



нітарного університету. – Рівне, 2017. – Т. 8. – 2017. – С. 120–124.

5. Франко І.Я. Грицева шкільна наука: Вірші, оповідання, казки: Для молодшого та середнього шкільного

віку / І.Я. Франко ; за ред. Н.О. Вишневської. – К. : Веселка, 1990. – 380 с.

6. Ярема Я. Франкознавчі студії / Я. Ярема ; упоряд. С. Яреми ; наук. редактор І. Лучук. – Львів, 2007. – 288 с.

УДК 159.9

## ВПЛИВ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ НА ПЕРСПЕКТИВУ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ

Мілютіна К.Л., д. психол. н.,  
професор кафедри психології розвитку  
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Івашова О.О.,  
бакалавр  
Інститут підготовки кадрів Державної служби зайнятості України

У статті відображено результати емпіричного дослідження батьківського ставлення, сімейних стосунків і рівня тривожності батьків, діти яких мають інвалідність через розлади аутистичного спектру. Виявлено наявність порушень у вигляді домінуючої гіперпротекції, емоційної відчуженості, симбіозного зв'язку з дитиною.

**Ключові слова:** інклюзія, батьківське ставлення, аутизм, корекція, соціальна адаптація.

В статье отражены результаты эмпирического исследования родительского отношения, семейных отношений и уровня тревожности родителей, дети которых имеют инвалидность из-за расстройств аутистического спектра. Выявлено наличие нарушений в виде доминирующей гиперпротекции, эмоциональной отчужденности, симбиотической связи с ребенком.

**Ключевые слова:** инклюзия, родительское отношение, аутизм, коррекция, социальная адаптация.

Miliutina K.L., Ivashova O.O. INFLUENCE OF PARENTING ATTITUDE TOWARDS CHILDREN WITH PAC PROSPECTS FOR INCLUSIVE EDUCATION

The article reflects the results of an empirical study of parental relationships, family relationships and anxiety levels of parents whose children have a disability due to an autistic spectrum disorder. The presence of violations in the form of dominant hyper protection, emotional alienation, symbiosis with the child has been revealed.

**Key words:** inclusion, parental relationship, autism, correction, social adaptation.

**Постановка проблеми.** Сьогодні близько 500 млн. чоловік у світі офіційно визнані інвалідами внаслідок інтелектуальних, фізичних чи сенсорних розладів. Вивчення вікової структури в динаміці свідчить, що 27,3% дітей-інвалідів, які перебувають на обліку в лікувальних закладах держави, припадає на вікову категорію від 0 до 6 років, 62,1%, відповідно, на вікову групу 7–14 років, 10,6 % – на вікову групу 15–16 років [1]. Згідно з концепцією інклюзивної освіти, яка була запроваджена в Україні у 2017 році, значна частина цих дітей буде навчатись у загальноосвітніх навчальних закладах. Допомогою або перешкодою в цьому процесі стане ставлення батьків до своїх дітей і перспек-

тив інклюзивного навчання. Тому виникає необхідність емпірично дослідити емоційні та виховні проблеми сімей, які виховують дітей з особливими потребами й передбачити проблеми впровадження інклюзивного навчання.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У зарубіжній літературі 1950–1960-х рр., так само як і у вітчизняній літературі до 1990-х рр., практично немає відомостей про стан батьків дітей з особливими потребами. Розуміння психологічного стану дорослих, які оточують дитину-інваліда, має практичну цінність для забезпечення більш ефективних форм соціально-психологічної допомоги дитині та її сім'ї. Дослідженням цієї проблематики займаються

Л.С. Алексєєва, М.М. Айшервуд, Г.Н. Багаєва, С.М. Безух, Л.К. Грачов, Н.Ф. Дементєва, Т.М. Ісаєва, Е.Н. Кім, С.С. Лебедева, Г.С. Мельникова, А.І. Усиніна та інші вітчизняні вчені.

Труднощі, пов'язані з вихованням «особливої дитини», зумовлюють якісні зміни в життєдіяльності сім'ї, дезадаптують сім'ю та призводять до сімейної кризи. Н.В. Северинчук зазначає, що переживання сім'єю стресу, що виникає під час народження дитини з особливими потребами, порушує структуру сім'ї кількісно та якісно (збільшується ризик відмови батьків від дитини, можливе розлучення батьків, змінюється стиль сімейних взаємин, прогресує соціальна ізоляція родини) [2].

