боку, стимулює співвідношення засвоєних дитиною слів з конкретними предметами навколишнього світу, з іншої – є умовою кращого пізнання предметів світу в процесі активної операції з предметами. Дослідження зв'язного мовлення дошкільників з порушенням зору, здійснене С. Покутневою, показало, що рівень спонтанного мовлення дітей з порушенням зору в контрольному експерименті був значно нижчий за норму за всіма показниками:

з позицій розкриття теми – відтворення лише частини матеріалу, що пред'являється;

з позиції змістовної – фрагментарність, відображення в основному наочного змісту, відсутність відображення динаміки, невміння виокремити і проаналізувати центральні головні події в розповіді про своє життя, труднощі в дотриманні логічності зв'язного мовлення.

Спеціальні спостереження тифлопсихологів свідчать, що у слабозорої дитини після того, як вона зрозуміла, що бачить не все і погано, виникають проблеми суто психологічного характеру: з одного боку, вона не відчуває себе сліпою, з іншого – не відчуває себе і повністю зрячою. Невдачі та труднощі в навчанні, грі, спілкуванні часто неправильно оцінюються дитиною, викликають роздратованість, замкнутість, негативізм та інші негативні характерологічні риси.

Освіта є важливим чинником соціальної інтеграції та автономії всіх людей, в тому числі і людей з інвалідністю. Вона має охоплювати всі періоди життя людини.

Проведені дослідження у країнах, які розвиваються, констатують, що приблизно 98 відсотків дітей з інвалідністю не відвідують школи, не вміють писати, а це в свою чергу свідчить, що одна з Цілей розвитку тисячоліття – забезпечення початкової освіти у всьому світі – залишається недосяжною.

Існує суспільна, практично доведена думка, згідно з якою людей (дітей) з інвалідністю, наскільки це можливо, поважаючи інтереси та вподобання кожної окремої дитини чи молодшої особи, потрібно інтегрувати в сферу загальноосвітньої системи. Інтеграція та участь мають важливе значення для

людської гідності, а також для утвердження та реалізації прав людини.

Освіту дітей з інвалідністю слід розглядати і як своєрідний засіб, який сприяє визнанню в людях відмінностей та складає частину виховання громадянських почуттів. Однак такий досвід одержання освіти цією групою дітей та молоді залежить від багатьох чинників, насамперед – від доступності транспорту, шкільних приміщень, обладнання, програмного забезпечення і надання, у випадку необхідності, відповідної технічної допомоги тощо.

Водночас факти доводять, що діти, навіть з серйозними функціональними порушеннями, які регулярно навчаються, закінчивши школу

мають більше шансів, продовжити далі навчання та отримати спеціальність, влаштуватись на роботу, стати активним членом суспільства. На вирішені цих проблем неодноразово акцентували увагу міжнародно-правові акти, дослідження.

На підставі проведеного аналізу в багатьох країнах було запропоновано два універсальні напрямки розв'язання цієї проблеми.

По-перше, з метою протидії соціальній дискримінації та для впровадження принципів «школи для всіх» рекомендувалося в центр навчального процесу поставити індивідуальні потреби дитини з інвалідністю, зосередивши при цьому увагу передусім на визнанні потенціалу учня, а не на оцінці ступеню його інвалідності. По-друге, пропонувалося досягти тісної співпраці всіх зацікавлених інституцій, що мають відношення до освітнього процесу.

4.7. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями роботи внутрішніх органів

Розкриваючи соціально-психологічні особливості людини з порушеннями роботи внутрішніх органів зупинимося на таких соматичних захворюваннях: цукровий діабет, онкологічні захворювання та бронхіальна астма.

1. Цукровий діабет

Цукровий діабет – ендокринне захворювання, обумовлене абсолютною або відносною інсуліновою недостатністю, що приводить до порушення всіх видів обміну речовин, перш за все вуглеводного, ураження судин, нервової системи, а також інших органів і тканин.

Цукровий діабет – розповсюджене хронічне захворювання, що викликається недостатньою кількістю ендогенного інсуліну або його зниженою ефективністю. Існують дві основні форми захворювання. **Цукровий діабет 1-го типу часто називають інсулінозалежним.** Він звичайно розвивається в дитячому або підлітковому віці, починається гостро з появи виражених ознак нездужання, стомлюваності, втрати маси тіла, спраги, інфекційних захворювань, а іноді й коми. Цукровий діабет 2-го типу називають інсулінонезалежним. Він має тенденцію розвиватися в осіб з

надлишковою масою тіла й людей похилого віку, часто протікає безсимптомно й виявляється при звичайному дослідженні сечі, у той час як особи з даним захворюванням звертаються за допомогою із приводу якого-небудь захворювання.

Причинами виникнення цукрового діабету можуть бути порушення центральної нервової регуляції, психотравми, спадковість, інфекційні захворювання підшлункової залози, надмірне споживання вуглеводів.

Основні ознаки захворювання: велике вживання води, тому що відчувається постійна спрага й сильне сечовиділення; ненаситний апетит; м'язова слабкість, сверблячка шкіри.

Виокремлюють наступні **форми цукрового діабету:**

- легка (порушення вуглеводного обміну лікується за рахунок дієти з малим змістом вуглеводів і жирів, раціональної організації праці й відпочинку, зниження маси тіла до нормальних розмірів);
- середня (у лікуванні використовують інсулін у невеликій кількості або антидіабетичні препарати);
- важка (строга дієта, високі дози інсуліну, лікують у стаціонарі, працездатність істотно порушена, багатьох переводять на інвалідність).

На відміну від дорослих цукровий діабет у дітей протікає важко. Ці особливості обумовлені інтенсивністю тих обмінних процесів, які властиві дитинству. Потреба в гормонах, що мають анаболітичну дію, у дітей дуже велика. Інсуліну властива анаболітична дія, тому і потреба дітей в інсуліні більша, ніж у дорослих. У початковому періоді у дитини відмічається загальна слабкість, схуднення при хорошому апетиті, дратівливість, зниження успішності в школі, нудота, блювота, іноді нічне нетримання сечі, що указує на декомпенсацію цукрового діабету.

У підлітків велике значення має емоційний чинник, що впливає на перебіг захворювання. На жаль, батьки не завжди можуть створити дитині сприятливу соціально-психологічну атмосферу удома. Це підсилює у хворого відчуття своєї неповноцінності в порівнянні з однолітками. Подолати ці

проблеми допомагають розроблені програми з навчання хворих і їх родичів, консультування з психологом.

У осіб середнього віку і людей похилого віку перебіг цукрового діабету сприятливіше, ніж у молодих. Частіше цукровий діабет виникає поступово і поволі прогресує впродовж декількох років. У цій групі переважають хворі, схильні до ожиріння. У чоловіків може швидко знижуватися статева активність. У жінок в клімактеричний період нерідко виникає декомпенсація цукрового діабету, що обумовлено надзвичайною лабільністю нервової системи.

Діабет у дорослих нерідко супроводжується астенічною симптоматикою у вигляді підвищеної стомлюваності, зниження працездатності, порушень сну, головного болю, емоційної лабільності. Характерна підвищена збудливість і виснаженість нервових процесів, ослаблення активної уваги, зниження пам'яті на поточні події, підвищена лабільність вегетативної нервової системи, нав'язливі сумніви, нав'язливі спогади, нав'язливий страх, дратівливість, що переходить у пригніченість і тривожність із фіксацією на дрібних образах, відволікання. Хворі на цукровий діабет мають також схильність застрягати на різних емоційних конфліктах, мають підвищену тривожність і боязкість, що не супроводжується посиленою руховою активністю, некритичність, норовливість, упертість, деяку інтелектуальну негнучкість. Нерідко відзначаються млявість, зниження настрою із пригніченістю.

Термін «діабетична особистість», якому властива емоційна нестійкість, невротичні реакції, залежність, байдужність, лабільність настрою, тривожність. Реакція особистості на хворобу в осіб, що страждають на цукровий діабет, можлива наступна: 1) реакція ігнорування хвороби; 2) невротичний тип реакції із тривожно-фобічним ставленням до хвороби; 3) емоційний тип реакції, при якому відношення до хвороби завуальовано переважно дратівливістю, емоційною лабільністю. Психічні розлади при цукровому діабеті зустрічаються в 17,4–18,4 % хворих. У патогенезі цих

розладів надається значення наступним факторам: гіпоглікемія, інтоксикація внаслідок печінки та нирок, безпосереднє ураження тканин мозку.

Депресивний психоз із тривогою або без неї – найпоширеніший розлад у хворих на цукровий діабет, спостерігаються депресивні стани переважно в дебюті захворювання. При цукровому діабеті середньої важкості в чоловіків має місце наростання тривоги про здоров'я й потребу в сторонній допомозі, у жінок – аутизація, відчуження, ригідність. При цукровому діабеті важкої форми в чоловіків є іпохондрія, наростання депресії, надмірне занепокоєння, внутрішня напруженість, тривога, у жінок – ригідність поведінки, мислення.

2. Онкологічні захворювання

Онкологія – захворювання на злоякісні пухлини.

Причиною встановлення інвалідності при онкологічній патології є не основне захворювання, а його ускладнення й супутні захворювання, що обумовлено відсутністю критеріїв визначення інвалідності в таких хворих.

Розглядаючи психологічні особливості девіантної поведінки онкохворих при медико-соціальній експертизі Ф. С. Голубцов звертає увагу на такі види соціально-психологічної дезадаптованості:

а) стійка ситуативна дезадаптованість, коли хворий намагається пристосуватися до нової важкої для нього ситуації, але ніяк не може;

б) тимчасова дезадаптованість, яку можна перебороти за допомогою соціально-психологічних заходів;

в) загальна стійка дезадаптованість у зв'язку із тривалою фрустрацією особистості, що супроводжується не тільки певним ступенем тривожності, але й агресивністю, ригідністю на тлі спроб пожвавити захисні механізми

Психічні зміни в онкологічних хворих умовно розділяють на три групи: а) чисто психогенні, б) змішані психогенно-соматогенні в) переважно соматогенні. Для практики відновлювального лікування найбільше значення мають переважно психогенно обумовлені форми нервово-психічних розладів, тому що вони є головним дезадаптованим фактором у пацієнтів онкологічної

клініки. Психогенні реакції (нозогенії) – психічні розлади, пов’язані зі звісткою про важке захворювання. Думки про невиліковність раку й майбутню смерть не можуть не турбувати людину, яка попала в онкологічний стаціонар.

Т. Мерилова, яка досліджувала групу онкологічних хворих за допомогою психологічних тестів (Айзенк, Тейлор), визначила, що у більшості з них спостерігалися складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання. Надмірно виражені негативні емоції (депресія, тривога, фобії) здатні викликати у таких хворих суїцидальні думки. Виникненню депресії сприяють втрата соціального стану, престижу, відчуття безпорадності і спотворення, безсоння, хронічний больовий синдром, непевність перспектив. У процесі лікування онкологічного захворювання хворого переслідують страждання, страхи: перед хворобою, болем, перед будь-чим новим, перед змінами, страх самотності, страх смерті. Емоційні переживання можуть підсилюватися за рахунок браку любові та розуміння.

Коротко зупинимося на основних типах суїцидальної поведінки, які можуть виникати у людей з тяжкими захворюваннями (у онкохворих зокрема). Суїцидальна поведінка завжди полімотивована.

Типи суїцидальної поведінки: протест, заклик (до жалю), уникнення (щиросердечних або фізичних страждань), самопокарання й відмова від життя (капітуляція).

1. Суїцидальна поведінка за **типом «протесту»** – припускає завдання збитків, помсти кривдникові. Така спроба припускає стеничність, агресію, працюють механізми перемикання з гетероагресії на аутоагресію. Зустрічається частіше в чоловіків молодого віку (від 18 до 30 років), які зловживають алкоголем або страждають органічними захворюваннями ЦНС. Психічний стан визначається як гостра психопатична реакція.

2. Суїцидальна поведінка за **типом «заклику»** – зміст передбачає активацію допомоги ззовні з метою зміни ситуації. Також зустрічається частіше в молодих людей від 18 до 30 років, але переважно у жінок. Суїцид

звичайно відбувається у ввечері, частіше способом самоотруєння. Частіше зустрічається в психопатичних особистостей астено- депресивного кола. 3

3. Суїцидальна поведінка за **типом «уникнення»** – проявляється в ситуаціях погрози покарання, а зміст суїциду полягає в спробах уникнення погрози або при очікуванні психічного або фізичного страждання. Характерний для більше старших вікових груп, суїцид роблять чоловіки й жінки старше 30 років – звичайно інваліди, розведені й вдови, частіше у тверезому стані в утішні часи шляхом самоповішання, самоотруєння. Якщо алкоголь і приймається, то після рішення про суїцид.

4. Суїцидальна поведінка за **типом «самопокарання»** – визначається переживаннями провини реальної, або це патологічне почуття провини. Самопокарання можна позначити як протест у внутрішньому плані особистості при своєрідному розщепленні «Я», де є «Я» підсудний і «Я» суддя. Серед суїцидентів мало інвалідів, переважно жінки з досить високим освітнім і суспільно-соціальним рівнем, одружені.

5. Суїцидальна поведінка за **типом «відмови» від життя** – тут мета й мотиви діяльності повністю збігаються. Мотивом є відмова від існування, а метою є позбавлення себе життя: «Я вмираю, щоб умерти». Цей тип суїциду пов'язаний із втратою особистісного змісту свого існування (наприклад, у зв'язку із втратою значимої близької людини, у зв'язку з важким захворюванням, особливо невиліковним) і неможливістю виконувати колишні, високо значимі ролі. Такий мотив, як відмова, часто характерна для досить зрілих, глибоких особистостей і може виражати не тільки відношення до особисто нестерпної ситуації, але й філософсько-песимістичне відношення до світу в цілому. Такий суїцид частіше роблять чоловіки старше 40 років, у тверезому стані, у ранні ранкові часи. Цей тип суїцидальної поведінки спостерігається також при субдепресіях, циклотімії, шубообразної шизофренії й в осіб із психопатіями астенічного кола.

Онкологічні хворі відмічають не властиву їм раніше швидку стомлюваність, втрату спокою і внутрішньої врівноваженості, труднощі під

час роботи, що вимагає зосередженої уваги і посидючості. Втома й одночасне збудження позбавляють їх чіткості та свіжості думки, що необхідні для продуктивної та цілеспрямованої діяльності.

Всі психічні реакції людини на звістку про важку хворобу можна розділити на певні етапи (за Ф. Василюком). Ці етапи більш чутливо переживають батьки хворих дітей, ніж їхні діти.

Перший етап – заперечення поставленому діагнозу, хвороби. Батьки на цьому етапі відмовляються приймати наявність онкологічної хвороби у їхньої дитини, часто, при цьому, відмовляючись і від необхідного лікування.

Другий етап – етап протесту, гніву. Він є специфічним наслідком питання, яке часто ставлять перед собою батьки: «Чому саме з моєю дитиною це відбулося?» На цій стадії тато чи мама можуть бути дуже агресивними, збудженими, злими. Злість і гнів в такій ситуації досить закономірні, так як завжди виникають на неможливість задовольнити свою потребу, потребу мати здорову дитину. В такі моменти батьки хворої дитини особливо потребують підтримки, емоційного контакту (хоч і схильні демонструвати протилежне).

Третій етап – етап «торгу», або «переговорів». Під час цього етапу відбувається різке звуження так званого «життєвого горизонту» людини. Адже життя зазнало серйозного удару, все нове може лякати, тому за допомогою старих звичних речей батьки дитини, та й дитина сама, можуть підтримувати свою рівновагу, створювати ілюзію, що нічого не сталося, все так як завжди, життя таке саме, як і до постановки страшного діагнозу. В цей час може спостерігатися відмова батьків від різноманітних життєвих подій, чи дій, що приносять задоволення і радість – це своєрідний компроміс, спосіб неначе відкласти вирок долі. В цей час багато хто з батьків шукає різноманітні способи лікування дитини від традиційних до нетрадиційних.

Четвертий етап – етап депресивного стану. В це час у батьків та й дітей можуть бути різкі перепади настрою: то вони плачуть, а то сміються. Вони переживають стани страху та тривоги, провини та відчаю. Також в цей час діти і батьки можуть дещо регресувати у своїй поведінці.

П'ятий етап – прийняття реальної дійсності, прийняття поставленого діагнозу. На цьому етапі часто батьки звертаються до релігії, що дає певний позитивний ефект у прийнятті реальності. Тяжка хвороба часто усамітнює людину, розриває її людські зв'язки, звужує життя. Дитина з онкологічним діагнозом та її батьки попадають в полон хвороби, стають обмежені у свободі дій, у своєму волевиявленні. Вони переживають емоційну напругу, тривогу, відчай, гнів, страх перед майбутнім, неможливість керувати ситуацією, хаос найрізноманітніших почуттів.

Своєчасна психологічна допомога є важливим криком у боротьбі з такою важкою хворобою як онкологія.

3.Бронхіальна астма

Бронхіальна астма – хронічне захворювання, що характеризується періодичними приступами задухи, що виникає внаслідок спазм бронх.

Природа захворювання в основному інфекційно-алергічна. Стан підвищеної чутливості може виникнути під впливом речовин, які з'являються в організмі під час бактерій при інфекційних захворюваннях органів дихання. Алергенами можуть бути квітковий пил, хімічні речовини, ліки, побутовий пил, гриби, ягоди, вовна тварин і таке інше.

Психосоматичні фактори також беруть участь у патогенезі алергічної бронхіальної астми. У хворих бронхіальною астмою невротичні реакції відіграють важливу роль. Емоційні конфлікти часто служать причиною чергового загострення астми. У клінічній практиці зустрічаються хворі, у яких перший приступ виник у результаті стресу. Так, серед факторів, що мають значення в її розвитку, 30 % становлять психологічні, 40 % – інфекційні та 30 % – алергічні.

Бронхіальна астма може виникати в будь-якому віці, але найчастіше вона розвивається в перші десять років життя. Занедужують в 2–3 рази частіше хлопчики, ніж дівчатка. У половині випадків астма виліковується в пубертатному періоді.

При приступі бронхіальної астми різко змінюється механізм дихання, особливо видих, повітря повністю не виходить із легенів. Це приводить з кожним вдихом до збільшення повітря в альвеолах, сдуттю легенів, недонасиченістю крові киснем і недостатнім звільнення її від вуглекислого газу. Хворому не вистачає повітря, виникає страх задихнутися, він блідне, згодом обличчя стає синюшним. Дихання відбувається з великим зусиллям. Під кінець приступу починається відкашлювання мокротиння, що зібралось внаслідок великого виділення слизу в бронхах. Через кілька годин після приступу хворий відчуває себе практично здоровим. Лікування бронхіальної астми спрямовано на попередження приступу (медикаменти, фізична та психологічна реабілітація). При хронічній астмі спостерігається наростаюча тенденція хворих до самоізоляції.

Основна психологічна робота із хворими спрямована на зниження почуття страху у зв'язку з можливістю виникнення приступу, оволодіння методами саморегуляції емоційних станів.

В силу специфічності даного захворювання у хворих спостерігаються деякі патопсихологічні особливості особистості. На думку В. Менделевич, люди, що страждають на бронхіальну астму часто мають істеричні або іпохондричні риси характеру, але вони не здатні при цьому «випустити гнів у повітря», що провокує приступи задухи. Крім того, відзначається така якість астматиків, як надчутливість, особливо до запахів, що пов'язано зі зниженою акуратністю.

Більшості хворим властиві істероїдні риси особистості: демонстративна поведінка, прагнення завойовувати увагу, негайно одержати бажане, прагнення досягти успіху, переоцінка власної особистості, вразливість та бурхлива емоційність. Значно меншій кількості дітей властиві часті депресії, у них легко виникають приступи зниженого настрою.

Таким чином, у внутрішній картині хвороби людини з даними соматичними захворюваннями спостерігаються переважно зміни у особистісній сфері.

Рух за підтримку інтеграційних процесів в освіті має тривалу історію в різних країнах світу

В Італії (Рамковий закон № 142 від 1992 р.) утверджується принцип повної поваги до людей з інвалідністю та необхідність ліквідації ситуацій, які ставлять їх в невідне становище, а також запроваджуються заходи з попередження всіх форм дискримінації: особа з інвалідністю може поступити в будь-яку школу, університет. Спеціалізовані класи та школи для дітей з інвалідністю у країні були скасовані ще у 1970 р. Сьогодні практично всі діти з інвалідністю навчаються в загальноосвітніх закладах, із наданням відповідних структур та ресурсів для підтримки індивідуального викладання.

У Данії біля 50% молодих людей з інвалідністю вступають до вищих навчальних закладів після закінчення школи. Після зарахування до навчального закладу студент подає заяву до керівного органу ВНЗ на компенсацію фінансових витрат на навчання. Навчальний заклад несе відповідальність за своєчасну та адекватну відповідь на запит студента, забезпечуючи йому можливість навчання відповідно до обраної спеціальності.

