

В. Й. Бочелюк, А. В. Турубарова

ПСИХОЛОГІЯ ЛЮДИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

*Рекомендовано
Міністерством освіти і науки України
для студентів вищих навчальних закладів*

Київ
«Центр учбової літератури»
2011

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.5я73

Б 86

*Гриф надано
Міністерством освіти і науки України
(Лист № 1/11-9207 від 04.10.2010 р.)*

Рецензенти:

Вісковатова Т. П. – доктор психологічних наук, професор, академік Української академії наук, завідувач кафедри диференціальної і експериментальної психології Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова;
Кокун О. М. – доктор психологічних наук, професор, завідувач лабораторії вікової психофізіології Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України.

Бочелюк В. Й., Турубарова А. В.

Б 86 Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб.– К.: Центр учбової літератури, 2011. – 264 с.

ISBN 978-611-01-0184-4

Проаналізовано теоретико-методологічні основи психології людини з обмеженими можливостями у межах спеціальної психології, окреслені предмет, об'єкт і завдання цієї науки. Також вказується на соціально-психологічні особливості людини з різними психофізичними порушеннями та основи її психологічної реабілітації.

Значна увага приділяється основам психологічної готовності вчителів до педагогічної діяльності з дітьми з психофізичними порушеннями, визначено зміст та психологічну структуру до такого роду педагогічної діяльності, методику її діагностики, а також систему корекційної роботи з підвищення рівня готовності вчителя до професійної діяльності.

Для студентів, магістрів, аспірантів та викладачів вищих навчальних закладів, широкого кола читачів.

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.5я73

ISBN 978-611-01-0184-4

© Бочелюк В. Й., Турубарова А. В., 2011.
© Центр учбової літератури, 2011.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
--------------------	----------

Розділ 1. Теоретико-методологічні основи психології людини з обмеженими можливостями у спеціальній психології	8
--	----------

1.1. Наукові підходи до проблеми психології людини з обмеженими можливостями	8
---	---

1.2. Предмет і завдання спеціальної психології	11
--	----

1.3. Методи дослідження психологічних особливостей людини з різними психофізичними порушеннями у спеціальній психології	13
---	----

1.4. Загальна характеристика інвалідів (людей з обмеженими можливостями) як соціальної групи	56
--	----

Розділ 2. Особливості розвитку людини з різними психофізичними порушеннями	65
---	-----------

2.1. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями опорно-рухового апарату	65
---	----

2.2. Особливості розвитку людини з порушеннями інтелекту і психічними захворюваннями	80
---	----

2.3. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями слуху	88
2.4. Особливості розвитку людини з порушеннями зору	92
2.5. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями роботи внутрішніх органів	95
Розділ 3. Основи психологічної реабілітації осіб з різними психофізичними порушеннями	108
3.1. Загальні психолого-педагогічні аспекти реабілітації людини з обмеженими можливостями .	108
3.2. Основні завдання психологічної реабілітації людей з різними психофізичними порушеннями	119
3.3. Психологічні проблеми сімейного виховання дітей з обмеженими можливостями	127
3.4. Методи корекції в системі психологічної допомоги людям з обмеженими можливостями	141
Розділ 4. Основи психологічної готовності вчителів до педагогічної діяльності з дітьми з психофізичними порушеннями	167
4.1. Стан проблеми психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності з дітьми з психофізичними порушеннями	167
4.2. Зміст та психологічна структура готовності вчителя до корекційно-виховної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями різного віку	210
4.3. Методика діагностики психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності	218

4.4. Корекційна робота з підвищення рівня психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями	226
Навчально-методичні матеріали	246

ВСТУП

В нинішній ситуації швидкоплинних змін суспільного ладу, складної економіко-політичної ситуації в країні, дуже важливо активно включатися в психолого-педагогічний процес за для соціально-психологічного розвитку дітей з обмеженими можливостями, сприяючи всебічному та гармонійному розвитку їх особистості. На сучасному етапі розвитку людства процеси гуманізації та демократизації потребують пошуку шляхів підвищення цінності життя людей з обмеженими можливостями. Ця проблема стоїть ще гостріше та делікатніше коли вона стосується дитячого віку.

Соціально-психологічні проблеми людей з обмеженими можливостями турбують сьогодні все прогресивне людство. Нестійка економічна ситуація, екологічна криза призвели до масового погіршення стану здоров'я дітей на всій території України. Зростає кількість дітей із відхиленнями психофізичного розвитку генетичного походження. В даний час науковці, практики стали приділяти багато уваги вивченню адаптаційних та компенсаторних механізмів особистості в умовах дефіцитарного розвитку.

Даний посібник дозволить читачам розширити об'єм психологічних знань зі спеціальної психології про дітей та дорослих з різними психофізичними недоліками. Пропонована книга – це спроба виокремити те загальне, що характеризує особливості психічного розвитку людей з різними психофізичними порушеннями, відповідно до категорій: порушення опорно-рухового апарату, порушення функцій слуху, порушення функцій зору, психічні захворювання та порушення інтелекту та порушення роботи внутрішніх органів. Автори сподіваються, що такий підхід дозволить глибше зрозуміти загальне й особливе в порушеннях психічного розвитку, усвідомити проблеми й перспективи психолого-педагогічного підходу в роботі з даною категорією осіб.

Посібник складається з чотирьох розділів. Перший розділ «Теоретико-методологічні основи психології людини з обмеженими можливостями у спеціальній психології» розкриває деякі наукові підходи до проблеми психології людини з обмеженими можливостями, предмет та завдання спеціальної психології, методи дослідження психологічних особливостей людини з різними

психофізичними порушеннями у спеціальній психології, а також представлення загальної характеристики інвалідів як соціальної групи.

Другий розділ «Особливості розвитку людини з різними психофізичними порушеннями» розкриває соціально-психологічні особливості людини з різними порушеннями, а саме з порушеннями опорно-рухового апарату, з порушеннями інтелекту і психічними захворюваннями, з порушеннями функцій слуху, зору та порушеннями роботи внутрішніх органів.

Третій розділ «Основи психологічної реабілітації осіб з різними психофізичними порушеннями» розкриває загальні психолого-педагогічні аспекти реабілітації людей з обмеженими можливостями, основні завдання психологічної реабілітації в роботі з даною категорією осіб, проблеми сімейного виховання дітей, а також деякі методи корекції в системі психологічної допомоги людям з обмеженими можливостями. Без вивчення психології дітей, що мають недоліки розвитку, педагогічну освіту не можна вважати повноцінною. Знання даної проблеми важливо як для педагогів загальноосвітніх і дошкільних установ, так і для шкільних психологів.

Четвертий розділ розкриває «Основи психологічної готовності вчителів до педагогічної діяльності з дітьми з психофізичними порушеннями», а саме стан проблеми психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності з дітьми з психофізичними порушеннями, зміст та психологічна структура готовності вчителя до корекційно-виховної діяльності з дітьми різного віку, методика діагностики психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності та особливості корекційної роботи з підвищення рівня психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями. Знання особливостей і можливостей дітей з різними недоліками розвитку дає педагогу й шкільному психологу засоби для корекції недоліків й допомагає уникнути непоправних помилок у визначенні шляху навчання й всього подальшого особистісного розвитку дитини.

Контрольні питання, якими завершується виклад кожного розділу, дозволяють перевірити ступінь засвоєння матеріалу.

Розділ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ЛЮДИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ У СПЕЦІАЛЬНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Наукові підходи до проблеми психології людини з обмеженими можливостями

Проблема інвалідності пройшла значний історичний шлях від тотального фізичного знищення з періоду античності до інтеграції осіб із обмеженими можливостями у сучасне суспільство. Розвиток філософських та медичних, а також педагогічних знань сприяло науковому розумінню психічного розвитку дітей із психофізичними вадами. Психологія людини з обмеженими можливостями в останні роки отримала широке визнання зокрема завдяки розвитку теоретико-методологічній базі та підготовки високопрофесійних спеціалістів-психологів у сфері спеціальної психології.

У сучасній соціально-психологічній науці існують різні підходи до теоретичного обґрунтування проблеми психології людини з обмеженими можливостями.

В межах проблеми інвалідності як соціального феномену (інвалідність – це «ненормальна» норма чи «нормальне» відхилення) проблема соціальної норми вивчалася такими вченими, як П. Бергер, П. Бурдьє, М. Вебер, Э. Дюркгейм, Т. Лукман, Р. Мертон.

Аналіз соціальних проблем інвалідізації в цілому розглядається з точки зору соціологічних концепцій більш загального рівня узагальнення сутності цього соціального явища – концепції соціалі-

зації. За основу взяті основні концепції інвалідизації, розроблені А. І. Мухлаєвою [204].

Основні соціологічні концепції інвалідизації:

1. Структурно-функціональний аналіз (Т. Парсонс, Р. Мертон, К. Девіс). Основними понятійними категоріями стали «інваліди», «діти з обмеженими можливостями». Основні ідеї полягали у соціальній політиці держави по відношенню до інвалідів, у їх соціальній реабілітації, соціальних службах та соціальній підтримці сімей.

2. Соціально-антропологічний підхід (Е. Дюркгейм) розглядався у таких поняттях, як «діти з обмеженими можливостями», «нетипічні діти». В основі підходу лежать ідеї про форми соціальних відносин, соціальні інститути та механізми соціального контролю.

3. Символічний інтеракціоналізм (Дж. Г. Мід, Ч. Кулі), в основі якого лежать ідеї символів, ролей, становлення соціального «Я», стереотипи та самоконтроль в межах поняття «інвалід».

4. Класична соціологічна теорія (М. Вебер, Н. Смерсер) розкриває ідеї: суб'єктивно осмислені дії індивіда, орієнтованого на поведінку інших людей; специфічні механізми соціальної адаптації осіб з обмеженими можливостями; визначення основних компонентів дивіації – людина, якій властива дана поведінка; норма чи очікування – критерій оцінки поведінки як девіантної, соціум, що реагує на дану поведінку.

5. Феноменологічна теорія (П. Бергер, Т. Луман, А. Шюц). Основними понятійними категоріями теорії стали «діти з обмеженими можливостями», «нетипічні діти». Дана теорія характеризується ідеями про процеси соціального конструювання реальності; специфіку повсякденного сприймання інвалідності, мислення та діяльності; агенти та продукт конструювання.

6. Концепція соціалізаційної норми (А. І. Ковальова) розкривається у поняттях «індивід з обмеженими можливостями», «соціалізація тих, хто не чує». В основі даної концепції лежить корекція відхиляючої чи запізнілої соціалізації на рівні конкретних соціальних груп та окремих індивідів; запізніла соціалізація як не придбання набору соціальних ролей дорослого, звуження меж самостійності, інфантилізм.

7. Біологізаторська концепція розвитку дитини (Л. С. Виготський). Основними понятійними категоріями концепції стали «нетипічна дитина», «дефект», «діти-інваліди». В основі даної

концепції лежать ідеї соціального виховання дітей з обмеженими можливостями; формування підходів психодіагностики по відношенню до дітей-інвалідів.

8. Нова теорія виховання (П. П. Блонський) розглядається в понятті «дефективність» та полягає у доказі наукової неспроможності теорії моральної дефективності, згідно якої моральне каліцтво визначалось як специфічне психічне захворювання, яке не пов'язано з іншими відхиленнями в психічному та фізичному розвитку дитини.

З точки розу психологічного підходу до проблеми інвалідності можна виділити декілька наукових теорій.

1. Індивідуальна теорія особистості (А. Адлер). Одними із основних понять в даній теорії в межах проблеми інвалідності є «почуття неповноцінності», «компенсація», «комплекс неповноцінності». Згідно даної теорії особи з вираженою органічною слабкістю чи дефектом намагаються компенсувати ці дефекти різними вправами та досягають значних успіхів в певній діяльності. Він вважав, що майже всі люди мають за мету подолання почуття неповноцінності, однак це почуття у деяких людей може бути надмірним та перерости у комплекс неповноцінності. В основі комплексу неповноцінності лежать три види страждань, які переживає особистість в дитячому віці: неповноцінність органів, надмірна опіка та знедолення з боку батьків.

2. Психоаналітична теорія особистості (З. Фрейд). Відомий психоаналітик вважав, що «комплекс неповноцінності» у психоаналізі майже не вживається. «Комплекс неповноцінності» має глибоко еротичні корені. Але більшою мірою почуття неповноцінності походить із відношення Я к свого Зверх-Я, будучи, так само як почуття провини, вираженням напруги між ними. Почуття неповноцінності й почуття провини взагалі важко відокремити один від одного. Дитина почуває себе неповноцінною, якщо помічає, що її не люблять, і точно так само дорослий. Звичайно матері, яким доля дала хвору або неповноцінну дитину, намагаються заповнити цю несправедливість надмірною любов'ю.

3. Теорія А. Р. Лурія про мозкову організацію вищих психічних функцій. Вчений, виходячи з теорії функціональних систем, сформулював загальні принципи мозкової локалізації вищих психічних функцій, які дозволяють передбачити та аналізувати різні їх порушення в залежності від локалізації ураження мозку. Більшість

атипій в том чи іншому ступені обумовлено порушенням мозкових процесів, тому їх вивчення повинно включати аналіз мозкової діяльності.

4. Асоціативна психологія (Е. Клаперед, М. Монтесорі). Основними поняттями в межах інвалідізації є «відхилення від норми», «діти з відхиленнями», «відстала дитина», М. Монтесорі вважає, що дитині необхідно надати умови для самонавчання та самовиховання. Вчитель повинен звільнитися від усіх упередженостей відносно «рівнів» та «типів», на які поділяються діти (з більшими чи меншими відхиленнями від норми). Йому потрібно в своїй уяві бачити єдиний нормальний тип, який живе в духовному світі. З погляду даного підходу у дітей з відхиленнями вищі духовні цінності сховані, і коли вони проявляються, то винагороджується віра вчителя, який передбачав їхню появу. У цих цінностях дитини вчитель бачить таку особистість, якою вона і повинна бути: невтомним працівником, з ентузіазмом. Дитині створюються особливі умови для приємних занять, оскільки активна діяльність необхідна для розвитку. Це допоможе відсталій дитині звільнитися від ознак регресії й здійснити перехід від неробства до праці, від пасивності до активності. Тільки праця й воля виправляють пороки розвитку, а тому всі дитячі установи повинні покласти в основу своєї діяльності саме ці принципи. Інакше діти, які видужали «відхилення від норми», і всі покращення сходять нанівець.

1.2. Предмет і завдання спеціальної психології

Психологія людини з обмеженими можливостями розглядається в межах окремої галузі психологічної науки, що вивчає закономірності психічного розвитку й особливості психічної діяльності дітей і дорослих із психічними й фізичними недоліками – спеціальної психології.

Спеціальна психологія – це галузь психологічної науки, яка вивчає своєрідність психічного розвитку осіб з психофізичними порушеннями [172].

Як окремі напрямки в неї входять: психологія розумово відсталих (олигофренопсихологія), психологія глухих і слабочуючих (сурдопсихологія), психологія сліпих і слабозорих (тифлопсихоло-

гія), а також почали розвиватися пізніше психологія дітей з недоліками мови, психологія дітей із затримкою психічного розвитку, психологія сліпоглухих і ще більше молодий – психологія осіб з недоліками опорно-рухового апарата. Спеціальна психологія, у свою чергу, входить як важлива складова частина в дефектологію – інтегративну наукову область, що охоплює проблеми різнобічного вивчення, виховання, навчання, підготовки дітей і дорослих з порушеннями фізичного й розумового розвитку до праці й самостійного життя в суспільстві [180,14].

На думку провідних українських вчених В. М. Синьова, М. П. Матвеевої, О. П. Хохліної, предметом спеціальної психології: «... є всі психічні явища, а саме: пізнавальні та емоційно-вольові психічні процеси, психічні стани та психічні властивості, які виявляються у різних формах активності людини – діяльності, спілкуванні, поведінці» [172,13]. Вони також зазначають, що: «... спеціальна психологія вивчає психічний розвиток особи в несприятливих умовах. Порушення розвитку під впливом таких умов є стійкою зміною параметрів функціонування психіки та темпів її вікової динаміки, що достовірно відрізняються від середніх значень, що характеризують певний вік» [172,14–15].

В завдання спеціальної психології входить: вивчення закономірностей і особливостей психічного розвитку дітей і дорослих з різними психічними й фізичними недоліками в різних умовах, і насамперед в умовах корекційного навчання; створення методів і засобів психологічної діагностики порушень розвитку; розробка засобів психологічної корекції недоліків розвитку; психологічне обґрунтування змісту й методів навчання й виховання в системі спеціальних освітніх установ; психологічна оцінка ефективності змісту й методів навчання дітей з недоліками розвитку в різних умовах; психологічне вивчення соціальної адаптації осіб з недоліками; психологічна корекція дезадаптації. У цей час найбільш актуальним завданням є розробка діагностичних методик, оскільки ця область залишається слабо освітленою [180,15].

Предмет та завдання спеціальної психології дозволяють виділити її структуру:

1. Психологія атипій розвитку (розділ, який присвячений опису та класифікації атипій розвитку). Як зазначає О. М. Усанова: «Під атипією нами розуміється розвиток, при якому виникають зміни

у вигляді відхилень чи порушень у функціонуванні когнітивних, емоційних та регуляторних процесів психіки» [196,13].

2. Психологія направленою та спонтанною пізнання при атипіях розвитку (розділ, який присвячений закономірностям пізнавальної діяльності при атипіях).

3. Психологія соціалізації при атипіях розвитку (розділ, який присвячений впливу атипій на зміст та якість життя людини) [196].

1.3. Методи дослідження психологічних особливостей людини з різними психофізичними порушеннями у спеціальній психології

Спеціальна психологія використовує адаптовані до контингенту досліджуваних методи збирання наукових фактів про психічний розвиток особистості з психофізичними порушеннями. Діагностика аномального розвитку дитини спрямована на визначення ступеня виразності психічної (інтелектуальної, емоційної, мовної) недостатності й на якісну оцінку структури дефекту з виділенням основного психопатологічного синдрому, на встановлення зв'язків його з іншими клінічними проявами, віком, соматичним і неврологічним станом дитини.

Як вказує О. М. Мастюкова [125,26] та інші вчені, діагностика відхилень розвитку ґрунтується на порівняльному аналізі загальних і специфічних закономірностей психічного розвитку нормальної й аномальної дитини. Діагностика носить комплексний характер, тобто при її проведенні враховуються дані клінічної медицини, дефектології, психології.

Всі психодіагностичні методи необхідно проводити з врахуванням структури дефекту дитини та дотримуватися основних принципів.

Л. С. Виготський [31,175], розглядаючи у своїй праці «Основи дефектології» граничний розвиток трудної дитини та її дослідження, виділив ряд принципів.

По-перше, основним принципом при вивченні розумово відсталі дитини вважає положення, що всякий дефект створює стиму-

ли для компенсації. Тому динамічне вивчення відсталості дитини не може обмежитися встановленням ступеня й ваги недоліку, але неодмінно включає облік компенсаторних процесів у розвитку й поведінки дитини.

По-друге, виняткову важливість при вивченні розумово відсталості дитини представляє її моторна сфера. Порушення моторної сфери можуть бути відсутні при розумовій відсталості й, навпаки, бути в наявності при відсутності інтелектуального дефекту. Принцип психокінетичної єдності (Ф. Шульц) у розвитку й поведінки дітей вимагає при вивченні розумово відсталості дитини неодмінно подвійної характеристики (інтелектуальної й моторної).

По-третє, дослідження розумово відсталості дитини повинне ґрунтуватися головним чином на якісному тесті, а не на кількісному визначенні дефекту. Завданням вивчення такої дитини є визначення типу розвитку поведінки, а не кількісного рівня, якого досягли окремі функції. Сам по собі інтелект не представляє чогось єдиного та цільного, а є загальним поняттям для різних якісних типів поведінки, форм діяльності. Число факторів інтелектуальної діяльності росте, разом з ним росте різноманіття дефектів і можливості їх заміщення.

По-четверте, будь-який органічний дефект реалізується в поведінці дитини як соціальне зниження її позиції. Ці вторинно-психологічні утворення (почуття неповноцінності й таке інше) повинні бути враховані при вивченні розумово відсталості дитини. Динаміка дефекту (компенсація, здатність змінюватися) визначається саме його соціально-психологічними ускладненнями.

В межах проведення експериментально-психологічних досліджень С. Я. Рубінштейн [163,60–62] виділив наступні принципи:

1. Принцип моделювання звичайної психічної діяльності, що здійснюється людиною в процесі праці, навчання, спілкування. Моделювання полягає у виділенні основних психічних актів і дій людини та організації виконання цих дій в незвичних, трохи штучних умовах.

2. Направленість на якісний аналіз психічної діяльності дітей. Тобто суттєво не те, вирішено чи ні завдання та відсоток виконаних завдань, а якісні показники. Ці показники свідчать про засіб виконання завдань, про тип та характер помилок, про відношення дитини до своїх помилок та критичних зауважень експериментатора.

3. Точна та об'єктивна реєстрація фактів експерименту. Реєстрація відбувається завдяки протоколу, в який записують дії дитини, її мовленнєві реакції, а також питання, прямі пояснення, репліки, що підказує експериментатор і таке інше.

З метою раннього виявлення дітей з проблемами в психофізичному розвитку та надання своєчасної допомоги Л. В. Кузнецова, Л. І. Переслені та Л. І. Солнцева [144, 402] сформулювали принципи, на яких слід опиратися при виборі психодіагностичного інструментарію:

1. Незалежно від мети обстеження перед його початком необхідно одержати певні відомості та матеріали. До них відносять:

- відомості про попередні етапи розвитку (психологічний анамнез);
- аналіз інформації, що отримана від родичів, лікарів, педагогів і інших зацікавлених осіб, про індивідуальні особливості внутрісімейних і соціально-побутових умов, про особливості поведінки в різних ситуаціях;
- відомості про стан здоров'я, у тому числі до моменту обстеження.

2. Психодіагностичне обстеження може проводитися з метою:

1) виявлення відхилень у психічному або психофізичному розвитку, які можуть бути причиною психічних захворювань, труднощів навчання, труднощів поведінки й таке інше;

2) контролю за динамікою психічного розвитку й успішністю застосування лікувальних впливів і засобів корекції й компенсації;

3) виявлення особистісних особливостей, що ускладнюють соціальну адаптацію;

4) рішення питань профорієнтації й профвідбору.

Основні принципи психологічного обстеження дітей з органічними ураженнями мозку розкриває В. І. Козьявкін:

- необхідно враховувати характер наявної в дитини клінічної симптоматики, особлива наявність рухових і мовних розладів, що впливає на вибір конкретних, адекватний для даних методик дослідження;
- принципове значення має рівень інтелектуального розвитку в дитини, що найчастіше також визначає підхід до психологічного обстеження;

- необхідно мати достатні відомості про мікросоціальне оточення дитини, особливостях системи виховання в родині, проблемах, пов'язаних з навчанням;
- практично в будь-якому психологічному тесті, розрахованому на обстеження дітей і підлітків є ряд процедурних вимог, пов'язаних з віком обстежуваних [87].

При розгляді нормативів вікового розвитку дітей до одного року Л. В. Кузнєцова, Л. І. Переслені, Л. І. Солнцева та інші вчені вказують, що психологічне обстеження може здійснюватися починаючи з 1,5–2 місяців постнатального розвитку. Протягом періоду новонародженості в дитини переважають різні рефлекси, що відображають стан і процеси дозрівання нервової системи. Виявлення відхилень від норми в цьому віці розглядаються невропатологом. Чим раніше діагностується сенсорна недостатність, тим вище можливості розвитку збережених ланок і компенсації з використанням неушкоджених аналізаторів. Після двох місяців з метою виявлення відповідності нормативам проводиться психологічне обстеження. Обстеження дитини першого року життя включає аналіз рівня розвитку: рухової та сенсорної сфери, особливостей маніпулювання із предметами, способів взаємодії з дорослими, емоційних особливостей та голосової активності. Основний метод обстеження – спостереження за реакціями дитини, її діяльністю з іграшками, особливостями спілкування з дорослими, емоційними проявами, способами вираження позитивних і негативних переживань. Психодіагностичне обстеження дітей від одного до п'яти років включає вивчення особливостей поведінки й діяльності, що дозволяє оцінити рівень розвитку: пізнавальної, емоційно-вольової, мовної та рухової сфери. Перед початком обстеження дитини цього вікового періоду необхідно переконатися, що в неї немає грубих порушень зору й слуху [144,410].

При обстеженні психічних функцій завжди важливо враховувати умови виховання дитини, її культурно-побутове оточення, характер спілкування. Методи обстеження варто обов'язково підбирати з урахуванням дефекту. Так, дітям з мовними порушеннями можна давати завдання за допомогою показу, не вимагаючи від них мовної відповіді [125,41].

При психодіагностичній роботі з дітьми та дорослими з психофізичними порушеннями треба спиратися на основні методи психології. Вибір того чи іншого методу виходить із завдань дослідження,

віку обстежуваних, а також характеру психофізичних порушень. Розкриємо кожен метод з точки зору доступності його застосування з даною категорією осіб.

1. Метод спостереження

Психолог спостерігає за учнем у процесі виконання ним різних видів діяльності: ігрової, навчальної, трудової та інших. На підставі даних спостереження ведеться щоденник, у який вносяться наступні відомості: дата, спостережувані факти, корекційна робота та її результати.

При психодіагностичному обстеженні велике значення має якісний аналіз особливостей виконання тих або інших завдань: проходження інструкції, можливості самостійного виправлення власних помилок, відношення дитини до успіху й невдачі, що виникають при рішенні завдань. Важливими характеристиками є реакції на перехід від простого до складного й навпаки.

На думку, Т. Г. Богданової [19,11], при вивченні дітей з відхиленнями в розвитку, зокрема дітей, що мають порушення слуху, цей метод здобуває ще більше значення, оскільки через обмеження контакту з випробуваним, обумовленою втратою слуху, ніякий інший метод не може бути використаний. Предметом спостереження можуть бути зовнішні компоненти діяльності – рухи, переміщення; мовні акти, включаючи особливості лексичного, граматичного й фонетичного складу мови; своєрідність міміки й пантоміміки; зовнішні прояви вегетативних реакцій. При цьому потрібно враховувати, що присутність спостерігача може міняти поведінку дітей, порушуючи її природність. Для того щоб цього не відбулося, можна використати апаратуру (кіно-, відеозйомку), як би замінюючи спостерігача; зробити його присутність звичним.

О. М. Мاستюкова звертає увагу на те, що при обстеженні дітей з підвищеною нервовою збудливістю, негативізмом, агресивною або імпульсивною поведінкою входження з ними в контакт може виявитися неможливим. У цих випадках використовується метод спостереження за поведінкою дитини в межах провідної діяльності [125,41].

Розкриваючи особливості застосування спостереження при дослідженні психіки сліпих, Є. П. Синьова зазначає: «Екстроспективне спостереження, спрямоване на вивчення життя і діяльності

людей, як науковий метод завжди має мету. Дослідник визначає основні питання. Які треба з'ясувати, і на їх основі складає схему протоколу спостереження, яка заповнюється в процесі або в кінці спостереження. Так, метою може бути вивчення особливостей мимовільної та довільної уваги слабозорих дітей. Дослідника цікавить з'ясування тривалості мимовільної та довільної уваги, її залежність від глибини порушення зору, матеріалу, який пропонується дитині для сприймання, від використання додаткових стимулюючих прийомів у навчальному процесі, вивчення зовнішніх проявів уваги. Протокол спостереження за слабозорою дитиною буде дещо відрізнятися від такого, за яким вивчається те саме питання стосовно зрячої дитини. Обов'язковим і своєрідним буде врахування питань про глибину порушення зору у дитини, вік, в якому воно настало, якість бачення при певному очному захворюванні, використання компенсаторних функцій збережених аналізаторів. Надалі ці дані зставляються з аналогічними даними про розвиток уваги дитини такого ж віку без зорового порушення» [169,36–37].

2. Метод опитування

При проведенні бесіди необхідні ясність мети й чіткість намічених питань. Бесіда повинна носити характер безпосереднього спілкування з дитиною. За допомогою бесіди можна виявити коло знань дитини про навколишню дійсність, а також особливості її орієнтування в просторі, часі, явищах природи й громадському житті. У процесі бесіди психолог довідується про схильності, інтереси, потреби дитини, про її взаємини з однолітками та дорослими.

На початку знайомства з дитиною зручно починати бесіду із простих ділових питань («Як твоє ім'я? Скільки тобі років? З ким ти дружиш?»). Такий підхід звичайно заспокоює дитину та в результаті вона швидко вступає в контакт із експериментатором [154,31].

Бесіди з батьками дитини можуть дати важливий діагностичний матеріал про його положення в родині, про умови та тип виховання, про її взаємини з батьками, однолітками й дорослими.

Застосовувати метод бесіди необхідно з урахуванням особливостей становлення мови дитини. Так, наприклад, більшість дітей з психофізичними вадами мають грубі порушення звуковимову й недорозвинення лексико-граматичної сторони мови, тому при проведенні бесіди необхідно враховувати індивідуальні особливості дитини, рівень її мовного й інтелектуального розвитку [144,319].

Можливості використання, при вивченні осіб з порушеннями слуху, методів бесіди й анкетування обмежені, оскільки ці методи пов'язані з одержанням інформації на основі словесного – усного або письмового – спілкування. Однак у дітей, що мають порушення слуху, метод бесіди дозволяє судити про рівень розвитку усного мовлення й про її особливості. З віком і підвищенням рівня розвитку мови стає можливим і більше широке використання методу бесіди [19,14].

3. Катamnестичний метод

Катamnез – сукупність відомостей про хворого, що збирають протягом тривалого часу. При складанні катamnезу звертається увага на аналіз клінічної картини історії хвороби, на ступінь дефекту, його якісну своєрідність, на динаміку розвитку дитини в процесі навчання, на її поведінку й спілкування. Шляхом бесіди з їх рідними й близькими з'ясовуються інтереси, схильності, взаємини в родині. Катamnестичний метод використовується для вивчення особливостей психіки дітей і після закінчення ними допоміжної школи. Так збираються, наприклад, відомості про динаміку подальшого розвитку особистості, про працевлаштування, про професійну стійкість, про поведінку на роботі, про участь у суспільному житті. Джерелом цих знань стають бесіди зі співробітниками по роботі або письмові характеристики з виробництва [154,31].

Дані збираються багатьма фахівцями й дозволяють більш точно встановити діагноз і прогноз розвитку. Вони дають інформацію про те, коли в дитини розвилосся мовлення, коли вона почала ходити, самостійно обслуговувати себе й таке інше. Все це має велике значення. Наприклад, пізні виникнення ходьби позбавляє дитину можливості вчасно довідатися багато чого про навколишній світ, позбавляє її самостійності, робить її залежним від дорослих. Затримка в розвитку маніпулювання із предметами або нездатність до нього також дуже обмежують досвід дитини. Досвідчений дослідник може виявити наявність яких-небудь дефектів у розвитку дитини вже зі слів батьків про поведінку дитини в родині. Ознайомлення психолога з тим запасом життєвого досвіду, з яким приходить дитина на дослідження, дає можливість краще зрозуміти роль наявного дефекту у всьому попередньому розвитку дитини [144,320].

4. Метод експеримент

На думку, А. Д. Виноградової, О. М. Липецької, Ю. Т. Матасова [154,30] та інших, втручання з боку експериментатора може носити характер перепитування, повторення завдання (це допомагає дитині уточнити власні думки), схвалення (добре, молодець, далі), питань («Чому ти так зробив?») або критичних заперечень, підказки, поради виконувати тим чи іншим способом, демонстрації, прохання працювати самостійно. Експериментатору не слід бути багатослівним і надмірно активним, його втручання в ході експерименту повинне бути стриманим і обережним.

При організації психологічних експериментів з дітьми, що мають порушення слуху, варто враховувати кілька важливих моментів. Необхідно забезпечити адекватне розуміння інструкції, тому що дитина може не зрозуміти або з зрозуміти неправильно пред'явлену їй словесну інструкцію. Щоб цього не було, при поясненні інструкції можна використати жестову мову. Для пояснення інструкції можна використовувати наочність, звертаючи особливу увагу на те, щоб в них не містилося підказки. Т. В. Розанова радить при проведенні експерименту із глухими дітьми використати попереднє завдання – відносно більше легке, але по суті таке ж, як основне. Тільки після того, як дитина правильно виконає попереднє завдання, можна приступати до основного. Велика увага треба приділяти підбору порівнюваних груп випробуваних. Необхідно брати до уваги умови виховання й навчання дитини (чи була вона у спеціальному дитячому садку, за якою програмою вчилася), час і ступінь порушення слуху, причини втрати слуху, дані про залишковий слух, рівень розвитку словесної мови, види мови, якими вона володіє (словесна, усна, письмова, дактильна); успішність, тип родини (мається на увазі наявність або відсутність порушень слуху в батьків). При порівнянні особливостей психічного розвитку глухих і дітей без таких вад, групи підбираються за принципом вікової відповідності, тобто випробуваними повинні бути глухі й діти, щочують, одного віку, що дозволяє зіставити дані про стан їхнього психічного розвитку [19,12].

При організації психологічних експериментів з дітьми, що мають порушення опорно-рухового апарату, як вважає І. І. Мамайчук [124,120–121], пропоновані дитині завдання повинні бути не тільки адекватні її хронологічному віку, але й рівню її сенсорного, мо-

торного й інтелектуального розвитку. В процесі психологічного обстеження особливу увагу варто звернути на рухові можливості дитини із ДЦП. Врахування фізичних можливостей людини з ДЦП є дуже важливим при психологічному обстеженні. Наприклад, при виразності мимовільних зайвих рухів – гіперкінезів, перед початком обстеження рекомендується провести спеціальні вправи, що сприяють зменшенню гіперкінезів. Пристосування для фіксації пози особливо важливі при обстеженні дитини з гіперкінезами (застосовуються спеціальні пояси, манжети, марлеві кільця, шоломи й таке інше).

5. Метод тестування

При обстеження широко використовуються проєктивні тести, що дозволяють підійти до розуміння агресивності, страхів, негативізму дитини.

Використання проєктивних тестів із візуальним стимульним матеріалом можливе в роботі зі слабозорими і передбачає як створення умов для малювання, так і спеціального підходу до оцінювання малюнка. В цьому випадку тифлопсихолог обов'язково повинен володіти знаннями про особливості уявлень та образотворчої діяльності слабозорих дітей, враховувати пояснення дитини під час малювання [169].

Для тестування глухих створюються так звані шкали дії та невербальні тести. Шкали дії зводяться до операцій із предметами. Невербальні тести часто не вимагають словесного спілкування експериментатора з випробуваним, інструкції до них даються у формі показу або жестами без участі усної або письмової мови [19,14].

Особливого значення набуває дослідження особливостей спілкування школярів із певними функціональними порушеннями організму, наприклад із фізичними вадами, які виражаються у порушеннях опорно-рухового апарату. Як показали результати досліджень О. В. Романенко [159] серед дефіцитарних шляхів формування Я-образу, як системи уявлень про власну особистість, школярів із церебральним паралічем є наявність комунікативних труднощів.

До питання про діагностичні методи психологічного дослідження спілкування звертались Ж. М. Глозман, О. І. Купреєва, В. О. Лабунська, О. І. Середа, Є. П. Синьова, Л. І. Солнцева та інші

[42;104;106;166;169;180]. Проблемою сімейних міжособистісних відносин хворих на афазію займалася Ж. М. Глозман. Особистісні установки хворих на афазію та їх родин досліджувалися нею за допомогою широко відомого в психологічних дослідженнях проєктивного тесту Розенцвейга, який складається з картинок, що зображують персонажів у ситуації фрустрації. Відповіді випробуваних кодуються за двома параметрами: спрямованість реакції (екстрапунітивна, інтрапунітивна та імпунітивна) і тип фіксації (на перешкоді, самозахисті і задоволенні потреби, тобто подоланні перешкоди). Експериментальні дослідження відмічають підвищену фрустрированість членів родини та низький рівень спроб рішення проблем самостійно. Також негативні установки членів родини, такі, як нереалістичні очікування, почуття провини, гіперпротекція, відчуженість, гіперкритичне і гіпертривожне відношення і таке інше, приводять до погіршення комунікативних можливостей, збільшенню емоційних труднощів хворого [42].

Для діагностики міжособистісних відносин в системі «вчитель – учень» О. І. Середа [166] використовує дві авторські методики – «Опитувальник для дослідження рівня усвідомленості у відносинах» і «Самооцінка відношення вчителів до учнів» та дві адаптовані – «Виховні реакції і установки вчителів» і «Адаптивність у відносинах з учнями».

Стосовно першої методики «Опитувальник для дослідження рівня усвідомленості у відносинах» вперше модель рівнів усвідомлення була запропонована Ф. Перлзом і містила в собі три зони усвідомлення себе (внутрішня), світу (зовнішня) і того, що знаходиться між ними (проміжна), тобто зона фантазії. Авторами даної методики була виділена модель концепції усвідомлення, придатна для діагностичних цілей, яка складається з п'яти наступних компонентів.

1. Почуття чужі. Вираження чи прояв емоційних процесів, потреб іншої людини до світу, до того, що вона відчуває і робить у ньому, у формі безпосереднього переживання. До них відносяться роздратування, нудьга, жалість, тривога, змішані, суперечливі почуття і таке інше.

2. Почуття свої. Власні емоційні процеси, що виражають цілісне відношення людини до інших і до самої себе у формі безпосереднього переживання. До них відносяться задоволення, повага, довіра, веселощі, любов, прихильність, тривога і таке інше.

3. Негативні почуття свої. Власні емоційні реакції, що визначаються системою цінностей особистості і її судженнями про дійсність у формі різного роду оцінок, що даються нею іншим людям в залежності від їх значимості. Вони представлені почуттями роздратування, занепокоєння, нетерплячості, відсутності чи втрати інтересу.

4. Вербалізації і пов'язані з ними дії. «Вираження словами» (опис) об'єктів, сцен, дій, відносин, досвіду і таке інше. Вони представлені внутрішніми діалогами, планами, припущеннями, фантазіями і пов'язаними з ними моторними діями.

5. Реакції на інших людей. Моделі взаємних дій, пов'язані причинною залежністю, при яких поведінка однієї людини є одночасно і стимулом, і реакцією на поведінку іншої людини чи інших людей. Ці моделі можуть бути вираженням як усвідомлюваних, так і неусвідомлюваних чи частково усвідомлюваних суб'єктивних намірів. До них відносяться паттерни участі, стилі комунікації, норми, клімат.

Також були виділені два інтегральних фактори. Перший інтегральний фактор – «усвідомленість зовнішньої зони» – являє собою суму показників за шкалами «реакції на інших людей», «негативні почуття свої» і зворотного показника за шкалою «почуття чужі». Другий інтегральний фактор – «усвідомленість внутрішньої зони» – є сума показників за шкалами «почуття свої» і «вербалізації».

Методика «Самооцінка відношення вчителів до учнів» створена на основі методу семантичного диференціала. Вона призначена для оцінки емоційного, раціонального і поведінкового компонентів відношення педагогів до чотирьох різних груп учнів, а також для оцінки допоміжного аспекту цих відносин. Дана методика була сконструйована за аналогією з методиками інших авторів, призначеними для діагностики особистісних відносин в інших, нешкільних ситуаціях [246].

Перша група учнів умовно названа «проблемні учні». Даній групі учнів педагоги дають наступні характеристики: невиховані, зухвалі, невстигаючі, замкнуті, недовірливі, недисципліновані, мають проблеми у відносинах, нетовариські, агресивні, неухважні. Друга група учнів умовно названа «безпроблемні учні». Цю групу учнів педагоги описують у такий спосіб: добрі, чуйні, товариські, дисципліновані, виховані, допитливі, відкриті, щирі, добре навча-

ються, активні, життєрадісні. Третя група учнів умовно названа «середні учні». До даної групи учнів педагоги відносять пасивних, спокійних, що особливо не виявляють себе, навчаються посередньо. «Ідеальні учні» складають четверту групу учнів і представляє свого роду еталон, з яким більшість учителів усвідомлено чи неусвідомлено співвідносять свої враження від взаємодії з реальними учнями і спираючись нього будують систему очікувань і оцінок при сприйнятті своїх підопічних.

У процесі статистичної обробки даних було виділено чотири первинних складових відношення вчителів до своїх учнів. Це емоційний, раціональний, поведінковий і розвиваючий компоненти відносин. Дані компоненти відображають різні аспекти відносин.

Емоційний компонент відображає самооцінку педагогами ступеня прояву наступного комплексу почуттів, випробовуваних на адресу учнів: повага – неповага, віра в здатності учня – сумнів у них, симпатія – антипатія, гордість – сором, радість – злість, задоволення – роздратування, довіра – недовіра, прийняття – неприйняття і близькість – відчуженість.

Раціональний компонент відносин відображає самооцінку педагогами таких характеристик відносин, як: розуміння – нерозуміння мотивів вчинків учнів, ступінь виразності уміння передбачити їх поведінку, наявність – відсутність спільної з ними мови, ступінь розслабленості – напруженості у відносинах з учнями.

Поведінковий компонент виражає самооцінку вчителями таких характеристик відносин, як: воля – несвобода у вираженні позитивних і негативних почуттів у присутності учня, схвалення – його осуд, контроль – відсутність контролю над його поведінкою, звертання уваги на його недоліки чи достоїнства, ступінь оцінювання учня.

Розвиваючий компонент відносин виражає самооцінку вчителями наступних характеристик відносин: облік – ігнорування почуттів і настроїв учня, прагнення – відсутність прагнення зрозуміти його, порівняння – відмовлення від порівняння з іншими учнями, вислуховування – переривання учня, уміння – відсутність уміння прощати його за провини, наявність – відсутність конфліктів у відносинах з ним.

Методика «Виховні реакції й установки вчителя» є авторською адаптацією методики, спочатку призначеної для вивчення відношення батьків до своїх дітей. Це методика PARI E. Шеффер і

Р. Белла в адаптації Т. В. Неццерет [166]. У її основі лежить ідея батьківського відношення як системи різноманітних почуттів стосовно дитини, поведінкових стереотипів, які практикуються у спілкуванні з нею, а також особливостей сприйняття і розуміння характеру й особистості дитини, її вчинків. На основі отриманих результатів було виділено три основних інтегральних типи установок і реакцій педагогів стосовно своїх учнів – установки на зміну, установки на неприйняття учнів, соціально-бажані установки.

Установка на зміну виражає невдоволення вчителів із приводу проявів волі й агресивності в дитини, бажання бачити її увесь час зайнятою справою і строге відношення до всіх порушень дисципліни. Установка на неприйняття виражає потребу вчителя в інфантилізації дитини, прагнення приписати їй особисту і соціальну неспроможність, недовіру до неї, бажання відгородити від труднощів, а також заохочення її залежності від вчителя і дратівливі реакції на адресу учня. Установки на соціально-бажані відносини виражають прагнення вчителя допомогти учню, співчуття йому, високу оцінку інтелектуальних і творчих здібностей, довіра до нього і заохочення його ініціативи і самостійності. Коли такі установки поєднуються з непорушеними особистісними границями вчителя й оптимальною дистанцією у відносинах, вони дозволяють надавати реальну допомогу учню і сприяють розвитку його самостійності. Якщо ж такі установки поєднуються з порушеними особистісними границями і надмірно короткою дистанцією у відносинах, то допомога вчителя може виявитися надлишковою і перетворитися в «підштовхування» і «витаскування» учня, що нерідко можна спостерігати в практиці шкільного життя.

Методика «Адаптивність у відносинах з учнями» являє собою авторську адаптацію методики «Внутрішньосімейна адаптивність», автор – В. С. Торохтій [185]. Вона орієнтована на виявлення тенденцій функціонування вчителя в системі відносин «вчитель – учні». Передбачається, що адаптивність вчителя в міжособистісних відносинах з учнями виражається в погодженості взаємин, тобто в досягненні, з одного боку, рівноваги між бажаним і дійсним, з іншого боку, гармонії й адекватності власних емоційних, інтелектуальних і поведінкових реакцій аналогічним реакціям своїх учнів.

Методика вимірює адаптивність у трьох взаємозалежних сферах: афективної (емоційна складова відносин), когнітивної (раціональна складова відносин) і поведінкової. Емоційна адаптивність вира-

жається в чутливості до переживань інших людей, адекватності власних емоційних реакцій, здатності витримувати емоційний навал в спілкуванні. Когнітивна адаптивність виражається в умінні знаходити спільну мову з партнерами і здатності прогнозувати їх поведінку. Поведінкова адаптивність виражається в умінні керувати своєю поведінкою у напружених ситуаціях міжособистісної взаємодії і враховувати поведінку іншого. Успішна чи висока міжособистісна адаптивність супроводжується емоційною близькістю, високим ступенем взаєморозуміння і розвинених умінь організації поведінкових взаємодій. Середній рівень адаптивності характеризується перевагою балансу між емоційним, інтелектуальним і поведінковим компонентами відносин. Низький рівень адаптивності характеризується значною неадекватністю емоційних і поведінкових реакцій, розбіжністю цілей і отриманих результатів.

Для визначення структури відносин особистості як суб'єкта ускладненого та неускладненого спілкування вченими В. О. Лабунською, Ю. О. Менджеричькою, О. Д. Бреус були адаптовані шкали міжособистісних відносин, розроблені у вітчизняній і закордонній психології. Пропонований набір методик діагностує основний спектр відносин. Набір методик включає наступні шкали, приведені в статті американських психологів [249], методики перекладені та адаптовані Ю. О. Менджеричькою. «Шкала прийняття інших» Фейя, спрямована на вивчення ступеня інтенсивності відносин прийняття інших людей; «Шкала ворожості» Кука-Медлей, розроблена для виміру інтенсивності відносин ворожості, агресивності і підозрливості; «Шкала доброзичливості» Кэмпбелла, застосовувана для діагностики ступеня інтенсивності відносин доброзичливості до інших людей; «Шкала довіри» Розенберга, спрямована на вивчення рівня довіри до інших людей, їх доброти, чесності, допомоги; «Шкала маніпулятивного відношення» Банта, розроблена для визначення того, наскільки людина схильна виражати маніпулятивне відношення до інших та «Опитувальник міжособистісних відносин Шутца», який дозволяє оцінити характерні для людини міжособистісні відносини: домінування – підкорення, зацікавленість – незацікавленість, емоційна близькість – відчуженість.

Для визначення психологічних труднощів спілкування В. О. Лабунською [106] був розроблений опитувальник «Соціально-психологічні характеристики суб'єкта спілкування», який дозволяє на основі п'яти груп характеристик спілкування скласти

профіль психологічних труднощів у сфері спілкування. До першої групи відносяться експресивно-мовленнєві особливості партнерів, друга група відображає соціально-перцептивні особливості, третя група включає судження, які описують відношення – звертання партнерів один до одного. Судження, які розкривають вміння та навички організації взаємодії складають четверту групу характеристик спілкування, і п'ята група дає уявлення про вплив на виникнення труднощів спілкування таких параметрів, як інтенсивність спілкування, кількість партнерів, наявність свідків спілкування, вік, стать статус.

В результаті отриманих даних В. О. Лабунською було виділено наступні характеристики суб'єкта ускладненого та неускладненого спілкування. Суб'єктом ускладненого спілкування виступає індивід, активність якого спрямована на фрустрацію соціальних потреб, розрив емоційно значимих зв'язків, створення внутріособистісної когнітивно-емоційної напруги. Для нього характерне перекручування розуміння себе та іншого, зміщення відносин, установок, ціннісних орієнтацій в напрямок знецінювання себе й іншого, демонстрація неадекватних емоційних реакцій, низького рівня емпатії. Наслідками активності суб'єкта ускладненого спілкування виступають тертя, конфлікти, що супроводжуються недосягненням мети, неотриманням бажаного результату. Суб'єктом неускладненого спілкування є індивід, у якого високо розвинені соціальні здатності й позитивний спектр його особистісних властивостей, а їх активність спрямована на задоволення соціальних потреб, встановлення емоційно значимих зв'язків, зменшення внутріособистісної когнітивно-емоційної напруги та на досягнення взаєморозуміння. Для нього характерна зміщення відносин, установок, ціннісних орієнтацій в напрямку особистісного, ціннісного, суб'єктного відношення до себе й до іншого; демонстрація емоційної сензитивності, високого рівня емпатії. Результатами активності суб'єкта неускладненого спілкування виступають такі форми взаємодії, як згода, кооперація, співробітництво, що супроводжуються досягненням цілей і одержанням бажаного результату обома партнерами [106].

У дослідженні, проведеному Ю. О. Менджерицькою [106], були визначені типи структури відносин і виявлення таких, котрі відповідають теоретичним моделям структури відносин до іншого суб'єктів ускладненого та неускладненого спілкування. Перший

тип структури відносин названий домінантно-маніпулятивно-ворожий. Він цілком відповідає теоретичній моделі структури відносин суб'єкта ускладненого спілкування. Другий тип структури відносин – приймаюче-доброзичливо-підкорюючий. Дана структура відносин відповідає теоретичній моделі структури відносин суб'єкта неускладненого спілкування. Третім типом структури відносин є домінантно-підозріло-зацікавлений з тенденцією до доброзичливості. Структура позначена як амбівалентна, тому що в неї з великою факторною вагою увійшли відносини, що складають теоретичну модель структури відносин суб'єкта як ускладненого спілкування, так і неускладненого.

На думку таких вчених, як А. М. Андреев, М. О. Мдівані, Ю. Я. Рижонкін [6] для оцінки якісної сторони спілкування необхідно розділення єдиного комунікативного акту на процеси прийому та передачі інформації, що дозволить з'ясувати внесок у спілкування кожного з партнерів за допомогою методики вимірювання комунікативної дистанції. Випробуваному пропонувалося оцінити кожного члена групи як партнера по спілкуванню за допомогою «техніки прямого шкалювання». В якості тестового матеріалу використовувалися дві крапки, розташовані на відстані 100 мм одна від іншої, відстань не повідомлялася і не була попередньо проградуїрована. Випробуваний повинен був оцінити інтенсивність спілкування, проводячи лінію потрібної йому довжини від однієї крапки до іншої. Такий прийом дає можливість випробуваному установити «комунікативну дистанцію» між собою і партнером. Для рішення задачі розділення комунікативного акту на процеси прийому і передачі інформації випробуваному пропонувалося дати дві незалежних графічних відповіді для кожного партнера, у першому випадку оцінюючи комунікацію з погляду комунікатора, у другому реципієнта. Аналіз результатів дозволив виділити три рівні комунікативних процесів у групі та дати їх характеристику.

До першого рівня відносять персональний в якому кожний випробуваний по відношенню до інших членів групи характеризується величиною середньої суб'єктивної комунікативної зони і її зрушенням до центра дистанції. Суб'єктивна комунікативна зона характеризує рівень інформаційної активності випробуваного як суб'єкта й об'єкта спілкування. Якщо суб'єктивна комунікативна зона характеризує інтенсивність інформаційної активності випро-

буваного безвідносно того, яку роль він виконує в процесі спілкування, то зрушення суб'єктивної комунікативної зони вказує на співвідношення процесів прийому і передачі інформації в інформаційній взаємодії. Зрушення комунікативної зони може служити показником індивідуального комунікативного балансу чи оптимального рівня інформаційної активності.

Другий міжперсональний рівень є величина реальної комунікативної зони, що характеризує ступінь інтенсивності інформаційної активності двох взаємодіючих партнерів. Високі значення реальної комунікативної зони говорять про те, що один партнер хоче одержати від іншого інформацію, а інший згодний її дати. Малі значення реальної комунікативної зони відображають зворотню ситуацію між партнерами. Зрушення реальної комунікативної зони вказує на рівень адекватності інформаційної активності між партнерами, один із яких виступає в ролі лідера даного процесу, а інший – у ролі відомого.

Третій рівень – груповий, відображає середні групові значення реальної комунікативної зони і її зрушення, що дозволяють дати характеристику комунікативних процесів у групі в цілому. Якщо величина середньої реальної комунікативної зони свідчить про рівень інформаційної активності членів групи, то її зрушення дозволяє деяким чином судити про згуртованість. Якщо переважають процеси прийому інформації, це свідчить про відкритість членів групи для інформаційних впливів.

Діагностику взаєморозуміння у значимих відносинах проводили А. А. Кронік, О. А. Хорошилова [99] вказуючи на те, що з мільйонів випадкових контактів між людьми лише деяким призначено перетворитися в міцні, життєво необхідні відносини, які називають значимими, а їх учасників – значимими іншими. Дану методику «Інтрига» вважають автори можна використовувати в роботі навіть з дітьми молодшого шкільного віку. Пропонована методична розробка заснована на наступних теоретичних положеннях: 1) про два рівні існування міжособистісних відносин – реальний і бажаний, 2) про три форми існування міжособистісних відносин – істинна, демонструюча та приписуюча, 3) про три основні параметри міжособистісних відносин – дистанції, валентності, позиції.

Методика «Інтрига» розроблена авторами для оперативної діагностики особливостей взаєморозуміння в діаді. За підсумками гри можуть бути визначені: ступінь задоволеності партнерів своїми

відносинами, домінуючі типи відносин, особливості взаєморозуміння в парі.

Така складова взаєморозуміння як проникливість вказує, наскільки адекватно партнери усвідомлюють почуття один одного. Проникливість характеризує комунікатора з точки зору, його здатності зрозуміти почуття партнера, а реципієнта – з погляду «прозорості», доступності його почуттів для розуміння іншою людиною. Зіставлення демонструючих відносин із істинними дозволяє побачити, наскільки відкрито, щиро виражають партнери свої почуття. Тут, як і в попередньому випадку, можна виділити два аспекти. У першому відвертість характеризує самого суб'єкта, його схильність до спонтанного вираження своїх почуттів; у другому – партнера, його здатність визвати на відвертість. Довіра як складова взаєморозуміння вказує, з одного боку, на те, якою мірою партнери довірливі до зовнішніх проявів почуттів і переконані у відвертості один одного, а з іншого боку – наскільки вони самі здатні вселити довіру до своєї поведінки, викликати в партнері певні думки з приводу почуттів, які приховуються за цією поведінкою.

Значимі відносини також вивчалися О. І. Купреєвою [104], якою була адаптована проєктивна методика «Я, Значимий, Інші» для людей з інвалідністю. Дана методика призначена для діагностики самовідношення, емоційно-ціннісного відношення до іншої людини. Один з етапів обробки даних містив у собі визначення й аналіз семи типів міжособистісних відносин: асертивний, дисгармонійний, комфортний, взаємодій, парний, залежний та егоцентричний.

Значний науковий вклад у дослідження розвитку міжособистісного спілкування сліпих внесла Є. П. Синьова. Результати дослідження міжособистісних стосунків сліпих старшокласників та робітників підприємств Українського товариства сліпих, показали, що в старшому шкільному віці їх залежність від стану зору вже не спостерігається. Це можна пояснити, по-перше, відносною однорідністю колективу (у свіх школярів є патологія зору) і, по-друге, тим, що в цей час змінюються ціннісні орієнтації, на перший план при виборі лідерів і тих, кому надають перевагу, виходять морально-вольові й інтелектуальні якості членів колективу. Кінцевий результат формування цих якостей від стану зору не залежить. Соціально-психологічні наслідки порушень зору виявляються найбільш виразно саме тоді, коли інвалід за зором потрапляє

у змішаний колектив, де працюють або навчаються сліпі й зрячі [169,332].

Як показує практика, причини проблем особистісного розвитку підлітка, можна пов'язати із труднощами освоєння нових відносин, нового періоду в житті дитини, вони можуть бути представлені комплексами в самих різних поєднаннях. Це й складні відносини з батьками й однолітками, і важке засвоєння процесу навчання в школі, який складно виокремити від міжособистісних відносин з однолітками, батьками й учителями.

Ряд вчених виділили чотири типи спілкування, що можуть сформуватися у дітей:

1. Нормальний тип (хороша взаємодія з дорослим, адекватні засоби спілкування, активне використання жестів і мови).

2. Сенситивний тип (слабкий інтерес до дорослого поєднується з надчутливістю до емоційних реакцій дорослих, контакт з дорослим часто уривається, що ускладнює спільну діяльність).

3. Некритичний тип (великий і непостійний інтерес до дорослого, легкий контакт, спроби привернути увагу і навіть керувати дорослим).

4. Аутичний тип (немає потреби в спілкуванні, не реагують на звернення, втручання дорослого тільки дезорганізуюватиме їх діяльність) [103].

В основі методологічного підходу для вивчення особливостей спілкування підлітків із фізичними вадами нами було покладено дані методологічні положення та ідеї В. О. Лабунської, Л. Е. Орбан-Лембрик. Розглядаючи комунікативні якості, які сприяють успішному спілкуванню, науковці дають їм різну класифікацію. В. О. Лабунська [106] виділяє такі характеристики спілкування, як експресивно-мовленнєві особливості партнерів, соціально-перцептивні особливості, відношення-звертання партнерів один до одного, вміння та навички організації взаємодії та такі параметри як інтенсивність спілкування, кількість партнерів, наявність свідків, вік, стать, статус. До якостей особистості, що забезпечують успішний комунікативний процес, Л. Е. Орбан-Лембрик [143] відносить перцептивні здібності, здібності встановлювати, підтримувати контакт, здібності оптимально будувати свою мову у психологічному відношенні. Дані групи здібностей можна співставити з виділеними нами комунікативними якостями, а саме

соціально-перцептивні, які представляють собою шаблонність сприйняття партнера, оцінка його почуттів та настрою, співвідношення дій і вчинків партнера з його особистісними якостями і таке інше; експресивно-мовленнєві – передбачають наявність та характер вербальних та невербальних проявів; інструментальні, що характеризують вміння та навички партнерів в організації взаємодії.

Оскільки порушення в процесі спілкування підлітків із фізичними вадами може відбуватися як зі сторони них самих так і зі сторони його найближчого соціального оточення, яким в даному випадку виступають однолітки, батьки та вчителі, то необхідно розглянути та виявити особливості спілкування підлітків із фізичними вадами в трьох соціальних системах «підліток – однолітки», «підліток – батьки», «підліток – вчителі». Також виявити в якій із систем є порушення виділених комунікативних якостей особистості підлітка.

Дослідження особливостей міжособистісних відносин у родинах підлітків із фізичними вадами має одне із першорядних значень для практики шкільного психолога і формування адекватної установки батьків на конструктивне рішення проблем, а не на пасивне очікування ними психолого-педагогічної допомоги. Ситуація хвороби неминуче порушує вироблену психологічну рівновагу в родині і створює необхідність перерозподілу внутрішньосімейних відносин. Міжособистісні відносини в родині в значній мірі визначають особистість дитини і можуть сприяти або навпаки перешкоджати розвитку її комунікативних здібностей. Дисгармонія сімейних відносин може створювати на шляху взаємодії підлітків та батьків комунікативні бар'єри, що в свою чергу гальмують і знижують ефективність будь-яких реабілітаційних заходів. Тому аналіз міжособистісних відносин в системі «діти – батьки» необхідний для збереження і підтримування комунікативних функцій родини підлітка із фізичними вадами та взагалі для нормальної життєдіяльності всіх членів родини. Реалізація комунікативних якостей підлітків найбільш ядро виражається та розвивається в цьому віці саме у колективі однолітків, тому друге завдання шкільного психолога є вивчення особливостей спілкування в системі «підліток – однолітки». Для забезпечення більш успішного навчального процесу підлітка необхідно виявити характер розвитку комунікативних якостей дитини

з вчителями, тобто третім завданням є вивчення особливостей спілкування підлітка в системі «підліток – вчителя».

Отже, на основі виділених комунікативних якостей особистості ми визначили комплекс методів дослідження особливостей розвитку комунікативних якостей підлітків із урахуванням проблем, які можуть виникати у осіб із фізичними вадами. Комплекс наступних методик дає по – перше, характеристику комунікативним якостям особистості підлітків; по – друге, буде направлено на виявлення особливостей спілкування і характеру порушень підлітків із фізичними вадами в системі «підліток – однолітки – батьки – вчителя». До першої групи комунікативних якостей ми віднесли експресивно-мовленнєві, будуть виявлятися за допомогою теста-опитувальника В. О. Лабунської «Соціально-психологічні характеристики суб'єкта спілкування» [106] в трьох соціальних системах «підліток – однолітки», «підліток – батьки», «підліток – вчителя». Співставлення отриманих даних дозволить виявити порушення процесу спілкування зі сторони підлітка чи іншого суб'єкта соціального оточення і дозволить намітити напрям психокорекційної роботи шкільного психолога на той чи інший суб'єкт ускладненого спілкування.

Опитувальник «Соціально-психологічні характеристики суб'єкта спілкування»

Інструкція. Уявіть собі, що ваш партнер по спілкуванню демонструє в спілкуванні з вами нижчеперелічені характеристики взаємодії. Ваше завдання полягає в тому, щоб оцінити, наскільки та або інша особливість його поведінки ускладнює ваше спілкування з ним, наприклад така характеристика, як гучна мова. Якщо ця особливість поведінки дуже сильно (сильно, середньо, слабко й т. д.) ускладнює ваше спілкування, то поставте знак «+» у відповідній графі бланка, напроти номера характеристики; якщо ви не звертали раніше уваги на цю характеристику й не можете оцінити її впливу на ваше спілкування, то поставте знак «+» у графі «Не знаю». Відповідаючи, намагайтеся дотримувати наступних правил:

1. Будьте уважні, стежте, щоб номер відповіді на спеціальному бланку збігався з номером характеристики в опитувальнику.
2. Постарайтеся рідше ставити знак «+» у графі «Не знаю».
3. Не витрачайте час на обмірковування відповідей (це завдання на швидкість), тоді ви швидко зможете закінчити роботу.

Питання:

1. Тиха мова.
2. Невміння співвідносити дії й учинки людей з їхніми якостями особистості.
3. Байдужне відношення до іншої людини (до мене).
4. Бажання більше говорити, чим слухати.
5. Застигла поза, нерухома обличчя.
6. Невміння поставити себе на місце іншої людини.
7. Підозріле відношення до інших людей (до мене).
8. Звичка перебивати розмову.
9. Тривалі паузи в мові.
10. Невміння «читати» по обличчю почуття й наміри іншої людини.
11. Неприязне (вороже) відношення до інших людей (до мене).
12. Невміння вийти зі спілкування, вчасно його припинити.
13. Небажання партнера підтримувати зоровий контакт.
14. Помилки в оцінці почуттів і настроїв іншої людини.
15. Владне відношення до інших людей (до мене).
16. Невміння аргументувати свої зауваження, пропозиції.
17. Відсутність зовнішньої привабливості.
18. Невміння продемонструвати розуміння особливостей іншої людини.
19. Зарозуміле відношення до інших людей (до мене).
20. Невміння різноманітиту мовні форми звертання до іншої людини.
21. Млява, невиразна жестикуляція.
22. Прагнення відносити людей до певного типу.
23. Вимогливе відношення до інших людей (до мене).
24. Прагнення займати в спілкуванні провідну позицію.
25. Невідповідність вираження обличчя партнера його словам.
26. Відсутність проникливості.
27. Страх бути смішним в очах інших людей.
28. Бажання нав'язати свою точку зору.
29. Голосна мова.
30. Звичка судити про людину по її зовнішності.
31. Прагнення зробити приємне враження.
32. Невміння виразити відношення за допомогою жестів, міміки, інтонацій.

