

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Соціально-гуманітарний факультет**  
**Кафедра психології та соціальної роботи**

**БОЛЮХ Анастасія Іллівна**

**Психосоціальна характеристика феномену дезадаптованості  
матерів у ставленні до власних дітей з інвалідністю / Psychosocial  
characteristics of the phenomenon of mothers' maladaptation towards their  
own children with disabilities**

спеціальність: 231 – Соціальна робота  
освітньо-професійна програма – Соціальна робота  
Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи СРм-21  
А.І. Болюх

---

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

---

Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ А.В. Фурман

**ТЕРНОПІЛЬ-2020**

## АНОТАЦІЯ

**Болюх А.І. Психосоціальна характеристика феномену дезадаптованості матерів у ставленні до власних дітей із інвалідністю. – Рукопис.**

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр» за спеціальністю 231 – Соціальна робота. – Західноукраїнський національний університет. – Тернопіль, 2020.

У роботі проаналізовано концептуальні засади психосоціальної дезадаптованості особистості матерів, які виховують дитину з особливими потребами, та здійснено системну аналітику цієї дезадаптованості, обґрунтовано організацію, методи та методологію дослідження соціально-психологічної дезадаптованості та архітектоніку ставлення як показника дезадаптованості матерів у стосунках із вищезазначеною категорією дітей, висвітлено засоби і техніки психокорекційної роботи із дезадаптованими матерями та описано продуктивність їх програмного впровадження. Водночас сформульовано рекомендації як соціальним працівникам у продуктивній роботі із такими матерями, так і самим матерям для регулярного зняття власного психічного напруження.

## ANNOTATION

**Boliukh A.I. Psychosocial characteristics of the phenomenon of mothers' disadaptation towards their own children with disabilities. – Manuscript.**

Research for the acquisition of educational qualification level "Master" in specialty 231 – Social work.– West Ukrainian National University. – Ternopil, 2020.

The research work analyzes the conceptual foundations of psychosocial disadaptation of mother's personality who raise a child with special needs; a systematic analysis of this disadaptation is carried out, it is substantiated the organization, methods and methodology of the study of socio-psychological disadaptation and architectonics of attitude as an indicator of mothers' disadaptation in relations with the aforementioned category of children; tools and techniques of psycho-corrective work with disadapted mothers are highlighted; the productivity of their program implementation is described. At the same time, recommendations were formulated for both social workers in productive work with such mothers and for the mothers themselves to regularly relieve their own mental stress.

## **ЗМІСТ**

<b>Вступ</b> .....	3
<b>Розділ 1. Концептуальні засади психосоціальної дезадаптованості особистості матері</b> .....	7
1.1. Системна аналітика проблеми психосоціальної дезадаптованості матерів, які виховують дитину з інвалідністю.....	7
1.2. Феномен дезадаптованості матерів у ставленні до нащадків із фізичними і психічними обмеженнями.....	13
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	18
<b>Розділ 2. Системна характеристика психосоціальної дезадаптованості матерів у ставленні до дітей з інвалідністю</b> .....	20
2.1. Мета, завдання та організація дослідження психосоціальної дезадаптованості матерів, котрі виховують дитину з інвалідністю.....	20
2.2. Психологічні чинники психосоціальної дезадаптованості матерів дітей з обмеженими функціональними можливостями.....	25
2.3. Ставлення як показник дезадаптованості матерів у стосунках із власними дітьми з інвалідністю.....	34
<b>Висновки до розділу 2</b> .....	39
<b>Розділ 3. Психокорекційна робота із дезадаптованими матерями, котрі виховують дитину з інвалідністю</b> .....	41
3.1. Засоби і техніки психосоціальної корекції особистої дезадаптованості матерів, які безперервно взаємодіють з особливою дитиною.....	41
3.2. Продуктивність програмного впровадження психокорекції особистої дезадаптованості матерів, які виховують дитину з інвалідністю.....	52
<b>Висновки до розділу 3</b> .....	58
<b>Висновки</b> .....	60
<b>Список використаних джерел</b> .....	63

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** У соціально-психологічній літературі питання про закономірності, механізми, умови та чинники дезадаптованості особистості тісно пов'язані з проблемами адаптації людини і традиційно є одними із центральних, їм присвячена низка наукових праць [3; 57; 71 та ін.]. Адаптованість людини є універсальною формою усвідомлення і самісного прийняття людиною своєї невід'ємності від соціуму, середовища. Тому адаптивна поведінка – це важливий канал формування і творення особою знань, компетенцій, цінностей та переведення їх в оновлену будовою і змістом, мислекомунікацію чи професійну діяльність. Несприятливий для особистості напрямок чи хід адаптаційної взаємодії часто супроводжується психічними відхиленнями, дисгармоніями і комплексами, які закономірно виникають у результаті відреагування на «деструктивні» чинники довкілля або дисфункції власного внутрішнього світу (лінощі, почуття провини тощо).

Аналіз наукової літератури з даної теми вказує, що у більшості випадків матері, які виховують дитину з інвалідністю, прагнуть зацікавлювати собою оточуючих, емоційно їх «вражати», знаходитися в центрі уваги, відчувати довіру від людей та ін. Таким чином, вони неусвідомлено компенсують своє горе. У таких випадках їхні стресові реакції викликають дезадаптованість, обмеження в духовному і соціальному зростанні матерів, незадоволену потребу в повазі, неможливість самим визначати свою долю. Встановлення інвалідності дитини для її батьків є надзвичайно сильним та значущим психотравмуючим чинником, що раніше чи пізніше усвідомлюється ними. На основі аналізу проблеми дезадаптованості особистості, як наслідку психотравматичного впливу, виокремлюються зовнішні та внутрішні фактори психологічної дезадаптованості матерів, котрі обходять дитину з особливими потребами: психічні зриви, напружені стосунки з рідними, низька особистісна реалізація, професійна деградація, тиск внутрішніх

конфліктів, заклопотаність, депресивні переживання тощо. Саме тому ці проблеми викликають на сьогодні все більший науково-практичний інтерес.

**Стан дослідження теми.** Сімейну проблематику дітей з інвалідністю та обґрунтування корекційних заходів вивчали М. С. Певзнер, І. І. Мамайчук, І. В. Чухрій та ін. До прикладу, Л. М. Шипіцина аналізувала стосунки в родині, які доглядають дитину із розумовою відсталістю, особистісний портрет їхніх матерів; Є. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс виявляли психологічні відмінності сімей, у складі яких є психічно хворі діти; Р. Ф. Майрамян, В. А. Вишневський з'ясували психосоматику батьків, які мають дітей з фізичними і психічними обмеженнями; В. В. Ткачова висвітлювала особливості виникнення у таких батьків особистісних аномалій. У будь-якому разі в особистісному розвитку цієї категорії матерів, наявні симптомокомплекси, що вказують на їхню соціально-психологічну дезадаптацію і внутрішню дисгармонію.

У контексті досліджуваної тематики слід зазначити, що теоретико-методологічними аспектами соціально-психологічної дезадаптації людини займалися Г. О. Балл, В. А. Петровський, А. В. Фурман, А. А. Налчаджян та інші, а прикладними – Б. Г. Ананьєва, А. Адлера, Е. Еріксона, О. В. Кузнецової, І. С. Ревасевич, О. П. Саннікової, Л. М. Собчик, Ж. Піаже, К. Роджерса та ін.

**Мета дослідницької роботи:** здійснення системної психосоціальної характеристики феномену особистої дезадаптованості матерів через формат їхнього ставлення до власних дітей з інвалідністю різного віку.

**Завдання наукового пошуку:**

1. Висвітлити концептуальні засади психосоціальної дезадаптованості особистості матері, котра виховує дитину з обмеженими функціональними (фізичними, психічними) можливостями.

2. Системно проаналізувати та охарактеризувати організацію і методи вивчення психосоціальної дезадаптованості матерів, її психологічні чинники і параметри.

3. Розкрити цілі, зміст, форми, методи, засоби і техніки психокорекційної роботи із дезадаптованими матерями у стосунках із власними дітьми з інвалідністю.

**Об'єктом вивчення** є особистий світ матерів, які виховують дитину з інвалідністю.

**Предмет дослідження** становить феномен дезадаптованості матерів через формат їхнього ставлення до власних дітей з обмеженими функціональними (фізичними, психічними, соціальними) можливостями.

**Методи дослідження:** теоретичні – системного аналізу, рефлексивного синтезу і логічної аргументації для обґрунтування концептуальних засад різнобічного вивчення і міждисциплінарної характеристики особистісної дезадаптованості матерів у контексті їх взаємодії із дітьми з інвалідністю; емпіричні – психосоціального спостереження, усного та письмового опитування, бесіди, інтерв'ю, тестування, техніки групової та індивідуальної психокорекційної і соціальної роботи; математичні засоби обробки та оприлюднення результатів дослідження – бальних і процентильних показників, t-критерія Стьюдента для встановлення відмінностей в отриманих емпіричних даних (величинах), кореляційний аналіз Ч. Спірмена.

**Теоретичне значення** роботи полягає у системному науковому висвітленні концептів, принципів, закономірностей, фактів та особливостей психологічного дослідження особистісної дезадаптованості матерів у їхній повсякденній взаємодії із дітьми з інвалідністю, що дало змогу отримати змістовно збагачене психологічне знання із цієї суспільно важливої проблематики.

**Практичне значення** проведеного дослідження підтверджують сформульовані емпіричні висновки і рекомендації на предмет узмістовлення і процедурної оптимізації психокорекційної й усеоможливої соціальної роботи із матеріалами, котрі, виховуючи дитину з інвалідністю, перебувають у стані особистісної дезадаптованості.

**Структура роботи.** Робота складається із вступу, трьох розділів із висновками до кожного, загальних висновків, списку використаних літературних джерел та двох додатків. Загальний обсяг дослідження становить 69 сторінок, а основний текст викладено на 60 сторінках. За результатами дослідження підготовлено дві публікації.

## РОЗДІЛ 1

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ ОСОБИСТОСТІ МАТЕРІ

#### 1.1. Системна аналітика проблеми психосоціальної дезадаптованості матерів, які виховують дитину з інвалідністю

Відомо, що психосоціальна адаптація – це процес і результат пристосування особи до видозміненого довкілля за допомогою різних інтеріоризованих культурних знаків, засобів (мови, вчинків тощо).

Адаптація (від лат. *adapto* – пристосовую) – це прилаштування органів чуття та загалом організму до змінених умов існування. Адаптація в соціумі – це добування особистістю соціального досвіду. Український дослідник А. В. Фурман розкрив сутність та розробив типологію порівневого функціонування соціальної адаптації. Він зазначає, що «психологічному висвітленню на рівні суб'єкта відповідає та ділянка понятійного поля, яка описує адаптацію як процес, а на рівні особистості – адаптацію як результат. Коли мовиться про перебіг адаптаційних процесів, структуру та динаміку адаптаційної активності, то слушно говорити про «адаптивність, не- чи дезадаптивність» людини як суб'єкта своєї життєдіяльності, а коли має місце оформленість психічних процесів у вигляді станів і комплексів (страх, депресія, нейротизм тощо), то буде правильним вживання термінів «адаптованість, не- чи дезадаптованість» особистості» [71, с. 16].

Водночас проявом дезадаптації, на думку А. Адлера, є «комплекс неповноцінності. Згідно його індивідуальної теорії особистості, все, що вчиняють люди, має своєю метою подолання власного почуття неповноцінності, меншовартості» [2, с. 10-30]. У теорії А. Адлера зауважується, що надмірне почуття неповноцінності, невпевненості в собі становить реальну перешкоду на шляху подальшого психологічного



розвитку, тобто поступу людини від центрованості на собі та меті особистісної переваги щодо завдань конструктивного опанування довкіллям шляхом розвитку здібностей до кооперативної поведінки [2; 3; 69; 73; 79].

В. Франкл у своїй концепції вказував на те, що тривога виникає внаслідок екзистенційного голоду, тобто, через втрату смислу життя [21; 70]. Ноогенні неврози виникають унаслідок конфлікту між різними цінностями, що можуть протистояти одна одній.

Ще один підхід у дослідженні соціально-психологічної адаптації пов'язаний з концепціями «когнітивної психології» особистості. Формула когнітивістів аналогічна: конфлікт – загроза – реакція пристосування. З позиції когнітивного дисонансу, виділяються два рівні адаптації: адаптованість та дезадаптованість. Адаптованість пов'язується з відсутністю переживання загрози, дезадаптованість – з вираженим емоційним переживанням [15; 57].