Подібні структурні зміни викликають функціональні порушення: кожна сімейна функція (економічна, репродуктивна, рекреаційна, виховна тощо) видозмінюється, набуває нового значення, з'являються нові, такі як реабілітаційна, компенсуюча, корекційна. Дослідження В.В. Ткачової свідчать про зміни у функціонуванні сімей на декількох рівнях. Психологічний рівень характеризується змінами в емоційно-вольовій та особистісній сферах батьків. Зміни на соціальному рівні виявляються порушеннями подружніх, батьківських та екстрасімейних стосунків. Соматичний рівень страждає в результаті перевищення рівня навантажень, тобто в батьків можуть виникати різні соматичні захворювання, астеничні й вегетативні розлади [3].

Як показали спостереження О.В. Хмизової та Н.В. Остапенко, батьків дітей-інвалідів умовно можна поділити на три групи адаптивності:

- батьки, які адекватно сприймають особливості дитини;
- батьки, які приділяють увагу дитині, намагаються її розвивати, але при цьому їхній власний емоційний фон суттєво знижений;
- третя група – батьки, які матеріально забезпечують дитину, але не надають їй емоційної підтримки. Такі батьки не сприймають адекватно дитину з обмеженнями, для них вона стає чужою. Іноді вони намагаються виправити цю ситуацію шляхом народження іншої дитини.

Проблеми, що визначені в характеристиках другої й третьої груп батьків, негативно впливають на розвиток дитини з особливими потребами, гальмуючи успішність реабілітаційного процесу [4]. Л.С. Печнікова, досліджуючи материнське ставлення до дитини з аутизмом за наявності здорової дитини, виявила деякі залежності. Матері, які мають одну дитину, частіше емо-

ційно приймають її якості (78,1%). У групі матерів, які мають двох дітей, хвору дитину емоційно приймають 50% матерів, а здорову – 68,75%. У середині групи матерів, які мають двох дітей, виділено дві підгрупи: 1) хвора дитина – старша; 2) хвора дитина – молодша. Виявилось, що матері другої підгрупи частіше емоційно відкидають себе, свою хвору та здорову дитину. Емоційне відкидання дитини виявлено в 3,3% матерів. Наявність у сім'ї здорового сиблінгу посилює цю ситуацію тим, що для другої дитини поведінка матері не є настільки травмувальною, тому матері відмовляються міняти свою життєву початкову установку щодо хворої дитини й підсилюють її відкидання.

Найбільші відмінності виявлені всередині групи матерів, які мають двох дітей: там, де хвора дитина – молодша, у всіх матерів (100%) провідною позицією у взаєминах із нею є відкидання. У підгрупі, де хвора дитина – старша в родині, тільки у 50% матерів провідною позицією є відкидання, а в 50% спостерігається «кооперація».

Це пов'язано з тим, що після стресу спілкування з дитиною з аутизмом і пов'язаного із цим зниження самооцінки матері народжується друга здорова дитина, сімейна ситуація значно змінюється в бік стабілізації внаслідок підвищення впевненості в собі в матерів, що, у свою чергу, позначається й на ставленні до хворої дитини. Коли ж дитина з РДА – молодша, ситуація змінюється з точністю до навпаки: її хвороба є сильним ударом для жінки, яка вважає себе успішною матір'ю [5]. Н.Ю. Синягіна розділяє сім'ї за типом реагування батьків на дитину з психофізичними обмеженнями [6].

Завдяки таким проблемам, можна передбачити відкритий або прихований конфлікт між батьками та освітніми закладами, які впроваджують систему інклюзивного навчання. Нечисленні роботи [7; 8; 9], присвячені цій проблемі, звертають увагу на декілька принципів успішної освітньої соціалізації дітей з особливими потребами. Насамперед це наявність і широке використання програм раннього втручання – рання діагностика порушень дитини й початок лікування та колекційного втручання на першому році життя. Ці програми, з одного боку, допомагають подолати когнітивні та поведінкові розлади дитини, використовуючи сенсорні періоди розвитку, з іншого – виводять батьків із ситуації шоку та невизначеності й налаштовують їх на планомірну співпрацю в терапевтичній спільноті. Готовність освітнього середовища до навчання та виховання дітей з інва-



лідністю в умовах інклюзії – це теж найважливіший складник успішності: готовність фізична (дитина може вільно, самостійно пересуватись у школі, наявне спеціальне обладнання тощо), готовність компетентна (вчителі знайомі з основами спеціалізованого навчання, розроблена відповідна система оцінювання дітей, узгоджено навчальні вимоги...), готовність психологічна (діти, батьки та вчителі мають достатній рівень толерантності й усвідомлюють переваги інклюзивного навчання).