33. Систематичне пересування під час спілкування.
34. Уміння поставити себе на місце іншої людини.
35. Зацікавлене відношення до іншої людини (до мене).
36. Уміння менше говорити, а більше слухати.
37. Прагнення систематично підтримувати зоровий контакт.
38. Уміння точно оцінювати почуття й настрої іншої людини.
39. Довірливе відношення до інших людей (до мене).
40. Уміння слухати, вести діалог, розмовляти.
41. Приємна зовнішність.
42. Уміння «читати» по обличчю почуття й наміри іншої людини.
43. Дружнє ставлення до інших людей (до мене).
44. Уміння вчасно вийти зі спілкування, припинити його, з огляду на ситуацію й стан іншої людини.
45. Швидкий темп мови.
46. Уміння демонструвати своє розуміння особливостей іншої людини.
47. Шанобливе відношення до інших людей (до мене).
48. Уміння прийняти точку зору іншої людини.
49. Інтенсивна жестикуляція.
50. Уміння бачити в іншій людині її індивідуальні особливості, риси характеру.
51. Добродушне відношення до інших людей (до мене).
52. Уміння пояснювати, аргументувати свої пропозиції, зауваження.
53. Відповідність вираження обличчя партнера його словам.
54. Проникливість: людей бачить «наскрізь».
55. Здатність виразити відношення за допомогою жестів, міміки, інтонацій.
56. Уміння різноманітними мовними формами звертання до іншої людини.
57. Часті дотики (кладає руку, поплескує по плечу й таке інше).
58. Прагнення оцінювати людей на основі уявлень, що склалися в його оточенні.
59. Прагнення займати в спілкуванні підлеглу позицію.
60. Концентрація уваги на власних почуттях і думках.
61. Тривале спілкування з тією самою людиною.
62. Присутність сторонніх осіб.

63. Великі тимчасові проміжки в спілкуванні з партнером.
64. Одночасне спілкування із групою осіб.
65. Вікові розходження.
66. Статеві розходження.
67. Посадові розходження.
68. Самопочуття (настрій, готовність до спілкування).

Кількісний і якісний аналіз результатів опитування

В опитувальнику представлені п'ять груп характеристик спілкування. Кожна група включає як позитивні, так і негативні риси, що визначають його ефективність. Сумарна оцінка ступеня впливу різних груп характеристик дозволяє виявити ступінь індивідуальної або групової чутливості до певних сторін спілкування («Профіль психологічних труднощів спілкування»), установити ступінь сензитивності до позитивних і негативних рис спілкування, створити «портрет» оптимального або важкого партнера з погляду суб'єкта або групи.

Максимальна оцінка кожної групи психологічних труднощів спілкування дорівнює 75 балам. Перша група (I) включає експресивно-мовні (ЕМ) особливості партнерів. До неї відносяться судження 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37, 41, 45, 49, 53, 57. Друга група (II) характеристик відображає соціально-перцептивні (СП) особливості партнерів. До неї відносяться судження 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38, 42, 46, 50, 54, 58. Третя група (III) включає судження, що описують відносини – звертання (ВЗ) партнерів один до одного. До неї відносяться судження 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 59. Четверта група (IV) складається із суджень, що розкривають уміння й навички організації взаємодії (НВ). Її складають судження 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60. Окрема група характеристик (V) дає уявлення про вплив на виникнення труднощів спілкування таких параметрів, як інтенсивність спілкування, кількість партнерів, наявність свідків спілкування, вік, стать, статус (УО). Її складають судження 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68. Первинна обробка даних складається з підсумовування балів усередині кожної групи характеристик. Потім отриманий показник по кожній групі переводиться в 20-бальну шкалу. Коефіцієнт перекладу

для I- IV груп ознак дорівнює 0,27, для V групи – 0,53. Переклад в 20-бальну систему здійснюється множенням сумарного показника на відповідний індекс. Результати переносяться на графік. Він має такий вигляд: на вертикальній прямій розташовуються показники в 20-бальній системі, на горизонтальній – найменування груп характеристик труднощів спілкування (ЕМ, СП, ВЗ, НВ, УО). Графік являє собою «Профіль психологічних труднощів спілкування» кожного з учасників дослідження або групи в цілому. На основі співвідношення ступеня оцінки кожної групи характеристик визначається тип «Профілю психологічних труднощів спілкування». Судження, що одержали оцінку 4–5 балів, виписуються окремо, потім підраховується їхня частота в даному діапазоні. Ті судження, які 50–75 % учасників дослідження оцінювалися як дуже сильно (5 бал.) або сильно (4 бал.) ускладнюють процес спілкування, включаються в «портрет важкого партнера спілкування». Так складається групове уявлення про суб'єкта ускладненого спілкування. На основі аналізу цих уявлень визначаються характеристики спілкування партнера, стосовно яких спостерігається підвищена чутливість, і встановлюються кількісні і якісні розходження «портреті» залежно від досліджуваних детермінант ускладненого спілкування.

Порівнянням змісту й обсягу уявлень про важкого партнера відповідно до різних рольових позицій виявляються стійкі, типові психологічні труднощі спілкування й відповідно уявлення про суб'єкта ускладненого спілкування й варіативні, що з'являються у зв'язку зі зміною рольової позиції партнера.

Друга група складає соціально-перцептивні якості, які будуть розглянуті в трьох соціальних системах за допомогою теста-опитувальника В. О. Лабунської «Соціально-психологічні характеристики суб'єкта спілкування». Також соціально-перцептивні якості підлітків можна виявити за допомогою наступних методик: «Шкала прийняття інших» Фейя, «Шкала доброзичливості» Кемпбелла, «Шкала довіри» Розенберга [106]. Для вивчення особливостей взаємодії у системі «підлітки – батьки» застосовується тест-опитувальник батьківського відношення до дітей А. Я. Варга, В. В. Століна, який дає характеристику наступним шкалам: «прийняття – відчуження», «кооперація», «симбіоз», «авторитарна гіперсоціалізація», «маленький невдаха».

«Шкала прийняття інших» Фейя

Інструкція. Уважно прочитайте (прослухайте) судження опитувальника. Варіанти відповідей за всіма судженнями дані на спеціальному бланку. Якщо ви вважаєте, що судження вірно й відповідає вашому уявленню про себе й інших людей, то в бланку відповідей напроти номера судження відзначте ступінь вашої згоди з ним, використовуючи запропоновану шкалу:

- 1 – завжди,
- 2 – часто,
- 3 – іноді,
- 4 – рідко,
- 5 – ніколи.

Питання:

1. Людей досить легко ввести в оману.
2. Мені подобаються люди, з якими я знаком (а).
3. У наш час люди мають дуже низькі моральні принципи.
4. Більшість людей думають про себе тільки позитивно, рідко звертаються до своїх негативних якостей.
5. Я почуваю себе комфортно практично з будь-якою людиною.
6. Всі, про що люди говорять у наш час, зводиться до розмов про фільми, телебачення й інші дурні речі подібного роду.
7. Якщо хто-небудь почав робити послугу іншим людям, то вони відразу ж перестають поважати його.
8. Люди думають тільки про себе.
9. Люди завжди чимсь незадоволені й шукають що-небудь нове.
10. Примхи більшості людей дуже важко витерпіти.
11. Людям однозначно потрібен сильний і розумний лідер.
12. Мені подобається бути на самоті, вдалині від людей.
13. Люди не завжди чесно поведуться з іншими людьми.
14. Мені подобається бути з іншими людьми.
15. Більшість людей дурні й непослідовні.
16. Мені подобається бути з людьми, чиї погляди відрізняються від моїх.
17. Кожний хоче бути приємним для іншого.
18. Найчастіше люди незадоволені собою.

Інтерпретація результатів

Підраховується сума балів, набрана випробуванним.

60 балів і більше – високий показник прийняття інших;

45–60 балів – середній показник прийняття інших з тенденцією до високого;

30–45 балів – середній показник прийняття інших з тенденцією до низького;

30 балів і менше – низький показник прийняття інших.

«Шкала доброзичливості» Кемпбелла

Інструкція. Уважно прочитайте (прослухайте) пари суджень опитувальника. Якщо ви вважаєте, що яке-небудь судження з пари вірно й відповідає вашому уявленню про себе й інших людей, то в бланку відповідей напроти номера судження відзначте ступінь вашої згоди з ним, використовуючи запропоновану шкалу. Якщо у вас виникли які-небудь питання, задайте їх перш, ніж почнете виконувати тест.

Питання:

1. «А». Людина найчастіше може бути впевнена в інших людях.

«В». Довіряти іншому небезпечно, тому що він може легко використати це у своїх цілях.

2. «А». Люди скоріше будуть допомагати один одному, чим ображати один одного.

«В». У наш час навряд чи знайдеться така людина, якій можна було б повністю довіритися.

3. «А». Ситуація, коли людина працює для інших, повна небезпеки.

«В». Друзі й співробітники виступають кращим гарантом безпеки.

4. «А». Віра в інших є основою виживання в наш час.

«В». Довіряти іншим рівнозначно пошуку неприємностей.

5. «А». Якщо знайомий просить у борг, краще знайти спосіб відмовити йому.

«В». Здатність допомогти іншому становить одну із кращих сторін нашого життя.

6. «А». «Договір дорожче грошей» – усе ще краще правило в час.

«В». У наш час необхідно прагнути догоджати всім незалежно від власних принципів.

7. «А». Неможливо перестрибнути через себе.

«В». Там, де є воля, є й результат.

8. «А». У ділових відносинах не місце дружбі.

«В». Основна функція ділових відносин складається в можливості допомогти іншому.

Вибори, що відображають доброзичливе відношення до інших людей, позначені зірочкою (*).

Ключ

При збігу відповіді випробуваного із ключем він оцінюється в 1 бал, при розбіжності – в 0 балів.

Кемпбелл	№	Варіант відповіді
	1	«А*»
	2	«А*»
	3	«В*»
	4	«А*»
	5	«В*»
	6	«А*»
	7	«В*»
	8	«В*»

Інтерпретація результатів

Бали підсумуються.

4 бали й менше – низький показник доброзичливого відношення до інших;

4–8 балів – середній показник доброзичливого відношення до інших;

8 балів і більше – високий показник доброзичливого відношення до інших.

«Шкала довіри» Розенберга

Інструкція. Уважно прочитайте (прослухайте) пари суджень опитувальника. Якщо ви вважаєте, що яке-небудь судження вірно

й відповідає вашому уявленню про себе й інших людей, то в бланку відповідей напроти номера судження відзначте ступінь вашої згоди з ним, використовуючи запропоновану шкалу. Якщо у вас виникли які-небудь питання, задайте їх перш, ніж почнете виконувати тест.

Питання:

1. Як ви думаєте, більшості людей можна довіряти або у взаємодії з іншими потрібно дотримувати обережності?

«А». Більшості людей можна довіряти.

«В». У взаємодії з іншими потрібно дотримувати обережності.

2. Могли б ви сказати, що люди найчастіше прагнуть бути корисними іншим або вони думають тільки про себе?

«А». Прагнуть бути корисними іншим.

«В». Думають тільки про себе.

3. Як ви думаєте, більшість людей спробували б обдурити вас, якби їм представилася така можливість, або вели б себе чесно?

«А». Спробували б обдурити, якби їм представилася така можливість.

«В». Вели б себе чесно.

Ключ

При збігу відповіді випробуваного із ключем він оцінюється в 1 бал, при розбіжності – в 0 балів.

№	Варіант відповіді
1	«А»
2	«А»
3	«В»

Інтерпретація результатів

Бали підсумуються.

1 бал і менше – низький показник довіри;

2 бали – середній показник довіри;

3 бали й більше – високий показник довіри.

Тест – опитувальник батьківського відношення до дітей

А. Я. Варга, В. В. Століна

Шановні батьки, просимо Вас із метою з'ясування Вашого відношення до дитини, заповнити даний опитувальник.

Інструкція: якщо Ви згодні з даним твердженням – обведіть у кружок порядковий номер.

Питання:

1. Я завжди співчуваю своїй дитині.
2. Я вважаю своїм обов'язком знати все, що думає моя дитина.
3. Я поважаю свою дитину.
4. Мені здається, що поведінка моєї дитини значно відхиляється від норми.
5. Потрібно намагатися тримати дитину осторонь від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують.
6. Я відчуваю до дитини почуття привабливості.
7. Гарні батьки відгороджують дитину від труднощів життя.
8. Моя дитина часто неприємна мені.
9. Я завжди намагаюся допомогти своїй дитині.
10. Бувають випадки, коли знущальне відношення до дитини приносить їй більшу користь.
11. Я відчуваю досаду стосовно своєї дитини.
12. Моя дитина нічого не доб'ється в житті.
13. Мені здається, що інші діти потішаються над моєю дитиною.
14. Моя дитина часто робить такі вчинки, які гідні тільки презирства.
15. Для свого віку моя дитина трошки незріла.
16. Моя дитина спеціально поводить себе погано, щоб досадити мені.
17. Моя дитина всмоктує в себе все дурне, як губка.
18. Мою дитину важко навчити гарних манер при всьому старанні.
19. Дитину варто тримати у жорстких рамках, тоді з неї виросте порядна людина.
20. Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас у дім.
21. Я приймаю участь у своїй дитині.
22. До моєї дитини «липне» все дурне.

23. Моя дитина не доб'ється успіху в житті.
24. Коли в компанії знайомих говорять про дітей, мені трохи соромно, що моя дитина не такий розумна і здібна, як мені б хотілося.
25. Я жалію свою дитину.
26. Коли я порівнюю дитину з однолітками, вони здаються мені доросліше й за поведінкою, і за судженнями.
27. Я із задоволенням проводжу з дитиною весь свій вільний час.
28. Я часто жалію про те, що моя дитина росте й дорослішає, і з ніжністю згадую її маленькою.
29. Я часто ловлю себе на ворожому відношенні до дитини.
30. Я мрію про те, щоб моя дитина досягла всього того, що мені подобається й здається необхідним.
31. Батьки повинні пристосовуватися до дитини, а не тільки вимагати цього від неї.
32. Я намагаюся виконувати всі прохання моєї дитини.
33. Приймаючи сімейні рішення, варто враховувати думку дитини.
34. Я дуже цікавлюся життям своєї дитини.
35. У конфлікті з дитиною я часто можу визнати, що вона по своєму права.
36. Діти рано узнають, що батьки можуть помилятися.
37. Я завжди рахуюся зі своєю дитиною.
38. Я відчуваю до дитини дружні почуття.
39. Основні причини капризів моєї дитини – егоїзм, упертість і лінь.
40. Неможливо нормально відпочити, якщо проводити відпустку з дитиною.
41. Саме головне – щоб у дитини було спокійне й безтурботне дитинство, вся решта додається.
42. Іноді мені здається, що моя дитина не здатна ні на що гарне.
43. Я розділяю захоплення моєї дитини.
44. Моя дитина може вивести із себе кого завгодно.
45. Я розумію прикrostі своєї дитини.
46. Моя дитина часто дратує мене.
47. Виховання дитини – це суцільне нервування.
48. Строга дисципліна в дитинстві розвиває сильний характер.

49. Я не довіряю своїй дитині.
50. За строге виховання діти потім дякують.
51. Іноді мені здається, що я ненавиджу свою дитину.
52. У моїй дитині більше недоліків, чим достоїнств.
53. Я розділяю інтереси своєї дитини.
54. Моя дитина не в змозі зробити що-небудь самостійно, а якщо їй зробити, то обов'язково не так.
55. Моя дитина подобається мені такою, яка вона є.
56. Я ретельно стежу за станом здоров'я своєї дитини.
57. Нерідко я захоплююся своєю дитиною.
58. Дитина не повинна мати секретів від своїх батьків.
59. Я невисокої думки про здібності моєї дитини й не приховую цього від неї.
60. Бажано, щоб дитина дружила з тими дітьми, які подобаються їй батькам.

Структура опитувальника

Опитувальник складається з 5 шкал.

1. «Прийняття-знехтування». Шкала відображає інтегральне емоційне відношення до дитини. Зміст одного полюса шкали: батькові подобається дитина такою, яка вона є. Батько поважає індивідуальність дитини, симпатизує їй. Батько прагне проводити багато часу разом з дитиною, схвалює її інтереси й плани. На іншому полюсі шкали: батько сприймає свою дитину як погану, непристосовану, невдачливу. Йому здається, що дитина не доб'ється успіху в житті через низькі здібності, невеликого розуму, поганих нахилів. Батько в основному відчуває до дитини злість, досаду, роздратування, образ. Він не довіряє дитині й не поважає її.

2. «Кооперація» – соціально бажаний образ батьківського відношення. Змістовно ця шкала розкривається так: батько зацікавлений у справах і планах дитини, намагається у всьому допомогти, співчуває їй. Батько високо оцінює інтелектуальні й творчі здібності дитини, відчуває почуття гордості за неї. Він заохочує ініціативу й самостійність дитини, намагається бути з нею на рівні. Батько довіряє дитині, намагається встати на її точку зору в спірних питаннях.

3. «Симбіоз» – шкала відображає міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною. При високих балах за цією шкалою можна вважати, що батько прагне до симбіотичних відносин з дитиною.

Змістовно ця тенденція описується так: батько відчуває себе з дитиною єдиним цілим, прагне задовольнити всі її потреби, відгородити від труднощів і неприємностей життя. Батько постійно відчуває тривогу за дитину, дитина здається йому маленькою і беззахисною. Тривога батька підвищується, коли дитина починає знаходити автономію волею обставин, тому що по своїй волі батько ніколи не надає дитині самостійності.

4. «Авторитарна гіперсоціалізація» – відображає форму й напрямок контролю за поведінкою дитини. При високому балі за цією шкалою в батьківському відношенні чітко проглядається авторитаризм. Батько жадає від дитини беззастережної слухняності й дисципліни. Він намагається у всьому нав'язати дитині свою волю, не в змозі встати на її точку зору. За прояви свавілля дитину суворо карають. Батько пильно стежить за соціальними досягненнями дитини й вимагає соціального успіху. При цьому батько добре знає дитину, її індивідуальні особливості, звички, думки, почуття.

5. «Маленький невдаха» – відображає особливості сприйняття й розуміння дитини батьком. При високих значеннях за цією шкалою в батьківському відношенні є прагнення інфантилізувати дитину, приписати їй особисту й соціальну неспроможність. Батько бачить дитину молодшу у порівнянні з її реальним віком. Інтереси, захоплення, думки й почуття здаються батькові дитячими, несерйозними. Дитина представляється непристосованою, неуспішною, відкритою для дурних впливів. Батько не довіряє своїй дитині, досадує на її неуспішність і недотепність. У зв'язку із цим батько намагається відгородити дитину від труднощів життя й строго контролювати її дії.

Ключ

I. «Прийняття-знехтування»: 3, 4, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.

II. «Образ соціальної бажаності поведінки»: 6, 9, 21, 25, 31, 33, 34, 35, 36.

III. «Симбіоз»: 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

IV. «Авторитарна гіперсоціалізація»: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

V. «Маленький невдаха»: 9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61.

Порядок підрахунку тестових балів

При підрахунку тестових балів за всіма шкалами враховується відповідь «вірно».

Високий тестовий бал по відповідних шкалах інтерпретується як:

- I – знехтування,
- II – соціальна бажаність,
- III – симбіоз,
- IV – гіперсоціалізація,
- V – інфантилізація (інвалідизація).

Тестові норми приводяться у вигляді таблиць процентильних рангів тестових балів за відповідними шкалами.

Шкала 1. «Прийняття – відчуження»												
«сирий» бал	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
відсотковий ранг	0	0	0	0	0	0	0,63	3,79	12,02	31,01	53,79	68,35
«сирий» бал	12	13	14	15		16		17		18		19
відсотковий ранг	77,21	84,17	88,60	90,50		92,40		93,67		94,30		95,50
«сирий» бал	20	21	22	23		24		25		26		27
відсотковий ранг	97,46	98,10	98,73	99,36		100		100		100		100
«сирий» бал	28		29			30			31			32
відсотковий ранг	100		100			100			100			100
Шкала 2. «Соціальна бажаність – небажаність»												
«сирий» бал	0	1	2	3		4	5		6	7	8	9
відсотковий ранг	1,57	3,46	5,67	7,88		9,77	12,29		19,22	31,19	48,82	80,33
Шкала 3. «Симбіоз»												
«сирий» бал	0	1	2	3		4		5		6		7
відсотковий ранг	4,72	9,53	39,06	7,96		74,97		86,63		92,93		95,65
Шкала 4. «Авторитарна гіперсоціалізація»												
«сирий» бал	0	1	2			3		4		5		6
відсотковий ранг	4,41	13,86	32,13			53,87		69,30		83,79		95,74
Шкала 5. «Маленький невдаха»												
«сирий» бал	0	1	2	3		4	5	6		7		8
відсотковий ранг	14,55	45,57	70,25	84,81		93,04	96,83	99,37		99,83		100

Інструментальні якості особистості представлені в трьох соціальних системах за допомогою теста-опитувальника В. О. Лабунської «Соціально-психологічні характеристики суб'єкта спілкування». Також дані якості особистості підлітків виявляються з допомогою наступних методик: «Шкала ворожості» Кука-Медлей, «Шкала маніпулятивного відношення» Банта, «Опитувальник міжособистісних відносин» Шуга [106].

«Шкала ворожості» Кука-Медлей

Інструкція. Уважно прочитайте (прослухайте) судження опитувальника. Варіанти відповідей за всіма судженнями дані на спеціальному бланку. Якщо ви вважаєте, що судження вірно й відповідає вашому уявленню про себе й інших людей, то в бланку відповідей напроти номера судження відзначте ступінь вашої згоди з ним, використовуючи запропоновану шкалу:

- 1 – звичайно,
- 2 – часто,
- 3 – іноді,
- 4 – випадково,
- 5 – рідко,
- 6 – ніколи.

Питання:

1. Я часто зустрічаю людей, що називають себе експертами, хоча вони такими не є.
2. Мені часто доводилося виконувати вказівки людей, які знали менше, ніж я.
3. Багатьох людей можна обвинуватити в аморальній поведінці.
4. Багато з людей перебільшують важкість своїх невдач, щоб одержати співчуття й допомогу.
5. Часом мені доводилося грубити людям, які поводитися невіжливо стосовно мене й нервували мене.
6. Більшість людей заводять друзів, тому що друзі можуть бути корисні.
7. Часто необхідно затратити багато зусиль, щоб переконати інших у своїй правоті.
8. Люди часто розчаровували мене.

9. Звичайно люди вимагають більшої поваги своїх прав, чим прагнуть поважати права інших.

10. Більшість людей не порушують закон, тому що бояться бути пійманими.

11. Найчастіше люди прибігають до нечесних способів, щоб не втратити можливої вигоди.

12. Я вважаю, що багато з людей використовують неправду, щоб рухатися далі.

13. Існують люди, які настільки мені неприємні, що я мимоволі радію, коли з ними трапляються невдачі.

14. Я часто можу відійти від своїх принципів, щоб перевершити свого супротивника.

15. Якщо люди чинять зі мною погано, я обов'язково відповідаю їм тим же, хоча б із принципу.

16. Як правило, я запекло відстоюю свою точку зору.

17. Деякі члени моєї родини мають звички, які мене дратують.

18. Я не завжди легко погоджуюся з іншими.

19. Нікого не турбує те, що з тобою відбувається.

20. Більш безпечно нікому не вірити.

21. Я можу поводитися дружелюбно з людьми, які, на мою думку, чинять невірно.

22. Багато з людей уникають ситуацій, у яких вони повинні допомагати іншим.

23. Я не засуджую людей за те, що вони прагнуть привласнити собі все, що тільки можна.

24. Я не виню людину за те, що вона у своїх цілях використовує інших людей, які дозволяють їй це робити.

25. Мене дратує, коли інші відривають мене від справи.

26. Мені б однозначно сподобалося, якби злочинця покарали його ж злочином.

27. Я не прагну сховати погану думку із приводу інших людей.

Ключ

«Шкала цинізму»: 1 2 3 4 6 7 9 10 11 12 19 20 22.

«Шкала агресивності»: 5 14 15 16 21 23 24 26 27.

«Шкала ворожості»: 8 13 17 18 25.

Варіант відповіді: Бал:

- 1 – звичайно 6
- 2 – часто 5
- 3 – іноді 4
- 4 – випадково 3
- 5 – рідко 2
- 6 – ніколи 1

Інтерпретація результатів для «Шкали цинізму»

- 65 балів і більше – високий показник;
- 40–65 балів – середній показник з тенденцією до високого;
- 25–40 балів – середній показник з тенденцією до низького;
- 25 балів і менше – низький показник.

Інтерпретація результатів для «Шкали агресивності»

- 45 балів і більше – високий показник;
- 30–45 балів – середній показник з тенденцією до високого;
- 15–30 балів – середній показник з тенденцією до низького;
- 15 балів і менше – низький показник.

Інтерпретація результатів для «Шкали ворожості»

- 25 балів і більше – високий показник;
- 18–25 балів – середній показник з тенденцією до високого;
- 10–18 балів – середній показник з тенденцією до низького;
- 10 балів і менше – низький показник.

«Шкала маніпулятивного відношення» Банта

Інструкція. Уважно прочитайте (прослухайте) судження опитувальника. Варіанти відповідей за всіма судженнями дані на спеціальному бланку. Якщо ви вважаєте, що судження вірно й відповідає вашому уявленню про себе й інших людей, то в бланку відповідей напроти номера судження відзначте ступінь вашої згоди з ним, використовуючи запропоновану шкалу:

- 5 – практично завжди,
- 4 – часто,
- 3 – іноді,
- 2 – випадково,
- 1 – дуже рідко.

Питання:

1. Більшість людей відповідають брутальністю на брутальність.
2. Здебільшого люди не вірять у що-небудь нове доти, поки не випробують це на собі.
3. Той, хто повністю довіряє іншим людям, часто перебуває в скрутному стані.
4. Більшість людей працюють на повну силу тільки у випадку, якщо їх змушують це робити.
5. Навіть самі огидні злочинці мають хоч трішки пристойності.
6. Кожна нормальна людина буде боротися за те, що важливо для неї, навіть якщо це буде коштувати їй робочого місця (не замислюючись про наслідки).
7. Більшість людей не замислюються про те, що для них погано, а що – добре.
8. Деякі самі видатні люди мають самі огидні пороки.
9. Більшість людей набагато легше забувають смерть батьків, чим втрату власності.
10. Багато з людей люблять похвалитися, коли для цього немає достатніх підстав.
11. Більшості людей подобається переборювати складні ситуації.
12. Більшість людей відрізняються хоробрістю.
13. Природа так створила людину, що вона здатна досягти менше того, чим їй хотілося б.
14. Сама більша різниця між злочинцями й іншими людьми полягає в тому, що злочинці були настільки дурні, що дали себе піймати.
15. Найкращий спосіб поладати з людьми – говорити їм те, що вони хотіли б почути.
16. Більш безпечно пам'ятати про те, що люди мають пороки, які проявляються в самих несподіваних ситуаціях.
17. За своєю природою люди добрі.
18. Невірно вважати, що у світі щохвилини народжуються негідники.
19. Для людської природи характерно чинити тільки з вигодою для себе.
20. Більшість людей задовольняються тим, що схоже на правду, але не є такою.

Інтерпретація результатів

Підраховується сума балів, набраних випробуванним.

80 балів і більше – високий показник;

60–80 балів – середній показник з тенденцією до високого;

40–60 балів – середній показник з тенденцією до низького;

40 балів і менше – низький показник.

Модифікований варіант «Опитувальника міжособистісних відносин» Шутца

Інструкція. Уважно прочитайте (прослухайте) судження опитувальника. Варіанти відповідей за всіма судженнями дані на спеціальному бланку. Якщо ви вважаєте, що судження вірно й відповідає вашому уявленню про себе й інших людей, то в бланку відповідей напроти номера судження відзначте ступінь вашої згоди з ним, використовуючи запропоновану шкалу:

1 – звичайно,

2 – часто,

3 – іноді,

4 – випадково,

5 – рідко,

6 – ніколи.

Питання:

1. Прагну бути разом з усіма.
2. Надаю іншим вирішувати питання про те, що необхідно буде зробити.
3. Стаю членом різних груп.
4. Прагну мати близькі відносини з іншими членами групи.
5. Коли надається випадок, я схильний стати членом цікавих організацій.
6. Допускаю, щоб інші впливали на мою діяльність.
7. Прагну влитися в неформальну суспільну діяльність.
8. Прагну мати близькі й сердечні відносини з іншими.
9. Прагну задіяти інших у своїх планах.
10. Дозволю іншим судити про свою діяльність.
11. Намагаюся бути серед людей.
12. Прагну встановлювати з іншими близькі й сердечні відносини.

13. Маю схильність приєднуватися до інших щоразу, коли щось робиться спільно.

14. Легко підкоряюся іншим.

15. Намагаюся уникати самотності.

16. Прагну приймати участь у спільних заходах.

17. Намагаюся ставитися до інших приятельськи.

18. Надаю іншим вирішувати питання про те, що необхідно зробити.

19. Моє особисте відношення до інших холодне й байдужне.

20. Надаю іншим керувати ходом подій.

21. Прагну мати близькі й сердечні відносини з іншими.

22. Допускаю, щоб інші впливали на мою діяльність.

23. Прагну мати близькі й сердечні відносини з іншими.

24. Дозволюю іншим судити про те, що роблю.

25. З іншими поводжуся холодно й байдуже.

26. Легко підкоряюся іншим.

27. Прагну мати близькі й сердечні відносини з іншими.

28. Люблю, коли інші запрошують мене приймати участь у чому-небудь.

29. Мені подобається, коли люди ставляться до мене безпосередньо й сердечно.

30. Прагну впливати на діяльність інших.

31. Мені подобається, коли інші запрошують мене брати участь в своїй діяльності.

32. Мені подобається, коли інші ставляться до мене безпосередньо.

33. У суспільстві інших прагну керувати ходом подій.

34. Мені подобається, коли інші підключають мене до своєї діяльності.

35. Мені подобається, коли інші поводяться зі мною холодно й стримано.

36. Прагну, щоб інші чинили так, як я хочу.

37. Мені подобається, коли інші запрошують мене взяти участь у їхніх дебатах (дискусіях).

38. Я люблю, коли інші ставляться до мене по-приятельському.

39. Мені подобається, коли інші запрошують мене взяти участь у їхній діяльності.

40. Мені подобається, коли навколишні ставляться до мене стримано.
41. У суспільстві намагаюся відігравати головну роль.
42. Мені подобається, коли інші запрошують мене приймати участь у чому-небудь.
43. Мені подобається, коли інші ставляться до мене безпосередньо.
44. Прагну, щоб інші робили так, як я хочу.
45. Мені подобається, коли інші запрошують мене брати участь у їхній діяльності.
46. Мені подобається, коли інші ставляться до мене холодно й стримано.
47. Прагну сильно впливати на діяльність інших.
48. Мені подобається, коли інші підключають мене до своєї діяльності.
49. Мені подобається, коли люди ставляться до мене безпосередньо й сердечно.
50. У суспільстві інших прагну керувати ходом подій.
51. Мені подобається, коли інші запрошують мене приймати участь у їхній діяльності.
52. Мені подобається, коли до мене ставляться стримано.
53. Намагаюся, щоб інші робили те, що я хочу.
54. У суспільстві керую ходом подій.

Ключ

Ліворуч приводяться номери в шкалі, праворуч – номери відповідей. При збігу відповіді випробуваного із ключем він оцінюється в 1 бал, при розбіжності – в 0 балів.

Значення балів:

0–1 – екстремально низькі бали;

2–3 – низькі бали;

4–5 – граничні бали;

6–7 – високі бали;

8–9 – екстремально високі бали.

Ie	Cw	Ae
1. 1,2,3,4	2. 1,2,3,4,5	4. 1,2
3. 1,2,3,4,5	6. 1,2,3,4	8. 1,2

5. 1,2,3,4,5	10. 1,2,3	12. 1
7. 1,2,3	14. 1,2,3,4	17. 1
9. 1,2,3	18. 1,2,3	19. 1
11. 1,2	20. 1,2	21.1
13. 1	22. 1,2,3	23. 1,2,3
15. 1	24. 1,2,3,4	25. 3,4,5,6
16. 1	26. 1,2	27. 3,4,5,6
Iw	Ce	Aw
28. 1,2	30. 1,2,3,4	29. 1
31. 1,2	33. 1,2,3,4,5	32. 1,2
34. 1,2	36. 1,2,3,4,5	35. 1,2,3
37. 1	41. 1,2	38. 1
39. 1	44. 1,2,3	40. 1
42. 1,2,3	47. 1,2,3	43. 5,6
45. 1,2,3	50. 1,2,3,4	46. 5,6
48. 1,2,3,4	53. 1,2,3,4	49. 4,5,6
51. 1,2,3	54. 1,2,3,4,5	52. 5,6

Інтерпретація результатів

Ie – тенденція перебувати в суспільстві інших людей:

високий показник означає, що індивід почуває себе добре серед людей і буде намагатися їх знайти;

низький показник означає, що індивід не почуває себе добре серед людей і буде схильний їх уникати.

Iw – бажання, щоб інші виявляли цікавість до індивіда й приймали його у своє суспільство:

високий показник означає, що індивід має сильну потребу бути прийнятим іншими й належати до їхнього суспільства;

низький показник означає, що індивід має схильність спілкуватися з малою кількістю людей.

Ce – тенденція контролювати відносини з іншими:

високий показник означає, що індивід намагається брати на себе відповідальність, поєднану із провідною роллю;

низький показник означає, що індивід уникає прийняття рішень і узяття на себе відповідальності;

Cw – тенденція підкорятися іншим у спілкуванні:

високий показник означає, що індивід відчуває залежність і коливання при прийнятті рішень;

низький показник означає, що індивід не видержує контроль за собою.

Ае – тенденція встановлювати близькі стосунки з іншими:

високий показник означає, що індивід має схильність встановлювати близькі стосунки з іншими;

низький показник означає, що індивід дуже обережний при встановленні близьких відносин.

Аw – бажання індивіда, щоб інші встановлювали з ним глибокі емоційні відносини:

високий показник означає, що індивід вимагає, щоб інші без розбору встановлювали з ним близькі емоційні відносини;

низький показник означає, що індивід дуже обережний при виборі осіб, з якими встановлює більш глибокі емоційні відносини.

6. Метод аналізу продуктів діяльності

Одним з допоміжних методів є вивчення продуктів діяльності дитини (письмові роботи, малюнки, ліплення, аплікація й таке інше). У поєднанні із психолого-педагогічною характеристикою учня, показниками його успішності цей метод дозволяє встановити характер і причини ускладнень у навчанні, намітити заходи щодо підвищення успішності та у подальшій корекційній роботі опиратися на позитивні якості особистості й діяльність учня.

Аналіз продуктів діяльності дозволяє простежити й виділити утруднення й помилки, способи подолання труднощів, провести їхнє співвідношення на кінцевому й проміжному етапах діяльності. Для цього необхідно знати умови, за якими протікала діяльність, установити, чи є отримані результати випадковими або типовими для даної дитини, піддаючи аналізу не один, а багато продуктів діяльності. Важливо виділити те, що дитина робить за вказівками дорослих, і те, що вона виконує самостійно. На різних етапах психічного розвитку дітей має значення аналіз різних продуктів діяльності: у дошкільному й молодшому шкільному віці це малюнки, аплікації, у середньому шкільному – письмові роботи, твори, що дозволяють проаналізувати особливості вживання слів, засвоєння граматичного складу мови, у юнацькому віці й у дорослих – продукти трудової діяльності [19,14].

Метод вивчення продуктів діяльності має обмежене застосування. Якщо при нормальному розвитку на підставі малюнків дитини можна зробити припущення про рівень сформованості просторових уявлень, про багатство й правильність уявлень про навколишній світ, про ступінь сформованості всіх психічних функцій, про емоційне фон, особливості особистості, то в умовах важкої рухової патології діагностична цінність таких методик знижується. Малюнок дитини із ДЦП може бути примітивним, непропорційним, одноколірним, однак це ще не свідчить про бідність уявлень, це може бути лише підтвердженням моторних труднощів, які не дозволяють дитині графічно реалізувати творчий задум і різноманіття навколишнього світу. У силу цього проєктивні методики необхідно використати стосовно дітей з руховою патологією з великою обережністю. Необхідно уникати прямого переносу результатів продуктивних видів діяльності в дитини із ДЦП у сферу інтелектуальну, пізнавальну, особистісну [144,319].

Таким чином, однією з найважливіших умов ефективної психодіагностики в роботі з дітьми з психофізичними вадами є опора на їх провідну діяльність та рівень «нормального» розвитку дитини без психофізичних порушень.

1.4. Загальна характеристика інвалідів (людей з обмеженими можливостями) як соціальної групи

У нашій країні якість життя інвалідів, як правило, нижче решти населення, що обумовлено наступним:

- недостатністю в нашому суспільстві гуманізму і милосердя по відношенню до людей з особливими потребами;
- нерозвиненістю і непристосованістю соціальної інфраструктури міст і сільських населених пунктів з урахуванням задоволення основних потреб інвалідів;
- низьким рівнем матеріального забезпечення і соціального обслуговування, їх недостатньою гнучкістю;
- низькою якістю чи відсутністю технічних засобів і пристосувань, необхідних для обслуговування, пересування і праці інвалідів;

- наявністю значних труднощів в отриманні якісної професійної, особливо вищої освіти, в задоволенні духовних потреб.

Інвалід (від лат. *invalidus* – безсилий, хворий). Відповідно до Декларації про права інвалідів (ООН, 1975 р.) інвалід – це будь-яка особа, що не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормальної особистісного та (або) соціального життя в силу недоліку, будь то вродженого чи ні, його (або її) фізичних або розумових можливостей. На нашу думку, поняття «інвалід» необхідно відносити не стільки до суб'єкта життєдіяльності, стільки розглядати його як соціальне явище, а саме результат взаємодії психофізичних обмежень та бар'єрів соціального характеру.

Згідно статті 2 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм або з уродженими дефектами, що приводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі та захисті [67].

На думку, О. І.Холостової та Н. Ф. Дементьєвої [204], інвалідність – це специфічна ситуація розвитку й стану особистості, що супроводжується обмеженнями життєдіяльності в найрізноманітніших її сферах.

У Рекомендаціях 1185 до реабілітаційних програм 44-й сесії Парламентської Асамблеї Ради Європи від 05 травня 1992 р. інвалідність визначається як обмеження в можливостях, обумовлені фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими й іншими бар'єрами, які не дозволяють людині, що має інвалідність, бути інтегрованим у суспільство й брати участь у житті родини або суспільства на таких же підставах, як і інші члени суспільства.

Детальніше зупинимося на бар'єрах, які ставить перед людиною інвалідність, виділені О. І.Холостовою та Н. Ф. Дементьєвою [204, 42–45]. У першу чергу можна говорити про фізичне обмеження, або ізоляції інваліда, – це обумовлено або фізичними, або сенсорними, або інтелектуально-психічними недоліками, які заважають йому самостійно пересуватися й (або) орієнтуватися в просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив цих індивідних недоліків. У цьому аспекті прийнято говорити не тільки про безбар'єрне середовище для інваліда, але також про дружнє або недружнє середовище. Це

обмеження спричиняє багато наслідків, що ускладнюють положення інваліда, і вимагає вживання спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію інваліда, емоційну депривацію й забезпечують можливість трудової адаптації.

Другий бар'єр – це трудова сегрегація, або ізоляція інваліда: через свою патологію індивід з обмеженими можливостями має вкрай вузький доступ до робочих місць або не має його зовсім. У ряді випадків інвалід абсолютно не здатний до трудової діяльності, навіть найпростішої. Однак в інших ситуаціях інвалідам представляються (або виявляються доступні) робочі місця, що вимагають низької кваліфікації, що передбачають монотонну, стереотипну працю та невисоку заробітну плату. Таке положення обумовлене не тільки (або не стільки) обмеженістю їх індивідуальних фізичних або інтелектуальних ресурсів, скільки нерозвиненим характером ринку праці для осіб з особливими потребами. В умовах «дикої» ринкової економіки адаптація робочих місць для таких індивідів розглядається роботодавцями як не вигідна й небажана.

Третім бар'єром у житті інвалідів виступає малозабезпеченість, що є наслідком соціально-трудових обмежень: ці люди змушені існувати або на невисоку заробітну плату, або на допомогу (яке теж не може бути достатнім для забезпечення гідного рівня життя індивіда). Втім, в останні роки з'явилися особи із числа підприємців, що одержали інвалідність внаслідок травми, терористичного акту й таке інше. Фінансові обмеження не є для них значимими. Проте подолання всіх інших бар'єрів вимагає від них малих зусиль.

Важливим і досить важко подоланим бар'єром для інваліда є просторово-середовий. Навіть у тих випадках, коли особа з фізичними обмеженнями має засоби пересування (протез, крісло-коляска, спеціально обладнаний автомобіль), сама організація житлового середовища й транспорту не є поки дружньої до інваліда. Бракує встаткування й пристосувань для побутових процесів, самообслуговування, вільного пересування. Люди із сенсорними порушеннями відчують дефіцит спеціальних інформаційних засобів, що сповіщають про параметри навколишнього середовища. Для осіб з інтелектуально-психічними обмеженнями відсутні можливості орієнтуватися в середовищі, безпечно пересуватися й діяти в ній.

Імовірно, для всіх типів інвалідів важливою перешкодою представляється інформаційний бар'єр, що має двосторонній характер. Інваліди утруднені в одержанні інформації як загального плану,

так і тієї що має безпосереднє значення для них (вичерпні відомості про свої функціональні порушення, про міри державної підтримки інвалідів, про соціальні ресурси їхньої підтримки). Це викликано й економічними причинами (наприклад, неможливість купити або відремонтувати телевізор або радіоприймач, передплатити газету), і дефіцитом спеціальних носіїв інформації (телепередачі із сурдоперекладом, книги брайлевського шрифту, касети й диски для сліпих і таке інше), і нерозвиненістю сучасних глобальних інформаційних систем (Інтернет) у нашій країні. Звичайно, структурована інформація потрібна тільки тим інвалідам, які мають збережений або відносно збережений інтелект, якийсь мінімальний рівень здатностей до пізнання, критичної оцінки навколишньої дійсності й до самооцінки. Дефіцит інформації або її недостатня насиченість можуть привести до необоротного вгасання інтелектуальних здатностей таких осіб. З іншого боку, існує інформаційний бар'єр, що відгороджує суспільство від інваліда: особам з обмеженими можливостями набагато складніше презентувати свої погляди й позиції, донести до суспільства свої потреби й інтереси. Тому можуть виникати перекручені погляди про потреби інвалідів, особливостях їх особистості. На основі таких перекручених поглядів виникають забобони й фобії, що ускладнює комунікації між інвалідом і соціумом.

Емоційний бар'єр також є двостороннім, він може складатися з непродуктивних емоційних реакцій навколишніх із приводу інваліда – цікавості, глузування, незручності, почуття провини, гіперопіки, страху й таке інше та фруструючих емоцій інваліда: жалість до себе, недоброзичливість стосовно навколишніх, очікування гіперопіки, прагнення обвинуватити когось у своєму дефекті, прагнення до ізоляції й таке інше. Подібний комплекс ускладнює соціальні контакти в процесі взаємин інваліда і його соціального середовища. І сам індивід з обмеженими можливостями, і його найближче оточення гостро мають потребу в тому, щоб емоційний фон їх взаємин був нормалізований.

Нарешті, комплексний характер має комунікативний бар'єр, що обумовлений кумуляцією дії всіх перерахованих вище обмежень, що деформують особистість людини. Розлад спілкування, одна з найбільш важких соціальних проблем інвалідів, є наслідком і фізичних обмежень, і емоційної захисної самоізоляції, і випадання із трудового колективу, і дефіциту звичної інформації.

З метою гуманізації та демократизації суспільних процесів поняття інвалід замінюється таким поняттям як «людина з обмеженими можливостями».

Основними причинами інвалідизації у дітей є:

- травма під час пологів, неврологічні порушення, що виникли в період пологів;
- соматичні захворювання (онкологічні, інфекційні та інше);
- травми різного характеру (опіки, механічні травми та інше);
- вроджені патології (генетичні порушення, алкогольне ураження плоду та інше).

За видами розрізняють вроджену та придбану інвалідність. Природжена інвалідність є результатом порушення внутрішнього розвитку плоду, а також родовою травмою; придбана інвалідність виникає в пізньому періоді після народження в результаті хвороби або травми. Великий ризик набуття інвалідності припадає від народження до трьох років.

В основі класифікації інвалідів лежать:

1. Причини, що викликали інвалідність, наприклад, природжена патологія, хвороба, травма та ін.

2. Тривалість інвалідності – тимчасова, довгострокова, постійна.

3. Характер пошкодження, наприклад, функціональна обмеженість, порушення соціальної поведінки та ін.

4. Наслідки для самої особистості – обмеження або втрата незалежності, соціальної інтеграції, професійних можливостей та інше.

5. Наслідки для сім'ї – необхідність догляду за інвалідом, фінансове навантаження на сім'ю, порушення соціальних зв'язків.

6. Наслідки для суспільства – необхідність фінансової підтримки, втрата працездатного члена суспільства та ін.

7. Ступінь зниження працездатності – обмеженість в самообслуговуванні, можливість участі в трудовому процесі та інше [197].

За ступенем виразності функціональні розлади підрозділяють на:

- помірно виражені;
- виражені;
- значно виражені.

Здатність до самообслуговування – це здатність самостійно задовольняти основні фізіологічні потреби, виконувати повсякденну побутову діяльність і навички особистої гігієни.

Здатність до самообслуговування включає:

- задоволення основних фізіологічних потреб;
- дотримання особистої гігієни: миття обличчя, усього тіла, волосся, причісування, чищення зубів, підстригання нігтів, гігієна після фізіологічних відправлень;
- вдягання й роздягання верхнього одягу, нижньої білизни, головних уборів, рукавичок, взуття, користування застілками (гудзика, гачки, «блискавки»);
- готування їжі: чищення, миття, різання продуктів, їхня теплова обробка, користування кухонним інвентарем;
- прийняття їжі: можливість підносити їжу до рота, жувати, ковтати, користуватися столовими приладами й посудом;
- виконання повсякденних побутових потреб: покупка продуктів харчування, предметів одягу й побуту;
- користування постільною білизною й іншими постільними принадлежностями, заправлення постелі;
- прання, чищення, ремонт білизни, одягу й інших предметів побуту;
- користування побутовими пристосуваннями й приладами (замки, запори, вимикачі, крани, праска, телефон, побутові електрогазові прилади, сірники й інше);
- прибирання приміщення (підмітання й миття підлоги, вікон, витирання пилу й інше).

При визначенні здатності інваліда до самообслуговування можливі наступні градації:

- обслуговує себе повністю;
- обслуговує себе частково;
- не може себе обслужити.

При характеристиці стану мобільності інваліда можливі три градації:

- здатність до самостійного пересування;
- змушений користуватися для пересування допоміжними пристосуваннями;
- не здатен до самостійного пересування.

Аналіз установаження здатності інваліда до збору й обробки інформації дозволяє виділити три градації:

- здатен до збору й обробки інформації;
- здатен до збору інформації при відсутності здатності до її обробки;
- не здатен до збору й обробки інформації.

Здатність до орієнтації включає:

- здатність до визначення часу по загальноприйнятих ознаках (час доби, пора року й інше);
- здатність до визначення місцезнаходження по просторових орієнтирах, звукам;
- здатність правильно визначати місця зовнішніх об'єктів, події й себе самого стосовно тимчасових і просторових орієнтирів;
- здатність до орієнтації у власній особистості, схемі тіла, розрізнення правого й лівого й інше;
- здатність до сприйняття й адекватного реагування на інформацію (вербальну, невербальну, зорову, слухову, смакову, отриману шляхом нюху й дотику), розумінню зв'язків між предметами і явищами.

Параметрами при оцінці здатності до орієнтації є:

1. стан системи орієнтації (зору, слуху, дотику);
2. стан системи комунікації (мови, письма, читання);
3. здатність до сприйняття, аналізу і адекватного реагування

на одержувану інформацію;

4. здатність до орієнтації у власній особистості і зовнішніх по відношенню до неї тимчасових умов.

Здатність до спілкування включає:

- здатність до сприйняття іншої людини (здатність відображати її емоційні, особистісні, інтелектуальні особливості);
- здатність до розуміння іншої людини (здатність осягти зміст і значення її вчинків, дій, намірів і мотивів);
- здатність до обміну інформацією (сприйняттю, переробці, зберіганню, відтворенню й передачі інформації);
- здатність до вироблення спільної стратегії взаємодії, що включає розробку, проведення й контроль за виконанням планованого, з можливістю при необхідності коректуванням.

Параметрами оцінки обмежень здатності до спілкування можуть бути:

- здатність говорити (плавно вимовляти слова, розуміти мова, вимовляти й робити вербальні (словесні) повідомлення, передавати зміст за допомогою мови);
- здатність слухати (сприймати усне мовлення, вербальні й інші повідомлення);
- здатність до символічної комунікації – невербальному спілкуванню: розуміти знаки й символи, коди, читати карти, діаграми, приймати й передавати інформацію за допомогою міміки, жестів, графічних, зорових, звукових символів, тактильних відчуттів.

Розрізняють 5 категорій інвалідів з наступними порушеннями: фізичні недоліки, а саме порушення опорно-рухового апарату; порушення інтелекту і психічні захворювання; порушення функцій слуху (глухі та слабочуючі); порушення функцій зору (сліпі та слабозорі); порушення роботи внутрішніх органів тобто інваліди по «загальному» захворюванню (цукровий діабет, бронхіальна астма, онкохворі та інше).

Залежно від ступеня втрати здоров'я дорослим встановлюється одна з трьох груп інвалідності:

I група інвалідності – особа, яка повністю втратила працездатність і вимагає постійної опіки; II група інвалідності – особа здатна до самообслуговування, але не здатна до праці в звичайних виробничих умовах; III група інвалідності встановлюється тим, хто здатен працювати в полегшених умовах.

Людей з особливими потребами поділяють ще й за причиною отримання інвалідності на: інвалідів з дитинства, загального захворювання, праці, війни, армії, Чорнобиля.

Діти-інваліди практично всі вимагають опіки та постійного нагляду, тому їм встановлюється лише одна група інвалідності, але по двох розділах («А» або «Б»).

Запитання для самоперевірки

1. Які існують основні соціально-психологічні підходи до проблеми психології людини з обмеженими можливостями?

2. Що означають поняття «інвалід» та «інвалідність», чим вони відрізняються?

3. Які основні бар'єри ставить перед людиною інвалідність (за О. І. Холостовою та Н. Ф. Дементьевою)?

4. В чому полягає специфіка методів дослідження дітей з порушеннями функцій слуху?

Завдання для самопідготовки

1. Охарактеризуйте концепцію розвитку дитини за Л. С. Виготським.

2. Дайте характеристику трьом групам інвалідності.

3. Розкрийте структуру спеціальної психології.

4. Виділіть характерні обмеження застосування методу аналізу продуктів діяльності в роботі з дітьми з обмеженими можливостями.

Розділ 2

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ З РІЗНИМИ ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

2.1. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями опорно-рухового апарату

До порушень опорно-рухового апарату (ОРА) відносять поліомієліт, дитячий церебральний параліч, ампутацію кінцівок, хребтово-спинальну травму і таке інше. Суттєве значення у психології осіб з даними вадами має група інвалідності. Так, наприклад, С. М. Попов виділив психологічні особливості осіб з порушеннями ОРА залежно від групи інвалідності:

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

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

інших нозологій, розподіл на «своїх» та «чужих», причому «чужі» свідомо оцінюються нижче, ніж інваліди зі «своїм» захворюванням. Така установка, звичайно, ускладнює спілкування.

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

4. Особливу категорію складають інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату, придбаними в дорослому віці. Ці люди пережили кризу, деформацію звичних відносин з навколишнім світом. У них, як і у інвалідів III групи з дитинства, загальне відношення до оточуючих негативне, ніж у інших категорій інвалідів. Особливо складні і суперечливі їх відносини з близькими людьми. Насторожує в них їх пасивність, невіра в можливість що-небудь змінити [197,539].

Коротко зупинимося на характеристиці деяких порушень опорно-рухового апарату.

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

Вірус потрапляє в організм людини через брудні руки, заражені харчові продукти, мухи також можуть переносити вірус. Існує певна сезонність захворювання – переважно літній період. Хворіють переважно діти перших років життя [61].

Клінічно поліомієліт виявляється млявими паралічами. Характерна надзвичайна мозаїчність і асиметрія ураження. При двосторонньому паралічі або парезі зміни звичайно більш виражені з

одного боку. При поліомієліті дитина має рухові розлади, найбільш виражені в проксимальних відділах кінцівок. Активні рухи дитина виконає прикладаючи значні зусилля, амплітуда їх звичайно обмежена через м'язову слабкість. Відзначаються дряблість, гіпотрофія й гіпотонія м'язів, зниження або відсутність сухожильних рефлексів, спостерігається різке порушення опорної функції ніг. Хворі не можуть стояти, ходити або роблять це зі значними зусиллями. Завдяки тотальній імунізації дітей спалахи захворювання зараз відсутні, а одиничні випадки протікають атипово [197,546].

2. Ампутація – це операція видалення периферичного відділу кінцівки. Термін ампутація частіше застосовується щодо операції з видалення частини кінцівки при перетині її між суглобами [197,539].

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

Вивчаючи особливості Я-концепції дорослих інвалідів О. І. Купреєва [105], у своєму дослідженні, дійшла до наступних висновків:

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

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

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

4. Для досліджуваних з фізичним дефектом типовими є істотні проблеми в сфері міжособистісних стосунків. Схильність ворожо сприймати навколишніх людей, перевага неконструктивних типів міжособистісних взаємодій, значна ідеалізація близьких людей посилює їх орієнтацію в міжособистісних стосунках на вузьке коло значущих людей. Це в багатьох випадках призводить до соціальної ізоляції, відмежування від соціального оточення та втрати навичок конструктивної взаємодії з ним.

На думку Н. Д. Лакосиної та Г. К. Ушакова, людина, що втратила руку або ногу, страждає від того, що на її дефект звертають увагу навколишні. У неї рідше, ніж при іншій патології виникає почуття відрази до себе. Такі люди стають уразливими, дратівливими, чутливими, страшаються з'являтися на людях, різко обмежують контакти з навколишніми, нерідко міркують про самогубство. У випадках шкірних змін і деформацій обличчя в пацієнтів до перерахованих психологічних проявів приєднується почуття сорому, бридливості й побоювання, що навколишні стануть уникати їх у силу страху заразитися [127,277].

3. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це непрогресуюча рухова неповноцінність, викликана аномальним розвитком або пошкодженням несформованого головного мозку. Дитячий церебральний параліч – це швидше характерний тип порушень нервово-м'язового розвитку, чим хвороба [141].

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

Причини (25 %) пов'язані з генетичними недоліками розвитку (наприклад, мутації, хромосомна аберація). Причини (50 %)

пов'язані з недоношеністю, травмами або ятрогенними наслідками (лікарська помилка). Причини (5 %) обумовлені інфекціями. Етіологія 20 % випадків залишаються невідомими. Ймовірно, що багато випадків дитячого церебрального паралічу спричинені «набором» багатьох несприятливих чинників. Дитячий церебральний параліч – це лише одна з декількох неповносправностей, які можуть спричинитись пошкодженням або вадою центральної нервової системи. До інших неповносправностей належать епілептичні приступи, розумова відсталість, сенсорні порушення та інші прояви. Рухова неповносправність часто домінує, привертючи увагу і приховуючи непорушені розумові здібності у осіб з дитячим церебральним паралічем.

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

Детальніше розглянемо особливості психічного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату на прикладі ДЦП. Порушення розвитку психічних функцій дітей із ДЦП складне та різноманітне, часто обумовлюється часом, ступенем та локалізацією мозкового ураження. При цьому захворюнні не існує чіткого взаємозв'язку між важкістю рухових та психічних порушень, так важкі рухові розлади можуть бути поєднані із затримкою психічного розвитку. Окрім порушення в моторному розвитку дитини можуть спостерігатися й мовленнєві та сенсорні дефекти. Однак важливу роль у ґенезі психічних порушень грають ступінь обмеження діяльності, особливості соціального та в першу чергу сімейного оточення. Дитячий церебральний параліч має різні форми, коротко розкриємо їх (класифікація форм за К. О. Семеновою):

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

2. Геміпаретична форма – у 80 % випадків розвивається у дитини в ранній постнатальній період. При даній формі уражена одна сторона тіла: ліва при правосторонньому ураженні мозку та права

при ураженні переважно лівої півкулі. Найчастіше при даній формі важче уражається верхня кінцівка. У 25–30 % дітей спостерігається дебільність, у 40–50 % – вторинна затримка розумового розвитку.

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

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

5. Атонічно-астатична форма – зустрічається значно рідше інших форм, характеризується зниженням м'язового тону, порушенням координації рухів, рівноваги. Спостерігається недорозвиток мовлення та інтелекту [124,106].

Ряд таких російських вчених як, С. П. Дуванова, Н. Б. Трофімова, Н. М. Трофімова, Т. Ф. Пушкіна виділили особливості структури інтелектуального дефекту при ДЦП:

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

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

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

3. Виразність психоорганических проявів – сповільненість, виснаженість психічних процесів, труднощі переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, зниження обсягу механічної пам'яті. Велика кількість дітей відрізняється низькою пізнавальною активністю, що проявляється у відсутності інтересу до завдань, слабкій зосередженості, повільності й зниженої переключаємості психічних процесів. Низька розумова працездатність частково пов'язана із церебралестічним синдромом, що характеризується швидко наростаючим стомленням при виконанні інтелектуальних завдань. Найбільше чітко воно проявляється в шкільному віці при різних інтелектуальних навантаженнях [186,216].

Для дітей із церебральним паралічем характерні розлади емоційно-вольової сфери. Емоційні розлади при різних формах ДЦП проявляються по-різному. На думку, Е. С. Калижнюк та В. В. Ковальова, це можуть бути важкі негроподібні порушення та психопатоподібні порушення на фоні органічного ураження ЦНС, які нерідко проявляються при спастичній диплегії та геміпаретичній формі ДЦП. Також І. І. Мамайчук зазначає, що у дітей та підлітків із ДЦП можуть спостерігатися емоційні розлади у зв'язку з наявністю фізичного дефекту, вихованням по типу гіпер опіки чи ранньої соціальної та психічної деривації [124,135]. Як зазначають С. П. Дуванова, Н. Б. Трофімова та інші вчені, емоційні розлади у одних дітей проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, руховому розгальмуванні, в інших – у вигляді загальмованості, сором'язливості, боязкості. Схильність до коливань настрою часто поєднується з інертністю емоційних реакцій. Так, почавши плакати або сміятися, дитина не може зупинитися. Підвищена емоційна збудливість нерідко поєднується із плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, реакцією протесту, які підсилюються в новій для дитини обстановці та при стомленні. Іноді відзначається радісний, піднятий настрій зі зниженням критики (ейфорія) [186,218].

У дітей з церебральним паралічем своєрідна структура особистості. Достатній інтелектуальний розвиток часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Вчені О. М. Мастюкова та К. О. Семенова вважають, що найбільш характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного психічного інфантилізму.

За своєю структурою цей інфантилізм ближче усього до так званого органічного поряд з рисами психіки, які властиві дітям більш молодшого віку (егоцентризм, лабільність, недостатня глибина емоцій, підвищена суєстивність і залежність від навколишніх), у цих дітей виявляються більш виражені порушення інтелектуальної діяльності з інертністю психічних процесів і недостатністю логічного мислення. Поряд з рисами незрілості в окремих судженнях та інтересах можуть відзначатися елементи солідності, розважливості. Поряд з перевагою ігрових інтересів можуть мати місце розгальмування та патологія потягів [186,230].

Досліджуючи особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем О. В. Романенко виявила, що своєрідність формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем обумовлена особливостями взаємодії трьох основних факторів: по-перше, біологічним чинником, оскільки при дитячому церебральному паралічі порушується інтеграція сенсорної інформації, що поступає ззовні та зсередини та інтерпретується мозком. Це стає перешкодою при формуванні різного виду уявлень, що складають Я-образ особистості. По-друге, функціональним чинником, що визначається мірою дефіцитарності рухової сфери, обмеженістю можливостей хворої дитини до активного пізнання оточуючого світу та її взаємодії з нею. По-третє, соціальним чинником, що поєднує в собі як психотравмуючий характер спілкування з соціумом, так і особливості реагування на свій фізичний дефект, його суб'єктивну значущість для дитини. У ході дослідження вона дійшла висновку, що у школярів з церебральним паралічем відмічається більш низький ступінь розвитку когнітивного компоненту Я-образу порівняно зі здоровими однолітками. Це проявляється у сповільненій динаміці формування понять, що складають Я-образ особистості, у неадекватності їх розуміння, слабкій узагальненості та диференційованості. Причинами когнітивної спрощеності Я-образу є як недостатність умов для повноцінного розвитку внаслідок рухового дефекту, так і захисно-компенсаторне витіснення травмуючого для особистості усвідомлення власних якостей [159].

Таким чином, дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що веде не тільки до рухових порушень, але і визиває затримку чи патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху, зору і таке інше. У дітей з церебральним паралічем достатній інтелектуальний

розвиток часто супроводжується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Усе це свідчить про своєрідний дисгармонійний психічний розвиток дитини з ДЦП.

Нерідко для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату характерна слабка пізнавальна активність, яка частково обумовлена недостатністю комунікаційних функцій. Особливо гостро постає ця проблема в підлітковому віці, оскільки фізичні та мовленнєві дефекти перешкоджають підлітку з обмеженими можливостями повноцінно спілкуватися з однолітками. На думку Т. Скрипник, у розвитку особистості дитини з обмеженими можливостями є два типи перешкод. Перший тип – це певні фізичні, фізіологічні чи психічні розлади дитини, другий – вторинні явища, такі як власна неповноцінність, відчуженість [98].

Взагалі класифікуючи комунікативні бар'єри, які перешкоджають успішному спілкуванню Б. Д. Паригін виділяє два види соціально-психологічних бар'єрів: 1) внутрішні бар'єри особистості, які пов'язані з такими утвореннями, як норми, установки, цінності, а також з особистісними особливостями – ригідність, конформність і таке інше; 2) бар'єри, причина яких – поза особистістю: незрозуміння зі сторони іншої людини, дефіцит інформації і таке інше [103].

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

ше. Логічний бар'єр виникає коли партнери не знаходять спільної мови. Фонетичний – перешкода, яка створюється особливостями мови того, хто говорить, виникає тоді, коли учасники комунікативного процесу розмовляють різними мовами й діалектами, мають суттєві дефекти мови та дикції, перекручену граматичну побудову висловлювань. Семантичний бар'єр з'являється через відсутність збігу в системах значень партнерів з комунікації – тезаурусах, тобто лінгвістичного словника мови, з повною смисловою інформацією. Цей бар'єр – є по-перше, проблема жаргонів і сленгів, по-друге, він викликається обмеженим лексиконом у одного з співрозмовників, по-третє, його причинами можуть бути соціальні, культурні, психологічні, національні, релігійні, професійні, групові та інші особливості спілкування. Стилістичний бар'єр виникає в разі невідповідності стилю мови комунікатора й ситуації спілкування або стилю мови й актуального психологічного стану реципієнта. Він може виникнути й за умови, коли форма комунікації та її зміст не відповідають одне одному, також коли інформація передається науково-канцелярським стилем, який зрозуміліший під час читання й утруднений у слуховому сприйнятті [143].

Б. Поршнев виокремлює три форми комунікативних бар'єрів: уникання, авторитет, нерозуміння. Уникання – втекти від небажаної інформації та її впливу можливо як фізично, так і психологічно. Другий бар'єр – авторитет передбачає, що інформація потрапляє до свідомості, але на цьому шляху вона суттєво знецінюється через суб'єктивне зниження авторитетності її джерела, тобто, зрештою, стає ненадійною й малозначущою. Нерозуміння, як комунікативний бар'єр, є найтоншим способом знизити вплив інформації шляхом її перекручення до невпізнання, надання їй нейтрального смислу [143].