Отже, спираючись на критеріальні рамки адекватності чи неадекватності між метою і результатами діяльності особистості, є об'єктивні підстави розмежувати три різновиди перебігу адаптаційних процесів: а) адаптивність як відносна гармонійність між суб'єктивними метою і кінцевими результатами діяння, що супроводжуються позитивним ставленням особи до світу і самої себе; б) неадаптивність як усвідомлена невідповідність між метою і результатами діяльності, що породжує суперечливі почуття й оцінки, але яка не справляє психотравмуючого впливу на особу; в) дезадаптивність як певна дисгармонія між метою і результатами, що є джерелом психічного напруження, внутрішнього дискомфорту і нестабільності психічних процесів (стрес, страх, депресія тощо). Зазначені «рівні взаємного адаптування індивіда і середовища водночас становлять взаємопов'язані рівні функціонування психосоціальної адаптації, які завжди повно і конкретно виявляються як у процесуальному плані (система «адаптивність – неадаптивність – дезадаптивність»), так і результативному (система «адаптованість – не-адаптованість – дезадаптованість»)» [71, с.3].

Поряд із різноявними формами і способами адаптації існує психосоціальне явище дезадаптації. Дезадаптація – це процес, що призводить до порушення взаємодії особи із середовищем, збільшення проблемної ситуації і супроводжується міжособистісними і внутрішньо індивідуальнісними конфліктами [33; 71].

Основними критеріями, що виявляють дезадаптованість, є нервово-психічне напруження, стан підвищеної тривоги і фрустрації, негативне ставлення до себе. У соціально-психологічній науці виокремлюють рівні дезадаптованості. Зокрема, А. А. Налчаджян виокремлює такі: 1) стійка ситуативна дезадаптованість, яка має місце тоді, коли особистість не знаходить шляхів і засобів адаптації (виникає специфічний захисний комплекс – неправильне прийняття дійсності і усвідомлення свого соціального статусу); 2) тимчасова дезадаптованість, яка долається при допомозі адекватних адаптивних предметних, внутрішньопсихічних і соціальних дій; 3) загальна стійка дезадаптованість: вона є станом перманентної фрустрованості, наявність якої активізує патологічні захисні механізми.

У соціально-психологічних дослідженнях наявні спостереження про матерів, які виховують дітей з особливими потребами, в котрих доведено, що вони також перебувають на рівні загальної стійкої дезадаптованості. Зазвичай саме жінки займаються догляданням, навчінням та лікуванням дитини. Все це часто стає смислом їх життя. Виховання дитини з порушеннями психосоціального розвитку впливає на особистісні риси-властивості матері, головним чином визначає її поведінку, діяльність, учинки.

Проводячи більшу частину часу з дитиною, яка потребує безперервного догляду, мати стає винятково вразливою й невірноваженою через утруднення, які виникають при взаємодії як з членами родини, так і з різними соціальними групами. Саме через це невротичні прояви стають практично постійною складовою її стилю та змісту поведінки. Егоїстичність, душевний

неспокій, втрата часової орієнтації та життєвої перспективи – це ті психологічні характеристики матері дитини з порушеннями в розвитку [19; 50].

Науковці відмічають у матерів дітей-інвалідів спільні особливості особистості, головним чином це прояви підвищеної сенситивності та гіперсоціалізації. Сенситивність – це «підвищення емоційної чутливості, вразливості, виражену схильність все брати близько до серця. Натомість гіперсоціалізація являє собою загострене почуття відповідальності, обов'язковості, ригідність в пошуку компромісів» [50, с.76]. Поперемінне поєднання сенситивної і гіперсоціалізаційної тенденцій у психічному світі матері визначає внутрішній конфлікт між її почуттями та обов'язками, що сприяє виникненню персоніфікованого морального конфлікту. Наступною особливістю є захисна поведінка, тобто відсутність легкості, відкритості, безпосередності у спілкування, що обумовлене не стільки способом вираження емоцій, скільки минулим психотравмуючим способом міжособистісного спілкування.

Народження дитини із явними психосоматичними особливостями розвитку – це поштовх для батьків, що спричиняє афект «переживання горя». І тут внутрішня духовна робота матері та батька над собою – це вирішальна умова здолання вказаної проблеми і доброго майбутнього сім'ї.

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

Кублер-Росс виділяв наступні стадії горя [49]: 1) заперечення; 2) угода; 3) гнів; 4) депресія; 5) прийняття. Даний підхід використаний для дослідження батьків дітей з порушеннями в розвитку [81; 83; 84].

На основі аналізу здобутих пошукових матеріалів висновуємо, що особистісне переживання матері відбувається стадійно. На першій стадії – має місце емоційна дезорганізація, заперечення і навіть шок, тому матері відчують розгубленість, дезорієнтацію, безпорадність, виявляють почуття провини, самокритичність, незадоволеність собою.

Друга стадія – це неприйняття самого факту дитячої хвороби, що спрямоване на те, щоб зберегти свою надію на краще і посилити почуття стабільності в сім'ї під впливом несприятливого фактору. На цій стадії унагляється так звана «копінг-поведінка», тобто консультативна допомога, починаючи з медичних світил і завершуючи цілителями. Така фантастична віра у наявність «магічного засобу» спотворює сприймання особою реальної життєвої ситуації, блокує перебіг адекватної адаптації батьків до факту народження дитини з аномаліями психіки [74].

Третя фаза батьківського стресу – переживання горя (Р. Ф. Майрамян[30], Н. В. Мазурова[29], В. В. Котова [74]). Почуття гніву та горя може призвести до ізоляції, але в той же час може знайти вихід у формі переживання втрати. У матерів можуть виникати амбівалентні почуття, що спричиняють розвиток синдрому «хронічної туги(суму)». Даний синдром виникає в результаті тотальної залежності батьків від фізичних потреб і психічних запитів дитини, їхньої нездоланної фрустрації і самопригнічення внаслідок майже відсутніх позитивних емоцій й особливо добрих змін у дитини, «несоціалізованості» її психічного та фізичного дефекту. Вказана стадія вирізняється психодуховним станом стійкої депресії матерів.

Четверта стадія адаптації матерів до власної дитини пов'язана з емоційною реорганізацією, особистим прийняттям її інвалідності. Така переорієнтація енергії дає змогу батькам зосередитись на вихованні дитини з

інвалідністю. Тоді вони шукають програми і служби, які могли б бути корисними для їхньої дитини. Так формується позитивна установка до себе і долаються соціальні стереотипи у ставленні до дитини [35].

Не беручи до уваги масив індивідуально-психологічних особливостей, наявні усталені типи особистого реагування батьків на факт неповноцінності дитини: психічний удар, заперечення, агресивний напад, меланхолія, психічний опір або неприйняття. Спілкування з іншими батьками показує, що їхня реакція на неприємну звістку про дитину – це природна психічна реакція здорової людини на сильний чинник психотравмального змісту.

Отже, припускаємо, що в структурі дезадаптованості вищезазначених матерів можна виокремити: а) зовнішні фактори (умови та чинники): інвалідизація дитини, стресогенні взаєностосунки з іншими членами сім'ї чи родини, низький ступінь особистої самоктуалізації в соціумі, розлади в сімейному довіллі (чоловік залишає сім'ю, конфлікти з батьками), утруднене спілкування з малознайомими людьми в екстремальних життєвих ситуаціях; б) внутрішні чинники: наявність внутрішньоособистісних конфліктів, моральних дилем (між власними почуттями та обов'язком), репресивність, агресивність, тривожність, акцентуації характеру; в) соціально-психологічна дезадаптованість матерів проявляється в їх ставленнях до дитини-інваліда.

Таким чином, дезадаптованість матерів, котрі доглядають дітей з інвалідністю, виявляється через деструктивні поведінку в соціумі та дезадаптовані ставлення до дитини і в їх негативних психофізичних, психічних проявах. Відтак «узагальнений», себто типовий, психологічний портрет зазначеної категорії матерів містить виражену стурбованість, високий рівень тривожності, слабкість, хиткість емоційно-почуттєвих структур, соціальну боязкість, підозрілість до інших.

## **1.2. Феномен дезадаптованості матерів у ставленні до нащадків із фізичними і психічними обмеженнями**

Уявлення про внутрішній світ дитини і ставлення до неї як потенційної особистості – це фундамент компетентного виховання, що втілюється через виховні вчинкові впливи та способи спілкування з дитиною. Батьківське ставлення сутнісно становить цілісну систему різноманітних почуттів батьків, поведінкових стереотипів стосовно дитини, особливостей сприймання, витлумачення і рефлексування характеру вчинків, що виявляються у спілкуванні з нею [1; 8; 63].

Специфічним аспектом реалій батьківства є виховання дитини-інваліда, дитини з особливими потребами. Звичайно, що батьки повинні бути готовими до цілковитого прийняття особливої дитини, адже без цього неможливе прихильне ставлення до неї й подальший конструктивний процес її виховання. Ставлення до дитини з інвалідністю носить амбівалентний характер, часто-густо виникає гострий внутрішній конфлікт, посилюється сукупна невротизація [64; 75]. Почуття глибокої прив'язаності співвідноситься з явним чи прихованим почуттям провини стосовно дитини, яке має досить складну структуру, включає жалість до неї і неприязнь до навколишніх дітей, почуття «грамотної безпорадності» і безмірні моральні та фізичні зусилля.

Перерахуємо деякі труднощі, які здебільшого наявні у сім'ях, де виховують дитину з інвалідністю (вони часто постають як бар'єри особистого прийняття батьками власної дитини):

1. Відчуття-переживання батьками свого надмірного нервово-психічного навантаження, невпевненості стосовно майбутнього їхньої дитини.
2. Невідповідність поведінки дитини очікуванням батьків, і, як наслідок, виникнення в них роздратування та суму.
3. Дисгармонія та психічна регресія сімейних інтеракцій, взаємостосунків.

4. Істотне зниження соціального статусу сім'ї, що обмежує коло конструктивного позасімейного спілкування, відпочинку.

5. Недооцінка громадськістю насправді значних зусиль батьків щодо виховання, лікування дитини з інвалідністю [38].

До неадекватних різновидів стилю виховання дитини з особливими потребами доречно віднести такі: фактична відсутність належного догляду за дитиною; доповнення легковажного стилю некритичним ставленням до несхвального поведження дитини; надмірна опіка, що пригнічує самостійні дії дитини; ідентифікація дитини як «кумира», а тому потурання її надмірним бажанням; взаємозв'язок високих вимог до нащадка з фактичною неухважністю до її самісного внутрішнього світу; емоційне неприйняття (байдужість у поєднанні з жорстким поведженням з дитиною); непослідовність виховних впливів і дій, що має місце з боку різних учасників виховного процесу; стиль поведження з дитиною як із хворою особою, тобто виховання у «культурі хвороби» [47; 48; 38]. Очевидно, що вказані стилі виховання не спроможні сформувати повноцінну, психічно зрілу особистість.

Отже, оптимальним є таке виховне поведження з фізично чи психічно ослабленою дитиною, яке характеризується належною увагою до її бажань, думок, діянь, підтримкою її самостійних рішень і дій, готовністю виявити допомогу, вислухати та спілкуватися з нею і, разом з тим, розвинути впевненість у власних силах.

Розподіл функціональних обов'язків між чоловіком і дружиною, батьком і матір'ю в більшості українських родин носить в основному традиційний характер. Чоловік – батько хворої дитини – забезпечує в першу чергу економічну базу, себто матеріальний достаток, сім'ї. Тому психіка батька не піддається патогенному впливу так інтенсивно, як психіка матері, котра безперервно доглядає хвору дитину. Наведені характеристики, як правило, є найбільш поширеними. Але, безумовно, є і винятки. Емоційний вплив стресу на матір, яка народила хвору дитину, незмірно сильніший, ніж на батька. У матерів часто спостерігаються істерики, психічні зриви, депресивні стани.

Для них притаманні зниження психічного тону, занижена самооцінка, що виявляється у втраті перспективи домогтися професійної кар'єри [41].

Отожновоявлена ситуація – це випробування для підтвердження справжності почуттів між подружжям. І справді, відомі випадки, коли подібні труднощі згуртовували сім'ю. Однак частина сімей, не витримуючи випробування, розпадається, що негативно впливає на особистісний розвиток дитини з інвалідністю. Неповні сім'ї, в яких виховуються такі діти, становлять від 30% до 40% (див. [16; 23; 41; 50]).

Г. А. Мішина виокремлює щонайменше шість неадекватних моделей співпраці батьків з дитиною: ізоляваність, передбачувану взаємопов'язаність, мовленнєву взаємопов'язаність, «мовчазну співучасть», «вплив і взаємовплив», активний взаємозв'язок [36]. Показниками готовності батьків до корекційно-спрямованого виховання дітей з порушеннями розумових здібностей є їхня педагогічна грамотність, компетентна участь у виховному процесі, ціннісне ставлення до дитини [12; 15; 62].

Важкість і глибина психотравмальної дії дефекту дитини на психіку батьків визначається щонайменше їх більш низькою соціальною активністю порівняно з батьками інших, себто здорових категорій дітей.