В Іспанії 1999 р. був змінений закон про доступ до університетів. Нині три відсотки місць в університетах зарезервовані за студентами, в яких рівень інвалідності становить або перевищує 33%, або тих, хто є тотально незрячим або нечуючим.

У Швеції система вищої освіти заснована на принципі рівних прав та обов'язків всіх студентів. Законодавство ґрунтується на антидискримінаційній концепції. Закон є обов'язковим для всіх студентів.

У Канаді було анульовано Закон «Про допоміжні класи», який дозволяв шкільним правлінням відмовляти деяким дітям у прийомі до школи. Діти з особливими потребами мають спеціальні освітні програми, водночас беручи участь і в загальних заняттях, призначених для всіх дітей.

4.8. Проблеми з мовленням. Логопсихологія

Логопсихологія тільки починає формуватися як самостійна галузь наукових знань. Зберігається її тісний зв'язок із лінгвістикою, психолінгвістикою, нейропсихологією, потребують вирішення питання диференціації від логопедії. На сьогодні ведеться пошук методологічних засад роботи з подолання ускладнень, зумовлених мовленнєвими порушеннями на психологічному рівні.

Спираючись на зазначені вище теоретико-методологічні засади щодо проблеми порушеного розвитку, абсолютно правомірно розглядати

логопсихологію як галузь спеціальної психології, оскільки предметом її вивчення є психічний розвиток у несприятливих умовах, тобто розвиток на фоні первинного мовленнєвого дефекту.

Найточнішим на сьогодні вважається таке визначення цієї науки: логопсихологія – це галузь спеціальної психології, в якій вивчається своєрідність психічного розвитку осіб з вадами мовлення первинного походження, а також розробляються принципи і методи психокорекційної роботи з ними.

Основною метою спеціального психологічного супроводу в системі освіти осіб з порушеннями мовлення є виявлення, усунення і попередження дисбалансу між процесами навчання і розвитку цієї категорії та їх потенційними можливостями.

З огляду на визначення логопсихології як самостійної наукової галузі, яка має власний предмет і об'єкт вивчення, вирізняють її основні завдання:

- вивчення закономірностей та особливостей психічного розвитку осіб з порушеннями мовлення різного ступеня тяжкості й різної етіології;
- дослідження специфіки особистісного і соціального розвитку дітей з мовленнєвою патологією;
- вивчення впливу мовленнєвих розладів на психічний розвиток дитини;
- поглиблене дослідження механізмів порушень психічного розвитку в дітей з порушеннями мовленнєвої діяльності;
- розробка психолого-педагогічних технологій ранньої профілактики, діагностики, виявлення й усунення порушень психічного розвитку в дітей з вадами мовлення;
- виявлення шляхів і механізмів компенсації та корекції вторинних відхилень;
- створення адекватних і ефективних корекцій-них програм психологічної роботи з дітьми, що мають порушення мовлення;

- визначення перспектив розвитку дітей з порушеннями мовлення й ефективних засобів їх навчання і виховання;
- аналіз досягнень у теорії та практиці вітчизняної та зарубіжної логопсихології.

Загалом, за останні десятиріччя у логопсихології відбувається розширення її предметної галузі й відповідно кола завдань. Важливою особливістю досліджень психічного розвитку осіб з порушеннями мовлення є їх комплексність – взаємодія та взаємозумовленість результатів педагогічних, логопедичних, психофізіологічних, нейропсихологічних і власне психологічних досліджень.

Теоретичні джерела логопсихології також ґрунтуються на дослідженнях Л. Виготського, в яких розкривається складна структура аномального розвитку дитини, згідно з якою «... дефект будь-якого аналізатора або інтелектуальний дефект не зумовлює ізольованого виключення якоїсь однієї функції, а призводить до низки відхилень...».

Так, первинний дефект, недорозвинення або пошкодження різних ланок мовленнєвої системи за умови браку спеціальних корекційних заходів обов'язково спричинює вторинні і навіть третинні відхилення: недорозвинення усіх структурних компонентів мовлення, обмеженість сенсорних, часових, просторових уявлень; недорозвинення мнестичних процесів; недостатня цілеспрямованість і сконцентрованість уваги; зниження рівня узагальнень; недостатнє вміння планувати власну діяльність, будувати умовиводи, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки тощо. Дані про особливості психічного розвитку, а також недостатній рівень розвитку комунікативних навичок зазначені лише частково. Мовленнєві порушення безперечно призводять до стійкого порушення соціальних зв'язків і адаптивних можливостей.

Під поняттям структури мовленнєвого дефекту розуміють стійку сукупність мовленнєвих і не мовленнєвих симптомів, характерних для конкретного порушення мовлення. У структурі мовленнєвого дефекту

вирізняють первинне, провідне порушення (ядро) і вторинні дефекти, що перебувають у причинно-наслідкових зв'язках із первинним у зв'язку з системною організацією психіки. Різноманітна структура мовленнєвого дефекту відображається у певному співвідношенні первинних і вторинних симптомів та визначає специфіку цілеспрямованого корекційного впливу.

Розрізняють загальні й специфічні закономірності психічного розвитку дітей з порушеннями мовлення:

У процесі перетворення звичайної школи в «школу для всіх» доцільно було б скористатися кількома важливими рекомендаціями, що сформувалися в ході практичної діяльності.

Оцінка фізичної доступності будівель. Проведіть повну оцінку будівель школи і прилеглої території. Залучайте до цього процесу самих учнів. Складіть список необхідних робіт для забезпечення фізичної доступності і визначіться з майбутніми витратами. Якщо ви до кінця не упевнені, що потрібно зробити для забезпечення повної фізичної доступності школи, зверніться до професіоналів або людей з інвалідністю.

Оцінка доступності освітнього середовища. Проведіть аналіз інформації, програмного і технічного забезпечення, що використовується в освітньому процесі, і потенційно викликає труднощі у окремих дітей. Постійно будьте в курсі нових адаптивних технологій, застосованих в освітніх процесах (шрифт Брайля, мова жестів і відповідні матеріали, сенсорні екрани, ноутбуки і тощо). Зберігайте всю письмову інформацію в комп'ютері, щоб у будь-який момент можна було надати її в альтернативних форматах.

Включіть питання розуміння інвалідності в освітні програми. Плануючи освітні програми для школи, проаналізуйте, як проблема інвалідності, особливих потреб відображена в них. Використовуйте недискримінаційні ресурси і книги. Прагніть дотримуватися соціального підходу до питань інвалідності, особливих потреб. Наприклад, попросіть усіх дітей написати своє ім'я шрифтом Брайля. Використовуйте властиву дітям доброту і чесність, щоб уникнути подальшої дискримінації.

Використання позитивних образів людей з інвалідністю. Переконайтеся в тому, що для всіх учнів доступна інформація і позитивні приклади про дітей і дорослих з інвалідністю, особливими потребами. Запросіть людей з інвалідністю розповісти дітям про себе і про своє життя.

Внесіть різноманітність до освітніх програм. Використовуйте різноманітні підходи і методи плануючи навчальну діяльність. Створіть єдиний банк ідей і методів, працюючи разом зі своїми колегами. Зв'яжіться з іншими школами і організаціями для обміну підходами, ідеями і методичними матеріалами. Наймогутніший освітній ресурс в будь-якій школі – це її учні.

Використовуйте роботу в групах і парах, залучаючи до них дітей різного віку і різних здібностей.

Проведіть оцінку школи на предмет їх інклюзивності.
Переконайтеся в тому, що оцінка кожного учня проводиться відповідно до його попередніх досягнень; що процеси оцінки доброзичливі стосовно всіх учнів і не заважають практиці інклюзії.

Забезпечте доступність спілкування школи з батьками дітей.
Врахуйте, що не всі люди спілкуються однаково, усно або письмово. Проведіть оцінку комунікаційних потреб і можливостей усередині школи і надайте учням і батькам інформацію у відповідному форматі (наприклад, шрифтом Брайля, великим шрифтом, на аудіо або відеокasetі, на мові жестів, в електронній формі тощо.).

Постійно пам'ятаєте, що ваша школа надає послуги не тільки учням, але і їхнім батькам та опікунам.

1. Загальні закономірності характерні як для дітей, які розвиваються нормально, так і для дітей з порушеннями в розвитку. Сутність цих закономірностей полягає в поетапності розвитку, нерівномірності психічного розвитку, наявності сензитивних періодів, взаємозумовленості біологічного і соціального, ієрархічності формування психічних функцій, систематичності в розвитку особистості.

2. До специфічних закономірностей розвитку в умовах дизонтогенезу, що властиві для груп дітей з мовленнєвими розладами, належать:

- порушення приймання, переробки, збереження і використання інформації;
- порушення мовленнєвого опосередкування;
- більш подовжені терміни формування уявлень і понять про навколишній світ;
- ризик виникнення станів соціально-психологічної дезадаптації;
- специфічність формування психологічної системи (суб'єктивна невдоволеність, порушення самооцінки, неадаптивність до фрустрацій, зменшення резистентності до стресу, недостатня соціальна адаптація тощо);
- залежність компенсаторних можливостей від часу впливу та якості корекційної роботи.

Структура дефекту при мовленнєвих розладах включає в себе специфічні відхилення у психічному розвитку. Одним із важливих практичних завдань логопсихології є виявлення особливостей психічного розвитку дітей з вадами мовлення та їх диференціальна діагностика.

Стратегії на підтримку інклюзивної освіти

Запровадження інклюзивної освіти не завжди знаходить розуміння і підтримку. Тому для її розвитку потрібно залучати не лише фахівців у галузі освіти, але й організації громадянського суспільства, родини й громади, професійні асоціації, спеціалістів із підготовки викладачів і надання послуг.

На початковому етапі потрібно мобілізувати зусилля громадськості на підтримку інклюзії й розпочати процес досягнення консенсусу. У зв'язку з цим можливі наступні стратегії:

Групам проведення інформаційної діяльності треба надати легітимність і підтримку шляхом виділення бюджетних асигнувань та необхідних повноважень від органів виконавчої влади для виконання ряду завдань, зокрема таких як проведення досліджень наукових досліджень, організації конференції, семінарів, пошуку резервів для впровадження і розвитку інклюзивної освіти та інших.

Залучити до процесу ухвалення рішень і заохочувати до проведення своїх власних рекламно-пропагандистських заходів професійні організації, які хоча і дотримуються різних поглядів, та все ж відіграють важливу роль у процесі досягнення консенсусу.

Груп з надання медичних і соціальних послуг та адміністративних груп, які відіграють роль у наданні інклюзивних послуг. Розмаїття поглядів сприятиме проведенню ділових дебатів.

Важливу роль у формуванні громадської думки щодо інклюзивної освіти, аналізу і пропаганді проблеми добору необхідної думки і наукової інформації, систематичних даних з метою в мотивації реформи віднаходження рішень на місцевому рівні можуть відігравати наукові співробітники й аспіранти.

До головних осіб, які формують громадську думку щодо інклюзивної освіти, належать викладачі, наукові працівники і керівники громадських організацій. Зусилля громадськості можна мобілізувати шляхом налагодження партнерських відносин і створення мереж з іншими установами.

Важливе значення для розвіювання міфу про винятковість спеціальної освіти, яка часто асоціюється з освітою осіб з особливими потреби може мати діалог між спеціалізованими організаціями й звичайними школами.

Органи освіти й постачальники послуг на місцевому рівні, ймовірно, є ключовими гравцями. У деяких випадках ініціативи щодо інклюзії в освіті починаються на цьому рівні. І завдання директивних органів та адміністрацій полягає у наданні підтримки цим ініціативам та сприянні їх поширенню.

Запровадження інклюзивних принципів і методів у процес професійної підготовки не приведе до швидких змін – але створить ключову групу фахівців, орієнтованих на розвиток інклюзивної освіти фахівці з підготовки викладачів відіграють вирішальну роль.

Можна визначити й увести в дію канали зв'язку. Головним каналом зв'язку є засоби масової інформації. І тому можливо, знадобиться стратегія управління ЗМІ. До інших каналів належать: фахові журнали, відеоматеріали й спеціально організовані конференції та заходи з поширення інформації.

Запитання до розділу

1. Що таке онтогенез? Які є його види.
2. Назвіть основні стадії індивідуального розвитку.
3. Параметри дизонтогенезу. Типи аномального розвитку.
4. Види дизонтогенезу за В. Лебединським.
5. Що таке інклюзія?
6. Які основні принципи інклюзивної освіти Ви можете назвати?
7. Стадії когнітивного розвитку за Ж. Піаже.
8. Характеристики діагнозу затримка психічного розвитку.
9. Які особливості розвитку дітей з діагнозом аутизм?
10. Види та форми ДЦП. Їх характеристика.
11. Особливості розвитку людей з порушенням інтелекту.
12. Особливості розвитку людей з порушенням слуху.
13. Особливості розвитку людей з порушенням зору.
14. Особливості розвитку людей з порушенням роботи внутрішніх органів.
15. Особливості розвитку людей з порушенням мовлення. Які завдання логопсихології?

Розділ 5. Терапевтичні та корекційні підходи до людей з інвалідністю

5.1. Теоретичні підходи

Серед методів в сучасній практиці *дитячого психоаналізу* успішно використовуються такі, як ігрова терапія (директивна та недирективна), арттерапія, аналіз сновидінь. Також особливе значення для психологічної корекції дітей з проблемами в розвитку мають дослідження А. Адлера. Акцентуючи увагу на позитивній природі людини, Адлер підкреслював, що кожна особистість в ранньому дитинстві формує унікальний стиль життя та творить свою долю. Поведінка людини мотивується прагненням до досягнення цілей та соціальним інтересом. В своїх роботах Адлер відобразив якісні особливості дитини з фізичним дефектом та високі компенсаторні можливості. Адлер писав: «Різні органи та функції людського організму розвиваються нерівномірно. Людина або починає берегти свій слабкий орган, посилюючи інші органи та функції, або ж наполегливо намагається розвинути його. Іноді, ці зусилля настільки значні та довготривалі, що компенсуючий орган або і сам слабкий орган стають значно сильнішими, ніж в нормі. В подальших своїх дослідженнях він робить важливий висновок, про те що уявлення про недостатність у людини переходить з біологічної площини в психологічну. І неважливо чи є в людини якась фізична недостатність. Важливо, що сама людина думає з цього приводу, чи є у неї відчуття, що їй чогось бракує. І, що найцікавіше, це відчуття недостатності буде не в чомусь конкретно, а у всьому. Ця думка Адлера, є ключовою в теорії компенсації дефекту та його корекції.

Л. Виготський стверджував, що рушійною силою розвитку дитини є соціальна оцінка особистістю свого дефекту, її соціальна позиція, ставлення до свого дефекту.

Якщо говорити в контексті сім'ї, в яких виховуються діти з порушеннями, то види допомоги, в першу чергу призначені для встановлення здорових сімейних взаємин. Для цього пропонується індивідуальне, подружнє та групове консультування. Терапевтичні підходи включають в себе всі види втручань, направлені на зміни сім'ї. Хоча важливо пам'ятати, що не всі сім'ї мають потребу в змінах. Якщо сім'я не бажає терапевтичного втручання і не потребує його, то не варто його застосовувати, оскільки це може лише зашкодити.

Тут існують вимоги до фахівця, який може ефективно допомагати людям:

1. Знання. Щоб працювати ефективно, практикуючий спеціаліст повинен бути особисто зацікавлений в отриманні спеціальних професійних знань з тем, які його цікавлять. Спеціалісти, які працюють з сім'ями, повинні мати елементарні знання сімейної динаміки, питань, що пов'язані з порушеннями розвитку, про те, як ці порушення можуть впливати на сім'ю.

2. Ставлення до людей. Ефективний спеціаліст бачить в людях, в першу чергу їх сильні сторони, а не слабкі. Переваги, достоїнства, а не недоліки. Внутрішні, а не зовнішні мотивації та ресурси, а не проблеми.

3. Самосприйняття. Ефективний спеціаліст впевнений у своїй професійній адекватності, легко ототожнює себе з іншими, відчуває себе цінним та достойним довіри.

4. Цілі роботи. Успішний спеціаліст не підкорює, а звільнює, вирішує не поодинокі, а глобальні проблеми, він відвертий з клієнтами, приймає їх проблеми близько до серця, в своїх стосунках з сім'єю орієнтований на процес надання допомоги.

5. Підходи до роботи. Ефективний спеціаліст більше орієнтований на людей, ніж на речі, і більше схильний підходити до своїх клієнтів суб'єктивно, або феноменологічно, ніж об'єктивно, або фактологічно.

Такі дослідники, як Carkhuff&Berenson називають наступні характеристики ефективного спеціаліста в галузі допомоги сім'ям:

1. Позитивне ставлення. Ефективний спеціаліст повинен приймати своїх клієнтів, бачити в них цінних і заслуговуючих на повагу індивідів, незалежно від того, хто вони такі, що вони говорять та роблять.

2. Емпатія. Спеціаліст повинен вміти відчувати та розуміти проблеми своїх клієнтів з їх точки зору.

3. Конкретність. На запити клієнтів спеціаліст повинен відповідати одразу, чітко та по суті.

4. Тепло у спілкуванні. Спеціаліст повинен вербально та невербально проявляти турботу про своїх клієнтів. Поняття «теплота у спілкуванні» часто згадується у спеціалізованій літературі, однак немає чіткого визначення та опису, хоча, як правило, на практиці легко визначити, хто поводить себе «тепло», а хто – холодно та з байдужістю.

Ще однією важливою характеристикою професіонала, який допомагає сім'ям є здатність до рефлексії. Важливо розуміти власне ставлення до людей з особливими потребами, а також до їх сімей.

Тому, щоб уникнути напруги у стосунках між сім'єю та спеціалістами, фахівці повинні: 1) чітко розуміти структуру сімейної системи та особливості динаміки сім'ї, де є дитина з порушеннями; 2) володіти навиками міжособистісних стосунків і 3) постійно поглиблювати свої знання та розширювати свій досвід по спілкуванню, взаємодії та спільній роботі з сім'ями особливих дітей.

В *поведінковому напрямку* в психологічній корекції основні поняття полягають в тому, що проблеми у людини виникають в результаті поганого навчання, і навчити дитину нормально себе поводити можна через підкріплення та імітацію. Основною ціллю психологічної корекції в рамках поведінкового підходу є вироблення у дитини нової адаптивної поведінки або подолання дезадаптивної поведінки. Це досягається з допомогою гальмування та ліквідації старих форм поведінки і навчанням дитини новим формам поведінки з використанням прийомів самоконтролю та саморегуляції.

Недоліком даного підходу є орієнтація не на причини, а на специфіку самої поведінки.

Ефективним також у роботі з дітьми та підлітками з проблемами розвитку є психокорекційні прийоми та технології, які були розроблені представниками когнітивно-аналітичного напрямку (Ж. Піаже, Л. Виготський). В процесі когнітивної психокорекції основна увага приділяється пізнавальним структурам психіки дитини, і акцент робиться на особливостях її особистості. Основне завдання – це створення моделі психологічної проблеми, яка була б доступна для розуміння підлітка, а також навчіння його новим способам мислення, зміни сприйняття себе та оточуючої дійсності. В рамках цього підходу виділяють два напрямки: когнітивно-аналітичний та когнітивно-поведінковий. Процес психокорекції проходить в декілька етапів.

Діагностичний етап включає в себе знайомство психолога з проблемами підлітка з допомогою клініко-біографічного аналізу і спільне з підлітком формулювання його проблем. Після ретельного аналізу психолог складає список проблем підлітка і демонструє йому їх в усній або письмовій формі. Також використовуються результати психологічного дослідження з допомогою різних методик (Кетелл, Розенцвейг тощо) і пропонується підлітку спільно з психологом розглянути профіль його особистості. Після спільного аналізу уточнюються проблеми у підлітка. Після чого психолог уточнює та обговорює з підлітком план психологічної корекції. Цей етап може тривати від 3 до 7 зустрічей.

В процесі корекційного етапу психолог навчає підлітка розпізнавати неадаптивні форми своєї поведінки з допомогою самоспостереження, ведення щоденника. В ході бесід психолог надає емоційну допомогу та підтримку. Позиція психолога в процесі когнітивної психокорекції достатньо директивна, так як він виступає в ролі наставника та учителя. Однак, психолог не повинен прямо вказувати підлітку на те, що його переконання ірраціональні або поведінка неправильна, і що поводити себе слід тільки так, як скаже психолог.

Ціллю когнітивної психокорекції є навчання підлітка вмінням самостійно вирішувати, модифікувати або зберігати свої переконання, попередньо усвідомивши їх емоційні та поведінкові наслідки.

На оціночному етапі психолог разом з підлітком обговорюють нові форми поведінки, пропрацьовують її більш складні елементи.