**Постановка завдання.** На основі викладеного можна сформулювати завдання дослідження, яке полягає у відображенні результати емпіричного дослідження батьківського ставлення, сімейних стосунків і рівня тривожності батьків, діти яких мають інвалідність через розлади аутистичного спектру.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Дослідження проведено на базі БФ «Асоціація сімей, які виховують дітей з аутизмом». Методи дослідження: опитувальник «Аналіз сімейних взаємовідносин», «Шкала тривожності» Тейлора, «Сімейна соціометрія». Проведено дослідження 30 батьків, які мають дітей із різними порушеннями аутистичного спектру (всі батьки є членами громадських об'єднань, корекційними спеціалістами або громадськими діячами). Ці батьки мають достатній рівень освіти і свідомого ставлення до факту захворювання дитини, саме тому вони обрані як досліджувана група. Діти цих батьків – у віці від 5 до 15 років, вони навчаються вдома й у спеціальних навчальних закладах. Таке саме опитування стосувалося 30 батьків здорових дітей. Для опитування батьків використана методика «Аналіз сімейних відносин», розроблена Е.Г. Ейдемиллер і В. Юстицкіс. Методика АСВ дає змогу визначити різні порушення процесу виховання, виявити тип негармонійного виховання й установити певні психологічні причини цих порушень. Оцінивши результати тестування, можна сказати, що обидві групи досліджуваних батьків мають виховні проблеми. Неправильні типи вихован-

ня частіше наявні в батьків дітей-інвалідів (табл. 1).

Під час аналізу достовірності нерівномірності дисперсії серед батьків здорових дітей низький рівень тривожності має 1 людина, серед батьків дітей-інвалідів – жодна. Достовірних розбіжностей у рівні тривожності не виявлено.

Для дослідження стану дитини з нормальним розвитком і дитини з особливими потребами в системі міжособистісних взаємин і характеру комунікацій у сім'ї використана методика «Сімейна соціограма», авторами якої є О.В. Черемісін та Е.Г. Ейдемиллер. Результати можна оцінити у відсотковому співвідношенні:

- 36,6% сімей зі здоровими дітьми не відчувають емоційного взаємозв'язку батьків із дитиною, спілкування в такій родині опосередковане, через найбільш приемного члена родини; 56,7% сімей другої групи не відчувають емоційного взаємозв'язку батьків із дитиною;

- 13,4% сімей, де діти здорові, відчувають тісний емоційний зв'язок між усіма членами родини, у таких сім'ях спостерігається наявність симбіотичного зв'язку, немає чіткого диференційованого «Я» в членів родини; із другої групи 40% сімей мають симбіотичні зв'язки.

Отже, у 36,6% сімей, які виховують здорових дітей, і 56,7% сімей, що виховують дитину з психофізичними обмеженнями, члени родини не відчувають емоційного взаємозв'язку між собою. У 50% сімей I групи та 43,3% сімей II групи система міжособистісних взаємин має опосередкований характер комунікацій. Оцінивши результати методики «Сімейна соціограма», можемо сказати, що часто діти уявляються частиною мами, кружечки знаходяться один в одному. Серед батьків дітей з інвалідністю таких малюнків більше. У сім'ях, які мають і здорову, і хвору дитину, часто одна з них виявляється емоційно знехтуваною. Простежується тенденція до соціальної ізоляції сімей з особливими дітьми. Половина батьків здорових дітей указала кружечка-

Таблиця 1

### Неправильні типи виховання (абсолютна кількість)

Комбінація чинників	Тип виховання	Кількість батьків здорових дітей	Кількість батьків дітей-інвалідів
Г+, У+, Т-, З-, С-	Заохочувальна гіперпротекція	0	1
Г+, У+-, Т+-, З+, С+-	Домінуюча гіперпротекція	4	8
Г-, У-, Т+-, З+-, С+-	Емоційне нехтування	0	4
Г+, У-, Т+	Підвищена моральна відповідальність	2	3
Г-, У-, Т-, З-	Гіпопротекція	3	3
Г-, У-, Т+-, З+-, С+	Жорстоке поведіння	1	1

ми не тільки маму, тата й дітей, а й тіток, дядьків, бабусь тощо. Батьки хворих дітей намагалися обмежитися мінімальним складом сім'ї, не вказували навіть родичів, із якими живуть в одній квартирі.