За логікою системного підходу – готовність батьків до глибоко особистісного прийняття дитини визначається такими вчинковими діями: дозволом їй бути самодостатньою; увагою до її потреб і почуттів, умінням зрозуміти її; здатністю підтримати дитину її як окрему цінність; повагою до позиції дитини, вірою у її потенціал і можливості тощо. Саме благодатна сімейна атмосфера, коли безоцінно приймаються індивідуальні відмінності, коли любов і прихильність демонструються відкрито, а помилки дають змогу збагатити життєвий досвід, коли спілкування відкрите й довірливе і діє особиста відповідальність, то все це плекає почуття самоцінності в кожного члена сім'ї як особистості.

Материнське ставлення – особлива ціннісна позиція матері стосовно себе та своєї дитини, яка охоплює пізнавальний, емоційно-вольовий, конативний



ірефлексивний компоненти. Пізнавальний виявляється у тому, що батьки добре знають внутрішній світ дитини, її потреби, сильні і слабкі сторони. Емоційно-вольовий компонент виявляється у повному прийнятті батьками дитини з особливими потребами як окремої цінності. Конативний компонент уможлиблюється компетентною взаємодією батьків з дитиною, навчаючи її приймати відповідальний вибір. Комунікативний компонент відображає вміння батьків адекватно відповідати на поведінку дитини та вибирати такі форми звертання, які відповідатимуть індивідуальним особливостям дитини, вироблення продуктивних стилів спілкування [25; 56; 65].

А. В. Фурман, Я. Бугерко, С. Кучеренко [11, 28] та ін. виокремлюють ще й рефлексивний компонент, як здатність особистості осмислювати свої вчинки, думки, почуття. Ми не виділяли його окремо у структурі моделі соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, оскільки цей компонент має своє певне відображення у інших виділених нами компонентах запропонованої моделі. Адже при формуванні когнітивного компоненту, знань, уявлень про дитину-інваліда реалізується функція осмислення змісту когніцій. Емоційний компонент ставлень обов'язково включає рефлексію переживань (станів, емоцій, почуттів, що пов'язані з дитиною-інвалідом). Поведінковий компонент ставлень до дитини передбачає або проєктивний, або ретроактивний аналіз взаємин з дитиною. У ставленні батьків до дітей-інвалідів прийнятна рефлексія спілкування.

Кожне окреме ставлення матерів до дитини з інвалідністю має двополярний ресурс-потенціал (адаптивне – дезадаптивне). Загалом у побудові особистісного прийняття є підстави аргументувати такі складові дезадаптивних ставлень: а) неадекватне сприймання дитини на пізнавальному рівні, себто «інфантилізація» її психічного образу, намагання приписати її особистісно чи соціально до самостійності; б) системне емоційне ставлення, дещо «прийняття інколи нехтування», яке повага батьків до індивідуальності дитини, або навпаки, зайве її опікування; в) нав'язливі форми контролю за поведінкою дитини, так звана «авторитарна

гіперсоціалізація», що часто становить прихований авторитаризм, нав'язування нащадку своїх поглядів; г) міжособистісна дистанція у спілкуванні з дитиною.

Емпіричне вивчення батьківського дезадаптованого ставлення до дітей з інвалідністю показує, що майже у половини батьків високими є показники «інфантилізація», що вказує на наявність проблем у їх когнітивному світогляді. Високі величини складових симбіотичного ставлення та авторитарної гіперсоціалізації відображають проблеми у конативному складнику батьківського ставлення.

Особливо негативно на психіку матері, її особистісні особливості і ставлення до дитини впливає патологічний симбіоз, як неблагодатний тип дитячо-батьківських ставлень-стосунків, що налагоджуються із дитиною з інвалідністю. За психічної норми стадія симбіозу все більше змінюється автономією дитини. У ситуації аномального розвитку дитина тривалий час залежить від матері і тип ставлень, симбіоз розтягується на невизначений, пов'язаний з складністю дефекту, час. Ідентифікація матері зі своєю дитиною призводить до того, що доросла особа сприймає невдачі дитини, як свої власні, будь-яка несправедливість чи агресія стосовно нащадка, навіть якщо вона спричинена суб'єктивними враженнями, переноситься матір'ю на власне Я, занижує самооцінку, формує протестні реакції і підвищує рівень дії психічних захистів.

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

Позитивного ефекту у процесі корекції дезадаптованого батьківського ставлення до дитини з особливими потребами можна досягти шляхом цілеспрямованого та комплексного впливу на всі окреслені складники.

Особливості особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами слухнорозмежувати на адаптивні та дезадаптивні; суб'єктивні та об'єктивні, конструктивні і деструктивні.

Відторгнення – це форма особистого дезадаптивного ставлення, що наявна як неприйняття дитини, негативне ставлення до її особи. У батьків це ставлення має такі вияви, як роздратування під час контактування з дитиною, ігнорування її інтересів через дрібниці, або ж у прагненні покарати її.

За особистісного прийняття дитина з особливими потребами сприймається як суб'єкт соціальних стосунків, себто як особа-громадянин. Ані батьки, ні найближче оточення не фокусуються на інвалідності дитини, що діє сприятливо для її подальшої адаптації і самореалізації у соціумі. При об'єктивному прийнятті – це особистість, яка віддалена від турбот суспільного життя. За об'єктивного ставлення батьки прагнуть «сховати» дитину від усіх, що негативно впливає на її соціалізацію.

Отже, психологічний зміст особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами центрується довкола розуміння того, що інвалідність дитини упроблемнює життєдіяльність сім'ї, змінюючи її цінності, прагнення, психічні стани і вчинки батьків.

## **Висновки розділу 1**

1. Народження дитини з інвалідністю викликає у батьків соціально-психологічну дезадаптованість, яка становить стале порушення процесу їх адаптації, джерелом психічної напруги, внутрішнього дискомфорту та нестабільності перебігу психічних процесів. Все це може призвести до формування, переважно у матерів, негативних особистісних якостей та властивостей, зміни ставлень до дитини, появи тривожності, агресивності, репресивності, неприйняття себе та інших, конфліктності тощо.

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

3. Народження дитини з інтелектуальним дефектом чи психічним відхиленням є дестабілізуючим чинником психоемоційного стану батьків, що цілком закономірно. Адже в буденній свідомості ця подія здебільшого сприймається, як показник наявності невластивих людині рис-властивостей. До прикладу, в батьків такої дитини навколишні підсвідомо констатують відхилення від норми і часто-густо сприймають їх, як психічно неврівноважених осіб або людей зі шкідливими моделями поведінки чи нетиповими звичками. Це, звісно, спричинює дестабілізацію у взаємодії між сім'єю та соціальним довкіллям.

## РОЗДІЛ 2

### СИСТЕМНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ МАТЕРІВ У СТАВЛЕННІ ДО ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

#### **2.1. Мета, завдання та організація дослідження психосоціальної дезадаптованості матерів, котрі виховують дитину з інвалідністю**

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

З метою вивчення психологічних особливостей соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, (оцінки їх ставлень до себе, до своїх дітей, до життєвої ситуації загалом), нами були дослідженні групи матерів, які виховують дітей-інвалідів. Дослідження проводилося на базі Тернопільського обласного центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями. У дослідженні взяли участь 35 родин, які виховують дитину з інвалідністю. Всі обстежувані були учасниками констатувального експерименту.

Проведення «експерименту з матерями, які виховують дитину-інваліда, має свою специфіку. Інколи неможливо провести класичне дослідження через труднощі налагодження контакту з обстежуваними матерями внаслідок їх високої тривожності та недовіри до оточуючих. На це вказують й інші дослідники» [60, с. 43-47]. Не менш складною проблемою був відбір методик дослідження особливостей соціально-психологічної дезадаптованості матерів у ставленні до дітей з інвалідністю.

У нашому варіанті ми досліджували зовнішні фактори (умови та чинники), які можуть формувати дезадаптованість матерів, що виховують дитину з інвалідністю, а це: сама інвалідність, соціальний статус, типи поведінки, сформовані в процесі життєдіяльності, стосунки між членами родини, соціальна ізоляція, низький ступінь особистісної реалізації в соціумі тощо. Неадекватне пристосування матерів до ситуації виховання дитини-інваліда може супроводжуватися низькою самооцінкою, неадекватними способами поведінки, низьким соціальним статусом, руйнуванням родинних стосунків, напруженими взаєминами з чоловіком та іншим членами сім'ї. Ці проблеми також були в полі зору нашого пошуку.

Для вирішення окресленого кола завдань у роботі також використовувалися такі методи, як аналіз результатів професійної, громадської діяльності жінок, їх спілкування, узагальнення незалежних характеристик.

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

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

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

Материнські ставлення до дітей з інвалідністю досліджувались за методикою діагностики батьківського ставлення А. Я. Варга, В. В. Століна тощо. Внутрішні чинники досліджувались за допомогою психодіагностичних методів (методика вивчення тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка, методика

діагностики показників і форм агресії А. Басса та ін.). Охарактеризуємо окремі з них.

Методика діагностики батьківських ставлень А. Я. Варга, В. В. Століна [54, с. 451-456] являє собою психодіагностичний інструмент, спрямований на розпізнавання зазначених ставлень [54]. Останні інтерпретуються як система різних думок, емоцій, дій та почуттів стосовно дитини, поведінкових схем і моделей, котрі застосовуються дорослими в спілкуванні з нею, особливості сприйняття і розуміння характеру її особистості.

Опитувальник складається з «5-ти шкал: «прийняття – неприйняття», «кооперація» (соціально бажаний образ батьківського ставлення), «симбіоз» (шкала відображає міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною), «авторитарна гіперсоціалізація» (відображає форму і напрям контролю за поведінкою дитини), «маленький невдаха» (відображає особливості сприйняття і розуміння дитини батьками).

Утім методика PARI (parentalattituderesearchinstrument) Е. Шеффер і Р. Белла в адаптації Т. В. Нещерет [54, с. 451-456] призначена для визначення ставлення батьків (перш за все матерів) до різних сторін сімейного життя. В методиці виділено 23 аспекти-ознаки, що стосуються різних сторін ставлення батьків до дитини і життя в сім'ї. Із них – 8 ознак, що описують ставлення до сімейної ролі і 15 – що стосуються батьківсько-дитячих відносин. Ці 15 ознак поділяються на три групи: перша – оптимальний емоційний контакт, друга – надмірна емоційна дистанція з дитиною, третя – надмірна концентрація уваги на дитині.

Рівень тривожності може виступати показником неадекватності між «Я-образом» і реальною поведінкою, суб'єктивною інтерпретацією реакцій інших людей у конкретній соціальній ситуації. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність матерів сприймати широке коло ситуацій як загрожуючі та реагувати на такі ситуації станом тривоги. Їх реактивна

тривожність характеризується напруженістю, хвилюванням, знервованістю, схильністю до стресів у певній ситуації.

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

Рівні тривожності за шкалою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна визначалися наступним чином: низький рівень тривожності (до 30 балів), середній рівень тривожності (30 – 45 балів), високий рівень тривожності (вище 45 балів) [45; 51; 54].

Вплив загострених акцентуйованих рис характеру (акцентуацій) на процес адаптації вивчений у дослідженнях К. Леонгарда, О. С. Лічко, С. І. Подмазіна [27; 29; 30; 37]. Слід підкреслити, що ними не виділяється універсальний тип особистості в адаптації. Існують вказівки лише на те, що труднощі в адаптації виникають при спрямованості впливу факторів у «місце найменшої протидії» кожного акцентуйованого типу [13; 61].

Таким чином, аналіз багатьох наукових досліджень показав, що успішність адаптації у конкретних умовах існування може визначатися й індивідуальними особливостями людини, її адаптивними психофізіологічними рівнями [7; 26; 33], сформованими за життя особистісними характеристиками: характером, темпераментом, здібностями, моральними установками [9; 10; 13]. В експериментальних дослідженнях нами також використано методику діагностики акцентуацій характеру К.



Леонгарда. Вона складається з таких відомих шкал: демонстративний тип, збудливий, гіпертимний, застрягаючий, емотивний типи та інші.

У процесі експериментального дослідження нами застосована методика діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Дарки, які запропонували «опитувальник для визначення важливих, на їх думку, форм агресії: фізичної агресії – використання фізичної сили проти іншої особи; вербальної агресії – вираження негативних почуттів через форму і зміст словесного апелювання до іншої людини; опосередкованої агресії – вживання шаржів пліток, жартів, сарказму, гнівливих висловлювань, що спрямовані проти іншої людини; негативізму – опозиційної форми поведінки, яка зорієнтована здебільшого проти достойника чи керівника, яка може зростати від пасивного опору до активних дій проти певних вимог, правил, законів; роздратування – спроможність та готовність при найменшому збудженні виявити різкість, грубість, підозрілість – схильність до недовіри; образ – вияв презирства, заздрощів або ворожості до навколишніх, які викликають негативні почуття, явне незадоволення кимось або всім світом за дійсні або вигадані страждання; почуття провини – відношення і дії стосовно себе та оточуючих, які слідують з можливого переконання самого обстежуваного у тому, що він є поганою людиною, ганебно поводиться – це вияв ауто агресії» [53, с. 174].