В основі когнітивного підходу до психологічної корекції лежить припущення, що життєві проблеми у людини виникають через неправильні переконання. В зв'язку з цим психокорекційні технології в рамках даного підходу спрямовані на розуміння клієнтом своїх проблем та зміна поведінки на основі раціональних передумов.

Особливе значення в психологічній корекції дітей та підлітків з проблемами має *клієнт-цетрований підхід* (К. Роджерс). В даному підході акцентується позитивна природа людини, а саме, властиве їй вроджене прагнення до самореалізації. На думку К. Роджерса, проблеми у людини виникають при витісненні певних почуттів з поля свідомості та викривленні власного досвіду. Основу психічного здоров'я за К. Роджерсом складають гармонійна структура Я-концепції, відповідність ідеального Я реальному Я, а також прагнення особистості до самопізнання та самореалізації. В процесі психокорекційних впливів перед психологом стоїть завдання забрати емоційні блоки або перешкоди на шляху самореалізації та самоактуалізації. Ціль психологічної корекції – вироблення у клієнта більшої самоповаги, яка сприятиме його особистісному зростанню.

Головним професійним завданням психолога є створення відповідного психологічного клімату, в якому клієнт міг би відмовитись від захисних механізмів. Це можна досягнути, дотримуючись наступних умов:

1. **Конгруентність** (співпадіння) у стосунках з клієнтом. Це означає необхідність правильного усвідомлення психологом свого власного досвіду. Якщо психолог переживає тривогу або дискомфорт, і не усвідомлює цього, то він не буде конгруентним зі своїм клієнтом і корекція буде неповноцінною. При безпосередньому спілкуванні з клієнтом, психолог повинен бути самим

собою, з усіма своїми переживаннями даного моменту, але правильно усвідомленим та інтегрованим.

2. Позитивна оцінка клієнта – це безумовне прийняття та повага до клієнта, коли він відчуває себе як самодостатня, значима особистість, може говорити, що хоче, не боячись осуду.

3. Емпатичне сприйняття клієнта, коли психолог прагне побачити світ очима клієнта, відчути біль або задоволення, так як це відчуває клієнт.

Основний компонент психокорекційного впливу повинен бути спрямований на емоційні компоненти особистості, а не на інтелектуальні (судження, оцінки). Важлива увага приділяється самостійності та ініціативності клієнта. Клієнт прагне до саморозвитку, сам визначає ті зміни, які йому необхідні, і сам їх реалізовує.

Психокорекційні технології по К.Роджерсу повинні бути спрямовані на встановлення конгруентності з клієнтом, вербалізацію та відображення емоцій. Дана концепція знайшла широке застосування в роботі з підлітками з порушенням поведінки і з батьками дітей-інвалідів.

В Угорщині Акт про освіту від 2002 р. затверджує рівні права для студентів з особливими потребами, які навчаються у вищих навчальних закладах.

У Польщі спеціалізована освіта є невід'ємною частиною системи освіти країни. Таке положення зафіксовано в Акті про шкільну освіту від 1991 р. Конвенція ООН про права інвалідів, яка декларує принцип важливості, безперервності освіти осіб з інвалідністю, визнає заохочення дітей з інвалідністю здобувати освіту на всіх рівнях і є пріоритетним напрямком соціальної політики.

Підхід до освіти, який пропонується Конвенцією, ґрунтується на тому, що інклюзивна освіта не лише забезпечує найкраще середовище для навчання, включаючи осіб з розумовими вадами, але й допомагає усунути бар'єри та зруйнувати деякі стереотипи їхньої поведінки на користь успішної адаптації у суспільному житті. Така концепція сприяє створенню суспільства, яке готове прийняти людей з інвалідністю замість того, щоб сторонитися їх.

Зрозуміло, що зміни в одній сфері життєдіяльності суспільства призводять до змін в іншій. Наприклад, якщо освітньою політикою передбачено, що діти з особливими потребами мають навчатися в своїх місцевих школах, то втілення цієї політики вимагає забезпечення

доступності для них шкільних приміщень і жилих будівель, транспортних засобів, змоги користуватися послугами закладів спорту і відпочинку, інформаційними технологіями. Види діяльності мають бути відкритими (інклюзивними) і сприяти участі в них всіх дітей. Необхідно також надавати підтримку родинам у догляді за їхніми дітьми з особливими потребами.

Тому важливо, щоб політика в сфері освіти осіб з інвалідністю розроблялася на засадах партнерства.

5.2. Метод сенсорної інтеграції

Метод сенсорної інтеграції – це взаємодія всіх органів чуття. Вона починається дуже рано, уже в лоні матері. Взаємодія всіх органів чуття вбачає упорядкування відчуттів та подразників таким чином, щоб людина могла адекватно реагувати на певні стимули та діяти відповідно до ситуації.

Американська дослідниця і терапевт Джин Айрес ще в 1979 році написала книгу «Дитина та сенсорна інтеграція», яка була призначена для батьків, які мають дітей з порушенням сприймання. Айрес проводила дослідження раннього розвитку нервової системи дитини в утробі матері. Вона виходила з того, що в цей період починають працювати три системи сприйняття відчуттів. Ці три системи вона назвала основними, або базовими відчуттями. Разом вони утворюють основу для складної взаємодії всіх органів чуття. Це: вестибулярна система=система підтримки рівноваги; тактильна система=система шкірної чутливості=екстероцепція; та пропріоцептивна система=система кінестетичного сприйняття (м'язово-суглобове відчуття)=сприйняття власної пози та рухів.

Слух, нюх, зір – це ті види чутливості, за допомогою яких сприймаються ті предмети та явища, що знаходяться на відстані від тіла, починають працювати на більш пізніх стадіях розвитку.

Такий розподіл видів чуттів часто створює вигляд, що вони працюють окремо один від одного, і при певних дефіцитах їх можна стимулювати ізолювано. Та насправді, сприйняття різних відчуттів так тісно переплетені, що всі системи, і відчуття, які йдуть від власного тіла, й впливи зовнішнього

середовища на тіло, завжди працюють одночасно. В терапії важливо цілеспрямовано стимулювати окремі системи сприйняття чуттів таким чином, щоб на долю інших приходилось як можна менше роботи. порушення трьох базових відчуттів проявляються як підвищена або понижена чутливість при сприйнятті подразників та їх усвідомленні, а також в реакції, тобто відповіді на відповідний стимул. Норма знаходиться між полярними варіантами, і визначити її дуже не легко. В межах норми бувають природні відхилення, наприклад наша чутливість до різних подразників відрізняється зранку та по вечорах.

Метою терапії сенсорної інтеграції (СІ) є посилення, балансування і розвиток обробки сенсорних стимулів центральною нервовою системою.

Симптоми порушення сенсорної інтеграції:

- надмірна або недостатня чутливість до тактильних, зорових, слухових стимулів, а також руху, наприклад, уникнення торкання деяких фактур (пісок, каша);
- уникнення занять з пластиліном, малювання пальцями;
- проблеми з маніпулюванням, використанням столових приборів, ножиць;
- неправильне захоплення олівця;
- надчутливість до звуків, до світла;
- труднощі у навчанні письма і читання;
- проблеми з навчанням їзди на велосипеді;
- уникнення катання на гойдалках, каруселях або надмірне захоплення цими іграми;
- утруднення при переписуванні з дошки, пропускання букв, складів;
- труднощі в розрізненні правого та лівого боків, особливо, коли у дитини немає часу, щоб задуматися;
- низький поріг чутливості до близькості іншої особи;

Найбільшу ефективність методика дає в корекції дітей з синдромом Дауна, затримкою психічного розвитку, ДЦП, аутизмом. Дитина поступово

вчиться інтерпретувати сенсорні відгуки і адаптуватися на нових і нових, більш досконалих рівнях. Окрім цього, метод є надзвичайно корисним дітям з нормальним розвитком для покращення уваги та концентрації, грубої та дрібної моторики, зорових і слухових здібностей, самосвідомості та самооцінки.

Комплекс вправ з сенсорної інтеграції створюється на основі сенсорної діагностики індивідуально для кожного пацієнта. Методи сенсорної інтеграції можуть і навіть повинні включатися як складові частини в заняття за будь-якими іншими методиками. Недооцінити значення стимуляції сенсорного сприйняття світу неможливо. Через розвиток сенсорики ми даємо дитині механізм пізнання світу.

Зазвичай сенсорні кімнати містять багато різноманітних предметів, речей і технічних засобів (звукових і світлових).

Сенсорні коробки – це спеціальні контейнери, наповнені різноманітними тактильними матеріалами, які дитина може досліджувати руками: гудзики, бобові, пісок, різноманітні макарони, камінці, мильний розчин і т.д. Такі коробки допомагають розвивати дрібну моторику, уяву, концентрацію, підвищують тактильне сприйняття, стимулюють пізнавальні психічні процеси та мовлення.

Сухий басейн – наповнений кульками басейн покращує психоемоційний стан дитини, дозволяє задовольнити потребу у постійному русі, розвиває дрібну моторику, тактильну і візуальну чутливість. Під час перебування у басейні дитина відчуває масажний ефект, що позитивно впливає на загальну моторику і м'язову систему.

Сенсорні доріжки – це спеціальні доріжки, поверхня яких вкрита різним за твердістю та формою матеріалом (каміння, галька, гудзики, невеличкі кільця, дрібні кульки та т.д.), які використовуються для масажу стоп і впливають на їх біологічно активні точки. Доріжки сприяють отриманню різноманітних тактильних відчуттів, активують та розслабляють нервову систему дитини, запобігають виникненню та розвитку порушень опорно-

рухового апарату; Сенсорні тренажери (гамаки, гойдалки, тарілочки) – незамінний інструмент під час занять в сенсорній кімнаті. Ці засоби вестибулярної стимуляції сприяють розвитку реакції рівноваги, моторного планування, зорово-моторної та білатеральної координації, тренують м'язи та правильну поставу. Вони є дієвим методом профілактики порушення опорно-рухового апарату й укріплення суглобів. Повільне і рівномірне розгойдування сприяє активізації великої кількості вестибулярних рецепторів і врівноважує емоційний стан дитини.

5.3. АВА-терапія та Денверівська модель раннього втручання

АВА-терапія. Діти досліджують цей світ інтуїтивно. Базові навички вони отримують без втручання дорослих, лише спостерігаючи за навколишнім світом. Але діти з розладами аутистичного спектра потребують особливого середовища.

АВА-терапія (Applied Behavioral Analysis) – один з методів корекції дефіциту розвитку. Терапія полягає в аналізі поведінки дитини: на бажаних поведінкових реакціях вона фокусується, а небажані мінімізує. Сучасні фахівці допомагають дітям з розладами аутичного спектра стати більш самостійними: одягатися, доглядати за собою, користуватися побутом.

Головне, на що спрямований метод поведінкової корекції дитячого аутизму або метод АВА – благополуччя дитини. Незважаючи на відхилення в розвитку, дитина повинна адаптуватися до життя в суспільстві якомога ефективніше.

Це терапія, побудована на принципах біхевіоризму. В її основі – позитивне підкріплення «правильної» поведінки. Правильна – це не та, яка влаштовує батьків, а та, яка допомагає дитині адекватно реагувати на стимули навколишнього світу, зокрема спілкуватися з іншими людьми.

Найчастіше АВА-терапія допомагає дітям з розладами аутистичного спектра, але підійде й дітям без діагнозу, але з проблемами в поведінці. Роберт

Шрамм, теоретик і практик АВА-терапії, порівнює труднощі дитини з аутизмом з піщаною стіною, побудованою навколо нього. Щоб вибратися в світ, потрібно подолати стіну. Щоб допомогти дитині, потрібно підтримувати кожен його «перехід» через стіну. Поступово підкріпленням стане сам досвід спілкування з реальним світом – дитина почне підтримувати сама себе.

Спеціаліст з АВА-терапії не лише працює з дитиною, він навчає і батьків. Саме батьки повинні зрозуміти основні принципи терапії. Наприклад, те, що у кожної поведінки є своя мета і свої передумови.

Передумова – це те, що запускає поведінку. Це може бути слово, наприклад, погано сформульоване прохання. Або ж інший подразник, навіть світло чи звук. Передумова запускає поведінку. Дитина чує прохання і реагує неадекватно – наприклад, б'є тарілки. В результаті, він отримує увагу батька – батько незадоволений і лає дитину. АВА-терапія допомагає навіть дорослим людям при реабілітації після черепно-мозкових травм. Але найкраще вона працює з дітьми від трьох до п'яти років. У цьому віці мозок і психіка досить пластичні, щоб адекватна поведінка формувалася без особливих труднощів.

Однак в АВА-терапії існують програми раннього втручання, наприклад, Денверська модель. Цей підхід допомагає працювати з дітьми від 1-го року до 3-х років в дитячому садку та вдома. З його допомогою коригують не лише поведінку, але і мовні затримки. Денверська модель будується на тих же принципах, що й АВА-терапія, але в ній застосовують більше ігрових і невербальних технік.

Терапевт допомагає побачити в поведінці справжню мету – увагу батьків. Зрозумівши мету, батьки повинні підкріплювати адекватні способи її досягнення – дитина спокійно вечеряє й, за вечерею, отримує увагу від батька й матері. А неадекватні не підкріплювати – тобто не реагувати, якщо дитина б'є тарілку, і вже точно не лаяти її.

В АВА-терапевта немає готових рішень – всі техніки й прийоми «налаштовуються» під конкретного клієнта. Тому спочатку терапевт зустрічається з батьками і дитиною, проводить оцінку їх взаємовідношень та

поведінки дитини. Швидше за все терапевт відвідає будинок і дитячий сад, щоб побачити типові умови навчання дитини, поспостерігати за нею в безпечній для дитини обстановці.

На основі спостережень та оцінки, терапевт складе план навчання. У плані обов'язково повинні бути вказані цілі – через кілька місяців стане зрозуміло, чи виходить щось у терапевта, дитини і батьків. У плані точно будуть рекомендації для батьків та вчителів, які працюють з дитиною, – буде сказано, як можна і як не можна підкріплювати його поведінку.

Також терапевт проведе тренінг для батьків. На ньому він не тільки розповість про адекватні способи підкріплення, але й допоможе їх закріпити на практиці. Також терапевт навчить батьків технікам, які допомагають «видихнути» й взяти свої емоції під контроль.

Через кілька місяців терапевт буде оцінювати просування дитини по освітньому маршруту. Для цього він спостерігатиме за дитиною, оцінюватиме терапевтичні стратегії, коригуватиме їх, додатково працюватиме з батьками.

Сфери, в яких застосовується АВА:

- лікування та реабілітація дітей з аутизмом та іншими розладами розвитку;
- розробка навчальних технологій (наприклад, у сфері освітніх послуг для «звичайних» дітей; розвиваючі ігри на айпаді: коли дитина складає пазл на планшеті, вона миттєво отримує заохочення – салют і слово Молодець на екрані);
- організаційний менеджмент (за допомогою АВА можна управляти поведінкою співробітників, начальника, партнерів тощо. Якщо вони працюють правильно, знаходимо саме ту мотивацію, яка цінна, наприклад похвала й тим самим заохочуємо працівників, і тоді ймовірність, що правильна поведінка зросте, значно підвищується);
- корекція поведінкових і психічних розладів;
- пропаганда здорового способу життя.

- запобігання глобального потепління (спонукають людей не смітити, дотримуватися еко-харчування, сортувати сміття, економити воду й газ тощо).

Фахівець, що працює в рамках прикладного аналізу поведінки, може називати себе поведінковий спеціаліст, поведінковий аналітик або АВА-терапевт. Кожен фахівець з прикладного аналізу поведінки працює під керівництвом куратора поведінкових програм та супервізора рівня ВСВА, спеціалістів, що пройшли сертифікацію в міжнародній Сертифікаційній комісії поведінкового аналізу (Behavior Analysis Certification Board, BACB).

Що ж робить поведінковий аналітик?

- грамотне спостереження за поведінкою;
- оперативне визначення характеру поведінки (яке чітко й об'єктивно описує поведінку. Наприклад, ІСТЕРИКА - дитина, видає крик що супроводжується ударами руками по голові, скреготом зубів і падінням на підлогу);
- він вимірює поведінку, наприклад, частоту або тривалість, щоб об'єктивно стежити за прогресом під час корекції;
- визначення функції поведінки та функціональний аналіз, який надалі допомагає вибрати правильну стратегію в послабленні негативної поведінки й формування альтернативної соціально прийнятної поведінки;
- тестування для оцінки початкових навичок дитини (щоб дізнатися загальну картину: які навички сформовані й над якими потрібно працювати);
- вивчення всієї інформації про дитину та взяття до уваги її специфічних характеристик (чи є ще розлади, такі як: епілепсія, порушення моторних рухів, алергія, потрібно знати дані про сім'ю, є брат чи сестра, дитина весь день знаходиться в навчальному закладі або вдома з мамою тощо) – від цього буде залежати розробка програми корекції та підбір методів.

На підставі зібраних даних поведінковий аналітик:

- обирає функціональні цілі для навчання (наприклад, якщо батьки приводять дитину близько 7 років і кажуть, що їй через 2 місяці іти до школи і їй потрібно навчити писати й рахувати. Але при цьому дитина самостійно не

ходить в туалет, не може сидіти за партою, не говорить і не може попросити щось іншим альтернативним способом, то АВА – терапевт спочатку навчить її більш функціональним навичкам і лише потім читанню й письму);

- розробляє програму для навчання функціональним навичкам (програма – це чіткий перелік цілей; алгоритм навчання як цієї мети досягти; наочні матеріали, які необхідні для занять; виставляється критерій успішності: для того, щоб зробити висновок, що поставлена мета досягнута);

- розробляє план корекції небажаної поведінки (чітко описується алгоритм дій з тією або іншою небажаною поведінкою, те, як сформулювати потрібну альтернативну поведінку);

- систематично збирає дані (збір даних відбувається на постійній основі, у формат уроку, в повсякденному житті, використовуються відеоматеріали. Все це робиться для того, щоб оперативно зрозуміти, де потрібно підкорегувати план дій, наскільки швидко дитина засвоює програму, у чому виникають труднощі);

- обробляє інформацію й робить висновки щодо найбільш ефективних і дієвих стратегій та форм роботи для досягнення кінцевих цілей; своєчасно коригує навчальний план.

Поведінковий аналітик працює не тільки з поведінкою дитини, а й коригує те, що роблять інші люди й змінює власну поведінку

Отож прикладний аналіз поведінки (АВА) – дозволяє коригувати не тільки існуючу поведінку, але й також формувати нову поведінку.

Очевидним є той факт, що корекція для дітей із затримкою психічного та мовного розвитку, поведінковими проблемами є дуже важливою. У спеціально організованих умовах навчання й виховання в дітей із аутизмом позитивна динаміка в засвоєнні умінь і навичок безсумнівна, але у них, все таки, зберігається низька здатність до навчання. Тому головне завдання спеціалістів – психологів, корекційних педагогів, АВА-терапевтів, вихователів, вчителів, батьків та й простих пересічних громадян – дошкільному світі та під час навчання у загальноосвітніх навчальних закладах

– прищепити такій дитині вміння до соціальної адаптації у навколишньому середовищі та вміння приймати в житті суспільства найбільш повноцінну участь. Методика АВА –терапії допомагає модифікувати поведінку дитини, набуті їй певних знань, умінь та навичок, соціалізуватися.

Позитивне оцінювання (appreciative inquiry) – це методика, яка розроблена в середині 90-х рр. Д. Куперрайдером. Дану методiku можна застосовувати для досягнення змін і розвитку в численних галузях, зокрема, в освіті, плануванні на рівні міністерств, організацій, компаній тощо. В основі методики лежить «правило 4 D» - англ. Discovery (відкриття), Dream (мрія), Design (дизайн), Destiny (доля).

Методика «позитивного оцінювання» ґрунтується на чотирьох етапах і характерних для них видів діяльності. В основі методики завжди лежить вибір «позитивної» теми, що дає початок усьому циклу «позитивного оцінювання». Щоб сформувавши позитивну тему, спробуємо перетворити «проблему» на «можливості». Наприклад, проблема: Багато дітей з інвалідністю перебувають у спеціальних інтернатних закладах і відірвані від своїх родин. Можливість: Ми можемо створити умови для того, щоб діти з інвалідністю проживали в сім'ях.

Отже, методика «позитивного оцінювання» ситуації визнає існуючі проблеми, але пропонує інший позитивний підхід до їх розв'язання на всіх чотирьох її етапах.

1. Так на етапі «Відкриття» виявляються ті цінності та ресурси, які можуть стати основою для подальшого розвитку. Розповідаючи реальні історії та збираючи позитивні факти про ситуацію, ми розпізнаємо прихований потенціал і починаємо вірити в успіх.

2. На етапі «Мрія» ставиться запитання «Що буде, якщо ми повністю реалізуємо свій потенціал?». Збираючи історії та творчо підходячи до процесу, ми формуємо загальне бачення всіма учасниками результатів нашого розвитку.