Батьки здорових дітей бачать себе більш значимими, ніж батьки дітей з особливими потребами. Половина батьків, що виховують дітей з психофізичними обмеженнями, мають занижену самооцінку, що ілюстровано меншим розміром їхніх кружечків порівняно з іншими членами сім'ї. У сім'ях, які мають дітей з особливими потребами, спостерігаються більш близькі стосунки, діти оточені турботою й любов'ю, а батьки прагнуть до симбіотичних відносин із дітьми, намагаються задовольнити всі їхні потреби, захистити від труднощів і неприємностей, але не прагнуть заохочувати ініціативу й самостійність дитини, деяким батькам здається, що діти не можуть бути самостійними. Отже, можна зробити висновок, що особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами можна виділити в усіх компонентах прийняття (когнітивному, емоційному, поведінковому й симбіотичному). Когнітивний компонент характеризується тим, що в сім'ях із дитиною з особливими потребами, так само як і в сім'ях з нормальними дітьми, батькам деякі інтереси та захоплення дітей здаються несерйозними, в більшості випадків вони їх ігнорують.

На емоційному компоненті помітно, що ставлення батьків як у сім'ях із нормальними дітьми, так і в сім'ях із дітьми з особливими потребами можна охарактеризувати як відносно добре, тобто в стосунках батьків і дітей є гармонія та взаєморозуміння.

Аналізуючи результати, отримані в поведінковому компоненті, можна зробити висновок, що більшість батьків поводять себе авторитарно щодо дитини, не намагаються зрозуміти її.

За результатами кореляційного аналізу можна зробити висновок, що прямої взаємозалежності між досліджуваними ознаками обох груп немає. Гіпотеза не підтверджена: емоційне несприйняття дитини з особливими потребами батьками не є причиною виникнення виховних проблем. Батьки І групи, що виховують здорових дітей, також мають виховні проблеми, в тому числі емоційне несприйняття дитини. Також не виявлено залежності між станом дитини та рівнем тривожності батьків.

Рівень тривожності й виховні проблеми батьків скоріше залежать від особистісних особливостей, ніж від здоров'я дитини.

Виходячи з отриманих результатів, можна передбачити, що впровадження інклюзивного навчання буде викликати несвідоме

негативне ставлення в декількох груп батьків дітей з інвалідністю, насамперед батьків із виявами емоційного нехтування, гіпопротекції, які мали сподівання на навчання дитини у школі-інтернаті й уважали за потрібне перекласти частину своїх виховних обов'язків на персонал спеціального навчального закладу. Діти цих батьків під час навчання в загальноосвітній школі не будуть отримувати належну емоційну та інформаційну підтримку в родині, що може призвести до низької академічної успішності, втрати інтересу до навчання.

Не менш чисельну групу становлять батьки із симбіозними зв'язками з дитиною, які виховують її за типом гіперпротекції. Відокремлення від дитини, яка самостійно відвідує шкільний клас, викликає в таких батьків надмірну тривогу, яка транслюється й дитині, що посилює шкільну тривожність і дезадаптацію. Батьки такого типу не намагаються адаптувати дитину до навчання, навпаки, вони прагнуть самі перебувати в класі поруч із дитиною або перевести її на домашнє навчання. Поширення освітніх можливостей щодо домашнього навчання, альтернативних навчальних закладів тощо може задовольнити потреби батьків цієї групи.

Батьки, які мають і здорових, і хворих дітей, дотримуються позитивного стилю спілкування з дітьми, будуть ставитись до перспективи інклюзивного навчання позитивно, але виникає занепокоєння, що вони почнуть нехтувати медичною реабілітацією дитини: «Якщо дитина може навчатись разом з усіма, то вона достатньо здорова».

Незалежно від стилю сімейного виховання родини з хворими дітьми опиняються в соціальній ізоляції. Інклюзивне навчання може допомогти в подоланні цієї проблеми: діти будуть змушені спілкуватись з однолітками у школі, батьки – з учителями, корекційними педагогами, членами батьківського комітету тощо. Але завданням інформаційно-ресурсного центру стає підтримання якості цього спілкування, конструктивного вирішення конфліктів, які будуть виникати.

У результаті дослідження виявлено, що виховні проблеми існують не лише в родині, де є хворі діти, а й там, де з дітьми все гаразд. Тривожні батьки здорових дітей так само будуть підозріло ставитись до інклюзивного навчання, бо ще з радянських часів існує неприємна традиція «стигматизації» дітей із нервово-психічними розладами. Свідомо або не усвідомлено, батьки відчуватимуть напруження, якщо в класі навчаються як здорові діти, так і діти з розладами аутистичного спектру.