Для поглибленого вивчення особливостей внутрішньосімейної атмосфери та психодушевних особливостей матерів і дітей з інвалідністю нами були використані проєктивні (малюнкові) діагностичні методики. Матерям та дітям з інвалідними ознаками пропонувалася проєктивна техніка «Малюнок сім'ї» описана Д. Ділео, вона дає повну інформацію про суб'єктивну сімейну атмосферу досліджуваних, допомагає виявити ставлення членів сім'ї один до одного, сімейні стосунки, які продукують тривожність чи конфліктність, також позиції кожного члена сім'ї [22; 40; 42]. При інтерпретації рисунків зверталася увага на зміст, способи вираження, колір, форму, композицію, розміри, подібні специфічні особливості в материнських та дитячих рисунках. Таким чином передбачалося, що використання комплексу

психологічних методів та методик дозволить повною мірою вивчити предмет нашого дослідження.

## **2.2. Психологічні чинники психосоціальної дезадаптованості матерів дітей з обмеженими функціональними можливостями**

Для аналізу зовнішніх факторів дезадаптованості матерів, які виховують дитину-інваліда, нами використано анкету, з якої було отримано такі дані про вибірку досліджуваних: середній вік матерів – 38 років; з вищою освітою – 32,5%; з середньою спеціальною освітою – 55,9%; з середньою освітою – 11,6% (див. табл. 2. 1).

*Таблиця 2. 1*

### **Показники освіти матерів дітей з інвалідністю (n = 35)**

Категорії матерів дітей-інвалідів	Кількість матерів у %
Матері із вищою освітою	32,5
Матері із середньою спеціальною освітою	55,9
Матері із середньою освітою	11,6

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

На початку бесіди відчувалось їх сильне хвилювання, стурбованість, біль. Такі бесіди реалізовували психокорекційну мету. Матерям необхідно було дати певний час для того, щоб вони розповіли про наболіле, висловили різні

свої переживання, поплакалися тощо. Лише після цього вони могли більш об'єктивно висловлювати думки і давати відповіді на поставлені запитання.

У розповідях матерів дуже рідко наявна інформація про те, як вони відпочивають, як задовольняють культурні потреби (похід до кінотеатру, театру, ресторану, музеїв та ін.). Переважно матері, діти яких є клієнтами соціально-психологічних центрів реабілітації, відвідують зазначені заходи в контексті плану роботи таких центрів. Матері дітей з інвалідністю також мало уваги приділяють власному здоров'ю, не завжди відвідують салони краси чи заняття спортом. У психокорекційній роботі доречно діяти так, щоб навчити дитину піклуватися про себе, в першу чергу, матерям потрібно самим піклуватися про себе і бути для дитини прикладом.

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

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

На жаль, матері майже не розповідають про своє життя до народження дитини з інвалідністю. Багато з них характеризують своє теперішнє життя переважно, як негативне, з великою кількістю неприємних, прикрих ситуацій. Розповіді переповнені прихованими випадками з життя їх дітей: глузування з інвалідної дитини, байдуже, нечуйне ставлення лікарів, вчителів. Складається враження, що «весь світ» налаштований проти матері

та її дитини. Ми не можемо заперечувати правдивість цих розповідей, проте стійка фіксація на цих переживаннях негативно впливатиме на матір та формуватиме негативне ставлення до навколишнього світу й у дитини, що заважатиме її повноцінному розвитку та підкріплюватиме симбіотичні стосунки з матір'ю. Іноді у матерів дітей-інвалідів це може бути завуальована фаза гніву в особистому переживанні інвалідності дитини [72]. Важливо, щоб люди, що оточують матір з дитиною з інвалідністю, були більш уважні, турботливі, терпимі та чутливі до них в цей період.

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

Чоловіки – батьки дитини-інваліда, зазвичай, мало беруть участь у вихованні дитини з інвалідністю, нерідко недооцінюючи її можливості, не

сприймаючи статевої ідентифікації дитини, її потреби бажання. Нерідко на спонукання до взаємодії з дитиною-інвалідом реагують із непорозумінням, з подивом.

Для вивчення сімейної ситуації досліджуваних матерів дітей-інвалідів, було проведено проєктивну техніку «Малюнок сім'ї», описану Д. Ділео. У результаті зроблено наступні узагальнення: 1) у досліджуваних сім'ях наявні конфлікти, про що свідчать відповідні особливості зображені на рисунках матерів: бар'єри між фігурами, відсутність деяких членів сім'ї, ізоляція деяких фігур, члени сім'ї, що стоять спиною; 2) виявлено ворожість у сім'ї, що інтерпретувалася з таких елементів рисунків: зображення оберненого профілю або розведених в сторони рук члена сім'ї, переважання червоного кольору в зображенні; 3) наявні проблеми матерів з чоловіками-батьками дітей-інвалідів, які зображуються на задньому плані рисунка, відсторонено від сім'ї; 4) у деяких рисунках мати та дитина-інвалід зображені відокремлено від інших членів сім'ї, дана особливість характеризує симбіотичні стосунки між ними; 5) концентрація уваги матері на дитині-інваліді інтерпретується з рисунків, де зображена тільки дитина, а інші члени сім'ї відсутні.

Проєктивна техніка «Малюнок сім'ї», крім діагностичної мети, «виконувала також психокорекційну функцію. За її допомогою матері могли продемонструвати в соціально дозволений формі свої переживання: агресію, депресію, тривожність та зняти нервові напруження. Несвідомі внутрішні конфлікти та переживання легше виразити за допомогою зорових образів, ніж висловлювати вербально»[42, с. 162].

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

Водночас аналізуючи спеціальну літературу, ми встановили провідне значення тривожності для динаміки індивідуальних психологічних

особливостей матерів дітей-інвалідів. Оскільки тривожність є вихідною характеристикою, що створює внутрішню напругу, то і всі інші психодуховні стани та властивості-риси особистості виникають внаслідок дії цієї напруги чи трансформується в захисні механізми, акцентуації, в проявах агресії чи депресії [2; 4]. Це зумовило необхідність більш детального вивчення індивідуальних особливостей особистості матерів у зв'язку з тривожністю та поділу експериментальної групи для подальшого дослідження на групу високозбентежених та групу середньозбентежених матерів, які виховують дитину з інвалідністю (див. табл. 2. 2).

Таблиця 2. 2

**Підсумкова таблиця середніх значень акцентуацій характеру різних груп матерів дітей з інвалідністю за методикою Леонгарда-Шмішека (n = 35)**

Групи матерів	Типи акцентуацій характеру (у балах)									
	1-гіпертичний	2-застраючий	3-емоційний	4-педантичний	5-тривожний	6-циклотимний	7-демонстративний	8-неврівноважений	9-дистимічний	10-екзальтований
1-а група: високо-тривожні	10,7	13,1	19,0	12,5	14,2	15,9	12,6	14,1	13,4	15,2
2-а група: середньо-тривожні	13,4	11,8	18,6	12,2	10,8	11,3	14,7	8,4	9,7	12,0

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

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, встановлено, що за силою вираженості в матерів дітей-інвалідів переважає емотивний тип акцентуації. Засадовою особливістю емотивної особистості є підвищена чутливість і сильні реакції в сфері тонких емоцій. Таким жінкам притаманні м'якість, доброта, емоційна чутливість, висока емпатійність. Жінки цієї групи можуть вирізнятися певною демонстративністю, яскравими емоційними переживаннями при деякій поверховості хвилювань, нестійкості самооцінки, на яку може впливати значуще оточення. Матері із названим типом акцентуацій глибоко хвилюються при найменших прикрощах, що пов'язані з діяльністю, з інвалідністю дитини, вони занадто чутливі до зауважень з боку інших людей, особливо старших за статусом, до невдач під час діяльності.

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

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

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

Виходячи із проведених нами досліджень, є підстава для класифікації матерів дітей-інвалідів на наступні групи: 1) високотривожні, конформні, песимістичні, неагресивні, схильні до страхів, орієнтовані на

загальноприйнятій норми поведінки, залежні від впливів середовища; 2) низькотривожні, неагресивні, незалежні від зовнішнього впливу, орієнтовані на власну думку, суб'єктивно мотивовані, але з тенденцією до психоматичних захворювань. Під час дослідження нами не виявлено показників акцентуацій, що виходили б за межі норми, лише виявлені тенденції до вищезазначених акцентуацій.

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

Мінливість настрою з орієнтацією на особисту депресивність, що є основною характеристикою циклотимної акцентуації, може в основі мати високий показник особистісної тривоги, що провокує такі особливості настрою. Також виявлений прямий кореляційний зв'язок між дистимічною акцентуацією характеру досліджуваних матерів та особистісною тривогою. До складу характеристики даної акцентуації входить сконцентрованість на негативних аспектах життя, що виявляється у поведінці, спілкуванні, діяльності.

Для поглибленого вивчення емоційної сфери матерів, які виховують дитину з особливими потребами, нами проведено дослідження форм агресії за методикою А. Басса і А. Дарки. Результати емпіричного вивчення наведені в таблиці 2.3.



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

Таблиця 2.3

**Особливості агресивності матерів дітей з інвалідністю  
за методикою А. Басса і А. Дарки (n = 35)**

Групи матерів	Види агресивності (в балах)									
	Фізична	Вербальна	Опосередкована	Негативізм	Роздрагування	Підозрілість	Образа	Почуття провини	Індекс агресивності	Індекс ворожості
1. Високозбентежені (n = 21)	48,9	50,2	58,6	38,1	46,8	62,4	61,2	71,5	51,6	60,9
2. Середньо-збентежені (n = 14)	54,8	60,3	52,1	35,4	44,3	40,4	58,7	42,0	34,7	37,4

У 2-й групі матерів (з низьким рівнем особистісної тривоги), виявлено значно нижчий рівень агресії, порівняно з 1-ю групою, що вказує на їх більшу схильність та здатність до використання захисних механізмів.

Окрім того, нами проведено дослідження депресивних станів матерів дітей-інвалідів за методикою В. А. Жмурова. Результати його представлені в таблиці 2.4. Згідно з даними дослідження, у першій групі матерів, які

виховують дитину-інваліда, 7,2% мають виражену депресію, а в другій групі виявлену депресію мають лише 3,1% матерів.

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

Таблиця 2. 4

**Результати диференційної діагностики депресивних станів матерів, які виховують дітей з інвалідністю, отримані за методикою В. А.**

**Жмурова, в особах / % (n = 35)**

Групи матерів	1- депресія відсутня	2 – депресія мінімальна	3 – депресія легка	4 – депресія помірна	5 – депресія виражена	6 – депресія глибока
1-а група: високозбентежені	8 / 22,8	16 / 45,7	5 / 14,3	3 / 8,6	3 / 8,6	-
2-а група: середньозбентежені	10 / 28,6	18 / 51,4	4 / 11,4	2 / 5,7	1 / 2,9	-

Зауважимо, що вияв позитивних емоцій у них поверхневий або повністю відсутній. Характерними для них є дисфорія («погане перенесення»), похмурість, озлобленість, ворожість, незадоволеність, погані стосунки з оточуючими, роздратованість, гнів, агресія та руйнівні дії, розгубленість, гостре почуття безпорадності, нерозуміння найпростіших ситуацій і змін власного психічного стану, типова нестійкість уваги, тривога, незрозуміла самій людині, почуття та передчуття небезпеки, напружене очікування трагічного кінця. У таких жінок емоційна енергія подібна до стану «в середині все стиснуте в клубок...», а тривога супроводжується збудженням. Страх як психодуховний стан переноситься на все довкілля і проектується на оточення та може бути пов'язаний з певними об'єктами, людьми, подіями.

### **2.3. Ставлення як показник дезадаптованості матерів у стосунках із власними дітьми з інвалідністю**

Людина, з погляду гуманістичної психології, за своїм єством прагне до самовдосконалення, до поліпшення власного здоров'я, життєвої самореалізації, спроможна довільно й усвідомлено здійснювати свій вибір і нести персональну відповідальність за цей вибір-учинення. Цим ознакам відповідає образ адаптивної та успішної людини – активної, цілеспрямованої, оптимістичної, яка самісно приймає повсякденні рішення.