3. На етапі «Дизайн» ми запитуємо себе «Як буде виглядати та організація/інституція, яка зможе легко розвинути наш потенціал та реалізувати нашу мрію?». Ми повинні створити реалістичний образ системи, яка зможе реалізувати нашу «велику ідею».

4. На останньому етапі «Доля» ми формуємо програму дій по втіленню нашого спільного бачення проблеми, ситуації в життя. Ми запитуємо себе «Які 20% дій принесуть 80% результатів?». Вивчаємо це питання та починаємо реалізовувати заплановані зміни.

Під час аналізу проблем, потрібно звертати увагу не тільки на недоліки, а й на те позитивне, чого вже досягнуто. Варто підходити до вирішення будь-якої проблеми з позиції «позитивного оцінювання».

«Позитивне оцінювання» (ПО) – це колективний пошук найкращого в існуючих міжнародних і національних програмах, стратегіях, в людях, їхніх організаціях, і в оточуючому їх світі. Воно включає і мистецтво ставити позитивні запитання, що посилюють спроможність помічати, знаходити та збільшувати позитивний потенціал. Воно реалізує традиційний підхід до явищ, ситуацій, а саме: відшукати проблему, поставити діагноз та знайти рішення. Увага передусім приділяється тому, що є поганого або що припинило функціонувати. Оскільки ми шукаємо проблеми, ми знаходимо їх. Наша увага до проблем підкреслює та поглиблює їх.

«Позитивне оцінювання» пропонує розглянути те, що існує конструктивного в роботі інституції, організацій. Відчутний результат процесу оцінювання – це низка висловлювань або формулювань, що описують, чого організація або інституція хоче досягти на основі найкращих моментів з історії цієї організації, інституції. Оскільки ці висловлювання ґрунтуються на реальному досвіді з минулого, люди знають, як повторити свій успіх (за матеріалами книги Сью Анніс Хаммонд «Короткий довідник з «позитивного оцінювання»).

«Позитивне оцінювання» ґрунтується на припущенні, що в будь-якій діяльності організації чи інституції існують позитивні моменти.

Денверська модель раннього втручання – частина натуральної терапії для дітей з порушеннями розвитку. Нині вона рекомендована для дітей до 4 років, однак найближчим часом її планують радити для роботи з дітьми до 12 років. Основний компонент евристичного навчання й натуральної терапії – це сенси. З 6 років нейротипова дитина сама починає будувати сенси, а дітям з порушеннями розвитку треба допомогти. Тобто дорослі вибудовують структуру сенсів для дитини.

Денверська Модель Раннього Втручання - це комплексний поведінковий підхід раннього втручання для дітей з аутизмом у віці від 12 до 48 місяців. Програма передбачає план розвитку, що визначає навички, якими дитина має оволодіти у будь-який зручний час, а також набір навчальних процедур, які використовуються для вивчення даного матеріалу.

Цей навчальний план не прив'язаний до конкретного освітнього середовища: він може бути реалізований командою терапевтів і/або батьками у форматі групових чи індивідуальних занять як в амбулаторних умовах, так і вдома у дитини.

До її основних характеристик належать:

- Природне застосування поведінкової аналітичної стратегії.
- Орієнтацію на нормальну послідовність розвитку.
- Глибоку і всебічну участь батьків. 59 Перші 100 днів
- Фокус на міжособовому обміні й позитивних емоціях.
- Загальні заняття спільною діяльністю.
- Навчання мовленню і комунікації у рамках позитивних взаємин.

Денверівська Модель Раннього Втручання є єдиною всеосяжною моделлю раннього втручання, ефективність якої була підтверджена вибірковими клінічними випробуваннями для роботи з аутичними дітьми у віці 18 місяців. Вона була визнана ефективною для дітей з РАС з різними стилями навчання і здібностями.

Denver Модель включає в себе деякі принципи, такі як розчленування завдання на маленькі кроки, навчання кожному кроку послідовно, та не припустимість дискретних випробувань. Він також підкреслює відносини спеціаліста з дитиною, які побудовані на грі, та в інтересах дитини.

Програма побудована так, щоб максимально залучати дитину і викликати у неї позитивні емоції, і водночас систематично навчати навичкам у природній ігровій взаємодії. Деякі навички відпрацьовуються на підлозі під час інтерактивної гри, інші – за столом з акцентом на більш структуровану діяльність. По мірі того як дитина розвиває соціальні навички, до терапевтичної сесії залучаються однолітки або брати/сестри, щоб розвивати взаємні стосунки.

Цікаво, що модель робить велику ставку не на зміни дитини, а на зміни системи. Себто спочатку дорослому треба змінитися, аби допомогти зростати дитині. Інакше – ніяк.

Дорослий здатний адекватно реагувати на збудження та емоційний стан дитини. Найкращий показник – коли за якийсь час взаємодії з дитиною дорослий може контролювати збудження, яке піднімається. Тобто коли дитина починає голосно говорити, підстрибувати тощо. Тоді, наприклад, можна

запропонувати робити якісь моторні дії: щось намалювати чи написати. Не слід, наприклад, пропонувати працювати один з одним у такій ситуації.

Якість спільної взаємодії. Це – про те, що дорослий разом з дитиною може брати участь в навчальному процесі, що вони чергуються, змінюють ролі, що є діалог.

Здавалося б, з дітьми з ООП це важко робити. Однак, наприклад, можна виконувати щось по черзі – це спрацює. Тобто ви не даєте дитині інструкцію, а пропонуєте спробувати зробити щось разом. А якщо є контакт і підтримка, то будь-яку складність здолати значно легше.

Таким чином у дитини ростуть навички адаптації – вона легше впорається з тим, що щось не вдається. Якщо дитині з ООП щось не вдалося, треба запропонувати легше завдання. Психолог не має прагнути досягти ідеального результату, натомість має прагнути розширити зону найближчого розвитку.

Наприклад, якщо людина не вміє писати букву “Я”, її не треба вчити одразу писати всю літеру. Спочатку варто навчити писати гачок і кружечок. Тоді дитина розумітиме, що вчитель поряд не для того, щоби навантажити її нервову систему складними завданнями – а для того, щоби разом щось зробити й допомогти.

Наприклад, є дослідження, які свідчать, що на відміну від нормотипових дітей, в яких навички імітації (вміння повторювати за дорослими) формуються з перших місяців життя, у дітей з аутизмом є складнощі з розвитком соціального мозку. А внаслідок цього – складнощі з імітацією.

Що важливо для Денворівської моделі?

Дорослий здатний адекватно реагувати на збудження та емоційний стан дитини. Найкращий показник – коли за якийсь час взаємодії з дитиною дорослий може контролювати збудження, яке піднімається. Тобто коли дитина починає голосно говорити, підстрибувати тощо. Тоді, наприклад, можна запропонувати робити якісь моторні дії: щось намалювати чи написати. Не слід, наприклад, пропонувати працювати один з одним у такій ситуації.

Якість спільної взаємодії. Це – про те, що дорослий разом з дитиною може брати участь в навчальному процесі, що вони чергуються, змінюють ролі, що є діалог. Здавалося б, з дітьми з порушеннями розвитку це важко робити. Однак, наприклад, можна виконувати щось по черзі – це спрацює. Тобто ви не даєте дитині інструкцію, а пропонуєте спробувати зробити щось разом. А якщо є контакт і підтримка, то будь-яку складність здолати значно легше.

Таким чином у дитини ростуть навички адаптації – вона легше впорається з тим, що щось не вдається. Якщо дитині з порушеннями розвитку щось не вдалося, треба запропонувати легше завдання. Учитель не має прагнути досягти ідеального результату, натомість має прагнути розширити зону найближчого розвитку.

Наприклад, якщо людина не вміє писати букву «Я», їй не треба вчити одразу писати всю літеру. Спочатку варто навчити писати гачок і кружечок. Тоді дитина розумітиме, що вчитель поряд не для того, щоби навантажити її нервову систему складними завданнями – а для того, щоби разом щось зробити й допомогти.

Вплив дорослого на мотивацію, аби привернути увагу дитини до заняття. Наприклад, якщо ми вивчаємо точну формулу, можна вигадати творчий контекст, аби дитині було легше засвоїти інформацію і щоб їй було цікаво.

Важливо, щоби дитина також відчувала, що в неї є свобода вибору. Наприклад, могла обрати серед двох завдань, яке їй подобається більше. Як-от у нас є мета навчити дитину складанню, тоді можемо запропонувати 2 варіанти завдання: скласти іграшки ведмедиків чи мишок.

Якщо йдеться про старших дітей, можна запитати: «Як тобі легше зробити доповідь? Записати подкаст, написати чи зробити презентацію?»

Вміння підкріплювати ініціативу дитини. Якщо ми даємо творче завдання, в якому дитина може проявити свої здібності, важливо помітити, що їй вдалося й не оцінювати кінцевий результат.

Чутливість дорослого до комунікативних сигналів дитини. Йдеться про емоційний відгук. Як-от: «О, так, це цікаво, я тебе почув, підтримую тебе». Але не треба говорити: «О, який ти молодець, на тобі цукерку» – тоді дитина орієнтується тільки на отримання задоволення, а не на сенси. Орієнтація на сенси – це коли я відчуваю задоволення від того, що щось відбулося.

Розуміти завдання розвитку дитини. Для цього треба мати індивідуальну програму розвитку й, виходячи з цього, розуміти, як будувати та підтримувати комунікацію.

Також важливо: якщо дитина має патерни комунікації, то важливо запропонувати їй комунікувати інакше. Наприклад, ми бачимо, що дитина вміє гратися й має навички гри, але не вміє робити це в парі. Тоді можемо спробувати навчити її робити це на фізкультурі, коли, окрім всього, є інші елементи взаємодії, як-от м'яч.

Учитель має помічати динаміку, якщо змінюється атмосфера в класі. Якщо в класі з'явився булінг, неприйняття, соромлення, учитель не підтримує комунікацію з дітьми, не заохочує їх спілкуватись одне з одним, критикує, сварить, засуджує дітей, обговорює дітей при дітях чи батьках, – це треба виправляти.

Натомість треба запрошувати дітей до розмови: «Слухай, мені сьогодні здалося, що тобі було важко на математиці. А ти як вважаєш?». А ще працює шкала самооцінювання дітей, наприклад: «Як тобі здається, ти впорався із завданням? На одну квіточку чи на 10? На зелений чи на червоний колір?». Тут важливо, щоби дитина сама провела ретроспективу, а ми допомогли їй, зрозуміли разом, де треба підтримка.

Важливо давати дитині вибір, а потім не говорити, чого дитина не зробила, але наголошувати на тому, що зробила. Наприклад: «Дивись, ти зробив 5 прикладів!». Якщо це не все завдання, важливо зупинитись на тому, що вже вдалось, «пожити» в своєму досягненні і поступово рухатись у найближчу зону розвитку: «Спробуймо сьогодні зробити 7».

Дорослий має вміти привертати до себе увагу. Це здебільшого стосується молодших класів. Утім дорослим важливо «мати кролика в рукаві». Адже не буває такого, що діти мають хотіти читати буквар. Натомість учителям важливо завжди мати якийсь козир, цікаве заняття, інтерактив.

Якщо ми розуміємо, що дитині дуже важливо розвинути навичку, а вона відмовляється щось робити для цього, ми можемо працювати за принципом «Спочатку – потім».

Принципи натуральної терапії:

1. Давати підкріплення спроб. Підкріплення має бути напряду пов'язане з реакцією або поведінкою дитини. От дитина щось зробила, і ми не після уроку, а одразу намагаємося звернути увагу, похвалити, підкріпити.

2. Чергувати нові знання й навички з тим, що вже здобуто, щоби дитина відчувала свою успішність.

3. Не чекати від дитини постійного ідеального виконання всіх завдань.

4. Діяти по черзі – постійно ділити владу в процесі взаємодії. У кожного учня має бути можливість ввести щось у процес, щось запитати.

5. Давати інструкції і стимули чітко. Також можна давати візуальну підказку.

6. Упевнитися, що завдання включені до завдань розвитку дитини, що вона це може і що вона це сприйняла.

Психокорекція – це один з видів надання психологічної допомоги. Її здійснює психолог чи психотерапевт, який має базову психологічну освіту.

5.4. Використання арттерапевтичних технік з особами з обмеженими можливостями

Арттерапія – це метод діяльності спрямований на покращення психоемоційного стану людини за допомогою образотворчого мистецтва.

Сучасне розуміння арттерапії передбачає, по-перше, використання мови образотворчої експресії; по-друге, безпосередню участь людини в образотворчій творчості. У багатьох випадках в арттерапевтичній роботі можуть використовуватися музика, драматичне мистецтво, рух, танець та інші форми творчої активності людини.

Сучасна арттерапія включає такі види:

- ізотерапію (лікувальний вплив засобів образотворчого мистецтва – ліплення, малювання, декоративноприкладного мистецтва);
- бібліотерапію (лікувальний вплив читання);
- імаготерапію (через образ, театралізацію);
- музикотерапію (через сприйняття музики);
- вокалотерапію (лікування співами);
- кінезітерапію (лікувальний вплив рухів – танцювально-рухова терапія, корекційна ритміка) та ін.

Можливості арттерапії останнім часом все ширше використовуються в соціально-педагогічній роботі з дітьми з особливими потребами з корекційною та реабілітаційною метою.

Науковці розглядають різні форми арттерапії в роботі з дітьми, підлітками і дорослими.

Розрізняють три форми арттерапії:

1. активну (клієнт сам створює продукти творчості – малюнки, скульптури, музичні твори, казки та ін.);
2. пасивну (клієнт використовує художні твори, створені іншими людьми: розглядає малюнки, читає книги, прослуховує музичні твори тощо);
3. змішану (клієнт використовує твори мистецтва для створення власних продуктів творчості).

Однак найбільш розповсюдженими є два основні варіанти арттерапевтичної роботи – індивідуальна і групова форми арттерапії.

Кожна з них, у свою чергу, має певні різновиди.

Успішний результат арттерапевтичної роботи є запорукою того, що людина з особливими потребами буде інтегрована у соціум.

Різноманіття видів, методів та форм артпедагогічного та арттерапевтичного впливу, а також індивідуальний підхід до вибору терапії є надзвичайно важливим аспектом у діяльності спеціалізованих соціальних служб та соціальних працівників і соціальних педагогів.

На думку науковця С. Архипової, суть реабілітації полягає в тому, щоб взаємодіяти з людиною з особливими потребами та її сім'єю на основі партнерства для того, щоб досягти поставлених цілей.

Головною метою реабілітації є відновлення і компенсація порушених або втрачених функцій, відносин, зв'язків.

Дослідниця Г.Лещук Поділяє реабілітацію на види, а саме:

- елементарна реабілітація (спрямовується на відновлення елементарних навичок людини);
- побутова реабілітація (спрямовується на відновлення побутових навичок людей);
- педагогічна або соціально-педагогічна реабілітація (включає у себе технології корекційної роботи, спрямовані на засвоєння певних знань);
- сімейна реабілітація (має на меті активізацію діяльності людини у колі сім'ї);
- рекреаційна реабілітація (дозволяє реалізовувати інтереси та потреби людей);
- соціально-психологічна реабілітація (забезпечує відновлення індивідуального статусу людини).

Використання різних моделей, методів і форм роботи з людьми з особливими потребами може давати помітні соціально значущі результати.

Як свідчить практика, доцільно використовувати як традиційні, так і інноваційні методи та форми соціальної, соціально-педагогічної роботи з людьми з особливими потребами, у тому числі й методи арт-терапевтичної

роботи. У соціально-педагогічному теорії існує й поділ терапії на види, а також деякі види терапії використовують залежно від віку та особливостей клієнта.

Слід зазначити, що арттерапія сьогодні є дуже поширеною та застосовується у різних сферах соціально-педагогічної діяльності, а також використовується у практичній діяльності спеціалізованих соціальних служб.

Така актуальність пояснюється тим, що у неї є велика кількість функцій, які вона виконує.

Зокрема, до функції арттерапії відносяться: діагностична; корекційна; розвивальна; навчальна; реабілітаційна; виховна; психотерапевтична; соціальна.

Щодо форм арттерапії, то науковець Л. Полторак виділяє дві основні форми арттерапевтичної роботи, а саме індивідуальну та групову, які у свою чергу мають певну різновидність .

Особливу цінність має індивідуальна форма роботи яка підходить як для дітей, так і для дорослих.

Сучасні дослідники виділяють такі аспекти у арттерапевтичній роботі:

- арттерапія переважно виступає невербальним спілкуванням. Ця особливість робить її особливо цінною для тих, хто словесно не може поділитись своїми переживаннями;
- арттерапія – це засіб самовираження і самопізнання;
- суть арттерапії у мобілізації творчого потенціалу людини з особливими потребами.

Мета арттерапії полягає в тому, щоб за допомогою музики, живопису, драми, ляльок, танців та інших видів мистецтва гармонізувати розвиток особистості через самовираження.

Сьогодні така діяльність найбільше поширюється через живопис, де використовуються фарби, олівці, фломастери.

Арттерапія може здійснюватись як індивідуально так і в групі людей з особливими потребами, що дозволяє групі налагодити більш тісний зв'язок. Можна вибудовувати такий процес за допомогою трьох методик малювання: у процесі організації ізотерапії (терапія зображувальним мистецтвом).

У такому випадку можуть застосовуватись різні методики малювання, а саме:

- вільне малювання, яке базується на індивідуальному виборі теми малювання або ж на власному баченні малюнка на задану тему;
- комунікативне малювання. Це групова робота, де група розбивається на пари і, за допомогою невербального спілкування, робить спільний малюнок на одному аркуші паперу;
- спільне малювання. Групова робота, у якій декілька учасників спільно малюють на задану тему, а після закінчення створення малюнка обговорюють внесок кожного члена команди.

З метою посилення корекційної дії таку роботу можна доповнити наступними видами діяльності: ліплення із глини, пластиліну, хліба; плетіння з волокнистих матеріалів; аплікації; створення колажів із підручних матеріалів; орігамі та ін.

Арттерапія може також здійснюватися за допомогою такого різновиду як ігротерапія. В. Білан дає таке визначення ігротерапії – «...це застосування гри, яке впливає на розвиток особистості, сприяє створенню близьких стосунків між учасниками групи, допомагає зняти стрес та напруженість, підвищує самооцінку, та дозволяє повірити в себе адже в різних ситуаціях спілкування, ігрова ситуація дає змогу знизити психологічну напругу людей використовуючи роль іншої особистості».

Лялькотерапія як різновид терапії в основному застосовується для роботи з дітьми з інвалідністю та заснована на ідентифікації дитини зі своїм улюбленим персонажем із мультфільму, казки з використанням іграшки. Деякі науковці вважають, що лялькотерапія це один із методів арттерапії. Його суть терапії полягає в тому щоб в діях використовується саме лялька як основний об'єкт взаємодії. Така терапія поєднує у собі як індивідуальну форму роботи так і групову. Науковець К. Щербакова стверджує, що лялькотерапія дозволяє об'єднати інтереси дитини та завдання соціального педагога, психолога у корекційній роботі. Така діяльність дає можливість найефективніше втручання фахівця в психіку дитини з метою її корекції або психо-профілактики. Лялькотерапія сприяє зняттю емоційної напруги, розвитку

мовлення, покращення навичок подолання конфлікту та формуванню соціальнопобутових навичок.

Музикотерапія як складова арттерапії допомагає покращувати у людей навички комунікації, соціальної активності, соціалізації у соціум. Цей метод терапії допомагає у відновленні та корекції функціональних рухових відхилень у людей з особливими потребами. Під час музикотерапії виникають позитивні емоції, що під час звучання музики, стимулюють інтелектуальну діяльність дитини.

Виділяють такі форми музикотерапії: музично-рухові ігри та вправи; психічна і соматична релаксація за допомогою музики; спів; сприйняття музики; дихальні вправи; пантоніма;

Ізотерапія, як ще один вид арттерапії, здійснюється шляхом створення спонтанного малюнка, що допомагає вільно виражати свої почуття і думки та відображає теперішнє й допомагає будувати позитивне майбутнє.

Казкотерапія сприяє передачі життєвого досвіду що, дозволяє вийти людині з особливими потребами закуліси свого життя та допомагає вивчати світ, ідентифікувати себе з певним персонажем і таким чином подивитись на проблеми які у неї є зі сторони. Казкотерапія вирішує такі завдання, як корекцію мовлення, активізацію мислення, розвиток дрібної моторики рук. Казкотерапія відбувається у три етапи: 1) розслаблення під час якої людина заспокоюється і налаштовується на процес; 2) власне робота над казкою (вивчення або написання казки); 3) прочитання казки, завершення.

Усі згадані методи арттерапії, які використовують у роботі з людьми з особливими потребами, можуть використовуватись для того щоб людина мала змогу відчувати себе вільною, вийти за рамки власного «Я» це допомога в реабілітації та реадaptaції.