Щодо бар'єрів взаєморозуміння Є. І. Головаха та Н. В. Паніна виділяють інтелектуальні, емоційні, естетичні та мотиваційні бар'єри. Звертаючи увагу на естетичний бар'єр, який з'являється при першому контакті, тобто зовнішній вигляд, манера поведінки, стиль одягу і таке інше. Інтелектуальний бар'єр може виникати в результаті різної швидкості протікання інтелектуальних процесів в процесі спілкування. Якщо висловлювання співрозмовника не торкаються власних потреб партнера по спілкуванню, то така ситуація спричиняє мотиваційний бар'єр. Емоційний бар'єр вза-

еморозуміння може виникати внаслідок антипатії до співрозмовника, небажання заглиблюватися у його проблеми та співчувати йому [187].

Зупинимось детальніше на тих бар'єрах, які більш характерні для підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату. Інтелектуальні бар'єри можуть виникати внаслідок різного інтелектуального рівня партнерів і також різних типів інтелекту. Загальний рівень інтелектуального розвитку деяких підлітків із фізичними вадами нижче ніж у здорових. Наприклад, О. М. Мастюкова та К. О. Семенова вважають, що характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного психічного інфантилізму. У цих дітей спостерігаються більш виражені порушення інтелектуальної діяльності з інертністю психічних процесів і недостатністю логічного мислення [186].

На наявність естетичного бар'єру вказує І. О. Трухін [187], що може вставати на шлях взаєморозуміння між підлітком із фізичними вадами та його однолітками. Відомо, що в підлітковому віці важливого значення набуває власний зовнішній вигляд та його співрозмовника, також особливості мови та манери поведінки. А зважаючи на те, що для підлітків цієї категорії порушень характерно наявність зовнішньо вираженого фізичного дефекту, то цей бар'єр в даному віці набуває особливого значення.

Мотиваційний бар'єр – це такі обставини, які роблять спілкування нецікавим або непотрібним, наприклад неприємною темою розмови для підлітків з фізичними дефектами може виступати стан та перспективи здоров'я, зовнішній вигляд, потенційні можливості і таке інше. Т. О. Власова, вказує на те, що бідність морального досвіду дітей з церебральним паралічем затримує формування усвідомлення мотивів поведінки, адекватної оцінки наслідків своїх вчинків [145].

Під емоційним бар'єром розуміють небажання спілкування внаслідок антипатії до партнера. На думку Є. П. Мешеніної, для дітей з церебральним паралічем характерні різні психоемоційні розлади, які проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, підвищеної чуттєвості до звичайних подразників навколишнього оточення [186]. О. М. Мастюкова вважає, що підвищена емоційна збудливість може супроводжуватися з порушеннями поведінки у вигляді афективних вибухів, іноді з агресивними проявами [125]. Як зауважує, Т. О. Власова, незрілість емоційно-вольової сфери

дітей в старшому шкільному віці перешкоджає соціальній адаптації. Ознаки цієї незрілості проявляються в інтересі до ігрової діяльності, слабкості волевого зусилля [145]. Всі ці емоційні особливості підлітка можуть бути причиною негативного ставлення його до однолітків.

Говорячи про комунікативні бар'єри, які негативно впливають на розвиток особистості підлітків із фізичними вадами та ґрунтуючись на поглядах таких вчених як І. О. Трухін, Є. І. Головаха, Н. В. Паніна та інших можна виділити наступні основні комунікативні бар'єри (рис. 2.1).

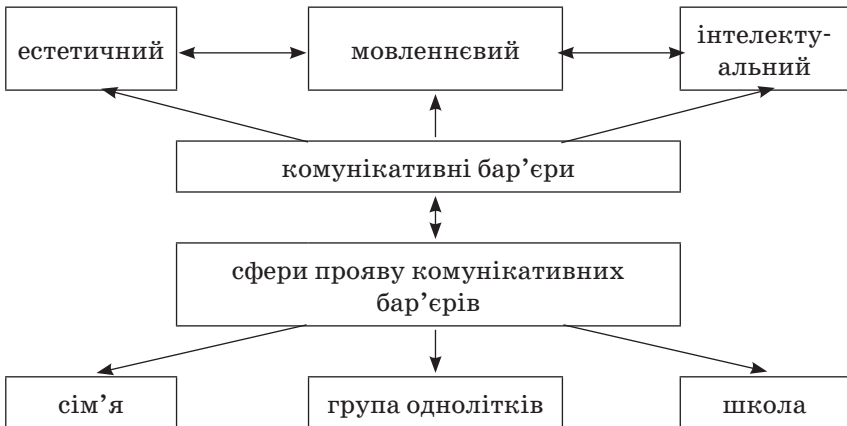


Рис. 2.1. Комунікативні бар'єри підлітків із фізичними вадами та сфери їх прояву

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

форм. Чим важче те чи інше інтелектуальне порушення, тим більше ускладнюється або порушується комунікативний процес. По-третє, різні мовленнєві дефекти, такі як, дизартрія, брадилалія і таке інше, можуть виникати внаслідок органічних, психогенних чи соціально-психологічних причин, що виражаються у мовленнєвому бар'єрі. Вищенаведені комунікативні бар'єри певним чином взаємопов'язані між собою. Деякі фізичні вади можуть спричиняти мовленнєві дефекти, наприклад коли параліч уражає центральний чи периферичний відділ мовленнєвого аналізатора. Інтелектуальні порушення, у свою чергу, також визивають фізичні та мовні розлади [190,286].

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

Ж. М. Глозман вказує на те, що негативний досвід спілкування формує в дитині неадекватний інтегральний образ світу людських відносин внаслідок депривації потреби в спілкуванні, що створює домінантне вогнище порушення в психіці дитини. Особливо гостро така домінантність повинна виявлятися при наявності в дитини психічних травм, при вкрай несприятливому досвіді спілкування в родині [42].

Часто комунікативні бар'єри порушують та ускладнюють спілкування з однолітками. Зовнішні фізичні недоліки, інтелектуальні відхилення та мовні дефекти обмежують та деформують процес спілкування підлітка з однолітками, значно зменшують кількість товаришів та друзів. Коло інтересів та рівень знань здорових дітей і дітей із фізичними вадами в підлітковому віці дещо різняться. Для підлітків із фізичними вадами характерна певна інфантильність, здорові підлітки з часом починають втрачати інтерес у спілкуванні з ними та формується своєрідна соціальна ізоляція. Вплив системи спеціальних закладів на особистісний розвиток підлітків із фізичними вадами. Спеціальні навчальні заклади здебільшого є закритого типу, що знов обмежує спілкування зі здоровими однолітками. Навчання в цих закладах настільки змінене, що не завжди відповідає звичайним умовам життя людини.

Вважаємо за доцільне більш детальноше зупинитися на аналізі такої сфери впливу комунікативних бар'єрів, як спілкування з групою однолітків, так як спілкування є провідною діяльністю особистості підліткового віку.

Дослідження, які були проведені в Швеції та Канаді на початку 60-х років минулого століття показали, що обмежений характер спілкування дітей з проблемами зі своїми однолітками корелював зі ступенем замкнутості сім'ї, а також зі ступенем вираження відхилень у розвитку дитини. Одна із причин виникнення цих обмежень є порушення спілкування дітей із фізичними вадами зі здоровими. Дана причина є досить складною та неоднозначною із-за порушення мови у деяких підлітків та викривлення невербальних засобів їх спілкування. Таким чином, процес розвитку комунікативних якостей підлітка з фізичними вадами у порівнянні зі здоровими дітьми буде досить різнитися. Це підтверджує і дослідження О. М. Усанової [196], яка виділяє відмінності, що можуть виникнути в мікросоціуму дитини з відхиленнями в порівнянні зі здоровими дітьми. А саме, перше коло мікросоціуму – сім'я, у проблемної дитини може бути пустим (неповна сім'я, батьки з девіантною поведінкою і таке інше) частіше, ніж у здорового. Друге коло – друзі, для проблемної дитини має багато обмежень. Третє коло – діти зі суспільних груп, значно вужче ніж у здорових, особливо для дітей з важкими вадами. Четверте коло – дорослі, які допомагають дитині, є найбільш наповненим, тому що, ці діти потребують допомоги дорослих, а саме лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників та інших. Таким чином, можна сказати що, основна особливість моделі мікросоціума дитини з обмеженнями в тому, що спілкування з однолітками має тенденцію до скорочення, а з дорослими – до розширення. Вважаємо, що цей факт своєрідно, а інколи і негативно, впливає на розвиток комунікативних якостей підлітків із фізичними вадами.

О. М. Мастюкова також вказує на те, що однією з причин порушень спілкування у дітей з відхиленнями у розвитку може бути настанова батьків на ізоляцію дитини від колективу здорових однолітків. Тому важливо, щоб батьки розширювали коло спілкування дитини [125].

Як зазначає, Т. С. Баранова, група однолітків – це той індикатор, той соціалізуючий фактор, коли вже стає ясно, яким шляхом піде підліток – соціалізації чи десоціалізації. Спілкування з тими,

хто володіє таким же, як у нього, життєвим досвідом (другом), дає можливість підлітку дивитися на себе по-новому. Саме через дружбу він засвоює риси високої взаємодії людей: співробітництво, взаємодопомога, ризик заради іншого і таке інше. Дружба в цьому віці, завдяки прагненню підлітків до взаємної ідентифікації підвищує конформність у взаєминах [10]. На жаль, більшість підлітків із фізичними вадами позбавлені повноцінного спілкування, яке має викривлений характер. В перспективі повноцінне спілкування з однолітками в підлітковому віці набагато суттєвіше для збереження психічного здоров'я, ніж такі фактори, як розумовий розвиток, шкільна успішність чи взаємини з педагогами.

Одним із завдань корекційної роботи шкільного психолога є формування комунікативних якостей підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату. Розкриваючи основні комунікативні якості особистості в межах спілкування як цілісної системи ми базувалися на поглядах В. О. Лабунської, Л. Е. Орбан-Лембрик. Основні комунікативні якості особистості схематично зображено на рис. 2.2.

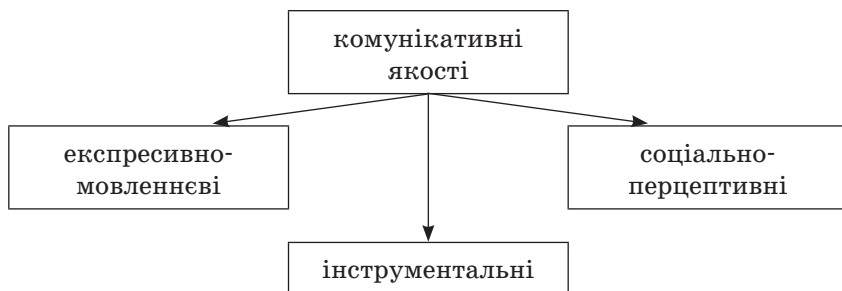


Рис. 2.2. Основні комунікативні якості особистості

По-перше, експресивно-мовленнєві якості, які передбачають наявність і характер вербальних та невербальних проявів. Наприклад, візуальний контакт, експресія обличчя, проксемика, такесика і таке інше. По-друге, соціально-перцептивні якості, які представляють собою шаблонність сприйняття партнера, оцінка його почуттів та настрою, співвідношення дій і вчинків партнера з його особистісними якостями і таке інше. По-третє, інструментальні – вміння та навички партнерів в організації взаємодії, наприклад,

невміння партнера вчасно вийти із спілкування, аргументувати свої зауваження та побажання, прагнення зайняти в спілкуванні головну позицію, робити висновки про партнера на основі його зовнішності, відношення партнерів один до одного, а також уявлення про такі характеристики спілкування як кількість партнерів, їх вік, стать, соціальний статус і таке інше. Сукупність вищенаведених комунікативних якостей спілкування і їх особливості складають той чи інший «портрет партнера спілкування» [191, 369].

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

2.2. Особливості розвитку людини з порушеннями інтелекту і психічними захворюваннями

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

1. Епілепсія – це хронічне захворювання, що характеризується наявністю епізодично виникаючих розладів в свідомості, настрої. Захворювання в більшості випадків приводить до поступової зміни особистості і своєрідному зниженню інтелекту. Радикального методу лікування епілепсії не існує, але в цей час за допомогою ме-

дикаментозних засобів можна домогтися припинення припадків в 60–80% випадків.

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

Епілептичний синдром («симптоматична епілепсія» деяких авторів – Х. Г. Ходос, 1974) спостерігається при пухлинах головного мозку, енцефалітах, гіпертонічній хворобі й церебральному атеросклерозі, хронічних психічних захворюваннях на віддалених етапах їхньої динаміки, паразитарних захворюваннях головного мозку, хромосомних хворобах. У страждаючих на епілепсію дітей на тлі температури припадки можуть частішати (це буває й у дорослих) або з'явитися вперше. На припадки епілепсії вказують: їхня багаторазовість, повторення при кожному підйомі температури, поява при невисокій температурі (нижче 38°), вік старше трьох, чотирьох років. Епілептичні реакції особливо легко виникають при підвищеній судорожній готовності. Їхнє повторення може привести до формування епілепсії. Викликаними є також припадки «рефлекторної» епілепсії. Поява припадку пов'язане із сенсорними подразниками. Характер останнього відображається в назві приступів. Аудіогенні припадки провокуються раптовими акустичними стимулами, фотогенні – оптичними. Припадки можуть з'являтися під впливом тактильних, пропріоцептивних і вісцеральних стимулів (дотик до тіла, різкий рух, біль). Ритмічно повторювані подразники також можуть привести до припадку (мелькання вагонів зустрічного поїзда, електричних стовпів, смуг «зебри» на пішохідних ділянках дороги; зображень на телеекрані – «телевізійна епілепсія»). Припадки провокуються іноді складними, але строго певними діями (так, припадки у хворого виникають щораз, коли він підходить до раковини, включає кран, і коли вода починає текти, непритомніє). Іноді припадки бувають у зв'язку з

бурхливими емоціями – афект-епілепсія. Імовірно, подібні з останніми випадки, пов'язані зі сприйняттям музики – музикогенна епілепсія [62].

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

Характеризуючи особливості особистості та поведінки дітей епілептиків, С. Я. Рубінштейн зазначає, що деколи у них замість випадку виникають «еквіваленти» – стани зміненої свідомості. Під час цих станів діти можуть бігти, лізти з вікон, схопити важки предмет та вдарити кого-небудь. В дитячому колективі треба слідкувати за можливою двоякістю поведінки дитини (шанобливість до сильних та деспотичність до слабких) [163,30].

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

Як зазначають В. М. Синьов, М. П. Матвеева, О. П. Хохліна та інші вчені, олігофренія визначається не етіологічними чинниками, а раннім впливом цих чинників на мозок. Тобто дуже різноманітні спадкові, вроджені, набуті шкідливості в пренатальний та ранній постнатальний періоди зумовлюють загальний психічний недорозвиток [172,67].

При олігофренії спостерігається стійке недорозвинення психіки, що проявляється не тільки у відставанні від норми, але й у глибокій своєрідності. Діти з олігофренією здатні до розвитку, але воно здійснюється уповільнено, атипічно. Вони становлять значну частину розумово відсталих. Менша за чисельністю група – особи, у яких розумова відсталість виникла після трьох років. У результаті травм головного мозку, різних захворювань (менінгіту, енцефаліту, мєнінгоенцефаліту) відбувся розпад уже сформувалися психічних функцій. Ці стани називають деменцією [186,87].

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

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

2. Олігофренія унаслідок дії шкідливих чинників в період внутрішнього розвитку складає 70 % всіх випадків. До таких чинників відносять інфекції (краснуха, грип); біологічну несумісність крові матері і дитини (резус-конфлікт); ендокринні порушення (кретинізм); родові ускладнення (вужкий таз, передчасне отходження вод, аноксія).

3. Олігофренія унаслідок дії шкідливих чинників в постнатальний період. До них відносять: перенесені в ранньому дитинстві ускладнення грипу, корі, краснухи і ін. (менінгіт, енцефаліт).

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

Класифікація олігофренії за ступенем прояву має практичне значення для визначення можливості навчання, рівня соціальної адаптації. Виділяють 3 ступені розумової відсталості: дебільність, імбецильність, ідіотія [186,88].

1. Дебільність – незначний ступінь розумової відсталості. Ця категорія осіб становить більшість серед страждаючих на розумову відсталість (70–80 %). Вони як правило пізніше починають ходити, говорити, у більш пізній термін опановують навички самообслуговування. Вони мало цікавляться навколишнім: не досліджують предмети, не прагнуть довідатися про них у дорослих, байдужі до процесів і явищ, що відбуваються у природі й соціальному

житті. До кінця дошкільного віку їхній активний словник бідний. У молодшому дошкільному віці в них переважають безцільні дії з іграшками, до старшого дошкільного віку з'являються предметно-ігрові дії.

Діти-дебіли здатні до цілеспрямованих видів діяльності, можуть передбачати наслідки своєї активності, якщо зробити їх предметом усвідомлення. Проте досить часто під впливом нагальних потреб вони виявляються схильними до імпульсивних необдуманих вчинків. Емоційно-вольова сфера у дітей-дебілів первинно збережена. Тому вони у доступних їхньому розумінню ситуаціях діють адекватно. Проте характерними при дебільності є незрілість, інфантильність емоцій, слабкість волі, знижена спроможність докладати вольові зусилля [172, 77–78].

Якщо в дитячому садку дитина не отримала спеціальної педагогічної допомоги, то виявляється не готовою до шкільного навчання. Часто діти з незначною розумовою відсталістю виховуються в умовах масового дитячого садка, але потрапляючи в загальноосвітню школу, вони відразу ж зазнають значних труднощів у засвоєння навчальних предметів. З віком ці діти до моменту випуску зі школи за своїми психометричними та клінічними проявами мало чим відрізняються від дітей, які нормально розвиваються.

2. Імбецильність є помірним ступенем розумової відсталості. Імбецильність, за міжнародною класифікацією, поділяється на легку та виражену. Це порушення виявляється в ранні періоди розвитку дитини. Опановують ходьбу діти після трьох років. Мова з'являється до кінця дошкільного віку і являє собою окремі слова, рідко фрази. Істотно страждає моторика, тому навички самообслуговування формуються із працею й у більш пізній термін. Пізнавальні можливості різко знижені: грубо порушені відчуття, сприйняття, пам'ять, увага, мислення. Основною рисою, характерною для осіб даної категорії, є нездатність до самостійного понятійного мислення. Найвні поняття носять конкретний побутовий характер, діапазон яких дуже вузький. Ці діти цілком здатні опанувати навичками спілкування, соціально-побутовими навичками, грамотою. У той же час вони не можуть вести самостійний спосіб життя, мають потребу в опіці. У дошкільному віці діти можуть відвідувати спеціальні дитячі садки для дітей з порушенням інтелекту, а у 7–8 років вони можуть бути прийняті в спеціальні (корекційні) школи.

Як зазначають В. М. Синьов, М. П. Матвеева, О. П. Хохліна: «Діти-імбецили є дуже вразливими. Їхні емоції характеризуються полярністю, реактивністю та лабільністю. Відносна збереженість їхнього афективного життя виявляється в чутливості до оцінки іншими людьми. Власна самооцінка у них є неадекватно завищеною: себе вони вважають найкращими. Імбецили так само, як і ідіоти, схильні до «польової поведінки», проте у них уже досить часто виявляються й інші форми активності, наприклад, імпульсивні акти, які здійснюються під впливом безпосередніх потреб індивіда і не передбачають свідомої постановки мети, планування, аналізу засобів та можливих наслідків» [172,76].

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

Поведінку ідіотів називають польовою, оскільки вона повністю залежить від зовнішніх стимулів, не підлягає усвідомленню та не має конкретних цілей [172,73]. У деяких випадках при ідіотії спостерігається парадоксальне збереження окремих психічних функцій та здібностей. На тлі глибокої інтелектуальної неповноцінності може спостерігатися вражаюча механічна пам'ять, музичні та інші здібності тощо [172,74].

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

Розглянемо класифікацію психічного недорозвитку Д. М. Ісаєва (1982), який виділяє чотири основні форми: астенічну, атонічну, дисфоричну та стенічну [124,68].

1. Астенічна форма характеризується неглибоким порушенням інтелекту. У структурі інтелектуального дефекту в дітей спостерігається порушення шкільних навичок, які діагностуються, як правило, на початку шкільного навчання. У ранньому дитинстві й у дошкільні роки батьки таких дітей не помічали відставання в їхньому розумовому розвитку. У більшості з них спостерігалися недорозвинення мови й емоційно-вольова нестійкість. У структурі

інтелектуального дефекту цієї групи дітей переважали недорозвинення зорово-просторових функцій, труднощі встановлення послідовних умовиводів у розповідях, знижений рівень узагальнень.

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

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

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

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

Розкриваючи особливості психомоторики дітей-олігофренів можна зазначити, що тип рухової недостатності при різних клінічних формах олігофренії неоднаковий і залежить від багатьох чинників: місця ураження мозку, рівня інтелекту і таке інше. Зрозуміти особливості порушення психомоторики глибоко розумово відсталих дітей можливо, опираючись на рівневу теорію організації руху М. А. Бернштейна. Рухові прояви глибоко розумово відсталих дітей відображають недостатність психологічної організації рухів. Особливо виражена недостатність у другій сигнальній організації

рухів. Слово не несе значеннєвого навантаження, не є регулятором рухової діяльності. Недостатність значеннєвого предметного рівня організації рухів викликає компенсаторне виконання рухового акту на більш збереженому просторовому рівні. Порушення в основних рухових актах (ходьба, біг, стрибки і т. д.) характерні для розумово відсталих дітей дошкільного і шкільного віку. Неправильна хода (дискоординація ніг і рук, скутість, неритмічність, зайві рухи) відмічена у 40–50 % олігофренів. Порушення в бігових вправах (неузгодженість рук і ніг, нерівномірність рухів за амплітудою, зайве обертання тулуба, скутість плечового поясу) відмічені у 50–60 %. Невміння стрибати на одній і двох ногах відмічено у 90–100 %. Спостерігаються ускладнення при повзанні, лазінні, метанні. Порушення дрібної моторики особливо характерне при олігофренії, оскільки проєкційна зона руки в корі головного мозку займає найбільшу площу [197,553].

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

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

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

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

неадекватність у переживаннях. Має місце порушення вольових процесів: зниження вольового зусилля, що доходить до хворобливої безвільності. Мислення хворих на шизофренію відносно зберігає формально-логічні зв'язки, але відбувається перекручування процесу узагальнення в сполученні з порушеннями послідовності й критичності мислення. Також у них відзначається порушення актуалізації минулого досвіду. Тому для мислення шизофреніків характерні розпливчастість, примхливість.

Говорячи про особливості психіки дітей-шизофреніків, С. Я. Рубінштейн [163,31] виокремлює розлади мислення, що посилюються та притуплення почуттів. Думки та міркування дітей відрізняються вигадливим, зарозумним характером. Вони рідко мають друзів, іноді погано відносяться до своїх батьків, не реагують на добре відношення вчителя.

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

2.3. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями слуху

Слух відіграє важливу роль у розвитку людини. Слухом називається здатність організму сприймати й диференціювати звукові коливання за допомогою слухового аналізатора.

Втрата слуху, навіть часткова, створює бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, зтримує розвиток особистості. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особи, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати музику [73].

Причини порушення слуху:

1. Вроджені: токсікоз вагітності, вірусна інфекція матері, травматичні пошкодження плоду, вроджена деформація слухових кісточок, недорозвиток слухового нерву, аклюзія (недорозвинення внутрішнього вуха), відсутність барабанної перетинки, атрезія (зарощування зовнішнього слухового проходу) і таке інше.

2. Придбані (до трьох років): різні захворювання – менінгіт, енцефаліт, пневмонія, свинка, запальні захворювання носа і носо-

глотки, неврит слухового нерва, грип та його ускладнення; механічні травми голови – забиті місця, удари, впливи зверхсильних звукових подразників.

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

Інвалідам з порушенням функцій слуху найбільш значущим є обмеження здібності до спілкування. Здібність до спілкування – здібність до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки і передачі інформації. Спілкування здійснюється за рахунок засобів комунікації.

Основою класифікації є наступні критерії: ступінь втрати слуху, час втрати слуху, рівень розвитку мови (Р. М. Боскіс). Відповідно до цих критеріїв виділяють наступні групи дітей.

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

- ранооглохлі. У цю групу входять діти, що народилися з порушеним слухом або втратили слух до початку мовного розвитку або на ранніх його етапах. Звичайно зберігаються залишки слуху, що дозволяють сприймати сильні різкі звуки;
- пізнооглохлі. Це діти, у яких тією чи іншою мірою збереглася мова, діти втратили слух у тому віці, коли вона вже була сформована. Головним завданням у роботі з ними є закріплення вже наявних мовних навичок, запобігання мови від розпаду й навчання читанню з губ.

2. Туговухі (ті, хто погано чуєть). Це діти із частковою слуховою недостатністю, що ускладнює мовний розвиток, але зі здатністю до самостійного нагромадження мовного запасу за допомогою залишкового слуху [144,153].

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

У психічному розвитку дітей з порушеним слухом виділяють дві (за І. М. Соловйовим) характерні закономірності. Перша з них полягає в тому, що через порушення слуху обсяг зовнішніх впливів на глуху дитину обмежений, взаємодія із середовищем збіднена,

спілкування з оточуючими людьми ускладнено, у той час як необхідною умовою успішного психічного розвитку всякої дитини є значне зростання кількості, розмаїтості й складності зовнішніх впливів. Внаслідок цього обмеження психічна діяльність такої дитини спрощується, реакції на зовнішні впливи стають менш складними й різноманітними, система міжфункціональної взаємодії змінена. Спостерігається нерозмірність у розвитку наочно-образного й словесно-логічного мислення (превалює перше); письмова мова в обох формах – імпресивній (читання) і експресивній (письмо) – здобуває більшу роль у порівнянні з усною. Друга закономірність – відмінності в темпі психічного розвитку в дітей з порушеннями слуху в порівнянні з дітьми, які нормально чують. Вчений шлях психічного розвитку дитини з порушеним слухом представляв у такий спосіб: розходження в психічній діяльності між дитиною, яка чує й глухою дитиною, незначні на початкових етапах онтогенезу, потім зростають протягом наступного часу. Так відбувається до певного етапу, коли внаслідок систематичного сурдопедагогічного впливу розходження перестають наростати й навіть зменшуються. Чим кращі умови, тим швидше й значніше зближається розвиток дитини з порушеним слухом з розвитком дитини, яка нормально чує [144,156].

Відчуваючи потребу в спілкуванні з оточуючими, глухі користуються міміко-жестикуляторною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації. Як певна база для розвитку мислення й засіб спілкування, міміко-жестикуляторна мова не може повністю замінити словесну мову – могутній фактор розвитку психіки дитини. Функції її в спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти міміко-жестикуляторну мову й використовувати її для передачі своїх думок може лише людина, яка володіє системою її знаків. У спілкуванні глухих зі спеціально підготовленими людьми, які чують, використання міміко-жестикуляторної мови вкрай обмежене. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування в них словесної мови [73,16].

Отже, провідним обмеженням осіб з порушеннями слуху є обмеження здатності до повноцінного спілкування, тому становлення міжособистісних відносин для даної категорії осіб і суспільства вцілому набуває особливого значення. Як зазначає Т. Г. Богданова [19], для формування у них міжособистісних відносин необхідні спеціальні умови зі сторони дорослих – батьків і педагогів, при цьо-

му важливі два взаємопов'язаних процеса: з однієї сторони, необхідно, щоб діти засвоїли норми та правила поведінки, які необхідні при спілкуванні з іншими людьми, з другої сторони, слід навчити їх розпізнавати особистісні якості, виконання чи невиконання норм і правил в реальному процесі спілкування, надавати їм оцінку.

Проблеми соціально-психологічної адаптації глухих осіб до оточуючого середовища, можуть спричинити появу вторинних дефектів.

Так, це призводить до появи у них таких особистісних рис, як ригідність, егоцентризм. Відсутність внутрішнього контролю, імпульсивність, сугестивність, більш високий рівень агресивності в поведінці, менше, чим у чуючих, прагнення до співпраці, емоційна незрілість. При цьому у жінок з порушеннями слуху відмічається більша, ніж у нечуючих чоловіків, емоційна стабільність, кмітливість, сумлінність, менша, чим у них, підозрілість, наполегливість, схильність до ризику [19].

Розглядаючи медико-психологічні аспекти людей з обмеженими можливостями, В. Д. Менделевич звертає увагу на те, що у пацієнтів із приглухуватістю частіше зустрічаються уразливість, підвищена тривожність. Вони стають підозрілими, соромливими, намагаються сховати свій дефект [127,277].

Незважаючи на серйозний та різноплановий негативний вплив глухоти й туговухості на розвиток дитини, навіть при найтяжчих ураженнях слухової функції, але при збереженому інтелекті, можливості всебічного розвитку особистості дітей із порушеннями слуху необмежені. Під впливом соціальних факторів (головним чином спеціального навчання), виявляючи наполегливість у подоланні труднощів, викликаних дефектом, люди зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої і суспільної діяльності, в реалізації своїх творчих здібностей [73,17].

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

2.4. Особливості розвитку людини з порушеннями зору

Зір відіграє провідну роль в орієнтуванні, пізнавальній та трудовій діяльності людини. За його допомогою сприймаються предмети: розрізняються форми, величини, розміри, відстані, кольори та світлотіні. Через візуальний канал людина здобуває уявлення по себе і світ. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини. Візуальне сприймання людьми одне одного дуже важливе для встановлення міжособистісних стосунків і визначається функціонуванням зорового аналізатора. При порушенні його діяльності у дитини виникають значні труднощі в пізнанні світу та орієнтуванні в ньому, в здійсненні контактів із людьми, що її оточують, у різних видах діяльності [73].

Причини порушення зору:

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

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

Розрізняють хворих з наступними порушеннями зору.

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

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

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

Залежно від часу настання дефекту виділяють дві категорії дітей:

- сліпонароджені – це діти з уродженою тотальною сліпотою або осліпли у віці до трьох років. Вони не мають зорових уявлень, і весь процес психічного розвитку здійснюється в умовах повного випадання зорової системи;
- осліпли – діти, що втратили зір у дошкільному віці та пізніше [144,190].

Найбільш значущим видом обмеження життєдіяльності інвалідів даної категорії – обмеження здібності до орієнтації – здібності визначатися в часі і просторі. Як свідчать дані В. Д. Менделевич, пацієнти з подібними дефектами органів чуттів стають нерішучими, боязкими, залежними від близьких. У них нерідко формуються надцінні ідеї ущербності, що поєднуються з такими якостями особистості як принциповість, справедливість, високий рівень моральних вимог до себе й навколишніх [127,277].

Радянський вчений А. Г. Літвак вважав, що складність вивчення психіки сліпих і слабозорих полягає в тому, що в них досить різноманітний характер захворювання й ступінь порушення основних зорових функцій (гострота зору, поле зору й ін.). А. Г. Літвак виділив особливості психічного розвитку сліпої або слабозорої дитини. По-перше, ряд психічних процесів (відчуття, сприйняття) виявляються в прямій залежності від глибини дефекту, а деякі психічні функції (кольоровідчуття, швидкість сприйняття й ін.) залежать також і від характеру патології; по-друге, є психічні процеси й стани, на які порушення зору роблять опосередкований вплив (наприклад, мислення, розвиток якого до певного моменту залежить від порушень в області сприйняття та уявлення); по-третє, є такі структурні компоненти психіки, які ні від глибини дефекту, ні від характеру патології зори виявляються незалежними (світогляд, переконання, темперамент, за винятком його зовнішніх проявів, моральні риси характеру і таке інше) [119,6].

Є. А. Клопота досліджуючи особливості переробки інформації й формування просторових уявлень в осіб з порушенням зору прийшов до висновку, що процес розпізнавання образів і обробки інформації у зрячих і тотально сліпих людей ідентичний. Однак, він відрізняється швидкістю й динамікою одержання інформації з навколишнього середовища. Незрячі люди перебувають як би на один крок до «стартової лінії», тобто їм потрібен додатковий час і енергетичні ресурси для розпізнавання й обробки інформації, на основі якої формується образ світу. Високий рівень орієнтації

й адекватних уявлень про навколишню дійсність можна досягти шляхом постійного збагачення образів і практичного набуття навичок ходіння й переміщення в просторі. Необхідно використовувати аналізатори, що залишилися, а також тренувати їх [85].

При порушенні зору виникає ряд вторинних відхилень: відхилення у фізичному розвитку, спостерігається обмеження рухової активності дитини; при значній або повній втраті зору порушуються координація, витривалість, швидкість і ритм рухів та ослаблюються пізнавальні процеси. Так на думку, Л. В. Кузнецової, сліпота та глибокі порушення зору викликають відхилення у всіх видах пізнавальної діяльності. Знижується кількість одержуваної дитиною інформації й змінюється її якість. Відбуваються якісні зміни системи взаємин аналізаторів виникають специфічні особливості в процесі формування образів, понять, мови, у співвідношенні образного й понятійного мислення, орієнтуванню в просторі. Значні зміни відбуваються у фізичному розвитку: порушується точність рухів, знижується їхня інтенсивність. Отже, в дитині формується своя, дуже своєрідна психологічна система, якісно й структурно не схожа із системою дитини, яка нормально розвивається [144,191].

Дослідження Є. П. Синьової та інших вчених, присвячені вивченню ролі глибини порушення зору у формування особистості показали, що: «... існування інваліда за зором у соціальних групах, об'єднаних за ознакою подібності ушкоджених функцій, якими є колективи спеціальних шкіл-інтернатів, орієнтує його на вироблення в собі складових особистості, що відповідають ціннісним орієнтирам саме цієї групи. Зокрема такими є особливості спрямованості особистості, обмеженої можливостями перцептивного досвіду, та такої, яка протягом шкільного дитинства здебільшого засвоює цінності групи, властиві спеціальній школі-інтернату для дітей з порушеннями зору [169,95]».

Аналізуючи особливості розвитку слабозорих дітей, слід вказати, що вони (на відміну від дітей із тотальними порушеннями) не завжди повною мірою усвідомлюють свій дефект.

Аналіз психосемантичних уявлень зрячих і незрячих людей про сліпоту, показав, що у суспільстві досить поширений стереотипний образ «типового сліпого», – образу, який, включаючись у структуру взаємин зрячих і незрячих у соціумі, накладає відбиток на формування їх уявлень один про одного, а також незрячих про

себе. Головна особливість цього образу – переоцінка серйозності наслідків дефекту. Іншими словами, зрячій людині соціальна позиція і життя незрячого уявляється більш безнадійною і трагічною, ніж це є насправді. Проте, добре адаптована незряча особистість почуває себе досить упевнено, принаймні у певних галузях життя і діяльності [73].

Таким чином, провідний вплив на формування повноцінної незрячої особистості надають саме позитивні умови соціального оточення.

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

Розкриваючи соціально-психологічні особливості людини з порушеннями роботи внутрішніх органів зупинимось на таких соматичних захворюваннях: цукровий діабет, онкологічні захворювання та бронхіальна астма.

1. Цукровий діабет

Цукровий діабет – ендокринне захворювання, обумовлене абсолютною або відносною інсуліновою недостатністю, що приводить до порушення всіх видів обміну речовин, перш за все вуглеводного, ураження судин, нервової системи, а також інших органів і тканин.

Цукровий діабет – розповсюджене хронічне захворювання, що викликається недостатньою кількістю ендогенного інсуліну або його зниженою ефективністю. Існують дві основні форми захворювання. Цукровий діабет 1-го типу часто називають інсулінозалежним. Він звичайно розвивається в дитячому або підлітковому віці, починається гостро з появи виражених ознак нездужання, стомлюваності, втрати маси тіла, спраги, інфекційних захворювань, а іноді й коми. Цукровий діабет 2-го типу називають інсулінонезалежним. Він має тенденцію розвиватися в осіб з надлишковою масою тіла й людей похилого віку, часто протікає безсимптомно й виявляється при звичайному дослідженні сечі, у той час як особи з даним захворюванням звертаються за допомогою із приводу якого-небудь захворювання [12].

Причинами виникнення цукрового діабету можуть бути порушення центральної нервової регуляції, психотравми, спадковість, інфекційні захворювання підшлункової залози, надмірне споживання вуглеводів.

Основні ознаки захворювання: велике вживання води, тому що відчувається постійна спрага й сильне сечовиділення; ненаситний апетит; м'язова слабкість, сверблячка шкіри.

Виокремлюють наступні форми цукрового діабету:

- легка (порушення вуглеводного обміну лікується за рахунок дієти з малим змістом вуглеводів і жирів, раціональної організації праці й відпочинку, зниження маси тіла до нормальних розмірів);
- середня (у лікуванні використовують інсулін у невеликій кількості або антидіабетичні препарати);
- важка (строга дієта, високі дози інсуліну, лікують у стаціонарі, працездатність істотно порушена, багатьох переводять на інвалідність).

На відміну від дорослих цукровий діабет у дітей протікає важко. Ці особливості обумовлені інтенсивністю тих обмінних процесів, які властиві дитинству. Потреба в гормонах, що мають анаболітичну дію, у дітей дуже велика. Інсуліну властива анаболітична дія, тому і потреба дітей в інсуліні більша, ніж у дорослих. Захворювання у дітей характеризується бурхливим його початком. У початковому періоді у дитини відмічається загальна слабкість, схуднення при хорошому апетиті, дратівливість, зниження успішності в школі, нудота, блювота, іноді нічне нетримання сечі, що указує на декомпенсацію цукрового діабету.

У підлітків велике значення має емоційний чинник, що впливає на перебіг захворювання. На жаль, батьки не завжди можуть створити дитині сприятливу соціально-психологічну атмосферу удома. Це підсилює у хворого відчуття своєї неповноцінності в порівнянні з однолітками. Подолати ці проблеми допомагають розроблені програми з навчання хворих і їх родичів, консультування з психологом.

Підбір адекватної дози інсуліну представляє певні труднощі, тому можливо завищення дози й розвиток хронічного передозування інсуліну або синдрому Сомоджи. У дітей з синдромом Сомоджи відзначають погане самопочуття як наслідок частих нападів слабкості, головного болю, запаморочення, порушеного сну, «розбитос-

ті» і сонливості протягом дня. Сон стає поверхневим, тривожним, часті кошмарні сновидіння. Уві сні діти плачуть, кричать, а при пробудженні у них наголошується сплутана свідомість і амнезія. Після таких ночей хворі протягом всього дня залишаються млявими, капризними, дратівливими, похмурими і апатичними. Нерідко у дітей спостерігають несподівані, невмотивовані зміни настрою і поведінки. Іноді на тлі гострого відчуття голоду хворі проявляють нез'ясовний негативізм до їжі і наполегливо відмовляються від неї. У багатьох хворих спостерігаються раптові порушення зору у вигляді мигтіння яскравих крапок, «мушки», появи «туману», «пелени» перед очима або двоїння.

У осіб середнього віку і людей похилого віку перебіг цукрового діабету сприятливіше, ніж у молодих. Частіше цукровий діабет виникає поступово і поволі прогресує впродовж декількох років. У цій групі переважають хворі, схильні до ожиріння. У чоловіків може швидко знижуватися статева активність. У жінок в клімактеричний період нерідко виникає декомпенсація цукрового діабету, що обумовлено надзвичайною лабільністю нервової системи.

Дозоване фізичне навантаження сприяє поліпшенню кровообігу, збільшується споживання кисню і інтенсивніше виводяться з організму проміжні продукти обміну речовин. Режим фізичної активності робить позитивний вплив на хворих цукровим діабетом. Чинниками, які обумовлюють сприятливу дію фізичного навантаження, є: часткове засвоєння глюкози без інсуліну в працюючих м'язах; підвищення скріплення інсуліну еритроцитами; зниження рівня глікемії; зменшення потреби в інсуліні; значне збільшення утилізації жирних кислот і кетонових тіл в працюючих м'язах; підвищення толерантності до вуглеводів. Протипоказані всі види важкої атлетики, силові види спорту, особливо при діабетичній ретинопатії, альпінізм, марафонський біг. Не рекомендується участь в спортивних змаганнях, оскільки вони супроводжуються великими фізичними і психоемоційними навантаженнями.

Діабет у дорослих нерідко супроводжується астеничною симптоматикою у вигляді підвищеної стомлюваності, зниження працездатності, порушень сну, головного болю, емоційної лабільності. Характерна підвищена збудливість і виснаженість нервових процесів, ослаблення активної уваги, зниження пам'яті на поточні події, підвищена лабільність вегетативної нервової системи, нав'язливі сумніви, нав'язливі спогади, нав'язливий страх, дратівливість, що

переходить у пригніченість і тривожність із фіксацією на дрібних образах, відволікання. Поєднання деякої егоцентричності й підвищеної самооцінки з великою емоційністю в ряду хворих було досить суттєвою основою багатьох психотравмуючих переживань. Хворі на цукровий діабет мають також схильність застрягати на різних емоційних конфліктах, мають підвищену тривожність і боязкість, що не супроводжується посиленою руховою активністю, не критичність, норавливість, упертість, деяку інтелектуальну негнучкість. Нерідко відзначаються млявість, зниження настрою із пригніченістю [12].

Як зазначає Д. Н. Ісаєв: «Майже у всіх хворих спостерігається астеничний стан різної вираженості: втома, зниження працездатності, послаблення уваги, головні болі після навантажень, схильність до гіперемії, дисомнія і т. д. Вираженість астенії залежить від ступеня важкості діабету, посилюється при його декомпенсації. У 17 % дітей прояви астенії стійкі, втома у них визивається мінімальною напругою, супроводжується головними болями, сонливістю, заторможеністю, явною дратівливою слабкістю чи гіперестезичною слізливістю» [72,149].

З 1986 року використовується термін «діабетична особистість» (Щербак А. В., 1986). Їй властиві емоційна нестійкість, невротичні реакції, залежність, байдужність, лабільність настрою, тривожність. Реакція особистості на хворобу в осіб, що страждають на цукровий діабет, можлива наступна: 1) реакція ігнорування хвороби; 2) невротичний тип реакції із тривожно-фобічним відношенням до хвороби; 3) емоційний тип реакції, при якому відношення до хвороби завуальовано переважно дратівливістю, емоційною лабільністю. Психічні розлади при цукровому діабеті зустрічаються в 17,4–18,4 % хворих. У патогенезі цих розладів надається значення наступним факторам: гіпоглікемія, інтоксикація внаслідок печінки та нирок, безпосереднє ураження тканин мозку. Крім первинних розладів функції нервової системи, при цукровому діабеті мають значення соціально-психологічні фактори (зниження працездатності, щоденні ін'єкції, зниження полової функції), особливості характеру індивідуума (тривожно-недовірливі риси в поєднанні з прямолінійністю, обов'язковістю, принциповістю й ригідністю психіки), несприятливі зовнішні впливи у формі перенапруги й психічних потрясінь, вплив тривалого медикаментозного лікування [12].

Депресивний психоз із тривогою або без неї – найпоширеніший розлад у хворих на цукровий діабет. Багато вчених звертають увагу на наявність у осіб з цукровим діабетом депресій. Так, М. Ю. Дробіжев та Т. А. Захарчук відмічають у пацієнтів із цим ендокринним захворюванням легкі депресії. Багато авторів згадують про те, що вони спостерігають депресивні стани переважно в дебюті захворювання. Причому підкреслюється, що ці депресії звичайно діагностуються протягом місяця після встановлення діагнозу ендокринного захворювання. У літературі можна зустріти окремі описи депресії у хворих цукровим діабетом, що виникають при важкому плинні ендокринного захворювання, що супроводжується частими комами. Так, А. К. Добржанською (1973) описані депресивні стани, що протікають з емоційною лабільністю, плаксивістю у хворих, які перенесли діабетичні коми. У дослідженні, проведеному М. М. Жаріковим, описані хворі цукровим діабетом, у яких депресивні стани протікають зі скаргами на почуття нудьги, безрадісність [56].

Деякі науковці [12] виділяють розходження в профілі особистості залежно від статі: так, при цукровому діабеті середньої важкості в чоловіків має місце наростання тривоги про здоров'я й потребу в сторонній допомозі, у жінок – аутизація, відчуження, ригідність. При цукровому діабеті важкої форми в чоловіків є іпохондрія, наростання депресії, надмірне занепокоєння, внутрішня напруженість, тривога, у жінок – ригідність поведінки, мислення.

2. Онкологічні захворювання

Онкологія – захворювання на злоякісні пухлини.

Причиною встановлення інвалідності при онкологічній патології є не основне захворювання, а його ускладнення й супутні захворювання, що обумовлено відсутністю критеріїв визначення інвалідності в таких хворих.

Розглядаючи психологічні особливості девіантної поведінки онкохворих при медико-соціальної експертизі Ф. С. Голубцов звертає увагу на такі види соціально-психологічної дезадаптованості:

- а) стійка ситуативна дезадаптованість, коли хворий намагається пристосуватися до нової важкої для нього ситуації, але ніяк не може;
- б) тимчасова дезадаптованість, яку можна перебороти за допомогою соціально-психологічних заходів;

- в) загальна стійка дезадаптованість у зв'язку із тривалою фрустрацією особистості, що супроводжується не тільки певним ступенем тривожності, але й агресивністю, ригідністю на тлі спроб поживити захисні механізми [44,68].

Л. М. Касімова та Т. В. Ілюхіна психічні зміни в онкологічних хворих умовно розділяють на три групи: а) чисто психогенні, б) змішані психогенно-соматогенні в) переважно соматогенні. Для практики відновлювального лікування найбільше значення мають переважно психогенно обумовлені форми нервово-психічних розладів, тому що вони є головним дезадаптованим фактором у пацієнтів онкологічної клініки. Психогенні реакції (нозогенії) – психічні розлади, пов'язані зі звісткою про важке захворювання. Думки про невиліковність раку й майбутню смерть не можуть не турбувати людину, яка попала в онкологічний стаціонар [79].

Т. Ю. Мерилова, яка досліджувала групу онкологічних хворих за допомогою психологічних тестів (Айзекс, Тейлор), визначила, що у більшості з них спостерігалися складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання. Надмірно виражені негативні емоції (депресія, тривога, фобії) здатні викликати у таких хворих суїцидальні думки. Виникненню депресії сприяють втрата соціального стану, престижу, відчуття безпорадності і спотворення, безсоння, хронічний больовий синдром, непевність перспектив. У процесі лікування онкологічного захворювання хворого переслідують страждання, страхи: перед хворобою, болем, перед будь-чим новим, перед змінами, страх самотності, страх смерті. Емоційні переживання можуть підсилюватися за рахунок браку любові та розуміння [129,511].

Коротко зупинимось на основних типах суїцидальної поведінки, які можуть виникати у людей з тяжкими захворюваннями (у онкохворих зокрема). Суїцидальна поведінка завжди полімотивована. Така полімотивація не виключає, а припускає ієрархію мотивів. В. А. Тихоненко (1978) виділяє п'ять типів суїцидальної поведінки, тобто п'ять типів провідних мотивів: протест, заклик (до жалю), уникнення (щиросердечних або фізичних страждань), самопокарання й відмова від життя (капітуляція).

1. Суїцидальна поведінка за типом «протесту» – припускає завдання збитків, помсти кривдникові, тобто тому, хто вважається причиною суїцидального акту: «Я вам мщу, вам буде гірше від моєї смерті». Така спроба припускає стеничність, агресію, працюють

механізми перемикання з гетероагресії на аутоагресію. Зустрічається частіше в чоловіків молодого віку (від 18 до 30 років), які зловживають алкоголем або страждають органічними захворюваннями ЦНС. Психічний стан визначається як гостра психопатична реакція.

2. Суїцидальна поведінка за типом «заклику» – зміст передбачає активацію допомоги ззовні з метою зміни ситуації. Також зустрічається частіше в молодих людей від 18 до 30 років, але переважно у жінок. Суїцид звичайно відбувається у вечері, частіше способом самоотруєння. Виникає гостро або підгостро, психічний статус суїцидента визначається як реактивна депресія з переживанням образи, жалості до себе, розпачем. Частіше зустрічається в психопатичних особистостей астено-депресивного кола. Як і протестне, дана суїцидальна поведінка звичайно характерна для осіб з інфантильним особистісним складом, якій властиві егоцентризм, негативізм, емоційна нестійкість.

3. Суїцидальна поведінка за типом «уникнення» – проявляється в ситуаціях погрози покарання, а зміст суїциду полягає в спробах уникнення погрози або при очікуванні психічного або фізичного страждання. Характерний для більше старших вікових груп, суїцид роблять чоловіки й жінки старше 30 років – звичайно інваліди, розведені й вдови, частіше у тверезому стані в утішні часи шляхом самоповіщення, самоотруєння. Якщо алкоголь і приймається, то після рішення про суїцид. Пресуїцидальний період більше розтягнутий у часі.

4. Суїцидальна поведінка за типом «самопокарання» – визначається переживаннями провини реальної, або це патологічне почуття провини. Самопокарання можна позначити як протест у внутрішньому плані особистості при своєрідному розщепленні «Я», де є «Я» підсудний і «Я» суддя. Серед суїцидентів мало інвалідів, переважно жінки з досить високим освітнім і суспільно-соціальним рівнем, одружені. Суїцид відбувається частіше в ранкові часи й зовсім рідко в стані сп'яніння. Пресуїцидальний період тривалий, а саме самогубство відбувається жорстоким способом.

5. Суїцидальна поведінка за типом «відмови» від життя – тут мета й мотиви діяльності повністю збігаються. Мотивом є відмова від існування, а метою є позбавлення себе життя: «Я вмираю, щоб умерти». Цей тип суїциду пов'язаний із втратою особистісного змісту свого існування (наприклад, у зв'язку із втратою значимої

близької людини, у зв'язку з важким захворюванням, особливо невиліковним) і неможливістю виконувати колишні, високо значимі ролі. Такий мотив, як відмова, часто характерна для досить зрілих, глибоких особистостей і може виражати не тільки відношення до особисто нестерпної ситуації, але й філософсько-песимістичне відношення до світу в цілому. Такий суїцид частіше роблять чоловіки старше 40 років, у тверезому стані, у ранні ранкові часи. Цей тип суїцидальної поведінки спостерігається також при субдепресіях, циклотімії, шубообразної шизофренії й в осіб із психопатіями астенічного кола [167,286–287].

С. Я. Карпіловська зазначає, що одним із важливих психологічних наслідків переживання наявності важкої хвороби є почуття ізоляваності від людей, які не мають подібного досвіду, переживання своєї іншості, існування в зоні відчуження [78].

Онкологічні хворі відмічають не властиву їм раніше швидко стомлюваність, втрату спокою і внутрішньої врівноваженості, труднощі під час роботи, що вимагає зосередженої уваги і посидючості. Втома й одночасне збудження позбавляють їх чіткості та свіжості думки, що необхідні для продуктивної та цілеспрямованої діяльності [129,510].

Ряд вчених (Г. В. Кожарская, Н. Є. Колмановська, Ж. В. Смірнова, Г. Я. Цейтлін та інші) вказують на те, що психологічний статус дітей характеризується численними страхами, високим рівнем тривожності, почуттям провини, нерідко підвищеною агресією й аутоагресією, елементами посттравматичного синдрому. Крім того, у них порушені комунікативні функції у зв'язку з дефіцитом спілкування зі здоровими однолітками, має місце певна педагогічна занедбаність, девіантність поведінки. В 10% дітей шкільний вік відстає від паспортного, але й у тих, хто формально не відстав від своїх однолітків у навчанні, виявляється дефіцит знань, умінь, навичок [205].

Сім'ї з дітьми з обмеженими можливостями володіють цілим рядом особливостей, що негативно впливають на психологічний стан здорових і хворих дітей. Більшості батьків властиве специфічне відношення до дитини. Воно пов'язане з побоюваннями за її здоров'я. Батьки пред'являють поступливі, а насправді інфантильні вимоги до дитини. При цьому всі їх зусилля концентруються на збереженні здоров'я дитини, і як наслідок недостатність особистісного розвитку.

Всі психічні реакції людини на звістку про важку хворобу можна розділити на певні етапи (за Ф. Є. Василюком). Ці етапи більш чутливо переживають батьки хворих дітей, ніж їхні діти [64,71–73].

Перший етап – заперечення поставленому діагнозу, хвороби. Батьки на цьому етапі відмовляються приймати наявність онкологічної хвороби у їхньої дитини, часто, при цьому, відмовляючись і від необхідного лікування.

Другий етап – етап протесту, гніву. Він є специфічним наслідком питання, яке часто ставлять перед собою батьки: «Чому саме з моєю дитиною це відбулося?» На цій стадії тато чи мама можуть бути дуже агресивними, збудженими, злими. Злість і гнів в такій ситуації досить закономірні, так як завжди виникають на неможливість задовольнити свою потребу, потребу мати здорову дитину. В такі моменти батьки хворої дитини особливо потребують підтримки, емоційного контакту (хоч і схильні демонструвати протилежне). Якщо ви помітили прояви гніву чи злості у батьків, запитайте, на що вони зляться, поговоріть з ними про це, адже проговорювання почуттів значно зменшує їхню інтенсивність.

Третій етап – етап «торгу», або «переговорів». Під час цього етапу відбувається різке звуження так званого «життєвого горизонту» людини. Адже життя зазнало серйозного удару, все нове може лякати, тому за допомогою старих звичних речей батьки дитини, та й дитина сама, можуть підтримувати свою рівновагу, створювати ілюзію, що нічого не сталося, все так як завжди, життя таке саме, як і до постановки страшного діагнозу. В цей час може спостерігатися відмова батьків від різноманітних життєвих подій, чи дій, що приносять задоволення і радість – це своєрідний компроміс, спосіб неначе відкласти вирок долі. В цей час багато хто з батьків шукає різноманітні способи лікування дитини від традиційних до нетрадиційних.

Четвертий етап – етап депресивного стану. В це час у батьків та й дітей можуть бути різкі перепади настрою: то вони плачуть, а то сміються. Вони переживають стани страху та тривоги, провини та відчаю. Також в цей час діти і батьки можуть дещо регресувати у своїй поведінці. Ті діти, які вже ходили, можуть почати повзати, змінюється протікання психічних процесів. У батьків регресивна поведінка може проявлятися у надмірному збудженні, метушні. У них може з'явитись підвищена роздратованість по відношенню

до дітей – вони на них можуть кричати, чи шльопнути. Або ж може бути інший варіант – заторможеність фізичної і психічної реакції, апатія.

П'ятий етап – прийняття реальної дійсності, прийняття поставленого діагнозу. На цьому етапі часто батьки звертаються до релігії, що дає певний позитивний ефект у прийнятті реальності. Тяжка хвороба часто усамітнює людину, розриває її людські зв'язки, звукує життя. Дитина з онкологічним діагнозом та її батьки попадають в полон хвороби, стають обмежені у свободі дій, у своєму волевиявленні. Вони переживають емоційну напругу, тривогу, відчай, гнів, страх перед майбутнім, неможливість керувати ситуацією, хаос найрізноманітніших почуттів. Звістка про рак часто позбавляє людей творчого пристосування до подій життя, вводить у ступор, робить їх ригідними. Часто цей стан супроводжується гострим переживанням можливості межі, порогу, кінця.

Як зазначає І. Г. Малкіна-Пих: «Перебуваючи в близькому контакті з важкою хворобою людина стикається з екзистенційними питаннями: питаннями життя та смерті, активністю і пасивністю, питаннями сенсу, вибору, відповідальності. Таке враження, що в подібній ситуації людина нічого не може зробити, від неї начебто нічого не залежить. Їй так здається. І це дійсно так. Але тут приховується парадокс – людина не здатна змінити минуле, але вона може стати господарем теперішнього, може так спробувати побудувати, організувати своє сьогоденне життя, щоб стати його творцем» [122]. Отже, своєчасна психологічна допомога є важливим криком у боротьбі з такою важкою хворобою як онкологія.

3. Бронхіальна астма

Бронхіальна астма – хронічне захворювання, що характеризується періодичними приступами задухи, що виникає внаслідок спазм бронх.

Природа захворювання в основному інфекційно-алергійна. Стан підвищеної чутливості може виникнути під впливом речовин, які з'являються в організмі під час бактерій при інфекційних захворюваннях органів дихання. Алергенами можуть бути квітковий пил, хімічні речовини, ліки, побутовий пил, гриби, ягоди, вовна тварин і таке інше.

Психосоматичні фактори також беруть участь у патогенезі алергійної бронхіальної астми. У хворих бронхіальною астмою невротичні реакції відіграють важливу роль. Емоційні конфлікти часто служать причиною чергового загострення астми. У клінічній практиці зустрічаються хворі, у яких перший приступ виник у результаті стресу. Так, серед факторів, що мають значення в її розвитку, 30 % становлять психологічні, 40 % – інфекційні та 30 % – алергічні.

Бронхіальна астма може виникати в будь-якому віці, але найчастіше вона розвивається в перші десять років життя. Занедужують в 2–3 рази частіше хлопчики, ніж дівчатка. У половині випадків астма виліковується в пубертатному періоді.

При приступі бронхіальної астми різко змінюється механізм дихання, особливо видих, повітря повністю не виходить із легенів. Це приводить з кожним вдихом до збільшення повітря в альвеолах, сдуттю легенів, недонасиченістю крові киснем і недостатнім звільненні її від вуглекислого газу. Хворому не вистачає повітря, виникає страх задихнутися, він блідне, згодом обличчя стає синюшним. Дихання відбувається з великим зусиллям. Під кінець приступу починається відкашлювання мокротиння, що зібралось внаслідок великого виділення слизу в бронхах. Через кілька годин після приступу хворий відчуває себе практично здоровим. Однак прогресуюче захворювання може привести до зниження еластичності легенів, хронічному бронхіту, легеневої й серцевої недостатності. У деяких хворих приступи виникають рідко, у певний період року, в інших – по кілька разів на добу. Іноді виникає «астматичний статус» – приступи не проходять протягом декількох днів. Сам приступ може тривати від декількох хвилин до декількох годин і більше. Лікування бронхіальної астми спрямовано на попередження приступу (медикаменти, фізична та психологічна реабілітація). При хронічній астмі спостерігається наростаюча тенденція хворих до самоізоляції.

Як зазначають С. М. Вороніна та Г. С. Маскова [33], емоційна сфера психосоматичних хворих відрізняється слабкою диференційованістю. Вони виявляють нездатність до точного опису власного емоційного стану й емоційного стану інших людей. Тому, на нашу думку, основна психологічна робота із хворими спрямована на зниження почуття страху у зв'язку з можливістю виникнення приступу, оволодіння методами саморегуляції емоційних станів.

В силу специфічності даного захворювання у хворих спостерігаються деякі патопсихологічні особливості особистості. На думку В. Д. Менделевич [127], люди, що страждають на бронхіальну астму часто мають істеричні або іпохондричні риси характеру, але вони не здатні при цьому «випустити гнів у повітря», що провокує приступи задухи. Крім того, відзначається така якість астматиків, як надчутливість, особливо до запахів, що пов'язано зі зниженою акуратністю.

На думку, Д. Н. Ісаєва, у більшості хворих на бронхіальну астму (83 %), яка протікає в тяжкій або середньотяжкій формі, спостерігаються зміни особистості, невропатичні прояви: підвищена чутливість, збудливість, тривожність, лякливість, дратівливість, швидка зміна настрою з перевагою зниженого, уразливість, вразливість. Більш виражені ці риси у дівчат, які хворі на важку форму бронхіальної астми, а також у тих, хто хворіє більше п'яти років та чітко усвідомлює своє захворювання. Більшості хворим властиві істероїдні риси особистості: демонстративна поведінка, прагнення завойовувати увагу, негайно одержати бажане, прагнення досягти успіху, переоцінка власної особистості, вразливість та бурхлива емоційність. Значно меншій кількості дітей властиві часті депресії, у них легко виникають приступи зниженого настрою [72,121].

Таким чином, у внутрішній картині хвороби людини з даними соматичними захворюваннями спостерігаються переважно зміни у особистісній сфері.

Запитання для самоперевірки

1. Які захворювання відносяться до категорії інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату?
2. В чому полягають психологічні особливості людей з порушеннями опорно-рухового апарату залежно від групи інвалідності?
3. Які особливості особистості епілептичного типу?
4. Який найбільш значущий вид обмеження життєдіяльності у людей з порушеннями зору та слуху?
5. Які захворювання можна віднести до категорії інвалідів з порушенням роботи внутрішніх органів?

6. В чому полягають патопсихологічні особливості особистості з бронхіальною астмою?

Завдання для самопідготовки

1. Розкрийте особливості структури інтелектуального дефекту при дитячому церебральному паралічі.

2. Визначте зміст основних комунікативних бар'єрів підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату.

3. Охарактеризуйте олігофренію за трьома ступенями: дебільність, імбецильність, ідіотія.

4. Виділіть особливості психічного розвитку сліпої або слабозорої дитини за А. Г. Літваком.

5. Охарактеризуйте термін «діабетична особистість».

6. Розкрийте етапи психічних реакцій людини на звістку про важку хворобу за Ф. Є. Василюком.

Розділ 3

ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З РІЗНИМИ ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

3.1. Загальні психолого-педагогічні аспекти реабілітації людини з обмеженими можливостями

На сучасному етапі розвитку країни суспільство прагне задовольняти все ширше коло потреб людей з психофізичними обмеженнями, в тому числі духовні, створювати для них повноцінні умови життя. Отже, на сьогодні медична модель інвалідності замінюється на нову модель – соціальну. Як зазначає А. Г. Шевцов, у цій новій моделі проблема фізичних, сенсорних чи ментальних обмежень людини розглядається в першу чергу як соціальна, веде до нової реабілітаційної філософії, що пов'язана з поворотом у суспільній свідомості від «культури корисності» до «культури гідності», який означився в другій половині ХХ ст. Людину з інвалідністю слід розглядати незалежно від її дієздатності й корисності для суспільства, як об'єкт соціальної політики, що орієнтована на створення особі умов для максимально можливої реалізації всіх потенційних здібностей, інтеграції у суспільство. В той же час людина з інвалідністю розглядається не тільки як об'єкт спеціальної освіти, реабілітаційних заходів, соціальної роботи, але й як активний об'єкт суспільного життя і творець своєї долі [212].

Поступово розширюються можливості отримання людьми з вадами здоров'я освіти, набуття професії, здійснення особистісного саморозвитку та самоствердження. Проводиться організація та

проведення різних національних та міжнародних виставок творчості інвалідів, створено цілу структуру закладів фізичної культури та спорту для реабілітації людей з вадами здоров'я «Інваспорт». На думку О. В. Поляк: «Створення клубів спілкування і центрів реабілітації для дітей, молоді, які мають функціональні обмеження, видається в наш час справою особливо актуальною і важливою в рамках комплексного підходу до вирішення проблем інтеграції інвалідів в сучасне суспільство. Безпомилково можна стверджувати, що ця справа йде назустріч гострому соціальному запиту цілої групи населення, яка, не маючи достатньої матеріальної та соціальної підтримки держави при обмежених хворобою власних можливостях, має нагальну потребу почуватися людиною в цивілізовану суспільстві, тобто мати можливість культурного і духовного розвитку та самоствердження... слід насамперед відмітити, що «духовна» реабілітація повинна мати двосторонній характер. Здебільшого об'єктом її вважається людина з особливими потребами, яку треба пристосувати до суспільства. Наразі потрібно розвивати зворотний аспект проблеми – пристосовувати суспільство до того, що все більше його членів мають функціональні обмеження» [152,472].

Напрямки психолого-педагогічної реабілітації людини з обмеженими можливостями не повинні суперечити основним законодавчими актам, що регулюють систему соціального захисту осіб з психофізичними порушеннями, якими є: Декларація про права інвалідів від 9 грудня 1971 р.; Конвенція ООН про права дитини від 20 листопада 1989 р.; «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів» прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1993 р.; Конституційні гарантії: Стаття 48. Кожен має право на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, який включає достатнє харчування, одяг, житло. Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, меддопомогу і медичне страхування [86]; Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991 р.); Закон України «Про освіту»; Закон України «Про психіатричну допомогу»; Закон України «Про пенсійне забезпечення»; Постанова Кабінету Міністрів України від 27.01.92 р. № 31 «Про комплексну програму розв'язання проблеми інвалідності».