На думку одного з розробників методики соціально-психологічної адаптації (СПА) К. Роджерса, вихідною передумовою тривоги є її нерозуміння та неприйняття, вона сприймається, як загроза для образу «Я». Внаслідок захисних реакцій організм підтримує невідповідні переконання та поведінку. Людина може діяти, виходячи з цих переконань, нерозуміючи, чому робить саме такі вчинки. Невідповідність – це нездатність точно

сприймати реальність, нездатність або небажання точно повідомляти свої почуття іншому, проявляється у відчутті напруги та тривоги [69].

Поняття соціально-психологічної адаптації охоплює комплекс властивостей і рис-якостей особистості, які уможливають її конструктивну взаємодію із соціальним довкіллям. Такі властивості-риси, як інтернальність-екстернальність, психічна стійкість та особистісна відповідальність, рефлексивність і самокритичність є параметрами самоактуалізації, оскільки психічна активність і духовна енергія, її здібності спрямовані на пристосування до навколишнього середовища.

Народження дитини з інвалідністю є для батьків поштовхом до появи низки здебільшого деструктивних, негативних емоційно-почуттєвих станів. Виховання дитини з порушеннями у розвитку, особливо у важких випадках, ставить перед батьками додаткові умови та зобов'язання. Нерідко матері дітей-інвалідів залишають роботу, навчання через нагальність турбуватися про хвору дитину. У багатьох випадках з цих причин розпадаються шлюби, і матері постають один-на-один з проблемами, що виникають у процесі виховання дитини.

Відтак дезадаптованість матерів може позначитись на деструктивних, неадекватних типах ставлень до дитини-інваліда. А ставлення до дитини може бути показником і свідчити про рівень їх соціально-психологічної дезадаптованості. Для вивчення окресленої проблеми нами використовувалися методи усного і письмового опитування, психологічного спостереження, особистісні опитувальники: методика В. Століна, PARI, методика діагностики самооцінки Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна.

При цьому «батьківські ставлення розуміються нами, як система різних почуттів дорослих до дитини, поведінкових стереотипів, особливостей сприйняття і розуміння характеру та вчинкових дій дитини» [5, с. 251].

Результати дослідження ставлення матерів до дитини-інваліда подані в таблиці 2. 5.

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

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

Таблиця 2. 5

**Емпіричні результати материнського ставлення до власних дітей з інвалідністю, отримані за методикою А. Варга і В. Століна (у %, n = 35)**

Рівень тривоги матерів	Типи батьківського ставлення				
	Відторгнення	Соціальна бажаність	Симбіоз	Гіперсоціалізація	Інфантилізація
Високозбентежені матері	41,5	86,3	76,5	65,7	36,9
Матері із середнім рівнем збентеженості	44,2	87,3	62,3	55,7	33,4

Водночас у таблиці 2.6 подані показники материнських ставлень відповідно до виділених нами вище компонентів їх дезадаптованості. За результатами дослідження встановлено, що найбільше проявляються показники дезадаптованості в поведінковому компоненті матерів дітей-інвалідів обох груп (високотривожні та середньотривожні). Отримані результати дослідження вказують на недооцінку матерями соціальної активності дітей-інвалідів, нав'язуванні їм своєї точки зору, надмірний

авторитаризм поведінки. Можна стверджувати про існуючі проблеми у взаємодії батьків з дитиною, спроможність матерів до відповідального вибору.

Таблиця 2. 6

**Емпіричні результати повноти сформованості компонентів  
дезадаптованості матерів у єдності з типами їхнього ставлення до дітей з  
інвалідністю (у %, n = 35)**

Категорії матерів	Компоненти дезадаптованості матерів дітей-інвалідів			
	Емоційний	Поведінковий	Когнітивний	Комунікативний
	Типи батьківського ставлення			
	Відторгнення	Гіперсоціалізація, соціальна бажаність поведінки	Інфантилізація	Симбіоз
Високозбентежені матері	41,5	76,0	36,9	76,5
Матері із середнім рівнем збентеженості	44,2	71,5	33,4	62,3

Комунікативний компонент дезадаптованості також має високі показники прояву материнських ставлень, причому в групі високотривожних матерів показники вищі (76,5%), ніж у матерів з середнім рівнем тривоги (62,3%).

Показники дезадаптованості емоційного компоненту (високотривожні матері дітей-інвалідів – 41,5%, середньотривожні – 42%) вказують на проблеми матерів у прийнятті дитини з інвалідністю, на усвідомлення неповноторності індивідуальності дитини: дитина не є для батьків засобом самореалізації чи втримання партнера.

Виявлені також значимі показники когнітивного компоненту дезадаптованості матерів дітей-інвалідів, що є ознакою недооцінки матерями особистісного потенціалу дитини, приписування соціальної неспроможності. Дані особливості можуть виникати внаслідок недостатніх знань батьків про особливості розвитку дитини з інвалідністю, слабо розвинуту внутрішню рефлексію, що є причиною недостатнього розвитку вміння визначати потреби дитини, відокремлювати їх від особистих потреб.

Задля вивчення ставлення батьків (перш за все матерів) до різних сторін сімейного життя, нами була використана методика PARI. Аналізуючи результати дослідження та отримані показники констатуємо, що у високотривожних матерів найчастіше проявляються високі показники за шкалами: сімейні конфлікти, незадоволеність роллю господині в домі, домінування матері.

У матерів з середнім рівнем тривоги виявлено показники за наступними шкалами: обмеженість інтересів жінки рамками сім'ї, турботами про сім'ю, сімейні конфлікти, надавторитет батьків, незадоволеність роллю господині в домі, невключеність чоловіка в сімейні справи, домінування матері тощо. У той же час фіксуємо, що в другій групі за всіма шкалами показники вищі, ніж у першій групі.

Утім спільні домінуючі ознаки для матерів з середнім рівнем тривоги – це: сімейні конфлікти, незадоволеність роллю господині в домі, домінування матері. Також порівнювались середні оцінки за трьома групами шкал: оптимальний емоційний контакт, надмірна емоційна дистанція з дитиною, надмірна концентрація на дитині. Дані показники порівнювались за двома групами: високотривожних та з середнім рівнем тривоги.

Найвищі показники виявлені в концентрації середньозбентежених матерів на дитині з інвалідністю, яка займає весь інтрапсихічний простір матері. Також помітне зростання показників за шкалою найкращого емоційно-почуттєвого контакту у матерів з середнім рівнем тривожності. Пояснюємо це тим, що високо тривожні матері під дією внутрішніх особистісних негативних переживань відчують труднощі у налагоджуванні оптимальних емоційних контактів з дитиною, ніж середньотривожні. У них малорозвинута вербалізація своїх переживань, стимулювання дитини до активності та партнерських стосунків. Для профілактики та усунення таких явищ потрібно провести психокорекційну роботу з такими матерями.

## Висновки до розділу 2

1. У процесі дослідження виокремлено зовнішні чинники соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину з інвалідністю, а саме: взаємостосунки та повнота сім'ї, соціальна ізоляція, низький ступінь особистісної реалізації в соціумі, проблеми професійного самовираження тощо. Під час вивчення внутрішніх чинників дезадаптованості виявлено: групу високозбентежених та середньозбентежених матерів дітей з інвалідністю. Найхарактернішим типовим інваріантом акцентуації характеру для обох груп матерів є емотивний, що характеризується високою чуттєвістю і сильними реакціями в сфері емоцій. Також встановлено, що для високотривожних матерів характерні прояви широкого спектру акцентуацій характеру, що вказує на більш виражену дезадаптованість.

2. З результатів порівняльного аналізу показників соціально-психологічної адаптації встановлено: у матерів, що виховують дітей з типовим розвитком вищі показники за шкалами: самоприйняття, прийняття інших, інтернальності, емоційної комфортності, а показники за шкалою – прагнення



домінувати нижчі, ніж у матерів дітей-інвалідів. Це свідчить про те, що переживання психічної травми, викликані інвалідністю дитини, сприяє формування дезадаптованості матерів дітей з особливими потребами.

3. Встановлено, що найбільше значення мають показники ставлень матерів до дітей з інвалідністю за шкалою «соціальна бажаність поведінки». У високотривожних матерів, порівняно з середньотривожними, вищі показники за шкалами «симбіоз» та «авторитарна гіперсоціалізація», що вказує на тенденцію до вироблення матерями таких стратегічних тактик ставлення до дитини, що перешкоджають розвитку їх самостійності, творчості та адекватної самооцінки. У першій групі матерів високі показники в концентрації на дитині, тобто дитина з інвалідністю займає у них увесь інтрапсихічний простір. Виявлено переважання поведінкових тенденцій матерів дітей-інвалідів: до залежності, товаришкості, що вказує на їх намагання створити емоційні зв'язки як в групі таких же матерів, так і поза її межами. У матерів з високим рівнем тривоги виявлено й високий рівень агресії, що опосередкована підозрілістю, почуттям провини. Все це вказує на механізм зняття ними напруги шляхом реагування ззовні, драматизації переживань, демонстрації емоційних реакцій. У групі матерів середнім ступенем тривожності значно нижчий рівень агресії, порівняно з першою групою, що може спричиняти психосоматичні захворювання.

### РОЗДІЛ 3

## ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА ІЗ ДЕЗАДАПТОВАНИМИ МАТЕРЯМИ, КОТРИ ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ІНВАЛІДНІСТЮ

### 3.1. Засоби і техніки психосоціальної корекції особистої дезадаптованості матерів, які безперервно взаємодіють з особливою дитиною

Важливо пам'ятати, що не всі сім'ї потребують психокорекційних змін. Якщо сім'я може самостійно вирішувати труднощі, пов'язані з народженням дитини з інвалідністю, то психологічна допомога не може їй нав'язуватися. Проте, як свідчить практика значна частина таких сімей потребує психокорекційного впливу.

Нами виявлено, що значна кількість чоловіків-батьків, на жаль, залишають родини, в яких народжується дитина з інвалідністю. Е. Зукмен, наприклад, вважав, що в процесі піклування про дитину з порушеннями, мати, сама цього не бажаючи, віддаляється від чоловіка. Чоловік почуває себе покинутим, може звернутися за розрадою до інших жінок або, як мінімум, з метою емоційного самозахисту віддаляється від сім'ї [85].

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

роллю. З іншого боку, почуття провини та високий рівень тривоги, що характерні для матері дитини-інваліда, можуть викривляти реальність. Своєрідність дитини призводить до загальної незадоволеності роллю матері, і, як наслідок, можливі само звинувачувальні реакції та ріст внутрішньої конфліктності або побудова психологічних захистів та підвищення їх рівня» [76, с. 216].

Для успішної «психокорекції чинників соціально-психологічної дезадаптованості, що були виявлені в нашому експериментальному дослідженні (високих показників репресивності, тривоги, агресії; наявності несприятливих для розвитку дитини материнських ставлень), була розроблена психокорекційна програма спрямована на корекцію недоліків поведінки жінок-матерів, що виховують дитину з інвалідністю. Варто зазначити, що психокорекції мають підлягати показники (риси, властивості, ставлення), що не мають органічної основи та не представляють собою таких стійких утворень, які формуються достатньо рано та в подальшому практично не змінюються. На це вказують й інші дослідники»[42, с.7].

Запропоновані нами елементи психокорекційної програми подані у формі моделі психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дітей-інвалідів. Зміст психокорекційної роботи представлено трьома системно-рольовими блоками: просвітницьким (лекції, семінари, школа «Батьківства»), консультативним (індивідуальне, телефонне, дистанційне – форуми, мережі) та власне блоком корекційної роботи (індивідуальна та групова робота, бесіда, тренінги, психодрама, сімейна психокорекція арттерапія).

Завдання просвітницького блоку психокорекційної роботи з матерями було спрямоване на висвітлення основних закономірностей розвитку дитини, з її індивідуально-психологічними особливостями, із системними факторами та детермінантами, що зумовили порушення онтогенетичного процесу особистості. З метою ліквідації психолого-педагогічної неграмотності батьків організовувалася «Батьківська школа». Завданням даної програми було

інтенсивне навчання батьків дітей та молоді з функціональними обмеженнями важливим аспектом виховання, взаємовідносинам та реабілітаційного процесу. Роз'яснення батькам особливостей стану дитини та наснаження їх на створення сприятливих реабілітаційних умов – було також завданням психокорекційного експерименту.

Консультативний блок унааявлений індивідуальною психодидактичною формою роботи з матерями, що виховують дитину з інвалідністю. Психосоціальна організація «Консультативний центр для батьків» покликана була допомогти батькам знайти відповіді на новопосталі запитання, отримати алгоритмізовану низку рекомендацій відносно створення доброзичливих стосунків у сім'ї під час спілкування з дитиною. Індивідуальні консультації проводилися із задіянням фахівців із різних сфер (священників, психологів, педагогів, медиків).