Отже, артпедагогіка й арттерапія є надзвичайно продуктивним способом взаємодії з людьми з особливими потребами, адже вони допомагають налагодити тісний контакт з клієнтом та вибудовувати взаємодію, контакти у системі «людина – людина», у групі.

«Лінза інвалідності» – це інструмент для розробки і впровадження політики, яка є інклюзивною стосовно осіб з інвалідністю. «Лінза інвалідності» допомагає з'ясувати проблемні аспекти будь-якої законодавчої ініціативи, планів, програм, які прямо чи опосередковано стосуються людей з інвалідністю, та накреслити шляхи виходу з ситуації.

Вона надає фахівцям, які розробляють і аналізують державну політику, схему для вивчення та коригування впливу запропонованої ініціативи, програми на соціальний стан осіб з інвалідністю. Вона дає змогу поглянути під новим кутом на основні причини таких проблем як дискримінація, несприятливі умови та обмежені можливості для людей з інвалідністю.

Вона є засобом створення соціального середовища, яке враховує права і потреби осіб з інвалідністю.

Вона допомагає ліквідувати дискримінацію щодо людей з інвалідністю та надає їм можливість для повноцінної участі в житті суспільства.

За допомогою «лінзи інвалідності» (у буквальному значенні «лінза» – це засіб для покращення зору, який посилює чіткість бачення) можна визначити реальний ступінь інклюзивності політики, яка діє в Україні стосовно людей з інвалідністю. Розгляд законодавчо-нормативних актів, програм, інструкцій та процедур крізь «лінзу інвалідності» означає, іншими словами, розгляд крізь низку спеціальних оцінювальних методик. Для аналізу певного документа можна використовувати різні форми цього аналітичного інструменту. Однак потрібно дотримуватися головного принципу – розглядати всі твердження ніби крізь збільшувальне скло, шукаючи серед них такі, які необхідно змінити, аби надати їм інклюзивного характеру. Методи «лінзи інвалідності» побудовані таким чином, щоб допомогти представникам різних інституцій (державних та неурядових) оцінювати вже існуючі або ті, що розробляються, програми, законодавчо-нормативні документи з погляду недискримінації, рівності можливостей, поваги до особливостей, повного та ефективного включення у суспільне життя людей з інвалідністю.

Фактично, «лінза» – це низка запитань щодо існуючої політики стосовно людей з інвалідністю, зокрема урядових ініціатив. Запитання, спрямовані на виявлення основних аспектів її впливу, допомагають забезпечити створення досконаліших законів, програм і послуг, які:

- є інклюзивними стосовно осіб з інвалідністю;*
- є недискримінаційними;*
- ґрунтуються на повазі прав і потреб осіб з інвалідністю;*
- відповідають принципам «універсального дизайну», забезпечуючи доступність та «розумне пристосування» для осіб з інвалідністю;*
- враховують в процесі надання послуг, розрахованих на широкі маси населення, конкретні потреби осіб з інвалідністю згідно з типом обмеження;*
- запобігають непередбачуваним негативним наслідкам;*
- розроблені з урахуванням пропозицій осіб з інвалідністю;*

- забезпечують повне та ефективне включення у суспільне життя людей з інвалідністю;

- відображають цілі уряду щодо досягнення рівних і справедливих умов для всіх без винятку громадян.

Слід підкреслити, що «лінза інвалідності» є не тільки засобом аналізу й розробки політики. Вона є водночас і засобом запровадження та створення умов для інклюзивної практики.

5.5. Корекція та її види

Корекція дослівно означає «виправлення», «внесення поправок» і стосується тих психологічних феноменів, які є нефункціональними чи перешкоджають психологічному розвитку та функціонуванню.

Психокорекція – це система дій, спрямованих на виправлення недоліків емоційного, інтелектуального та поведінкового аспектів особистості за допомогою спеціальних засобів психологічного впливу. Це – психозаміна усталених характеристик суб'єкта, стабілізованих у процесі життєдіяльності, що має на меті актуалізацію внутрішнього потенціалу „Я” суб'єкта; шлях аналізу цілісних явищ психіки в єдності свідомого і несвідомого аспектів психіки суб'єкта.

Психокорекції підлягають явища, яким притаманна статичність, незмінність, фіксованість. Але ці психологічні явища не повинні мати органічної основи (ураження головного мозку) і не повинні сформуватися настільки рано, що в подальшому практично не змінюються (сила нервової системи, ступінь рухливості нервових процесів).

Особливості психокорекції:

- підлягають лише здорові люди, які мають певні психологічні труднощі;
- орієнтована на розвиток здорової частини особистості, її потенціалу;
- частіше орієнтована на теперішнє і майбутнє;
- орієнтована на середню тривалість зустрічей (довша за консультацію, але коротша за психотерапію).

Психокорекція спрямована на подолання певних психічних розладів, що істотно впливають на деформацію особистості. Для відновлення повноцінного функціонування використовують довготривалі процедури (психотерапія). Психокорекція орієнтована на незначні зміни, на розвиток і формування відсутніх і недостатньо розвинутих якостей особистості. Об'єктами психокорекції можуть бути особистість, сім'я, група.

Залежно від специфіки конкретної ситуації психологічної допомоги застосовуються дві основні форми психокорекційної роботи: **індивідуальна і групова**. У випадку індивідуальної психокорекції психолог працює з клієнтом один на один, без присутності сторонніх осіб. В іншому випадку він працює з групою клієнтів, що взаємодіють не тільки з психологом, а й один з одним.

Перевагою індивідуальної психокорекції є те, що вона забезпечує конфіденційність, за своїми результатами буває глибшою. В ній краще розкриваються індивідуальні особливості, допомагає зняти комунікативні бар'єри.

Групова психокорекція доцільна при розв'язання проблем міжособистісного характеру, коли зміст роботи потребує навчальної діяльності, соціальної підтримки. Перевага в тому, що отримується різноманітний зворотний зв'язок, відбувається апробація набутих навичок спілкування, відпрацьовується альтернативні форми поведінки та соціальна взаємодія.

Може бути комбінована робота, поетапна, почергова – індивідуальна і групова.

У психокорекційній роботі можна умовно виділити кілька взаємопов'язаних етапів. **Діагностичний етап:**

- вивчення запиту клієнта;
- первинне формулювання психологічної проблеми;
- висунення гіпотез стосовно причин проблеми;
- комплексна психологічна діагностика особистості;

визначення чинників, які пов'язані з вказаною проблемою або зумовлюють її появу;

формулювання психологічного діагнозу з обов'язковим визначенням прогнозу подальшого розвитку особистості за умови своєчасної корекції та за відсутності такої; розробка загальної програми психологічної корекції з урахуванням усіх перелічених чинників та вимог.

Установчий: формування адекватного ставлення клієнта до своєї проблеми, до психолога та методів психокорекції; можливе переформулювання запиту, мети психологічної корекції; створення активної настанови особистості на психокорекційну роботу; формування мотивів самопізнання та самовдосконалення, усвідомлення себе суб'єктом саморозвитку, який відповідає за свою поведінку, емоції, рішення.

Корекційний (виконання корекційно-розвивальної роботи).

Психодіагностика завжди має підпорядковуватись завданням психокорекції чи наданню рекомендацій і не бути самоціллю. Завдання ж корекційної роботи можуть бути правильно поставлені тільки в результаті адекватної діагностики й оцінки проблеми. Основні методи: спостереження, бесіда, психологічний анамнез, стандартизовані і проєктивні методики, аналіз продуктів діяльності.

Основні методи психокорекції:

Сугестивні методи психокорекції

На початку ХХІ століття узагальнено чимало експериментально-лабораторних даних про зміни, що відбуваються в організмі людини під час словесного навіювання на неї. Зокрема такі дослідження проводились: Ф. Баркером, П. Янгом, В. Шейновим, Д. Кандибою, Д. Гріндером, Р. Бендлером й ін.

Навіювання (від латин. *suggestio* – навіюю) – це подача інформації, яка сприймається без критичної оцінки і впливає на проходження нервово-психічних і соматичних процесів. Через навіювання викликаються відчуття, уявлення, емоційні стани і дії, а також виявляється вплив на вегетативні

функції без активної участі людини та без логічного перероблення сприйнятої інформації.

Навіюваність – це здатність людини до навіювання, що залежить від особистісних психологічних і фізіологічних характеристик індивіда і чинників навколишнього середовища.

Основним засобом навіювання є слово, мова сугестора (людини, що здійснює навіювання). Немовні чинники (жести, міміка, дії), зазвичай, чинять додатковий вплив.

Пропонуються різні класифікації навіювання: навіювання і самонавіювання, пряме або відкрите навіювання, непряме або закрите; навіювання контактне і дистантне. У медичній практиці використовуються відповідні прийоми навіювання в безсонному стані і стані природного, гіпнотичного і наркотичного сну. Формули навіювання зазвичай вимовляються наказовим тоном, із урахуванням стану хворого і характеру клінічних виявів захворювання. Вони можуть бути спрямовані і на поліпшення загального самопочуття (сну, апетиту, працездатності тощо), і на усунення окремих невротичних симптомів. Ефект навіювання буде сильнішим, за умови, що сугестор є авторитетом для пацієнта. Міра реалізації навіювання визначається також особливостями особи хворого, вираженістю «магічного» настрою, віра в можливість впливу одних людей на інших за допомогою невідомих науці засобів і способів.

Нейролінгвістичне програмування

Нейролінгвістичне програмування є доволі молодим явищем у світовій психологічній практиці, тим паче у ракурсі української прикладної психології. Нейролінгвістичне програмування (НЛП) – це створення багатовимірної моделі структури та функцій досвіду людини. В основі НЛП – сенсорна дія терапевта на клієнта з метою створення в останнього нових, раціональніших програм поведінки та дій. Ці програми закріплюються в мозку людини на нейронному рівні та є основою його нового досвіду.

Ця теорія виникла наприкінці минулого століття в університеті Санта-Круз у США. Її засновниками були Джон Гріндер, на той час асистент кафедри лінгвістики, і Річард Бендлер – студент психологічного і математичного факультетів, який до того ж цікавився психотерапією. Ці вчені у власних дослідженнях намагалися «змодельювати» діяльність трьох психотерапевтів, які на той час отримали міжнародне визнання. Ними були: Ф. Перлз – талановитий психотерапевт, один із засновників гештальт-терапії; В. Сатир – провідний спеціаліст у галузі сімейної медицини, яка змогла розібратися у низці, здавалося б, не вирішуваних проблем у сфері міжособистісних стосунків; М. Еріксон – всесвітньо відомий гіпнотерапевт, засновник сучасної гіпнотерапії.

Річард Бендлер і Джон Гріндер наводять як приклад використання НЛП такі можливості: 1) лікування фобій та інших неприємних відчуттів за один сеанс; 2) допомога дітям із невисоким рівнем сприйняття навчання 3) подолання шкідливих звичок, таких, як алкоголізм, тютюнопаління; 4) підвищення рівня продуктивності в різних інтеракціях, таких як подружжя, організації; 5) лікування соматичних захворювань тощо.

Вплив на себе або іншу людину відбувається тільки через його систему сприйняття, звану в НЛП репрезентативною системою. Репрезентативна система (лат. *representatio* – наочне зображення) – основний, домінуючий спосіб отримання людиною інформації із зовнішнього світу; індивідуальна модель сприйняття того, що передають органи чуття людини; специфічна система збирання та опрацювання інформації, яку особа використовує для формування й репрезентації власного досвіду. Сприйняття ситуації з 4 позицій: з погляду себе, свого співрозмовника, стороннього спостерігача, всієї системи відносин. Погляд стороннього спостерігача найоб’єктивніший, але підлаштуватися під це сприйняття, і, тим більше, утримувати його, дуже складно. На цих 4 позиціях побудована більшість методів НЛП. Їх реалізація, відбувається в декількох етапах: бачити себе з проблемою; бачити себе без проблеми; бачити іншу людину, яка вірить, що ви – найкращий, любить вас;

трансформувати власні переживання в переживання цієї людини, використовуючи його мову, модальність сприйняття тощо. Група методів НЛП заснована на побудові асоціативних зв'язків між явищами.

Техніка встановлення якорів

Якір – це будь-який стимул або сукупність стимулів, які спонукають до деяких уявлень, чи поведінки. Кожного разу, коли ззовні викликається частина переживання, то в разі цього самостійно відтворюються й інші частини цього переживання. Тому будь-яка частина певного переживання може бути використана як якір (пускового механізму), що дає доступ до іншої частини цього переживання.

Види якорів. Якір можна встановити, використовуючи будь-яку нашу сенсорну модальність: вираз обличчя, жести (зорова); тон і темп голосу (слухова); дотики (кінестатична); запахи і смакові відчуття (нюх/смак) й ін. Якір сильніший, якщо він представлений в усіх трьох модальностях: по суті, це три якорі на один стан, задіяних одночасно.

Установка якоря. Якорі повинні: за часом збігатися з піком інтенсивності стану; бути унікальними і помітними (якщо з цим стимулом пов'язане різне, то це не унікальний стимул, і якорем він не буде); бути легко відтворювальними (у гонитві за унікальністю можна так повернути, що потім точно так не відтвориш. І якір не спрацює); бути пов'язаними з тим станом, який виразний і легко переживається (а не зі складнощами на зразок нашарувань декількох невиразних емоцій одночасно).

Елементи якоріння. Використовуйте поведінкові аспекти, вирази обличчя і тональну відповідність, щоб викликати бажаний відгук. Переконайтеся, що клієнт згадав одну подію, а не низку подій. Упевніться, що він знову переживає цю подію, а не думає про неї. Тобто клієнт має бути асоційований із власним досвідом, нібито він переживає його зараз. Упевніться в наявності фізіологічних сигналів асоційованого стану. Також спостерігайте за рухами очей. Якщо ви не впевнені, запитайте клієнта. Встановлюйте якір на входження в ситуацію і розвиток. Не встановлюйте якір,

коли клієнт виходить зі стану переживання. Що унікальніший встановлюваний якір, то ліпше. Ви повинні вміти точно повторити якір: та сама тривалість дії, тиск, голос, жест тощо. Якщо в разі перевірки якоря ви не виявили очікуваного відгуку, то: – клієнт не переживав подію як актуальну; не була заякорена найінтенсивніша частина переживаного досвіду; треба підкріпити якір додатковими подіями того ж або схожого переживання. Якщо якір, що використовувався, не дає того відгуку, який ви вважали заякореним, використовуйте це як зворотний зв'язок відповідно.

Рефреймінг

Одним із найефективніших способів зміни обмежуючих переконань, після усвідомлення їх наявності, є техніка рефреймінгу (від англ. reframing – переформування). Зазвичай на певні життєві ситуації у нас сформовані відповідні реакції, погляди або переконання.

Рефреймінг допомагає нам подивитися на ту саму ситуацію, поведінку чи установку з іншого погляду. Наприклад, життєва ситуація: чоловік із жінкою біля залізничного переїзду не встигають проїхати автомобілем, як перед ними закривається шлагбаум. Чоловік говорить: «Мало того, що раніше простояли в черзі з купою машин, то тепер ще й перед носом шлагбаум закрився», – а дружина йому відповідає: «Зате тепер – ми перші в черзі». У цьому прикладі жінка змінила зміст ситуації, в яку подружжя потрапило, і тепер не «шлагбаум перед носом закрився», а «ми стоїмо перші у черзі». Ця ситуація є прикладом застосування рефреймінгу змісту. Для здійснення такого рефреймінгу поставте собі запитання: «як ще можна описати цю ситуацію?», «який інший аспект тієї ж ситуації здатен змінити ставлення людини до неї?», «яку позитивну цінність може передбачати ситуація, що виникла?». Подаємо ще декілька простих прикладів із метою розуміння суті рефреймінгу змісту: «Ти – брехливий!» → «Я – дипломатичний». «Ти – жадібна!» → «Я – економна і заощадлива». «Ти донощик!» → «Я – соціально активний». «Цей продукт надто дорогий» → «Зате він якісний».

По-іншому, поглянути на ситуацію допомагає рефреймінг контексту. Його застосування полягає в зміні контексту ситуації на такий, у якому вона має інше значення. Наприклад: мама жаліється, що син – забіяка, а її подруга на це відповідає: «Зате він може стати успішним боксером». Зосередження жінки змістилося з контексту «забіяка» в контекст «успішний боксер» і більше не викликає того негативного стану, який викликав раніше. Прикладами успішного рефреймінгу контексту можуть бути наступні: «Чоловік знову п'яний повернувся додому» → «Головне, що повернувся взагалі». «Вона завжди мовчить при наших зустрічах» → «Вона просто насолоджується перебуванням поруч із тобою». «Андрій розбив вікно у кухні!» → «Тепер ми зможемо навіть вдома дихати свіжим повітрям».

Рефреймінг може допомогти у будь-якій ситуації знайти позитив або негатив, тому наполовину повна чи наполовину порожня склянка – вирішувати тільки вам!

Прогресивна м'язова релаксація (метод Едмунда Джекобсона)

Ця надзвичайно ефективна релаксаційна техніка була запропонована американським доктором Е. Джекобсоном 1920 р. Методика заснована на простому фізіологічному факті: після періоду напруження будь-який м'яз автоматично розслабляється. Отже, щоб домогтися глибокої релаксації всіх м'язів організму, потрібно одночасно або послідовно сильно напружувати всі ці м'язи.

Доктор Е. Джекобсон і його послідовники рекомендують сильно напружувати кожен м'яз протягом 5–10 секунд, а потім протягом 15–20 секунд концентруватися на виниклому в ньому почутті розслаблення. Е. Джекобсон спочатку розробив близько 200 спеціальних вправ для максимального напруження різних м'язів, охоплюючи найдрібніші. Але в сучасній психотерапії прийнято тренувати так лише 16 груп м'язів послідовно:

Домінантна кисть і передпліччя (максимально сильно стисніть кулак і зігніть кисть у будь-якому напрямку).

Домінантне плече (зігніть руки в ліктях і сильно натисніть ліктем собі в корпус або на найближчу поверхню – ліжко, підлокітник, й ін.).

Не домінантна кисть і передпліччя.

Не домінантне плече.

М'язи верхньої третини обличчя (підніміть брови якомога вище і широко відкрийте рот).

М'язи середньої третини обличчя (сильно примружтеся, нахмуртесь і наморщіть ніс).

М'язи нижньої третини особи (сильно стисніть щелепи і відведіть куточки рота до вух).

М'язи шиї (притягніть плечові суглоби високо до вух і в такому положенні нахилийте підборіддя до грудей).

М'язи грудей і діафрагма (зробіть глибокий вдих, зведіть лікті перед собою і стисніть їх).

М'язи спини і живота (напружте м'язи черевного преса, зведіть лопатки і вигніть спину).

Домінантне стегно (напружте передні і задні м'язи стегна, тримаючи коліна у напруженому напівзігнутому положенні).

Домінантна гомілка (максимально потягніть на себе ступню і розігніть пальці на ній).

Домінантна ступня (витягніть гомілковостопний суглоб і стисніть пальці ступні).

Не домінантне стегно.

Не домінантна гомілка.

Не домінантна ступня.

Аутогенне тренування за методом Й. Шульца

Аутогенне – «самопороджуюче тренування», у процесі якого людина сама собі надає необхідну допомогу. Джерела аутогенного тренування (далі – АТ) входять у багатовікове минуле різних систем самовдосконалення, зокрема староіндійська система йогів, учення про навіювання та самонавіювання,

практика гіпнозу, дослідження активної регуляції тону м'язів. Німецький вчений Й. Г. Шульц об'єднав ці джерела і створив із них сувору систему, обґрунтувавши її 1932 р. у своїй книзі «Аутогенне тренування».

АТ складається з двох ступенів – нижчого та вищого. Нижчий ступінь (далі – АТ-1) розрахований для зняття нервово-емоційного напруження, попередження виробничої втоми, яка розвивається в процесі діяльності, виховати стійкість до стресу, фрустрації в несприятливих умовах виробничого середовища, для заспокоєння, нормалізації функцій в організмі. АТ-1 має не тільки лікувальний, а й профілактичний ефект, тому що м'язова діяльність пов'язана з емоційною сферою людини. Під час нервово-емоційного збудження головний мозок шле на периферію підвищений потік інформації у виді нервових імпульсів. Що сильніше напружені м'язи, то більше імпульсів іде в зворотному напрямі до головного мозку, спричиняючи вогнище підвищеної збудливості. Розслаблення (релаксація) мускулатури – показник позитивних емоцій, стану спокою, урівноваженості, відпочинку, добре формуються і закріплюються нові, бажані умовні рефлекси. Розслаблення розцінюють як самостійний чинник, який зменшує емоційне напруження. Допоміжний чинник готує умови для перехідного стану, від стану неспання до сну. Зміна напруження та релаксації – один із методів тренування рухливості основних нервових процесів: гальмування та збудження. АТ-2

використовують для того, щоб ввести людину в особливий стан «аутогенної медитації», під час якої виникають своєрідні переживання, які ведуть, як уважає Й. Шульц, до «самоочищення» організму від хвороби.