Основою політики відносно осіб з вадами здоров'я є їх реабілітація. Сутність реабілітації інвалідів розкривається в Законі України

«Про реабілітацію інвалідів в Україні». У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав;

дитина-інвалід – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту;

інвалідність – міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів;

обмеження життєдіяльності – повна або часткова втрата особою внаслідок захворювання, травми або вроджених вад здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки;

психолого-педагогічна реабілітація – система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи;

психологічна реабілітація – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості;

психологічна підтримка – система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, сприяння соціально-професійному само-

визначенню, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та спрямуванню зусиль особи на реалізацію власної професійної кар'єри;

психолого-педагогічний супровід – системна діяльність практичного психолога та корекційного педагога, спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум;

психологічна адаптація – система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватися до існуючих у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей даного суспільства.

Розкриємо основні принципи сучасної реабілітації дітей з вадами здоров'я і які, безпосередньо відповідають особистісно орієнтованій парадигмі, що наведені у монографії А. Г. Шевцова [209]:

відкритість соціальної реабілітації майбутньому, її динамічність та варіативність, у зв'язку з чим вона має знаходитись у процесі постійного пошуку і зміни, весь час формуючи нові орієнтири й цілі. Принципи відкритості, динамічності та варіативності мають за мету гнучкість «тактики» реабілітації, що виражається в якісному діапазоні її задач (наприклад, обумовленому характером вікового розвитку дитини, динамікою плину захворювання, специфікою актуальної життєвої ситуації в сім'ї тощо), розмаїтості технологій реабілітаційних заходів, що мають буди застосовані. В кінцевому випадку це припускає відмовлення від твердих стереотипів, має на меті пріоритет креативності під час складання програми та реалізації процесу реабілітації;

- інтеграція усіх способів освоєння дитиною світу;
- особистісна спрямованість процесу реабілітації, вільний розвиток індивідуальності, яка є головним його фактором;
- принцип реалістичності – що орієнтує на постановку реально досяжних цілей реабілітації, що виходять із можливостей дитини з вадами здоров'я, об'єктивних соціальних умов тощо (саме цей принцип диктує необхідність строгого індивідуального підходу при проведенні реабілітаційних заходів);

- безпосередня участь дитини та її батьків у створенні програми реабілітації, виборі змісту, форми, методів, місця, часу і темпів цього процесу;
- принцип гуманізму – ресурсу, що орієнтує на пошук позитивного для «подолання «кризових ситуацій», на актуалізацію потенційних можливостей, закладених у людині, що визнає абсолютну цінність людини, дитини, як особистості, її унікальність, право на свободу вибору (цей принцип є загально-методологічним, він підкреслює відсутність скільки-небудь істотних розходжень у підходах до хворої і здорової дитини, тобто універсальний).

В межах реабілітації, І. В. Петрова розглядає питання цільового проекту для осіб з вадами здоров'я. Цільовий проект – це сукупність логічно вибудованих та взаємопов'язаних заходів, спрямованих на досягнення сформульованої мети у межах визначеного нормативно-правового, економічного, кадрового забезпечення. Завданням цільового проекту є створення умов, що сприяли б вирішенню проблем особистісного розвитку, проблем певної соціальної групи; оптимізації соціально-культурного та соціально-психологічного середовища людини; створенню умов для соціокультурної самодіяльності населення [147,147]. На її думку, проекти для цієї категорії населення мають, переважно, реабілітаційний характер і спрямовуються на соціальну інтеграцію; залучення осіб з обмеженими функціями до різних видів суспільної діяльності; їх активну участь у культурній творчості. Прикладами таких проектів можуть бути «Бібліотека вдома», «Книги на колесах» (для тих, хто не може залишити свій будинок), «Мистецтво для інвалідів», «Особливі олімпійці», «Культура та інваліди» (розраховані на тих, хто має певні комплекси, пов'язані з віком і здоров'ям, і як результат цього, – відчуття самотності й ізольованості від навколишнього світу). Подібні проекти мають спільну мету, що полягає в наданні можливості змінити життя інваліда, сповнити його нового змісту, допомогти раціонально й цікаво використовувати свій вільний час, підтримувати здоров'я, отримувати задоволення від життя. Реабілітаційні програми сприяють створенню таких умов, коли інвалід відчуватиме себе не об'єктом, а суб'єктом соціально-культурної діяльності. Завданням реабілітаційних проектів є: відновлення можливостей індивіда здійснювати дозвіллену та рекреаційну діяльність відповідно до своїх інтересів та уподобань; підтримка

життєвої та соціально-культурної активності людини; створення сприятливого психоемоційного середовища засобами спілкування та дозвілля; набуття навичок пристосування до нових умов життя; освіта для дорослої людини.

Реабілітаційні програми можна поділити за такими напрямками:

- психологічним, що передбачає психологічну підтримку людини з обмеженими можливостями. Основними завданнями таких проектів психолого-реабілітаційного напрямку є відновлення та розвиток інтелектуальних функцій людини, її емоційного стану, навичок психічної саморегуляції, комунікативної культури. Специфічними методами, що використовуються у проектах для інвалідів, є психологічні тренінги (аутотренінг, комунікативний тренінг, тренінг креативності), психотерапія, ігротерапія, бібліотерапія, арттерапія та інше;
- соціально-культурним, який передбачає активізацію та розвиток творчо-художнього потенціалу дітей і дорослих, засвоєння ними цінностей культури та мистецтва. Прикладом цього напрямку можуть бути проекти «Дозвілля для всіх», «Культура та інваліди» тощо;
- професійним, що орієнтується на навчання інваліда трудовим навичкам, поглиблення його професійних знань та знаходження для нього посиленої роботи. Освіту інваліда доцільно розглядати як таку сферу діяльності, що сприяє його успішному функціонуванню, зменшує соціальну напругу та забезпечує стабільність й захист людини у кризових життєвих ситуаціях, розкриває для неї реальні перспективи. Основними завданнями освітньої діяльності інвалідів є: розвиток освітньої та загальнодоступної мотивації; поглиблення знань для зростання інформаційної культури та практичної діяльності; формування інтелектуальних та прикладних навичок, вмій та способів діяльності; розвиток комунікабельності як засобу збагачення стосунків із світом. Прикладом таких проектів можуть бути проекти типу «Вибір професії»;
- соціально-реабілітаційним, що має на меті вирішення завдань соціалізації особистості з обмеженими можливостями. Занижена самооцінка, що формується в осіб з розумовими

та фізичними вадами під впливом негативного ставлення оточуючих, недоступності багатьох можливостей, звичних для здорових людей, соціальної незахищеності, призводить до негативного ставлення до себе як особистості, низької соціальної активності цієї категорії людей, недостатньої освіти, некваліфікованої праці, низького соціального становища [147,144–146].

Для успішної соціально-психологічної реабілітації та адаптації осіб з вадами здоров'я в суспільство сьогодні важливого значення набуває професійний напрямок реабілітації, необхідність засвоєння нового професійного досвіду тому, що сучасний ринок праці висуває суттєво більш високі вимоги до трудової активності та професійних навичок працівників. Чим раніше почнеться ціленаправлений особистісний і професійний розвиток дитини з обмеженими можливостями, тим більшою мірою можна прогнозувати психологічне благополуччя, задоволеність життям і особистісний ріст кожної особистості. На це вказують і В. М. Синьов, Г. М. Куберник: «Повноцінна підготовка вихованців спеціальних шкіл до самостійного життя неможлива без оволодіння ними певною трудовою професією. У зв'язку з цим спеціальні школи організують свою роботу на основі принципу поєднання загальноосвітнього і професійно-трудового навчання» [170,118].

На думку С. А. Місяк [130], основними проблемами, які гальмують процес інтеграції осіб з обмеженими фізичними можливостями в загальних навчальних закладах, є:

- недостатня кількість фахівців для роботи з дітьми-інвалідами;
- відсутність підготовки фахівців: реабілітологів, психологів, соціальних працівників для роботи з інвалідами в системі охорони здоров'я, соціального забезпечення, освіти;
- терміни навчання осіб з особливими потребами в середніх і вищих навчальних закладах за державним стандартом не дають змоги оволодіти необхідним рівнем знань;
- відсутність системи перепідготовки та підвищення кваліфікації викладачів для ВНЗ щодо навчання студентів з особливими потребами;
- для медичних працівників, що працюють у ВНЗ, не враховується медичний стаж;

- недостатнє матеріально-технічне забезпечення шкіл, в яких навчаються особи з особливими потребами, перебуваючи в інтегрованому та спеціалізованому середовищі;
- обмежене фінансування медичного, соціального та психологічного супроводу навчального процесу інвалідів;
- відсутність нормативно-законодавчої бази освіти інвалідів у ВНЗ;
- відсутня взаємодія міністерств освіти, охорони здоров'я, праці та соціальної політики, державного комітету у справах сім'ї та молоді в питаннях освіти й реабілітації інвалідів, причиною чого є різні джерела фінансування.

Поліпшенню ситуації у сфері зайнятості та професій інвалідів сприяла б, на думку В. С. Церклевич, реалізація подальших пропонованих завдань:

1) створення чіткого механізму працевлаштування інвалідів із зазначенням конкретних державних органів, відповідальних за його реалізацію; необхідне формування єдиної інформаційної бази даних про реальні потреби ринку праці та професій, пріоритети самих інвалідів;

2) надання безвідсоткових кредитів та фінансової допомоги як спеціалізованим підприємствам інвалідів для реалізації нестандартних проектів, так і окремим інвалідам для організації власної справи, індивідуальної трудової діяльності;

3) постійне забезпечення підприємств та організацій інвалідів гарантованими замовленнями на виготовлені товарів, виконання робіт; надання компенсацій підприємствам які працевлаштовують інвалідів понад встановлений норми, витрат на заробітну плату цих інвалідів, податки й страхові внески, що за них відповідно до чинного законодавства, сплачують роботодавці.

4) фінансування як системи професійної реабілітації (психологічної підтримки, профорієнтації, профнавчання) та працевлаштування інвалідів, так і наукових досліджень, методичних розробок із зазначених проблем [206,465].

Таким, чином, обмеження функцій організму людини обмежує міру свободи при професійному виборі і вимушує її звужити круг можливих робіт. Але, завдяки реабілітаційному устаткуванню, люди можуть частково нівелювати свої обмеження і виконувати багато видів робіт. На нашу думку, важливо пам'ятати, що ступінь інвалідності не може визначатися тільки медичним діагнозом,

адже, наприклад, медичний діагноз може бути важким, але воля і здібності людини можуть компенсувати інвалідність.

Ефективність реабілітації людей з обмеженими можливостями багато в чому визначається соціально-психологічними факторами, зупинимося на деяких з них.

По-перше, тип соціально-психологічної адаптації особистості до існуючої ситуації. Так, наприклад, Ф. С. Голубцов [44,67–68], досліджуючи психологічні особливості девіантної поведінки онкологічно хворих, виділив чотири групи хворих відповідно за характером соціальної адаптації:

1. Активно-конструктивний тип хворих, які раціонально оцінюють ситуацію та онкопрогноз, мають чітку життєву позицію з настроєм пошуку нових шляхів одужання, активно намагаються змінити оточуючу обстановку.

2. Консервативний тип особистості, який адекватно пристосовується до нових умов з тенденцією до автономності, до уходу від суспільної діяльності та від роботи, що вимагає значної фізичної та психічної напруги. Здоров'я є самоціллю їх життя.

3. Агресивний тип з неадекватністю сприйняття, конфліктні, не бажають змін, намагаються перекласти вину за невдачі на владу, за хворобу – на медичних працівників.

4. Песимістичний тип особистості, характеризується пасивністю, безініціативністю, глибокою депресією. Стан глибокого розчарування, пригніченості характеризує сім'ю такого хворого.

О. І. Холостова та Н. Ф. Дементьева виділяють чотири основні типи соціально-психологічної адаптації інвалідів до існуючої ситуації:

- активно-позитивна позиція – характерне прагнення пошуку самостійного виходу з ситуації, що супроводжується сприятливими соціально-психологічними особливостями особистості (достатньо висока самооцінка, задоволеність життям і т. п.);
- пасивно-негативна позиція – незадоволеність своїм положенням (разом з відсутністю бажання самостійно поліпшити його) супроводжується заниженою самооцінкою, психологічним дискомфортом, настороженим відношенням до оточуючих, тривожністю, очікуванням катастрофічних наслідків навіть від побутових негаразд;

- пасивно-позитивна позиція, яка при об'єктивно незадоволеному соціально-економічному положенні і низькій самооцінці приводить в цілому до відносної задоволеності існуючою ситуацією і, як наслідок, відсутності бажання активно міняти її в кращу сторону. Ця позиція характерна для людей старших вікових груп;
- активно-негативна позиція, яка при психологічному дискомфорті і незадоволеності життям не заперечує бажання самостійно змінити своє положення, проте практичних наслідків це не має через ряд суб'єктивних і об'єктивних обставин. Така позиція характерна для інвалідів середнього віку [204,118].

По-друге, серед особливостей особистості у формуванні внутрішньої картини хвороби особливу увагу слід звернути на вік людини з обмеженими можливостями. Так, наприклад, С. М. Попов [197,529] вказує на те, що у дітей переважають не інформативна або вольова, а емоційна сторона реагування на захворювання. Страх, оточуючі дитину незнайомі люди, малозрозуміла маніпуляція, біль – ось що є основним в переживанні ними хвороби. При інвалідності в середньому, працездатному віці, на перший план виступає інформативний аспект – розуміння хворим перебігу захворювання і наслідків хвороби, причому переважають не стільки побоювання за порушення здоров'я, скільки тривога за можливі соціальні наслідки захворювання, такі як зміна роботи та спеціальності, зменшення заробітку, встановлення групи інвалідності, розлад в сім'ї і таке інше. У літньому віці на перший план у внутрішній картині хвороби знов виступає її емоційна сторона – страх самотності та смерті. Віковий аспект формування внутрішньої картини хвороби повинен знати і враховувати кожний фахівець, який працює з даною категорією осіб.

По-третє, темперамент, що істотно впливає на внутрішню картину хвороби та результативність реабілітації. На думку С. М. Попова [197,529], реакція інвалідів на хворобу в значній мірі залежить від типу темпераменту.

Особи з сангвінічним темпераментом (сильний, урівноважений, рухливий тип) схильні недостатньо серйозно відноситися до захворювання, особливо на ранніх етапах захворювання, вони часто недооцінюють серйозність стану свого здоров'я і в результаті легко звикають з новою психологічною роллю хворого, легко звикають

до нових обмежених можливостей, нової роботи, до людей, до ситуації, що створилася. Соціально-трудова реабілітація їх відносно нескладна і залежить в основному від типу течії і форми захворювання. Проте медико-фізичні реабілітаційні програми, що особливо вимагають наполегливості і завзятості в досягненні поставленої мети, виконуються ними не в повному обсязі, тому потребують своєчасного контролю зі сторони спеціалістів. Позитивною якістю осіб з сангвінічним темпераментом є їх рухливість, енергійність, уміння добре адаптуватися в складних життєвих ситуаціях.

Інваліди з холеричним темпераментом (сильний, невірноважений тип з перевагою процесу збудження) украй важко переживають хворобу або інвалідність, оскільки вони ведуть до ломки звичного життєвого стереотипу, вони легко переходять від відчаю до невірновданого оптимізму. Невірноваженість їх нервових процесів іноді служить причиною конфліктів зі спеціалістами, проте план намічених реабілітаційних заходів вони виконують достатньо наполегливо. Адаптувавшись до ситуації хвороби і інвалідності, вони з великою енергією прагнуть подолати хворобу, залишаючись наполегливими, цілеспрямованими в досягненні поставленої мети. У проведенні заходів щодо соціально-трудової реабілітації наполегливі, хоча потребують своєчасної емоційної підтримки.

Особи з флегматичним темпераментом (сильний, урівноважений, інертний тип) звичайно спокійно зустрічають звістку про захворювання або встановлення групи інвалідності, емоційно як би не відчувши ситуацію. Вони мовчазні, своїми труднощами, проблемами, переживаннями не діляться. У важкій життєвій ситуації прагнуть максимально зберегти колишній життєвий стереотип, наполегливо лікуються, досягаючи завдяки цьому максимальних результатів у виконанні реабілітаційної програми. Проте їх професійна реабілітація у ряді випадків може бути ускладнена, оскільки вони не схильні до перенавчання, зміни роботи, способу життя і діяльності, украй важко переживають втрату колишніх можливостей і життєвої перспективи.

Найбільш складні для лікування і відновлення працездатності хворі з меланхолічним темпераментом (слабкий, невірноважений, інертний тип). Вони украй важко переживають навіть незначне погіршення стану здоров'я, неухважність або нечуйність з боку персоналу. Дуже образливі, легко ранимі. При захворюванні, встановленні групи інвалідності впадають в паніку, схильні переоцінювати

складність ситуації, що створилася. Легко втрачають віру в себе, свої сили та можливості реабілітації. Свої потенційні можливості оцінюють також украй низько, тому у них можуть виникати труднощі в реалізації реабілітаційних програм, лікувальних процедур, працевлаштування, в навчанні та перенавчанні. Недостатньо наполегливі в досягненні поставленої мети, насилу знаходять раціональний вихід з ситуації, що створилася, схильні до заглиблення в хворобу, формуванню іпохондричних надцінних установок, суїцидним спробам. При роботі з ними основним терапевтичним завданням є установка на формування у пацієнта реальної життєвої перспективи, підвищення віри в свої можливості, сприятливий результат захворювання, підвищену чуйність і увагу до нього.

По-четверте, істотну роль у формуванні внутрішньої картини хвороби та подальшої результативності реабілітаційної програми грає спрямованість особистості, що розкривається у почутті відповідальності. При високому почутті відповідальності за доручену справу, сім'ю, дітей хворий схильний долати свої патологічні відчуття, іноді ухилятися від лікування, дуже рано приступати до роботи. Знижене почуття відповідальності веде до того, що людина, навпаки, схильна використовувати розвинуте захворювання і дану життєву ситуацію, зокрема встановлення групи інвалідності, для особистої вигоди.

Отже, сучасна реабілітація повинна мати комплексний, всебічний характер, основні її принципи в роботі з людьми з обмеженими можливостями повинні відповідати особистісно орієнтованій парадигмі.

3.2. Основні завдання психологічної реабілітації людей з різними психофізичними порушеннями

В процесі психологічної реабілітації психолог чітко визначає мету та основні завдання реабілітації. Особливого значення, на нашу думку, психологічна реабілітація набуває в дитячому віці, адже саме для цього віку характерний інтенсивний розвиток психічних пізнавальних та емоційно-вольових процесів. Чим раніше буде виявлено той чи інший дефект, тим ефективніше пройдуть реабілітаційні заходи.

Розглядаючи основні завдання психологічної реабілітації необхідно зазначити загальну систематизацію завдань В. І. Лубовського [196,15–16] в межах спеціальної психології, який згрупував ці завдання за науковим змістом та практичною направленістю. Перша група завдань – загальнонаукові теоретичні завдання, які торкаються проблем розвитку психіки аномальної дитини:

- розкриття закономірностей розвитку та прояв психіки загальних для нормальних та аномальних дітей;
- розкриття загальних закономірностей розвитку, які властиві всім аномальним дітям;
- розкриття специфічних закономірностей розвитку та проявів психіки різних груп аномальних дітей;
- встановлення залежності розвитку та проявів психіки від характеру, механізмів та ступеня вираженості аномалії.

Друга група завдань – вивчення аномалії формування и розвитку конкретних форм психічної діяльності та її психічних процесів у різних груп аномальних дітей, тобто вивчення закономірностей формування особистості, розумової діяльності, мови, сприймання, пам'яті.

Третя група завдань – виявлення шляхів компенсації дефекту та розвитку психіки в цілому.

Четверта група завдань – розробка наукових основ, методів и засобів навчання різних груп аномальних дітей, теоретичне обґрунтування конкретних шляхів їх навчання.

Одним із напрямів психологічної допомоги дітям з порушеннями в розвитку є психологічна корекція. На думку І. І. Мамайчук [124,57–58], формулюючи завдання психологічної корекції, доцільно виділити три основних психокорекційних блоки, які взаємозалежні. Це діагностичний, власне корекційний і прогностичний блок.

У діагностичний блок входять діагностика психічного розвитку дитини й діагностика соціального середовища. Діагностика психічного розвитку дитини містить у собі:

- всебічне клініко-психологічне вивчення особистості дитини та її батьків, системи їхніх відносин;
- аналіз мотиваційно-потребностної сфери дитини й членів її родини;
- аналіз розвитку сенсорно-перцептивних і інтелектуальних процесів і функцій.

Діагностика соціального середовища вимагає аналізу несприятливих факторів соціального середовища, що травмують дитину, що порушують її психічний розвиток, формування характеру особистості, і соціальну адаптацію.

Корекційний блок містить у собі наступні завдання:

- корекція неадекватних методів виховання дитини з метою подолання її мікросоціальної занедбаності;
- допомога дитині або підліткові у вирішенні психотравмуючих ситуацій;
- формування продуктивних видів взаємин дитини з навколишніми (у родині, у класі);
- підвищення соціального статусу дитини в колективі;
- розвиток у дитини або підлітка компетентності в питаннях нормативної поведінки;
- формування й стимуляція сенсорно-перцептивних, мнемічних і інтелектуальних процесів у дітей;
- розвиток і вдосконалювання комунікативних функцій, емоційно-вольової регуляції поведінки;
- формування адекватних батьківських установок на хворобу та соціально-психологічні проблеми дитини шляхом активного залучення батьків у психокорекційний процес;
- створення в дитячому колективі, де навчається дитина з особливими потребами, атмосфери прийняття, доброзичливості, відкритості, взаєморозуміння.

Прогностичний блок психокорекції направлений на проектування психофізіологічних, психічних і соціально-психологічних функцій дитини. В ході корекції перед психологом постають наступні завдання:

- проектування можливих змін в розвитку пізнавальних процесів та особистості в цілому;
- визначення динаміки цих змін.

Загальною метою при роботі з дітьми з обмеженими можливостями є відновлення й розвиток пізнавальних та емоційно-вольових процесів, забезпечення максимально повної психологічної адаптації особистості в суспільство. Зазначимо деякі завдання психологічної реабілітації, які можуть бути поставлені у відповідності до порушених функцій організму дітей.

І. І. Мамайчук психологічну допомогу дітям і підліткам із церебральним паралічем розглядає як складну систему реабілітаційних

впливів, спрямованих на підвищення соціальної активності, розвиток самостійності, зміцнення соціальної позиції особистості хворого із ДЦП, формування системи ціннісних установок і орієнтації, розвиток інтелектуальних процесів, які відповідають психічним і фізичним можливостям хворої дитини. Важливе значення має рішення приватних завдань: усунення вторинних особистісних реакцій на фізичний дефект, тривале перебування в стаціонарі й хірургічне лікування. Ефективність психологічної допомоги дітям із церебральним паралічем у значній мірі залежить від якісної психологічної діагностики. Процес психологічної діагностики дітей із ДЦП рекомендовано розділити на наступні напрямки: психологічна діагностика розвитку моторних функцій, сенсорних функцій, мнемічних, інтелектуальних, а також особливостей мотиваційно-потребностной сфери й індивідуально-особистісних характеристик [124,119].

Основними напрямками корекційно-педагогічної роботи з дітьми з ДЦП раннього та дошкільного віку, вчені С. П. Дуванова, Т. Ф. Пушкіна, Н. Б. Трофімова, Н. М. Трофімова [186,222] вважають наступні:

- розвиток емоційного, мовленнєвого, предметно-дійового та ігрового спілкування з оточуючими;
- стимуляція сенсорних функцій. Формування просторових та часових уявлень, корекція цих порушень;
- розвиток передумов до інтелектуальної діяльності (уваги, пам'яті, уяви);
- формування математичних уявлень;
- розвиток зорово-моторної координації та функціональних можливостей кисті й пальців, підготовка до оволодіння письмом;
- виховання навичок самообслуговування та гігієни.

Завданнями психологічної реабілітації в роботі з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату є:

- психологічна діагностика й корекція пізнавальної та емоційно-вольової сфер особистості;
- стимуляція сенсорних функцій організму;
- формування мовного, предметно-діючого й ігрового спілкування в дітей з навколишніми;
- формування адекватної самооцінки та рівня домагань;

- зняття психічного травматизму у зв'язку з лікувальними процедурами (операціями) через невідповідність надії дитини на швидке лікування;
- формування позитивних рис особистості;
- психологічна адаптація до змінених умов;

Психолого-педагогічна реабілітація дітей із психічними розладами, на думку Л. Нижник та О. Сагірової [139,14], здійснюється на базі динамічного функціонального зв'язку між збереженими елементами особистості та медико-педагогічним впливом. На початковому етапі планування корекційної роботи необхідно включити в дію компенсаторні механізми, диференціювати розлади психічних функцій від збереженого ядра особистості. Форми й засоби вливу зумовлюються характером психічних змін та ступенем вираженості патологічних учинків. Необхідно враховувати основні індивідуальні особливості, структуру особистості, патологічні зміни у хворій дитини:

- які основні патологічні зміни у хворій дитини;
- які основні розлади психіки у хворій дитини, що підлягають виправленню шляхом проведення психологічної і виховної роботи;
- на яких позитивних сторонах особистості такої дитини та залишкових можливостях можливо будувати вплив;
- які стримуючі фактори – психологічні й виховні засоби – можуть бути найрезультативнішими в процесі коригуючої роботи з кожною дитиною;
- динамічне простеження стану психічних процесів у ході психолого-педагогічної реабілітації;
- необхідність у тривалому проведенні вправ не тільки стосовно порушених функцій, а й усієї особистості.

Також вони вважають, що при вирішенні питання організації, вибору засобів і форм впливу необхідно враховувати особливості реактивності дітей з психічними розладами, їх змінену психіку. Будуючи корекційну роботу, необхідно враховувати чинники:

1. Включення в навчальні й педагогічні загальні заняття відбувається поволі, пристосування дітей до того чи іншого виду діяльності вимагає тривалого часу.

2. Навчальні заняття проводяться у двох напрямках. З одного боку, вони здійснюються як форма для одержання знань, з ін-

шого, сам навчальний процес й навчальні форми спрямовують, розвивають, коригують процеси мислення, уваги, направляють поведінку.

3. Робота з виправлення порушень індивідуалізована для кожної дитини та кожної групи захворювання [139,14].

Багаторічний досвід роботи М. М. Ільїної та І. І. Мамайчук [123,20] показує, що правильно підібрані методи психологічної допомоги з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей дітей і підлітків із проблемами в розвитку впливають на динаміку їх розумового й особистісного розвитку. Вони розглядають психологічну допомогу дітям і підліткам дітям із проблемами в розвитку, зокрема із затримкою психічного розвитку (ЗПР), як складну систему клініко-психолого-педагогічних впливів, що включають у себе як загальні, так і приватні завдання. До загальних завдань відносять:

- розвиток гностичних процесів дитини зі ЗПР, які відповідають її фізичним і психічним можливостям;
- зміцнення соціальної позиції особистості дитини зі ЗПР у колективі однолітків і в родині;
- формування адекватної самооцінки, самостійності й активності в дітей зі ЗПР.

Велике значення має також рішення приватних завдань:

- усунення вторинних особистісних реакцій на наявний дефект;
- діагностика й корекція стилю сімейного виховання;
- запобігання розвитку госпіталізму або його наслідків та інше.

Завданнями психологічної реабілітації в роботі з дітьми з порушеннями інтелекту та психічними захворюваннями є:

- психологічна діагностика й корекція пізнавальної сфери;
- психологічна діагностика й розвиток емоційно-вольової сфери особистості;
- формування позитивних рис особистості та розвиток комунікативної сфери особистості.

Розглядаючи завдання психологічної реабілітації в роботі з дітьми з порушеннями слуху такі вчені як Т. Г. Богданова, Л. С. Виготський, Т. В. Розанова, І. М. Соловйов, Н. Д. Ярмаченко та інші [19;31] звертають увагу на своєрідність психічного розвитку дітей з недоліками слухової функції та встановлення шляхів компенсації

порушень різної складності. Основи психологічної реабілітації дітей з порушеннями функцій слуху базуються на розкритті завдань, що ставить перед собою сурдопсихологія. Ряд авторів, Н. М. Трофімова, С. П. Дуванова, Н. Б. Трофімова, Т. Ф. Пушкіна [186,137] виділяють наступні завдання:

- виявити закономірності психічного розвитку людей з порушеним слухом;
- вивчити особливості розвитку окремих видів пізнавальної діяльності особистості;
- розробити методи психодіагностики й психокорекції відповідних порушень;
- вивчити проблеми інтегрованого навчання й інтеграції людей з порушеннями слуху в суспільство.

Завданнями психологічної реабілітації в роботі з дітьми з порушеннями слуху є:

- психологічна діагностика й корекція пізнавальної, емоційно-вольової сфер особистості;
- розвиток комунікативної сфери особистості;
- формування адекватної самооцінки та рівня домагань;
- формування позитивних рис особистості;
- встановлення можливостей і шляхів компенсації порушень різної складності.

Завдання психологічної реабілітації з дітьми з порушеннями функцій зору спираються на основне завданням тифлопсихології – вивчення психіки сліпих і слабозорих. Це завдання повинне вирішуватися в цілому ряді аспектів:

- розкриття основних закономірностей розвитку й проявів психіки, властивих як особам, які нормально бачать, так і особам з дефектами зору;
- розкриття специфічних закономірностей психічних явищ, властивих тільки сліпим і слабозорим;
- встановлення залежності розвитку й проявів психіки від ступеня й характеру патології зору й часу виникнення дефекту;
- виявлення шляхів і механізмів компенсації й корекції вторинних відхилень;
- теоретичне обґрунтування педагогічних впливів (методів і засобів навчання й виховання) на дітей з аномаліями зорового аналізатора [119,5].

Окрім цих завдань, провідний вчений А. Г. Літвак [119,34] вважає, що основним завданням реабілітаційної роботи з метою інтеграції інвалідів по зору в суспільстві є встановлення або відновлення соціальних контактів, тобто соціально-психологічна адаптація (у піздноосліпших – реадаптація).

Завданнями психологічної реабілітації в роботі з дітьми з порушеннями зору є:

- психологічна діагностика й корекція пізнавальної, емоційно-вольової сфер особистості;
- формування адекватної самооцінки та рівня домагань;
- формування позитивних рис особистості;
- встановлення можливостей компенсації порушень за рахунок інтенсифікації роботи інших аналізаторів;
- формування «почуття перешкоди»;
- виявлення шляхів і механізмів компенсації й корекції вторинних відхилень.

В основі ефективної реабілітації онкологічного хворого, як зазначає С. А. Місяк, лежать творчість, духовність, вони не тільки відновлюють його здоров'я, але й забезпечують їй еволюційний шлях розвитку. Попередження подальшого розвитку пухлинного процесу – важка для досягнення мета – як для хворого, так і для лікарів, соціальних працівників. Але саме творчий і духовний аспекти дають змогу спростити мету, умовно розбивши її на кілька фрагментів. Пацієнту необхідно допомогти визначити стратегію свого розвитку – конструктивну, пов'язану з відновленням тілесного здоров'я і розвитком психологічного здоров'я, з прагненням до гуманістичних цілей, формуванням духовної культури [129,514].

Завданнями психологічної реабілітації в роботі з дітьми з порушеннями роботи внутрішніх органів є:

- психологічна діагностика й корекція пізнавальної, емоційно-вольової сфер особистості;
- зняття конфліктних емоційних станів;
- зняття психічного травматизму у зв'язку з лікувальними процедурами (операціями) через невідповідність надії дитини на швидке лікування;
- психологічна адаптація до змінених умов.

3.3. Психологічні проблеми сімейного виховання дітей з обмеженими можливостями

На провідну роль родини в забезпеченні психологічних потреб дитини вказували ще З. Фрейд, А. Фрейд, А. Адлер, К. Юнг, Е. Берн, Л. С. Виготський, Б. В. Зейгарнік, О. М. Леонт'єв, В. М. Мясіщев та багато інших вчених. Особливо значима виховна функція родини у випадку виникнення інвалідності в дитини.

Д. М. Ісаєв підкреслює, що основними факторами, які впливають на відношення дітей до хвороби, є вік, темперамент, відносини в родині, тип виховання й реакції батьків на хворобу дитини [72]. Як показують дослідження Ж. М. Глозман [42,98], ступінь порушень міжособистісних відносин у сім'ї хронічно хворої особистості залежить від наступних факторів: рольові взаємодії в сім'ї, сімейна позиція, яку займає хворий; форма хвороби, її прояви, тривалість та характеристики хворого, а саме вік, рівень освіти і таке інше.

У зв'язку зі станом дитини змінюється поведінка дорослих, у родині виникають проблеми, з якими батьки не можуть упоратися самостійно: порушується взаємодія із соціальним оточенням; коло спілкування становлять близькі родичі, спеціалісти; виражена тривога і неспокій батьків, викликані відставанням дитини в розвитку від однолітків; відсутність необхідних знань з психології і педагогіки аномальної дитини; відсутність досвіду роботи з психологом на ранніх етапах розвитку дитини; пасивність позиції матері у відносинах «фахівець – мати – дитина».

Однієї із причин тривожного відношення батьків до хвороби дитини, І. М. Вікуліна, І. В. Добряков, А. М. Красильников, вбачають у широкому поширенні відомостей про захворювання засобами масової інформації. Небажання одержати професійну інформацію про захворювання може виникати через страх дискомфорту від «поганих новин», прагнення уникнути відповідальності за здоров'я, відповідати ролі хворого. Найбільш типове виховання в культурі хвороби із залежністю від ліків, режиму, цілого ряду обмежень, виховання з дитинства почуття слабості, відмінності від однолітків [32].

Порушуються відносини усередині родини: між батьками й дітьми, між подружжям. Виникає страх народження іншої хворої дитини. Часто мати покладає на себе відповідальність за порушення

в розвитку дитини або переносить провину на інших членів родини, намагаючись послабити почуття провини перед дитиною, надмірно опікує її, обмежуючи контакти зі здоровими дітьми.

Інтереси сім'ї зосереджені на дитині з обмеженими можливостями. Дитина володіє значно меншою свободою і соціальною значущістю, чим здорові діти, всі рішення щодо її проблем ухвалює мати, часто вона стає формальним лідером, часто говорить про дитину від її імені в її присутності, позбавляючи її можливості висловити власну думку. Діти з вадами в розвитку частіше за інших випробовують неприйняття і емоційне відчуження з боку сім'ї. Більшість сімей з проблемними дітьми характеризуються різними типами негармонійного виховання і низьким рівнем спілкування. Такий сімейний стереотип може призвести до своєрідних рис особистості дитини з особливими потребами, а саме високого ступеня залежності від сім'ї, слабких навичок зовнішніх соціальних взаємодій, елементам аутичної поведінки, гіперкомпенсації в підлітковому віці через неадекватні реакції – невмотивовані відмови, негативізм, істеричні емоційні реакції, перебільшення своїх недоліків, занурення в надцінні захоплення, розвитку різних страхів.

Серед багатьох проблем сімейних взаємин можна виділити наступні: неправильне виховання, сильний пресинг матері або батька, загибель одного або двох батьків, близького, значущого для дитини родича, розлучення батьків.

Як вказує О. І. Холостова [183,347], структура й функції кожної родини видозмінюються з часом, впливаючи на способи сімейних відносин. Життєвий цикл родини звичайно складається із семи стадій розвитку, у кожній з яких стиль її життєдіяльності відносно стійкий і кожний член родини виконує певні завдання згідно свого віку: шлюб, народження дітей, їхній шкільний вік, підлітковий вік, «випуск пташенят із гнізда», постбатьківський період, старіння. Родини дітей-інвалідів повинні бути готові до того, що їх стадії розвитку можуть бути не властиві звичайним родинам. Діти з обмеженими можливостями повільніше досягають певних етапів життєвого циклу, а іноді зовсім не досягають. Так вчений виділяє наступні періоди життєвого циклу сім'ї дитини з обмеженими можливостями:

1. Народження дитини – одержання інформації про наявність у дитини патології, емоційне звикання, інформування інших членів родини.

2. Шкільний вік – ухвалення рішення про форму навчання дитини, переживання реакцій групи однолітків, організація її навчання й позашкільної діяльності.

3. Підлітковий вік – звикання до хронічної природи захворювання дитини, виникнення проблем, пов'язаних із сексуальністю, що пробуджується, ізоляцією від однолітків, планування майбутньої зайнятості дитини.

4. Період «випуску» – визнання й звикання до триваючої сімейної відповідальності, ухвалення рішення про місце проживання дитини, яка подорослішала, переживання дефіциту можливостей для її соціалізації.

5. Постбатьківський період – перебудова взаємин між подружжям (наприклад, якщо дитина була успішно «випущена» з родини) і взаємодія з фахівцями з місця проживання дитини.

Як вказують Г. Я. Цейтлін, Г. В. Кожарська, Ж. В. Смірнова та інші, родини з дітьми-інвалідами володіють цілим рядом психологічних особливостей, що негативно впливають на психологічний статус хворої дитини і її здорових братів і сестер. Більшості батьків властиво специфічне відношення до дитини, що опирається на побоювання за її здоров'я, і обумовлена цим занижена оцінка її можливостей, полегшені, а в дійсності інфантилізуючі вимоги до дитини. При цьому всі зусилля батьків зосереджуються на збереженні здоров'я дитини на шкоду розвитку особистості [205].

Проблеми, що виникають у родинях, що мають дітей з обмеженими можливостями, можна співвіднести з типами ролей і міжособистісних взаємин у родині:

- мати – батько. Індивідуальні проблеми батьків, їхніх взаємин до народження хворої дитини; проблеми у зв'язку з народженням дитини-інваліда;
- мати – інвалід. Матері за традицією доводиться вести основну вагу турбот по догляду за дитиною-інвалідом, організації його життя; вона часто перебуває в стані, депресії й відчуває почуття провини;
- мати – здорова дитина. Мати повинна приділяти достатню увагу здоровій дитині й утримуватися від того, щоб приділяти надмірну турботу дитині з порушенням розвитку;
- батько – дитина-інвалід. Проблеми залежать від ступеня спілкування батька з хворою дитиною і його участю в житті родини в цілому;

- батько – здорова дитина. Потенційне проблеми подібні з тими, які виникають у підсистемі «мати – здорова дитина»;
- дитина-інвалід – здорова дитина. Брати й сестри хворої дитини відчувають почуття провини, сорому й страху «заразитися» тією же хворобою; інвалід прагне «поневолити» брата або сестру [183,348].

У сім'ях, які виховують дитину з обмеженими можливостями, виникають суттєві якісні зміни. О. М. Усанова [196,258] вважає, що вони проявляються на психологічному, соматичному та соціальному рівні.

Психологічний рівень пов'язан з процесом усвідомлення батьками факту народження дитини з функціональними обмеженнями. Поступові фази розгубленості, страху, шоку, депресії, і нарешті, прийняття діагнозу про народження дитини з функціональними обмеженнями складають певне психологічне поле, яке впливає на сприйняття та прийняття власної дитини сім'єю. Саме в цей період батьки приймають внутрішнє рішення про відношення до дитини, яке може бути негативно-пасивним чи конструктивно-активним. На соматичному рівні зміни в сім'ї торкаються стану здоров'я матері та інших членів сім'ї. Хвилювання матері часто проявляються в різних соматичних захворюваннях, астеничних та вегетативних розладах. Соціальний рівень змін в сім'ї проявляється у взаємовідносинах з оточуючими. Такі сім'ї стають вибірковими в контактах чи максимально їх обмежують. Така позиція провокує некритичність батьківського відношення, неприйняття індивідуальності дитини та створює гіперопіку чи авторитарний стилі виховання.

В. І. Козьявкін [87] досліджуючи особливості психічного реагування батьків на фізичний, мовленнєвий чи психічний дефект своєї дитини з ДЦП, виявив існування декількох варіантів сприйняття цього захворювання. Дані варіанти відрізняються глибиною аналізу батьками патології дитини та ступенем адекватності сформованих у сім'ї уявлень про медичний та соціальний прогноз. Особливе значення має емоційна насиченість та направленість хвилювань батьків, пов'язаних із захворюванням дитини, розумінням ними власної ролі в подальшій долі хворого.

Основні типи сприйняття батьками хвороби своєї дитини:

1. Тип поверхового сприйняття.

Уявлення батьків про важкість та перспективи розвиненого захворювання їхньої дитини носить недостатньо повний і адекватний характер. Батьки не розуміють повною мірою своєї відповідальності за її долю, не вважають наявне захворювання важким, яке потребує якихось спеціальних зусиль із їх боку. Вони вірять у необмежені можливості медицини й медичних працівників, на яких намагаються перекласти всю відповідальність за майбутнє своєї дитини та її здоров'я. При цьому вони мало ініціативні в лікуванні хворого, проводять його пасивно, під тиском інших родичів або на настійну вимогу лікарів. Без особливих переживань поміщають свою дитину в спеціалізовані дитячі садки із цілодобовим перебуванням, у відповідні школи-інтернати й навіть в установи соцзабезпечення. Звичайно таке сприйняття здоров'я дитини з ДЦП виникає в інтелектуально недостатньо розвинених або інфантильних батьків.

2. Тип демонстративного сприйняття. Церебральний параліч дитини батьки сприймають як незаслужений удар долі, що випробує їхню витримку й силу любові. Хворий у цих умовах виступає у свідомості батьків, з одного боку, наочним результатом несправедливості, яка існує навколо, з іншого боку – засобом самоствердження. Характерна позиція постійного обвинувачення навколишніх, медичних і соціальних працівників у черствості, недостатній компетентності, а іноді й у зловмисності. При цьому демонструється не завжди реальна безмежна любов до своєї хворої дитини. Це виражається в безустанному пошуку нових фахівців, усе більш ефективних методів і засобів лікування, вимоги направити їхню дитину в спеціалізовані клініки за кордон, надати різні соціальні пільги: поліпшити житло, забезпечити машиною й таке інше. Будь-які заперечення й незгода медичного персоналу з погляду таких батьків викликають у них ворожість, конфліктну поведінку й скарги у вищі інстанції. Хвора дитина усе більше у свідомості батьків відходить на задній план і виступає як засіб досягнення мети матеріального й морального самоствердження. Таке сприйняття хвороби своєї дитини характерно для стінічних батьків, особистісні установки яких формувалися в умовах декларованих державою зобов'язань з повного соціального захисту своїх громадян.

3. Тип катастрофічного сприйняття. Батьки сприймають захворювання своєї дитини як непоправну катастрофу. Вони не вірять у можливість її одужання, не представляють шляхів і методів від-

новлення порушених функцій організму, не вживають яких-небудь наполегливих і регулярних зусиль з лікування хворого. Вважають себе найбільш постраждалими у даній ситуації, причину всіх своїх неприємностей вбачають (усвідомлено або, найчастіше, неусвідомлено) у своїй хворій дитині. Батьки соромляться наявного в неї фізичного, мовного або психічного дефекту, намагаються менше бувати з нею в суспільстві, при можливості віддають на виховання родичам або в спеціальні дитячі встанови. Такий тип сприйняття хворої дитини частіше відзначається у астенічних та істероїдних особистостей.

4. Тип самообвинувального сприйняття.

Надмірно хворобливе й загострене сприйняття наявного в дитини захворювання поєднується в батьків з тенденцією бачити причину його виникнення у власних помилках і промахах. Батьки (або один з них, частіше – мати) вважають себе винними у народженні такої дитини, переосмислюють своє минуле, вважають, що пізно звернули увагу на здоров'я дитини, неправильно й несвоєчасно почали її лікувати. Характерна наявність загостреного почуття жалості до дитини, їх постійно переслідують думки про важке захворювання, що розвилось в дитини, переживання за її подальшу долю й майбутнє. Увесь свій час вони присвячують догляду за хворим, підкоряючи цьому весь уклад свого життя. Такі батьки активно шукають всі нові методи лікування й реабілітації дітей із церебральними паралічами, звертаються за допомогою в різні інстанції. Непевність у собі змушує їх шукати «компетентних лікарів, на яких можна було б покластися». Найменше додаткове нездужання дитини (застуда, ушиб і т. д.) викликає в них паніку, посилення ідей самозвинувачення. Цей тип сприйняття частіше виникає в батьків з астенічними, тривожно-недовірливими рисами характеру, з високим почуттям відповідальності, що поєднується з непевністю в собі.

5. Тип адекватного сприйняття. Батьки в цілому правильно розуміють характер захворювання дитини, відповідально ставляться до своїх обов'язків по її лікуванню й вихованню. Вони досить інформовані про причини й умови розвитку в дітей церебральних паралічів, особливостей їхнього плину й результату. Чітко представлять значення своєчасної діагностики й раннього початку ДЦП. Знаючи про важливість і необхідність безперервного й тривалого проведення хворому лікувально-реабілітаційних заходів, вони нерідко

під керівництвом лікаря освоюють деякі прийоми масажу, лікувальної гімнастики, мануальної терапії й таке інше. Саме в таких батьків хворі на церебральний параліч діти краще пристосовуються до свого рухового або мовного дефекту, мають менше особистісних відхилень і досягають більш високого рівня соціальної адаптації. Такий тип сприйняття частіше формується у батьків з гармонічними особистісними особливостями, що характеризуються досить високим інтелектом, соціальною активністю, упевненістю в собі, які володіють гарними адаптаційними здібностями.

Таким чином, формування в конкретного батька того чи іншого з виділених типів сприйняття хвороби обумовлено комплексом факторів і обставин, які впливали на нього протягом всього життя (генетичні, перенесені захворювання, сімейні традиції, умови виховання, рівень освіти, економічної можливості й таке інше). Чим більш сприятливим було сполучення цих факторів, чим гармонійніше розвивалася людина, тим більш адекватне сприйняття нею своєї хворої дитини, більш правильна позиція відносно її виховання й лікування.

Особливості сприйняття батьками важкості й перспектив захворювання своєї дитини впливають і на тип її виховання. А.С.Лічко (1983) [87] виділив наступні основні типи неправильного виховання дітей: гіпопротекція, домінуюча гіпопротекція, потуральна гіпопротекція, емоційне знехтування, підвищена моральна відповідальність, атмосфера культу хвороби, суперечливе виховання, виховання поза родиною. В процесі дослідження особливостей сімейного виховання хворих на ДЦП, В.І.Козьявкін [87] виокремив наступні форми сімейного виховання.

1. Гіпопротекція. Цей вид неправильного виховання відрізняється недостатньою увагою, турботою, щирим інтересом батьків до своєї дитини, її проблем, справ, хвилювань й захоплень. В окремих випадках вона може бути не вчасно нагороджена, одягнена в обноски, рване. Іноді батьки цікавляться її проблемами лише формально, «відкуповуються» від неї різними матеріальними придбаннями. Дитина відчуває, що старші відносяться до неї досить байдуже, тяготяться необхідністю доглядати й піклуватися про неї.

2. Домінуюча гіперпротекція. Такий вид неправильного виховання характеризується надмірною опікою батьками своєї дитини. Ними здійснюється дріб'язковий контроль не тільки за кожною її дією, але й за кожною хвилиною життя, кожною думкою. У сфері

формується система суцільних заборон і пильного спостереження за дітьми. Безперервні заборони, неможливість прийняття власних рішень створюють у хворої дитини враження, що їй «все не можна», а от її здоровим одноліткам «все можна». Таке виховання не дозволяє дитині накопичувати власний життєвий досвід, учитися не повторювати допущених помилок, не дає можливості формувати волюві якості, не привчає її до самостійності, придушується почуття відповідальності. В одних дітей, що відрізняються енергійністю, у підлітковому віці нерідко виникають протести, афективні реакції. В інших, з астенічними, тривожно-недовірливими рисами особистості, ще більше підсилюється несамотійність, непевність у собі, нерішучість, невміння постояти за себе й свої інтереси.

3. Потуральна гіпопротекція. У крайньому вираженні цей тип набуває характеру виховання «кумира родини». Він характеризується надмірною опікою над дитиною. Батьки прагнуть звільнити свою улюблену дитину від найменших життєвих труднощів, від будь-яких зусиль, у тому числі спрямованих на її фізичне здоров'я. З дитячого віку такі діти ростуть в атмосфері незаслужених похвал і невтримного обожнювання. Таке виховання формує в них бажання завжди, за всяку ціну бути в центрі уваги навколишніх, слухати їхні захоплені відгуки про свої видатні здібності. У зв'язку зі слабкістю волевих якостей, відсутністю працьовитості й завзятості в досягненні будь-яких значимих цілей, вони щиро розраховують на легке й беззаперечне одержання всього бажаного. У результаті в дитині формуються істероїдні риси особистості, які накладаються на наявні в неї психічні відхилення.

4. Емоційне знехтування. При цьому типі дитина постійно відчуває, що вона тягар у житті батьків. Таке почуття буває ще інтенсивніше, коли поруч із хворою дитиною є інші улюблені діти, іноді – більш здорові або гарні. Ці випадки сімейного виховання одержали назву за типом «Попелюшки».

Іноді емоційне знехтування дитини батьками носить схований характер. У таких випадках ні мати, ні батько хворої дитини не усвідомлюють того, що не люблять його, тяготяться спільним з ним проживанням. Силами розуму й волі батьки намагаються придушити в собі емоційну ворожість до сина або дочки. Нерідко зовні вони проявляють підкреслену турботу про дитину, про стан її здоров'я. Однак діти, як правило, відчувають штучну вимученість таких турбот і уваги, відчувають батьків недолік щирого

емоційного тепла. У більше енергійних дітей такий тип виховання викликає бурхливий протест і реакцію емансипації. У тихих і безініціативних дітей він сприяє формуванню аутичних рис, емоційної нестійкості, підвищеної стомлюваності.

5. Умови жорстких взаємин. Нерідко цей тип виховання виступає крайнім ступенем прояву емоційного знехтування дитини. Жорстке відношення до нього з боку батьків може проявлятися відкрито, у брутальних формах. Воно виражається суворими розправами навіть за дрібні провини або неслухняність дітей. Не завжди жорсткі відносини в родині вибірково стосуються тільки самої хворої дитини. Як правило, це загальний стиль сімейних міжособистісних взаємин. У цілому – це родина, у якій кожний її член може розраховувати тільки на самого себе, не очікуючи ні допомоги, ні підтримки, ні співчуття з боку найближчих родичів. Причому, жорсткі сімейні взаємини можуть зовні особливо не впадати в око, не супроводжуватися голосними скандалами, бійками й побиттями. В силу цього діти ростуть або злісними, агресивними, жорстокими, або «забитими», боязкими, не вміють постояти за себе. Іноді свій протест проти застосовуваних до них жорстоких мір вони виражають різними крайніми формами поведінки, у тому числі – суїцидальними спробами.

6. Підвищена моральна відповідальність. Цей тип неправильного сімейного виховання характеризується наявністю в батьків надмірно великих очікувань і надій по відношенню до майбутнього своєї дитини. Вони вірять у наявність у неї особливих здібностей і талантів, розраховують на досягнення нею у майбутньому житті видатних успіхів. Дитина із самого раннього віку весь час відчуває, що рідні від неї чекають дуже багато. Варіантом виховання в умовах підвищеної моральної відповідальності виступають випадки, коли на дитину покладають відповідальність по догляду за молодшими братами й сестрами, за хворими, безпомічними або старими членами родини. У тихих, боязких, малоенергійних дітей такий тип виховання сприяє виникненню почуття тривожності, розвитку різних страхів і побоювань.

7. Потуральна гіпопротекція. При такому типі виховання безконтрольність і вседозволеність відносно батьків до своєї дитини поєднується з некритичною оцінкою ними її поведінки. Батьки намагаються постійно виправдати свого сина або доньку. Будь-які, часто непорядні дії власних дітей вони оцінюють на їх користь,

найчастіше пояснюючи станом їхнього здоров'я, намагаючись перекласти відповідальність і провину на інших осіб, відгородити їх від цілком заслуженого покарання. Такі діти не можуть пристосуватися до вимог сучасного життя, умови такого виховання сприяють появі в дітей істероїдних рис характеру.

8. Виховання в атмосфері культу хвороби. Відмітною ознакою такого типу виховання виступають перебільшені турботи батьків про стан здоров'я своїх дітей. При цьому зведення в культ спеціально організованого режиму й призначеного дитині лікування наявного в неї захворювання, по суті це є одна з форм домінуючої гіперпротекції. У результаті таке виховання сприяє розвитку в дитині інфантильності, егоїстичній фіксації на турботах про власне здоров'я, завищеного рівня домагань. На будь-які труднощі виробляється істеричний спосіб реагування, що характеризується наявністю застрашливих іпохондричних висловлювань і переживань.

9. Суперечливе виховання. Проявляється в тому, що члени родини застосовують несумісні виховні підходи. Кожний з них пред'являє до дитини вимоги, що суперечать вимогам, висловлюваних іншими членами родини. При цьому останні, нерідко, конкурують, а те й відкрито конфліктують один з одним. Дитина може одночасно випробовувати на собі домінуючу гіперпротекцію з боку батька й емоційне нехтування з боку діда або бабусі. Дитина, яка виховується в таких умовах, намагається лавірувати між рідними й грати на їхніх протиріччях. При цьому можуть розвиватися й закріплюватися такі негативні особистісні особливості, як нещирість, егоїзм, черствість і байдужність до проблем своїх близьких, слабкість або повна відсутність яких-небудь моральних принципів.

10. Виховання поза родинною. Даний тип виховання характерно для дітей, що виховуються в умовах будинків дитини, закритих шкіл-інтернатів. Основним негативним фактором такого виховання є наявність різного ступеня виразності емоційної депривації. Крім того, на дитину негативно впливає поєднання надмірно строгого режиму установи, з формалізмом у його дотриманні, що відкриває можливості для схованої бездоглядності, таємного поширення дурних впливів, жорстоких взаємин між вихованцями. У зростаючих у цих умовах дітей нерідко формуються такі особистісні особливості, як емоційна холодність або, навпаки, підвищена чутливість, своєрідна система життєвих цінностей і моральних норм.

Дані типи неправильного виховання можуть спостерігатися в сім'ях з іншими захворюваннями. Так, аналізуючи особливості сімейного виховання дітей із бронхіальною астмою, С. М. Вороніна та Г. С. Маскова [33] виявили, наступні тенденції. Виховання за типом гіперпротекції спостерігалось у 50 % опитуваних. Психологічні проблеми батьків, що розв'язуються за рахунок дітей, спостерігалися у 60 % родин, причому 40 % з них – це фобія втрати дитини. Такі показники управління внутрішньосімейними відносинами як високий контроль і висока організація склали 50 %.

Однією із проблем з якою може стикається родина дитини з обмеженими можливостями є суїцид. Особливо гостро дана проблема постає в підлітковий період. Підліткам, що гостро переживають свою фізичну неповноцінність, властиві аутоагресивні вчинки.

Причиною їх виникнення можуть бути переживання самоти, відчуття непотрібності у зв'язку з неможливістю участі в рухливих іграх, переживання загрози втрати батьківської любові (народження другої дитини, вітчизна, смерть батьків), незадоволеність зовнішністю, особливо за наявності яскраво виражених зовнішніх деформацій (спотворення ходи, гіперкінези м'язів), особливо у дівчат і таке інше.

Суїцидальна поведінка дітей і підлітків характеризується наступними особливостями:

- недостатньо адекватна оцінка наслідків аутоагресивних дій, тобто діти не передбачають дійсної можливості летального результату, відсутні чіткі межі між дійсним суїцидом і шантажно-демонстративним вчинком, який проте небезпечний для життя;
- несерйозність мотивів самогубства, що ускладнює профілактику;
- часто відсутня залежність суїцидальної спроби від депресії, яка носить прихований характер.

Можна виокремити демонстративну та афективну суїцидальну поведінку. Демонстративна суїцидальна поведінка характеризується бажанням покарати кривдника, без прагнення накласти на себе руки. Дана поведінка спостерігається у підлітків з істероїдними і нестійкими рисами особистості, цьому сприяє виховання за типом гіперопіки. Не дивлячись на «несерйозність» намірів, за відсутності допомоги така поведінка може привести до здійснення самогубства. До групи ризику входять також особи, які раніше здійснювали суїцидальні дії.

Афективна суїцидальна поведінка – суїцид на висоті сильного переживання. Така поведінка спостерігається переважно у емоційно-лабільних підлітків, представляється найбільш небезпечною, оскільки іноді протікає при звужені свідомості. Найбільш глибоке переживання дефекту спостерігається в підлітковому періоді, після закінчення школи-інтернату і попадання в середу здорових однолітків. Критичним є і післяопераційний період, оскільки часто відсутній очікуваний хворим швидкий результат, з'являються відчуття розчарування, особливо при тривалому очікуванні операції, яке до того ж іноді викликає порушення серцевого ритму і ряд інших функціональних змін в організмі.

П. І. Сідоров та А. В. Парніков зазначають наступні види суїцидальної поведінки. *Демонстративно-шантажна* поведінка має за мету не позбавлення себе життя, а демонстрацію цього настрою. Така демонстрація часом кінчається завершеним суїцидом внаслідок недоврахуванням реальних обставин. *Самоушкодження й покалічення* взагалі не направляються уявленнями про смерть, їх мета може обмежуватися тільки лише ушкодженням якого-небудь органа. І, нарешті, небезпечні для життя дії, що направляються іншими цілями, варто відносити до *нещасних випадків*. Таким чином, ті самі дії можуть кваліфікуватися по-різному залежно від мети, що вони переслідують. Наприклад, самопорізи в області передпліч можуть бути віднесені:

- до дійсних суїцидальних спроб, якщо кінцевою метою була смерть від крововтрати;
- до розряду демонстративно-шантажних замахів, якщо метою була демонстрація навколишнім бажання вмерти при відсутності такої;
- до самоушкодження, якщо мета була відчувати фізичний біль, як це буває в психопатичних особистостей у періоди афективних розрядів або при наркотичному сп'янінні;
- до нещасних випадків – якщо за маревними мотивами самопорізи мали за мету «випустити з крові бісів» [167,284].

Професійна робота психолога з даної проблеми передбачає ряд напрямків, а саме своєчасне виявлення групи ризику суїциду; звертати увагу оточуючих на атипичність депресії та необхідно приховувати від дитячого колективу суїцидальні спроби, оскільки дітям властива підвищена навіюваність, схильність до наслідування;

необхідна рання профорієнтація, що дозволяє розвивати здібності дитини залежно від обраної професії.

Як ми вже зазначали провідну роль у розвитку дитини з обмеженими можливостями мають родина та спеціалісти, ті люди, від яких значною мірою залежить оволодіння дітьми новими соціальними навичками. Саме від характеру ставлення найближчих оточуючих людей багато в чому залежить швидкість та якість засвоєння необхідних соціальних навичок. Наведемо деякі способи взаємодії з дитиною, яка має функціональні обмеження. Ці способи взаємодії допоможуть дитині краще підготуватися до оволодіння різними навичками, доброзичливо ставитися до оточуючих, охоче відгукуєтесь на їхні прохання:

1. Частіше хваліть дитину або давайте якусь, хоч маленьку, нагороду, коли в неї що-небудь добре виходить (або коли старанно намагається). Покажіть дитині свою радість, коли в неї щось виходить. Похвала за успіхи діє набагато краще, ніж лайка або покарання за невдачу.

2. Коли дитина намагається щось зробити, але в неї не виходить, краще обійти це мовчанням або просто сказати: «На жаль, не вийшло. Ну, нічого, іншим разом вийде».

3. Більше розмовляйте з дитиною. Пояснюйте все, що ви робите, просто й дохідливо. Хоча, навіть, може здаватися, що дитина не розуміє або не реагує, однак, більше з нею розмовляйте. Якщо ви вважаєте, що вона не чує, кажіть і в той же час використовуйте мову жестів.

4. Допмагаючи дитині освоювати нові навички, направляйте її рухи своїми руками. Використовуйте дзеркало для того, щоб допомогти дитині ліпше взнати своє тіло й навчитися володіти руками.

5. Спонукайте дитину рухатися, намагаючись дістати те, що вона хоче. Навіть на ранніх вікових етапах невірнo завжди давати усе дитині в руки: використайте бажання дитини як можливість застосовувати навички володіння тілом і мовою, намагаючись дотягтися, повертаючи корпус, піднімаючись, підповзаючи, виконуючи будь-яку фізичну дію для одержання бажаного.

6. Зробіть навчання забавою. Якщо вправу перетворити на гру, дитина навчиться набагато швидше, а всім учасникам цей процес доставить набагато більше задоволення.

7. Продовжуйте займатися з дитиною доти, поки їй цікаво. Як тільки заняття перестає бути забавою, припиніть його або внесіть які-небудь зміни, щоб зробити його більше захоплюючим і викликати новий інтерес.

8. Самостійність. Допомогати треба тільки за потреби. Намагайтеся зацікавити дитину вчитися робити самостійно все, що їй потрібно (поступово, щораз трохи більше того, що вона вже вміє).

9. Діти часто додають найбільші старання, коли їм чого-небудь дуже хочеться, а поруч немає нікого, хто б міг допомогти. Навчити дитину – важливо, але не менш важливо давати їй можливість досліджувати, випробувати свої власні сили.

10. Якщо ви будете квапитися, змушувати їх виконувати занадто багато або занадто швидко, дитина, якщо не буде справлятися, зможе втратити всяке бажання вчитися й взагалі перестати цим займатися.

11. Використовуйте допомогу інших дітей, коли дитина відмовляється випробувати нові іграшки, пристосування, спеціальні засоби: якщо спочатку їх випробує інша дитина (старші брат, сестра, знайомий) і покаже, що їй це подобається, то дитині, яка до цього боялася, теж захочеться спробувати.

12. Золоте правило реабілітації: коли дитині важко що-небудь робити або вона робить це повільно й невміло, для розвитку дитини корисніше, якщо дати їй можливість зробити це самостійно, підтримуючи й заохочуючи, але допомагаючи лише тими способами, які дозволяють дитині в міру сил самій себе обслуговувати.

13. Пам'ятайте! Важливою є якість навчання, терпіння, а не те, скільки часу ви на це витрачаєте [73,46–47].

Таким чином, проблеми сімейного виховання дітей з обмеженими можливостями значною мірою залежать від часу появи та особливостей протікання того чи іншого захворювання, характером сім'ї (повна або неповна), традицій сімейного виховання, рівня освіти батьків і таке інше.

3.4. Методи корекції в системі психологічної допомоги людям з обмеженими можливостями

Проблема розробки та організації роботи шкільного психолога з дітьми з психофізичними обмеженнями на сьогоднішній день є досить актуальною. Це спричинено, по-перше, різноманітністю захворювань особистості, які обумовлюють специфіку психофізичного розвитку особистості, по-друге, специфікою роботи психолога, що висуває ряд вимог до нього, тим самим звужує коло спеціалістів та накопичення практичного досвіду в цілому.

Питанням психолого-педагогічної корекції осіб з вадами здоров'я займаються такі провідні вчені, такі як Є. А. Клопота [84], В. О. Липа [116], М. П. Матвєєва [172], В. М. Синьов [171], Є. П. Синьова [169], О. П. Хохліна [172], А. Г. Шевцов [211] та багато інших.

Як зазначає Є. П. Синьова: «Корекція є специфічним і дуже важливим завданням спеціальних навчальних закладів, оскільки від якості корекційно-виховної роботи залежить успішність розвитку компенсаторних процесів. Корекційна робота пов'язана з навчанням і вихованням дітей і пронизує всю систему діяльності спеціальних закладів. Корекційна робота найефективніша, якщо вона побудована на зрозумілому, доступному (але не надто полегшеному) змістовному матеріалі, коли діти усвідомлюють важливість його засвоєння... Найважливішим у корекційній роботі є забезпечення усвідомленого, активного, зацікавленого та самостійного (що не виключає, звичайно, необхідної педагогічної допомоги) виконання дітьми різноманітних ігрових, навчальних та трудових завдань в умовах спеціальної організації їх предметно-практичної, мисленнєвої та мовленнєвої діяльності з урахуванням типологічних особливостей розвитку різних категорій аномальних дітей, у тому числі сліпих та слабозорих, їх вікових особливостей, індивідуальної специфіки розвитку кожної дитини» [169, 70–72].