До консультативного блоку увійшло також телефонне і суто дистанційне консультування. Нажаль, не всі батьки, передусім хто мешкає у віддалених регіонах, вчасно отримали тематично потрібну компетентну консультацію. Тому батькам пропонувалося зв'язуватися із тими чи іншими спеціалістами в телефонному режимі спілкування, або через Інтернет-мережу.

Блок психокорекційно спрямованої роботи полягав у створенні у просторі сім'ї найкращих умов для розвитку дитини. Головний акцент робиться на психологічну допомогу матерям дітей з інвалідністю. Мовиться про зниження особистісної дезадаптованості матерів, розпізнавання особистих деструкцій-змін у контексті їхньої підвищеної агресивності, переживання депресивних станів, неадекватного сприймання життєвої ситуації стосовно здоров'я та можливостей дитини. У цьому блоці вживалися два напрями – індивідуальна і групова форми психокорекційної роботи.

Індивідуальна форма роботи здійснюється у вигляді бесіди (низки бесід) чи частково структурованого інтерв'ю, а також серії індивідуалізованих занять психолога з матір'ю хворої дитини. На цьому етапі

соцпрацівник або психолог проводить діагностичне дослідження психологічних особливостей даної особи за допомогою спеціальних методик. Індивідуальні психотренінгові заняття дають змогу ознайомитися з історією життя даної жінки, виявити деякі особливості її характеру, ознайомитися з хронологією хвороби дитини, що витлумачується його мамою, правильно сформулювати проблеми, що наявні в конкретній родині, запропонувати допомогу (у вигляді навчання окремих прийомів і форм учинення, що можуть підтримати у важких життєвих ситуаціях, пов'язаних із проблемами дитини).

На етапі групової роботи психокорекційний вплив здійснювався не тільки з боку соціального працівника на кожну жінку-відвідувачку, а й усередині групи при суб'єктній взаємодії учасниць. Групові корекційні заняття проводяться у трьох зорієнтуваннях:

- збалансування взаємин між матір'ю та її дитиною;
- гармонізація внутрішньосімейних стосунків;
- розширення соціальних контактів родини, котра виховує дитину з відповідними відхиленнями у розвитку.

Групові форми психокорекційної роботи більш ефективні тоді, коли уможлиблюють одночасне обслуговування більшої кількості людей. Однак у підсумку вони є менш ефективними, ніж наявні види і техніки індивідуальної психотерапії.

За основу розробленої програми психокорекційного тренінгу для групової роботи з матерями, що виховують дитину з інвалідністю були взяті концептуальні дослідження інших психологів [6; 12; 14; 17; 43; 77; 78].

Тренінг складається з 15 занять, які мали мету:

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

4–5-е заняття – свідомісне створення образу дитини, подальші перспективи її психосоціального розвитку, доброго ставлення кожної матері до неї.

6–8-е заняття – мисленнєве опрацювання стосунків у сім'ї, з іншими членами родини, типологічних варіантів ставлень матерів до дитини.

9–14-е заняття – психокорекційна робота з особистісними порушеннями матері, котра доглядає дитину з інвалідністю. Пошук внутрішніх потенцій і ресурсів психокультурного розвитку матері. Висвітлення перспектив перенесення здобутого групового ментального досвіду на внутрішні сімейні стосунки, на ставлення матерів до дітей з інвалідністю. Насамкінець завершення психокорекційної роботи в групі матерів.

Отож, пропоновані нами засоби психокорекції почергово впливали на актуалізацію таких компонентів ставлення матері до дитини, як когнітивний, емоційний, поведінковий та на конструктивну зміну тих чи тих патологічних станів у дітей з інвалідністю.

До когнітивного компоненту нами віднесено знання про вроджену інвалідність дитини, про її вікові (типологічні) та індивідуальні особливості; про обізнаність з потребами та інтересами дитини в даному віковому періоді, про розуміння власних психодуховних станів у процесі її виховання. На розвиток цього компоненту ефективно впливають ті засоби і техніки психокорекції, рефлексії, що входять до змісту просвітницької та консультативної роботи.

Емоційний компонент обіймає повне емоційне персоніфіковане прийняття дитини як вищої цінності, всебічну рефлексію власних психодуховних переживань та психічних станів-тенденцій, здатність раціонально (правдиво) оцінювати свої психічні сили в конфліктних ситуаціях. На вказаний компонент і його розвиток впливатимуть засоби й техніки психокорекції, що входять до сегментів корекційної, просвітницької та консультативної роботи. З одного боку, нам вдалося підвищити обізнаність матерів щодо особливостей психосоціального розвитку дитини з

інвалідністю, що зменшило внутрішнє психічне напруження, а з іншого – шляхом проведення індивідуальної та групової роботи допомогли обомбатькам розрізнати власні емоційні переживання та зменшувати їх негативні прояви у повсякденні.

Поведінковий компонент характеризували вміння спілкуватися з дитиною, здатність взаємодіяти з нею, свідомо виконувати спільну мислєдіяльність на прості життєві завдання, рефлексувати свої вчинки. На розвиток цього компоненту, конструктивно впливають засоби і техніки просвітницького, консультативного та колекційного блоків роботи. Загалом після названих психокорекційних впливів змінювалися не лише емоційні стани матерів, а й їхні поведінка та ставлення до дитини з інвалідністю.

Традиційно основна увага приділялася самій людині з проблемами в розвитку, а інші члени сім'ї залишалися поза впливом. Такий підхід мало допомагає тим членам сім'ї, які не можуть справитися з ситуацією самотійно. Батьки дитини, що зіткнулися з подібним лихом, відчують безліч труднощів різного характеру. У зв'язку з цим представляється необхідною розробка таких форм психокорекційної роботи, за допомогою яких могли б бути успішно переборені чисельні внутрішньоособистісні конфлікти і проблеми батьків.

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

При розробці тренінгових занять нами був використаний елективний підхід, що об'єднує психотехніки з таких психотерапевтичних напрямків, як психоаналіз, психодрама, символ драма, арттерапія, клієнтоцентрований напрямок, сімейна психотерапія. Опишемо окремі тренінгові заняття.

#### Заняття 1.

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

#### I. Початок заняття.

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

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

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

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

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

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

II. Презентація самого себе, тобто самопрезентація. Це одна із відомих технік, що використовується при проведенні психодрами. Вона складається з серії коротких рольових дій, в яких головний виконавець (протагоніст) зображає самого себе [20; 31; 52; 66]. Ведучий пропонує кожному з учасників групи відрекомендуватися та коротко розказати про себе (зазвичай, учасниці говорять про те, що вони матері дітей-інвалідів, та акцентують увагу на хворобі дитини).

Наступний етап – пошук «соціальних ролей».

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



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

І лише невеликий відсоток матерів мають професію, що не пов'язані з соціально-психологічною, медичною та фізичною реабілітацією їх дитини. При відвідуванні дитиною денних центрів соціально-психологічної реабілітації матері мають можливість професійно ставатися, проте невелика їх кількість використовує цю можливість.

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

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

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

### III. Підведення підсумків заняття.

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

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

Психолог дякує за роботу групи, прощається до наступного заняття.

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

#### Заняття 4.

Мета: розвиток повного прийняття дитини з інвалідністю як самостійної індивідуальності (емоційний компонент), збільшення знань про дитину (когнітивний компонент).

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

#### I. Початок заняття.

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

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

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

#### II. «Моя ідеальна дитина».

Дана техніка містить елементи клієнтоцентрованого підходу К. Роджерса, а саме такі основні поняттєві конструкти, як «Я-ідеальне», «Я-реальне», «Самість» [24; 44; 46].

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

Батьки психологічно готуються до появи дитини: мріють про неї, уявляють її майбутнє.

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

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

III. «Моя реальна дитина» – син чи дочка.

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

Після того, як завдання буде виконано, проводиться обговорення.

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

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

IV. Підведення підсумків заняття.

Психолог (сопрацівник): «Сьогоднішнє заняття показало нам ресурси, яких ще не використовували. Ми помітили, що в образ «дитини мрії», в основному, батьки вкладають свої нереалізовані прагнення. Тобто, є сподівання, що майбутня дитина втілить все, що не вдалося батькам. А

реальна дитина може мати свої плани, мрії та прагнення. І дуже важливо підкріпляти її наміри та радіти її успіхам».

Зазначені види психокорекції проведені з метою закріплення отриманих навиків, допомоги матерям у конфліктних ситуаціях, що виникають та для подальшого прогнозування психокорекційної роботи. Після завершення психокорекційної програми для закріплення та узагальнення набутих теоретичних та практичних навиків учасникам були запропоновані додаткові зустрічі з психологами для проведення занять метою яких була підсумкова рефлексія.

#### Заняття 6.

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

##### I. Початок заняття.

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

##### II. «Сімейна світлина».

Всім учасникам пропонується по чергово презентувати вибрані світлини та розповісти, причину їх вибору, значущість для учасника і поділитися тими почуттями, які вони викликали.

Суттєвим виявляється «порядок презентованих світлин і те, як це здійснюється. Особливої уваги заслуговує по черговість: яка світлина являється першою, яка – останньою. Має значення швидкість показу, ступінь інтересу чи тривожності, а також поведінка (серйозна, сердита, з гумором)» [42, с. 451].

Психолог задає запитання про людей та місця, що зображені на світлинах, про загальний настрій, атмосферу. Пропонуються приблизно

наступні запитання: ««Хто ці люди на світлинах?»; «Чи пам'ятаєте Ви, що відбувалося під час фотографування?»; «Які відчуття викликало спільне дозвілля з сім'єю в цей день?»; «Хто робив цей знімок?»; «Що відбулося після того, як клацнув фотоапарат?»; «Розкажіть, будь ласка, про цю місцевість»; «Чому люди вдягнені саме так, а не інакше?»;» [ 42, с. 452].

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

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

### III. Підведення підсумків заняття.

Психолог (або соцпрацівник): «Я думаю, сьогоднішній день був цікавий та пізнавальний. Ви мали змогу подивитися на Вашу сім'ю під іншим ракурсом. Можливо, звернули увагу на ті речі, яким до цього не надавали великого значення. Маю надію, що знання, які Ви отримали, дадуть змогу зменшити непорозуміння та конфлікти у ваших сім'ях».

## **3.2. Продуктивність програмного впровадження психокорекції особистої дезадаптованості матерів, які виховують дитину з інвалідністю**

Для проведення експериментального дослідження нами були виділені такі добре відомі з наукових джерел показники дезадаптованості, як висока особистісна тривожність матерів дітей з інвалідністю, дещо завищені індикатори персональної депресивності, високі кількісні величини агресивності. Також нами були виокремлені деякі дезадаптивні батьківські ставлення до дитини. Всі наведені особливості були досліджені до участі матерів в психокорекційній програмі та після неї. Учасником у

психокорекційній програмі була експериментальна група матерів, які доглядають дітей з обмеженими можливостями, (всього – 21 особа). Для виявлення ефективності корекційної програми була створена контрольна група матерів (14 осіб), які також виховують вищезазначених дітей (не брали участь у зазначеній психокорекційній програмі).

Для дослідження змін у рівнях реактивної та ситуаційної тривожності матерів дітей з функціональними обмеженнями обох груп використали методику Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, результати яких подані у таблиці 3.1.

Із результатів дослідження виявлено, що рівень особистісної та ситуативної тривожності матерів експериментальної групи (ЕГ), порівняно із контрольною (КГ), значно знизився. Що пояснюється зняттям внутрішньої психологічної напруги, чому сприяли тренінгові заняття. Вправи тренінгу забезпечували вербалізацію внутрішніх переживань, груповий обмін досвідом, розуміння того, що глибокі негативні переживання притаманні всім членам групи, це суттєво знизило внутрішній дискомфорт та дало можливість усвідомити матерям експериментальної групи невідомі переживання та внутрішній незрозумілий страх. Встановлено, що зниження показників тривожності матерів дітей з інвалідністю спричинене об'єктивною оцінкою ними реальних життєвих обставин та подальших перспектив позитивного розвитку дитини і всієї функціональної структури сім'ї, а також зменшенню впливу-дії захисних механізмів психіки матерів та покращенню їхньої рефлексії. Зростання індикаторів низької тривожності у матерів дітей з інвалідністю експериментальної групи слушно пояснити або витісненням у частини матерів високої тривожності усферу несвідомого, що потребує більш ґрунтовної індивідуальної психокорекційної роботи, або ж бажанням окремих з них показати себе у кращому світлі, якнайкращим чином, тобто продемонструвати соціально бажану поведінку.

Однак, за допомогою бесіди та спостереження ми виявили ефективність здійснених нами впливів та заходів. В контрольній групі матерів дітей з

інвалідністю виявлено незначне зростання особистісної тривожності, що може означати певне зростання їх особистісної дезадаптованості. Для порівняння вибірових показників експериментальної та контрольної групи, та для вирішення питання про те, чи є статистично достовірні відмінності середнього їх значення, нами використаний t-критерій Стюдента. Його значення за показником особистісної тривожності матерів дітей з інвалідністю до та після психокорекційної програми рівнялось  $t = 2,24$ . Воно підтверджує те, що порівнювальні значення з обох вибірок показників особистісної тривожності дійсно статистично вагомі, а саме відмінні з вірогідністю допустимої помилки  $p < 0,05$ , тобто забезпечення точності підрахунків 95%, а припущання помилки майже 5%.