Як видно з дослідження, всі досліджувані параметри – структура сімейних стосунків, стилі виховання, тривожність батьків – не мають прямого зв'язку між собою, тому інформаційно-ресурсні центри, які розробляють і впроваджують корекційні програми для дітей з інвалідністю, мають приділити особливу увагу корекції всіх трьох компонентів.

Належна інформаційна підтримка, роз'яснення мети й засобів організації інклюзивного навчання батькам, учителям і широкому загалу сприятиме зменшенню тривожності в батьків як здорових, так і хворих дітей. Організація сумісного інформального, позакласного навчання, участь дітей у культурних заходах також дасть змогу подолати наслідки стигматизації та соціальної ізоляції дітей з інвалідністю.

Працівники інформаційно-ресурсних центрів у ході здійснення корекційних програм із дитиною мають тісно співпрацювати з батьківськими родинками. Реалістична діагностика можливостей дитини, розвиток навичок самообслуговування та самостійності дитини має стати головним орієнтиром корекційних програм [10]. Це дасть змогу поступово зменшити орієнтацію батьків на гіперпротекцію. Запропонований нами журнал корекції, який ведуть як батьки, так і спеціалісти, дає батькам можливість брати активну, усвідомлену участь у корекційно-реабілітаційній роботі, спостерігати за щоденними успіхами дитини.

Емоційна відчуженість між хворою дитиною та батьками потребує спеціальної сімейної психотерапії, що виходить за межі можливостей і компетенцій інформаційно-ресурсних центрів. Але однією з причин цієї відчуженості є те, що батьки не розуміють емоційних станів дитини з РАС, не володіють навичками спілкування з нею. Упровадження корекційних систем, побудованих за принципами АВА, часто посилює цю відчуженість, бо дитина починає сприйматись як об'єкт впливу, а не як самостійний суб'єкт. Тому в межах роботи інформаційно-ресурсних центрів потрібно приділяти увагу інформуванню батьків і навчанню їх адекватного спілкування з дитиною.

**Висновки з проведеного дослідження.** У батьків, що виховують дітей з інвалідністю, частіше зустрічаються порушення стилю сімейного виховання (домінуюча

гіперпротекція та емоційне нехтування), симбіозні типи зв'язків мати-дитина. При цьому не виявлено підвищеного рівня тривожності батьків. Означені особливості батьківського ставлення можуть вплинути на успішність інклюзивного навчання дітей із РАС, тому одним із завдань інформаційно-ресурсних центрів є корекція порушень батьківсько-дитячих стосунків.

**Перспективою подальших досліджень** є динамічне спостереження змін батьківсько-дитячих стосунків під впливом інклюзивного навчання та зв'язок між цими взаєминами й соціальною адаптацією дитини у школі.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Ежегодно в Украине растет количество инвалидов [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://healthinfo.ua/articles/aktivn-otdh/10978>.
2. Северенчук Н. Психокорекційна робота з мамами дітей з особливими потребами / Н. Северенчук // Дефектолог. – 2007. – № 3. – С. 14–15.
3. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачева. – М.: УМК «Психология», 2003.
4. Хмизова О.В. Організація психокорекційної роботи з батьками дітей з особливими потребами як складова цілісного процесу ранньої соціальної реабілітації / О.В. Хмизова // Соціальна робота в Україні: теорія і практика: науково-методичний журнал. – 2011. – № 3/4. – С. 203–211.
5. Печникова С. Материнское отношение к ребёнку-аутисту в зависимости от наличия в семье здорового / С. Печникова // Психология семьи и большой ребёнок: [учебное пособие]. – СПб.: Речь, 2011. – 400 с.
6. Синягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений / Н.Ю. Синягина. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – С. 1–59.
7. Горецька О. Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами / О. Горецька // Освіта регіону: український науковий журнал. – 2010. – № 5. – С. 289.
8. Даніельс Е. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів / Е. Даніельс, К. Стаффорд. – Львів: Т-во «Надія», 2000. – 255 с.
9. Засенко В.В. Діти з особливими потребами у загальноосвітньому просторі: початкова ланка / В.В. Зсенко, В.І. Бондар. – К., 2004. – 152 с.
10. Шнайдер В.І. Організація індивідуального навчання / В.І. Шнайдер, О.О. Кулик, Г.М. Фінько. – Кам'янець-Подільський: Абетка-Нова, 2007. – 148 с.