Ефективність психокорекційної роботи багато в чому залежить від формування адекватного уявлення про себе людей із обмеженими фізичними можливостями. Формування адекватного

уявлення про себе забезпечується ґрунтовною проробкою таких складових:

- 1) усвідомлення свого дефекту;
- 2) прийняття свого дефекту;
- 3) оцінка власних можливостей і внутрішніх ресурсів;
- 4) переосмислення своєї життєвої позиції;
- 5) включення нового уявлення про себе в систему повсякденної життєдіяльності особистості [73,24].

На теперішній час науковцями в сфері спеціальної психології розробляються різноманітні корекційно-розвивальні програми, які стосуються пізнавальної, емоційно-вольової, особистісної сфер психіки дітей з обмеженими можливостями, формування соціальних навичок взаємодії програми направлені формування розуміння здоровими людьми проблем осіб з вадами здоров'я і таке інше. Так, наприклад, одним із способів допомогти здоровим людям краще зрозуміти проблеми дітей з вадами здоров'я, навчитися надавати їм допомогу є програма «Дитина – дитині» [73]. Завданням цієї програми є навчити дітей шкільного віку та їх вчителів методам збереження свого здоров'я й взаємодії з іншими дітьми, особливо з тими, хто має проблеми зі здоров'ям.

Метою даної програми є допомогти дітям навчитися розрізняти різні види інвалідності і їх прояви; розуміти, що, незважаючи на те, що людина, у якої є фізичні вади, може не справлятися з якоюсь роботою, вона, у той же час, може дуже добре робити інші речі; відшукувати способи допомоги дітям-інвалідам, залучати їх до участі у своїх іграх, допомагати в навчанні й інших заняттях, удосконалювати їхні навички; стати друзями й захисниками будь-якої дитини, що відрізняється від них або особливо в чомусь бідує [73,26].

Однією з складових частин даної програми є тренінг «Як допомогти вчителям і одноліткам навчитися розуміти дітей з фізичними недоліками» [73], який включає три основні комплекси вправ:

1. «Уяви себе людиною з порушеннями опорно-рухового апарату».
2. «Уяви себе людиною з порушеннями слуху».
3. «Уяви себе людиною з порушеннями зору».

Дані комплекси вправ спрямовані на краще пізнання та розуміння учасниками тренінгу тих проблем, з якими стикаються діти-інваліди різних нозологій.

Розглядаючи проблему розробки корекційно-розвивальних програм в роботі з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату, на нашу думку, слід звернути увагу на розвиток комунікативної культури особистості старшокласників, підвищення їх компетентності у спілкуванні один з одним, з вчителями та батьками. Наша програма покликана сформувати у підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату комунікативні якості особистості, такі як експресивно-мовленнєві, соціально-перцептивні та інструментальні.

Теоретико-методологічною основою складання психокорекційної програми розвитку комунікативних здібностей підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату є соціально-психологічні та психологічні критерії характеристики суб'єктів ускладненого та неускладненого спілкування В. О. Лабунської. В її роботах розглядаються суб'єктивні показники ускладненого спілкування, відповідно до класичного уявлення про структурні компоненти спілкування. Автор зазначає [106], що суб'єкта ускладненого спілкування відрізняє по-перше, низький рівень деяких соціально-перцептивних здібностей: розуміння іншої людини, емпатії, ідентифікації, психологічної проникливості, що передбачає миттєве усвідомлення проблем в процесі міжособистісного спілкування та швидкий пошук їх рішення. По-друге, стосовно інтерактивної сторони спілкування, то вона розкриває особливості відносин партнерів один до одного, а саме невиразність, довгі паузи в мовленні, застигла поза та невідповідність його експресивного репертуару мовленнєвій поведінці суб'єкта ускладненого спілкування. По-третє, комунікативна сторона спілкування даного суб'єкта характеризується низьким потенціалом комунікативного впливу, невмінням обрати адекватну форму повідомлення, нездатність створити зворотній зв'язок і таке інше. Програма має таку структуру (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Структура корекційної програми розвитку комунікативних здібностей підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату

№ з/п	Етапи роботи	Мета	Завдання
Робота з підлітками			
1	Рефлексивний	Актуалізація власних потенційних комунікативних можливостей	<ul style="list-style-type: none"> • знайомство з групою та правилами роботи в ній; • усвідомлення складових суб'єкт-суб'єктного ускладненого спілкування; • усвідомлення основних складових комунікативних навичок особистості; • актуалізація власних потенційних комунікативних можливостей.
2	Розвиваючий	Розвиток комунікативних навичок особистості	<ul style="list-style-type: none"> • розвиток експресивно-мовленневих якостей; • розвиток соціально-перцептивних особистісних якостей; • розвиток інструментальних якостей.
3	Закріплюючий	Моделювання комунікативних навичок в актуальних соціальних для підлітків умовах	розвиток комунікативних якостей в умовах навчальної діяльності; розвиток комунікативних якостей в сімейних умовах; розвиток комунікативних якостей в позашкільних умовах.
Робота з педагогами та батьками			
4	Просвітницький	Розвиток психологічного просвітництва	набуття знань з вікових особливостей розвитку підлітків із фізичними вадами; набуття знань з комунікативних навичок особистості; набуття знань з міжособистісної взаємодії підлітків із фізичними вадами.

Коротко зупинимося на характеристиці кожного з етапів корекційно-розвивальної програми. Перший етап роботи з підлітками передбачає актуалізацію власних потенційних комуні-

кативних можливостей, які лежать в основі розвитку особистості підліткового віку. Під актуалізацією ми мали на увазі усвідомлення ролі експресивно-мовленнєвих, соціально-перцептивних та інструментальних якостей комунікативних навичок особистості, усвідомлення власних індивідуальних комунікативних навичок. Основними завданнями даного етапу були: 1. Знайомство з групою. Це завдання передбачає знайомство з принципами та правилами роботи в групі, з метою роботи тренінгової групи та метою кожного учасника, представлення учасниками себе групі, сформувати групу як ціле, визвати у членів групи позитивний настрій на заняття. 2. Усвідомлення різних складових суб'єкт-суб'єктного особистісного ускладненого спілкування, які в решті решт об'єктивуються в різні форми вербального та невербального спілкування. 3. Усвідомлення ролі експресивно-мовленнєвих, соціально-перцептивних та інструментальних якостей як складових комунікативних навичок особистості в процесі ефективної міжособистісної взаємодії. 4. Актуалізація власних потенційних комунікативних можливостей, які проявляються в основних потребах: потреба в афіліації, контролі та прийнятті. Потреба в афіліації виражається в бажанні належати якій-небудь групі та реалізується у здатності проявляти інтерес до інших на задовільному рівні та викликати інтерес у інших до себе на задовільному рівні. Потреба в контролі виражається у прагненні до встановлення та підтримання задовільних стосунків в області влади та впливу, реалізується у здатності проявляти повагу по відношенню до інших на задовільному рівні. Потреба в прийнятті проявляється в поведінці, пов'язаний з встановленням задовільних стосунків в області емоційної привабливості та реалізується у здатності викликати симпатію та симпатизувати.

На заняттях даного етапу виконуються, розігруються і аналізуються ряд ситуацій. Наприклад, серія вправ спрямованих на згуртування членів групи, серія вправ, які розвивають позитивний емоційний фон групи, серія занять на формування інтересу та мотивації відвідування занять, серія вправ по встановленню взаємної довіри та вміння координувати спільні дії, серія занять на формування уявлення про спілкування як психічне явище, серія занять, які актуалізують власні потенційні комунікативні можливості

Другий етап роботи передбачає розвиток комунікативних навичок особистості, які, в нашому дослідженні, представлені у вигляді експресивно-мовленнєвих, соціально-перцептивних та інструмен-

тальних якостей особистості. Завданнями даного етапу: 1. Розвиток експресивно-мовленневих якостей, які розкривають наявність і характер вербальних та невербальних проявів. Наприклад, візуальний контакт, експресія обличчя, проксеміка, такесика і таке інше. 2. Розвиток соціально-перцептивних особистісних якостей, які розкривають оцінку почуттів та настрою партнера, співвідношення дій і вчинків партнера з його особистісними якостями і таке інше. 3. Розвиток інструментальних якостей, які розкривають вміння та навички партнерів в організації взаємодії, наприклад, невміння партнера вчасно вийти із спілкування, аргументувати свої зауваження та побажання, прагнення зайняти в спілкуванні головну позицію, робити висновки про партнера на основі його зовнішності, відношення партнерів один до одного, а також уявлення про такі характеристики спілкування як кількість партнерів, їх вік, стать, соціальний статус і таке інше.

На заняттях даного етапу виконуються, розігруються і аналізуються ряд ситуацій. Наприклад, серія вправ спрямованих на розвиток навичок вербальної та невербальної комунікації, експресивності, серія вправ по встановленню співвідношення дій і вчинків партнера з його особистісними якостями, серія занять про зворотній зв'язок в спілкуванні, серія вправ на оцінку почуттів та настрою партнера, вправи на вміння аргументувати свої зауваження та побажання в процесі взаємодії, серія вправ, які формують відношення партнерів один до одного, серія занять, які розкривають просторово-часові характеристик спілкування.

Третій етап роботи передбачає моделювання комунікативних навичок в актуальних соціальних для підлітків умовах. Завданнями даного етапу: 1. Розвиток комунікативних якостей в умовах навчальної діяльності. 2. Розвиток комунікативних якостей в сімейних умовах. 3. Розвиток комунікативних якостей в позашкільних умовах (виховні заходи розважально-масового характеру). Даний етап закріплює набуті навички шляхом програвання підлітками проблемних ситуацій міжособистісного спілкування в природних для них умовах життєдіяльності – школа, сім'я та неформальні групи однолітків. Даний етап завершується саморефлексією, груповим обговоренням та підведенням підсумків роботи групи. Основною умовою підведення підсумків в даній програмі є висловлювання учасників тільки від себе і про свої власні результати, що дозво-

ляє усвідомити власну відповідальність за результати своєї роботи в групі.

На заняттях даного етапу виконуються, розігруються і аналізуються ряд ситуацій. Наприклад, серія ситуацій спрямованих на формування навичок соціальної спостережливості, серія ситуацій по закріпленню навичок вербальної та невербальної взаємодії, серія ситуацій по закріпленню вміння аргументувати свої зауваження та побажання в процесі міжособистісної взаємодії.

Четвертий етап передбачає роботу з батьками та педагогами підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату. Основними завданнями даного етапу є: 1. Набуття знань з вікових особливостей розвитку підлітків із фізичними вадами. 2. Набуття знань з комунікативних навичок особистості. 3. Набуття знань з міжособистісної взаємодії підлітків із фізичними вадами. Знання подаються у вигляді лекційного матеріалу, евристичних бесід, аналіз проблемних ситуацій міжособистісного спілкування.

На заняттях даного етапу виконуються і аналізуються ряд ситуацій. Наприклад, лекції на теми «Особливості психофізичного розвитку підлітка з фізичними вадами», «Особливості розвитку комунікативних здібностей», «Міжособистісне спілкування підлітків та його вплив на розвиток особистості». Серія евристичних бесід на теми «Проблеми підліткового віку», «Комунікативний потенціал підлітка з фізичними вадами», «Формування мовленнєвої культури підлітка». Серія занять, присвячених аналізу проблемних ситуацій міжособистісного спілкування підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату в системах «підліток – батьки», «підліток – вчитель», «підліток – однолітки».

Однією із груп методів психокорекційної роботи є терапія різними видами мистецтва. Мистецтво є тією гармонійною частиною духовного багатства особистості, яке формує її внутрішній світ, розвиває в неї естетичні, інтелектуальні та моральні почуття. Воно сприяє всебічному розвитку особистості, формуванню у неї почуття прекрасного, здатності сприймати і розуміти красу в природі, побуті та праці. Переживання й емоції є джерелом енергії, які можуть змінюватися за допомогою мистецтва. Найкращого результату можливо досягти лише при комплексній взаємодії різних видів мистецтва. У процесі творчого зв'язку одна форма мистецтва стимулює й розвиває іншу. Розглянемо деякі з них.

Арт-терапія.

Джерела ранньої групової арт-терапії виникли в кінці ХІХ – першої половини ХХ століття. Найбільш активно даний вид терапії припав на 40–50 роки минулого століття, метою даного підходу було включення в творчий процес представників широких прошарків населення, припинити «мистецтво для обраних» та створення мережі загальнодоступних послуг в медичній, освітній та соціальній сфері. Одними із засновників даного напрямку були Адріан Хілл та Мері Петрі. На сьогоднішній день виокремилися основні форми групової арт-терапії: студійна відкрита група, динамічна (аналітична) група та тематична група.

Вдалою формою роботи з дітьми є студійна арт-терапевтична група. Студійна відкрита група не має постійного складу учасників, характеризується використанням психотерапевтом недирективного підходу. Як відмічають К. Кейз та Т. Деллі [229]: «Така група може бути досить цінною для розвитку соціальних навичок дітей, оскільки вони чуйно сприймають ту модель відносин та терплячості до розходжень, яку демонструє арт-терапевт. Діти також отримують дуже багато, завдяки можливості досліджувати свої особистісні проблеми та переживання у безпечній атмосфері групи. Та висока довіра, яка при цьому формується, дозволяє дітям спокійно сприймати індивідуальні відмінності, приходити до взаєморозуміння та допомагати один одному».

Динамічна група характеризується тим, що в процесі роботи склад її учасників залишається постійним, поєднує у собі як індивідуальну, так і спільну образотворчу діяльність членів групи, а також їх вербальну комунікацію. В процесі роботи учасники вільно пересуваються в межах усього простору кабінету, використовують різні матеріали та форми творчої експресії, можуть створювати «робочий безлад». Дана форма групової арт-терапії підходить, головним чином, для роботи з клієнтами з граничними психічними розладами.

Тематична група передбачає найбільшу ступінь структурованості ходу сесій, що досягається за рахунок зосередження учасників на значимій темі чи образотворчих техніках. Ця група є напіввідкрита, працює не тривалий час, орієнтуючись на рішення конкретних проблем.

В арт-терапевтичній роботі з дітьми О. І. Копитін [92,254] виокремлює наступні специфічні особливості психіки дітей, які впливають на їх поведінку та реакції при проведенні арт-терапії:

1. Для дітей більш природно виражати свої переживання в різних формах творчої активності, особливо, якщо мова йде про дітей з мовленнєвими порушеннями.

2. Механізми психологічного захисту та «цензура» свідомості розвинуті у дітей недостатньо, тому їх переживання більш безпосередні та яскраво проявляються в образотворчій діяльності.

3. Діти пізнають світ та вирішують концептуальні завдання спираючись більше на наочно-образне мислення, тому образотворче мистецтво є для них природним.

4. Межа між реальністю та фантазією усвідомлюється дітьми не надто чітко, ніж у дорослих, тому в процесі образотворчої активності в них легко оживає уява.

5. В силу ідентифікації дітей з уявними персонажами та ситуаціями, фантастична реальність стає для них особливим «простором» для комунікації.

6. Образотворчі образи та предмети ігрової діяльності найчастіше є для дітей засобами психологічного захисту та зміцнення їх особистісних меж.

Образотворча діяльність, на думку, Л. Григорович [156] має значний вплив на естетичний розвиток дітей з комплексними порушеннями. Ці заняття дають змогу ефективно розвивати почуття прекрасного, ознайомлювати учнів із його роллю в житті людей, розвивати адекватне емоційно-естетичне ставлення до предметів і явищ навколишнього світу та творів образотворчого мистецтва, інтерес до художньої творчої діяльності, здатність до сприймання, розуміння і відтворення художніх образів. Ефективним прийомом у роботі з дітьми є так звана «удавана присутність», коли вчитель пропонує учням подивитися на картину і уявити себе в ній. Наприклад: «Спробуємо уявити себе у цій картині, ляжемо на гарячий пісок, закинемо голову й подивимось на небо, швидко заплющимо очі, через сонячне проміння. По слухаємо шум хвиль моря та крик чайок...». Опісля ведеться бесіда: «Що ви відчували, коли уявляли себе на березі моря? Яке небо ви побачили над головою? Які звуки чули довкола? і таке інше». Діти, які розмовляють – відповідають, інші спілкуються із вчителем за допомогою альтернативного спілкування (обирають малюнки, піктограми). Таке захопливе ознайомлення дітей з образотворчим мистецтвом розвиває мовлення, розширює світогляд, учить бачити і розуміти прекрасне, розвиває

їхні естетичні почуття: радість, захоплення, задоволення від сприймання та створення прекрасного [156,109].

Важливість проведення арт-терапії з молоддю з розумовою відсталістю зазначають Н. В. Біланик, В. В. Любота, В. С. Пшенічна та С. В. Солопай: «Арт-терапія – універсальний метод лікування на основі образотворчого й іншого видів мистецтва. В даний час він усе більш застосовується як засіб оздоровлення, психотерапії, профілактики, реабілітації, розвитку можливостей людини і її гармонізацій. Оскільки це інструмент не тільки лікування, але і розвитку, і гармонізації людей, і підвищення якості їхнього життя, він використовується не тільки з хворими на різні захворювання, але і зі здоровими людьми чи тими, у кого є ті чи інші проблеми психологічного характеру (наприклад, проблеми у відносинах з оточуючими людьми, незадоволеність життям). Усе більш широко арт-терапія використовується в роботі з дітьми і підлітками, сприяючи їх більш активному розвитку і розкриттю їхнього творчого потенціалу. У багатьох випадках це дозволяє скорегувати наявні в дитини емоційні, поведінкові й інтелектуальні порушення і недоліки. Творчість, як відомо, сама по собі має цілющу силу» [121].

Танцювально-рухова терапія.

Танцювально-рухова терапія виникла у сорокові роки двадцятого століття завдяки новаторським зусиллям Меріан Чейс, яка працювала у лікарні Св. Єлизавети у Вашингтоні і через танець почала налагоджувати контакти з «безнадійними» пацієнтами. Із часом працівники психіатричних установ почали визнавати, що заняття з танцювально-руховою терапії, які проводились у їхніх установах, справді мали лікувальний вплив на пацієнтів. На сьогодні танцювально-рухова терапія застосовується в державних і приватних психіатричних лікарнях, лікувальних центрах, установах і школах для людей з фізичними чи психоемоційними розладами.

Танцювальна терапія не передбачає лише вивчення певних рухів. Танцетерапевт зосереджує свою увагу на руховому репертуарі, характерному для тієї чи іншої дитини. Він допомагає дитині розширити свій руховий діапазон, імітуючи рухи дитини, намагається увійти в її емоційний стан для того, щоб якнайглибше її зрозуміти. Рухаючись в незвичний для дитини спосіб, вона досягає певних особистісних змін.

На думку, Х. Литвин [156,128], заняття з танцювальної терапії дозволяють неповносправним дітям відчути гармонію частин

тіла, оскільки рух однієї частини тіла впливає на все тіло і ми можемо відчутти себе єдиною цілістю. Танцювально-рухова терапія дозволяє дітям «побачити» один одного, вчитись наслідувати рухи один одного та досягати соціальної взаємодії шляхом невербальних стосунків. А також відчутти різні поверхні цього світу, навчитись спілкуватися на різних рівнях, віднайти контакт із природою. Такі заняття дозволяють також пережити певний досвід, який діти беруть із життя і який буде їхню особистість. Танцювально-рухова терапія розвиває креативність, додає впевненості в житті, покращує самопочуття і настрої.

Музикотерапія.

Історія позитивного впливу музики на організм людини нараховує не одне тисячоріччя. Джерела виникнення музикотерапії як методу лікування знаходяться у глибокій стародавності і безпосередньо пов'язані з історією народної медицини. У колісках людської цивілізації – Китаю, Індії, Єгипті, Древній Греції – лікарі, філософи використовували звуки музики для лікування. Ще Піфагор зазначав, що музика, заснована на певній гармонії й ритмі, здатна не просто лікувати, але «очищати» людські діяння, відновлюючи гармонію душі. Древні китайці вважали, що музика рятує від недуг, які не підвладні лікарям.

Після другої світової війни музикотерапія інтенсивно розвивається у Швеції й США. У Санкт-Петербурзі в 1913 році вивченням лікувальної дії музики займалися психіатри, у тому числі професори Саккеті й Бехтереєв. З 1993 року музикотерапія стала одним з дуже популярних способів лікування в США. Американський доктор Гордон Шоу пояснює вплив музики на здоров'я дією вібрації звуків. Звуки створюють енергетичні поля, що змушують резонувати кожен клітинку нашого організму. Ми поглинаємо музичну енергію, і вона нормалізує ритм нашого дихання, тиск, температуру, знімає напругу.

На думку, Л. Григорович, музиці належить чи не найважливіша роль у володінні почуттями та настроями дитини, адже вона становить природну потребу людини, яка виявляється ще в ранньому дитинстві (коліскові пісні). Хоча виконавські можливості дітей із інтелектуальною недостатністю дуже обмежені, проте саме заняття музикою створює об'єктивні умови для розвитку сприймання та розуміння музики, художніх здібностей. Емоційні реакції на музичні твори виражаються у формі радості чи суму, а більш тонкі

нюанси почуттів проявляються дуже рідко і не у всіх дітей. Але під впливом систематичних цілеспрямованих занять цілком можливо виховати естетичний смак до музики, вміння слухати і розуміти її, згодом підвищується рівень емоційної чутливості, розвивається музичний слух. Свою радість від улюблених музичних творів вихованці виявляють сміхом, оплесками, криками, стрибками тощо. Більшість вихованців музика заспокоює, допомагає зосередитися, тому іноді можна вдаватися до неї під час нервово-психологічної підготовки до уроку [156,110].

Функціональний ефект музичнотерапевтичного впливу складається з наступних основних факторів:

- здатності музики викликати в слухачів необхідні емоційні стани, думки, психологічні установки й дії;
- рефлекторної зміни функціональних систем організму відповідно до викликаного емоційного стану;
- музичній стимуляції й регуляції рухової діяльності й різних ритмічних процесів в організмі.

Показаннями до проведення музико терапії є перінатальна енцефалопатія в недонесених дітей і дітей з малою вагою, при синдромі пригніблення ЦНС, при синдромі підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, при чергуванні епізодів порушення й млявості – при синдромі вегето-вісцеральних дисфункцій, при порушенні ритму дихання на тлі пневмонії або дихальних розладів різного походження, при порушенні моторики кишечника.

До протипоказань можна віднести важкий загальний стан дитини, гостра фаза інфекційно-запального процесу, інтоксикація, судорожний синдром, гострий отит, при синдромі порушення ЦНС (при важкому перінатальному ураженні ЦНС, різко вираженій збудливості, судорожній готовності й судорогах).

Особливо важливою ланкою музикотерапії є формування музично-сенсорних здібностей у дітей раннього й молодшого дошкільного віку. В основі розвитку їхніх музично-сенсорних здібностей лежить вслухування, розрізнення, відтворення чотирьох основних властивостей звуку – висоти, тривалості, тембру й сили. Дітям з руховими порушеннями, які часто ізольовані від суспільства, музикотерапія допомагає збагатити знання про навколишній світ, прищепити любов до музики, навчити слухати й розуміти її. Музикотерапія також сприяє активізації пізнавальної й розумової діяльності.

Психодрама.

Психодрама – це групова психотерапія й активний метод. Віденський лікар Морено описав психодраму в 1920 році. При цьому він використав такі категорії, які до нього лежали поза психотерапевтичним мисленням: гра, зустріч і театр. Цим Морено поклав початок новому психотерапевтичному методу. Психодрама – це спонтанна гра, психодрама – це зустріч, психодрама – це відображення життя в сценічному поданні, і, у такий спосіб – театр [121].

Психодрама – це терапевтичний метод, у якому психічні (психосоматичні) захворювання розуміються як прояв порушень у міжособистісних відносинах. Для лікування цих порушень використовується спонтанне сценічне їхнє зображення.

Спостереження В. В. Любота, С. В. Солопай [121] та інших свідчать про сприятливий вплив театру на розвиток уяви й виховання почуттів молодих людей з розумовою відсталістю. Від репетиції до репетиції стає усе більше помітним те, як вони вдосконалюються в адекватному вираженні емоцій і почуттів, будучи не тільки в образі персонажа, а й поза театральною грою. Бажання зіграти роль якнайкраще спонукає акторів розвивати свої рухові можливості. При цьому, слід зазначити, що практично всі вони з помітні у координації рухів. На заняттях сценічної мови спостерігається значний прогрес у розвитку мови – поліпшується звуковиговір і дикція. Підготовка спектаклю супроводжується станом емоційної піднесеності, натхнення, які, як відомо, за даними фізіологів і психологів, забезпечує те тло, на якому значно продуктивніше відбувається хід основних психічних процесів – сприйняття, уваги, пам'яті й мислення. Створення атмосфери групової згуртованості є необхідною умовою роботи режисера, це, у свою чергу, сприяє налагодженню позитивних відносин між ними, і відповідно, розвитку соціальної компетентності молоді з особливими потребами.

До спеціальних реабілітаційних методик відносяться іпотерапія, сенсорно-моторна інтеграція та заняттєва терапія (працетерапія) та інші. Як приклад, коротко опишемо деякі з них.

Іпотерапія.

Іпотерапія (чи гіпотерапія, від грецького «hippos» – кінь) – це одна з методик лікування, що спрямована на реабілітацію людей з різними психофізичними обмеженнями з допомогою верхової їзди на конях.

Поштовхом до поширення лікувальної верхової їзди в країнах Північної Європи, а потім і в інших країнах світу послужила історія датчанки Ліз Хартел. Ліз була спортсменкою. Вона займалася кінним спортом, поки одного разу захворіла на поліомієліт (випадок досить рідкий для дорослої людини). Хвороба прикувала Ліз до інвалідної коляски. Спортсменка вже не сподівалася коли-небудь сісти на коня. В результаті через кілька місяців занять верховою їздою Ліз Хартел видужала й знову стала займатися кінним спортом і в результаті на змаганнях під час Олімпійських ігор у Хельсінкі завоювала срібну медаль. Перші спроби застосувати дозовану верхову їзду й фізичні вправи на коні для лікування й реабілітації деяких категорій інвалідів були проведені на початку 50-х років у ФРН, країнах Скандинавії, а потім Великобританії, Канаді, Швейцарії, Польщі й Франції.

Іпотерапія може бути показана при соматичних, нервових, психічних захворюваннях; травм; кишково-шлункових, серцевих захворюваннях; при ураженнях органів почуттів – слуху, зору; при різних порушеннях соціальної адаптації – проблемах спілкування, навчання й таке інше. Протипоказаннями є гострі захворювання, а також хронічні в стадії загострення захворювання дихальної, серцево-судинної систем і шлунково-кишкового тракту; цукровий діабет, у тому числі в стадії неповної й (або) нестійкої компенсації; деформації хребта (з III ступеня); ожиріння III ступеня; запальні захворювання м'язів тканин; епілепсія й епілептиформні синдроми; гострі й хронічні запальні захворювання нервової системи; гострі й хронічні запальні захворювання очей; інші гострі і хронічні в стадії загострення захворювання.

У порівнянні із традиційним відновлювальним лікуванням іпотерапія має значні додаткові переваги. Як і лікувальна фізична культура, вона заснована на використанні біологічної функції живого організму – функції руху, що має для людини не тільки біологічне, але й соціальне значення. Іпотерапія діє на організм як єдине ціле й по своїй сутності не локалістична. Цим пояснюється успішність її застосування при різних захворюваннях. Вона дозволяє відновити й навіть поліпшити фізичний стан осіб з обмеженими руховими можливостями, а також сприяє рішенню конкретних психолого-педагогічних завдань і питань психосоціальної реабілітації й інтеграції інвалідів внаслідок ДЦП [55].

Іпотерапія дозволяє вирішувати наступні основні завдання: протидіяти негативному впливу гіпокінезії, обумовленою хворобою; розвивати фізичну активність хворого; сприяти відновленню порушених функцій; забезпечувати професійну реабілітацію, формувати нові або відновлювати втрачені навички. Заняття з гіпотерапії відбуваються в складі групи: пацієнт, методист-інструктор, коняр, кінь і при необхідності асистент для підстрахування пацієнта.

Реабілітації полягає в тому, що:

1. Забезпечення одночасного включення в роботу практично всіх груп м'язів тіла пацієнта й це відбувається на рефлекторному рівні. Тому що, сидячи на коні, рухаючись разом з ним, він постійно намагається зберегти рівновагу, щоб не впасти з коня, стимулюючи до активної роботи наявні резерви організму.

2. Викликає сильну, різнобічно спрямовану мотивацію: велике бажання сісти на коня й страх перед цим. Цей емоційний зв'язок із твариною й досить жорсткі умови їзди верхи, які вимагають активну мобілізацію становлять унікальну терапевтичну ситуацію. Керування великою, темпераментною й сильною твариною, враження від манежу або великого відкритого простору дозволяє пацієнту відчувати себе вільним, дарує відчуття перемоги.

3. Сприятливий вплив тепла коня, температура якого більше на 1–1,5 градуси чим у людини, ритмічні коливання в трьох площинах, які виникають при ходьбі, масажні рухи м'язів спини коня.

4. Подібність біомеханіки ходу коня до ходи людини, робота в групі, контакт із іншими людьми, догляд за конем створюють лікувальний ефект.

На думку Г. В. Дремової, на сьогодні визначені наступні основні напрямки використання верхової їзди в лікувальних, оздоровчих і соціально-педагогічних цілях:

1. Іпотерапія для корекції різних рухових порушень, таких, як парези, паралічі верхніх і нижніх кінцівок, розладу координації рухів, насильницькі рухи й таке інше. В ортопедичній практиці були спроби застосування даного методу при корекції деформацій хребта й інших дефектів постави.

2. Лікувальна верхова їзда й вправи на коні як метод педагогічного впливу показана дітям і підліткам, у тому числі й з порушеннями інтелектуального розвитку, дітям з порушеннями в поведінці, ускладненнями в навчанні з метою педагогічної корекції.

3. Верхова їзда як спорт серед інвалідів, як спортивна діяльність, що сприяє підтримці загальної фізичної активності й реабілітації особистості.

4. Іпотерапія як призначений лікарем лікувально-гімнастичний захід, у якому на коня покладена роль живого тренажера. Застосовується в терапії рухових розладів на основі поразки центральної нервової системи, а також у комплексній реабілітації при деяких соматичних захворюваннях і в ортопедичній практиці.

5. Іпотерапія як засіб відновлення здатності до пересування в рамках післяопераційної реабілітації хірургічних хворих. У терапії внутрішніх хвороб вона використовується як елемент системи засобів лікування компенсованих захворювань органів кровообігу, порушень обміну речовин, захворювань органів дихання, при різного роду вегетодисфункціях. У психоневрологічній практиці їзда верхи застосовується при лікуванні різних депресій, неврозів, окремих психозів (під особливим лікарським контролем), а також при затримці психомоторного розвитку в дітей [55].

Сенсорно-моторна інтеграція.

Сенсорно-моторна інтеграція – це здатність сприймати інформацію за допомогою органів чуття, поєднувати цю інформацію з іншими відомостями, що зберігаються в пам'яті, фізично діяти відповідно до одержаної інформації [156].

Сенсорна інтеграція стосується переважно тактильного, вестибулярного, пропріоцептивного чуттів. При порушеннях функції тактильної системи люди можуть не бажати щоб їх торкалися, відмовлятися їсти харчові продукти певної структури чи носити одяг із тканин певної фактури. Чутливість до дотиків може проявлятися у відмовах стригтися або вмиватися. Діти можуть уникати таких занять як клеєння, гра з багнюкою чи малювання пальцями. Порушення вестибулярного апарату бувають двох видів. У деяких дітей спостерігається гіперчутливість до вестибулярної стимуляції. Такі діти побоюються гойдалок, ковзанок і похилих поверхонь. Вони з труднощами піднімаються і спускаються по сходах, непевно почувуються на нерівних і нестабільних поверхнях. Таким чином, ці діти побоюються навколишнього простору і звичайно виглядають незграбними. Зустрічається і протилежний варіант. При гіпоактивності вестибулярної системи малята постійно намагаються стимулювати її, активно шукають інтенсивних сенсорних відчуттів, наприклад, у результаті швидкого бігу, стрибків та обертань.

Ознаками дисфункції пропріоцептивної системи є незграбність, часті падіння, погана орієнтація в просторі, дивні пози тіла, мінімальне повзання в дитинстві, труднощі з маніпулюванням малими предметами (гудзики, застібки), неохайність під час їжі, відмови брати участь у нових видах діяльності, що потребують активних рухів. Прояви порушення цих трьох систем бувають найрізноманітніші: діти можуть бути або занадто, або недостатньо реагувати на сенсорні подразники, вони можуть бути дуже активними або абсолютно пасивними, весь час рухатись або легко втомлюватись тощо [156,76–77].

Метою сенсорно-моторної інтеграції є допомога дитині в подоланні цих проблем, досягненні максимальної інформації від навколишнього середовища й власного тіла.

Кабінет для «Сенсорної інтеграції» має типово оснащення для стимулювання систем відчуття: качалки, гамаки, «сухі» басейни, наповнені кульками, матраци, наповнені водою, м'ячі, наповнені грубо здрібненим пінопластом, різнобарвні освітлювачі й таке інше.

Основними завданнями сенсорно-моторної інтеграції є:

1. Надавати дітям різноманітну сенсорну інформацію, щоб сприяти кращому узгодженню роботи їх центральних нервових систем.

2. Учити дітей гальмувати або модулювати непродуктивну сенсорну інформацію.

3. Поєднувати стимуляції різних систем.

4. Важливо уникати порушення протипоказань, які визначаються шляхом ретельного розпитування й обстеження.

5. Необхідно добитися високої мотивації в дитині й зберегти її. Разом з тим треба підтримувати певний рівень зосередження й не допускати в процесі занять надмірного ентузіазму й хаосу.

Працетерапія (заняттєва терапія).

Поняття «працетерапія» вперше ввів німецький поет, драматург, теоретик мистецтва, історик, лікар за освітою Фрідріх Крістоф Іоганн Шиллер (1759–1805). Працетерапія – спрямоване залучення хворого у трудову діяльність із лікувальною та реабілітаційною метою. Найбільш широке поширення придбала працетерапія при лікуванні психічних хворих, однак не всяке залучення хворого до праці може вважатися лікувальним або корисним. Заняттєва терапія (працетерапія) допомагає налагодити щоденне життя людей

з метою досягнення ними незалежності. Завдяки працетерапії вони можуть жити повніше, продуктивніше. Основи методики працетерапії з метою відновлення рухів викладені такими авторами, як Р. М. Голубкова, В. А. Бубнова, В. Каляєва. Найбільше повно методика розкрита в серії робіт А. Ф. Каптеліна. Їм запропоновано набори засобів і пристосувань, адаптованих для працетерапії, а також пристосування, що фіксують руку до інструментів при відсутності хватання або недостатній силі для їхнього втримання.

Трудова діяльність, націлена на результат, закріплює досягнуті рухи, відпрацьовує їх комплексно, використовуючи рух як фізіологічний стимулятор, сприяє збільшенню амплітуди рухів, виробленню автоматизму, зниженню м'язової ригідності, підвищенню сили м'язів і їхньої пластичності. У процесі виконання тих або інших робіт контакт із різнохарактерними матеріалами, відмінними один від одного за формою, обсягом, пружністю, стимулює відновлення чутливості. Різні трудові процеси включають м'язи в роботу з різним ступенем активності. Тому при призначенні працетерапії варто спеціально підбирати трудові операції з урахуванням біомеханічних особливостей тієї або іншої технології, орієнтуючись на функціональний дефект, з огляду на клінічні особливості випадку й рухові можливості хворого. Одним із основних принципів використання трудотерапії полягає у тому, що праця хворих повинна бути результативною і хворий повинен бачити результати своєї діяльності [77].

Сферами діяльності у заняттєвій терапії є зокрема:

а) розвиток гігієнічних і побутових навичок; б) підтримка щоденної діяльності; в) інтеграція в освітні заклади та формування доступного середовища; г) допрофесійна і професійна підготовка; д) налагодження дозвілля, рекреація та спорт. В Україні заняттєва терапія не виділилась іще в окрему професію, і тому названі функції входять до компетенції реабілітолога, а іноді й інших спеціалістів [156,80].

Протипоказаннями до працетерапії є гострі хворобливі стани, патології свідомості, тимчасово протипоказана при активному медикаментозному лікуванні, виражених депресивних і астенічних станах, при наявності у хворого негативізму до праці.

На думку Г. В. Карєпова, найпоширенішими операціями в лікувальному використанні трудових процесів є картонні й палітурні роботи, шиття, в'язання, плетиво, художньо-прикладні роботи,

машинопис, столярні й слюсарні роботи. У цих цілях застосовуються ткацтво, гончарна справа, кулінарна обробка овочів, готування деяких блюд (наприклад, салатів), сервіровка стола, прасування праскою, креслення, зборка дрібних деталей. Також можуть бути використані будь-які посильні роботи, що представляють інтерес для хворих. Як показує наш досвід, найбільш прийнятні для цього радіотехніка, фотосправа, виготовлення художніх виробів, іграшок і сувенірів, в'язання. Зміцненню м'язів плечового пояса сприяє робота рубанком, ножівкою, напилком, що вимагає великої м'язової напруги [77].

На думку Н. М. Трофімової, С. П. Дуванової, Т. Ф. Пушкіною та інших [186,234–235], дітям із церебральними паралічами дуже непросто займатися трудовою діяльністю й особливо складно доводити роботу до кінця. В процесі трудової діяльності велике значення набуває позитивна мотивація дитини. Вчені звертають увагу на те, що бажання трудитися й переборювати себе залишається досить серйозною проблемою для дітей у віці після десяти років. До цього часу в дітей із церебральними паралічами часто формується споживче, індивідуалістичне відношення до життя, повна відсутність інтересу до якого-небудь виду діяльності. І навпаки, діти п'яти-шести років звичайно з більшим інтересом вступають у процес трудової діяльності. У процесі трудової терапії вирішуються специфічні завдання:

- компенсація недоліків опорно-рухового апарата – зміцнення моторики рук, розвиток координації й диференціації рухів;
- компенсація недорозвиненості емоційно-вольової сфери дітей, формування самостійності, спостережливості, звички до трудових зусиль і цілеспрямованої діяльності;
- корекція недоліків розумової й мовної діяльності;
- формування впевненості в собі, розвиток особистісного потенціалу, підвищення самооцінки;
- формування певних (доступних дитині) трудових навичок;
- розширення уявлень про навколишній світ, про різні матеріали, способах їхньої обробки, підвищення пізнавальної активності дітей;
- виховання любові до праці як форми існування людини, формування естетичного виховання навколишнього світу й життя;

- підготовка до свідомого вибору професії у відповідності зі своїми можливостями й здібностями, адекватна оцінка своїх достоїнств і недоліків, рівня своїх домагань.

Також вчені зазначають, що для рішення цих завдань необхідні наступні умови: по-перше, емоційний фон – спокійний довірчий тон; повна відсутність негативних оцінок; порівняння результатів роботи дитини тільки з її особистими досягненнями, а не з досягненнями інших дітей; дотримання для кожної дитини її індивідуального ритму роботи; необхідність знайти для кожної дитини справу, яка доступна для виконання й цікава їй; по-друге, формування у дитини впевненості в собі, почуття повноцінності – необхідно уникати згадувань про хворобу; не використовувати терміни «хвора, слабка, невміла» рука, тільки «права» чи «ліва» рука; неможна відкрито проявляти почуття жалості до дитини; необхідно надавати дитині деяку допомогу у виконанні завдання, головне – навчити дитину доступним для неї прийомам роботи; постійно та систематично включати дитину в процес самооцінки, що сприяє формуванню фактору самовиховання.

Однієї з ефективних форм групової роботи з людьми з обмеженими можливостями є психологічний тренінг.

Ряд вчених, Є. А. Клопота, О. А. Клопота виділяють особливості тренінгової групи осіб із глибокими порушеннями зору, зокрема наявність порушень комунікативних процесів, пов'язаних з невербальними способами спілкування. Також існують труднощі у сприйнятті і розумінні партнера, й отриманні зворотного зв'язку за допомогою невербальної взаємодії під час групової роботи. Сприйняття і відображення навколишньої дійсності в результаті відсутності зорових уявлень про її основні компоненти часто є неадекватними. Реальні еталони і схеми міжособистісних трансакцій підміняються уявлюваними, сформованими на базі неадекватного сприйняття образу світу і власного «Я-образу» у ньому. Отже, особливості тренінгової роботи в групі незрячих людей:

1. Проведення тренінгу в умовах максимально наближених до реальних з метою оптимізації процесів адаптації і самореалізації членів групи.

2. Зниження чисельності групи до мінімально можливого числа (6–8 учасників), з метою полегшення орієнтації незрячих у просторі групової роботи.

3. Аналіз можливостей використовуваних вправ, які пов'язані з невербальними способами спілкування, їх модифікація з урахуванням специфіки групи.

4. Компенсація недостатньо використовуваних невербальних вправ, вербальними і тілесно-орієнтованими.

5. Проведення «змішаних груп», тобто залучення зрячих для посилення терапевтичного ефекту через можливість порівняння існуючого «Я-образу» з тим, що буде отриманий у результаті зворотного зв'язку від зрячих учасників [84].

Мета соціально-психологічного тренінгу для тотально незрячих та слабозорих людей полягала у формуванні позитивного емоційно-ціннісного відношення до себе, розвитку здібностей до самоаналізу і самоспостереження, підвищенні рівня відповідальності й усвідомлення себе як цілісної особистості. Задачачи тренінгової роботи є:

1. Розширення усвідомлення «Я-образу» шляхом концентрації уваги на власних відчуттях (тілесних, емоційних і т. д.);

2. Формування Я-соціального на основі комунікативних навичок і умінь;

3. Усвідомлення міжособистісних відносин у групі для навчання більш ефективній взаємодії за її межами;

4. Розвиток навичок самопізнання, самореалізації і саморегуляції, за рахунок зниження комунікативних бар'єрів і психологічного захисту;

5. Осмислення свого минулого, сьогодення і майбутнього, пошук необхідних ресурсів для досягнення життєвих цілей [84].

В роботі з підлітками із порушеннями опорно-рухового апарату психологічний тренінг набуває особливого значення, з метою розвитку комунікативних якостей особистості в процесі міжособистісної взаємодії. І. В. Вачков визначає, що: «Тренінговий метод – це засіб організації руху (активності) учасників у просторі та часі тренінгу з метою досягнення змін в їх житті та в них самих» [26,21]. На думку, А. Г. Грецова, соціально-психологічний тренінг – це активне навчання за допомогою придбання життєвого досвіду, який моделюється в груповій взаємодії людей [46,8]. Про дану форму психокорекційної роботи говорить Ж. М. Глозман: «Порушене спілкування лікується організацією повноцінного діалогічного міжособистісного спілкування, в якому актуалізуються та усвідомлюються всі потенційні можливості суб'єкта, що призводить його до відчуття своєї особистісної та комунікативної повноцінності...» [42,150].

Розглядаючи комунікативну компетентність особистості О. Тюптя [192,201] виділяє тренінги, що складаються з двох груп. Перша група – це тренінги оформлення зворотного зв'язку, які охоплюють: тренінг на розвиток активного слухання та тренінг на розвиток знання невербальних засобів спілкування. Друга – рольові тренінги: тренінг спілкування в різних ситуаціях та тренінг розв'язування конфліктів. При цьому, розробляючи програму спирається на такі положення:

1. Психічні властивості особистості в її поведінці, діях, вчинках і проявляються, і формуються.

2. У роботі групи слід використовувати положення гуманістичної психології про те, що люди за своєю природою вільні й добрі.

3. Конструктивна робота над собою учасника тренінгу може здійснюватися в згуртованій, психологічно розвинутій групі, за позитивного забарвлення активного спілкування.

4. Використання ігрового методу під час тренінгу допомагає зняти суб'єктивні бар'єри.

5. Використання ігрових ситуацій викликають інтерес, який має підтримуватися тим, що учасники усвідомлюють важливість того, що відбувається саме з ними.

6. У процесі тренінгу стимулюється дедалі більше усвідомлення себе, осмислення своїх особливостей.

7. Побудова занять повинна спрямовуватися на те, щоб у всіх учасників тренінгу виникла потреба в тісному контакті з іншими людьми.

8. Програма тренінгу має передбачати рівність усіх, що означає відсутність особи, яка б навчала, у традиційному значенні цього слова.

9. Запропонована програма тренінгу передбачає гуманістичну орієнтацію ведучого сприймати учасників групи як вільних, відповідальних за свої вчинки і їх наслідки, постійно зростаючих особистостей.

А. Г. Грецов [46,27], вважає, що пояснення завдань тренінгу підліткам повинно бут коротким, ненав'язливим, зрозумілим та без використання складної термінології. Він виділяє дві універсальні групи методів, на яких базується будь-який психологічний тренінг, а саме – методи інтерактивної гри та групової дискусії. Розглянемо переваги цих методів при роботі з підлітками.

По-перше, інтерактивна гра – це ігрова діяльність учасників тренінгу, структурована відповідно до мети і завдань роботи, що припускає можливість і необхідність міжособистісної взаємодії. Переваги цього методу він виділяє наступні:

1. Активна позиція учасників, що дозволяє задіяти природні потреби підлітків, наприклад бажання поговорити із сусідами по парті й прагнення до фізичної активності.

2. Безпосередній досвід учасників, при якому отримані в іграх знання й уміння носять особистісний характер, легко актуалізуються в самих різних видах діяльності.

3. Результати більшості ігор не можна точно передбачити, тому їхнє виконання супроводжується незмінним інтересом та цікавістю.

4. Зростає мотивація, ступінь емоційного включення в події, що відбуваються в групі.

5. Метод відносно некритичний до числа учасників [46,27].

По друге, групова дискусія – спільне обговорення будь-якого спірного питання, що дозволяє прояснити (можливо змінити) думки, позиції й установки учасників групи в процесі безпосереднього спілкування.

Стосовно вищеназваних методів тренінгу І. В. Вачков також відносить їх до базових. Перевагами групової дискусії він вважає можливість учасників побачити проблему з різних сторін, що дозволяє уточнювати взаємні позиції; як засіб групової рефлексії через аналіз індивідуальних переживань, що посилює згуртованість групи та одночасно полегшує саморозкриття учасників; можливість учасникам проявити свою компетентність і тим самим задовольнити потребу в визнанні та повазі і таке інше. Стосовно ігрових методів І. В. Вачков зазначає, що вони корисні як засіб подолання скутості та напруги учасників; як умова безболісного зняття «психологічного захисту»; як інструмент діагностики та самодіагностики, що дозволяє ненав'язливо, легко виявити наявність труднощів у спілкуванні та серйозних психологічних проблем [26,52–53]. Але окрім групової дискусії та ігор до базових тренінгових методів вчений відносить також методи, що направлені на розвиток соціальної перцепції (учасники набувають вміння глибокої рефлексії, змістовної та оціночної інтерпретації об'єкта сприйняття), методи тілесної терапії (робота учасників над структурою тіла, чуттєвим усвідомленням та нервово-м'язовою релаксацією) та медитативні

техніки (навчання учасників фізичної та чуттєвої релаксації, вмінню позбавитися від зайвої психічної напруги, стресових станів та в результаті зводяться до розвитку навичок аутосугестії та закріпленню засобів саморегуляції).

Особливості групової роботи в межах психологічного тренінгу полягають по-перше, у вимогах, що пред'являються до психолога; по-друге, у засобах його впливу (вербальних та невербальних); по-третє, у можливих бар'єрах для сприйняття повідомлення; по-четверте, у знаннях про комунікативний стиль учасників тренінгу; по-п'яте, у кількості учасників тренінгу.

Аналізуючи особистісні риси необхідні психологу у груповій психокорекційній роботі, виходячи з особливостей вікової групи та специфіки їх психофізичного розвитку треба відзначити, щоб успішно організувати та провести психологічний тренінг з підлітками з фізичними вадами, психолог повинен володіти:

1. Знанням закономірностей розвитку психіки підлітків, знайомством з їх потребами, цінностями, для того щоб бути для них релевантним, тобто відповідати їх потребам та співвідносити з їх реальним життєвим досвідом.

2. Спеціальними знаннями й уміннями, необхідними для проведення такої роботи, а саме специфіки роботи з даною віковою категорією з певними психофізичними порушеннями.

3. Психологічним рисами, що сприяють даній роботі психолога зокрема є:

- високий рівень соціального інтересу, тобто бажання й здатність допомагати іншим людям;
- відкритість новому досвіду;
- чутливість до переживань інших людей;
- рольова гнучкість, здатність приймати різні ролі з урахуванням поточної ситуації;
- високий рівень саморегуляції;
- уміння активно слухати;
- урівноваженість, терпимість до фрустрацій та ситуацій невідзначеності.

Також важливий показник компетентності психолога в спілкуванні – його відношення до власних цінностей, наскільки він їх рефлексує. Саме рефлексивно-емпатійний розвиток особистості забезпечує позицію децентрації у відношенні з партнером, уміння аналізувати ситуації спілкування не тільки з власних поглядів

та переконань. Саме рефлексія психолога по відношенню до самого себе і партнерам по спілкуванню великою мірою обумовлює суб'єктивність сторін, що є передумовою побудови спілкування як діалогу. Основою комунікативної компетентності є соціальний інтелект, тобто стійка, заснована на специфіці розумових процесів і афектного реагування здатність розуміти самого себе, інших людей, їх взаємини і прогнозувати міжособистісні події [188,223].

Виходячи з вищенаведеного нами були виділені наступні особливості професійного спілкування психолога з підлітками з обмеженими фізичними можливостями [188,231]:

1. В процесі бесіди звертати увагу на відповідність змісту слів емоційному стану підлітка.

2. В основі ефективного професійного спілкування повинен лежати високий рівень емпатії психолога.

3. Не варто говорити, що розумієте дитину, якщо це не так. Частіше всього повною мірою зрозуміти може тільки той, хто сам опинявся в схожій ситуації.

4. Процес спілкування може ускладнюватися мовленнєвими та інтелектуальними дефектами дитини, тому треба проявити терплячість, дитина повинна сама закінчити фразу, не виправляйте її. Якщо є сумніви у розумінні сказаного, повторіть те, що ви зрозуміли.

5. Невербальні прояви підлітка можуть бути досить специфічні та не завжди адекватні ситуації. В багатьох випадках це пов'язано зі стійкими руховими розладами, порушеннями тону м'язів в кінцівках – гіперкінези, тремор, сінкінези і таке інше.

6. Мова психолога повинна бути правильна, чітка, виразна з відповідною інтонацією. Не треба говорити надто голосно, підліток може сприйняти це за авторитарне звернення до нього чи за «читання моралі». Також не варто розмовляти швидко, дитина може не встигнути прослідкувати хід вашої думки, не кожен з них наважиться перепитати.

Таким чином, методи корекції в системі психологічної допомоги людям з обмеженими можливостями різноманітні та різнофункціональні, підбираються у відповідності із метою та завданнями психокорекційної роботи, з урахуванням показань та протипоказань до застосування того чи іншого методу, вікових та соціальних особливостей людей з обмеженими можливостями та інших показників.

Запитання для самоперевірки

1. Які чинники необхідно враховувати при побудові основних завдань психологічної реабілітації дітей з обмеженими можливостями?
2. Розкрийте вплив темпераменту на внутрішню картину хвороби людини з обмеженими можливостями.
3. Які фактори впливають на характер міжособистісних відносин у сім'ї дитини з обмеженими можливостями?
4. Які методи корекції застосовують в системі психологічної допомоги людям з обмеженими можливостями?
5. В чому полягає функціональний ефект музично-терапевтичного впливу на особистість з обмеженими можливостями?

Завдання для самопідготовки

1. Розкрийте основні групи завдань спеціальної психології за В. І. Лубовським.
2. Охарактеризуйте типи сприйняття батьками хвороби своєї дитини.
3. Виділіть типи неправильного виховання дітей за А. Є. Лічко.
4. Розкрийте основні принципи сучасної реабілітації дітей з вадами здоров'я за А. Г. Шевцовим.
5. Розкрийте психологічні аспекти реабілітації лікувальної верхової їзди.
6. Виділіть основні завдання трудової терапії в роботі з дітьми з церебральним паралічем.

Розділ 4

ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ВЧИТЕЛІВ ДО ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ДІТЬМИ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

4.1. Стан проблеми психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності з дітьми з психофізичними порушеннями

Психолого-педагогічна діяльність як невід’ємна, органічна складова особистісного розвитку дитини покликана допомогти батькам та педагогам кваліфіковано працювати з проблемами дитини, що обумовлені її особливостями, пов’язаними з функціональним станом здоров’я, пізнавальною й особистісною сферами, з умовами виховання і таке інше. Аналіз досліджень (Л. В. Кузнецова [144], В. О. Липа [116], Л. Нижник [139] та інші) засвідчує, що наявність комплексу специфічних якостей психофізичного стану дитини впливає на її досягнення у фізичному та пізнавальному розвитку і становлять діагностичну основу для розробки індивідуальної системи корекційної діяльності вчителя. Сутність діяльності фахівців, що працюють у системі психолого-педагогічної допомоги, полягає у наданні індивідуальної допомоги дитині в складній ситуації, причому таким чином, щоб вона самостійно навчилася вирішувати власні проблеми і справлятися з повсякденними труднощами.

Вихідний принцип гармонійної цілісності, принцип нового світогляду приймається зараз переважною більшістю людства. Останнім часом це збільшило інтерес до тих філософських ідей і відповідних їм педагогічних теорій, основна мета яких спрямована на досягнення вищої форми єдності між людьми у вирішенні їх найважливіших проблем. На цей філософський ідеал опирався засновник першої теорії педагогіки Я. А. Коменський. Він визнав розроблений ним варіант філософії – «провісником загальної мудрості» і вбачав завдання філософії у тому, щоб виводилась одна й та ж симетрія у всьому чуттєвому, розумовому, а також у божественному оздоровленні» [89,491]. Усі філософські системи, які ставлять собі за мету досягнення людством гармонійної єдності, відомий філософ Карл Поппер [153,28] назвав «холістською філософією». Її основна ідея, за К. Поппером, полягає у тому, щоб перебудувати суспільство в цілому «згідно з певним планом чи проектом». У сучасній літературі цей напрям називають принципом гармонійної єдності. Саме на основі філософських систем даного напрямку в минулому відбувалося становлення більшості педагогічних теорій, вчень. Крім того, і серед цих (холістських) напрямів філософії освіти, звичайно, створювались такі окремі системи, кожна з яких розглядала себе як єдину істину. Представники такого напрямку зв'язували вирішення найважливіших проблем людства зі своєю перемогою над іншими типами світогляду, системами освіти. На сьогодні цей підхід можна розглядати як такий, що себе дискредитував. Так, лауреат Нобелівської премії Пятирим Сорокін, один із засновників сучасної соціології, писав: «Жодна система (тут йдеться про основні системи чи класи істинного знання) не містить у собі всієї істини, також як і жодна інша не вважається цілком помилковою» [178,474].

Необхідно акцентувати увагу на тому, що в становленні такої методології велику роль відіграло відкриття М. Кузанським принципу тотожності протилежностей у нескінченному. Суть цього принципу коротко можна викласти так: внаслідок певних операцій з двома поняттями про різні об'єкти можна виявити тенденцію у зміні цих понять, яка веде до зміни різниці між ними [100,67]. Д. Бруно, розвиваючи вчення М. Кузанського, показав, що протилежності стають тотожними як у нескінченно великому (максимумі), так і у нескінченно малому (мінімумі). Тим самим він дійшов до висновку: «Не тільки максимуми і мінімуми протилежностей зводяться

до єдиного байдужого ...», – а також: «Хто хоче пізнати найбільші таємниці природи, хай розглядає і спостерігає максимуми і мінімуми суперечностей і протилежностей» [28,288–291]. Саме цим, на наш погляд, важливим філософським принципом ми прагнули керуватись в роботі. Необхідно підкреслити, що розкриття закономірностей будь-яких інтуїтивних властивостей людського мислення у логічній формі завжди було пов'язане зі значним прогресивним розвитком цього мислення. Останнє належить і до тієї діалектико-логічної закономірності, яка дала назву принципу тотожності протилежностей у нескінченному, а також усім тим специфічним логічним закономірностям, які є її проявами. Саме шляхом розкриття симетрії основних предметів досягається, за Я. А. Коменським [89, 137], їх гармонійна єдність. У найбільш систематизованій формі закономірності цього руху були розкриті в діалектичному методі сходження від абстрактного до конкретного Г. Гегелем, К. Марксом і багатьма їх послідовниками в галузі освіти. Суть діалектичного методу полягає у тому, що вихідний принцип будь-якої теорії є законом вирішення головної суперечності її об'єкта. Правилком виведення будь-якого конкретного закону з попереднього, більш загального, є положення, в якому узагальнюється історія розвитку об'єкта чи історія його пізнання. Тим самим цей метод намагається досягти цілісного знання про об'єкт шляхом розкриття всієї системи суперечностей його розвитку і діалектичного виведення з принципу теорії наших знань про конкретно-чуттєвий об'єкт нашої діяльності. Таким чином, коли принцип тотожності протилежностей у нескінченному розкриває загальну діалектико-логічну закономірність руху пізнання від конкретного до абстрактного, то метод сходження від абстрактного до конкретного розкриває не тільки загальну закономірність зворотнього руху пізнання, але й ставить за мету довести пізнання об'єкту до з'ясування в теорії усіх його конкретних властивостей. Тому суть цього методологічного принципу сучасної освіти – вирішення основних суперечностей педагогічного процесу.

Зупиняючись на ідеї про те, що категорія діяльності повинна відігравати роль вихідного принципу побудови теорії психології, В. В. Давидов у своїй праці «Проблеми розвиваючого навчання» [50], виклав основні проблеми педагогічної діяльності саме за допомогою методу сходження від абстрактного до конкретного. Крім того, він зауважує, що засвоєнню знань, які носять загальний і

абстрактний характер, передуючи ознайомленню з визначеними і конкретними знаннями [50,164], а також, що «навчання у школі всіх предметів» повинне вестись так, щоб «в стислій, скороченій формі відтворювався дійсний історичний процес народження і розвитку знань» [50,143].

Ґрунтуючись на практиці, можна зробити висновок, що і діалектичний метод сходження від абстрактного до конкретного також не вирішив найважливіших проблем сучасного світогляду, він не зміг стати і тією філософською засадою, яка б вивела сучасну освіту з кризового стану. У зв'язку з цим зупинимось ще на одному варіанті філософії гармонійної цілісності, який, на нашу думку, відіграє зараз важливу роль в якості сучасної філософії освіти, а саме на філософії всеєдності, яка вперше була розроблена В. Соловйовим і далі розвивалась багатьма його послідовниками. Свою філософію В. Соловйов заснував на принципі єдності між людиною і навколишнім світом, розуміючи складність поставленого завдання про досягнення гармонійної єдності. У зв'язку з цим він писав: «Завдання не в тому, щоб відносити традиційну теологію в її винятковому значенні, а навпаки, визволяти її від відверненого догматизму, ввести істину у форму вільно-розумового мислення і реалізувати її в даних дослідної науки, поставити теологію у внутрішній зв'язок з філософією і наукою, і таким чином організувати всю галузь істинного знання у повну систему вільної і наукової гармонії філософії і науки» [202, 350]. Цей підхід був спрямований на подолання антагонізму між матеріалістичним та ідеалістичним, науковим і релігійним монізмом, на вирішення проблеми зв'язку принципу єдності усього світу з різним і протилежним суттєвими проявами цієї єдності, з унікальністю кожної особистості.

Вищезгаданий холістський вихідний принцип класичної педагогіки піддається зараз критиці представниками другого напрямку філософії освіти, перш за все, за певну абсолютизацію значення вимог за принципом «треба», що призводить до переоцінки ролі індивідуально-особистісних інтересів учнів за типом «хочу», за те, що на основі даного принципу педагогічна діяльність стала переважно авторитарною. Авторитарна педагогіка забезпечує пріоритет над особистими інтересами, цінностями будь-якого учня.

Становлення педоцентричного напрямку в розвитку теорії і практики педагогічної діяльності починається з Ж.-Ж. Руссо. Його концепція засновується на повазі до особистості дитини, роз-

глядає не вчителя, а учня в якості головного суб'єкта педагогічної діяльності.

Майже в той же час деякі педоцентричні ідеї розвивав український філософ Г. Сковорода. У своїй концепції «сродної праці» він розробив вчення про те, що найважливіше завдання педагога полягає в тому, щоб розкрити ті специфічні для кожного учня здібності, які надає йому природа. Він вважав, що тільки на цій основі можна досягти великих успіхів як у самому педагогічному процесі, так і в його результатах, тобто зробити щасливим учня і дати велику користь суспільству.

У зв'язку з цим зупинимось на питанні чому, як це вважає багато сучасних мислителів як у філософії, так і в освіті, саме другий, тобто релятивістсько-плюралістичний і індивідуальний напрям зараз є не менш поширеним, ніж перший – гармонійно-цілісний. Принцип релятивістсько-плюралістичного напрямку, принцип плюралізму, забезпечує більш швидкі темпи розвитку знань про окремі галузі реального світу і людської діяльності, а тому й про досягнення більшої ефективності різних спеціалізованих видів діяльності. Важливим є те, що в сучасному суспільстві принцип плюралізму носить суто демократичний і антидогматичний характер. Він вимагає не тільки можливості визнання існування деяких інших ідей, в тому числі і протилежних принципам свого світогляду, але й поважливого ставлення до цих ідей, до інших систем освіти. Ще одна важлива позитивна роль релятивістсько-плюралістичного напрямку філософії освіти пов'язана з тим, що в ньому надавалась велика увага формуванню творчої особистості, розвитку її унікальних здібностей. Все це вимагає максимально індивідуалізувати її особисті інтереси і системи цінностей.

Ідея індивідуального підходу до кожного учня має давню історію. Так в педагогіці України Г. Сковорода звертав увагу на індивідуальну духовну природу кожного учня, на її незведеність до якихось загальних цінностей та інтересів. Ця ідея одержала значний розвиток у вченні його послідовника – відомого українського філософа і педагога ХІХ століття Панфіла Юркевича. П. Юркевич наголошував на розумінні людини як конкретної індивідуальності, на тому, що наше мислення, в тому числі наукове, не вичерпує собою всієї повноти духовного життя людини. Тому можна зробити висновок про те, що вчення П. Юркевича мало деякі ідеї майбутнього персоналізму і навіть екзистенціалізму [187].

Ідеї другого напрямку філософії освіти все більше поширюються в сучасній Україні. Так в нашій державній програмі «Освіта» («Україна ХХІ століття»), в багатьох інших документах, педагогічних вченнях, методиках говориться про пріоритетну роль людини як особистості. В них плюралістичний підхід до різних педагогічних вчень оцінюється позитивно.

І все ж, і принципи релятивізму, і плюралізму завжди зазнавали і зазнають різкої критики як у філософії, так і в освіті. Ще Гегель ту форму цілісності, яка виникає на основі цих принципів, називав еклектичною або «розсіяною повнотою». Дійсно, ці принципи, по суті справи, слабко враховують важливе значення вже досягнутих людством знань про логічні закономірності зв'язків елементів цілісних явищ, у тому числі й елементів цілісного педагогічного процесу, і залишають таке вирішення тільки інтуїтивним властивостям нашого мислення. Тому згадаємо ще раз про те, що саме І. Пригожин вважає одним із головних недоліків сучасного стану освіти відсутність того синтетичного підходу, який би пов'язував різні фрагменти науки. До цієї думки приєднується й С. Й. Гончаренко в своїй роботі «Інтеграція наукових знань і проблема освіти» [45,2].