Для виявлення дієвості здійсненого психокорекційного впливу на батьківські ставлення матерів до дітей з інвалідністю нами використана методика А.Варга, В.Століна. Результати дослідження подані нами в таблиці 3.2.

Таблиця 3.1

**Особливості тривожності матерів дітей з інвалідністю до та після психокорекційної роботи (n<sub>ег</sub> = 21, n<sub>кг</sub> = 14)**

Показники тривожності	Рівні тривожності					
	Низький		Середній		Високий	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Реактивна тривожність у матерів (осіб / %) до експерименту	8 / 38,1	6 / 42,9	11 / 52,4	7 / 50,0	2 / 9,5	1 / 7,1
Реактивна тривожність у матерів після психокорекційної роботи (осіб / %)	12 / 57,1	6 / 42,9	9 / 42,9	7 / 50,0	0	1 / 7,1

Зміни реактивної тривожності (%)	19,0	0	-10,5	0	-9,5	0
Особистісна тривожність у матерів (осіб / %) до експерименту	4 / 19,1	3 / 21,4	14 / 66,6	9 / 64,3	3 / 14,3	2 / 14,3
Особистісна тривожність у матерів після психокорекційної роботи (осіб / %)	12 / 57,1	3 / 21,4	9 / 42,9	9 / 64,3	0	2 / 14,3
Зміни особистісної тривожності (%)	38,0	0	23,7	0	-14,3	0

У матерів з високим рівнем особистісної тривожності після участі в психокорекційній програмі виявлено помітне підвищення результатів за шкалою «відторгнення», що відповідає переходу значення до шкали «прийняття». Окрім того, з результатів дослідження можна зробити висновок, що у цих матерів знизилися показники за шкалами "авторитарна гіперсоціалізація" та "соціальна бажаність поведінки". Інакше кажучи, в батьківських ставленнях матерів до дітей зменшився авторитаризм стосовно дитини, знизилася бажання контролювати всі сфери її діяльності, утвердилося усвідомлення наявності в неї особистісного світу, відокремленого від материнського. Також можна стверджувати про зменшення «соціальних тривог» матерів, пов'язаних із страхом, що навколишні не сприйматимуть адекватно й гуманно дитину з інвалідністю та негативно ставитимуться до родин, в яких виховуються такі діти. Такі результати можуть бути наслідком участі матерів у психокорекційній програмі, де вони знайомляться з іншими батьками дітей-інвалідів, мають можливість обмінюватися досвідом та взнають про сучасні соціальні проекти, спрямовані на покращення умов життя та розвитку людей з інвалідністю.



У матерів дітей з інвалідністю із середнім рівнем тривоги за методикою діагностики батьківських ставлень А.Варга, В.Століна після участі їх в психокорекційній програмі спостерігалось зменшення показників за шками: "авторитарна гіперсоціалізація", "соціальна бажаність поведінки", «симбіоз», «інфантилізація». Такі зміни є позитивними в ставленні матерів до дітей з інвалідністю та зумовлені тим, що після корекції у них стало проявлятися більше прагнень допомагати дитині, співчувати їй, відчувати почуття гордості за дитину, вони підкріплюють ініціативу та самостійність дитини, намагаються прийняти точку зору дитини в спірних ситуаціях.

У чинному дослідженні виявлено також збільшення показників за шкалою «прийняття – відторгнення» як у високотривожних, так і у матерів з середньою тривожністю. Високі показники за даною шкалою є ознакою того, що в обстежуваних спостерігається позитивна динаміка в ставленні до дитини з інвалідністю: посилюється прийняття дитини такою, якою вона є, виникає неспірна повага до неї, підвищується симпатія та інтерес до її життєактивності.

Для порівняння вибірних величин ставлень матерів до дитини-інваліда за шкалою «відчуття-відторгнення» до та після психокорекційної роботи використаний  $t$  – критерій Стюдента. Встановлено статистично позитивні зміни за даним показником на рівні достовірності  $p < 0,05$ .

Таблиця 3.2

**Результати диференційного дослідження ставлень матерів до дітей з інвалідністю до та після психокорекційної роботи (за методикою А.Я. Варга, В.В. Століна)**

Групи тривоги матерів	Типи батьківського ставлення (в балах)				
	Відторгнення	Соціальна бажаність	Симбіоз	Авторитарна гіперсоціалізація	Інфантилізація

	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	ЕГ
Високотривожні до корекції (nЕг = 21,нкг =14)	81,0	85,7	42,9	50,0	71,4	76,6	90,5	85,7	76,2	78,6
Високотривожні після психокорекції (nЕг = 21,нкг =14)	90,5	85,7	28,6	57,1	81,0	78,6	76,2	92,9	85,7	78,6
Відмінність у показниках групи високотривожних матерів	9,5	0	-14,3	7,1	9,6	0	-25,7	7,2	9,5	0
Матері з середнім рівнем тривоги до корекції (nЕг = 21,нкг =14)	61,9	57,1	33,3	35,7	76,2	71,4	76,2	78,6	81,0	78,6
Матері з середнім рівнем тривоги після психокорекції (nЕг = 21,нкг =14)	85,7	64,3	28,6	42,9	66,7	71,4	66,7	71,4	71,4	85,7
Відмінність у показниках матерів з середнім рівнем тривоги	23,8	7,2	-5,3	7,2	-10,5	0	-10,5	-6,8	-10,4	7,1

Це свідчить про позитивний вплив психокорекційної програми на зміни ставлень матерів до дітей з інвалідністю.

Після формувального експерименту, нами були встановлені зміни в когнітивному, поведінковому, комунікативному та емоційному компонентах дезадаптованості матерів дітей з інвалідністю:

1) сприймання дитини на когнітивному рівні («інфантилізація»), у високотривожних матерів проявляється в намаганні приписати дитині особистісну та соціальну неспроможність зросло, у матерів з середнім рівнем тривоги спостерігалось зменшення показників за даною шкалою, після участі в психокорекційній програмі. Тобто, зменшення проявів дезадаптованості на

когнітивному рівні відбулось лише у середньотривожних матерів, що може бути пов'язане з тим, що у високотривожних матерів емоційні переживання потребують більш тривалої корекції, його роботи і лише тоді відбудеться їх позитивний вплив на когнітивну сферу.

2) інтегральне емоційне ставлення («прийняття-відторгнення»), відображає ставлення матерів до індивідуальності дитини. За даними формувального експерименту в обох групах досліджуваних матерів (високотривожних та середньотривожних) після участі в психокорекційній програмі показники за шкалою «прийняття» збільшились, що вказує позитивні зміни в прийнятті матерями дитини-інваліда, підтримки її інтересів та прагнень.

3) форми та спрямованість контролю за поведінкою дитини («авторитарна гіперсоціалізація», «соціальна бажаність поведінки»), проявляються, як правило в авторитаризмі, в нав'язуванні дитині своєї точки зору. За результатами колекційного експерименту видно, що у матерів дітей-інвалідів спостерігається зниження надмірного контролю за поведінкою дітей. Причому, у високотривожних матерів показники покращення поведінкових конструктів дещо вищі, ніж у середньотривожних може бути зумовлено стабілізацією рівня тривожності після тренінгових занять.

4) міжособистісна дистанція у спілкуванні з дитиною («симбіоз»), яка характеризується такими чинниками як потяг до симбіотичних відносин з дитиною [54], за результатами корекційного експерименту зазнала зниження показників у групі матерів дітей-інвалідів з середнім рівнем тривожності. Високотривожним матерям для зниження показників за шкалою «симбіоз» рекомендовано продовжити заняття в психокорекційній груповій тренінговій роботі.

Отже, за отриманими результатами психоформувального експерименту висновуємо про наявну достатню ефективність пропонованої нами психокорекційної програми, яка спричинила суттєве зниження психосоціальної дезадаптованості матерів, котрі доглядають дітей з інвалідністю.

### Висновки до розділу 3

1. Виявлені позитивні зміни в емоційному та поведінковому компонентах дезадаптованості в обох груп (високотривожних та середньотривожних матерів дітей з інвалідністю). Покращення показників на рівні когнітивному та комунікативному після психокорекційної програми відбулось лише у групі середньотривожних матерів. Високотривожні матері, що виховують дітей з інвалідністю потребують більш тривалої психокорекційної роботи, що пов'язано з високим рівнем прояву у них негативних емоційних тенденцій.

2. У групі досліджуваних матерів дітей з інвалідністю спостерігаються позитивні зміни щодо депресивних переживань. Зазначене можна пояснити тим, що у зв'язку зі зниженням показників тривожності та зменшенням захисних механізмів матері перейшли в своєму психологічному стані з проживання втрати чогось важливого (втрати мрій та сподівань) до прийняття дитини з інвалідністю.

3. Запропонована та експериментально апробована програма психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості матерів дітей з інвалідністю, що була спрямована на отримання позитивних змін в її когнітивному, емоційному, комунікативному та поведінковому компонентах, дала позитивні результати. Відбулися позитивні зміни в батьківських ставленнях матерів до дітей з обмеженими можливостями, їх соціальної активності, прийнятті дитини.

## ВИСНОВКИ

1. Розвиток сучасного суспільства, що відрізняється посиленням невизначеності, складності, новизни та динамізму, все більше вимагає від особистості напруження адаптаційних ресурсів, активізації цілеспрямованих зусиль для забезпечення ефективної взаємодії з постійно змінюваним довкіллям. Це зумовлює необхідність подальшого вивчення адаптивності як стійкої властивості особистості, що становить внутрішнє підґрунтя її спроможності до пристосування за будь яких умов життєдіяльності та готовності нівелювати неузгодженість у системі взаємодії із середовищем.

2. Адаптація, як відомо, це процес пристосування до мінливих умов зовнішнього середовища. Водночас соціально-психологічна адаптація є прилаштуванням особи під групові норми, й, навпаки, донесення інтересів соціальної групи до окремого індивіда. Соціальна адаптація — це й активне пристосування особистості до умов середовища і результат цього процесу. Безпосереднім поштовхом до початку процесу такої адаптації частіше за все стає усвідомлення особистістю чи соціальною групою того факту, що опановані у попередній діяльності стереотипи поведінки перестають забезпечувати досягнення успіху, тому актуальною стає зміна поведінки відповідно до нових вимог.

3. Водночас психосоціальна дезадаптованість – це чинник, який викликає у батьків (передусім у матерів), факт народження в них дитини з інвалідністю. Дезадаптованість та особистісне переживання матерів тут тісно пов'язані, мають певну стадійність і зумовлені плетивом чинників: а) зовнішніми – інвалідизацією нащадка, дистресом членів сім'ї, низькою особистою реалізацією в соціумі, розладами подружніх стосунків та ін., труднощами спілкування із найближчим соціальним оточенням; б) внутрішніми – наявністю внутрішньоособистісних конфліктів (між почуттями та обов'язком), високою тривожністю, депресією, агресивністю

тощо. Утім дезадаптованість вказаної категорії матерів виявляється перш за все у їх неадекватному ставленні до дитини, а саме в таких векторах дезадаптованості: емоційної (через «ставлення» – «відторгнення»), поведінкової (у системі «ставлення» – «гіперсоціалізація», «соціальна бажаність поведінки»), когнітивної (через «інфантилізацію»), комунікативної (в ланцюжку «ставлення» – «симбіоз з дитиною»).

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

5. Встановлено, що психосоціальна дезадаптованість матерів найбільше оприявнюється деформованому ставленні до дитини із обмеженнями у поведінковому та комунікативному складниках, що вказує на надмірний авторитаризм, недооцінку соціальної активності таких дітей і прагнення до симбіотичних стосунків. Також отримано значимі показники дезадаптованості в емоційному та когнітивному сферах, що підтверджує наявність у матерів проблеми прийняття дитини з інвалідністю, недооцінки її особистісного потенціалу, нехтування її соціальними можливостями.

6. Проведене порівняльне дослідження внутрішніх чинників соціально-психологічної дезадаптованості до та після участі матерів дітей з інвалідністю в психокорекційній програмі виявило, що рівень особистісної тривоги матерів значно знизився. Після формувального експерименту в групі високозбентежених матерів дітей з особливими потребами встановлено дещо підвищені показники депресії та водночас зменшення вербальної агресії, почуття провини і негативізму. Дану особливість можна пояснити тим, що в зв'язку із зниженням показників тривожності та зменшення впливу захисних механізмів вони перейшли в своєму психологічному стані з фази

агресії (гніву) у стадію депресії, що відповідає динаміці переживання втрати образу «ідеальної дитини» та рух у напрямку прийняття дитини з інвалідністю. В групі середньозбентежених показники депресії знизились, що вказує на внутрішню стабілізацію особистості матері та перехід даної групи до переживання прийняття інвалідності дитини, що в подальшому надасть можливість конструктивної взаємодії членів досліджуваних сімей.