Щоб опанувати АТ-1, треба не менше трьох місяців щоденних занять по 10–30 хв. На опанування АТ-2 потрібно не менше восьми місяців. Окрім цього передбачається оцінка успішності заняття АТ до і після сеансу.

Нейрокорекція в дитячому віці

Нейрокорекція – це програма рухових та інтелектуальних вправ: рухові вправи в положенні лежачи і сидячи, активні ігри, заняття за столом. Завдання поступово ускладнюються в ході занять.

В якому віці необхідна нейрокоррекція?

Оптимальний вік для проходження курсу нейрокоррекції – від 5 до 9 років. Саме в цьому віці діти вже здатні розуміти досить складні інструкції і виконувати вправи, які входять в нейрокоррекційну програму, а багато зон головного мозку ще продовжують своє формування і, тому, досить легко піддаються корекційного впливу.

Нейрокорекція буде дуже корисна дітям з такими діагнозами як:

- різні види дисонтогенезу;
- ранній дитячий аутизм;
- затримка психічного розвитку різних типів;
- загальне порушення розвитку, алалії, дисартрії, дисграфії, дислексії, СДУГ(синдром гіперактивності з дефіцитом уваги).

В тому числі, нейрокоррекція допомагає дітям, що зазнають труднощі, не тільки в навчанні в силу психологічних причин (невротичних розладів, психосоматичних розладів, особливостей особистості), а й при загальному фізичному недорозвиненні, можливо при шкільної дезадаптації і стресових розладах.

Мета для цих занять – відновити порушені зв'язки нервової системи. Нейропсихолог підбирає для дитини сенсорні, рухові, дихальні та інші вправи, щоб задіяти відповідні рецептори і відділи мозку. Найкраще, і це об'єктивно, нейропсихолог може допомогти дітям від 3 до 10 років. Після 10-11 років ефект буде пов'язаний перш за все з компенсацією, а не з принциповим подоланням труднощів.

З чим працює нейропсихолог:

- труднощі навчання навичкам читання, письма, рахунку;
- труднощі зі осередком і перемиканням уваги;
- порушення пам'яті порушення мови, рухові порушення, як в дрібній, так і у великій моториці;
- низький психофізіологічний ресурс і підвищена стомлюваність;

- труднощі контролю за поведінкою: імпульсивність, необдуманість дій або, навпаки, інертність і повільність.

Нейропсихологічна діагностика і корекція будуть корисні:

- якщо спостерігалася патологія в пологах або протягом вагітності;
- дитина народилася недоношеною;
- отримав травму під час пологів або в ранньому віці;
- має затримку моторного розвитку;
- має затримку або інші порушення мовного розвитку;
- має затримку психічного розвитку;
- страждає на енурез, тиками, заїканням, нав'язливими страхами;
- демонструє труднощі в засвоєнні навичок рахунку, письма, читання (плутає букви при читанні і на листі, пише дзеркально, робить безліч орфографічних помилок, погано розуміє умови математичних і логічних завдань, допускає багато арифметичних помилок);
- якщо дитина незграбний, невпевнений в рухах, якщо дитині важко себе зайняти, він імпульсивний, гіперактивна, зазнає труднощів у спілкуванні з однолітками і дорослими;
- дитина пише, малює лівою рукою.

Що входить в курс нейрокорекції?

Як правило, в нейрокорекційний курс обов'язково входять дихальні вправи, розтяжки (вправи на напругу – розслаблення), окорухові вправи, тілесні вправи. У структуру заняття можуть бути також включені різні види масажів, вправи на релаксацію, ігри на розвиток пам'яті, уваги, довільності, комунікативні вправи. Досвідчений нейропсихолог завжди вибудовує заняття з урахуванням потреб конкретної дитини. Крім того, на заняттях він (нейропсихолог) завжди пояснює батькам для чого виконується та чи інша вправа.

5.6. Вимоги до фахівця, який може здійснювати психологічний супровід та психокорекцію

Проведення психолого-педагогічної корекційної роботи вимагає від психолога базової фундаментальної підготовки в області психології і спеціальну підготовку у застосуванні на практиці конкретних методів корекційного впливу.

До основних компонентів професійної готовності фахівця при здійсненні корекційного впливу відноситься:

- **Теоретичний компонент**, який передбачає: знання теоретичних основ загальної, вікової та педагогічної психології - закономірностей психічного розвитку дитини в онтогенезі, періодизації психічного розвитку; проблеми співвідношення навчання і розвитку; знання про соціально-психологічні особливості особистості і групи, знання теоретичних основ корекційної роботи, способів корекції т. д.

- **Практичний компонент** полягає в оволодінні конкретними методами і методиками корекції.

- **Особистісна готовність** передбачає стійку професійну мотивацію, позитивну «Я-концепцію», свідому професійну творчість, вміння самостійно планувати і вирішувати професійні завдання, здатність долати зовнішні і внутрішні перешкоди в процесі професійної діяльності, здатність самостійно здобувати нові професійні знання і вміння; психологічна пропрацьованість у психолога власних проблем у тих сферах, які він припускає коректувати у клієнта.

У загальній професійній підготовці науковці виділяють три основних підходи:

- **Прихильність одному підходу** дозволяє глибше проникнути в предмет, одержати вичерпні знання теорії й практики, але в той же час накладає певні обмеження, зв'язані саме з можливостями одного підходу, одного методу.

- **Еклектизм** веде до того, що фахівець знає дещо вибірково з різних теорій і практик. Робота такого фахівця може бути ефективною, однак незабаром він зіткнеться з недоліками поверхневої підготовки.

- **Загальний континуальний підхід** - це професійний підхід, при якому фахівець спочатку є послідовником однієї теорії й вивчає все, що відомо в даній області, а потім, набуває професійний фундамент і професійний досвід, починає виходити за межі базової для нього теорії.

На думку науковиці А. К. Маркової, при здійсненні психокорекційних заходів, в процесі практичної діяльності у психолога виробляється так званий «індивідуальний стиль діяльності», який здійснюється в кілька етапів.

На першому етапі важливо освоїти професійну діяльність за вже відпрацьованими схемами і процедурами:

- перед здійсненням корекційної роботи необхідно провести обстеження рівня психічного розвитку дитини, складання висновку;
- розробка програми індивідуальної, групової або змішаної форм корекційної роботи, підготовка методичного матеріалу і відпрацювання окремих процедур і методик;
- проведення корекційних заходів по нормативно затверджених зразках.

На другому етапі вже більш досвідчений фахівець може дозволити собі деякі відступи:

- з'являється загальна ідея корекційної роботи «по-своєму», тобто, творча переробка і модифікація вже наявних процедур або принциповий новий підхід в роботі з уже «знайомими проблемами»;
- проба і освоєння окремих дій по-новому; поступове проектування і освоєння всієї діяльності по-новому, зокрема, формування індивідуального стилю професійної діяльності.

Якщо психолог афективний, він не може продуктивно працювати із клієнтами, що мають проблеми афективної сфери, потрібно коректувати доти, поки не з'ясує причини й особливості власної ефективності.

Якщо психолог має слабкі вольові зусилля, його корекція вольової активності дітей буде носити формальний характер.

Особистісна невідповідність також може виявитися у вигляді психологічних бар'єрів до вимог корекційного спілкування.

Аналогічні емоційні стани у психолога й клієнта (наприклад, стресова реакція в подібних ситуаціях) можуть підсилювати один одного й заважати корекційному процесу.

Пропрацьованість особистісних проблем дозволяє дорослому вибрати адекватну позицію стосовно дитини. Особистісна готовність здійснювати корекцію припускає наявність у дорослого потреби йти не від себе, а від дитини і її проблем.

Науковці акцентують увагу на професійно важливих якостях психолога, який працює з дітьми:

- професійний психолог у своїй діяльності спирається на актуальний рівень розвитку і потенційні можливості дитини, робить позитивний прогноз подальшого розвитку;

- встановлює довірливі відносини, як з самою дитиною, так і з її найближчим оточенням на основі безоціночних суджень і прийняття дитини, ситуацій її розвитку за фактами;

- дає конструктивний зворотний зв'язок;

- рефлексує теоретичні знання і методичну оснащеність своєї практичної діяльності (необхідна теоретична база, методики, індивідуальні карти дітей, матеріал до корекційних і діагностичних процедур і т. д.);

- розуміє складність дослідження індивідуально-психологічних особливостей дитини, усвідомлює неможливість багатовимірного їх опису в рамках однієї концепції;

- рефлексує зміст одержаної психологічної інформації та зберігає професійні таємниці;

- на основі аналізу запиту, соціального замовлення («первинної скарги») формулює для себе стратегічні завдання і тактику подальшої роботи, розробляє програму;

- інтерпретує отримані результати корекційної роботи, психолог бачить причини, закономірності, умови переходу до більш високого рівня розвитку даної дитини;

- при класифікації та аналізі даних співвідносить результати з віковими, шкільними (соціокультурними) і індивідуальними нормами, формулює свій висновок;

- психолог співпрацює з іншими фахівцями, з батьками і вчителями;

- реально оцінює свої можливості і межі компетентності;

- поважає гідність дитини тощо.

психологічна підтримка – це важлива ланка у системі психологічної допомоги батькам дітей з проблемами у розвитку. Основною метою такої підтримки є підвищення сенситивності батьків до проблеми дитини, зменшення емоційного дискомфорту в батьків у зв'язку із захворюванням дитини, формування у них адекватних уявлень про потенційні можливості дитини, оптимізацію їх педагогічного потенціалу.

Важливу роль в ефективності психологічної підтримки батьків відіграє створення різноманітних форм групового взаємозв'язку батьків та інших членів родини дитини. Потрібно, щоб процес психологічної підтримки був безперервним, комплексним і висував вимоги до особистості спеціаліста-психолога.

Отже, однією з важливих ланок у системі психологічної допомоги дітям з проблемами у розвитку є психологічна корекція, основна мета якої – гармонізація особистісного й інтелектуального потенціалу дитини, виправлення порушень у психічному розвитку, профілактика можливих відхилень у розвитку, що зумовлено як внутрішньою специфікою психічного дизонто-генезу, так і зовнішніми впливами.

З метою ефективної психологічної корекції дітей з проблемами у розвитку важливо враховувати складну системно-структурну й онтогенетичну моделі їх психічного дизонтогенезу.

Саме це і дає змогу розробити диференціальні методи психокорекційних впливів з орієнтуванням на ступінь тяжкості та специфічну структуру дефекту.

Особливе значення в ефективності психологічної корекції має сім'я дитини з проблемами у розвитку, що потребує обов'язкового включення у психокорекційний комплекс сімейної психокорекції, спрямованої на гармонізацію родинних стосунків і формування адекватних стилів сімейного виховання.

Різні теоретичні підходи до проблеми психологічної корекції, розроблені в зарубіжній та вітчизняній психології, сприяють розвитку різноманітних психокорекційних технологій. Слід зауважити, що під час розробки психокорекційних технологій для дітей і підлітків з проблемами у розвитку рекомендується орієнтуватися не на окремі теоретичні напрями, а використовувати різні способи психологічних впливів, що ґрунтуються на численних теоретичних спрямуваннях. Розроблення окремих психокорекційних технологій залежить від конкретних психокорекційних завдань, що визначаються ступенем вияву проблем у дитини та її батьків.

Завдання до розділу

1. Опишіть особливості роботи дитячого психоаналізу.
2. Підхід А. Адлера у роботі з особами, які мають інвалідність.
3. Вимоги до фахівців, які можуть проводити психокорекцію.
4. Особливості поведінкової психотерапії.
5. Особливості клієнт-центрованого підходу в роботі з людьми з особливими потребами.
6. Особливості методу сенсорної інтеграції.
7. Особливості АВА підходу.
8. Опишіть особливості Денверівської моделі раннього втручання.

9. Назвіть принципи натуральної терапії.
10. Які особливості застосування арт підходу для людей з інвалідністю?
11. Особливості психокорекції.
12. Назвіть основні етапи психокорекційної роботи.
13. Опишіть методи психокорекції.
14. Визначте особливості нейрокорекції.

Словник термінів

1. АВА-терапія (Applied Behavioral Analysis) – один з методів корекції дефіциту розвитку. Терапія полягає в аналізі поведінки дитини: на бажаних поведінкових реакціях вона фокусується, а небажані мінімізує. Сучасні фахівці допомагають дітям з розладами аутичного спектру стати більш самостійними: одягатися, доглядати за собою, користуватися побутом. АВА-терапія на сьогодні єдина методика у світі, яка має доведену ефективність.

Учений Скіннер виклав основні принципи поведінки, які включають посилення, підказки, поступове усунення підказок, режими посилення, які складають основу поведінкового аналізу і використовуються в АВА-терапії.

АВА-терапія може застосовуватися паралельно з іншими методами навчання, наприклад, з кінезотерапією, мовної терапією, навчанням альтернативної комунікації PECS, програмою TEACCH, «social stories», сенсорної інтеграцією.

2. Ажитация (лат. *agitatio* – приведення в рух) – руховий неспокій, збудження, постійна потреба в русі як відповідь на загрозу життю, аварійну ситуацію та інші психогенні чинники. Ажитация протікає у формі сильного неспокою, тривоги, страху. Рухи людини стають метушливими, вона можна виконувати лише автоматичні дії. З'являється відчуття відсутності думок, неможливості розмірковувати. Ажитацию розглядають як передпатологічний стан у межах психологічної норми або як симптом при алкогольному делірії, ендогенній депресії, кататонічній шизофренії.

3. Алекситимія (гр. *a* - заперечна частка, *lexis* - слово і *thymos* - настрій) – хворобливий стан людини, якому властивий низький розвиток емоційних і пізнавальних процесів. При алекситимії людина має слабо розвинений інтелект, збіднений словниковий запас, що негативно позначається на розвитку мислення, не дає змоги їй адекватно описати свій стан, відчуття, емоції. Алекситимію описав Р.-Е. Сіфнеос у 1967 р. Розглядають А. як передумову розвитку психосоматичних захворювань. Пацієнти з

алекситиммією адаптовані в соціальному оточенні і можуть роками імітувати задовільний стан, переконувати, що у них немає жодних проблем.

4. **Аутизм** (гр. autos – сам; аутизм - занурення в себе) – вроджене психічне захворювання, що характеризується втратою контакту хворого з реальністю і відхід у себе, у світ внутрішніх переживань, нездатністю хворого до взаємодії із зовнішнім світом та появою у зв'язку з цим порушення соціалізації. Хворий типово уникає спілкування, порушення повсякденного розпорядку та стереотипів виявляється йому трагедією, проте інтелект аутиста знижений далеко не завжди, часто виявляються так звані «острівці знання» - області, в яких здібності хворого досягають нормального або навіть геніального рівня. Спроби проникнути в його внутрішній світ рідко закінчуються успіхом. Іноді хворі підтримують лише формальний контакт, розмовляючи на теми, не пов'язані з їхньою особистістю, одразу ж ухиляються від співбесіди, якщо питання стосується їхнього здоров'я, особистих планів і намірів.

5. **Афазія** (від гр. асрадіа—оніміння) – повна або часткова втрата здатності говорити внаслідок ураження мовних центрів головного мозку: може породжуватись судинними порушеннями, запаленням мозку (енцефаліти, абсцеси), черепно-мозковими травмами. На відміну від алалії, при А. втрачається мовлення, яке вже розвинулось. Розрізняють дві основні форми афазії– моторну (коли уражено руховий мовний центр) і сенсорну (коли уражено чуттєвий центр мови). При моторній афазії порушується експресивна мова – втрачається повністю або частково здатність говорити. Розуміння мови здебільшого зберігається, хоч і не цілком. Мовні процеси, порушені в результаті афазії, можна певною мірою відновити за допомогою логопедичних занять та лікування.

6. **Брайля шрифт** – спеціальний рельєфно- крапковий шрифт для сліпих. Винайдено французьким тифлопедагогом Л. Брайлем. Різні комбінації рельєфних крапок дають змогу одержати 63 знаки для позначення літер, цифр, знаків пунктуації, математичних та хімічних формул і нотних знаків. У системі

шрифту прийнято порядок літер латинського алфавіту. Спеціальними знаками позначаються відповідні літери слов'янського та інших алфавітів. Особливі знаки введено для букв, які позначають звуки, характерні для національної мови незрячого.

7. Гаптономія – методика пренатального (до народження) спілкування батьків з плодом через дотик . У більш широкому сенсі гаптономія – це входження в психотактильний контакт, щоб гармонізувати, об'єднати, встановити відносини. Метою пренатальної гаптономії є перше близьке знайомство і контакти подружжя з їх майбутньою дитиною за допомогою дотиків. Це наука любові, що базується на створенні контакту з дитиною задовго до її народження. Відповідно, жінка спілкується з плодом та дарує йому любов з моменту зачаття і до народження. Вважається одним з дієвих превентивних методів післяпологових розладів.

8. Гіперкінези – мимовільні рухи тіла або кінцівок, які властиві людям з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) і можуть виникати також у людей з пошкодженням спинного мозку.

9. Госпіталізм (лат. hospitalis – госпіталь лікувальний заклад) – погіршення психічного стану здоров'я хворого під впливом тривалого перебування на стаціонарному лікуванні, відірванням від близьких людей та дому. Поняття ввів австро-американський психоаналітик Р.Спітс в 1945р., який досліджував причини та наслідки тривалого перебування немовлят і дітей в лікарнях і встановив, що Госпіталізм зумовлювався переважно розлукою з матір'ю. До симптомів Г. Спітс відносив затримку затримку фізичного та психічного розвитку, відставання в оволодінні власним тілом та мовою, знижений рівень адаптації до навколишнього, ослаблену опірність до інфекцій. Наслідки госпіталізму у немовлят і дітей є тривалими і часто незворотними. У важких випадках госпіталізм призводить до смерті. Явища Г. виникають також в умовах, коли догляд та виховання дітей здійснюється при повній чи частковій відсутності матері в умовах сім'ї, де матері не люблять своїх дітей або не приділяють їм достатньої уваги.

Матейко Н.М. Клінічна психологія. Словник-довідник. – Івано-Франківськ: Симфонія-форте, 2015. 125 с. <http://194.44.152.155/elib/local/3580.pdf>

10. Депривація психічна – це психічний стан, який виникає в результаті життєвих ситуацій, коли суб'єктові не надано можливості для задоволення деяких його основних (життєвих) психічних потреб упродовж тривалого часу. У психології існує декілька теорій психічної депривації. Під поняттям «психічна депривація» розуміють різні несприятливі впливи, які трапляються в життєвих ситуаціях. Вияви психічної депривації можуть охоплювати широкий діапазон змін особистості – від легких, що зовсім не виходять за межі нормальної емоційної картини, до дуже грубих уражень розвитку інтелекту й характеру.

Психічна депривація може виявляти певну картину невропатичних ознак, а іноді – виражені соматичні особливості. Різні форми психічної депривації в житті трапляються одночасно. Ізольовано виявити їх можна лише експериментально. Форми психічної депривації: депривація стимульна (сенсорна): знижена кількість сенсорних стимулів або їхня обмежена мінливість; депривація значень (когнітивна): занадто мінлива хаотична структура зовнішнього світу без чіткого упорядкування і змісту, що не дає змоги розуміти, передбачати і регулювати інформацію, яка надходить ззовні (І. Лангмейер, З. Майєчек); депривація емоційного ставлення (емоційна): недостатня можливість для встановлення інтимного емоційного ставлення до якої-небудь особи, або розвинення подібного емоційного зв'язку, якщо такий вже було створено; депривація ідентичності (соціальна): обмежена можливість для засвоєння самостійної соціальної ролі.

Матейко Н.М. Клінічна психологія. Словник-довідник. – Івано-Франківськ: Симфонія-форте, 2015. 125 с. <http://194.44.152.155/elib/local/3580.pdf>

11. Дзеркальна терапія – використовуються в комплексній реабілітації для полегшення стану пацієнтів із фантомним болем. Суть методу полягає в тому, що перед хворим раз на день протягом 10 хвилин у сагітальній площині розташовують дзеркало таким чином, щоб в ньому відбивалася здорова

кінцівка. При цьому зоровий контроль здійснюють лише за здоровою кінцівкою і її відображенням, що створює у хворого зорову ілюзію, ніби обидві половини його тіла функціонують належним чином. Рухи ушкодженої кінцівки, які також намагається виконати хворий, коригує фізіотерапевт відповідно до рухів здорової.

Спостереження за відбитим у дзеркалі рухом здорової кінцівки стимулює активність моторної кори у великій півкулі головного мозку, при цьому темпи реабілітації прискорюються.

О. І. Пінчук, Л. В. Радецька, С. О. Коноваленко Аналіз проведених ампутацій кінцівок та ефективності реабілітаційних заходів у пацієнтів із фантомно-больовим синдромом.