Таким чином, вирішення головної суперечності педагогічного процесу, а також інших його найважливіших проблем, повинне спиратись на ті сучасні філософські ідеї, які більш чи менш систематично розробляють нові закономірності діалектичної взаємодії загального і одиничного, цілого і його елементів, суспільних і індивідуальних цінностей тощо. Тобто, розробляють таку методологію взаємодії цих протилежних сторін, яка б поєднувала у собі основні досягнення як холистського, так і плюралістичного напрямків у філософії та педагогіці. Так Г. Г. Соловйова пише: «Домінуюча ідея нового філософського епосу (тобто того способу мислення, яке об'єднує, komponує усі його елементи) – спроектувати, апробувати такий тип філософського мислення, який зміг би уникнути двох крайніх позицій, однаково ворожих ідеї миру і співробітництва, уніформізму, підкорення всіх культур стереотипу і шаблону, і релятивізму, розпорошенню, розпаду культури на велику кількість острівців, що веде до втрати єдності і цілісності» [177,3].

Характерною рисою традиційної навчально-виховної системи, як вказує практика та аналіз літературних джерел, є її монологічність, замкнутість та імперативність. Процес навчання і вихован-

ня в цьому випадку розглядається як діяльність, що забезпечує, головним чином, формування деяких якостей особистості (інтелектуальних, моральних і так далі) відповідно і в порівнянні із заданими і абстрактними нормативами; першою і визначальною персоніфікованою ланкою цього процесу виступає особистість педагога, вихователя; дитині ж відводиться пасивна, підлегла роль, психологічна сутність її стає безособовою та уніфікованою. Альтернативна перспектива в сучасній концепції освіти і виховання орієнтує на використання таких тактик, прийомів та методів «розвиткової» стратегії впливу, яка реалізується у відкритому діалозі педагога і дитини, що складає оптимальні умови для розвитку позитивної мотивації до навчання, формує якості особистісної самостійності і відповідальності, веде до розкриття творчих потенціалів суб'єкта. Виховання і навчання розуміються в цьому випадку як творчі процеси, які створюють умови для саморозвитку, самоосвіти, самовиховання особистості дитини. Особистість дитини виступає тут в позиції головного суб'єкта навчально-виховного процесу. В наш час, пов'язаний з радикальними змінами в житті нашого суспільства, перед вчителем стоїть вибір: або стати провідником уже переможної в суспільстві офіційної правди та через навчання вести формування штампованої особистості, або зайнятися справою побудови в освіті нової соціальної організації життя, яке допоможе кожному учневі знайти самого себе. Від цього вибору залежить місце освіти в суспільстві: в першому випадку освіта посідає одне з останніх місць в суспільстві, у другому випадку освіта забезпечує розвиток суспільства. За словами О. Г. Асмолова та Г. О. Ягодіна [8,7–11] цей вибір відображає спрямованість реформи школи. Реформа освіти, на їх думку, – це перш за все реформа всього життя підростаючої людини, а не тільки реформа педагогічного методу, тієї чи іншої спеціальної технології навчання. Більш того, самі педагогічні методи та технології органічно входять у відповідну соціальному наказові адаптивно-дисциплінарну модель виховання та навчання, повністю відповідають цій моделі. Роль вчителя зведена до адаптивно-дисциплінарної системи навчання, до ролі передатчика безособової інформації за твердо установленими програмами, не викликає заздрощів. Про це ще в 20-х роках писав Л. С. Виготський: «Вчительська професія зробилася місцем, куди збігається невлаштоване, невдале... Школа – це пристань, до якої життя відводить зруйновані кораблі. Це символічно, що колись до вчительства

йшли відставні солдати життя і тепер ще на три чверті заповнюють вчительські лави» [29, 338]. Для того, щоб в освіту пішли духовно обдаровані люди, необхідно було, за словами О. Г. Асмолова [7, 139], почати реформу освіти з реформи соціального життя особистості, а не з реформи педагогічного методу. Перетворення, які проходять в Україні, дають історичний шанс створення такої системи освіти, в центрі якої стояло б завдання розширення можливостей компетентного вибору кожною особистістю свого життєвого шляху. Освіта – це процес, спрямований на розширення можливостей вибору особистістю життєвого шляху та на саморозвиток особистості. Як вже було зазначено вище, за словами О. Г. Асмолова та Г. О. Ягодіна, стратегією пошуку педагогічних технологій є стратегія побудови розвиваючого способу життя, різноманітних навчальних та виховних середовищ. Педагог, вчитель з таким розумінням процесу навчання є «будівником» способу життя дитини, який у процесі співробітництва, спільної діяльності з дітьми допомагає знайти свою дорогу в повному протиріччю світі, при цьому на перший план виходять ідеї культурно-історичного діяльнісного підходу до розвитку особистості.

Аналізуючи психолого-педагогічну літературу, необхідно підкреслити, що ряд авторів (І. Д. Бех [15], Ю. З. Гільбух [39], В. В. Давидов [51], Н. О. Менчинська [128], Д. Б. Ельконін [216], І. С. Якіманська [221] та інші) виділяють одну із найважливіших умов підвищення ефективності педагогічної науки – дієвість, практичне застосування сучасної педагогічної теорії. Тільки такі системи нових ідей, принципів, категорій можуть стати основою перебудови на всіх ланках безперервної освіти. Прогрес у розвитку суспільства допускає наявність науково обґрунтованих новаторських підходів до вирішення завдань виховання та навчання.

Проаналізувавши літературу можна зробити висновок, що нову теорію повинна складати провідна ідея, яка визначає рішення основної проблеми виховання та навчання людини в сучасному світі і головну педагогічну мету, загальні та часткові принципи, що відображають мету і завдання, зміст та функціональні форми навчання та виховання, специфіку педагогічної діяльності в сучасних умовах, вимоги до організації навчання, його наукового та матеріально-технічного забезпечення. У даній навчальній системі детермінують суб'єкт-суб'єктні стосунки, в яких учень розглядається як актив-

ний суб'єкт життєдіяльності, і акцент робиться на розвитку його особистісного потенціалу.

Вивчення особистості завжди було і є для психолога та педагога однією з найважливіших та найважчих проблем. Той факт, що більшість напрямків психології лише частково входить до складу сучасних теорій особистості, є доказом того, що адекватна теорія особистості ще не створена. Останнім часом в поняттях, що визначають особистість, робиться акцент на складність або унікальність організації особистості (на відміну від небагатьох визначень, що розкривають просто комплекс якостей). Так Є.Богман, Л. Раппопорт, Г. Уелш [17], [118] роблять висновок, що особистість – це комплексна гіпотетична конструкція: гіпотетична тому, що ми створюємо її на основі спостережень за поведінкою індивіда, комплексна тому, що складається з більш дрібних складових частин, якостей, потреб, «Я», «Его», «Суперего» і т. д. За визначенням Д. Бірна [17,38], особистістю можна назвати комбінацію всіх відносно стійких індивідуальних відмінностей, які піддаються вимірюванню.

Д. Гільфорд [40,27] помітив, що саме в індивідуальних відмінностях ми знаходимо логічний ключ до проблеми особистості. Особистість індивіда, таким чином, це унікальний набір його якостей. У зв'язку з цим ми приходимо до висновку, що особистість треба розглядати з різних, іноді зовсім протилежних позицій. Загальна ідея полягає в тому, що різні визначення особистості розширюють та поглиблюють наше розуміння особистості взагалі. Можна виділити чотири основні підходи до вивчення особистості: біологічний, експериментальний, соціальний, психологічний. Біологічний базується на тому, що вивчення особистості здійснюється з точки зору досвіду, набутого раніше, генетичних передумов та еволюційного розвитку, тобто містить в собі взаємодію аспектів поведінки та біологічної основи. Експериментальний підхід визначає, що основою вивчення особистості є вивчення процесів сприймання, навчання та діяльності. Розуміння цих процесів підводить до розуміння того, як конкретні події впливають на наступну поведінку індивіда через дії на структуру його особистості. Соціальний підхід спрямований на вивчення соціального оточення індивіда та його впливу на розвиток особистості: впливу моделей, соціальних ролей і культури в цілому. Психологічний підхід розглядає особистість, спираючись

на вивчення ознак, що відображають внутрішню структуру якостей особистості.

Категорії особистості розглядаються як суб'єкт соціальних відношень та свідомої діяльності – з одного боку, а з іншого, як означене включенням в загальні відношення системи якостей індивіда, які формуються в спільній діяльності та спілкуванні. Такої концептуальної теорії особистості дотримувалися Л. С. Виготський [30], О. М. Леонт'єв [112], В. М. Мясіщев [135], С. Л. Рубінштейн [161] та інші. Необхідно сказати, що О. М. Леонт'єв розкриває формування особистості як системної якості, зумовленої тим, що індивід в спільній діяльності з іншими індивідами змінює світ і перетворює себе в процесі формування себе як особистості.

Таким чином, можна визначити, що особистість є синтезом усіх характеристик індивіда в унікальну структуру, яка виявляється та змінюється в результаті адаптації до постійно змінного середовища. Наше загальне визначення особистості вміщує індивідуальні властивості, здібності, погляди, стосунки, цінності, мотиви, способи адаптації. Воно містить і те, що називається темпераментом – типові емоційні реакції, настрої та енергетичні характеристики людини – так само, як і те, що називають характером (моральні принципи та соціальна поведінка). Ця унікальна структура формується та виявляється в процесі діяльності та спілкування.

У педагогіці та психології категорія діяльності є не тільки вихідною, а і найважливішою. У психолого-педагогічному процесі вона виявляється постійно, але розглядається по-різному. Центральний пункт, що створює нібито водорозділ між різноманітним розумінням місця категорії діяльності, полягає в тому, чи розглядається предметна діяльність лише як умова психічного відображення та його вираження, чи вона розглядається як процес, який несе в собі ті внутрішні рухомі протиріччя, розгалуження та трансформації, що породжують психіку, яка є необхідним моментом власного руху діяльності, її розвитку.

Якщо перша з цих позицій виводить дослідження діяльності в її основній формі – в формі практики – за межі психології, то друга позиція, навпаки, підкреслює, що діяльність, незалежно від її форми, входить в предмет психології. Іншими словами, психологічний аналіз діяльності складається, з точки зору цієї позиції, не в виділенні в ній внутрішніх психічних елементів для подальшого розгляду їх в процесі навчання, а в тому, щоб ввести в психологічний

аспект шкільної діяльності такі одиниці аналізу, які несуть в собі психічні відображення в його невідокремленості від народжуючих його та ним безпосередніх моментів людської діяльності. Як підкреслює О. М. Леонтьєв в своїй роботі «Діяльність, свідомість, особистість» [112,211] ця позиція потребує перебудови всього апарату психології діяльності.

Останнім часом активно обговорюється «діяльнісний підхід» до вивчення психіки (О. М. Леонтьєв, С. Л. Рубінштейн [111], [162]), який займає особливе місце в педагогіці. Це означає вимогу вивчати психічну діяльність в складі вищої, предметної (в логічному розумінні) діяльності суб'єкта; вивчати її за роллю в цій зовнішній діяльності, яка визначає саму необхідність психіки, її конкретний зміст, її побудову; розглядати психічну діяльність не як невиразний процес, а як діяльність суб'єкта в плані психічного відображення проблемної ситуації, що і підкреслює П. Я. Гальперін [34,5].

Поява діяльнісного підходу до розуміння особистості стала необхідною в деяких історичних обставинах і знайшла свій вияв у зверненні психологів до філософії Гегеля, в якій категорія діяльності грає велику роль.

Користуючись гегелівською термінологією, діяльність людини є опредметненням суб'єкта, яка разом з тим є розпредметненням об'єкта. Вся діяльність людини є опредметнення її самої, тобто процес розкриття за С. Л. Рубінштейном її «дійсних сил» [162].

Тому діяльність сприймається не як сукупність реакцій, а як цілеспрямована активність суб'єкта, продуктивна, суспільна за своїм характером, яка містить в собі «психологічні компоненти» у вигляді мети, значень і таке інше. Саме в такому «внутрішньому» розумінні і закликав С. Л. Рубінштейн вивчати діяльність людини [161].

Даний методологічний принцип розкриває суттєву роль діяльності в формуванні людини та її психіки. Опираючись на цю трактовку, С. Л. Рубінштейн на основі кантовського розуміння діяльності (дія виходить з суб'єкта, він проявляється в своїх діях. Але у Канта немає вказівки на зворотню взаємодію дій на суб'єкта) формулює принцип єдності суб'єкта (свідомості) та діяльності. «Суб'єкт у своїх діях, в актах творчої самодіяльності не тільки знаходиться та проявляється; він в них створюється. Тому тим, що він робить, можна визначити та формувати його самого. Індивідуальність не лише проявляється, вона і створюється в про-

цесі творчості... Лише в створенні... етнічного, соціального цілого (єдиного) створюється особистість. Лише в організації світу думок формується мислитель» [162]. Тим самим С. Л. Рубінштейн підкреслює об'єктивний підхід до аналізу свідомості людини, про яку говорить і Л. С. Виготський, правда дещо в іншому контексті: буття свідомості не вичерпується його здатністю усвідомлювати переживання суб'єкта: це вторинна, генетично більш пізня форма, яка з'явилася у людини. Першою, об'єктивною, формою існування психічного життя є діяльність, як підкреслює С. Л. Рубінштейн [161,21]. Звідси – принцип єдності свідомості та діяльності: формуючись в діяльності, психіка, свідомість в діяльності, в поведінці і проявляються. Діяльність і свідомість – не два різні аспекти, вони створюють органічне єдине – не ототожене, а єдине [162].

О. М. Леонтьєв [112,364] підкреслює, що треба розуміти саму свідомість як діяльність, розуміти, що діяльність людини опосередковується в ідеальному відображенні її предмету в свідомості. Перш за все, людина діє по-людському..., а лише потім в результаті цього людина починає усвідомлювати. Він трактує діяльність як специфічний процес, який здійснює те чи інше життєве, тобто активне, ставлення суб'єкта до дійсності.

З вище проаналізованих точок зору діяльність особистості є основою її поведінки. Факт усвідомленості своєї діяльності змінює умови її протікання, а тим самим її протікання та характер; діяльність перестає бути простою сукупністю відповідних реакцій на зовнішні подразники середовища; вона по-іншому регулюється; закономірності, яким вона підкоряється, виходять за межі однієї лише фізіології; пояснення діяльності потребує розкриття та обміну психологічних закономірностей. З іншого боку, аналіз людської діяльності показує, що сама усвідомленість або неусвідомленість тієї чи іншої дії залежить від стосунків, які склалися в процесі самої діяльності.

Розглядаючи навчальний процес, необхідно виходити із визнання того, що педагогічна діяльність з дітьми з психофізичними порушеннями – це визнання учня головною діючою фігурою всього навчально-виховного процесу [221,10]. Як зазначають В. В. Липа та В. О. Липа: «Педагогічний процес – це насамперед особистісні відношення людей, яких разом звели цінності і зміст освіти. Необхідно, щоб педагогічний процес, у ході якого розгортається освіта, був вірний власній природі, був «гуманітарно адекватним», тобто

рухався назустріч багатомірній складності суб'єктивного світу людини, не наносючи їй збитку своїм схематизмом упорядкування» [117,142].

Реабілітація засобами освіти відіграє особливу роль у системі комплексної реабілітації саме тому, що тільки спеціальна освіта дозволяє здійснити відновлення аномальної дитини в праві на спадкування соціального і культурно-історичного досвіду. Чим краще розв'язується ця задача засобами освіти, тим вище потенційні можливості дитини з порушеннями в розвитку для інтеграції в суспільство, тим більше вона підготовлена до дорослого життя, тобто соціально компетентна [210].

Зміст соціальної компетенції дітей з особливими освітніми проблемами розкривають В. В. Липа та В. О. Липа, вони виокремлюють:

- компетенції соціальної взаємодії: із суспільством, колективом, родиною, друзями, партнерами, конфлікти і їхнє погашення, співробітництво, толерантність, повага і прийняття іншого (раса, національність, релігія, статус, роль, стать), соціальна мобільність;
- компетенції у спілкуванні: усному, письмовому, діалог, монолог, породження і сприйняття тексту; знання й дотримання традицій, ритуалу, етикету; ділове листування; діловодство; іншомовне спілкування, комунікативні завдання, рівні впливу на реципієнта [117,141].

В центрі уваги педагогічної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями – особистість дитини, суб'єктивний досвід якої спочатку розкривається, а потім узгоджується зі змістом навчання. Таким чином, в навчанні виникає процес взаємодії даного та суб'єктивного досвіду, його стосунки, перетворення, що і складає стрижень індивідуального розвитку.

Ми згодні з думкою І. С. Якіманської, що під час розгляду навчального процесу необхідно виходити із визнання двох рівноправних джерел навчання та виховання [221,36].

Історично склалось, що школа завжди ставила перед собою за мету – всебічний розвиток особистості. На певних історичних етапах шкільного навчання ця мета змінювалась. Вона служила всебічному, гармонійному розвитку особистості. Особистість сприймалась як носій певної ідеології, пануючої в суспільстві, як виразник її змісту. Ця мета досягалась завдяки побудові процесу

навчання та виховання, ґрунтувалась, в основному, на визнанні провідної ролі вчителя, колективу, групи, а не саморозвитку окремої особистості.

Таким чином, розроблялись дидактичні моделі, через які здійснювався індивідуальний підхід в навчанні. Він передбачав, в основному, поділ учнів на сильних, слабких та середніх та корекцію навчального матеріалу за ступенем його складності, за рівнем вимог до оволодіння цим матеріалом. А інтелектуальні здібності розглядались, перш за все, як типові (рефлексія, планування), а не індивідуальні здібності. Основою для розвитку цих здібностей, за твердженням Н. О. Менчинської, є навчальна діяльність. Особисті здібності проявлялися через навчання [128,16].

Поступово науковці визначили, що необхідний інший підхід в обґрунтуванні та структурі, в основі якого повинно бути перш за все визнання індивідуальності та самоцінності кожної дитини, розуміння індивідуальності, не як суб'єкта суспільства, а як індивіда, наділеного своїми неповторними рисами характеру, зі своєю особистою думкою, зі своїм неповторним життєвим досвідом.

Говорячи про це, необхідно розмежовувати два терміни: суб'єктивний і суб'єктний досвід. В психологічному словнику суб'єктивний – це, перш за все, життєвий досвід, що виражає стосунки суспільного та індивідуального, об'єктивності і суб'єктивності у процесі пізнання. А суб'єктний – це життєвий досвід, що належить саме тій людині, яка стоїть без оцінки дійсності – недійсності, науковості – ненауковості, протиріччя – не протиріччя з точки зору процесу пізнання [221,29]. Виходячи зі сказаного раніше, логічно розглядати учня, як носія особистого, індивідуального досвіду. Тому навчання виступає як індивідуальна діяльність людини, на що вказує В. В. Давидов [51], І. С. Якіманська [221] та інші. Тому у самому процесі навчання іде, як стверджує І. С. Якіманська, «зіткнення», збагачення заданого з уже набутих суб'єктивним досвідом. З нашої точки зору, це «зіткнення» (індивідуального, суб'єктивного досвіду та процесу пізнання) дає визначення таких понять як «навченість» і «освіченість», які, в свою чергу, носять також особистий, індивідуальний характер. У поняття «навченість» вкладається принцип – «навчати можна чому завгодно». А ось у поняття «освіченість», як стверджують В. В. Давидов [51], Н. О. Менчинська [128], В. А. Петровський [148], І. С. Якіманська [222], та інші, вкладається зовсім інше поняття. Щоб стати осві-

ченим, кожний вибирає свій шлях, кожний повинен сам шляхом планування та організації своєї особистої діяльності на основі особистих якостей та інтересів іти до «вершин» освіти. Освіченості, за якою нема особи, не буває, так як і не може бути особистості, у високому розумінні цього слова, без освіченості.

В свою чергу сам процес навчання, що доведено в дослідженнях В.В. Давидова [51], Л.В. Долинської [53], О.К. Дусавицького [59], А.Г. Шевцова [211], І.С. Якіманської [222], повинен створювати всі необхідні умови для розвитку особистості. Таким чином, змінюється функція навчання, яка полягає в реалізації індивідуального розвитку кожного учня з урахуванням зібраного у нього з перших днів його життя і закладеного батьками генетичного, життєвого досвіду, досвіду пізнання, «досвіду буття». Завдання шкільного навчання не в плануванні загальної, єдиної та обов'язкової програми розвитку учня, а в допомозі учневі розвиватися як особистості, опираючись на свої індивідуальні здібності та можливості. Завдяки такому підходу до навчання, учень є суб'єктом процесу навчання; а мета навчання – розвиток індивідуальних здібностей учня; засоби, через які реалізується ця мета – виявлення і на цій основі побудова суб'єктивного досвіду учня, його цілеспрямованого зростання в процесі навчання. Реалізація цього завдання потребує психологічного підходу до навчання, через те що тільки він допоможе розробити та організувати спеціальні форми взаємодії учнів, вчителів, батьків. Необхідно створити сприятливі умови для формування особистісного, індивідуального розвитку учнів.

Ряд авторів, таких як В.В. Давидов [50], О.К. Дусавицький [59], М.І. Лісіна [118], Н.О. Менчінська [128], І.С. Якіманська [221] та інші зазначають, що важливе місце в цьому процесі займає самооцінка учня в процесі навчання. Виходячи з самооцінки рівня домагань, ситуативності до потреби творення зі сторони вчителя, необхідно забезпечити учневі можливість самоосвіти та саморозвитку.

Особливе місце О.К. Дусавицький та І.С. Якіманська надають вчителю [59], [222]. Під час діалогу з учнем вчитель обмінюється з ним професійними, особистісними якостями, і тим самим дає учневі оцінку шкалу його вимогам та можливостям. «Це дуже «сильна зброя» в руках вчителя щодо прийомів організації учня.» Ці прийоми роблять процес навчання самостійним, активним, цілеспрямованим. До них, на думку цілого ряду вчених (О.К. Ду-

савицький [59], Д. Б. Ельконін [217], І. С. Якіманська [221]) потрібно, перш за все, віднести прийоми цілепокладання, планування, рефлексії, що створює основу для самоосвіти, самоорганізації учня в навчанні.

Педагогічна діяльність з дітьми з психофункціональними порушеннями вимагає створення кожному учневі умов для розвитку та самореалізації: учню необхідно надати вибір способів виконання (рішення) навчальних завдань. Цим самим знімається страх помилитися, роблячи цей вибір, що створює учню комфортну психологічну атмосферу навчального процесу; навчальний матеріал повинен бути різного змісту (для повної реалізації вищевказаних умов); для активізації творчої діяльності необхідно використовувати нетрадиційні форми занять; під час рішення навчальних завдань необхідно забезпечувати зворотний зв'язок; створити умови, щоб учень міг розповісти, як він організував свою роботу, якими способами користувався, чим йому найбільше всього сподобалось займатись; вчителю необхідно розробити та використати індивідуальні програми навчання, які сприяють розвитку творчого пошуку учнів, розвивають у них творче мислення. Цю роботу необхідно проводити разом зі спеціалістом – психологом; для реалізації цього необхідно організувати заняття в малих групах, використовуючи ігри, тренінги спілкування та ін. Цю роботу необхідно проводити на основі психологічних особливостей кожної дитини; предмет свого пізнання учень повинен вибирати сам. Для цього необхідно створити умови вибору за інтересами. Чим більший вибір, тим більше особистісного прояву в навчальному процесі, тим легше розкрити індивідуальні можливості кожного учня.

Умовами для цього повинне стати створення певного довкілля. Людина з моменту свого народження потрапляє, як відомо, в життєве середовище і знаходиться в ньому в постійній взаємодії; тут вона розвивається, навчається і виховується, тут формується її неповторний індивідуальний склад. Довкілля містить в собі досить широкий спектр параметрів, які впливають на психічний розвиток і функціонування людини, (Р. Г. Баркер [225], П. А. Белл [13], Т. Нийт [140], М. Черноушек [208] і багато інших).

Як зазначають Є. А. Клопота та О. А. Клопота, в умовах інтегрованого навчання незряча дитина адаптується у звичайному середовищі зрячих учнів, в той час, як спеціалізована школа створює штучний клімат, який ускладнює подальшу адаптацію в навчаль-

них та трудових колективах. Аналіз результатів їх дослідження поглядів суспільства на процес інтегрованого навчання осіб з порушеннями зору на Україні показав, що у Запорізькій області суспільство має недостатньо інформації про стан, кількість і потенційні можливості інвалідів, хоча практично всі зустрічалися з такими людьми. Можна спостерігати позитивну тенденцію у поглядах звичайних людей на інвалідів як на людей з дещо обмеженими фізичними можливостями (а не повністю неспроможними). На думку респондентів не втрата зору, а порушення опорно-рухового апарату є найважчою вадою. Однак зазначимо, що більшість респондентів ще не готові до включення незрячих осіб у процес інтегрованого навчання та професійної діяльності. Результати дослідження свідчать про те, що суспільство надає перевагу навчанню незрячих людей у спеціалізованих школах і, навіть ВНЗах, а їх працевлаштування вбачають, переважно, на спеціалізованих підприємствах. Певна частина соціуму зазначає, що незрячі діти повинні навчатися у спеціалізованих класах чи групах звичайних шкіл та ВНЗів. І досить невелика кількість респондентів готова побачити осіб з вадами зору у загальноосвітніх школах та звичайних ВНЗах, припускаючи можливість їх повноцінного навчання поряд і разом з однолітками. Таким чином, питання створення оптимальних умов життєдіяльності, відновлення втраченого контакту з навколишнім світом, психолого-педагогічної реабілітації, соціально-трудової адаптації й інтеграції осіб з вадами зору в суспільство відносяться сьогодні до числа першорядних державних завдань. Але практичне втілення інтегрованого навчання потребує поступового втілення, збереження попереднього досвіду, всебічної розробки нових технологій та урахування вибору батьків і учнів щодо можливостей отримання освіти у загальноосвітніх школах або у школах-інтернатах. Необхідна підготовка учнів і вчителів загальноосвітніх шкіл до адекватного сприйняття незрячих і слабозорих дітей. Важливим для втілення моделі інтегрованого навчання є створення інформаційно-технологічних центрів в усіх містах, жорсткий контроль за виконанням існуючих законів і введення курсу «Основи корекційної педагогіки» для людей із особливими потребами» у ВНЗах України [83].

Загальне кредо більшості напрямків на поняття життєвого середовища формулюється таким чином: «Всі організми знаходяться в складному взаємозв'язку і взаємозалежності з їх оточенням, вна-

слідок чого вони змінюють і змінюються самі». Серед всієї різноманітності проблем з даного питання нас цікавить теорія «синергетики», яку розробили ряд вчених, таких як В. П. Казначеев [74], М. М. Моїсеєв [131], Г. Хакен [202] і багато інших. На відміну від традиційних позитивістськи-зоорієнтованих наукових парадигм, предметом вивчення яких є, в основному, твердо детерміновані явища, які реалізуються в замкнених чи закритих системах, синергетика як науковий напрямок центр уваги переміщує, перш за все, на вивчення системи відкритого типу, провідним принципом існування яких є самоорганізація і саморегуляція, які здійснюються на основі постійної відкритої і активної взаємодії цих систем із зовнішнім середовищем. Другою особливістю саморегулюючих систем, які складають предметну галузь синергетики, є можливість гнучкої недетермінованої ієрархії структурних елементів системи, яка передбачає інформаційну відкритість і високу активність поведінки цієї системи за рахунок безперервної взаємодії з іншою системою чи зовнішнім середовищем (В. П. Казначеев [74], К. Лийт [114]). Такий підхід, з нашої точки зору, найбільш наближений до розуміння дійсної природи та організації психічних явищ в процесі навчання, орієнтованого на особистість.

На думку, професора А. Г. Шевцова, синергетичність побудови реабілітології із своїх міждисциплінарних складових означає, що необхідно отримувати нові якості гуманітарного та антропологічного знання, яких не існує в окремо взятих дисциплінах. Саме ці якісно нові знання вкрай необхідні такому складному суспільному феномену як процес соціальної реабілітації людини з інвалідністю. Системно-синергетичний принцип реабілітації, орієнтує фахівців на сприяння людини – «об'єкту» соціальної реабілітації – не в розумінні «носія» окремих якостей та властивостей, а в розумінні єдиної, цілісної системи, суб'єкта, що знаходиться у стані своєрідного та динамічного розвитку [210].

Зі створенням в школі умов навчання, різноманітних за змістом та формою, кожному учневі дається можливість розкрити себе та самореалізуватися. Різноманітні з середини, але однакові для всіх, школи такого типу мають можливість виявити дійсну індивідуальність учня в школі. Школа стає місцем, де учень пізнає не тільки зовнішній світ, але і самого себе, вчиться керувати собою, оцінювати себе, формується як особистість.

Розвиток особистості учня передбачає максимальну реалізацію його активності, самостійності, ініціативи в процесі навчання. Створення для цього умов – важливе завдання всієї системи безперервного навчання [105,100].

Виходячи з вище окреслених підходів, необхідно наголосити на ключовому компоненті при такого роду педагогічної діяльності як психології спілкування, взаємодії.

Школа є тією психолого-педагогічною умовою в якій суспільство навчає підлітків із фізичними вадами спеціальним знанням та навичкам, стимулює процес інтелектуального та особистісного розвитку, навчає рольовим моделям поведінки і таке інше. Вимоги, що пред'являє шкільна система, є досить складні та більш жорсткі, чим на попередніх етапах життя дитини. Це створює довготривалу соціально-психологічну дезадаптованість, особливо для підлітків із фізичними дефектами, тому потребує спільну роботу вчителів, шкільного психолога та батьків в рамках адаптації їх до нових життєво важливих подій та подальшого цілеспрямованого розвитку особистості [144,367].

В процесі навчання та виховання іноді доводиться корегувати не завжди вдалі стереотипи відношення дорослих до підлітків. З одного боку, для деяких підлітків із фізичними вадами, в силу їх особливостей захворювання та типу сімейного виховання, характерна інфантильність. З іншого – для підлітків дуже важливо визнання оточуючими дорослими можливості самостійно приймати рішення. Психолого-педагогічними аспектами відношення педагогів та батьків до особистості підлітка з фізичними вадами є поперше, прийняття підлітка таким, який він є. Намагатися зрозуміти своєрідність його психічного розвитку, розгледіти його реальні та потенційні можливості, не завищуючи та не занижуючи вимоги до нього. По-друге, толерантність по відношенню до підлітка, яка виражається в терплячості до його своєрідних рис характеру, манер поведінки і таке інше. В даному віці, на перший погляд, негативні риси характеру в подальшому розвитку можуть трансформуватися у позитивні якості особистості, наприклад, впертість у цілеспрямованість. По-третє, підвищена увага до підлітка як особистості. Вбачати в ньому не амбіційну, капризну дитину, а багатогранну формуючу особистість. Дорослі своїми діями повинні дати змогу підлітку усвідомити, що його особистісні якості, вчинки вірно оцінюються, завжди готові їх зрозуміти та у будь-яку мить допо-

могти. Підліток, в силу своєрідності свого віку, не завжди прямо може звернутися за допомогою, тим паче до дорослого, тому треба бути уважними до всіх нюансів його поведінки, реплік, жестів, які несуть інформацію про його суперечливий внутрішній світ. Підвищена увага до підлітка як особистості буде йому прикладом по відношенню до дорослих [144,293].

Проблемою педагогічного спілкування переймаються багато вчених. Початком вивчення проблеми педагогічного спілкування можна вважати дослідження соціальної перцепції О. О. Бодальова, міжособистісних відносин в педагогічному колективі Я. Л. Коломинського, А. В. Петровського, психології праці вчителя Н. В. Кузьміна, А. І. Щербакова. Вивченням структури та особливостей педагогічної комунікації займалися такі вчені, як В. О. Кан-Калік, Г. О. Ковальов, І. С. Кон, С. В. Кондратьєва, Я. Л. Коломинський, О. О. Леонтєв та інші.

В основі професійних якостей вчителя лежать якості особистості, що дозволяють гармонійно взаємодіяти з оточуючими людьми в будь-якій сфері життєдіяльності. На підтвердження цієї думки І. С. Кон відзначав [90], що в образі «ідеального вчителя» у підлітків на перший план виступають індивідуальні людські якості – здібність до розуміння, емоційного відгуку, сердечність, а професійна компетентність на другому. Ці якості не завжди поєднуються в одній особі, звідси диференціація оцінок вчителів та самих відносин з ними учнями.

Характер педагогічного спілкування вчителя, його професійний стиль у системі «вчитель – підліток» певною мірою впливає на емоційний стан учнів. Так у своїх дослідженнях, О. О. Бодальов [21,67] виявив наявність досить стійких залежностей між манерою поведінки, яка притаманна педагогу в спілкуванні з учнями та характером переживань, які при цьому виникають у учнів-підлітків. Так було виявлено, що стан спокійного задоволення та радості частіше виникає у тих учнів, вчителя яких притримуються демократичних принципів в спілкуванні, а пригнічений стан спостерігався у підлітків, вчителя яких в процесі спілкування проявляють авторитарний стиль. Переживання учнями гніву та злості спостерігалось, коли вчителя непослідовні у своїх відносинах з ними.

В останні роки такі поняття як «стиль педагогічного спілкування», «комунікативний потенціал», «комунікативна компетентність вчителя», їх складові, комунікативні здібності вчителя досліджу-

вали Н. Р. Вітюк, В. М. Галузяк, О. М. Коропецька, М. М. Кулеша, С. С. Макаренко, Н. О. Прядко, С. В. Терещук, М. В. Тоба, І. О. Трухін, Ю. В. Уварова та інші.

Ряд причин трудного педагогічного спілкування І. О. Трухін [187,252] вбачає: «По-перше, у вікових відмінностях та негативних особливостях психіки педагогів та учнів – у педагогів з віком може посилюватись консерватизм смаків і суджень, що спричинює брак здатності розуміти дітей у деяких їх проблемах, а для підлітків типовим є «афект неадекватності», сплутаність ідентичності, загальне критиканство до дорослих. По-друге, у особистісних несприятливих рисах педагогів та учнів, а саме агресивність, образливість, грубуватість, егоцентризм, нечулість». Стиль спілкування педагога може ускладнювати взаємодію у системі «вчитель – учень». Вчений [187,269–271] виділяє наступні стилі: авторитарно-монологічний – спілкування з учнями має інформаційно-спонукальний та офіційний характер, звернення до учнів мають форму розпорядження, вимог, зауважень; маніпулятивний – спілкування з учнями має більш авторитарний характер, але їх розпорядження спрямовані на успіх справи і тому не викликають у учнів незадоволення; паралельний – вчителя не дуже цікавить спілкування з учнями, він працює «на науку»; конфліктний – негативістичний тип спілкування з учнями; потураючий – контакти з учнями мають поверховий характер, немає довірливих стосунків, хоча немає й конфронтації; відсторонений – небажання заглиблюватися в педагогічні проблеми учнів.

В. О. Лабунська [106,85], досліджуючи уявлення педагогів різних етнічних груп про суб'єкт трудного спілкування – «учня» виявила, що статус міжетнічних характеристик даного суб'єкта мають такі особливості спілкування: застигла поза, нерухоме обличчя, довгі паузи в мові, невміння співвідносити дії та вчинки людей з якостями їх особистості, прагнення судити про людину за її зовнішністю, байдуже, неприязне, зарозуміле відношення до інших людей (до мене), бажання більше говорити, ніж слухати, звичка партнера перебивати розмову, невміння вийти зі спілкування, вчасно зупинити його та присутність сторонніх осіб. Отже, проблема педагогічного спілкування розглянута вченими досить широко, але в ракурсі взаємовідносин вчителів з підлітками з фізичними вадами та які саме соціально-психологічні характеристики спілкування ускладнюють їх взаємодію досліджено не повною мірою.

Нами було проведено дослідження по виявленню особливостей комунікативних якостей вчителів у системі «вчитель – учень», які мають вихованців із порушеннями опорно-рухового апарату. Це дало змогу розкрити характерні порушення в міжособистісному спілкуванні в системі «вчитель – учень» та дати «портрет партнера спілкування» кожному із учасників процесу спілкування. Спілкування, в тому числі педагогічне, є складним багаторівневим динамічним утворенням. Його характер залежить від багатьох факторів, наприклад таких як, індивідуально-психологічні особливості партнерів, їх вік та стать, соціальна ситуація спілкування, наявність сторонніх осіб і таке інше. Нами було здійснено емпіричне вивчення особливостей спілкування підлітків із фізичними вадами у системі «вчитель – учень». У дослідженні ми використовували тест-опитувальник В. О. Лабунської «Соціально-психологічні характеристики суб'єкта спілкування» [106,66], який виявляє п'ять груп характеристик: експресивно – мовленнєві особливості партнерів; соціально-перцептивні особливості партнерів; відносини – звертання партнерів один до одного; вміння та навички організації взаємодії; вплив на виникнення труднощів спілкування таких факторів як інтенсивність спілкування, кількість партнерів, наявність свідків спілкування, вік, стать, статус. Для складання «портрету трудного партнера», за вимогами методики, бралися до уваги характеристики спілкування, які були оцінені 50 та більше процентами учасників опитування.

У дослідженні брали участь вчителя (у кількості 41 особа) та їх вихованці – діти старшого підліткового віку (у кількості 202 особи) з порушеннями опорно-рухового апарату Запорізької міської асоціації батьків дітей-інвалідів та інвалідів дитинства «Надія» та Хортицького навчально-реабілітаційного багатопрофільного центру м. Запоріжжя.

Кількісний аналіз результатів дослідження соціально-психологічних особливостей спілкування вчителів показав, що в групі психологічних труднощів спілкування, яка розкриває експресивно-мовленнєві особливості партнера 58,5 % опитуваних виокремлює гучну мову учня. У групі, що розкриває соціально-перцептивні особливості партнера по спілкуванню, 56,1 % опитуваних відмітили невміння учня поставити себе на місце іншої людини. 51,2% вчителів у групі характеристик, що розкривають відношення – звертання партнерів один до одного відмітили непри-

язне відношення учня до інших людей (до них). У групі, що розкриває вміння та навички організації взаємодії та групі «умови спілкування» не було виявлено суттєвих труднощів. Якісний аналіз даних результатів показав, що трудний «партнер – учень», з точки зору вчителів, – це особистість, яка в процесі міжособистісної взаємодії не може поставити себе на місце іншого партнера по спілкуванню, неприязно відноситься до нього та досить голосно розмовляє.

Аналіз уявлень учнів старшого підліткового віку про соціально-психологічні характеристики спілкування вчителів, які ускладнюють їх взаємодію показав, що в групі експресивно-мовленнєві особливості партнера та «умови спілкування» психологічних труднощів в спілкуванні не виявлено. У групі, що розкриває соціально-перцептивні особливості партнера по спілкуванню, 52 % учнів відмітили невміння партнера по спілкуванню поставити себе на місце іншого та 55 % невміння співвіднести дії та вчинки людей з їх якостями особистості. До групи, що розкриває вміння та навички організації взаємодії, 61 % опитуваних виділили бажання партнера більше говорити, ніж слухати. У групі «відношення-звертання» 62 % опитуваних зазначили вимогливе відношення партнера по спілкуванню до інших людей. Якісний аналіз даних результатів показав, що трудний «партнер – вчитель», з точки зору учнів – це особистість, яка не вміє поставити себе на місце іншої людини, її дії та вчинки не вміє співвіднести з її якостями особистості, вимогливо відноситься до неї та схильна більше говорити, ніж слухати. Узагальнені результати представлені в табл. 4.1.

Таблиця 4.1.

**Соціально-психологічні характеристики спілкування,
що ускладнюють взаємодію у системі «вчитель – учень»**

№ з/п	Група	Характеристики спілкування	Вчитель	Учень
1	Експресивно-мовленнєва	Гучна мова	+	-
2	Соціально-перцептивна	Невміння поставити себе на місце іншої людини	+	+

		Невміння співвіднести дії та вчинки людини з їх якостями особистості	-	+
3	Відношення – звертання	Вимогливе відношення до інших людей	-	+
		Неприятне відношення до інших людей	+	-
4	Уміння та навички взаємодії	Бажання партнера більше говорити, ніж слухати	-	+

Порівняльний аналіз уявлень про соціально-психологічні характеристики спілкування, які ускладнюють взаємодію у системі «вчитель – учень» показав, що у групі експресивно-мовленневих характеристик тільки в уявленні вчителів труднощі спілкування учнів, проявляються у специфіці їх мовлення, а саме в гучній мові. Це свідчить про наявність у багатьох підлітків мовленневих порушень у зв'язку з характером їх захворювання.

У групі соціально-перцептивних характеристик спілкування уявлення двох груп опитуваних про те, що партнер по спілкуванню не вміє поставити себе на місце іншої людини співпадають. Це свідчить про те, що в процесі міжособистісної взаємодії партнери по спілкуванню стійко займають свою позицію стосовно тих чи інших питань та бажають, в першу чергу, змінити партнера, а не самого себе. Дана характеристика спілкування може ускладнювати та порушувати взаєморозуміння вчителів та учнів.

В уявленні вчителів у групі «відношення – звертання» простежується неприємне відношення учнів в процесі спілкування до інших людей (до них), що є одним із показників суперечливого підліткового віку у вигляді реакції емансипації. Зі сторони учнів проблеми міжособистісного спілкування в їх уявленні проявляються у вимогливому відношенні до інших людей по спілкуванню (вчителів) до інших людей (учнів).

Стосовно групи «Уміння та навички взаємодії» в уявленні вчителів не було виявлено суттєвих труднощів спілкування з учнями. Зі сторони учнів було зазначено бажання вчителів більше говорити, ніж слухати їх, це частково може пояснюватися специфікою професійної діяльності вчителя. Так на підтвердження даних ре-

зультатів І. О. Трухін [187,252] ряд причин трудного педагогічного спілкування вбачає у «діловій» спрямованості педагогічного спілкування – педагог змушений поставати перед учнями насамперед у своїй викладацькій ролі.

У групі «Умови спілкування» суттєвих труднощів в процесі спілкування у системі «вчитель – учень» виявлено не було, як зі сторони вчителів так і зі сторони учнів. Отже, у процесі спілкування в системі «вчитель – учень» труднощі найбільше проявляються у соціально-перцептивній групі та групі «Відношення – звертання» та носять двосторонній характер.

Шляхами подолання даних труднощів в спілкуванні є створення психолого-педагогічних умов для діалогічного спілкування вчителя у системі «вчитель – учень». Саме в побудові діалогічного спілкування бачили сутність виховання видатні педагоги, як В. О. Сухомлинський, Я. Корчак та інші. Формуванню діалогічного спілкування у системі «вчитель – учень» сприяє застосування соціально-активних методів навчання.

В результаті дослідження ми дійшли наступних висновків. Соціально-психологічні характеристики спілкування кожного партнера по спілкуванню, що ускладнюють їх взаємодію у системі «вчитель – учень» були виявлені у кожній з груп, окрім групи «Умови спілкування». Уявлення про соціально-психологічні характеристики спілкування, що ускладнюють взаємодію вчителів та учнів у більшості не співпадають. Тільки уявлення про те, що партнер по спілкуванню не вміє поставити себе на місце іншої людини, співпадають у двох груп опитуваних. Одним із шляхів подолання виявлених соціально-психологічних труднощів спілкування вчителя з учнем є створення психолого-педагогічних умов для діалогічного спілкування.

Створення таких умов складають систему свідомих зв'язків особистості з різними напрямками об'єктивної дійсності. Сучасна психологія розрізняє різні види стосунків, точніше сторін єдиного предметного відношення, які обумовлені багатогранними можливостями людини і багатогранністю об'єктів.

Примітивна стадія розвитку стосунків має ще неференційований характер. Тільки потім, в процесі розвитку вже на рівні несвідомих стосунків, з'являється інша сторона первісного двоєдиного ставлення – емоційне ставлення прихильності, любові, симпатії і їх протиставлень – неприязні, ворожнечі, антипатії. На основі цих

стосунків виникають інші види, які мають свій особливий генетичний початок і виступають у людини завдяки високому розвитку її інтелекта як відносно самостійного утворення. До них перш за все треба віднести інтереси, які привертають особливу увагу педагогів та психологів. Тому ми гадаємо, що спілкування в широкому розумінні слова доцільно розглядати, перш за все, як міжособистісну взаємодію. Ця взаємодія містить внутрішню (взаємовідносини) і зовнішню (власне спілкування) підструктури. Під час цього взаємостосунки – це особистісно значуще, перцептивне, когнітивне і емоційне відображення людьми одне одного, яке являє собою їх внутрішній стан. Спілкування – це не та поведінка, в якій цей стан актуалізується, а це «поведінка», в процесі якої розвиваються, виявляються і формуються міжособистісні стосунки» [124,106].

Аналізуючи поведінку як систему вчинків, вчинок (дія), здійснений вербальними або невербальними засобами, може розглядатися як одиниця спілкування. Саме так можна зрозуміти висловлювання С. Л. Рубінштейна: «Аналіз людської поведінки припускає відкриття підтексту поведінки, того, що людина «мала на увазі» своїм вчинком. Завжди існують ті чи інші стосунки, котрі цей вчинок реалізують», – і це: «Майже усяка людська дія є не тільки технічною операцією стосовно іншої людини, що виражає ставлення до нього» [161,336].

«Розведення» понятійних, внутрішніх, мотиваційно-потребницьких і перцептивно-когнітивних компонентів педагогічної дії (педагогічне ставлення) і зовнішніх, поведінкових, процесуальних його проявів (педагогічне спілкування), створюють умови для розуміння даної проблеми. Очевидно, що у безпосередній педагогічній діяльності внутрішнє і зовнішнє в педагогічній взаємодії виступає як єдине, причому, педагогічне ставлення може реалізуватись по-різному під час педагогічного спілкування.

На можливі неузгодження внутрішнього і зовнішнього в єдиному плані вказував В. М. Мясіцев. «В умовах вільної взаємодії, – писав він, – можуть виявлятися щирі стосунки, але в умовах неволі та залежності однієї людини від іншої стосунки у взаємодії не виявляються, а приховуються та маскуються... У характері взаємодій виявляються стосунки – це зрозуміло, але цей характер залежить не тільки від стосунків, а й від зовнішніх обставин і стану тих, хто взаємодіє» [134,216]. Саме співвідношення внутрішніх установок і поведінкових компонентів лежить в основі суттєвих типологічних

і ситуаційних відмінностей в педагогічній взаємодії. Зовнішні поведінкові виявлення та емоційна моральність різні за параметром узгодження. Тому чітко відзначаються узгоджені та неузгоджені типи. Узгоджені характеризуються тим, що внутрішнє ставлення педагога до дітей виявляється і виражається в адекватних, соціально закріплених за ставленням даного зовнішніх вербальних і невербальних вчинках. Неузгоджені – розходженням внутрішніх і зовнішніх складників педагогічної взаємодії. На основі цього Я. Л. Коломінський розрізняє чотири типи вчителів: узгоджений позитивний, узгоджений негативний, неузгоджений позитивно-негативний (маючи внутрішнє позитивне емоційне ставлення до вихованців, педагог виявляє «жорсткі», «холодні», «дидактичні», «заперечні» форми спілкування) та негативно-позитивний (маючи внутрішнє негативне ставлення викладач демонструє «м'які», «теплі», «позитивні» форми спілкування [88,38].

Особлива проблема вивчення в системі «викладач-учень» – питання про схожість понять «міжособова взаємодія» та «педагогічна взаємодія». У зв'язку з цим необхідно сказати, що М. І. Лісіна вважає [118,25] необхідним розрізнити передбачене викладацьке з'ясування, що означає такі вербальні та невербальні акти поведінки викладача, котрі усвідомлюються ним як захід виховної взаємодії. І навпаки, під ненавмисним педагогічним спілкуванням розуміються такі акти поведінки викладача, котрі він будує та сприймає не як захід діяльності. Саме у таких ненавмисних актах знаходиться справжній стиль педагогічного спілкування.

Педагогічна взаємодія спрямована, головним чином, на вивчення усвідомлених процесів професійного спілкування викладача з учнями на уроці та після нього (в процесі навчання та виховання). При цьому воно спрямоване на створення сприятливого психологічного клімату, а також іншого роду психологічну оптимізацію навчальної діяльності і стосунки між педагогами і учнями. Тут допускається цілеспрямований вплив на учнів. Важливо розрізнити неусвідомлену підструктуру в педагогічній взаємодії, що виводить на такі малодосліджені поняття як педагогічна інтуїція, педагогічний талант тощо.

Необхідно виділити структуру такої взаємодії, складовими елементами якої є педагогічний колектив (вчителі) і учнівський колектив (учні) з одного боку, батьки, сім'я учнів з іншого. Важливим елементом є і соціальне середовище.

Педагогічна діяльність з дітьми з обмеженими можливостями спрямована на загальне особистісне зростання дитини. Важливою умовою цього є наявність у вчителів, поряд з основними знаннями предмету, педагогічної майстерності, готовності приймати себе та інших, емпатії, відвертості, позитивного самосприйняття, відсутності невпевненості в собі. Все це, як підкреслюють Р. Бернс, К. Блага, М. Шебек [14], [18], зумовлює стійкість форм поведінки вчителя, яка може бути як адекватною, так і неадекватною з точки зору тих обов'язків, які він повинен виконувати, які безпосередньо пов'язані з внутрішнім світом особистості, з формуванням «Я-концепції», з трансформаційним узагальненням смислових установок і ціннісних орієнтацій педагога у процес спрямованості на навчання.

Для цілісного розуміння проблеми психологічної готовності педагога до педагогічної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями ми розглядаємо цей процес як триаду, яка містить в собі наступні основні елементи: «вчитель», «учень» і «процес навчання», де діяльність вчителя та учня достатньо повно можна розкрити через Я-концепцію та смислові установки, ціннісні орієнтації суб'єкта.

У багатьох психологічних теоріях «Я-концепція» є одним із центральних понять. Разом з тим, ще не існує ні її універсального визначення, ні єдності в теорії. Терміни, які одні автори вживають для визначення Я-концепції в цілому, інші використовують для позначення її окремих елементів. Ми в своїй роботі беремо за основу схему, запропоновану для розгляду Я-концепції Р. Бернсом [14,62]. Ця схема, з одного боку, відображає структуру Я-концепції, а з іншого розглядає термінологію, яка зустрічається на сторінках психологічної літератури, присвяченої Я-концепції.

За Р. Бернсом Я-концепція представлена у вигляді ієрархічної структури [14,16]. На її вершині розташовується глобальна Я-концепція, яка вміщує всі грані індивідуальної самосвідомості. Це струмок свідомості, про який писав Р. Джемс, або почуття особистої послідовності та неповторності. У ньому виділяються два елементи: Я-усвідомлююче та Я як об'єкт. Ці розмежування умовні, і становлять лише семантичну модель. В реальному житті елементи ці настільки сильні, що створюють єдине, практично нероздільне ціле.

За визначенням Р. Бернса глобальне Я – це центр особистості, його можна назвати послон внутрішнього боку особистості. Воно представляє душевні процеси, почуття, бажання, мету та інше. Глобальне Я включає всі пізнавальні, емоційні вольові функції та одночасно має свій образ світу, а також образ себе та саморозуміння [14,26].

Образ себе, саморозуміння як образ світу та поняття світу – результат пізнавальної, практичної та творчої діяльності людини. Структуру глобального Я можна представити так: 1. Процесуальне Я. 2. Структурне Я. 3. Образ світу та розуміння його. Всі складові глобального Я функціонально взаємопов'язані, на що і вказує Карел Блага [18,9–11]. Процесуальне Я сприймає, мислить, фантазує, забуває, згадує, вибирає та приймає рішення, діє, вчиться, здійснює контроль, щось підсилює, від чогось відмовляється, висловлює міркування про цінності. Це центр хвилювання, переживання та усвідомлення, це внутрішній простір, в якому ми застосовуємо наш повсякденний досвід.

Процесуальне Я діє, коли ми прокидаємося, діємо та засинаємо. Процесуальне Я кожної окремої миті «охороняє» кордон між глобальним Я та не-Я, між суб'єктом та іншими суб'єктами, встановлює кордон між свідомістю та несвідомістю. Процесуальне Я опосередковує виникнення та розвиток внутрішнього.

Кожна складова становить собою певну відповідно обмежену тематику життєвих уявлень і її можна виразити як судження про себе, наприклад: «Я вмю, я пізнаю», «У мене є (я маю)», «Яким я хочу бути» та інші. Кожна окрема складова в онтогенетичному розвитку виникає поступово. Перш за все, утворюється основна вісь «Я є». Потім на неї можуть спиратися виникаючі слідком утворення. Кожне окреме утворення робить складний шлях розвитку, встановлюється структурна ієрархія. Кожна нова складова вміщує багато мізерних часток, і становить певну підтему життєвих уявлень, поєднання яких і формує її. Необхідно уточнити ще раз, що дрібні будівельні частини складаються із багатьох уявлень, думок, які тримаються в пам'яті.

Ці почуття, як підкреслює ряд вчених, а саме: О. О. Бодалев [21], Д. Джампольский [52], І. С. Кон [90], М. А. Робер [157], І. Т. Фролов [199] та інші, стосуються тієї чи іншої частини глобального Я, або ж глобального Я в цілому. В результаті виникає високе чи навпаки, низьке самопізнання або самоповага. Під самоповагою ми розуміє-

мо відповідно стійке ставлення до загального (глобального) Я. Під самооцінкою розуміємо чуттєво забарвлене ставлення до себе в різних конкретних ситуаціях і різних видах діяльності. Самооцінка може змінитися після досягненого успіху або невдачі, тобто вона може змінюватися від ситуації до ситуації, в той час як самоповага залишається відносно стійкою і синтезує багато минулих та теперішніх самооцінюваних моментів.

Самоповага, як відмічає Карел Блага [18,14], будується з окремих конкретних самооцінок та оцінок індивіду іншими людьми. В шкільні роки в учнів вона значною мірою залежить від зовнішніх оцінок, самооцінки та конкретних успіхів у тому чи іншому виді діяльності. Протягом онтогенезу розвивається певна автономія самоповаги, зменшується її залежність від окремих успіхів або невдач та від конкретних самооцінок в різних галузях людської діяльності. Переживання від невдачі – це захист від того, що загрожує самоповазі. Як відзначає Карел Блага [18,37], збереження позитивної самоповаги, всупереч особистим недолікам, – складова частина процесу, цілісність особистості, яка забезпечує потрібне регулювання діяльності та ставлення до неї, що дуже важливо для вчителя.

Образ свого Я та самопізнання є те ж саме, що свідомість. Окремі сторони свого Я та саморозуміння можуть «виходити» з неї. Причому здатність входження в свідомість у різних сторін структурного Я різна. Деякі з них залишаються в області невідомого, як зазначає З. Фрейд [198,178], але їх прояв можна знайти в поведінці людини, в його фантазіях, в жестах, в силі голосу та інше.

Розділяти результат та процес ми можемо тільки в понятійному плані; у психологічному плані вони існують разом. Так само, образ Я та самооцінка піддаються лише умовному концептуальному розрізненню, через те що в психологічному плані вони нерозривно пов'язані. Образ та оцінка свого Я зумовлюють індивіда до певної поведінки; тому глобальну Я-концепцію ми можемо розглядати як сукупність установок індивіда, спрямованих на самого себе. Але ці установки можуть мати різні ракурси або модальності. Як підкреслює Р. Бернс [14,62], існує три основні модальності самоустановок:

1. Реальні Я-установки, пов'язані з тим, як індивід сприймає свої актуальні здібності, ролі, свій актуальний статус, тобто з його уявленням про те, який він є насправді.

2. Дзеркальні (соціальні) Я-установки, зв'язані з уявленням індивіду про те, як його бачать інші.

3. Ідеальні Я-установки, зв'язані з уявленням індивіду про те, яким він хотів би стати.

Ці уявлення бувають відірвані від дійсності. Як показала Р. Хорні [195,69], велике розходження між дійсним та ідеальним Я нерідко веде до депресії, зумовленої недосягненням ідеалу. Допомогти людині відмовитися від нездійснених мрій, продиктованих ідеальним Я, дуже відірваних від дійсності є, на її думку, одним з найбільших полегшень, яких може досягти людина. Олпорт вважав, що ідеальне Я відображає мету, яку індивід пов'язує із своїм майбутнім. Комос та Соупер [184,32] і розглядають ідеальне Я як образ людини, яким індивід хоче або може стати, тобто як набір рис особистості, які необхідні, з її точки зору, для досягнення адекватності, а інколи і суперництва. Багато авторів пов'язують ідеальне Я з засвоєнням культурних ідеалів, уявлень та норм поведінки, які стають особистими ідеалами, завдяки механізмам соціального підкріплення. Такі ідеали властиві всякому індивіду. Логічно з сказаного вище зробити висновок, що Я-концепція – є сукупність всіх уявлень індивіда про себе разом з їх оцінкою. Описову складову Я-концепції часто називають образом Я, або картиною Я. Складову, пов'язану зі ставленням до себе або окремої своєї якості і, називають прийняттям себе. Я-концепція, в дійсності, визначає не просто те, що собою являє індивід, але і те, що він про себе думає, як дивиться на свою активність та можливість розвитку в майбутньому. Виділення описового та оцінного складників дозволяють розглядати Я-концепцію як сукупність установок, спрямованих до самого себе. В більшості літературних джерел при визначенні установок підкреслюються три головні елементи:

1. Позитивна складова установки. Твердження, яке може бути як обґрунтованим, так і необґрунтованим.

2. Емоційно-оцінна складова. Емоційне ставлення до цього твердження.

3. Поведінкова складова. Відповідна реакція, яка, зокрема, може виявлятися в поведінці.

Застосовуючи до Я-концепцій ці три елементи установки, можна конкретизувати це таким чином (на що вказує Т. Р. Боуер [179], Л. Колеман [214], Л. Маслов [247], Р. Сімонс [237], Д. О. Стевенс [238] та інші):

1. Образ Я – уявлення індивіда про самого себе.

2. Самооцінка – ефективна оцінка цього уявлення, яке може бути різної інтенсивності, оскільки конкретні риси образу Я можуть викликати більш або менш сильні емоції, пов'язані з їх прийняттям або осудом.

3. Потенційна поведінкова реакція, тобто ті конкретні дії, які можуть бути викликані образом Я та самооцінкою.

Предметом самосприйняття та самооцінки індивіда можуть, зокрема, стати його тіло, його здібності, його соціальні стосунки та безліч інших особистих проявів, внесок яких в Я-концепцію дуже значний.

Оцінна складова Я-концепції – це якості, які ми надаємо власній особистості. Далеко не завжди вони є об'єктивними, і, цілком ймовірно, з ними не завжди готові погодитися інші люди. Можливо, лише вік, стать, зріст, професія, та деякі інші дані, що володіють достатньою безперечністю, не викличуть незгоди. Взагалі, в намаганнях, спробах себе охарактеризувати, як правило, присутній сильний особистістний, оцінний момент, інакше кажучи, Я-концепція – це не тільки констатація, опис рис своєї особистості, але й вся сукупність їх оцінних характеристик і пов'язаних з ними переживань.

Людина засвоює оцінну суть різних характеристик, присутніх в його Я-концепції. Під час цього засвоєння нових оцінок може змінювати значення засвоєних раніше. Як зазначає Р. Бернс [14,66], термін «образ Я» або ж Я, які часто вживаються в літературі як синоніми Я-концепції, недостатньо передають динамічний, оцінний, емоційний характер уявлень індивіда про себе. Деякі віддають перевагу застосуванню їх для позначення лише першої складової Я-концепції. Щоб підкреслити наявність іншої (другої), оцінної складової, більшість авторів звертається до терміну «самооцінка».

Так, С. Куперсміт [234,87] називає самооцінкою ставлення індивіда до себе, яке складається поступово і набуває звичного характеру, воно виявляється як схвалення або несхвалення, ступінь якого визначає впевненість індивіда в своїй самоцінності, значущості. Таким чином, самооцінка – це особистісне судження, міркування про свою цінність, яке відбивається в установках, властивих індивіду. Приблизно так само визначає самооцінку і В. С. Ротенберг [251,109], для нього це позитивна або ж негативна установка, спря-

мована на специфічний об'єкт, що має назву Я. Таким чином, самооцінка відображає міру розвитку у індивіда почуття самоповаги, відчуття власної цінності та позитивного відношення до всього, що міститься в сфері Я. Тому низька самооцінка припускає неприйняття себе, самозаперечення, негативне ставлення до своєї особистості.

Будь-яка спроба себе охарактеризувати вміщує оцінний елемент, що визначається загальноновизнаними нормами, критеріями та цілями, уявленням про рівні досягнень, нормативними принципами, правилами поведінки, тощо. Р. Бернс [14,106], висуває три елементи, суттєві для розуміння самооцінки. По-перше, важливу роль в її формуванні відіграє співставлення образу реального Я з образом ідеального Я, тобто з уявленням про те, якою людиною хотіла б бути. Це співставлення часто фігурує в різних психотерапевтичних методиках, під час цього високий рівень співпадання реального Я з ідеальним вважається важливим показником психічного здоров'я. В класичній концепції В. Джемса [240,32] уявлення про актуалізацію ідеального Я покладене в основу поняття, розуміння самооцінки, яке визначається як математичне співставлення реальних досягнень індивіда до його вимог і той, хто досягає реально характеристик ідеального Я, той повинен мати високу самооцінку. Якби людина відчувала розрив між цими характеристиками та реальністю своїх досягнень, її самооцінка, цілком ймовірно, була б значно нижчою.

Наступний факт, важливий для формування самооцінки, пов'язаний з інтеріорізацією соціальних реакцій на даного індивіда, інакше кажучи, людина схильна оцінювати себе так, як, на її думку, її оцінюють інші. Такий підхід до розуміння самооцінки був сформульований та розвинутий в працях К. Кулі [233] та С. Міда [248].

Зрештою, ще один погляд (В. В. Пуркея [250,17]) на природу та формування самооцінки полягає в тому, що індивід оцінює успішність своїх дій та проявів через призму своєї (власної) ідентичності, індивід відчуває задоволення не від того, що він просто щось робить добре, а від того, що він обрав певне, і саме це він робить добре. В цілому люди докладають великих зусиль для того, щоб з найбільшим успіхом «вписатися» в структуру суспільства.

Необхідно підкреслити, що самооцінка, незалежно від того, чи є в її основі власні судження індивіда про себе чи інтерпретації

суджень інших людей, індивідуальні ідеали чи культурно задані стандарти, завжди має суб'єктивний характер.

Дані практики та літературних досліджень переконують нас в тому, що мотиваційні та настановчі структури є для людського Я справді всюдисущими. Тому можна відзначити, що в Я-концепції фіксується не тільки її позитивна складова, але й емоційно-оцінна та потенційно-поведінкова. Таким чином, Я-концепцію необхідно розглядати як динамічну сукупність властивих кожній особистості настанов, спрямованих на саму особистість [14,37].

Позитивна Я-концепція ґрунтується на позитивному ставленні до себе, самоповазі, усвідомленні себе та власної цінності; складовими негативної Я-концепції є негативне ставлення до себе, несприйняття себе, відчуття своєї неповноцінності. Саме таке трактування ми будемо використовувати в своїй роботі.

Отож, третій елемент, що визначає установку – поведінкова складова. Це відповідна реакція, яка, зокрема, може проявлятися в поведінці. Той факт, що люди не завжди поведуть себе у відповідності з своїми переконаннями, є добре відомим. Нерідко прямий, безпосередній прояв установки в поведінці модифікується або ж зовсім стримується завдяки його соціальному неприйняттю, моральним сумнівам індивіда або ж його страху перед можливими наслідками. Будь-яка установка – це емоційно забарвлене переконання, що пов'язане з певним об'єктом.

