

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ



**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ
СУПРОВІД СІМ'Ї У РОБОТІ
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ**

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД СІМ'Ї У
РОБОТІ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНОЇ
КОНСУЛЬТАЦІЇ**

Методичні рекомендації
За редакцією А.Г. Обухівської

Київ – 2015

УДК 159.922.761
ББК 88.4
П - 863

Авторський колектив: С. І. Васильковська, Т. В. Жук, Т. Д. Ілляшенко,
Т. Д. Каменщук, А. Г. Обухівська, І. В. Пашкова, Т. Р.Столярчук

*Рекомендовано Радою Українського науково-методичного центру
практичної психології і соціальної роботи (протокол №10 від
15.10.2015 р.)*

П - 863 **Психолого-**педагогічний супровід сім'ї у роботі психолого-медико-педагогічної консультації : [електронний ресурс] / авт. кол.: С. І. Васильковська, Т. В. Жук, Т. Д. Ілляшенко та ін. ; за ред. А. Г. Обухівської. – К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2015. – 66 с. – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM); 12 см

ISBN 978-617-7118-18-2

У методичних рекомендаціях висвітлюються питання взаємодії психолого-медико-педагогічної консультації з сім'єю, яка виховує дитину з особливими освітніми потребами. Зокрема розглядаються психологічні проблеми батьків названої категорії дітей, змістові і методичні питання залучення їх до співпраці з консультацією та освітньої і психореабілітаційної роботи з ними.

Наведено кращий досвід роботи обласних і районних консультацій з сім'єю.

Методичні рекомендації адресовано працівникам психолого-медико-педагогічних консультацій, практичним психологам системи освіти, педагогам, студентам відповідної спеціалізації.

ISBN 978-617-7118-18-2

УДК 159.922.761
ББК 88.4

© Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи

ЗМІСТ

Передмова.....	2
Розділ 1. Психологічні проблеми сім'ї, яка виховує дитину з психофізичними порушеннями.....	6
Розділ 2. Змістові і методичні питання взаємодії психолого-медико-педагогічної консультації з сім'єю, яка виховує дитину з психофізичними порушеннями.....	20
2.1. Інформаційна робота консультації та залучення батьків до співпраці.....	20
2.2. Психолого-педагогічна робота консультації з сім'єю.....	24
Розділ 3. Актуальна тематика для консультативно-освітніх занять з батьківськими групами.....	29
3.1. Проблеми здорових дітей у сім'ї, яка виховує дитину з психофізичними порушеннями.....	29
3.2. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей.....	33
3.3. Проблема гіперопіки у вихованні дітей з психофізичними порушеннями.....	39
Розділ 4. З досвіду психолого-педагогічного супроводу сім'ї у роботі психолого-медико-педагогічних консультацій.....	43
4.1. Психолого-педагогічний супровід сім'ї у діяльності Інклюзивного ресурсного центру Вінницької обласної психолого-медико-педагогічної консультації.....	43
4.2. Організація роботи Служби Раннього Втручання в умовах Дніпропетровського обласного методичного психолого-медико-педагогічного центру.....	47
4.3. З досвіду роботи районної психолого-медико-педагогічної консультації з сім'єю.....	52
4.4. ПМПК: чотири страшні букви для батьків, які виховують дітей з психофізичними порушеннями.....	55
Список використаної літератури.....	61
Рекомендована література.....	64

ПЕРЕДМОВА

У цих методичних рекомендаціях ми чи не вперше торкаємося такого важливого аспекту роботи психолого-медико-педагогічної консультації, як психолого-педагогічний супровід сім'ї, яка виховує дитину з особливими освітніми потребами (у цьому смисловому контексті йдеться про дітей з психофізичними порушеннями у тому числі й з інвалідністю).

Практика діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій (а ще раніше – медико-педагогічних комісій) складалася в умовах радянської педагогічної системи, якій було властиве применшення ролі батьків, родинного виховання дітей. Особливо відчутно воно позначилося на долі сімей, які виховували дітей, що потребували спеціальних умов навчання і розвитку. Відомо, що такі умови забезпечувалися за окремими винятками у спеціальних школах-інтернатах, А це – відрив дитини від сім'ї і фактичне позбавлення батьків участі у її вихованні. За таких умов інтерес психолого-медико-педагогічної консультації до батьків обмежувався виключно необхідністю переконати їх у потребі спеціального навчання для дитини, що безальтернативно передбачало інтернатну установу.