11. Ідіотія (гр. ideoteia – невігластво) – найтяжчий ступінь природженого недоумства, що характеризується нездатністю до пізнавальної діяльності. У таких осіб різко обмежене сприйняття, вони не можуть мислити і говорити. Промовляють лише окремі звуки. Не розуміють інших людей, не впізнають навіть близьких родичів, не розрізняють їстівне і неїстівне. Вираз обличчя тупий. Пізно починають ходити, інколи пересуваються поповзом. Не набувають навичок щодо самообслуговування, неохайні. Інколи спостерігаються афекти гніву (кусаються, плюються). Нерідко у них виявляють природжені фізичні вади. Інтелектуальний коефіцієнт - до 20. Ідіотію поділяють на абсолютну, типову та легку.

12. Імбецильність (лат. imbecillus - незначний, такий, що потребує опори) – середній ступінь затримки психічного розвитку. Психіка імбецилів більш складна, ніж психіка ідіотів. Реакції на навколишнє більш різноманітні, живі та диференційовані. Імбецилам доступні загальні уявлення навіть нагромадження деякого життєвого досвіду. На відміну від ідіотів, у імбецилів мова більш розвинута, з шепелявістю, недостатньою артикуляцією, наявний певний словниковий запас, який, хоч і бідний, однак коливається в залежності від вираженості імбецильності і складається з побутових слів. Набувають навичок із самообслуговування (одягання, елементарна охайність тощо).

Засвоюють новий матеріал лише на рівні конкретних уявлень. Здатні до набуття нескладних трудових навичок, однак, працюють по шаблону і потребують постійного керівництва. В одних відзначається сором'язливість, нерішучість, в інших – синтонність, привітність, дружелюбність, в третіх – запальність, злобність, агресивні тенденції. Потребують нагляду.

Матейко Н.М. Клінічна психологія. Словник-довідник. – Івано-Франківськ: Симфонія-форте, 2015. 125 с. <http://194.44.152.155/elib/local/3580.pdf>

13. Індивідуальний навчальний план (ІНП) – це один з найважливіших інструментів у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, формальний документ, який містить детальну інформацію про дитину і послуги, які вона має отримувати. Він розробляється командою педагогів і фахівців та об'єднує їхні зусилля з метою створення комплексної програми роботи з дитиною і, водночас, визначає, які саме послуги надаватиме кожний фахівець. Батьки є активними учасниками складання індивідуального навчального плану, оскільки вони знають своїх дітей краще за інших.

Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями [навч. посіб.]. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264с.

14. **Інклюзивна компетентність педагога** забезпечується сформованістю її складових. Так, в структурі інклюзивної компетентності майбутнього педагога можна виділити наступні компоненти: мотиваційно-ціннісний, когнітивноопераційний, рефлексивно-оцінний. Мотиваційно-ціннісний компонент прогнозує скупчення соціальних настанов, інтересів, захоплень, цінних орієнтирів і розвиненість психологічних властивостей особливості педагога, які йому потрібні для виконання інклюзивної діяльності.

Когнітивно-операційний компонент інклюзивної компетентності педагога охоплює систему психолого-педагогічних та інклюзивних знань і спеціальних інклюзивних умінь, знання, які необхідні для здійснення інклюзивної діяльності, успішного й адекватного розв'язання багатогранних педагогічних ситуацій, пов'язаних із переходом до інклюзивної моделі навчання.

Рефлексивно-оцінний компонент інклюзивної компетентності педагогів проявляється в здатності аналізу й самоаналізу власної професійної діяльності, пов'язаної з виконанням інклюзивного навчання, де постійно відбувається свідомий контроль за результатами своїх професійних дій, аналіз реальних педагогічних ситуацій. Інклюзивна освіта як індивідуальна траєкторія особистісного зростання дитини з особливими освітніми потребами.

https://vinps.vn.ua/wpcontent/uploads/2018/06/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D0%B7%D1%96%D1%8F_2018%D0%B5%D0%BB_%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81-2.pdf

15. Інклюзивна освіта – це фактично педагогіка індивідуального підходу, яка передбачає усунення будь-яких форм шкільної сегрегації, зокрема спеціальних шкіл і класів для тих, хто не відповідає умовному стандарту «нормальності». Відповідно до цього інклюзивна освіта розглядається як «безбар'єрна», «доступна для всіх» та розробляється на засадах принципів гуманізації, доступності, рівності, індивідуалізації. Особистості з особливими освітніми потребами – це, так звані Інші (нетипові) діти, які мають бути включені в інклюзивний процес як його активні учасники. Особливі потреби мають особи, чия не лише фізична, а й соціальна або емоційна особливість потребує спеціальної уваги та послуг. Відповідно їй надаються додаткові ресурси та можливість розвинути свій потенціал.

Обдаровані діти є також однією категорій осіб з особливими освітніми потребами, хоча ще часто лише декларативно. Вчені поділяють обдарованих на дві групи: успішні та щасливі; проблемні, нереалізовані, часто неуспішні, з високим рівнем тривожності, фрустрованості.

Обидві групи потребують особливої уваги та створення додаткових умов для реалізації свого потенціалу. Інклюзивна освіта як індивідуальна траєкторія особистісного зростання дитини з особливими освітніми потребами.

16. Компенсована сім'я – сім'я де приймається дитина та її дефект. Батьки адекватно і об'єктивно оцінюють і сприймають ситуацію, не

відчувають неприязнь або почуття провини по відношенню до дитини. При такому адекватному підході до ситуації у батьків формується віра у власні сили. У більшості випадків вони активно співпрацюють з лікарями і проявляють емпатію по відношенню один до одного.

17. Материнська депривація є комплексним поняттям, об'єднуючим цілий ряд різних явищ. Це і виховання дитини в дитячих установах, і недостатня турбота матері про дитину, і тимчасовий відрив дитини від матері, пов'язаний з хворобою і, нарешті, недолік або втрата любові і прихильності дитини до певної людини, що виступає в ролі матері.

При цьому дослідники розрізняють два основні види етіології материнської депривації: - материнська депривація, що сформувалася у індивіда, позбавленого материнської турботи з народження (дитяча); - материнська депривація, що виникла внаслідок розриву з матір'ю (або людини її замінювала). У останньому випадку, розрив з матір'ю починається з важкого емоційного переживання дитини. Дослідники вказують на важкі психологічні і психічні ускладнення, що виникають при будь-яких соціально-жорстких формах ізоляції, що характеризуються відсутністю емоційної близькості і теплоти, а також раціонально-оптимістичного пояснення трапилося. Наслідками таких травматичних для дитини дій є поява різного роду невротичних реакцій, поява апатії, аж до розвитку параутизму. Після повернення дитини в сім'ю, наслідки депривації поступово проходять, але деякі вчені вказують, що у разі розлуки з матір'ю понад 5-6 місяців зміни виявляються незворотніми.

Ізоляція немовляти від матері зазвичай призводить до тяжких наслідків інтелектуального розвитку і формування особистісних функцій, які не піддаються виправленню.

18. Метод глобального читання – один з методів АВА. Алгоритм глобального читання складається з трьох кроків:

Крок 1. Глобальне читання починається з трьох картинок і повністю написаних слів. Дитина по першій букві підписує картинку і, за методикою

прикладного аналізу поведінки за кожную правильну відповідь отримує жетон, коли зібрали усі жетони дитина отримує «приз» для підтримки мотивації.

Крок 2. Під картинкою пишемо повне слово, а потім ділимо це ж слово на склади і вчимо склади, на заключному етапі цього кроку дитина сама має складати слова без підказки.

Крок 3. На цьому етапі за допомогою глобального читання ми тренуємо візуальне сприйняття, пам'ять, концентруємо увагу, вчимо склади та мотивуємо дитину.

19. Неблагополучна сім'я – сім'ї з досить низьким, незадовільним соціокультурним статусом («примітивна» особистість: відсутність мотивації, освіти, низький матеріальний дохід, побутова невлаштованість, алкоголізація та інші негативні складові), де один або обоє батьків страждають девіантними розладами, вживають спиртні напої, соціально і психологічно неблагополучні, для них характерні неадекватні емоційні реакції: низький рівень тривоги за майбутнє дитини, байдуже сприйняття дійсності.

20. Неврози дитячі – неврози що спостерігаються в дитячому віці. Відрізняються своєрідністю. Незавершеність, рудиментарність симптоматики, переважання сомато-вегетативних і рухових розладів, відсутність особового переживання хвороби, глибокої внутрішньої переробки пояснюють переважання у дітей моносимптомних неврозів і відносну рідкість загальних неврозів., що спостерігаються лише починаючи з 10-12-річного віку. До моносимптоматичних відносяться невротичне заїкання, тіки, розлади сну, апетиту (психічна анорексія), невротичний енурез і енкопрез, патологічні звичні дії (смоктання пальця, кусання нігтів, онанізм, трихотилломанія, яктація).

21. Невроз шкільний. Особлива форма невротичного страху. Спостерігається, головним чином, у молодших класів, що вчаться. Характерні стійкий страх відвідин школи, що супроводжується реакціями пасивного протесту, істеричні реакції (наприклад, істерична блювота). Генез їх

пояснюється страхом розлуки з матір'ю, боязною труднощів, пов'язаних з навчанням, насмішок однолітків.

22. Невропатія – це вроджена дитяча нервовість. Судячи з того, що для дитини з невропатією характерні фізичний інфантилізм; схильність до алергічних реакцій; недорозвинутість ряду систем і функцій організму; наявність ексудативно – катарального діатезу (у 88,3% дітей) причини її лежать в порушеннях внутрішньоутробного розвитку. Про це непрямо свідчить те, що у 56% матерів, у яких народились діти з невропатією, був токсикоз другої половини вагітності, а у 36% з них спостерігалась загроза її мимовільного переривання. У таких дітей відносно часто у внутрішньо-утробному періоді відмічалась гіпоксія, асфіксія в період родів. У 63,2% матерів, які народили дітей з невропатією, мали місце важкі переживання в період вагітності. Нервувала мати – нервував плід. Таким чином, не випадково невропатія – саме вроджена дитяча нервовість.

23. Негативізм – немотивований протипульс, безглузда протидія, опір будь-якій дії ззовні, відмова виконувати її. Іноді непереборне бажання зробити наперекір. Виділяють негативізм активний (дії, протилежні щодо інструкції або пасивного руху лікаря) і пасивний (відсутність будь-яких дій за відповідної інструкції). Частий прояв при невиліковних хворобах.

24. Олігофазія (гр. oligos – малий; phasia – говорити) – спостерігається при ураженнях головного мозку, частіше – лобної долі домінантної півкулі. Крайнє збіднення словникового запасу та порушення мови, характерне для постнападного та міжнападного періодів при епілепсії. Хворий говорить повільно, не зразу відповідає на запитання, забуває потрібні слова, часто зупиняється, довго підбирає потрібні висловлювання. Я.П. Фрумкін (1938) розглядав гостру постнападну О. як амнестично-афатичний комплекс, а міжнападну – як постійну, прогресуючу, зумовлену збідненням словникового запасу, пов'язаного із зростанням епілептичного слабоумства.

25. Олігофренія (гр. oligos – малий, гр. phren - розум) – вроджене або виражене в ранньому віці (у перші 3 роки життя) слабоумство, виражається в

недорозвиненні всієї психіки, але переважно інтелекту. Вроджене слабоумство з ознаками недорозвинення (олігофренію) прийнято відрізняти від деменції – набутого слабоумства з розладом психічної діяльності. О. характеризується затримкою розвитку інтелекту внаслідок причин, які діяли внутрішньоутробно або в ранньому дитинстві. Психічний недорозвиток при О. носить дифузний, тотальний характер, при чому недорозвиток в першу чергу стосується найбільш диференційованих функцій мозку (філогенетично і онтогенетично молодих), тоді як елементарні функції (еволюційно старіші) відносно збережені. Поряд із слабкістю мислення спостерігається недорозвиток органів чуття, внутрішніх органів, аномалії розвитку: незрощення м'якого чи твердого піднебіння, дефекти будови черепа, шкірних покривів, недорозвиток моторики. Важливе значення має виховання, навчання та привчання олігофренів до праці.

26. Онкопсихолог – це одна з нових галузей знань, що об'єднала в собі досвід онкології, психології та психосоматичної медицини. В даний час відбувається виділення онкопсихолог в самостійну дисципліну, оскільки психологічний статус онкологічних хворих відрізняється особливостями, так як саме онкологічні захворювання несуть в собі особливий психосоматичний компонент.

27. Орігамі-терапія – вид арт-терапії заснований на базі японського мистецтва, першими вагомий внесок у справу популяризації цього мистецтва в Україні зробили М. Г. Яременко та О.М. Сухаревська. Відзначається позитивний вплив занять з орігамі в роботі з дітьми із вадами слуху, зору, опорно-рухової системи, пацієнтами психоневрологічних диспансерів, психіатричних лікарень, глухонімими, онкологічними хворими. Ефект посилюється, якщо застосувати рухомі фігури орігамі, такі як жабка, яка стрибає, ворона, що кричить, журавлик, який махає крилами та інші. Орігамі володіє наступними психотерапевтичними властивостями:

- підвищує активність правої півкулі мозку і врівноважує роботу обох
- півкуль;

- підвищує рівень інтелекту в цілому;
- активізує творче мислення;
- підвищує і стабілізує на високому рівні психоемоційний стан;
- знижують тривожність та допомагають легше адаптуватися у різних ситуаціях;
- покращує та підвищує рухову активність рук, розвиває дрібну моторику;
- покращує пам'ять та окомір.

28. Педагогічна занедбаність – стійке відхилення у свідомості й поведінці дитини, зумовлене негативним впливом середовища, недоліками виховання, прогалинами у навчанні.

Педагогічно занедбані діти важко піддаються вихованню, скоюють правопорушення. Здебільшого це відбувається з дітьми, які не відчують розуміння, не мають емоційної підтримки, а іноді зазнають негативного впливу з боку батьків, що ігнорують духовний, моральний розвиток дітей тощо. Трапляється це і в зовні благополучних сім'ях, в яких частими є конфліктні ситуації між батьками і дітьми, домінують меркантильні інтереси, споживацькі настрої та ін. Проблеми виховання підлітків виникають і через прорахунки в навчально-виховній діяльності школи.

29. Післяпологова депресія є досить серйозним психологічним розладом, тенденцію до якого за статистикою мають 70–80 відсотків породіль в усьому світі, стосується депресивних станів, які виникають після пологів. Вона може з'явитися після народження дитини, а іноді навіть після викидня чи штучного переривання вагітності. Згідно з позицією Служби охорони здоров'я жінок, що діє при Департаменті здоров'я та громадських служб США, ця депресія буває різною за складністю та гостротою перебігу.

Фактори ризику: 1) екстернальний тип факторів ризику: професійна нестабільність, погані стосунки у шлюбі або ж з власною матір'ю, відсутність соціальної підтримки, негативні життєві події, раптові втрати, відсутність підтримки з боку батьків та близьких людей; 2) інтернальний тип факторів

ризик: амбівалентне ставлення до вагітності, песимізм у допологовому періоді, незапланована вагітність, відсутність досвіду у контакті з дітьми, викидень чи аборт при попередній вагітності, obsесивно-компульсивні риси характеру, підвищена тривожність, панічні реакції, спроби самогубства чи самоушкодження, сімейні психічні розлади, депресивні розлади в анамнезі чи в родині, відсутність шлюбу, вживання алкоголю чи психоактивних речовин;

3) змішаний тип факторів ризику: низький освітній рівень, нестабільні стосунки у подружжі, вагітність, що виникла в період розриву стосунків, розлучення, народження мертвої дитини або народження «особливої» дитини під час попередньої вагітності, складності у формуванні батьківських стосунків.

Вкрай рідко після пологів розвивається крайня форма післяпологової депресії – післяпологовий психоз.

31. Післяпологова меланхолія («бебі-блюз» або «синдром третьої доби») є легкою формою депресії, найчастіше спостерігається в першороділь. В жінок поганий настрій, безпричинна постійна сльозливість, замкненість, розгубленість, розпач. Вони потребують підтримки з боку рідних, розуміння, чуйного ставлення. В нормі такий стан зникає до 10-го дня. При затяжному перебігу може переходити в післяпологову депресію (ППД). Найчастіше ця форма розладів спостерігається при підлітковій вагітності та ранньому материнстві, адже доведена значна роль зрілості жінки на період виношування. Такі жінки часто відмовляються від догляду за дитиною та не приділяють їй увагу, постійно знаходяться в стані всеосяжного неспокою, не йдуть на контакт.

32. Психопатія органічна – наслідок органічного ураження головного мозку внаслідок пренатальних, натальних і ранніх постнатальних (перші 2-3 роки життя) патогенних впливів на мозок, що формується. Шкідливими чинниками можуть бути пошкодження, тяжкий гестоз у період вагітності, пологові травми плода, внутрішньоутробні й ранні дитячі інфекції, нейроінфекції, авітаміноз, тривалі виснажливі соматичні захворювання з

перших років життя. Динаміка розвитку психопатії проявляється в основному ретроспективно, після того, коли психопатія вже сформувалася.

33. Психосоматичний розлад ПСР – група хворобливих станів, що проявляються загостренням соматичної патології, формуванням спільних, які виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів симптомокомплексів – соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відображають реакцію на соматичні захворювання. До того ж у низці ПСР розглядають порушення психіки, які часто супроводжуються соматичною патологією, а також психічні відхилення, що виникають при неефективному лікуванні захворювань внутрішніх органів та оперативних втручаннях, які перебігають з ускладненнями або потребують декількох етапів хірургічних операцій.

34. Раннє втручання – це міждисциплінарна сімейно центрована система допомоги дітям раннього віку (від народження до 3-х років) із порушеннями розвитку та дітям груп біологічного й соціального ризику, спрямована на покращення розвитку дитини та підвищення якості життя родини. В Україні вперше затверджено на державному рівні, та затверджено графік заходів у 2021 році.

Ідеєю раннього втручання є якомога більш раннє обстеження дитини командою спеціалістів різного профілю (лікарем, реабілітологом, дитячим психологом, педагогом-дефектологом, логопедом, іншими спеціалістами за потребою) і відповідна робота

35. Ремісія (лат. remissio – зменшення, ослаблення) – тимчасове поліпшення стану хворого, яке проявляється в уповільненні або припиненні прогресування хвороби, частковому чи зворотному розвитку, повному зникненні клінічних проявів патологічного процесу. Ремісія в деяких випадках є закономірною фазою хвороби, але аж ніяк не поверненням організму до стану здоров'я і може змінюватися рецидивом, тобто загостренням патологічного процесу. Ремісія може виникати внаслідок змін загальної реактивності організму хворого, пов'язаних із сезонними факторами,

сприятливими змінами кліматичних і побутових умов, характером і режимом харчування, а також зі спеціальними лікувальними заходами, спрямованими на підвищення специфічної та неспецифічної резистентності організму.

36. Сенсорна інтеграція –це загальна для всіх людей функція мозку, яка полягає в організації потоку стимулів від органів чуття для формування сенсорного досвіду та адаптивних реакцій на умови навколишнього середовища.

Теорію сенсорної інтеграції та основні принципи терапії, яка базується на сенсорній інтеграції (сенсорно-інтегративної терапії), розробила американський психолог та ерготерапевт Джин Айрес (JeanAyres, 1920-1988) у 1950-х роках у Каліфорнії.

Сенсорна інтеграція базується на:

- Теорії сенсорної переробки інформації, яка ґрунтується на теорії неврологічного розвитку та функціонування людини.
- Вивчення діяльності вищих коркових функцій, до яких належать, наприклад, мислення, творчість.
- .Вивчення проблем, з якими стикаються лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти та ерготерапевти.
- Сенсорна інтеграція, як принцип функції мозку –процес організації, сортування і переробки чуттєвих вражень, щоб поведінка людини була доцільною, осмисленою та значимою для неї.
- Сенсорна інтеграція проводиться поступово, наступними етапами:
 - Селективне сенсорне введення інформації.
 - Вибір оточення, яке визначається терапевтичною потребою.
 - Визначення відповідної адаптивної реакції.
 - Визначення співвідношення адаптивної реакції до можливостей адаптації дитини та її реалізації.
 - Реалізація адаптивної реакції.

37. Сенсорна кімната – це спеціально організований простір для забезпечення сенсорної стимуляції в контрольованій атмосфері для осіб з особливими освітніми потребами.

На відміну від навчального кабінету, де від дітей зазвичай очікують спостерігати і слухати вчителя, сенсорна кімната надає дітям свободу і автономію в дослідженні навколишнього середовища. Обладнання сенсорної кімнати може включати різноманітне освітлення і світлові проекції, волоконну оптику, дзеркала і бульбашкові трубки. Також може використовуватися інтерактивне обладнання, з іграми і головоломками для тактильної стимуляції і поліпшення моторики, засоби для забезпечення слухової стимуляції які дозволять експериментувати зі створенням звуку. М'які ігрові об'єкти та інтерактивні стіни також можуть бути використані не тільки для створення безпечної і комфортної зони відпочинку, а й для забезпечення тактильної стимуляції і допомагати в усвідомленні власного тіла.