7. Обґрунтування психокорекційної моделі соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дитину з особливими потребами підвищує рівень ефективних впливів на їхню стресостійкість та продуктивність й водночас посилить дію функціонування внутрішніх компонентів адаптивного ставлення до свого нащадка – когнітивного, емоційного, поведінкового, комунікативного.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология : учебное пособие для студентов вузов. Екатеринбург : Деловая книга, 2002. 704 с.
2. Адлер А. О невротическом характере : [пер. с англ. и нем.] А. Адлер. СПб.: Университетская книга: М., 1997. 250 с.
3. Айзенк Г.Ю. Структура личности / Г.Ю. Айзенк / Пер. с англ. О. Исакова, И. Авидон, О. Шеховцев, А. Шишко. СПб.: Ювеста. М.: 1999. 464 с.
4. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: зб. наук. пр. / за заг. ред. П.М. Таланчука, Г.В. Онкович. К.: Університет “Україна”, 2002. 339 с.
5. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев. М.: Наука, 1987. 380 с.
6. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алешина изд. 2-е. М.: Независимая фирма «Класс», 2007. 208 с.
7. Бех І.Д. Духовні цінності в розвитку особистості. Педагогіка і психологія. 1997. №1. С. 124 -129.
8. Божович Л.И. Проблемы формирования личности / Л.И. Божович: Под редакцией Д.И. Фельдштейна / Вступительная статья Д.И. Фельдштейна. М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж : НПО «МОДЕК», 1995. 332 с.
9. Бочелюк В.Й. Психологія людей з обмеженими можливостями: навч. посіб. для студ. вузів. Київ: ЦУЛ, 2011. 264 с.
10. Братусь Б.С. Про механизмы целепологания. Вопросы психологии. 1977. №2. С. 121 – 124.
11. Бугерко Я. Рефлексивна організація модульно-розвивального навчання. Вітакультурний млин: методологічний альманах. 2010. Модуль 11. С. 17 – 23.



12. Васьківська С.В. Соціально-психологічний супровід клієнтів: технологія ведення консультативного діалогу: навч. посіб. / С.В. Васьківська. Київ: В. Главник, 2006. 128 с.
13. Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей: Сборник упражнений для специалистов и родителей / Л. Ватерс, М. Ланзид, Э. Шонглер. Минск: Издательство БелАПДИ, 1997. 18 с.
14. Вачков И.В. Психология тренинговой работы: содержательные, организационные и методические аспекты ведения тренинговой группы / И.В. Вачков. Москва: Эксмо, 2007. 416 с.
15. Выготский Л.С. Мышление и речь. Собр. соч. Т.2. Москва: Педагогика, 1982. С. 5 – 361.
16. Вісник психологічної служби Київщини: випуск 2. Біла Церква : КОШОПК, 2010. 185 с.
17. Витакер Д.С. Группы как инструмент психологической помощи / Д.С. Витакер / Пер. с англ. В.П. Чурсина. Москва: Независимая фирма «Класс», 2006. 432 с.
18. Гермашева И.В. Педагогические условия реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Начальная школа. 2008. №2. С. 11 – 14.
19. Гордеева Т.В. Роль близкого взрослого в становлении образа «Я» у ребенка с задержкой психологического развития. Социально-педагогическая работа. 1998. №6. С. 47 – 52.
20. Глэддинг С. Психологическое консультирование. 4-е изд. СПб. : Питер, 2002. 736 с.
21. Гуманистическая и трансперсональная психология: Хрестоматия / Сост. К.В. Сельчак. Минск: Харвест. Москва: АСТ, 2000. 320 с.
22. Дилео Дж. Детский рисунок: Диагностика и интерпретация / Пер. с англ. Е. Фатюшиной. 2-е изд., испр. Москва: Апрель Пресс, Психотерапия, 2007. 256 с.

23. Дитина в прийомній сім'ї: нотатки психолога / Г.М. Бевз, І.В. Пеша. Київ: Український ін-т соціальних досліджень, 2001. 101 с.
24. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. Методическое пособие / Э.Г. Эйдемиллер / Под общей редакцией А.И. Вассермана. Москва: Школа Пресс, 1996. 635 с.
25. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції: зб. теорет. та метод. Матеріалів для працівників соціальних служб для молоді / упорядник І.Д. Зверєва, І.Б. Іванова. Київ: А.Л.Д., 1995. 96 с.
26. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. Киев: Высшая школа, 1987. 272 с.
27. Каткова Т. Соціально-педагогічний супровід проблемних родин: система роботи. Соціальний педагог. 2011. №4. С. 35-40.
28. Кучеренко С. Методологічні підходи до вивчення самосвідомості особистості. Вітакультурний млин: методологічний альманах. 2008. Модуль 7. С. 17 – 21.
29. Мазурова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на становление патологических черт личности ребенка. Дефектология. 1998. №2. С. 42 – 47.
30. Майрамян Р.Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей. III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. / под ред. В.М. Банщикова, Н.М. Шибанова. Москва: 1994. Т.2. С. 295 – 297.
31. Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем развития психологии). Москва: Рефл-бук; Киев: Ваклер, 2000. 320 с.
32. Марковская И.Ф. Задержка психического развития: клиническая и нейропсихологическая диагностика / И.Ф. Марковская. Москва: Компенс-центр, 1995. 198 с.
33. Маслоу А. Самоактуализация. Тексты / под ред. Ю.Ю. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. Москва: Изд-во Моск. Ун-та, 1982. 324 с.

34. Массанов А.В. Психологічні бар'єри в професійному самовизначенні особистості. Монографія. Одеса: Виданець М.П. Черкасов, 2010. 371 с.
35. Мастюкова Е.М. Ониждутнашейпомощи. Москва: Педагогика, 1991. 160 с.
36. Мишина Г.А. Путиформированиясотрудничествародителей с детьмираннеговозраста с отклонениями в развитии: автореф. дис. канд. пед. наук / Г.А. Мишина. Москва: 1998. 18 с.
37. Мясищев В.Н. Психология отношений. Москва: Институт практической психологии, Воронеж: НПО Модэк, 1995. 356 с.
38. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Л.В. Борщевська, Л.В. Зіброва, І.Б. Іванова та ін... Київ: Український ін.-т соціальних досліджень, 1999. 79 с.
39. Нижник Л. Допомога дітям з особливими потребами. Київ: Ред. загальнопед. газ., 2004. 120 с.
40. Обухов Я. Основи символдрами. Вступ до основного ступеня. Психол. інструментарій Київ: Главник, 2007. 112 с.
41. Олиферович Н.И., Занкевич – Кузьмина Т.А., Велента Т.Ф. психология семейних кризисов / Н.И. Олиферович, Т.А. Занкевич – Кузьмина, Т.Ф. Велета. СПб.: Речь, 2006. 360 с.
42. Осипова А.А. Общаяпсихокорекция : Учебноепособие для студентоввузов / А.А.Осипова Москва: ТЦ Сфера, 2004. 512с.
43. Основи практичної психології: підручник / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева [ та ін.]. Київ: Либідь, 1999. 536с.
44. Осухова Н.Г. Психологическоесопровождениесемьи и личности в кризиснойситуации. Школьный психолог: журнал / гл. ред. А.С. Соловейчик. 2005. №9. С. 2-16.
45. Пашукова Т. І. Допіра А.І., Д'яконов Г.В. Практикум із загальної психології / Т.І. Пашукова, А.І. Допіра, Г.В. Д'яконов. Київ: Знання, 2000. 204с.

46. Практикум по арттерапии / Под ред. А.И. Копытина. СПб. : Питер, 2000. 448 с.
47. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я: навч. посіб. / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк [та ін]. Київ: ІНКООС, 2002. 272.
48. Психология воспитания детей с нарушениями зрения / под ред. Л.И. Солнцевой, В.З. Денискиной. Москва: Налоговый вестник, 2004. 320 с.
49. Психологія життєвої кризи / відп. ред. Т.М. Титаренко. Київ: Агропромвидав України, 1998. 348с.
50. Психология семьи больного ребенка. Учебное пособие. Хрестоматия. СПб. : Речь, 2007. 400с.
51. Психолого-педагогическая диагностика / под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. Москва: Академия, 2003. 320 с.
52. Психотерапия женщин / под. ред. М. Лоуренс, М. Магуир. СПб.: Питер, 2003. 208 с.
53. Психотерапия: Учебник для вузов / Л. Бурлачук, А Кочарян, М.Жидко. СПб.: Питер, 2003. 472 с.
54. Райгородский Д.Я. (редактор-составитель)  
Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара. 2003. 672 с.
55. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. СПб.: Питер, 2000. 656 с.
56. Реабілітаційний супровід навчання неповноправних дітей : метод. посіб. / уклад. А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. Львів : Колесо, 2008. 144с.
57. Реан А.А. Практическая психологическая диагностика личности / А.А. Реан. СПб.: Изд-во Петербург. ун-та, 2000. 231с.
58. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс / Пер. с англ. Москва: ВЛАДОС, 1995. 529 с.
59. Романчук О. Дорога любові. Вид. 2-е. Львів: Свічадо, 2002. 128 с.

60. Роменець В.А. Маноха І.П. Історія психології ХХ століття / В.А. Роменець І.П. Маноха. Київ: Либідь, 1998. 988 с.
61. Рудинеско Е. Розладнана сім'я. / Пер. з фр. Київ: Ніка Центр, 2004. 232с.
62. Сабуров В.В. Технологическая модель подготовки родителей для повышения коррекционной направленности воспитания в семье детей с нарушениями интеллекта и пути ее реализации: автореф. дис. канд. пед. наук / В.В. Сабуров. Екатеринбург, 1999. 23 с.
63. Савина Е.А. Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии. Вопросы психологии. 2002. №6. С. 15-23.
64. Скворцов И.А. Психологические особенности родителей при неврологической инвалидности ребенка. Исцеление. Москва, 1995. Вып.2. С.397- 423.
65. Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями. Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1997. №2. С. 51-56.
66. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций. Семья и формирование личности / под ред. А.А. Бодалева. Москва: Просвещение, 1981. 115 с.
67. Существенные различия между умственной и психической неполноценностью Под. ред. Е. Титовой, Л. Божко. Минск: Издательство БелАПДИ, 1996. 11 с.
68. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии : практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачева. Москва: Гном-Пресс, 1999. 64 с.
69. Фрейджер Р. Фейдимен Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения. СПб.: Прайм - ЕВРОЗНАК, 2002. 864 с.

70. Фромм Е. Душа человека / Пер. с англ. / Е. Фромм. Москва: Прогресс, 1990. 269с.
71. Фурман А.В. Психодіагностика особистісної адаптованості: Наукове видання. Тернопіль: «Економічна думка» 2000, 197 с.
72. Фюр Г. «Запрещенное» горе. Минск: Вараксин А.Н., 2008. 78с.
73. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. 3-е изд. СПб.: Питер, 2006. 607с.
74. Чарова О.Б. Особенности материнского отношения к ребёнку с интеллектуальным недоразвитием. Дефектология. 1999. №5. С. 34-39.
75. Шибасева М.М. Самовизначення особистості в культурі як світоглядна проблема. Культура і світогляд. Вип. 11. Москва, 1981. С.28-36.
76. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына 2-е изд., перераб. и дополн. СПб.: Речь, 2005. 477с.
77. Ялом И., Лесц М. Групповая психотерапия. Теория и практика. 5-е изд. / И. Ялом, М. Лесц / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2009. 688с.
78. Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник. Київ: Либідь, 1996. 264 с.
79. Adler A. Social interest: A challenge to mankind. New York: Capricorn Books, 1994. 200 p.
80. Harris S.L. Families of the developmentally disabled: A guide to behavioral intervention. New York: Pergamon, 1983. 190 p.
81. Mary N.L. Reactions of black, Hispanic, and white mothers to having a child with handicaps. Mental Retardation, Oklahoma, 1990. 132 p.
82. Olchansky S. Chronic sorrow; a response to having a defective child. Social Casework. 1992. 199 p.
83. Searle S.J. Stages of parents reaction. Exceptional Parent, 1998. 302 p.
84. Seligman M. (Ed.). The family with a handicapped child (2nd ed.). Boston. Allyn & Bacon. 1991. 531 p.

85. Zucman E. Childhood disability in the family. World Rehabilitation Fund. Monograph No. 14, New York. 1982. 320 p.