Звичайно, більшість батьків перспективу віддати дитину з дому сприймало негативно і на цьому ґрунті виникало немало конфліктів. Батьки консультації боялися і намагалися оминати, залишаючи не розв'язаними усі проблеми навчання і виховання особливої дитини, які потім тяжко позначалися і на її майбутньому і в цілому – на житті усієї сім'ї.

Здавалося, якби не ота перспектива віддавати дитину до інтернатної установи, то не було б ніяких причин для конфліктів батьків з психолого-медико-педагогічними консультаціями. Проте сьогодні, коли вибір умов навчання дитини з особливими освітніми потребами стає дедалі варіативнішим і її можливості залишатися у сім'ї та навчатися за місцем проживання досить реальні, а участь батьків у навчанні і розвитку дитини є не лише можливою, а й необхідною, виразно постають й усі проблеми цих особливих батьків.

Вирішення їх потребує великої і різнобічної праці не тільки психолого-медико-педагогічних консультацій, а й органів освіти, охорони здоров'я, соціальної політики, громадських батьківських організацій.

Чим більше відкривається можливостей для активності батьків у вихованні своїх дітей, тим вищими стають вимоги до їхньої компетентності і психологічної готовності її набувати. Сьогодні батьки уже мають можливість обирати різні форми навчання дитини і кожна має свої переваги і недоліки. Насамперед, впроваджується інклюзивна форма навчання, коли з дитиною працює ціла команда фахівців, кожен з яких має свої обов'язки. Рівноправними серед них є і батьки, продуктивність співпраці яких з фахівцями часто вирішує успіх справи.

Сама тільки необхідність вибору форми навчання, не кажучи уже про участь у навчально-реабілітаційній роботі, потребують від батьків багатьох знань і здатності бачити позитивні перспективи життя своєї дитини і власного життя. Тому сьогодні **підвищення батьківської компетентності** і батьківського психологічного здоров'я, довіри до фахівців, досягнення партнерського взаєморозуміння замість виснажливої і деструктивної конфронтації є **завданням номер один** у налагодженні ефективної допомоги дітям з психофізичними порушеннями. Зрозуміло, що у розв'язанні цього завдання психолого-медико-педагогічна консультація займає чільне місце.

Розвиток і систематизація форм допомоги батькам, які виховують дітей з психофізичними порушеннями, нерозривно пов'язана з розбудовою і самої системи консультацій і їх функцій, які переживають період активної трансформації і зростання. Насамперед, потрібна достатня мережа консультацій, щоб мати можливість дійти до кожної сім'ї, зрозуміти її проблеми і допомогти вирішити. Зовсім очевидно, що було б недоречним навіть ставити питання про допомогу сім'ї, яка виховує дитину з психофізичними порушеннями, якби не була створена мережа районних психолого-медико-педагогічних консультацій. Сьогодні їх ще не достатньо, не всі вони укомплектовані необхідними кадрами. Але є нормативна база, яка

відкриває шлях до збільшення їх чисельності і професійного зростання.

Саме завдяки зростанню мережі психолого-медико-педагогічних консультацій стає можливим активне виявлення сімей, які виховують дітей з психофізичними порушеннями. І тільки за цих умов можливе впровадження раннього втручання – психолого-педагогічної допомоги дітям групи ризику, починаючи з першого року життя. Усе це вносить радикальні зміни у спілкування консультації з сім'ями, які виховують таких дітей, розвитку взаємної довіри і справжньої співпраці. Адже одна справа, коли батьки з самого народження дитини навчаються розуміти її стан і способи допомоги їй розвиватися, здобуваючи таким чином досвід особливого батьківства, інша – коли вони вперше під тиском школи приходять до консультації з семирічною, а то і старшою дитиною, і дізнаються, що вона не зовсім така, як усі інші діти, і потребує особливих умов навчання. Мало того, що втрачено багато найкращих років для розвитку дитини, але батьки виявляються не готовими прийняти висновок і рекомендації консультації, адже на осмислення їх потрібні і знання, і внесення деяких корективів у життєві плани, і усвідомлення своєї участі у допомозі дитині. Коли усе це звалюється на батьків зненацька, навіть цілком доступні для розв'язання проблеми можуть викликати не абиякий стрес і непередбачувану реакцію з їхнього боку. Звідси й усі ті тяжкі конфлікти, які виснажують і батьків, і консультантів, бо консультація радить, а батьки не здатні чути. Тимчасом дитина залишається без усякої допомоги у навчанні, розвитку, соціальній адаптації.