38. Синдром психічного автоматизму – один із різновидів галюцинаторно параноїдного синдрому, включає псевдогалюцинації, маячні ідеї впливу (психічного та фізичного), явища психічного автоматизму (відчуття неприродності, «зробленості» власних дій, вчинків та мислення). Може спостерігатися при різних психічних захворюваннях: алкогольних, травматичних, судинних, інфекційних психозах. Найбільш характерний для шизофренії, особливо для її параноїдної форми та має несприятливий прогноз.

39. Синдром Туретта – спадкове психоневрологічне захворювання, яке характеризується багатьма руховими та голосовими тиками – кліпання, покашлювання, вимовляння фраз чи слів, наприклад, «ні», які то посилюються, то послаблюються. Виникає в дитячлму або підлітковому віці, має хронічний перебіг і супроводиться неврологічними поведінковими та емоційними порушеннями. Gilles de la Tourette описав захворювання в 1885 році в клініці Шарко в Парижі. Суасні уявлення про синдром сформувалися завдяки роботам Артура та Елейн Шапіро (60-80pp. XXст.). Найбільший ризик розвитку даного захворювання мають сини матерів із синдромом Жилиа де ля

Туретта. Здебільшого дане неврологічне захворювання проявляється в родичі першої та другої лінії. Крім генетичної схильності синдром може розвиватися після прийняття деяких видів лікарських препаратів, наприклад, нейролептиків.

40. Система альтернативної комунікації PECS – Picture Exchange Communication System тобто система комунікації за допомогою карток. Система PECS є найбільш оптимальною для дітей з розладом спектру аутизму. Вона спирається на візуальне зображення предметів, явищ, почуттів, сприяє зменшенню небажаної поведінки, налагодженню самостійної комунікації, розширенню словникового запасу дитини. Розмір карток для комунікації та їх зміст визначаються індивідуальними потребами дитини. Це можуть бути як реальні зображення предметів, так і піктограми. Обов'язковою умовою повинно бути розуміння дитиною зображуваного предмету.

Етапи навчання використання системи карток PECS:

1-й етап - навчання комунікації за допомогою карток;

2-й етап - дистанція і старанність;

3-й етап - розрізнення картинок;

4-й етап - побудова речень;

5-й етап - відповідь на питання «Що ти хочеш?»;

6-й етап - коментар – вміння дитини коментувати те, що вона бачить.

2021. 356 р. (с.211)

41. Соціальний театр є вагомим внеском у втілення освітніх програм за концепцією «рівний-рівному» розробленої фахівцями Міністерства освіти і науки України. Сьогодні виокремлюються сучасні напрямки соціального театру: форум-театр – глядач має бути підготовлений, щоб не перевести театр в жарт, обов'язково має відбуватись обговорення після представлення перфоманса; плейбек театр, коли людина розповідає, а інші, як правило дорослі люди, ілюструють почуте; лікарняна клоунада – використовується в лікарнях; пара театр – люди з ментальною інвалідністю, демонструють 15-20 хвилинні спектаклі, наприклад, соціальний театр «Джерела» м. Київ; вербатим

театр – документальний театр на основі зібраних та опрацьованих інтерв'ю, читаються монологи в оригіналі; театр за принципом «рівний-рівному» Діти з особливими освітніми потребами, потрапляючи у доброзичливу групу однолітків, навчаються сприймати один одного, демонструвати розуміння і повагу, увагу до внутрішнього світу один одного. Діти отримують безцінний досвід обміну почуттями, думками і переживаннями з іншими людьми у безпечних умовах, без критики, табу та приниження. Створюючи і демонструючи вистави, вони потрапляють у ситуацію успіху і публічного визнання. Важливими є підвищення самооцінки, усвідомлення вибору, зростання відповідальності, щирості, впевненості в собі, і головне – соціально позитивна самореалізація.

42. Сурдопедагогіка – галузь педагогіки*, яка займається навчанням і вихованням осіб з порушеннями слуху (глухі, слабкочуючі, пізнооглухлі, глухі з комбінованим порушенням, сліпоглухі – рідше. Предметом сучасної сурдопедагогіки є процес розвитку, навчання і виховання особи з порушеннями слуху. Сучасна сурдопедагогіка застосовує два підходи щодо розуміння феномену глухоти. Перший технократичний базується на біолого-медичній концепції глухоти. Глухота розуміється як паталогія, а нечуюча людина як дефективна людина, розвиток якої треба коригувати. Другий соціокультурний базується на соціокультурній концепції глухоти і визначає її, як культурну відмінність.

43. Тьютор – це фахівець у галузі організації освіти і самоосвіти, який здійснює підтримку студентів у самоосвіті й розвитку власної компетентності. Тьюторат – це «педагогіка можливостей», спроба пробудити процес, в якому студенти можуть включатися у трансформативний аналіз свого повсякденного життя. Виокремлюють три основних позиції здійснення тьюторства, а саме: підтримка, супровід, фасилітація. Тьюторський супровід спрямований на забезпечення соціалізації студентів з інвалідністю, зокрема, їх соціально-побутової, соціально-культурної та соціально-трудової адаптації, подолання

соціальної ізоляції, сприяння підвищенню їхнього соціального статусу, повноцінної інтеграції у групу

44. TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children) – програма представлена Маргарет Ланзінд, Лезли Ватерс і Ерік Шоплер. Це перша всеосяжна програма державних послуг для дітей з аутизмом та іншими подібними порушеннями розвитку в США. TEACCH програма також широко поширена в багатьох країнах Європи, Азії та Африки. Ця програма спрямована на комплексне лікування та навчання дітей з аутизмом і їх соціалізації була заснована Еріком Шоплером. TEACCH надає широкий спектр послуг як діагностики і оцінки, так і індивідуальних програм лікування, спеціальної освіти, соціальних навичок, навчання батьків і консультування. Особлива увага приділяється допомозі дітям з аутизмом та членам їх сім'ї, що живуть разом.

Принципи та концепції, системи TEACCH:

- поліпшена адаптація: допомога у супроводі людей з аутизмом здійснюється у формі так званого принципу двох шляхів. Вони сприймають світ по-іншому, вчаться по-іншому, у них інші цінності, правила та інтереси. Однак тим не менше вони живуть у світі, який створений нашою «неаутистичною культурою», яка пред'являє відповідні вимоги людей іншої культури, тобто людям з аутизмом.

- співробітництво з батьками: батьки працюють з професіоналами, як «фахівці із своєї дитини». Батьки - важливе джерело інформації для складання програми допомоги та невід'ємні партнери при здійсненні такої програми.

- робота за індивідуальною корекційною, розвивальною та навчальною програмами: суттєвою ознакою аутистичного розладу є нерівномірний профіль розвитку такої людини, який не дозволяє за рівнем розвитку здібностей в одній області зробити висновок про розвиток здібностей в іншій. Це означає, що люди з аутизмом, та зі схожими проявами аутистичного порушення і схожим рівнем розвитку можуть мати абсолютно різні труднощі і проблеми.

- структуроване навчання: було виявлено, що діти з аутизмом погано адаптуються у вільному середовищі. Їм необхідно структуроване освітнє середовище, тобто конструктивний підхід до складнощів поведінки аутистів та створення такого середовища навчання, яке мінімізувало б стрес, тривогу і фрустрацію, характерні для цих дітей.

- підвищення навичок: програми допомоги орієнтовані на сильні сторони та інтереси людини з аутизмом і використовують їх для компенсації слабких сторін.

- когнітивна і поведінкова терапія.

- всебічна підготовка: професіонали в системі TEACCH проходять підготовку в якості загального профілю. Вони не повинні бути фахівцями тільки у своїй вузькій області (логопедія, психологія, дефектологія), вони повинні бути фахівцями з аутизму.

Література

1. Андрушко Я. С. Психокорекція: навч.-метод. посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2017. 432 с.
2. Байда Л. Ю., Красюкова-Еннс О. В., Буров С. Ю. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник [Електронний ресурс] 2012. Режим доступу до ресурсу: https://ud.org.ua/images/pdf/Invalidnist_ta_suspilstvo.pdf.
3. Безлюдний Р. О. Виховні технології розвитку життєвої компетентності підлітків з особливими потребами в США : автореф. дис.канд. пед. наук : 13.00.07. Умань, 2012. 20 с.
4. Богдашина О.Б. Аутизм. Определение и диагностика. Донецк: ООО «Лебедь», 2014. 112 с.
5. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. К.: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
6. Буковська О. Психологічні особливості родин, в яких виховуються діти з особливими потребами [Електронний ресурс]. *Вісн. Чернігів. нац. пед. ун-ту ім. Т. Шевченка. Серія: Психологічні науки*. Чернігів, 2012. Вип. 103, ч. 1
Режим доступу :
7. http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum%20/VChdpu/psy/2012_103_1/Bukovsk.pdf .
8. Власова Т.А., Певзнер М.С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. М.: ВЛАДОС, 2000. 389 с.
9. Вікнянська Т. А. Особистість матері в процесі виховання дитини з особливими потребами. *Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні : матеріали VIII наук.-практ. семінару*. Луцьк, 2013. С. 7-10.
10. Грицюк І.М., Сащук Ю.В. Значення сімейного клімату для успішного навчання дитини з діагнозом ЗПР (молодший шкільний вік). *Наукові перспективи*. Серія Психологія. Випуск 4 (22). Київ. 2022. С. 346-356

11. Гецько С. І. Проблеми сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами [Електронний ресурс]. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. С. 334–342. Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum./Tmrvd/2011_2/38.PDF .
12. Гордієнко Н. М. Вплив сімейного середовища на формування особистості дитини з особливими потребами [Електронний ресурс]. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. Запоріжжя, 2010. Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Staptp/2010_48/files/ST48_38.pdf
13. Грицюк І. М. Психофізіологія : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 332 с.
14. Грицюк І.М., Магдисюк Л.І. Психологічний супровід та консультування сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку (системний підхід). *Перспективи та інновації науки. Електронний журнал*. 2022/2/23. <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/download/1149/1146>
15. Встановлення груп інвалідності [Електронний ресурс] Режим доступу до ресурсу: <https://www.zakon-i-normativ.info/index.php/component/lica/?href=0&view=text&base=1&id=211047&menu=319902>.
16. Горбашенко Т. Теоретичний підхід до проблеми осіб з обмеженими можливостями здоров'я [Електронний ресурс] / Т. Горбашенко // Психологічні науки. 2019. Режим доступу до ресурсу: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/skydan-.pdf>.
17. Заверико Н. В., Лещенко О. Г. *Умови ефективного розвитку дитини з особливими потребами в сім'ї*. Київ, 2016. Вип. 5. С. 17-23.
18. Заєць С. С. Роль сімейного середовища в процесі соціальної адаптації дитини. *Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки* Луцьк, 2012. № 7(232) : Педагогічні науки. С. 139-144.
19. Захарчук М. Є. Особливості соціальної реабілітації сім'ї з дітьми з особливими потребами. *Третя міжнародна соціально-педагогічна конференція «Соціально-педагогічні аспекти сприяння здоров'ю учнівської*

- та студентської молоді». Луцьк, 2008. С. 301-308.
20. Іванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. К. : Логос, 2018. 88 с.
21. Інклюзивна освіта : *Підтримка батьків батьками* . 2007. Груд. (№ 36). С. 13–14.
22. Калюжний І. Сімейні стратегії подолання кризи при вихованні дитини з інтелектуальною недостатністю. *Соц. політика і соц. робота*. 2005. № 3. С. 125–137.
23. Клещєрова І. М. Основні напрямки роботи психолога з матерями дітей з органічним ураженням ЦНС в умовах дитячих реабілітаційних закладів. *Практична психологія та соціальна робота*. 2013. № 7. С. 53-55.
24. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. К. : Наук. світ, 2010. 196 с.
25. Кричковська Т.Д. Психологія аномального розвитку. Київ : КНТ, 2016. 165 с.
26. Малкович М. М. Змістові характеристики материнської та батьківської ідентичності [Електронний ресурс]. К., 2010, Т.12,ч.1.–Режим доступу: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum%20/PZPP/2010_12_1/350-360.pdf.
27. Матвійчук Т. Соціально-психологічні зміни в сім'ї після народження дитини з особливими потребами. *Психогенеза особистості: норма і девіація*. Луцьк, 2014. С. 140-143.
28. Мельничук О. В. Соціально-педагогічні проблеми життєдіяльності сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями. *Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки*. Луцьк, 2010. № 23 : Педагогічні науки. С. 225–227.
29. Муляр В.І. Проблема становлення в системі «індивід-суспільство» (філософсько-культурологічний аналіз). Житомир, 1999. С. 336–362.
30. Мушкевич М.І. Наукові підходи до сім'ї з проблемною дитиною. *Психологічні перспективи СНУ ім. Л. У.* Луцьк 2013. № 21. С. 164-175.

31. Мушкевич М.І. Психологічний супровід сімей, що мають проблемних дітей. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук. Київ. 2022. 44с.
32. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами (методичні рекомендації) : [збірник]. К. : Укр. ін-т соц. дослідж., 1999. 80 с.
33. 30.Одинченко Л. К. Допомога аномальним дітям в Україні (X-XX ст.) *Педагогіка і психологія*.1995. № 2. С. 120-126.
34. 31.Павлюк Н. В. Сім'я як чинник статево-рольової соціалізації розумово відсталих підлітків. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2011. № 4. С. 81-87.
35. 32.Пінчукова Н. О. Гармонізація почуттів матері у вихованні розумово відсталої дитини [Електронний ресурс]. *Педагогічний процес: теорія і практика*. К., 2007. № 4. С. 68–80. Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum./pptp/2007_4/Pinchukova.pdf . –
36. 33.Пінчукова Л. Почуття матері розумово відсталої дитини. *Психолог*. 2007. Груд. (№ 48). С. 8–12.
37. Сашук Юлія, Грицюк Ірина Особливості розвитку когнітивного компоненту у дітей із діагнозом затримка психічного розвитку *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості: Матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції (Луцьк, 7–8 квітня 2022 р.)*. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. С.157-159.
38. Степанов О. М. Психологічна енциклопедія. Київ : Академвидав, 2016. 424 с.
39. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів : близько 3000 сл. Під керівництвом В. Б. Шапаря. Харків : Прапор, 2019. 672 с.
40. Радченко М. І. Психокорекційна робота в магістральних групах на прикладі реабілітації батьків «ненаучуваних» дітей. *Практична психологія та соціальна робота*. 2008. С. 21-25.
41. Рассказова О. І. Соціальна ексклюзія як наслідок стигматизації сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями. *Соціальна педагогіка:*

- теорія та практика*. 2012. № 3. С. 80-86.
42. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та суспільстві. Львів, 2018. С. 9-10.
43. Роюк С. Психологічні особливості реакції батьків на сенсорні порушення дітей. *Волинь очима молодих науковців: минуле, сучасне, майбутнє : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. асп. і студ., Луцьк, 2009. Т. 2.* С. 103-104.
44. Селігман М., Дарлінг Р. Обычные семьи, особые дети. Харьков : Теревинф, 2019. 368с.
45. Сойко О. В., Литвин Н. І., Базенко О. О. Комплексна допомога сім'ям, що виховують дітей з особливими потребами. *Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні : матеріали VII наук.-практ. семінару.* Луцьк, 2012. С. 34-36.
46. Стукан Л. В. Особливості ставлення матері до дитини з аутичними розладами. *Український вісник психоневрології*. 2014. С. 124-127.
47. Таланчук І. В. Історичні аспекти адміністративно-правового регулювання освіти інвалідів [Електронний ресурс]. Інформація і право. 2014. Режим доступу до ресурсу: <http://ippi.org.ua/sites/default/files/14tivroi.pdf>.
48. Трофімюк О. Родинне виховання як фактор соціалізації дітей з особливими потребами [Електронний ресурс]. *Актуальні питання культурології : альманах*. Рівне, 2010. Вип. 10, т. 1. Режим доступу: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum./afina/2010_10_1/trofimuk.pdf
49. Туріщева Л.В. Діти з особливостями розвитку у звичайній школі. Харків: Вид. група «Основа», 2011. 111с.
50. У сім'ї дитина з особливими потребами. *Завуч*. 2007. Груд. (№ 34). С. 19–21.
51. Особливості пам'яті дітей дошкільного віку з порушеннями слуху [Електронний ресурс] // ua-referat. 2007.
52. Психологічний супровід інклюзивної освіти. Автор. кол. за заг. ред. А. Г. Обухівська. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи,

2017. 92 с.

53. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта: навчальний посібник. Київ : ТОВ «Агентство «Україна», 2019. 300 с.
54. Соціальна психологія. Зошит для індивідуальної роботи для студ. усіх спеціальностей та заочної форми навчання / Уклад.: М.О. Кононець. Київ: КПП ім. Ігоря Сікорського, 2017. 61 с.
55. Спеціальна психологія: Психологічні особливості дітей з порушеннями слуху [Електронний ресурс] // KSU Online. 2020. Режим доступу до ресурсу: <http://ksuonline.kspu.edu/mod/page/view.php?id=20420>.
56. Сурдопсихологія как наука. Предмет, завдання і методи сурдопсихології [Електронний ресурс] // studfile. 2019. Режим доступу до ресурсу: <https://studfile.net/preview/7732502>
57. Форсюк К. Соціальна адаптація осіб із особливими потребами в умовах трансформації українського суспільства. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2010. № 1. С. 109-111.
58. Хорошенко Н. І. Особистість батька при народженні дитини з особливими потребами. *Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні*. Луцьк, 2013. С. 62-64.
59. Христук О. Особливості батьківсько-дитячих стосунків у молодих сім'ях з неповносправними дітьми. *Соціальна психологія*. 2013. С. 83-92.
60. Чухрій І. Батьківсько-дитячі відносини як чинник соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей інвалідів. *Психологія і суспільство*. 2011. № 4. С. 94-100.
61. Чухрій І. Чинники соціально-психологічної адаптації матерів, які виховують дитину-інваліда [Електронний ресурс]. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. К., 2012. Вип. 9. С.171–181. Режим доступу: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Apn/2012_9/Chukhriy.PDF .
62. Roberts M. Handbook of Pediatric Psychology. New York : Guilford Press. 2017.
63. Seligman M., Darling R. Ordinary families, special children: a systems approach

- to childhood disability. New York : The Guilford Press. 2019.
64. Olshanski S. Chronic sorrow : A response to having a mentally defective child. Social casework. 2019. Vol. 43.P. 190-193.
65. Collins-Moore M., Birth and diagnosis : A family crisis. In Eisenberg M. Chronic illness and disability through life span : Effects on self and family. New York : Springer. 2017.
66. Ervin M., Klaus M., Kennell J. Parent-infant bonding St. Louis : Mosby. 2021.
67. McDonald E. Understand those feelings. Pittsburg : Stanwix House Inc. – 2018.
68. McGoldrick, Carter, B., The Changing Family Life Cycle : A framework for family therapy. New York : Allyn and Bacon Publishers. 2018.
69. Hill R. Families under stress. New York: Harper and Row, 1949
70. http://stud.com.ua/87553/psihologiya/vikovi_osoblivosti_psihichnogo_rozvitku_ditey_porushennyam_zoru_ditinstva_shkilnogo_viku
71. <http://vidpoviday.com/zatrimka-psixichnogo-rozvitku-u-ditej-prichini-simptomi-likuvannya>
72. http://ort.kiev.ua/2.str/sps/sps_004.pdf
73. Purse M. Deaf Community and Mental Health Care [Електронний ресурс] / Marcia Purse // verywellmind. 2021.Режим доступу до ресурсу: <https://www.verywellmind.com/mental-health-issues-in-the-deaf-community-380577>.
74. <https://www.pedrada.com.ua/article/232-organzatsiya-psihologchnogo-suprovodu-dtey-z-osoblivimi-osvtnmi-potrebami-v-umovah>
75. <https://uchika.in.ua/mijdisciplinari-zvyazki-disciplinu-osnovi-psihokorekciyi-ta-p.html>
76. <http://um.co.ua/10/10-13/10-137171.html>

Навчальне видання

Грицюк Ірина Михайлівна

ПСИХОЛОГІЯ ІНВАЛІДНОСТІ: СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

Навчальний посібник

Друкується в авторській редакції

Формат 60x84 ¹/₁₆. Обсяг 2,79 ум. друк. арк., 2,58 обл.-вид. арк.

Наклад 100 пр. Зам. 61. Виготовлювач – Вежа-Друк

(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. +38 066 936 25 49).

Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України

ДК № 4607 від 30.08.2013 р.