Особливість Я-концепції як комплексу установок полягає в тому, що об'єктом, в даному випадку, є сам носій установок. Таким чином, на формування Я-концепції значний вплив мають установки особистості. Як відзначає Д. М. Узнадзе [194,101], установки – це експозиції суб'єкта, які на першому етапі носять попередній характер (попередні експозиції), але потім в процесі повторної пропозиції їх у суб'єкта спрацьовує якийсь внутрішній стан, який готує його до сприйняття подальших експозицій. Я-концепція формується під впливом різноманітних зовнішніх впливів (дій) та установок, які випробовує індивід. Особливо важливими є для нього контакти із значущими іншими, які, по суті, і визначають уявлення індивіда про самого себе. У цьому контексті необхідно звернутися до поняття диспозиції особистості з позиції діяльнісного підходу, розробленого В. О. Ядовим [218,74]. Головна ідея полягає в тому, що людині притаманні складні системи різних диспозиційних утворень, які регулюють її поведінку і діяльність. Ці диспозиційні утворення

ієрархічно, тобто в системі, можна позначити як більш низькі і більш високі їх рівні. Визначення цих рівнів диспозиційної регуляції соціальної поведінки особистості відбувається на основі схеми, яку запропонував в свій час Д. М. Узнадзе, а саме на основі того розуміння установки, яка з'являється завжди при наявності певної потреби з одного боку, і ситуації задоволення цієї потреби – з другого боку. Хоча визначені Д. М. Узнадзе установки виникали під час «зустрічі» лише елементарних людських потреб і нескладних ситуацій їх задоволення [193,140]. В. О. Ядов визначає ієрархію форм діяльності на основі розширення меж активності особистості, які відповідають розширенню її потреб [218,74].

Якщо розглядати ієрархію рівнів різних диспозиційних утворень з позиції схеми Д. М. Узнадзе, то логічно позначити відповідну диспозицію на перехресті кожного рівня потреб, ситуацій їх задоволення. В. О. Ядов [218, 97] виділяє 4 рівні диспозицій:

Перший рівень складають елементарні фіксовані установки, які формуються на основі вітальних потреб, в простих ситуаціях (за схемою В. О. Ядова – в умовах сімейного оточення і найбільш низьких «предметних ситуаціях»). Цей рівень диспозиції можна позначити як «установка». Фіксована установка – установка, яка виникає після ряду спеціальних «фіксуєчих» досвідів, де вирішальну роль відіграє не те, що специфічне для умов кожного з них, а що-небудь інше, характерне для них. Вирішальне значення в цьому процесі мають наші попередні експозиції.

У школі Узнадзе виділяє ще й так звані первісні установки. Вони виникають під час зустрічі деякої потреби, яка є у суб'єкта, з одного боку, і ситуації задоволення цієї потреби – з другого. Як правило, достатньо однієї зустрічі, щоб виникла установка – спрямованість поведінки на якийсь певний об'єкт.

Другий рівень – це найбільш складні диспозиції, які формуються на основі потреб людини в спілкуванні, яке відбувається в малій групі, і відповідно в тих ситуаціях, які пов'язані з діяльністю в цій групі. У цьому випадку регулятивна роль диспозиції полягає в тому, що особистість уже виробила деяке певне ставлення до тих соціальних об'єктів, які введені в діяльність на певному рівні. Диспозиція такого роду відповідає соціально фіксованій установці, або аттитюду, що відповідає цьому рівню логічного виділення «аттитюда на об'єкт» і «аттитюда на ситуацію», запропонованих

Н. Рокичем [158,74]. Аттitud є порівняно елементарною фіксованою установкою і має когнітивний, афективний і поведінковий компоненти.

Третій рівень має справу з такими диспозиціями, в яких фіксується загальна спрямованість інтересів особистості відносно конкретної сфери соціальної активності. Диспозиції такого роду формуються в тих сферах діяльності, де особистість задовольняє свою потребу в активності, проявленій як конкретна «робота», конкретна область дозвілля та інше. На цьому рівні диспозицією є загальна спрямованість інтересів особистості (або базові соціальні установки), яка пояснює сконцентрованість особистості на якійсь сфері діяльності, її ставлення до цієї сфери. Також, як і аттitudи, базові соціальні установки мають 3-х компонентну структуру.

Четвертий, вищий рівень диспозицій, утворює систему цінностей особистості. Особливо важливе місце в цій структурі займають ціннісні орієнтації. Так, поняття ціннісні орієнтації тлумачаться як:

- ідеологічна, політична, моральна, естетична й інші основи оцінок суб'єктом навколишньої дійсності і орієнтації в ній;
- спосіб диференціації об'єктів індивідом за їх значущістю [218,441].

Обидва ці напрямки будуть використані як основні для розкриття діяльнісного розуміння особистості. Цей процес може відбуватися як в умовах стихійного впливу на особистість різних обставин життя в суспільстві, які іноді мають характер різнонаправлених факторів, так і в умовах виховання, тобто цілеспрямованого формування особистості. Через ціннісні орієнтації відбувається самоактуалізація Я-концепції особистості і виявляється в цілях, ідеалах, переконаннях, інтересах та інших її формах.

Людина постійно прилучена до різноманітної діяльності та здійснює ту або іншу поведінку. З метою аналізу та розуміння чинників людської поведінки ми зупинимось на теорії самодетермінації та внутрішньої мотивації Л. Едварда, Дісі та Річардом М. Руаяном [237]. Сам термін «мотивація» був введений психологами для відповіді на запитання чому або заради чого виконується певна діяльність.

Поведінку людини можна охарактеризувати з різних боків. В процесуальному плані певний поведінковий акт має початок, протікання та завершення. Він може бути охарактеризований з точ-

ки зору інтенсивності та спрямованості. Як вказують К. Н. Кофер [230,10], Н. Чикзентмихалі, [235,19], в більшості мотиваційних теорій аналізуються три основні параметри поведінкової активності: ініціація, інтенсивність та спрямованість. Мотиваційна поведінка є результатом дії двох факторів: особистого та ситуативного. Під особистим фактором розуміють мотиваційні диспозиції особистості (потреби, мотиви, установки, цінності), а під ситуативним – зовнішні, оточуючі людину умови (поведінка інших людей, стосунки, оцінки, реакція оточуючих, фізичні умови). Треба відзначити, що коли йдеться про зовнішні фактори, то аналізуються перш за все не об'єктивні параметри середовища, а оцінки та інтерпретації особистістю контекстуальних аспектів своєї поведінки, тобто суб'єктивне відображення об'єктивних умов та значення, якого вона цим умовам надає.

Людина поводить себе відповідно до того, як вона оцінює навколишню дійсність. Роль мотиваційних диспозицій зводиться не скільки до прямої детермінації, стільки до участі у формуванні позитивних оцінних схем, за допомогою яких людина інтерпретує ситуацію. Наступні дії є результатом цієї інтерпретації. Більшість психологів погоджуються з виділенням двох типів мотивації або двох типів поведінки: зовнішньої та внутрішньої.

Зовнішня мотивація – конструкт для опису детермінації поведінки в тих ситуаціях, коли фактори, які його ініціюють та регулюють, знаходяться за Я-особистістю або за поведінкою. Достатньо ініціюючому та регулюючому фактору стати зовнішнім, як вся мотивація набуває зовнішнього характеру.

Внутрішня мотивація – конструкт, який описує такий тип детермінації поведінки, коли ініціюючі та регулюючі фактори проходять в середині особистого Я і повністю знаходяться в середині самої поведінки.

Внутрішні мотиваційні дії не мають винагород, окрім самої активності. Люди займаються цією діяльністю заради неї самої, а не для досягнення яких-небудь внутрішніх винагород.

Така діяльність є самоціллю, а не засобом для досягнення якоїсь іншої мети, як стверджує Є. Л. Дісі [238,23]. У зв'язку зі сказаним вище зупинимося на законі ефекту Л. Грондайна. Цей закон проголошує, що привабливі наслідки поведінки впливають на частотність ініціації поведінкових актів, які приводять до цих наслідків. Поведінка, яка призводить до позитивних наслідків, має тенденцію

до повторення, тоді як поведінка, яка призводить до негативних наслідків, має тенденцію до завершення. Для пояснення регуляції поведінки ці ідеї були використані Б. Ф. Скіннером [253].

Другим варіантом теорії зовнішньої мотивації є теорія валентності – очікування інструментальності. Даний тип теорії побудований на двох фундаментальних умовах людської поведінки, які в психології почали вживатися після робіт К. Левіна [245] та Е. К. Толмена [257]. Перша умова полягає в тому, що для того, щоб бути мотивованою в певному виді поведінки, особистість повинна переконатися, що існує прямий зв'язок між здійсненою поведінкою та її наслідками. Ця суб'єктивна впевненість одержала назву «очікувана інструментальність». Друга умова: наслідки поведінки повинні бути емоційно суттєвими для індивіда, повинні мати для неї певні цінності. Ця афективна привабливість одержала назву «валентність».

Якщо наслідки поведінки незначні для індивіда, то він буде відчувати інтенції від їх виконання. Також, якщо людина буде впевнена, що поведінка ніяк не зв'язана з її результатом, то мотивації до виконання не буде. Висока мотивація згідно з даним підходом буде тільки тоді, коли людина переконається, що бажані для неї наслідки є прямим результатом її поведінки. У рамках даної парадигми створені відомі мотиваційні теорії Л. М. Аткинсона [224] та Н. Кафке [228].

Ця група теорій належить до зовнішніх, тому що провідним регулюючим фактором є валентність зовнішніх, стосовно поведінки, наслідків та зв'язок між поведінкою та цими наслідками. Логічно проаналізувати теорії внутрішньої мотивації. Термін «внутрішня мотивація» вперше був введений Ф. Харлоу [241, 209–294]. У книзі «Динаміка поведінки», яка стала результатом ідей, вперше викладених Р. К. Вудвортсом [258, 11], – людина, як стверджує Р. К. Вудвортс, народжується з активною тенденцією засвоїти світ за допомогою поведінки. Маємо на увазі поведінку як постійний потік активності для ефективної взаємодії з довкіллям. Задоволення спонукання припиняє цю активність для того, щоб забезпечити організм необхідною енергією.

Найбільш позитивний вплив як на пізнавальні процеси, так і на особистість в цілому має внутрішня мотивація. Внутрішня мотивація може мати перевагу під час вирішення різних завдань. Для пояснення «внутрішньої мотивації» необхідно звернутися до ідей

Ф. Хайдера [242] та Р. де Чармса [236]. Треба помітити конструкти: «зовнішній/внутрішній локус контролю», введені Д. Ротгером [252,1–28], «зовнішній/внутрішній локус каузальності» (причинності). Локус контролю відображає точку зору докладання зусиль, що контролюють результат поведінки. Результати можуть бути під контролем або поведінкою (внутрішній локус контролю), або оточуючих сил (зовнішній локус контролю). Локус каузальності відображає точку докладання зусиль, детермінуючих саму поведінку. Вперше це поняття ввів Ф. Хайдер [242,53] та використав його для аналізу причин поведінки індивіда під час міжособової взаємодії. Р. де Чармс [236,269] розширив його застосування на область мотивації. «Первинною мотиваційною передумовою» є прагнення ефективно взаємодіяти з оточуючими. Людина прагне до того, щоб бути першопричиною, джерелом своєї поведінки, вона прагне до особистої каузальності. Далі, аналізуючи психологічну природу внутрішньої та зовнішньої мотивації, Р. де Чармс [236,328] використовує конструкт «локус каузальності». «Як тільки особистість починає сприймати причини своєї поведінки як зовнішні стосовно неї самої, то її активність є зовні вмотивованою». Е. Л. Дісі [238,62] сформулював основні положення своєї теорії так: зовнішні фактори, пов'язані з регуляцією поведінки, будуть впливати на внутрішню мотивацію особистості настільки, наскільки вони змінюють локус каузальності поведінки. Ті фактори, які сприяють екстерналізації локусу каузальності будуть пригнічувати (притисняти) внутрішню мотивацію, тоді як ті, які сприяють її інтерналізації, будуть її підвищувати. Зовнішні фактори будуть впливати на внутрішню мотивацію особистості під час виконання діяльності з оптимальними труднощами в тій мірі, в якій вони будуть впливати на почуття компетентності, за умови, що ця діяльність самодетермінована. Ті фактори, які сприяють підвищенню почуття компетентності, позитивно впливають на внутрішню мотивацію, тоді як ті, які знижують його, надають внутрішній мотивації негативного впливу [238, 63].

Як відзначає В. П. Чірков [253,129], будь-який фактор навколишнього середовища, пов'язаний з ініціацією та регуляцією поведінки людини, має два аспекти: контролюючий та інформуючий. Дія зовнішнього стимулу (схвалення, осудження, зворотнього зв'язку і тому подібне), який сприймається об'єктом як прагнення змусити його до початку, продовження, підсилення зміни напрям-

ку або припинення поведінки, називається контролюванням. Застосування зовнішніх ідей, які сприймаються суб'єктом не як примус до певної поведінки, а оцінюється як прагнення проінформувати його про умови і наслідки поведінки, про процес його виконання, рівні успішності, ступені компетентності та майстерності, називається інформуванням.

Аналізуючи сказане, можна зробити висновки: 1. Наявність наміру, інтенції до виконання діяльності є головною ознакою мотиваційної поведінки людини. В залежності від сприйняття людина може знаходитися в одному з трьох мотиваційних станів: стан зовнішньої мотивації або стан амотивації. Стан внутрішньої мотивації, опосередкований потребами в самодетермінації, які є одними з провідних психологічних потреб Я людини. У зв'язку з цим людина відчуває, що вона є дійсною причиною поведінки. Стан внутрішньої мотивації обумовлений зовнішніми причинами стосовно Я. Вони спрямовані на регуляцію поведінки людини. В такому стані людина сприймає причини своєї поведінки як зовнішні, нав'язані зовні. У цьому стані людина може сприймати себе компетентною та ефективною, але це почуття не буде сприяти внутрішній мотивації. 2. Будь-яка подія, повідомлення, комунікація, тобто будь-який стимул, на який людина наражається під час діяльності, може мати для неї контролююче та інформуюче значення. Контролюючими є такі стимули, які сприймаються, як примус думати, відчувати або вести себе певним чином, інформуючими є такі стимули, які не сприймаються як надання свободи вибору, можливості самовизначення.

Методологічні основи психологічного підходу до проблеми самовизначення були закладені С. Л. Рубінштейном [161,359]. Проблема самовизначення розглядалась ним у контексті проблеми детермінації в світлі висунутого ним принципу – зовнішні чинники діють, переломлюючись через внутрішні умови. Теза, згідно з якою зовнішні чинники діють через внутрішні умови так, що ефект дії залежить від внутрішніх властивостей об'єкту, означає, по суті, що всяка детермінація необхідна як детермінація інших, зовнішніх, і як самовизначення (визначення внутрішніх властивостей об'єкту). У цьому контексті самовизначення виступає як самодетермінація на відміну від зовнішньої детермінації; на відміну від зовнішньої детермінації у понятті самовизначення, таким чином, виражається активна природа «внутрішніх умов», через які переламуються зо-

внішні діяння (впливи): «Насправді самовизначення й визначення іншим, зовнішнім існує ієрархія цих відносин, в якій вищим рівнем виступає самовизначення на рівні істот, які мають свідомість» [161,358]. Стосовно цього рівня – рівня людини – у розумінні самовизначення С. Л. Рубінштейном виражається суть, значення принципу детермінізму – «зміст його полягає у вираженні ролі внутрішнього моменту самовизначення, вірності собі в неодноразовому підпорядковуванні зовнішньому [161,282]. Більш того, сама «специфіка людського існування полягає у ступені співвідношення самовизначення і визначення іншим (умовами, обставинами), в характері самовизначення в зв'язку з наявністю у людини свідомості і дії» [161,260].

Підхід С. Л. Рубінштейна розвиває у своїх працях К. О. Абульханова-Славська [1]. Для неї, як і для С. Л. Рубінштейна, центральним моментом самовизначення є самодетермінація, власна активність, усвідомлене прагнення зайняти певну позицію.

Спроба побудови спільного підходу до самовизначення особистості в суспільстві була здійснена В. Ф. Сафіним та Г. П. Ніковим [164,65–73]. Вони починають з характеристики «самовизначеної особистості», яка для них є синонімом «соціально дозрілої» особистості. І основну її характеристику вони вбачають в дотриманні норм, існуючих у суспільстві та в орієнтуванні на певні групові, колективні та суспільні цінності.

У віковому аспекті проблема самовизначення найбільш повно була розглянута Л. І. Божовичем [22]. Характеризуючи соціальну ситуацію розвитку школярів, вона зазначає, що вибір життєвого шляху, самовизначення, є афективним центром їх життєвої ситуації. Підкреслюючи важливість самовизначення, Л. І. Божович не дає його однозначного визначення; це «вибір майбутнього шляху, необхідність знайти своє місце в роботі, в суспільстві, в житті» [22,380], «пошук мети та смислу свого існування» [22,381], «необхідність знати своє місце в спільному потоці життя» [22,388]. Певне, найбільш повним є визначення самовизначення як потреби злити в єдину смислову систему узагальнені уявлення про світ і узагальнені уявлення про себе самого та, таким чином, знайти і визначити смисл власного існування.

Для того, щоб стала зрозумілою психологічна сутність самовизначення, М. Р. Гінзбург розглядає в розвинутій, розгорнутій формі

такі його характеристики: зв'язок самовизначення з цінностями; потреба в самовизначенні як потреба у формуванні певної смислової системи, в якій центральним моментом є уява про смисл власного життя; спрямування у майбутнє [41,19–26]. Практично кожна з цих характеристик розглядається як самостійний предмет і у психологічних, і у філософських роботах.

П. Гереманн [38,46] вказав на принципову різницю у природі елементів уяви людини про своє майбутнє, в якому наявна і різниця в їх функції. Він розрізняє в складі життєвого плану два типи мети: кінцеві (ідеальні) та допоміжні (реальні, конкретні). Кінцева мета вміщує ідеали, зрозумілі як цінності. Ця мета стабільна. Реальна ж мета характеризується конкретністю і досяжністю, які можуть змінюватись в залежності від успіхів та невдач. Таким чином, П. Гереманн прямо вказує на зв'язок життєвого плану з цінностями.

Цінність містить в собі один з основних механізмів взаємодії особи і громади, особи і культури. Це положення є центральним для так званого гуманістично-аксіологічного підходу до культури, згідно з яким культура сприймається як світ втілених цінностей; «галузь застосування поняття «цінності – людський світ культури та соціальної дійсності» [207,37]. У цьому підході Н.З. Чавчавадзе, як нам бачиться, адекватно вирішує питання про співвідношення цінностей і мети: «Цінність, в першу чергу, є тим, що надає ідеальній (тобто реально ще не здійсненій) меті силу впливу на спосіб і характер людської діяльності, спонукальну силу» [207,35]. Таким чином, цінності, ціннісна свідомість лежать в основі цілепокладання: «... цільова детермінація людської діяльності – це ціннісна детермінація. Цілі можуть впливати на людську діяльність не реально-каузально, але як ідеальні цінності, реалізацію яких людина вважає своєю нагальною потребою або обов'язком» [207,35].

За словами М.Р. Гінзбурга [41,25], для розуміння проблеми особистісного самовизначення важливо відзначити ще одне особливе положення: рівень особи – це рівень ціннісно-змістової детермінації, рівень існування в світі змісту та цінностей. Як вказують Б.В. Зейгарник і Б.С. Брагусь [24,122], для особистості «основна площина руху – морально-ціннісна».

Як відзначає М.Р. Гінзбург [41,24], самовизначення – це те, що існування у світі змісту є існуванням на власно особистому рівні (на що вказував ще Л.С. Виготський); галузь змісту та цінностей є

та галузь, в якій і трапляється взаємодія особи, громади. Цінність і зміст є мовою цієї взаємодії. Визначна роль цінностей для формування особи, як відзначають Б. С. Братусь і П. І. Сидоров [24,39], – «створення цінностей, закріплення єдності і самототожності особи, надовго визначає собою головні характеристики особистості, її стержень, її мораль, моральність».

Таким чином, аналіз філософської та психолого-педагогічної літератури дозволив нам зробити наступні висновки:

- особливе місце при розгляді проблеми педагогічної діяльності з дітьми з психофункціональними порушеннями займає поняття особистості;
- одне з основних завдань педагогічної діяльності з дітьми з психофункціональними порушеннями – розвиток індивідуальних здібностей учня на основі існуючого досвіду. При цьому підходить він є суб'єктом процесу навчання. Існуючий досвід дитини являється засобом реалізації завдань навчання;
- оптимальною умовою повноцінного розвитку та навчання дитини, як саморозвиваючої та саморегулюючої системи, є забезпечення відкритої взаємодії. Створення цього є найважливішим завданням всієї системи безперервного навчання;
- в основі педагогічної діяльності з дітьми з психофункціональними порушеннями знаходить своє відображення самоактуалізація Я-концепції в різних проявах особистості. Дана система виражає внутрішню основу ставлення особистості до дійсності.

Я-концепція – це сполучення установок індивіда, спрямованих на самого себе і це сполучення поєднується з його самооцінкою. Я-концепція показує не просто те, що індивід являє собою, але і його думки про самого себе, про те, якою він бачить свою діяльність, свої можливості розвитку в майбутньому.

Установки містять в собі два основних компоненти: оцінний та поведінковий. Таким чином, ми бачимо взаємозалежність та взаємообумовленість Я-концепції та установки;

- формування Я-концепції проходить під впливом різних зовнішніх факторів та установок, які випробовують індивіда. Уявлення індивіда про самого себе визначає його контакти з іншими;
- ієрархія диспозиційних утворень в цілому, виступає як регуляційна система стосовно поведінки особистості. Кожен з

рівнів диспозиції можна співвіднести з регуляцією певних типів прояву діяльності: перший рівень регулює безпосередню реакцію суб'єкта на виникаючу предметну ситуацію, другий рівень означає регуляцію тих вчинків особистості, які здійснюються в первинних ситуаціях, третій рівень перетворює вже деякі системи вчинків або поведінки; четвертий – відповідає за регуляцію діяльності особистості.

4.2. Зміст та психологічна структура готовності вчителя до корекційно-виховної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями різного віку

Ідея навчання протягом усього життя відома ще з давніх часів, від учених Індії і Китаю, а пізніше – від видатного педагога Я. Л. Коломінського. В народній творчості вона знайшла вираження у вислові «вік живи, вік учись». Ця ідея особливо актуальна для вчителя. Адже відповідальні завдання нової національної школи зможе реалізувати лише той педагог, який не тільки добре професійно підготовлений, а й здатний постійно, протягом усього життя підвищувати свою компетентність, вдосконалювати професійну майстерність. Про це вдало сказав В. О. Сухомлинський: «Через 3–5 років після закінчення вузу вчитель повинен знати в 3, в 5, в 10 раз більше, ніж знав він у перший рік своєї роботи. Якщо цього не буде, учні будуть приречені на зубріння і отупіння» [88,377].

В умовах перебудови шкільної освіти гостро стоїть питання щодо формування творчої особистості вчителя, який здатний працювати на шляху особистісно-орієнтованого навчання. Проблемами особистісно-орієнтованого навчання переймаються багато вчених таких як, С. І. Подмазін, А. Г. Шевцов, І. С. Якіманська та інші [149;212;221]. Творчого вчителя виховати лише за роки навчання у педагогічному вузі майже неможливо, необхідно постійно підвищувати рівень педагогічної майстерності в процесі діяльності.

У психолого-педагогічній літературі немає сталого визначення творчої особистості вчителя, хоча ця проблема цікавила багатьох учених-дослідників. Так Д. Богоявленська визначає творчу особистість через її інтелектуальну ініціативність [20], В. Загвязин-

ський – через її ставлення до навчально-пізнавальних завдань [65], Н. Кузьміна – через зв'язок творчої активності особистості із самовдосконаленням [101], П. Кравчук – через її творчий потенціал [96], Н. Кичук – через її спрямованість на творчість, інтелектуальну активність, поєднання науково-педагогічного мислення і творчої уяви, що виявляється у творчому характері професійної праці [82]. Ми погоджуємось з С. Сисоевою, яка визначає творчого вчителя як креативну особистість, котра під впливом зовнішніх чинників набула потрібних для актуалізації творчого потенціалу додаткових мотивів, особистісних утворень, здібностей, що допомагають досягти творчих результатів у різних видах творчої діяльності [136,38]. Однак, як засвідчують наші спостереження, на формування і розвиток творчої особистості впливають її почуття, їх вияв і сталість характеру. Крім того, творчість особистості слід розглядати з урахуванням трьох аспектів: якостей особистості; діяльності певного характеру; результату діяльності. Особистість учителя слід розглядати з урахуванням його рівня креативності, бо коли він низький, то знання, уміння і навички, набуті в педагогічному вузі, не в повній мірі забезпечать майбутню творчу діяльність. Тому під час початкової професійної підготовки до педагогічної праці слід проводити діагностику їх креативних рис та спрямовувати розвиток педагога на формування у нього додаткових мотивів, особистісних якостей і здібностей, які й сприяють успішній творчій фаховій діяльності з дітьми з особливими потребами різного віку.

Аналізуючи педагогічну діяльність, слід брати до уваги те, як учитель сприймає і розуміє сутність такої діяльності, який зміст вкладає у неї, переважно який тип стосунків з учнями обирає (суб'єкт-суб'єктний чи суб'єкт-об'єктний), яке місце займає ця діяльність в його особистому «Я», як вона сформувалася в самосвідомості. Як показує практика, інколи можна спостерігати таке: на перший погляд, необхідні якості особистості вчителя розвинуті, але він не виявляє себе в праці, надає перевагу стереотипним рішенням, створює бар'єр між собою і учнями. За цим криється повна відсутність творчості. Такі вчителі найчастіше не відчують покликання до педагогічної діяльності, слабо усвідомлюють свої індивідуальні особливості, мають однобоке уявлення про роль учителя; їм бракує вмінь і навичок, віри в свої сили, любові до дітей. Навпаки, вчителям, які працюють творчо, притаманний індивідуальний (гнучкий) стиль діяльності, який дає змогу виявити свою

неповторну особистість. Вони створюють творчу лабораторію, яка містить не лише дидактичний, роздатковий матеріал, наочні засоби, спрямовані на розвиток учнів, а й сприймають учня як суб'єкта педагогічної діяльності.

Як вказує Г. О. Нагорна, індивідуальність творчого вчителя – це унікальна здатність здійснювати виховний вплив на учнів [136,126]. Вона виявляється, коли вчитель усвідомлює не лише те, що зближує його з колегами, а й свої відмінності від них, коли він відчуває потребу й здатність творчого самовияву, надто в педагогічній діяльності. Лише тоді він зможе сформувати свій неповторний почерк і постати перед учнями не як функціонер, а як самотутня особистість, здатна розвивати індивідуальність своїх вихованців.

Учитель сьогодення, який хоче працювати у напрямку особистісно-орієнтованого, навчання, потребує, «внутрішньої перебудови», яка передбачає самопізнання, коригування ставлення до себе та інших. Це неодмінна умова розвитку в собі потреб і здібностей творчого самовияву, становлення індивідуальності вчителя.

Сучасність ставить вчителя на особливе місце в системі безперервної освіти. Це зумовлюється наявністю у працівників освіти стереотипів мислення, які негативно впливають на їхній розвиток, готовність до інноваційної діяльності. Тому основною функцією в цьому процесі стає психологічна перебудова, зміна негативних, застарілих установок на позитивні, актуальні.

Сучасність перед педагогічною системою особливо гостро поставила проблему навчання і виховання майбутніх вчителів, які б мали високий рівень професіоналізму, творчої активності, відповідальності.

Із 80-х років минулого століття проблема професійної готовності вчителя набуває свого розвитку в зв'язку з дослідженнями, педагогічної діяльності К. М. Дурай-Новакова, О. Г. Мороза, О. В. Проксури, В. О. Сластьоніна, В. І. Щербіна та інших. Слід зазначити, що феномен готовності є предметом вивчення як педагогіки, так і психології. Педагогіка, як показує аналіз літератури, приділяють увагу факторам і умовам, що надають можливість зростанню і розвитку вчителя. Психологи встановлюють взаємозв'язок між станом готовності та діяльністю.

В психолого-педагогічній літературі проблема готовності вивчалась на різних рівнях, від розкриття змісту поняття, на що

вказують дослідження О. Ф. Лазурського [107], А. Ф. Линенка [115], О. Г. Мороза [133], Д. М. Узнадзе [194], до виявлення прояву готовності в різних видах діяльності, що відображено в роботах П. А. Белла [226], Д. Каца [80], В. М. Мясищева [135], Т. Нийта [140], І. Олпорта [223].

У дослідженнях ряду вчених в основі поняття готовності лежить феномен настанови. Так, Д. О. Леонт'єв [111], О. С. Прангішвілі [155], Д. М. Узнадзе [195], розглядають настанову як готовність до активності, що виникає на основі взаємодії потреби і довкілля. У соціальній психології Ф. Знанецькі і У. Томас [69,53] розглядають поняття готовності з позиції соціальної настанови, психологічного процесу, стосовно соціального світу і в зв'язку із соціальними цінностями. Психологічний підхід у визначенні суті поняття готовності пов'язує його зі ставленням як одним з регуляційних механізмів поведінки людини, її діяльності, що обґрунтовують в своїх працях Д. Кац [80], О. Ф. Лазурський [107], В. О. Ядов [219].

Спільним для понять настанови і ставлення є те, що вони виражають готовність, мобілізацію внутрішніх сил індивіда на діяльність. Активність, яка лежить в основі готовності на рівні ставлення, – вибіркова, тоді як на рівні настанови вона фіксована в певному напрямі. Необхідно звернути увагу на те, що в науковій літературі ще не прийнято єдиного тлумачення даного явища.

Його визначають по-різному, як «психічний стан», «цілісне», «особистісне», «властивість особистості», «якість».

Наприклад, А. Ф. Линенко [115] виділяє такі прояви готовності як:

- позитивне ставлення до праці вчителя;
- певний рівень оволодіння педагогічними знаннями, вміннями та навичками;
- самостійність у розв'язанні професійних завдань;
- розвиток педагогічних здібностей;
- наявність професійно-педагогічної спрямованості особистості;
- моральні риси особистості.

Узагальнюючи різні визначення поняття готовності, ми вважаємо, що вони не взаємовиключають одне, а розширюють і поглиблюють уявлення про складність і багатогранність готовності, існуючі відмінності породжуються, на нашу думку, кількома причинами. Одна з них полягає в тому, що стан готовності досліджується на різних рівнях психічних процесів, які регулюють поведінку індивіда

щодо навколишньої дійсності. В одних випадках вона розглядається на рівні психофізіологічних реакцій, в інших – на рівні участі в діяльності, у третіх – на рівні регуляції соціальної поведінки індивіда, у четвертих – довільне тлумачення деякими авторами (Н. Ф. Наумова [138], Л. Я. Гозман [43], М. В. Кроз [97], Ю. Козелецький [86], О. І. Ларичев [108]) стану готовності щодо таких категорій, як явище, компонент, критерій та ряду інших.

Інша причина криється в суті продукту виховання, на що вказує О. Ф. Линенко [115,125]. Її характеризують внутрішні й зовнішні зв'язки. Внутрішні зв'язки – відношення продукту виховання як його потенціал. Зовнішні зв'язки відображають ціннісні стосунки особистості й суспільства щодо продукту виховання. У потенціалі діяльності виховання треба розрізняти органічний (фізичні й духовні здібності) та неорганічний (матеріальні й ідеальні предмети, суспільні зв'язки). Очевидна потреба формування цілісного потенціалу особистості. Предмети та стосунки, через які людина себе подає, формують риси особистості, накладають відбиток і на її органічні якості. Джерелом елементів соціальної мікросистеми особистості учня, а отже його потенціалу, є діяльність учасників навчального процесу. Але це не проста сума потенціалів: перебувають всі зв'язки і стосунки вихованця – як внутрішні, так і зовнішні. В результаті в його діяльність може бути втягнуто більше природних і соціальних сил, аніж є в розпорядженні вчителя, що дуже важливо враховувати при особистісно-орієнтованому підході до навчання. Таким чином, стає можливим приріст потенціалу, який завжди існує в індивідуальній діяльності вихованця. І тут вирішальну роль відіграє творча активність особистості. Ця обставина диктує свої принципи, а отже, і технології навчання та виховання. Зокрема, важливою умовою успіху творчості особистості є свобода її переходу від одного виду діяльності до іншого, можливість для учня виявити ініціативу в будь-якій сфері шкільного життя за власним вибором. У результаті соціальна мікросистема розвиваючої себе особистості поповнюється не тільки якимось одним компонентом, зокрема психологічним, а будь-яким можливим і корисним для неї.

Звичні педагогічні технології формують, як правило, одне окремо взяте, психічне новоутворення – знання, звички, погляди, переконання, почуття тощо. Характерним для шкільної практики і сьогодні є планування по суті розрізнених завдань на уроці: навчання

й виховання, розвитку. Хоч окремо взяті новоутворення і можуть сприяти розвиткові особистості, однак це лише «будівельний матеріал», який учень використовує вже самостійно.

Враховуючи це, вважаємо за можливе взяти за основу структуру готовності вчителів за А. Ф. Линенко [115,129]. Компоненти структури готовності доцільно розглядати через ставлення до діяльності або настанову (для ситуаційної готовності), мотиви, знання про предмет і способи діяльності, навички та вміння їх практичного втілення. Стосовно готовності вчителя до корекційно-виховної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями різного віку, то її структура може бути конкретизована такими ознаками:

- позитивне ставлення до суб'єкта (учня), об'єкта (педагогічного процесу) та способу діяльності (виховання та навчання);
- емоційна насиченість позитивного ставлення педагога, його особистісна зацікавленість;
- знання про структуру особистості, її вікові зміни, мету та способи педагогічного впливу в процесі її формування і розвитку;
- педагогічні вміння щодо організації та здійснення навчального і виховного впливу на особистість, яка формується;
- прагнення спілкуватися з дітьми, передавати їм свій досвід, знання відповідно до змісту і способів досягнення соціально значущих цілей.

У зв'язку з необхідністю вимірювання рівня сформованості готовності в якісно-кількісних характеристиках виникає потреба виділити критерії її оцінки. Під критерієм ми розуміємо засіб для формування судження, ту основну ознаку (одну чи кілька), на основі якої передбачається оцінювати і порівнювати ступінь розвитку готовності в різних респондентів.

З наведеного вище визначення поняття готовності та її структури випливає, що найбільш вираженою ознакою цього стану є емоційне ставлення. Досвід і дані наукових досліджень показують, що від того, буде це ставлення позитивним чи негативним, короточасним, випадковим чи стабільним, значною мірою залежать ефективність діяльності й міра активності особистості. Це дає підставу розглядати характер і стійкість ставлення до діяльності як перший критерій оцінки ступеня розвитку готовності.

Виділяючи другий критерій, ми виходили з того, що конкретний стан емоційних і когнітивних процесів особистості в діяльності

зумовлюється багатьма суб'єктивними та об'єктивними факторами. Наявність емоційно-позитивного ставлення до предмета діяльності, способів її здійснення стимулює механізми саморегуляції, що дають змогу людині мобілізувати свої сили для нейтралізації або ліквідації ступеня негативних впливів. Це дає змогу виділити швидкість і точність адаптації поведінки у змінюваних умовах діяльності як другого критерію.

Як підкреслює А. Ф. Линенко [115,128], у роботі вчителя особливого значення набувають ті прийоми і способи дій, за допомогою яких він налагоджує педагогічно доцільне спілкування з учнями, ставлення до батьків своїх учнів, колег по роботі, адміністрації школи, до самого себе. Педагогічна, тобто навчальна, виховна та розвивальна доцільність, на нашу думку, є тією ознакою, на основі якої можна судити, наскільки усвідомлено вчитель ставиться до своєї діяльності, передбачає наслідки своїх дій, вчинків. Це дає можливість розглядати доцільність педагогічних дій як третій критерій оцінки рівня розвитку готовності.

Грунтуючись на трьох попередніх критеріях рівня розвитку готовності, можна зробити висновок, що четвертий критерій становить собою достатній рівень сформованості педагогічних здібностей. Без таких здібностей, скільки б не працював вчитель, неможливо оволодіти педагогічною майстерністю.

Найяскравішими складовими здібностей до педагогічної діяльності є перцептивні педагогічні здібності. Вони дають змогу вчителю адекватно сприймати навчально-пізнавальну діяльність школярів, їхній психологічний стан, правильно його оцінювати, виявляти головні суперечності, визначати динаміку розвитку як окремого учня, так і всього класу.

Неможлива праця вчителя без поєднання різноманітних прийомів, що становлять педагогічну техніку. Вчитель, як підкреслює С. І. Дубрович [57,83], повинен уміти володіти своїм настроєм, знімати зайве психічне напруження, спілкуватися з учнями, батьками, товаришами по роботі. Поєднання комунікативних умінь ми виділяємо як п'ятий критерій готовності до педагогічної діяльності.

Педагогові необхідні такі професійно значущі властивості і якості, як емоційна стабільність, високий самоконтроль поведінки, щирість, доброта, совісність, самодостатність, наполегливість, старанність, цілеспрямованість. Саме на цьому акцентують свою

увагу багато педагогів та психологів, такі як А. Ф. Линенко [115], С. Л. Рубінштейн [161], В. Ф. Сафін [164], Х. Н. Хекхаузен [203], І. С. Якіманська [221] та інші. Ці якості є важливим елементом досліджування готовності. Тому ми їх розглядаємо як шостий критерій психолого-педагогічної готовності до професійної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями.

З вище розглянутого можна зробити висновок про те, що основою психологічної готовності вчителя до корекційно-виховної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями різного віку є:

- позитивно-узгоджений тип спілкування, коли вчитель сприймає учня як суб'єкта навчальної діяльності та суб'єкта спілкування. Але це можливо тільки тоді, коли у системі цінностей, смислових установок вчителя, особистість дитини, її актуальні потреби та потреби її розвитку є пріоритетом;
- коли названий пріоритет високо усвідомлюється вчителем, то зростає рівень «навмисності» педагогічних дій в системі «вчитель-учень». Рівень цієї «навмисності» чітко відображає рівень ставлення до учня як самостійної особистості, і навпаки, чим більше автоматизму (у певних межах), тим більше домінує суб'єктно-об'єктний підхід;
- в системі суб'єкт-суб'єктних стосунків учень-вчитель особливе місце займає питання саморегуляції. Відмінною особливістю в структурі вольової поведінки є те, що в примітивних умовах підсилення мобілізується імпульсом емоційного забарвлення, в таких умовах раціональні мотиви необхідності здаються малодіючими. Їх роль зростає в міру розвитку особистості та характеризується ростом інтелектуалізації в ідейно-моральних мотивах.
- у взаємовідносинах педагога та учня в процесі виховання та навчання необхідна вимогливість, але вона повинна поєднуватися з повагою до особистості учня, з глибоким розумінням його почуттів. Під час цього необхідно розмежовувати внутрішні та зовнішні компоненти суб'єктно-суб'єктних взаємодій. У процесі спілкування передається та засвоюється соціальний досвід, здійснюється зміна структури та суті взаємодіючих суб'єктів, тільки в умовах вільної взаємодії можуть являтися дійсні стосунки.

4.3. Методика діагностики психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності

Виникнення смислової настанови відносно будь-якого виду діяльності становить складний психологічний процес. Враховуючи сучасні дослідження, можна уявити цей процес як процес виникнення нової смислової настанови, що відбувається внаслідок зміни ситуації, стосовно діяльності суб'єкта, його потреб, або й того та іншого разом. Крім того, на зміст смислової настанови впливає третій фактор – комплексна якість, яку визначили П. В. Симонов і П. М. Єршов [168,102] як «озброєність». Озброєність містить в собі інтелект, здібності, досвід і формально-динамічні властивості особистості (загальна активність, витривалість, швидкість реакції та інш.). Враховуючи це, можна зробити висновок, що готовність певним чином сприйняти ситуацію, оцінити її і діяти в ній (смислова настанова) виникає з потреби, яка привалює в даний момент, особливостей ситуації та озброєності суб'єкта. Тільки після виникнення смислової настанови (хоча і різного ступеня усвідомлення) можливий перехід суб'єкта до діяльності, через те що власне зараз (хоча і частково) суб'єкт вирішив для себе питання відносно мети діяльності.

Після виникнення настанови події можуть розвиватися за двома варіантами. По-перше, діяльність суб'єкта може бути успішною, привести до більш-менш повного задоволення потреб, які зумовлені мотивами діяльності. У такому випадку ця смислова настанова має тенденцію до закріплення.

Якщо подібний досвід повторюється, то смислова настанова генералізується і, в свою чергу, вона починає збуджувати мотиви діяльності, які призвели до її формування. Цей механізм зручно проілюструвати на прикладі виникнення захоплень людей будь-якими видами діяльності. По-друге, діяльність суб'єкта може стати невдалою і, якщо це буде повторюватись у досліді, то настанова на діяльність швидко змінюється настановою на відмовлення від діяльності і також може генералізуватися, виробляючи внаслідок цього мотиви, які протилежні первинним. Подібний механізм найяскравіше проявляється у формуванні так званої «навченої безпорадності». У результаті в суб'єкта формується або стійка позитивна настанова до деякого виду діяльності, сфери дійсності (він успішно адаптований), або стійка негативна настанова (відповідно, він в да-

ній сфері неуспішний і дезадаптований). Виникає замкнуте коло: негативна настанова – неуспішність діяльності, дезадаптивність, або позитивна настанова – успішність діяльності, адаптивність. Це коло можуть розірвати два фактори – спонтанний альтернативний досвід, або альтернативний досвід, набутий на основі усвідомленої саморегуляції (за Д. М. Узнадзе – об'єктивації [195, 34]). Зрозуміло, що у суб'єкта існує одночасно багато стійких установок, які складають систему, що і робить його поведінку більш пластичною, ніж це здається, якщо дотримуватися викладеної вище схеми. Але, без сумніву, подібні явища і в дуже яскравій формі, зустрічаються дуже часто під різними назвами: комплекси, психологічні бар'єри, навчена безпорадність, трансформація мотивів і тому подібне.

Для більш точного формулювання нашого завдання ми визначили декілька вихідних положень. По-перше, наявність негативних смислових установок у ставленні до важливих (з особистої і соціальної позиції) сферах діяльності неминуче призведе до зниження продуктивності діяльності і навіть дезадаптації. По-друге, спрямованість особистості часто супроводжує вибіркове зниження ефективності діяльності і вибіркової дезадаптації.

Наше завдання полягало в тому, щоб розробити методику діагностики смислових установок вчителів до найважливіших сфер діяльності, при навчанні дітей різного віку з обмеженими можливостями, навчитися діагностувати їх «установочне поле» з метою розробки методів корекції.

З позиції визнаного в сучасний час в психології особистості системного підходу, елементи, які входять в систему, знаходяться у відношеннях та зв'язках один з одним, утворюють єдність і цілісність. Ця цілісність (система) складніша і вище простої сукупності елементів що її утворюють.

Д. М. Узнадзе розвинув уявлення про настанову як «цілісну модифікацію суб'єкта», його готовність певним чином сприймати ситуацію і діяти в ній. Смисловою настановою можна визначити як внутрішній механізм регуляції діяльності, що відбувається та забезпечує відповідність діяльності з її мотивом, що відзначають у своїх працях О. Г. Асмолов [7], Ф. В. Бассін [11], Д. М. Узнадзе [195].

Педагогічна діяльність, як відомо, належить до так званих соціологічних видів праці, де спілкування розглядається як професійно значуща, стержнева сторона. Особливою інтегральною характе-

ристикою педагогічного спілкування, в якій в чіткому вигляді виявляються морально-світоглядні настанови вчителя, спрямованість його особистості та рівень комунікативності, виступає стиль педагогічного спілкування, в якому в чіткому виді виявляються морально-світоглядні настанови вчителя, спрямованість його особистості та рівень комунікативності. Таким чином, знати узагальнені смислові настанови вчителя – значить пізнати, діагностувати його поведінку і характер. Це, в свою чергу, дозволяє робити більш чи менш точний прогноз поведінки і діяльності учителя в тій чи іншій ситуації, більш ефективно перетворювати його діяльність, орієнтуючи на особистісне навчання.

Смислові настанови містять в собі три тісно пов'язаних компонента [7,215]:

- інформаційний (погляди людини на світ і образ того, до чого він прагне);
- емоційно-оцінний (антипатії та симпатії відносно значущих об'єктів);
- поведінковий (готовність діяти певним чином відносно об'єкта, що мав особистий сенс).

На жаль, зараз дуже мало досліджень та сучасних науково-методичних рекомендацій, які б пропонували психолого-педагогічні моделі реалізації особистісно-орієнтованого навчання. Тому у проведеному нами констатуючому експерименті були поставлені такі завдання: визначити особливості психологічної готовності вчителя до особистісно-орієнтованого навчання та рівень його психологічної підготовки.

З цією метою необхідно використовувати різноманітні методи дослідження, а саме: спостереження, бесіди, анкетування, тестування, зокрема тест незакінчених речень, вивчення шкільної документації, аналіз результатів діяльності вчителів та учнів.

Основним методом діагностики смислових установок є тест незакінчених речень у відповідній модифікації. Тест незакінчених речень не має необхідного формального апарату, що дозволяє робити висновки, спираючись на суворі статистичні закономірності.

Необхідно відзначити, що традиційне використання тесту незакінчених речень діагностує насамперед інформаційний, поведінковий компоненти смислової настанови, емоційно-оцінний компонент найчастіше під час цього не проявляється або проявляється посередньо. А він, у даному випадку, може бути самим різним: по-

зитивним (вчитель задоволений своєю незалежністю, або тим, що він у своїй педагогічній діяльності орієнтований на саморозвиток своїх учнів), нейтральним (педагогічна діяльність в цілому байдужа для нього, сфера його інтересів інша), або негативним (навчання, учні його пригнічують).

Саме на виявлення емоційно-оцінного компоненту смислової настанови була орієнтована наша модифікація. Сутність її в тому, що зараз, завершуючи кожне речення, суб'єкт повинен оцінити своє відношення до повідомленого факту, вчинку, переживання та визначити цю оцінку балом +1,0, або -1. Завдяки цьому тест набуває властивості надавати інформацію про всі три компоненти смислової настанови: інформаційний, поведінковий і емоційно-оцінний. Таким чином, у кожному реченні екзаменатор отримує подвійну проєкцію настанови піддослідного до даного об'єкту, і, по-друге, – проєкцію його ставлення до своєї настанови. Стає можливим переведення суспільного ставлення до певної сфери діяльності в бали і побудування графічного «установочного поля». Піддаючи кожне речення і кожен блок (зорієнтований на певну сферу діяльності), крім цього, якісному аналізу, експериментатор отримує повну інформацію про змістовні структури характеру діяльності піддослідного.

«Установочне поле» відрізняється від Я-концепції [7,218]. Справа в тому, що в даному випадку предметом аналізу є не тільки настанови суб'єкта відносно рис своєї особистості, а й настанови більш приватного плану, зв'язані з конкретними незмінними ситуаціями, що відображають характер його діяльності.

Піддослідному пропонується бланк з 32-ма незакінченими реченнями, умовно поділених на вісім тематичних блоків (по чотири в кожному блоці), в якому треба визначити ставлення до образу вчителя, мету та завдань діяльності вчителя, до способів діяльності вчителя, ставлення до учнів та їх батьків, ставлення до адміністрації школи і до колег по роботі, і, нарешті, ставлення до самого себе.

Обстеження проводиться у два етапи. На першому – випробовувані завершують незакінчені речення, на другому – оцінюють своє емоційне ставлення до змісту даної кінцівки. Ставлення виражається постановкою знаку: позитивне (+1), нейтральне (0) і негативне (-1). Приклади: «Адміністрація школи ... мене не турбує» (0); «Мої колеги ... часто бувають неуважними до мене» (-1).

Після того, як всі речення отримали свою оцінку, експериментатор доводить до відома піддослідних ключ, який об'єднує речення за тематичними блоками. Випробовувані знаходять алгебраїчну суму оцінок у кожному блоці, наприклад: образ вчителя: $0, +1, -1, +1=+1$.

В результаті ми отримуємо узагальнену смислову настанову за даним критерієм (сферою).

Необхідно відзначити, що піддослідний зможе виставити чисто умоглядну оцінку, без емоційної залученості. Але наші дослідження показали, що питання, з яких складений тест, є в емоційному відношенні достатньо значущими для вчителів.

В результаті діагностики експериментатор отримує: по-перше, проєкції установок вчителів, які потім обробляються якісно, по-друге, виражену в балах якість ставлення (суспільної настанови) до кожної із сфер діяльності – так зване установочне поле даного досліджуваного.

В результаті за допомогою тестування визначаються сфери, в яких домінують позитивні настанови (позитивний досвід, позитивні очікування, позитивне сприймання), і сторони діяльності, в яких домінують настанови, близькі до негативних або негативні (негативний досвід, негативне сприймання, негативні очікування). Саме в останніх і виникає у вчителя найбільша кількість психологічних проблем, знижується продуктивність діяльності і т. д. Це можуть бути і труднощі, пов'язані з навчальним процесом, і взаємовідносини з учнями, з колегами, з батьками учнів, з адміністрацією школи, занижена самооцінка і незадоволеність собою.

Інтерпретацію підсумків обстеження необхідно починати з аналізу отриманих у кожному блоці даних, наприклад:

Емоційно – оцінний показник установочного поля вчителя

Сфери	Бал
Образ вчителя	-2
Мети та завдання діяльності	+2
Способи діяльності	+1

4.Ставлення до учнів з особливими потребами	+1
---	----

5. Ставлення до батьків	+1
6. Ставлення до адміністрації школи	+2
7. Ставлення до колег	+2
8. Ставлення до себе	0

Отримані результати дозволяють визначити сферу найбільшої кількості негативних установок: образ учителя, ставлення до учнів і їх батьків, ставлення до самого себе.

Наступний якісний аналіз проєкцій дозволяє наблизитися до розуміння сутності існуючих у вчителя проблем.

Продовжимо аналіз того ж прикладу:

- «Вважаю, що ідеальний учитель ... це марево» (-1)
- «Учитель ... найменш оплачуваний» (-1)
- «У школі вчитель ... займає зараз хитке місце» (-1)
- «Думаю, що вчитель ... був, є і буде» (+1)

З цього прикладу стає зрозумілим, що у досліджуваного існує негативне ставлення до сучасного образу вчителя. Зміст подальших проєкцій виражає ставлення вчительки до учнів:

- «Учень ... не хоче вчитися» (-1)
- «Вчитель і учень ... можуть знайти спільну мову» (+1)
- «Спілкування з учнем ... гра» (+1)
- «Мені здається, що учень ... повинен намагатися добре вчитися» (0)

Наведені в даному прикладі сфери відносно «образ вчителя» (-2) і «ставлення вчителя до учнів» (+1) доповнюють блок «Я», який вказує на сформованість у Валентини Василівни негативного образу «Я», негативного ставлення до себе.

- «В роботі я ... не викладаюся» (-1)
- «Я вважаю себе ... гарною людиною» (0)
- «Я ... – це я зі всіма плюсами і мінусами» (0)
- «Як вчитель я ... роблю все, що мені під силу» (+1)

Аналізуючи блок речень, які стосуються мети і завдань учителя, ми приходимо до висновку, що основне завдання (даного учителя) – це навчання, передавання знань, які стосуються предмета, що він

викладає. Мета та завдання вчителя обмежені безпосереднім знанням предмета (в даному випадку – математики).

- «Мета моєї діяльності ... якнайкраще навчити дітей» (0)
- «Як учитель я ставлю перед собою завдання ... навчити дітей математиці» (+1)
- «Думаю, що ідеальний учитель ... той, який любить дітей і свій предмет» (+1)
- «Мета вчителя ... вчити і виховувати» (0)

Продовжимо аналіз цього ж прикладу:

- «Учитель і батьки учня ... майже не спілкуються» (0)
- «Батьки моїх учнів ..., в основному, хороші та відповідальні люди» (+1)
- «Зараз роль батьків ..., як і завжди, дуже важлива» (+1)
- «Батьки найчастіше ..., не мають великого впливу на дітей» (-1)

Отримані результати у сфері «ставлення до батьків» є свідченням думки вчителя про невисокий рівень впливу батьків на дітей в процесі виховання й навчання. Крім того, вчитель відзначає важливість і необхідність того, що батьки повинні брати участь у процесі виховання і навчання, які в своїй більшості «в основному хороші та відповідальні люди». Вчитель вказує на недостатній контакт з батьками своїх учнів у даному процесі.

Ставлення вчителя до адміністрації школи і колег по роботі характеризується (у даному прикладі) інакше:

- «Мій керівник ... розумний, професіонал» (+1)
- «Шкільне начальство ... багато вимагає» (-1)
- «Адміністрація школи ... професіонали» (+1)
- «Якби я займала керівну посаду ..., то багато б в освіті змінила» (+1)
- «Думаю, що мої колеги ... мої друзі і помічники» (+1)
- «Мої колеги ... в цілому односторонні» (+1)
- «Віддаю перевагу праці з певною групою людей» (-1)
- «Мій колектив ... гарні вчителі» (+1)

Виходячи з цього, можна сказати, що ставлення вчителя до адміністрації школи і колег по роботі позитивне. Вчитель відзначає високий професіоналізм. У колегах по роботі випробовуваний бачить своїх друзів і помічників, однодумців, гарних вчителів. Але в той же час віддає перевагу праці з певною групою людей.

Легко помітити, що «установочне поле» вчителя перетинається з його «Я-концепцією», тобто системою уявлень, оцінок і установок відносно самого себе, визначених через систему питань тесту.

Розроблена методика діагностики узагальнених смислових установок після перших апробацій зарекомендувала себе як ефективний засіб виявлення у кожного вчителя сфер, пов'язаних з його як сильними сторонами (успішний досвід, інтереси, спрямованість діяльності), так і слабкими (неуспішний досвід, психологічні проблеми), що дозволяє застосовувати дану методику для індивідуальної діагностики особливостей готовності вчителя до особистісно-орієнтованого навчання з виходом на корекцію, про що йдеться далі.

Експеримент складається з кількох послідовних етапів. Спочатку проводилася діагностика вчителів на предмет спрямованості педагогічної діяльності, потім – діагностика узагальнених смислових установок. Далі на основі отриманих даних було визначено рівні психологічної готовності вчителів до роботи з дітьми з особливими потребами. В результаті були отримані кількісні та якісні характеристики «установочних полів» за чотирма визначеними рівнями готовності.

Перш ніж перейти до аналізу установочних полів учителів, уточнимо, що у кожному блоці: образ учителя, мета та завдання діяльності, ставлення до учнів, ставлення до батьків учнів, ставлення до адміністрації, колег, до самого себе – оцінка в балах коливалася в діапазоні від -4 до $+4$. В результаті якісного аналізу проєкцій була встановлена така шкала оцінок:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| • найбільш позитивна настанова | ($+2$ і більше); |
| • позитивна настанова | ($+1 - +2$); |
| • близька до негативної настанова | ($0 - +1$); |
| • негативна настанова | ($-1 - 0$); |
| • найбільш негативна | (нижче -1). |

В результаті дослідження виявилось, що серйозна психологічна проблематика вчителів часто зустрічається вже при показниках за емоційно-оцінними балами ± 1 .

Отже, застосовані нами методи діагностики дозволили виділити чотири рівні психологічної готовності вчителів до корекційно-виховної роботи з дітьми з обмеженими можливостями: позитивно-узгоджений, позитивно-неузгоджений, негативно-узгоджений, негативно-неузгоджений.

4.4. Корекційна робота з підвищення рівня психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями

Запропонована методика дослідження дає основу стверджувати, що аналіз установчого поля вчителя дозволяє вже на основі емоційно-оціночних балів за запропонованою методикою, означити сферу з перевагою позитивних та негативних установок. Увага вчителя та психолога, в першу чергу, повинна бути звернена на сфери зі значною кількістю негативних установок (нищу +1). Саме в цих сферах, як правило, у даного вчителя присутні педагогічні та психологічні проблеми.

Сфери з перевагою позитивних установок, навпаки, вказують на сильні сторони вчителя, умови, в яких він почуває себе психологічно комфортно, види діяльності, в яких його «психологічна компетентність» найбільш висока. Все, що пов'язане з позитивними установками вчителя, необхідно використовувати в корекційній роботі. Додатково доцільно провести діагностику інтересів та нахилів вчителя.

Проведення докладного аналізу проєкцій вчителя дозволяє наблизитися до розуміння його педагогічних та психологічних проблем. Таким чином, коректор одержуємо чіткий вектор, означаючий направлення подальшої діагностики та, використовуючи спостереження за поведінкою вчителя, аналіз професійно компетентності його діяльності (при необхідності треба провести додаткові експериментальні дослідження) і наближаємося до розуміння сутності психолого-педагогічних проблем вчителя.

Тільки такий алгоритм діяльності коректора забезпечує єдність діагностики та корекції, і тільки після цього можлива комплексна корекційна робота з вчителем. Проведене нами дослідження дає можливість зробити висновок, що при діагностиці педагогічних проблем вчителя, прогнозуванні його поведінки та проведенні корекційної роботи необхідно врахувати в комплексі тип акцентування характеру та особливості його установчого поля. Справа в тому, що вихідні (початкові) смислові установки по-різному актуалізуються в діяльності вчителя з різними типами акцентуації характеру.

Так, наприклад, якщо у вчителів негативно-неузгодженого рівня готовності негативні установки до способів діяльності, як правило, безпосередньо проявляються в поставленні мети та завдань своєї діяльності.

Узагальнивши наші міркування, зробимо наступний висновок: розширення діяльності суб'єкта детермінується системою його установок, перш за все смислових (бо тільки вони виробляються до особисто-значних об'єктів та являються важливими мотивуючими факторами). В ієрархізовану систему установок суб'єкта входять, перш за все смислові генералізовані, які закріпилися під час попереднього досвіду разом з формально-динамічними рисами особистості, та локальні.

Локальні установки виникають у суб'єкті кожного разу, коли він потрапляє в особисто-значиму для нього ситуацію. Локальні установки можуть актуалізуватися в діяльності, якщо вони не є протиріччям в значному ступені генералізованих смислових установок суб'єкта та наявних обставин. Це локальні актуалізуючі смислові установки. Локальні смислові установки існуючі реально в психологічному бутті суб'єкта і навіть усвідомлені, а можуть не проявлятися в діяльності. Латентні смислові установки можуть знаходитися в дуже сильному протиріччі з генералізованими установками та наявними обставинами.

До висновку про подібну ієрархію установок ми прийшли на основі спостережень. По-перше, достатньо високою є варіативність смислових установок в межах кожного з досліджуваних рівнів (ця варіативність означається природно, локальними установками, а не генералізуючими складовими основи рівні). По-друге, у деяких рівнів смислові установки дуже сильно відрізнялись з спостере-

женням стереотипа, означеного, знову-таки, генералізованими установками.

Виходячи з процесу установок можна запропонувати наступну динаміку трансформації смислових установок: по-перше, локальна патентна установка в певних умовах, в певній діяльності неодноразово актуалізується, фіксується та генерується; по-друге, локальна патентна установка навіть при актуалізації в певних умовах не фіксується. В першому випадку проходить перебудова характеру, а в другому – ні.

Далі, так як смислові установки є мотивоутворюючим фактором діяльності, то закономірно, що формування смислових установок завжди попереджує включення суб'єкта в певну особистісно-значиму діяльність.

Докладне розуміння ієрархії смислових установок: генералізовані локальні актуалізовані та локальні латентні, є важливим, так як установки цільові та операціональні детермінуються установками смисловими. Виходячи з цього, можна уявити, що включення суб'єкта в діяльність в ході якої буде проходити дезактуалізація дезактивних генералізованих установок та актуалізація адаптивних локальних установок (в тому числі і латентних) з наступною їх фіксацією і є одним із основних підходів в корекційній роботі. Аналітичний огляд психолого-педагогічної літератури, присвяченої проблемам особистісно-орієнтованого навчання і проведений експеримент, який виявив особливості установочних полів вчителів, психологічно не готових до його реалізації, дозволяє зробити наступні висновки відносно факторів, сприятливих формуванню різного роду особливостей і проявленню специфічної для них поведінки і діяльності.

По-перше, це різного роду середові впливи, що накладаються на певні формально-динамічні якості вчителя і утворюють основу для формування тієї або іншої спрямованості особистісного розвитку.

Але вже на ранньому етапі педагогічної діяльності (перші два роки роботи) вчитель починає виступати як активний суб'єкт психічної діяльності, приймаючи, або навпаки не приймаючи, певні стереотипи поведінки і діяльності, активно формує (з різним рівнем усвідомленості) самого себе. Він фіксує адаптивні, з його точки зору, стереотипи діяльності які гальмують ті види психолого-

педагогічної діяльності, котрі не приводять до задоволення важливіших для нього потреб.

Тому малоефективною є «пряма боротьба» з негативними поведінковими і діяльнісними проявами вчителя. Необхідно зрозуміти, які найважливіші потреби він спробує задовольнити подібним шляхом і допомогти йому реалізувати їх соціально-припустимим професійно обґрунтованим шляхом.

По-друге, дезадаптивні стереотипи діяльності вчителів актуалізуються, коли вони зіштовхуються з «бар'єрами діяльності», спрямованої на задоволення особистісно значущих потреб. Тому школа повинна дати простір вільним і природним проявам особистості вчителя і цей простір повинен бути обмежений тільки безпекою і психолого-педагогічним комфортом всіх інших членів колективу, завданням повноцінного навчання і виховання.

Психолог, педагог, що займається профілактичною або корекційною роботою з вчителем психологічно не готовими до особистісно-орієнтованого навчання, або з групою вчителів, повинен знати дезадаптивні стереотипи діяльності і поведінки, його психолого-педагогічну проблему і будувати свої психолого-педагогічні взаємовідносини з ним таким чином, щоб попередити прояв негативних форм поведінки і діяльності вчителя. Подібний підхід приводить до поступового погашення дезадаптивних реакцій.

По-третє, також доведено, що одним з найважливіших факторів, сприятливих негативному відношенню до школи, являється розширена сфера діяльності і взаємодій вчителя, яка значно попереджує його психолого-педагогічну і виконавчу компетентність. В зв'язку з цим часто виникає «бар'єр діяльності» (як зовнішній, так і внутрішній), що приводить до психолого-педагогічних зривів. Тому дуже важливим напрямком профілактики вчителів психологічно не готових до роботи з дітьми з обмеженими можливостями є психологічна і педагогічна освіта. Особливо в таких напрямках, як психологія особистості, психологія спілкування, способи, задачі і мета діяльності вчителя і т. п.

У ході проведення корекції, робота з вчителями, психологічно не готових до реалізації особистісно-орієнтованого навчання велась з позиції двох підходів: пристосувального і перетворюючого, які знаходились в діалектичному взаємозв'язку.

Для успішної корекційної роботи з вчителем необхідна, насамперед, дбайлива психолого-педагогічна діагностика, базову основу

якої склав тест узагальнених смислових установок. Він використовався з метою виявлення конкретної проблематики вчителя.

Методика діагностики узагальнених смислових установок

Тест.

Випробуваному запропоновується бланк з 32-ма незакінченими реченнями, умовно поділених на вісім тематичних блоків (по чотири в кожному блоці), в якому треба визначити ставлення до образу вчителя, цілей та задач діяльності вчителя, до способів діяльності вчителя, відношення до учнів та їх батьків, відношення до адміністрації школи і до колег по роботі, і, нарешті, відношення до самого себе.

Обстеження проводиться у два етапи. На першому – випробувані завершують незакінчені речення, на другому – оцінюють своє емоційне відношення до змісту даної кінцівки. При цьому відношення виражається постановкою знаку: позитивне (+1), нейтральне (0) і негативне (-1). Приклади: «Адміністрація школи ... мене не турбує» (0); «Мої колеги ... часто бувають неухважними до мене» (-1).

Після того, як всі речення отримали свою оцінку, екзаменатор доводить до відома випробуваних ключ, який об'єднує речення за тематичними блоками. Випробувані знаходять алгебраїчну суму оцінок по кожному блоку, наприклад: образ вчителя: 0, +1, -1, +1 = +1.

В результаті ми отримуємо узагальнену смислову установку за даною темою (сферою).

Необхідно відзначити, що випробуваний зможе виставити чисто розумозорову оцінку, без емоційної залученості. Але наші дослідження показали, що питання, з яких складений тест, є в емоційному відношенні достатньо значними для вчителів.

В результаті діагностики екзаменатор отримує: по-перше, проєкції установок вчителів, які він потім піддає якісному аналізу, по-друге, виражену в балах якість відношення (суспільної установки) до кожної із сфер оточуючої діяльності – так зване установочне поле даного випробувача.

В результаті за допомогою тестування визначаються сфери, в яких домінують позитивні установки (позитивний досвід, позитивні очікування, позитивне сприймання), і галузі, в яких до-

мінують установки, близькі до негативних або негативні (негативний досвід, негативне сприймання, негативні очікування). Саме в останніх і виникає у вчителя найбільше число психологічних проблем, знижується продуктивність діяльності і т. д. Це можуть бути і учбові труднощі, і взаємовідношення з учнями, з колегами, з батьками учнів, з адміністрацією школи, понижена самооцінка і незадоволеність собою.

Інтерпретація результатів обстеження починається з аналізу получених по кожному блоку даних.

Наприклад:

Сфера	Бал
Образ вчителя	+2
Цілі та задачі діяльності	+1
Способи діяльності	+1
Відношення до учнів	0
Відношення до батьків	0
Відношення до адміністрації школи	-1
Відношення до колег по роботі	+1
Відношення до себе	+1

Отриманні в даному прикладі результати дозволяють виділити сфери, де мають місце негативні установки: відношення до учнів та їх батьків, відношення до адміністрації школи.

Слідкуючий за цим якісний аналіз проєкцій дозволяє приблизитися до розуміння сутності проблем.

І Н С Т Р У К Ц І Я

Поведінка людини в різних ситуаціях, успіх чи невдача в різних видах діяльності багато в чому визначається існуючими у нього установками до різних об'єктів, видів діяльності, сфер дійсності.

Вам пропонується 32 незакінчених речення. Якщо Ви закінчите їх щиро, вклавши в них дійсно властиве Вам внутрішнє відношення до того, про що говориться в реченні, то послідує аналіз тесту дозволить виявити Ваші психологічні проблеми і, навпаки, області психологічного комфорту. Це допоможе проаналізувати, чи не являються Ваші установки причинами Ваших невдач. Тому

формальне виконання тесту, не закінчення речень не принесе Вам необхідної інформації.

Тест виконується в 3 етапи:

1. Необхідно закінчити кожне речення, вклавши в нього зміст, характерний для Вас.

2. Прочитавши кожне речення, виставте йому емоційно-оціночний бал: +1, 0, -1 по наступній шкалі:

+1 – позитивна оцінка і позитивне відношення до того, про що йде мова, переживання при цьому позитивних емоцій: радості, задоволеності, подяки, впевненості і т. п.

0 – нейтральна оцінка і нейтральне відношення до того, про що йдеться мова. Відсутність емоцій. Речення не закінчене.

-1 – негативна оцінка і негативне відношення до того, про що йде мова. Переживання при цьому негативних емоцій: подразнення, образи і т. п. Якщо речення незакінчене по причині сильних негативних емоцій, пов'язаних з тим, про що йдеться мова.

3. По ключу в кінці тесту підрахуйте алгебраїчну суму балів по різних сферах діяльності. Це Ваша «установочне поле». Визначте зони з позитивними та негативними установками. Проаналізуйте важливі причини такого положення. Спробуйте намітити шляхи перемагання положення в тих зонах установочного поля, де найбільше негативних установок.

Л И С Т Р Е Ч Е Н Ь

1. В роботі я...
2. Ціль моєї діяльності...
3. Вчитель...
4. Учень...
5. Вчитель і батьки учня...
6. Думаю, що мої колеги...
7. Я вважаю себе...
8. Мій керівник...
9. Думаю, що ідеальний вчитель...
10. Вчитель і учень...
11. Батьки моїх учнів...
12. Як вчитель я ставлю перед собою задачу...
13. Думаю, що сьогодні вчитель...
14. У школі вчитель ...
15. Спілкування з учнем...

16. Зараз роль батьків...
17. На сучасному уроці...
18. Я...
19. Мої колеги...
20. Як вчитель я...
21. Шкільне начальство...
22. Як би я займав керівну роботу...
23. Даю перевагу працювати...
24. Мій трудовий колектив...
25. Мені здається, що учень...
26. Батьки учня частіше всього...
27. На уроці...
28. Адміністрація школи...
29. Діяльність вчителя...
30. На сучасному уроці вчитель...
31. Думаю, що вчитель ...
32. Цілі вчителя...

Лист відповіді.

Сфера проявлення установок

Образ вчителя		Ціль і задачі діяльності		Способи діяльності		Відношення до учня		Відношення до батьків		Відношення до адміністр.		Відношення до колег		Відношення до себе	
№ речення	бал	№ речення	бал	№ речення	бал	№ речення	бал	№ речення	бал	№ речення	бал	№ речення	бал	№ речення	бал
3		2		17		4		5		8		6		1	
9		12		27		10		11		21		19		7	
14		13		29		15		16		23		22		18	
31		32		30		25		26		28		24		20	

Для усвідомлення результатів при необхідності використовувалися додаткові методики: спостереження за поведінкою вчителя, аналіз його діяльності, бесіди з адміністрацією школи, колегами по праці. Досвід подібної педагогічної та психологічної роботи показує високу інформативну цінність для подальшої корекційної роботи. Отримана за допомогою цих методів інформація чітко фіксує напрямки подальшого пошуку як психолого-педагогічної

проблематики вчителя, так і зон його психолого-педагогічного комфорту.

Даний методичний арсенал можливо використовувати при реалізації індивідуального підходу до вчителя під час учбово-профілактичного процесу, але тільки при умовах достатньої підготовки адміністрації школи та психологів у цьому напрямку. Тому для керівництва шкіл був організований семінар за темою: «Формування готовності педагога до роботи з дітьми з обмеженими можливостями».

Спираючись на отримані знання, на дані психолого-педагогічної діагностики, представлені психологом та його рекомендації, педагоги повинні були вирішити, насамперед, два завдання. По-перше, усвідомивши значущі потреби, властиві кожному психологічно не готовому до реалізації особистісно-орієнтованого навчання вчителя, допомогти йому реалізувати їх соціально-допустимим шляхом.

По-друге, визначивши причини невдач у професійній діяльності та усвідомивши їх, вчитель повинен самостійно прагнути до їх позбавлення.

У напрямку корекційної роботи з вчителями, у яких низький рівень психологічної готовності до роботи з дітьми з обмеженими можливостями, необхідно застосовувати такі форми роботи: психолого-педагогічна просвіта вчителів, психологічне та педагогічне консультування вчителів та особливий вид психологічного тренінгу, що проводиться в умовах природного учбово-виховного процесу, методом природного тренінгу, який ми визначили як «корекційна гра».

Стосовно психолого-педагогічної просвіти вчителів, її мета полягає в набутті вчителями оновлених психолого-педагогічних знань та вмій, наданні допомоги в психологізації навчально-виховного процесу учнів з обмеженими можливостями, навчатися навичкам саморегуляції, сприяти своєму професійному та особистісному зростанню.

Зупинимося на специфіці завдань психологічної просвіти вчителів:

- ознайомлення з найновітнішими результатами психологічних досліджень з проблем особливостей соціально-психологічного розвитку учнів з психофізичними порушеннями;

- набуття знань та вмінь з проблем особливостей психолого-педагогічної взаємодії з учнями;
- формування адекватного ставлення до учнів з різними психофізичними порушеннями;
- усвідомлення ідентичності соціальних потреб учнів з психофізичними порушеннями і учнів без таких вад;
- усвідомлення того факту, що правильно організовані умови навчально-виховного процесу дозволять такій дитині повною мірою реалізувати свої можливості до навчання;
- вміння бачити в особистості дитині позитивні якості, що активізує її життєву позицію, покращить становище міжособистісних взаємовідносин в системах «вчитель-дитина», «батьки-дитина», «однолітки-дитина».

З метою набуття батьками та вчителями знань та вмінь по застосуванню засобів міжособистісної взаємодії з підлітками з порушеннями опорно-рухового апарату для поліпшення міжособистісного спілкування в системах «вчитель-підліток», «батьки-підліток» нами було виділено відповідну структуру психологічної просвіти. Структура психологічної просвіти має основну мету – набуття суб'єктами психолого-педагогічної взаємодії спеціальних психологічних знань, знань по застосуванню засобів конструктивної міжособистісної взаємодії з підлітками з порушеннями опорно-рухового апарату; основні завдання: набуття знань з вікових особливостей розвитку підлітків із фізичними вадами; набуття знань з комунікативних навичок особистості; набуття знань з міжособистісної взаємодії підлітків із фізичними вадами.

Знання подаються у формі лекційного матеріалу, евристичних бесід, аналіз проблемних ситуацій міжособистісного спілкування. Приклад лекційного матеріалу – лекції на теми «Особливості психофізичного розвитку підлітка з фізичними вадами», «Особливості розвитку комунікативних здібностей», «Міжособистісне спілкування підлітків та його вплив на розвиток особистості». Серія евристичних бесід на теми «Проблеми підліткового віку», «Комунікативний потенціал підлітка з фізичними вадами», «Формування мовленнєвої культури підлітка». Серія занять, присвячених аналізу проблемних ситуацій міжособистісного спілкування підлітків із дефектами та порушеннями опорно-рухового апарату в системах «підліток – батьки», «підліток – вчитель», «підліток – однолітки».

Отже, організація психологічної просвіти в системі спеціальної шкільної освіти повинна ґрунтуватися по-перше, на загальних за-садах просвітницької діяльності соціально-психологічної служби загальної шкільної освіти, по-друге, на змістовних знаннях особливостей соціально-психологічного розвитку дітей з психофізичними вадами, по-третє, на вміннях ефективної взаємодії з даною категорією осіб. У формуванні психологічної просвіти батьків та вчителів, які взаємодіють з дітьми з обмеженими можливостями перевага надається актуальним проблемам і запитам та виборі таких форм просвіти, які полегшують сприймання спеціальної психологічної інформації, визивають потребу користуватися нею в повсякденному житті та в професійній діяльності. А саме, проблема адекватного сприймання дитини і існуючої соціальної ситуації, проблема усвідомлення ідентичності соціальних потреб дітей з психофізичними порушеннями і дітей без таких вад, проблема вбачати в особистості дитини не тільки негативні, а й позитивні якості особистості, що активізують її життєву позицію, покращують становище міжособистісних взаємовідносин в системах «вчитель-дитина», «батьки-дитина», «однолітки-дитина» та інші проблеми.

У даній роботі обґрунтований той факт, що узагальнені смислові установки в основному детермінують поведінку та діяльність суб'єкта. Це положення полягло в основу метода природного психолого-педагогічного тренінгу, який по зовнішній, видимій формі представляє собою захід, який педагог та психолог проводить з вчителем. Мета цього психолого-педагогічного тренінгу – сприяти досягненню успіху вчителя у тій сфері своєї діяльності, у тому виді взаємодії з іншими людьми (учнями, їх батьками, колегами по праці, адміністрацією школи), у якому він раніше був неуспішним. Психологічною основою такої корекційної роботи є процес гіперкомпенсації, який відбувається у спеціально складених умовах максимальної сприятливості та у процесі старанно «відрезисованної» діяльності.

Алгоритм підготовки та реалізації природного тренінгу слідкуючий:

По-перше, діагностується наявність у вчителя визначеного рівня труднощів, що дозволяє визначити основні тенденції його реагування у поведінці та діяльності.

По-друге, діагностується установочне поле вчителя, виявляються сфери з найбільш позитивними та негативними установками.

Проаналізувавши ці дані, педагог, психолог може чітко визначити зміст позитивної частини «психічного та педагогічного буття» вчителя. У той же час виявлені сфери з негативними, або близькими до негативних установками його установочного поля, у яких слід шукати психологічні та педагогічні проблеми вчителя: фрустрація важливих потреб, неуспішність у визначних сферах діяльності, взаємовідношеннях, конфліктності та тому подібному. Конкретизувавши таким чином зміст позитива та негатива у психолого-педагогічному бутті вчителя, консультант ставить перед собою цілком очевидну мету – спираючись на позитив, нейтралізувати, або хоча послабити вплив негативних деструктивних установок. Тут слід підкреслити дуже важливу різницю природного тренінгу від традиційного психологічного тренінгу. У даному випадку консультант не ставить перед собою мету прямим тренінгом сформуванню у вчителя адаптивні стереотипи замість дезадаптивних. Ефективність «відкритого» психолого-педагогічного тренінгу знижується у силу того, що, якщо вчитель «не хоче» набутися змін у своїй поведінці та діяльності, то він набуває стану абеомотного нейсприйняття до тренінгу, на що вказує Е. Г. Ейдемільер та В. В. Юстицький [214,101]. Необхідно помітити, що у випадку щирості вчителя та очікування ним позитивних змін, вступають у дію механізми психологічного захисту, зусилля тренера та тренуючого розбиваються міцними негативними установками останнього, об його «вивчену безпомічність» [214,166]. Щоб подолати ці перешкоди, вчителю, психологу необхідна висока майстерність в області психолого-педагогічного тренінгу.

У процесі природного психолого-педагогічного тренінгу психолог, педагог конструє, організує та залучає вчителя у таку діяльність, в ході якої останній, спираючись на свій позитивний досвід, на свої сильні сторони, як би «випадково» оволодіває раніше не припустимими для нього видами діяльності, залучається у раніше неприпустимі для нього взаємодії та взаємодії.

Відображення позитивної динаміки корекції є «оздоровлення» установочного поля вчителя, тобто підвищення позитивних установок у раніше неблагополучних сферах. Найважливішим елементом природного тренінгу по відношенню до відкритого психологічного тренінгу є те, що він надає досягнутому вчителем успіху реальність та високу значимість. Природний психолого-педагогічний тренінг можливо назвати грою у силу специфічного розподілення

ролей у цьому виді діяльності. Так, у цій «грі» завжди є (один або декілька) головний герой – вчитель, який повинен отримати успіх, поширити свій адаптивний діяльнісний та поведінковий репертуар. Завжди є глядачі – люди, по реакції яких вчитель усвідомлює успішність своєї діяльності, та відштовхнувшись від цього, перейде до суб'єктивного відчуття успіху – ключовому психологічному ефекту у корекційній грі. Завжди є режисер, котрий придумав зміст корекційної гри, організував та проводить її, максимально сприяє досягненню успіху головного героя. Часто режисер додатково грає роль важливого глядача. Часто є помічники режисера, які діляться на посвідчених (усвідомлених) та не посвідчених. Корекційна психолого-педагогічна гра проходить «всередині» звичайної учбової діяльності, та може знайти місце на уроці, зборах, дискусіях, позаурочних заходах та тому подібному. При цьому дуже часто видиме розподілення ролей у корекційних заходах не співпадає у розподіленні ролей у діяльності вчителя.

Продемонструємо описане на конкретному прикладі. У одній з шкіл було організоване засідання науково-методичної ради на тему: «Пізнавальна активність, як фактор творчого самовираження учнів». Вчителями та керівництвом школи була проведена велика підготовча робота: зібраний науковий матеріал по темі, узагальнений практичний досвід по цьому питанню, намічені плани на подальшу діяльність і т. п. Засідання ради було вдалим. Мета даного заходу була очевидна – утворення умов для творчого самовираження дітей, розвиток їх пізнавальної активності. Але під час цього закладу велась корекційна гра, корекція установок вчителів методом потайного тренінгу, з участю двох головних героїв – Людмили Іванівни та Ольги Володимирівни, Людмила Іванівна – учитель з демонстративним типом поведінки. Це учитель з високим рівнем інтелекту, розвиткою мовою, та ерудицією. Постійно прагне отримати «заслужене визнання» з боку колег та адміністрації школи. Прагнула звернути на себе увагу розрізненими знаннями у різних областях, невдалими жартами. Цим самим викликала нарікання своїх колег. Позаурочний час вона не відходила від своїх колег, яких поважала, висказувала свої думки з різних питань, задавала різноманітні питання. У цих діях Людмила Іванівна була дуже настирлива, навколишнім докучала. З боку колег характеризувалась як «велика базіка». Аналіз установочного поля показав, що нижче за все у неї сфера «колеги», що явно визначалось суб'єктивною дум-

кою Людмили Іванівни про недостатнє признання та увагу до неї з боку колег. У той же час по сфері «Я» були високі бали.

У Ольги Володимирівни були інші проблеми. Вона була замкнута, мало спілкувалася, не приносила нікому ніяких клопіт. У колі колег вона виділялась відсутністю друзів. Аналіз установочного поля показав негативи по сфері «відношення до себе» та «відношення до колег». Стало очевидним, що вчитель належить до тих інтровертів, які незадоволені своєю некомунікативністю (хоча є інші – які сприймають це спокійно). Соціометрія показала ізольованість Ольги Володимирівни.

Очевидна стала проблема вчителів, виходячи з якої можливо було визначити мету природного тренінгу. Людмили Іванівни необхідно допомогти отримати так необхідно їй увагу та признання її «великих можливостей». Ольги Володимирівни необхідну допомогу вступити з колегами у спілкування. Для реалізації цієї мети необхідно було знайти позитив цих вчителів та будувати їх ролі у природному тренінгу, на цьому позитиві. У Людмили Іванівни цей позитив був наявно-очевидний – високий інтелект, ерудиція, акторські здібності та здібності розповідача. Тому вона отримала роль «головного режисера», після чого, використовуючи свій службовий обов'язок, вона приймала участь майже у всіх дискусійних питаннях методичного об'єднання вчителів. Складніше було з Ольгою Володимирівною. Необхідно було проведення додаткового пошуку. Вихідним цього пошуку були позитивні установки у сферах «задачі та мета діяльності», «засоби діяльності». З'ясувалось, що Ольгу Володимирівну дуже цікавлять наукові та теоретичні аспекти педагогічної діяльності. Використовуючи своє право робити акцент на наукову основу тематики методичних зборів, адміністратор школи (він же режисер корекційної гри) майже половину питань підготував, базуючись на теоретичному матеріалі. Таким чином, для Ольги Володимирівни, яка приймала участь у цьому засіданні, була підготована роль «головного теоретичного знавця». Таким чином вчитель вступив у насичене спілкування з колегами.

Очікуваний результат потайного психолого-педагогічного тренінгу був досягнутий: Людмила Іванівна отримала велику порцію уваги та оцінення своїх здібностей, отримала признання своїх колег. Ольгу Володимирівну «помітив» колектив, і як результат – до неї стали підходити з різними питаннями, стало інтенсивним її спілкування з колегами по праці. Успіх корекційної психолого-

педагогічної гри був психолого-педагогічним дослідженням: оздоровилось установочне поле вчителів, підвищився соціометричний статус Ользі Володимирівни.

Необхідно підкреслити, що завершений успіхом психолого-педагогічний потайний тренінг, який зробив ефективний перший крок у бік позитивних змін, часто дуже слабкий засіб, щоб привести до стійких позитивних змін та результатів. Тому корекційна робота з вчителем повинна бути комплексною та довготривалою.

Комплексність корекції означає використання різних видів пристосувальної та преобразуючої корекції. Це постійний індивідуальний підхід з боку педагогів. Для цього необхідно їх психолого-педагогічне освідчення та консультування. Це оптимізація учбово-виховного процесу у цілому, це потайний тренінг з одним і тим же «головним героєм» декілька разів.

Узагальнюючи успішний досвід, методи природного психолого-педагогічного тренінгу, можливо сформулювати слідкуючу схему підготовки та реалізації діяльності по корекції установочного поля учителя.

1 етап. Діагностика. Діагностується діяльність та характер учителя та його установочне поле, емоційний зміст, інтереси та тому подібне. Ведеться цілеспрямований пошук позитиву суб'єкта та його психолого-педагогічних проблем. Виявляються види діяльності, у котрих його позитивне та негативне установочне поле.

2 етап. Модулювання природного корекційного психолого-педагогічного тренінгу.

Моделюється така діяльність, яка пов'язувала б у ціле раніше неуспішну діяльність (позитивні установки), при цьому ураховуються характерологічні особливості вчителя, особливості соціальної ситуації його розвитку, діяльності, компетентності.

3 етап. Підготовка корекційної роботи.

Педагог, психолог непомітно готують вчителя до визначеного виду діяльності та сприяють створенню таких умов, які були б спрямовані на успіх учителя у даному виді діяльності.

4 етап. Реалізація корекційної роботи.

Педагог, психолог влучає учителя у психолого-педагогічний корекційний тренінг. Вдало спрямовує цього хід. Завжди готовий прийти на допомогу вчителю.

5 етап. Закріплення позитивних установок.

У випадку успіху вчитель, психолог за допомогою глядачів допомагає вчителю, який підлягає корекції, осмислити свій успіх. Готує слідкуючий корекційний тренінг. Можливий перехід до прямого тренінгу.

У випадку невдачі своєчасне втручання «головного режисера» повинно зробити якнайменше помітним цю невдачу, організується міжособистісна підтримка. Після цього цикл повторюється з першого стану – діагностики, з метою проникнення у психологічне та педагогічне буття вчителя, точніше виявити його проблему та сильні сторони.

Найменш результативною корекційна гра з'явилася для неузгодженого рівня готовності вчителів. Аналіз невдалих випадків використання потайного тренінгу показав, що у непіддаючихся цьому виду тренінгу вчителів мотивація запобігання невдач переважає над мотивацію досягнення.

Ще на одному методі корекційної роботи ми зупинились – це психолого-педагогічне консультування вчителів. Консультативна діяльність – дуже важливий напрямок роботи школи. Консультації для вчителів можуть бути індивідуальними та груповими.

Психолого-педагогічне консультування походить з уяви про те, що за допомогою спеціально організованого процесу спілкування у вчителя не готового до реалізації особистісно-орієнтованого навчання, можуть бути актуалізовані допоміжні сили та можливості, які, у свою чергу, можуть забезпечити відшукування нових можливостей з життєвої ситуації. Тому психолого-педагогічне консультування спробує відповісти на п'ять основних питань: 1) у чому суть процесу, який виникає між вчителем, якій опинився у тяжкій професійній ситуації (клієнтом), та вчителем, психологом, якій надає допомогу (консультантом); 2) які повинні бути особистісні риси, установки, знання та уміння консультанта; 3) які резерви, внутрішні сили клієнта можуть бути актуалізовані у процесі консультування; 4) які особливості накладає на процес консультування особлива ситуація, яка склалась у життєдіяльності клієнта; 5) які ті прийоми та способи, котрі можуть бути застосовані консультантом у процесі допомоги.

Необхідно помітити, що при консультації найбільша увагу надається особистісним ресурсам вчителя: від освіченості – надання значення не стільки знанням, які надає консультант клієнту

у ході консультації, скільки особливим взаємовідношенням між консультантом та клієнтом, які виявляють допоміжні можливості самостійного подолання труднощів останнім.

Психолого-педагогічне консультування за своїми задачами відноситься до психопрофілактичної роботи. Але між ними є велика різниця. Якщо профілактичну роботу ми починаємо тоді, коли педагогічна чи психологічна проблема ще не виникла і ми передбачаємо її як можливу, то консультацію – тоді, коли проблема у наявності. Завдання педагога, психолога – допомогти вирішити цю проблему. Особливо важливе при цьому – це визначити правдиву проблему та установити причини, які її завдали. Дуже часто, наприклад, вчитель приходиться просить допомогти йому у роботі з учнем, який характеризується ними звичайно негативно з точки зору успішності, або поведінки, або взаємовідносин з друзями та з ним, вчителем. На перший погляд, проблеми у дитині, з ним і необхідно працювати. Але з таким висновком не слід поспішати. Дуже часто проблема виникає в результаті спрямованих дій або ставлення самого вчителя, проблема насамперед у ньому самому, а лише потім в учні.

Якщо вчитель під час консультування зрозумів причину своєї невдачі у роботі з учнем, тоді він вирішив свою проблему. Якщо він усвідомив причини проблеми, то скоріш за все по-іншому буде будувати свої взаємовідносини з дітьми та шукати індивідуальні підходи до кожного.

Досвід свідчить, що вчитель, незалежно від свого педагогічного досвіду, за консультацією звертається частіше над усе – з питанням «неуправляемості» окремих учнів, у яких бачить винуватців ускладнених взаємовідносин. Причину цих проблем та труднощів вони намагаються шукати у недоліках сімейного виховання, не піддаючи сумніву свої професійні уміння та особистісні якості. Але, в багатьох випадках, зрозуміло, що вчителі не знають основних психологічних особливостей кожної дитини, тому не здатні знайти вірний підхід до неї.

Таким чином, психологічний зміст консультації у тому, щоб допомогти вчителю самостійно вирішити цю проблему. Тільки таким чином він зможе накопичувати досвід рішення подібних проблем у майбутньому.

У процесі консультування психолог та педагог намагаються вирішити чотири основні задачі:

По-перше, сформувати у вчителя здібність об'єкти візувати особливості свого характеру, діяльності та особливості тяжких для нього ситуацій. Побачити їх як би з боку та навчити вчителя аналізувати такі ситуації, продуктивно використовувати досвід своїх помилок.

По-друге, розширити діапазон можливих способів поведінки вчителя у складних для нього ситуаціях, так як стереотипність поведінки – це головне, що наявне для вчителя при вирішенні професійних труднощів.

По-третє, необхідно допомогти вчителю добре усвідомити відносно значимих для нього позицій можливі проблеми, які складають для нього контролюючий розвиток дезаптивних стереотипів діяльності.

По-четверте, дуже важливо сумісно з вчителем сформувати позитивну програму майбутнього, вийти на адекватні для його характеру засоби саморегуляції, види професійної діяльності.

Таким чином, психолого-педагогічна консультація – найважливіший вид роботи школи. Специфіка такого виду консультування у школі полягає в тому, що має відношення до вирішення головних завдань школи – максимально сприяти психічному та особистісному розвитку кожного окремого школяра. Проблема вчителя розглядається тільки у зв'язку з проблемами учнів, а не сама по собі.

Таким чином, експеримент здійснювався у три етапи:

1 етап: Констатуючий етап експерименту. На цьому етапі ми завдяки адаптованого метода незакінчених речень виділили чотири рівня психологічної готовності вчителя до особистісно-орієнтованого навчання (позитивно-узгоджений, позитивно-неузгоджений, негативно-узгоджений, негативно-неузгоджений). Проведене нами дослідження на цьому етапі експерименту дає основу стверджувати, що аналіз установочного поля вчителя дозволяє вже на основі емоційно-оціночних балів, за запропонованою методикою, означити сферу з перевагою позитивних та негативних установок вчителя. Увага коректора, в першу чергу, повинна бути звернена на сфери з значною кількістю негативних установок. Сфери з перевагою позитивних установок, навпаки, вказують на сильні сторони вчителя, умови, в яких він почуває себе психологічно комфортно, види діяльності в яких його «психологічна компетентність» найбільш висока.

2 етап. Формуючий етап експерименту. На цьому етапі ми розробили систему корекційних дій, яка містить метод природного психологічного тренінгу, психолого-педагогічне консультування вчителів, освітня робота з ними. Мета природного психолого-педагогічного тренінгу – сприяти досягненню успіху вчителя у тій сфері своєї діяльності, у тому виді взаємодій з іншими людьми (учнями, їх батьками, колегами по праці, адміністрацію школи), у якому він раніше був неуспішним. Психологічною основою такої корекційної роботи є процес гіперкомпенсації, який відбувається у спеціально складених вимогах максимальної сприятливості та у процесі старанно «відрежисованої» діяльності. Після виявлення сфер найбільш позитивними та негативними установками визначається зміст позитива та негатива у психолого-педагогічному бутті вчителя, коректор ставить перед собою цілком очевидну мету – спираючись на позитив, нейтралізувати або хоча б послабити вплив негативних установок. Необхідно підкреслити важливу різницю природного тренінгу. У даному випадку консультант не ставить перед собою мету прямим тренінгом сформувати у вчителя адаптивні стереотипи замість дезадаптивних. Ефективність «відкритого» психолого-педагогічного тренінгу зніжиться у силу того, що, якщо вчитель «не хоче» набути змін у своїй поведінці та діяльності, то він набуває стану нейсприйняття до тренінгу. У випадку щирості вчителя та очікування ним позитивних змін, вступають у дію механізми психологічного захисту. У процесі природного психолого-педагогічного тренінгу коректор організує та залучає вчителя у таку діяльність, в ході якої останній, спираючись на свій позитивний досвід, на свої сильні сторони, як би «випадково» оволодіває раніше не припустимими для нього видами діяльності, залучається у раніше неприпустимі для нього взаємодії та взаємовідносини.

При запропонованому нами психолого-педагогічному консультуванні найбільша увага надається особистісним ресурсом вчителя: від освіченості – надання значення не стільки знанням, які дає консультант клієнту у ході консультації, скільки особливим взаємовідношенням між консультантом та клієнтом, які виявляють допоміжні можливості самостійного подолання труднощів останнім. Специфіка такого виду консультування у школі полягає в тому, що має відношення до вирішення головних завдань школи – максимально сприяти психічному та особистісному розвитку кож-

ного окремого школяра. Проблема вчителя розглядається тільки у зв'язку з проблемами учнів, а не сама по собі.

3 етап. Етап обробки даних дослідження на основі методів варіаційної статистики: факторного та кореляційного аналізу.

Запитання для самоперевірки

1. Які основні філософські та психолого-педагогічні позиції знаходяться в основі розгляду проблеми педагогічної діяльності з дітьми з психофізичними порушеннями?

2. В чому полягає одне з основних завдань педагогічної діяльності з дітьми з психофізичними порушеннями?

3. Що впливає на формування Я-концепції педагога та учня в процесі їх педагогічної взаємодії?

4. В чому полягає «внутрішня перебудова» вчителя готового до корекційно-виховної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями різного віку?

5. В чому полягає суть методики діагностики психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями?

Завдання для самопідготовки

1. Охарактеризуйте систему забезпечення відкритої взаємодії педагога та учня в процесі педагогічної діяльності з дітьми з психофізичними порушеннями.

2. Визначте зміст та психологічну структуру готовності вчителя до корекційно-виховної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями різного віку?

3. Визначте рівень психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності.

4. Охарактеризуйте основні складові корекційної роботи з підвищення рівня психологічної готовності вчителя до педагогічної діяльності з дітьми з обмеженими можливостями.

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ

1. Абульханова-Славская К. А. О субъекте психической деятельности. – М., 1983. – 88 с.
2. Амонашвили Ш. А. Психологические основы педагогики сотрудничества. – К.: Освіта, 1991. – 110 с.
3. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды: В 2 т. – М., 1980. – Т. I. – 66 с.
4. Ананьев Б. Г. К постановке проблемы детского самосознания. – М., 1998. – № 18. – С. 6–14.
5. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. – М: Наука, 1977. – 380 с.
6. Андреев А. Н., Мдивани М. О., Рыжонкин Ю. Я. Методика измерения коммуникативной дистанции//Вопросы психологии. – 1987. – № 1. – С. 159–161.
7. Асмолов А. Г. Психология личности. – М: Изд-во МГУ, 1990. – 369 с.
8. Асмолов А. Г., Ягодин Г. А. Образование, как расширение возможности развития личности//Вопросы психологии. – 1992. – № 1. – С. 7–11.
9. Баб'як М. М. Особистість з позиції динамічного підходу. – К.: Освіта, 1994. – 106 с.
10. Баранова Т. С. Девиантное поведение подростков – трудности социализации//Психология и школа. – № 3. – 2005. – С. 3–21.
11. Бассин Ф. В. Еще раз о законах психики//Психологический журнал. – 1992. – № 6. – С. 145–151.
12. Безбах В. М. Стратегия лечения и особенности клиники психических расстройств и психосоциальных проблем у больных сахарным диабетом. Социально-психиатрические аспекты сахарного диабета//Международный эндокринологический журнал. – 2005. – № 1 (1).
13. Белл П. А. Личность и общение. – М.: Педагогика, 1986. – 271 с.
14. Бернс Р. Развитие Я – концепции и воспитания. – М.: Педагогика, 1986. – 121 с.
15. Бех І. Д. Психологічна суть гуманізму у вихованні особистості//Педагогіка і психологія. – 1994. – № 3. – 108 с.
16. Бехтерев В. М. Психопатия и ее отношения к вопросу о воспитании. – Казань, 1996.

17. Бирн Д. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М.: Просвещение, 1996. – 464 с.
18. Блага К., Шебек М. Я – твой ученик, Ты – мой учитель – М., 1991. – 140 с.
19. Богданова Т. Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 224 с.
20. Богоявленская Д. Б. Пути к творчеству. – М.: Изд-во Знание, 1981. – 96 с.
21. Бодалев А. А. Личность и общение. – М: Педагогика, 1983. – 271 с.
22. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М.: Просвещение, 1986. – 464 с.
23. Бондаревская Е. В. Гуманизация старшекласников//Советская педагогика. – 1991. – № 9 – С. 50–56.
24. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М., 1994. – 144 с.
25. Брушницкий А. В. Рубинштейн С. Л. – Основоположник деятельностного подхода в психологической науке//С. Л. Рубинштейн. Очерки воспитания. Материалы к 100 – летию со дня рождения – М., 1989. – С. 79–81.
26. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Ось-89, 2007. – 256 с.
27. Выготский Л. С. Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте//Педагогическая психология. – М., 1991. – 252 с.
28. Выготский Л. С. Мышление и речь//Собр.соч.: В 6 т. – М., 1982.
29. Выготский Л. С. Педагогическая психология – М, 1996. – 338 с.
30. Выготский Л. С. Проблема возраста//Собр. соч.: В 6 т. – М: Изд-во Педагогика, 1983. – Т. 4. – 432 с.
31. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии/Под ред. Т. А. Власовой. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.
32. Викулина И. Н., Добряков И. В., Красильников А. М. Эффективность обучения в педиатрической астма-школе, психологические особенности и отношение к болезни детей и их родителей//Аллергология. – № 3. – 2002.
33. Воронина С. Н., Маскова Г. С. Анализ семейного воспитания и особенностей восприятия эмоций у детей с бронхиальной астмой//Сборник статей Международного конгресса. – Социальная психология XXI века. – Ярославль. – 2002.
34. Гальперин П. Я. Ответы на вопросы корреспондента журнала//Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология – 1992. – № 4. – С. 5.

35. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. – М., 1964. – С. 121–122.
36. Гарев В. М. Общие проблем педагогики высшей школы и частных методик. – Уфа, 1996. – 176 с.
37. Гашимова В. Х. Деякі аспекти розвитку творчої особистості вчителя//Педагогіка і психологія. – 1996. – № 3. – С. 255.
38. Гереманн П. Способ формирования планов. – 1981.
39. Гильбух Ю. З. Дифференциация в начальном звене. – К., 1996. – 54 с.
40. Гильфорд Дж. П. К ученую о динамике психопатий: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1981. –189 с.
41. Гинзбург М. Р. Личностное самоопределение как психологическая проблема//Вопросы психологии. – 1988. – № 2.
42. Глозман Ж. М. Общение и здоровье личности: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 208 с.
43. Гозман Л. Я. Психология эмоциональных отношений. – М.: Изд-во МГУ, 1987–174 с.
44. Голубцов Ф. С. Психологические особенности девиантного поведения онкологических больных при медико-социальной экспертизе//Прикладная психология. – 2001. – № 6. – С. 66–70.
45. Гончаренко С. І. Інтеграція наукових знань і проблеми освіти// Постметодика. – 1994. – № 6. - С. 2.
46. Грецов А. Г. Тренинг общения для подростков. – СПб.: Питер, 2007. –160 с.
47. Губерський Л. В. Гуманітаризація: від культу знань – до культу мислення//Рідна школа. – 1993. – № 10. – С. 67–71.
48. Давыдов В. В. Виды обобщения в обучении. – М. 1972.
49. Давыдов В. В. О понятии личности в современной психологии// Психологический журнал. – 1998. – № 4.
50. Давыдов В. В. Проблемы развивающего обучения. – М.: Педагогика, 1986. – 210 с.
51. Давыдов В. В. Учебная деятельность; состояние и проблемы исследования//Вопросы психологии. – 1991. – № 6. - С. 5–12.
52. Джампольский С. Д. Как обрести внутреннее равновесие и оздоровить свои отношения с окружающими: мини-курс: Разговор с учителем/Пер. с англ. – М., 1990.
53. Долинська Л. В. Психологічні вимоги до підготовки сучасного вчителя. Матеріали другого зїзду психологів України. – К. – 1996. – С. 36–39.
54. Долинська Л. В. Проблема підготовки майбутніх вчителів початкових класів до творчої взаємодії з учнями. Збірник наукових праць «Творча особистість вчителя: проблеми теорії і практики». – К. – 1997. – С. 273–276.

55. Дремова Г. В. Комплексное использование ипшотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП/Дремова Г. В., Соколов П. Л., Столяров В. И.//Спорт, духовные ценности, культура. – М., 1997. – Вып. 8. – С. 130–174.
56. Дробижев М. Ю., Захарчук Т. А. Депрессия у больных сахарным диабетом//Международный эндокринологический журнал. – 2007. – № 1 (7).
57. Дубрович С. И. Главное, чтобы учитель был профессионалом//Вопросы психологии. – 1994. – № 5. – 108 с.
58. Дурай-Новаков К. М. Я – это Я, или как стать счастливым. – Л.: Лениздат, 1992. – 192 с.
59. Дусавицкий А. К. Воспитывая интерес. – М.: Знание, 1984. – 80 с.
60. Дяченко М. И. Психологические проблемы готовности к деятельности. – Минск: Изд-во БГУ. 1996. – 175 с.
61. Ерохина Л. Г., Гельфанд В. Б. Болезни нервной системы. – 2-е изд. – Л., Медицина, 1979. – 352 с.
62. Жмуров В. А. Психопатология. Часть II. Психопатологические синдромы: Учебное пособие. – Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1994. – 304 с.
63. Журавлев В. И. Педагогика в системе наук о человеке. – М.: Изд-во Педагогика, 1990. – 164 с.
64. Заболотна Н., Зінченко А., Комарова Н., Романова Н. Організація діяльності громадських організацій, які надають допомогу хворим дітям: Методичний посібник. – К. – 2007. – 92 с.
65. Загвязинский В. И. Учитель как исследователь. – М.: Знание, 1980. – 96 с.
66. Зайгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1990. – 157 с.
67. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.91., ВВР, 1991, № 21, ст. 252.
68. Занков Л. В. Избранные педагогические труды. – М, 1990.
69. Знанецки Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1984. – 444 с.
70. Золотнякова А. С. Личность в структуре педагогического общения. – Ростов-на-Дону, 1999.
71. Имедадзе А. В. Установка как системообразующий фактор деятельности. – В кн. Теория установки в актуальной проблеме психологии. – Тбилиси: Мецниереба, 1990. – С. 90–95.
72. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
73. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство: громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти: методичний посібник/Є. А. Клопота,

- В. Г. Бондаренко, О. А. Клопота, С. А. Бондаренко. – Запоріжжя: ЗНУ, 2008. – 114 с.
74. Казначеев В. П. Учение В. П. Вернадского о биосфере и ноосфере. – Новосибирск, 1999.
75. Калмыкова З. И. Продуктивное мышление как основа обучаемости. – М., 1981.
76. Кандибович Л. А. Психологические проблемы готовности в деятельности. – Минск: Изд-во БГУ, 1996. – 175 с.
77. Карепов Г. В. Лечебно-физическая культура и физиотерапия в системе реабилитации больных травматической болезнью спинного мозга. – К.: Здоровья, 1991.
78. Карпіловська С. Я. На полі боротьби волі з долею. Запрошення до діалогу.//Особистісний вибір: психологія відчаю та надії/За ред. Т. М. Титаренко. К.: Міленіум, 2005. – С. 263–275.
79. Касимова Л. Н., Илюхина Т. В. Механизмы психосоматических взаимоотношений в онкологии Нижегородский медицинский журнал Научно-практический журнал. – 2007. – № 6. – С. 120–129.
80. Кац Д. Элементарная педагогика//Психологический журнал. – 1992. – № 6. – С. 145–151.
81. Кербиков О. В. К учению о динамике психопатий. – В кн. Избранные труды. – М: Изд-во Медицина, 1991. – С. 163–189.
82. Кичук Н. В. От творчества учителя к творчеству ученика. – Измаил, 1992. – 95 с.
83. Клопота С. А., Клопота О. А. Аналіз поглядів суспільства на процес інтегрованого навчання осіб з порушеннями зору на Україні//Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Корекційна педагогіка та психологія. Вип. 10. Київ: 2008. – С. 256–262.
84. Клопота С. А., Клопота О. А. Теоретичні принципи й особливості проведення соціально-психологічного тренінгу для людей з вадами зору//Соціальні технології: актуальні проблеми теорії і практики: Міжвузовський збірник наукових робіт. – К-М-Одеса-Запоріжжя: Видавництво ГУ «ЗИГМУ», – 2006. – Вип. 32. – С. 172–179.
85. Клопота С. А. Переработка информации и формирование пространственных представлений у лиц с нарушением зрения//Матеріали ІІ міжнарод. наук. конф. «Актуальні проблеми фізичної культури та спорту в сучасних соціально – економічних умовах.» – Запоріжжя, 2005. – С. 209–216.
86. Козелецкий Ю. Человек многомерный. – К.: Лыбидь, 1991. – 285 с.

87. Козьявкин В. И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. – Львов.: Українські технології, 2005. – 234 с.
88. Коломинский Я. Л. Изучение педагогического взаимодействия//Педагогика. – М., 1991. – 160 с.
89. Коменский Я. А. Избранные педагогические сочинения – М., 1982. – Т. 1. 506 с.
90. Кон И. С. Открытие Я. – М.: Изд-во Политиздат, 1998. – 336 с.
91. Конституція України, 1991.
92. Копытин А. И. Руководство по групповой арт-терапии. – СПб.: Речь, 2003. – 320 с.
93. Косов Б. Б. Личность и педагогическая одаренность: Новые методы исследования. – М.,: Изд-во НИИ ВО, 1995.
94. Костюк Г. С. Избранные психологические труды. – М.: Науки, 1998.
95. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психологічний розвиток особистості. – К., 1999. – 412 с.
96. Кравчук П. Ф. Формирование развитой творческой личности. – К: Вища школа, 1994. – 155 с.
97. Кроз М. В. Аннотированный указатель социально-психологических методов диагностики. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 65 с.
98. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник/Ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.
99. Кроник А. А., Хорошилова Е. А. Диагностика взаимопонимания в значимых отношениях//Вопросы психологии. – 1987. – № 1. – С. 128–137.
100. Кузанский М. Об ученом незнаний//Собр.соч.: В 2 т. – М., 1999. – Т. 1. – С. 67.
101. Кузьмина Н. В. Педагогическое мастерство учителя как фактор развития способностей учащихся //Вопросы психологии. – 1994.- № 1. – С. 20–26.
102. Кумарина Г. Ф. Теория коллектива в трудах А. С. Макаренко. – К.: Вища школа, 1999. – 121 с.
103. Куницын В. Н., Казаринова Н. В., Погольша В. М. Межличностное общение. Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2001. – 544 с.
104. Купреева О. И. Методика диагностики отношения к другому людям с инвалидностью//Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К.: Університет «Україна», 2004. – С. 301–307.
105. Купреева О. І. Особливості «Я-концепції» дорослих інвалідів з ампутаційними дефектами кінцівок: Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.07/Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2003. – 20 с.

106. Лабунская В. А. Психология затрудненного общения: Учебное пособие, М.: Академия, 2001. – 286 с.
107. Лазурский А. Ф. Альтруизм//Психология личности: Тексты. – М.: Изд-во МГУ, 1982.
108. Ларичев О. И. Объективные модели и субъективные решения. – М: Изд-во Наука, – 1987. – 142 с.
109. Левитов Н. Д. О психологических состояниях человека. – М.: Просвещение, 1994. – 344 с.
110. Леонгард К. Акцентуированные личности. – К.: Вища школа, 1988. – 375 с.
111. Леонтьев Д. А. Установка как механизм смысловой регуляции деятельности. – В кн. Теория установки и актуальные проблемы психологии. – Тбилиси: Мецниереба, 1990. – С. 158–168.
112. Леонтьев А. А. Педагогическое общение. – М., 1999.
113. Леонтьев А. Н., Л. С. Выготский. – М., 1990. – 124 с.
114. Лийт К. Интимность и взаимоотношения в семье//Человек, общение и жилая среда. – Таллин, 1980.
115. Линенко А. Ф. Готовність майбутніх учителів до педагогічної діяльності//Педагогіка і психологія. – 1995. – № 1. – С. 125–132.
116. Липа В. А. Психологические основы педагогической коррекции. – Донецк: Лебідь, 2000. – 319 с.
117. Липа В. В., Липа В. О. Формування життєвих компетенцій дітей з особливими освітніми проблемами//Гуманізація навчально-виховного процесу: Збірник наукових праць (Спецвипуск)/За загальною редакцією В. І. Сипченка. – Слов'янськ, 2006. – С. 139–145.
118. Лисина М. И. Общение детей со взрослыми и сверстниками: общее и различное. – В кн. Исследования по проблемам возрастной и педагогической психологии. Сборник научных трудов. – М: Изд-во НИИ общей педагогики, 1990. – С. 25–36.
119. Литвак А. Г. Практикум по тифлопсихологии: Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов/А. Г. Литвак, В. М. Сорокин, Т. П. Головина. – М.: Просвещение, 1989. – 110 с.
120. Личко А. Е. Психопатия и акцентуация характера. Л.: Медицина, 1993. – 256 с.
121. Любота В. В., Солопай С. В., Біланик Н. В., Пшенічна В. С. Інтегрований театр для молоді з розумовою відсталістю, Під ред. Стецькова О. В. – К. ІКЦ «Леста», 2002. – 48 с.
122. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
123. Мамайчук И. И., Ильина М. Н. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития. Научно-практическое руководство. – СПб.: Речь, 2004. – 352 с.

124. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 224 с.
125. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
126. Махмутов М. И. Проблемное обучение. – М., 1975.
127. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
128. Менчинская Н. А. Психологические проблемы неуспеваемости школьников. – М., 1991.
129. Місяк С. А. Критерії ефективності реабілітації онкологічних хворих//Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К.: Університет «Україна», 2004. – С. 509–514.
130. Місяк С. А. Організація освіти осіб з фізичними вадами в Україні//Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2005. – С. 284–285.
131. Моисеев М. М. Человек и ноосфера. – М., 1990.
132. Монтессори М. Помогите мне сделать это самому//Сост., вступ. статья М. В. Богуславский, Г. Б. Корнетов. – М.: Карапуз, 2000. – 272 с.
133. Мороз О. Г. Молодий учитель і шкільний колектив. – К.: Т-во Знання УРСР, 1981.-48 с.
134. Мясичев В. Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1980.-428 с.
135. Мясичев В. Н. Общая психология. – М., 1986.-215 с.
136. Нагорна Г. О. Стратегічні й тактичні підходи до формування професійного мислення у майбутніх учителів//Педагогіка і психологія. 1996. – № 1.- 191 с.
137. Наумов Н. Д. Психолого-педагогические проблемы диагностики мышления//Вопросы психологии. – 1992. – № 2.
138. Наумова Н. Ф. Социологические и психологические аспекты целенаправленного поведения. – М.: Изд-во Наука. 1998.- 197 с.
139. Нижник Л., Сагірова О. Допомога дітям з особливими потребами. – К.: Ред. загальнопед. газ., 2004. – 120 с.
140. Нийт Т. Общие тенденции в развитии теорий о взаимоотношениях человека и сферы//Человек. Среда. Общение. – Таллин, 1980.
141. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації//Пер. з англ. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 294 с.
142. Онищук В. А. Урок в современной школе: Пособие для учителя. – М.: Просвещение, 1986. – 158 с.
143. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: Підручник: У 2 кн. Кн..1: Соціальна психологія особистості і спілкування. – К.: Либідь, 2004. – 576 с.

144. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. – 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 480 с.
145. Особенности психофизического развития учащихся спец. школ для детей с нарушениями ОДА/Под ред. Т. А. Власовой; Науч.-исслед. ин-т дефектологии. Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1985. – 128 с.
146. Парджападзе Д. Ш. Память и бессознательное. – в кн. Теория установки и актуальные проблемы психологии. – Тбилиси: Изд-во Мецниереба, 1990. – С. 218–228.
147. Петрова І. В. Проектування в соціально-культурній сфері: Навчальний посібник. – К.: Вид-во КНУКіМ, 2007. – 372 с.
148. Петровский В. А. Психология неадаптивной активности. – М., 1992.
149. Подмазин С. И. Личностно-ориентированное образование: Социально-философское исследование. – Запорожье: Просвіта, 2000. – 250 с.
150. Подмазин С. И. Теоретические основы личностно-ориентированного образования//Программа развития образовательной системы Ленинского района города Запорожье. Запорожье: Офис-Маркет, 1999., С. 15 –30.
151. Подмазін С. І. Особистісно-орієнтована освіта. Соціально-філософський аспект.//Створення іміджу сучасного закладу освіти. Запоріжжя. МНМЦ, 1997. С. 193 –198.
152. Поляк О. В. Проблеми соціальної реабілітації осіб з обмеженою дієздатністю – «духовна реабілітація»//Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К.: Університет «Україна», 2004. – С. 466–473.
153. Поппер К. Ницета историзма//Вопросы философии. – 1992. – № 9. – С. 28.
154. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка: Уч. пос. для студ. пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология»/А. Д. Виноградова, Е. Н. Липецкая, Ю. Т. Матасов, И. П. Ушакова; Сост. А. Д. Виноградова. – М.: Просвещение, 1985. – 144 с.
155. Прангишвили А. С. Психологические очерки. – Тбилиси: Мецниереба, 1985. – 111 с.
156. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник/Укл.: А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. – Львів: Колесо, 2008. – 144 с.
157. Робер М. А., Тильман Ф. Психология индивида и группы / Пер. с франц.-М., 1988.
158. Рокит Н. Детская психология. – М.: Просвещение, 1995. – 272 с.

159. Романенко О. В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.08/Ін-т спеціальної педагогіки АПН України. – К., 2003. – 18 с.
160. Ротенберг В. С., Бондаренко С.М. Мозговое обучение. Здоровье. – М.: Просвещение, 1989. – 240 с.
161. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии: В 2 т. – М., 1989. – Т. 1. – С. 21.
162. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии. – М.: Педагогика, 1993. – С. 24–25.
163. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология». – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1979. – 192 с.
164. Сафин В. Ф., Ников Г. П. Психологический аспект самоопределения личности//Психологический журнал. – 1994. – № 4.
165. Семёнов И. Н. Проблемы рефлексивной педагогики решения творческих задач. – М., 1990.
166. Середа Е. И. Практикум по межличностным отношениям: помощь и личностный рост. – СПб.: Речь, 2006. – 224 с.
167. Сидоров П. И., Парников А. В. Введение в клиническую психологию: Т. II.: Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 381 с.
168. Симонов П. В., Ершов П. М. Темперамент, характер, личность. – М.: Изд-во Наука, 1994. – 302 с.
169. Синьова Є. П. Тифлопсихологія: Підручник. – К.: Знання, 2008. – 365 с.
170. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології: Навч. посібник. – К.: Вища шк., 1994. – 143 с.
171. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Ч. 1 Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки): підручник. – К.: Вид-во НПУ ім. Драгоманова, 2007. – 238 с.
172. Синьов В. М., Матвеева М. П., Хохліна О. П. Психологія розумово відсталої дитини: Підручник. – К.: Знання, 2008. – 359 с.
173. Ситникова Н. С. Модульне навчання на терезах пережитого та омріяного//Рідна школа. – 1995. – № 7. – С. 80.
174. Сквин Е. В. Объединение школьных модулей. – М., 1992. – 86 с.
175. Сластенин В. А. Экологическое образование в подготовке учителя. – М.: Педагогика, 1994. – 104 с.
176. Смит М. Мозг. Обучение. Здоровье. – М.: Просвещение, 1999. – 240 с.
177. Соловьёва Г. Г. Негативная диалектика. – Алма-Ата, 1990. – С. 3.

178. Сорокин П. Человечество. Цивилизация. Общество. – М., 1992. – С. 474.
179. Сохань Л. В., Кириллова М. В. Жизненная программа личности как способ сознательной организации и жизнедеятельности//Стиль жизни личности. Теоретические и методические проблемы. – К., 1992. – С. 223–255.
180. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений/В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. В. И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.
181. Талызина Н. Ф. Теоретические основы разработки модели специалиста. – М.: Знание, 1996.
182. Теплов Б. М. Проблемы индивидуальных различий. – М., 1981. – 25 с.
183. Технологии социальной работы: Учебник под общ. ред. проф. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2001. – 400 с.
184. Томас У., Знанецки Ф. Самосознание личности. – М: Изд-во МГУ, 1993. – 284 с.
185. Торохтий В. С. Внутрисемейная адаптивность и эмоциональная удовлетворенность как значимые показатели психологического здоровья семьи//Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – № 3. – 1997. – С. 30–37.
186. Трофимова Н. М., Дуванова С. П., Трофимова Н. Б., Пушкина Т. Ф. Основы специальной педагогики и психологии. – СПб.: Питер, 2005. – 304 с.
187. Трухін І. О. Соціальна психологія спілкування: Навчальний посібник. – К.: Центр навч. літератури, 2005. – 336 с.
188. Турубарова А. В. Особливості професійного спілкування психолога з підлітками-інвалідами//Професіоналізм особистості: теоретико-методологічний аспект: Монографія/В. Й. Бочелюк, С. А. Білоусов, Г. О. Горбань та ін.; Під ред. В. Й. Бочелюка. – Запоріжжя: ГУ «ЗІДМУ», 2007. – С. 219–232.
189. Турубарова А. В. Психолого-педагогічні аспекти відношення до підлітків з фізичними вадами//Соціально-економічний розвиток України: європейський вибір: Матеріали VII Міжнародної наукової конференції студентів та молодих учених: У 2 ч./За заг. ред. А. А. Ткача. – Мелітополь: ГУ «ЗІДМУ», 2007. – Ч. 2. – С. 292–293.
190. Турубарова А. В. Соціально-психологічні бар'єри соціалізації підлітків з фізичними вадами//Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України/За ред. Академіка С. Д. Максименка. – К.: Міленіум, 2006. – Вип. 29. – С. 282–290.

191. Турубарова А. В. Фактори, які впливають на процес соціалізації підлітків з дефектами та порушеннями опорно-рухового апарату//Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України «Проблеми загальної та педагогічної психології»/За ред. С. Д. Максименка. Т. ІХ, Част. 4. – К., 2007. – С. 363–370.
192. Тюття О. Комуникативна компетентність особистості//Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство. Наук.-метод. зб. К., 2000. – с. 334.- С. 200–207
193. Узнадзе Д. Н. Общее учение об установке//Хрестоматия по психологии. – М., 1987.- С. 446.
194. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования. – М: Наука, 1966. – 140 с.
195. Узнадзе Д. Н. Экспериментальные основы психологии установки. -Тбилисси: Изд-во АН Грузинской ССР, 1961. – 211 с.
196. Усанова О. Н. Специальная психология. – СПб.: Питер, 2006. – 400 с.
197. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физ. культуры/Под общ. ред. проф. С. Н. Попова.-Ростов н/Д: изд-во Феникс. 1999. – 608 с.
198. Фрейд З. Теория бессознательного. – М.: Наука, 1980.- 346 с.
199. Фролов И. Т. Перспективы человека. – М., 1983.
200. Фурман А. В. Принцип модульності в освітній практиці//Рідна школа. – 1995. – № 7–8.- С. 80.
201. Фурман А. В. Психодіагностика інтелекту в системі диференційного навчання. – К., 1993.
202. Хакен Г. Синергетика: Иерархии неустойчивостей в самоорганизующихся системах. М.: Изд-во Мир, 1985. – 419 с.
203. Хекхаузен Х. Н. Мотивация и деятельность. – М.: Педагогика, 1996. – 406 с.
204. Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К⁰», 2002. – 340 с.
205. Цейтлин Г. Я., Кожарская Г. В., Смирнова Ж. В., Колмановская Н. Е., Бялик М. А., Греф А. Э., Чекулаева Ю. В., Колмановский А. Э. Проблемы реабилитации в онкопедиатрии//Современная онкология. – 2001. – № 1. – Том 3.
206. Церклевич В. С. Проблема працевлаштування людей з особливими потребами в сучасних умовах України//Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2005. – С. 464–465.
207. Чавчавадзе Н. З. Культура и ценности. – Тбилиси, 1984. – 171 с.
208. Черноушек М. Психология жизненной среды. – М., 1989.

209. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: Монографія. – К.: НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. – 240 с.
210. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я//Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна. Випуск VI. – Кам'янець-Подільський, 2006. – 352 с. – С. 337–342.
211. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології: [монографія]/Андрій Гаррійович Шевцов. – К.: МП Леся, 2009. – 484 с.
212. Шевцов А. Г. Особистісно орієнтовані освітні технології як системоутворювальний чинник комплексної соціальної реабілітації осіб з інвалідністю//Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб.: Вип. 8. Т.1/За ред. В.І.Бондаря, В.В. Засенка. – К.: 2006. – 323 с.
213. Щербина В. И. Самосознание и самооценка. – М.: Наука, 1994.-302 с.
214. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 188 с.
215. Эльконин Д. Б. Детская психология. – М.: Педагогика, 1978. – 238 с.
216. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте//Вопросы психологии. – 1991. – № 4. – С. 34–47.
217. Эльконин Д. Б., Давыдов В. В. Возрастные возможности усвоения знаний. – М, 1966.
218. Ядов В. А. Виды диспозиций личности и их иерархическая структура с позиции деятельностного подхода.
219. Ядов В. А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. – Л., 1979. – 98 с.
220. Якиманская И. С. Дифференцированное обучение//Директор школы. – М., 1995. – № 3. – 96 с.
221. Якиманская И. С. Личностно-ориентированное обучение в современной школе. – М., 1992. – 95 с.
222. Якиманская И. С. Принцип активности педагогической психологии//Вопросы психологии. – 1989, – № 6.
223. Allport G. W. Pattern and Growth in Personality, New York: Holt, Rinehart and Winston.
224. Ankinson L. M. An introduction to motivation. Princeton, N.Y; van Nostrand, 1964.
225. Barker R. G. Ecological psychology. Calif., 1968.
226. Bell P. A. et al Environmental psychology. Rhiladelfia, 1978.
227. Bower T. R. Development in infance, San Francisco: Freeman.

228. Cafe C. N., Appley M. N. Motivation: Theory and research. N. Y.: John Wiley, 1964.
229. Case, C. And Dalley, T. The Handbook of Art Therapy. London: Tavistock and Routledge, 1992.
230. Cofer C. N., Appley M. N. Motivation: Theory and researen N. Y.: Lohn Wiley, 1964.
231. Coleman L. The nature of adolescence, London: Methuen.
232. Combs A. W., Soper D. W. The measurement of self-concept and self-report: Educational and Psychological Measurement.
233. Cooley C. H. Human nature and the Social Ofder, New York: Seribners.
234. Coopersmith S. A metnod for determining tyhes of self-esteem: Journal of Abnormal and Social Psychology, 59, 87–94.
235. Csikzentmihalyi M., Csikzentmiholyi I. S. (eds) optimal experience: studies of blom in conciusness. Cambride: OUP, 1988.
236. De Charms R. Personal causation: The internal Affective determinants of behavior. N. Y.: Acad. Press, 1968.
237. Deci E. L. Intrinsic motivation N. Y.: Plenum 1975.
238. Deci E. L. The psychology of self-determination. Toronto: Lexington Books, 1980.
239. Deci E. L., Ryan R. M. Self-determination and intrinsic motivation in human behavior, 1985.
240. Games W. Principles of psychology, New York: Holt, Rinehart and Winston.
241. Harlow A. F. Leaming and satiation of respanse in intrinsically of respanse in intrinsically motivated complex puzzle perfomance by monkey//J. Compar and Physial. Psychol 1950. – V.43. – P.289–194.
242. Heder F. The psychology of interpersonal relation. N. Y.: Wiley, 1958.
243. Horney R. Neorosis and Human Growth. New-York: Norton.- P. 69–70.
244. Hull C. L. Principles of behavior. N. Y.: Appleton-Century-Crofts, 1943.
245. Lewin K. Field theory in social science. N. Y.: Harper, 1951.
246. Lindgren H. C. Educational psychology in the classroom. Oxford University Press. New York, 1980.
247. Maslow L. Perceived educational value of the classroom and teacher-pupil interpersonal relation pip, journal of Secondary Education, 44, 135–139.
248. Mead G. H. Mind, Sub and Society, Chicago: University of Chicago Prese.

249. Patterson G. R., DeBaryshe B. D., Ramsey E. A. Developmental Perspective on Antisocial Behavior//American Psychologist. – 1989. – February.
250. Purkey W. W. Inviting school success, Belmont: Wadsworth.
251. Rosenberg M. Society and the Adolescent self-image, princeton: Princeton University Press.
252. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement//Psychol. Monogr., 1966.
253. Shinner B. F. Beyond freedom and dignity. N. Y.: Knopf, 1971.
254. Simons R. Sex, sex roles and self image journal of Youth and Adolescence, 4, 229–258.
255. Stevens D. O. Reading difficulty and classroom acceptance. The Reading Teacher, 25, 197–199.
256. Thorndike E. L. Animal intelligence: an experimental study of the associative process in animal//Psychol. Monogr. – 1988. – V.2, № 8.
257. Tolman E. C. Principles of purposive behavior//Koch S. Psychology: A study of a science. V.2. N. Y.: McGraw-Hill. 1959.
258. Vygotsky L. S. Dynamics of psychology. N. Y.: CUP, 1918.
259. White R. W. Motivation reconsidered: The concept of competence//Psychol.Rev. – 1959. – V.66. – P.297–333.

АВТОРИ:

Бочелюк Віталій Йосипович – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри практичної психології Класичного приватного університету. Наукові інтереси професора Бочелюка В.Й. зосереджені на вирішенні проблем соціальної та організаційної психології, юридичної психології, педагогічної та вікової психології, психології спорту. Всі наукові досягнення впроваджені у навчальний процес, допомагають підвищити якість підготовки фахівців та краще засвоїти теоретичний та практичний матеріал.

За результатами досліджень він опублікував понад 200 робіт, у тому числі 19 навчальних посібників та підручників з грифом Міністерства освіти і науки України. Навчальні посібники та підручники використовуються вищими навчальними закладами України для підготовки бакалаврів, спеціалістів та магістрів.

Турубарова Анастасія Володимирівна – старший викладач кафедри практичної психології Класичного приватного університету. Наукові інтереси старшого викладача Турубарової А.В. зосереджені на вирішенні проблем спеціальної психології, психології людей з особливими освітніми потребами. Результати наукової діяльності відображені у 30 наукових публікаціях. Всі наукові досягнення впроваджені у навчальний процес, допомагають підвищити якість підготовки студентів-психологів та краще засвоїти теоретичний та практичний матеріал.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

БОЧЕЛЮК Віталій Йосипович
ТУРУБАРОВА Анастасія Володимирівна

ПСИХОЛОГІЯ ЛЮДИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Керівник видавничих проєктів – Сладкевич Б. А.

Оригінал-макет підготовлено
ТОВ «Центр учбової літератури»

Підписано до друку 14.12.2010. Формат 60x84^{1/16}
Друк офсетний. Папір газетний. Гарнітура PetersburgCTT.
Умовн. друк. арк. 14,85. Наклад – 600 прим.

Видавництво «Центр учбової літератури»
вул. Електриків, 23 м. Київ 04176
тел./факс 044-425-01-34
тел.: 044-425-20-63; 425-04-47; 451-65-95
800-501-68-00 (безкоштовно в межах України)
e-mail: office@uabook.com
сайт: www.cul.com.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2458 від 30.03.2006