Потрібно визнати, що психолого-педагогічний супровід сім'ї психолого-медико-педагогічною консультацією сьогодні переживає період становлення.. Проте є певний досвід, який очікує узагальнення, і велика потреба у методичній допомозі.

Саме тому у методичних рекомендаціях, які пропонуються зацікавленим фахівцям, колектив авторів намагався окреслити коло психологічних проблем, з якими стикаються батьки, виховуючи дитину з психофізичними порушеннями, допомогти відчути працівникам консультації їхній стан, який стає часом

бар'єром між сторонами, що мають єдину мету – допомогти дитині. Пропонується тематика як освітньої роботи з батьками, так і заходів, спрямованих на подолання деструктивних психологічних станів у них, самотності та соціальної дезадаптованості. Представлено і деякий досвід, здобутий уже психолого-медико-педагогічними консультаціями і який є дуже слушним для вироблення цілісної системи психолого-педагогічного супроводу сім'ї, що виховує дитину з особливими освітніми потребами.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СІМ'Ї, ЯКА ВИХОВУЄ ДИТИНУ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Розуміння психологічних проблем сімей, які виховують дитину з психофізичними порушеннями прийшло до нас разом із світовим досвідом допомоги дітям з особливими освітніми потребами, який ми можемо тепер вивчати, і який переконує, що ця допомога можлива тільки через допомогу їхнім батькам. Батьки ж, у яких народилася дитина з психофізичними порушеннями, переживають складні життєві колізії, з яких часто вийти на конструктивне бачення свого подальшого життя і життя своєї дитини самотійно не можуть і дуже потребують різних способів психологічної підтримки. Це – група ризику, з якою потрібно працювати, щоб зберегти її повноцінне соціальне функціонування, у якому найважливішим є батьківство.

На жаль, за радянських часів питання психологічної допомоги цій категорії батьків, як і багатьом іншим, навіть не виникало, бо й для самої практичної психології у суспільстві не знаходилося місця.

Інтерес до психологічної допомоги людям у різних складних життєвих обставинах, в останні два десятиліття у нашій країні швидко зростає. Здобувається і практичний досвід, зокрема, психологічної допомоги сім'ї. З'являються цікаві вітчизняні дослідження із проблем тих сімей, які виховують дітей з порушеннями психофізичного розвитку, та узагальнюється багатий світовий досвід з цих питань (4, 6, 8, 10,11, 12, 13, 15, 16, 17,18, 19, 20, 23).

Розуміння переживань батьків, пов'язаних з народженням дитини, яка розвивається не так, як усі інші діти, дозволяє нам – працівникам психолого-медико-педагогічних консультацій – дедалі більше задумуватися над тими психологічними станами, з якими батьки приходять до нас зі своїми дітьми. А вони часто бувають у такому стані, коли неспроможні прийняти виявлені відхилення у розвитку дитини та наші рекомендації щодо її навчання і виховання. Такі батьки не можуть стати учасниками реабілітаційного процесу і

потребують великої підготовчої роботи, щоб успішно співпрацювати з фахівцями. А без їхньої участі навряд чи можна досягнути вагомих результатів.

Зрозуміло, що порушення психофізичного розвитку дитини, можливості їх подолання бувають різними так само, як і прогноз щодо її майбутньої соціальної адаптації, здобуття професії, працевлаштування, створення сім'ї. Від особливостей і тяжкості психофізичних порушень дитини залежить і час, коли батьки про це дізнаються, і глибина їхньої психологічної травмованості, яка, у свою чергу, вносить порушення у виPLEкані плани щодо майбутнього дитини і в цілому в усталене життя сім'ї. Частіше про відносно легкі порушення батьки, особливо не дуже компетентні і не надто турботливі, дізнаються з початком навчання дитини у школі. Проте навряд чи можна говорити про пряму залежність батьківської реакції від проблем дитини, про які вони чують уперше. Порівняно легке порушення може глибоко травмувати батьків, якщо вони живуть престижними мріями про майбутні досягнення дитини, мають обмаль знань про свої дії в ситуації, що склалася. В усіх випадках під час повідомлення висновку про стан дитини і рекомендацій щодо його корекції необхідно враховувати адекватність їх сприйняття батьками та переживання психологічної травми.

Звичайно, дослідження психологічних проблем сім'ї, яка виховує дитину з психофізичними порушеннями, переважно торкаються таких випадків, які стають тяжким випробуванням для батьків, змінюють увесь їхній усталений спосіб життя і вимагають прийняття нової реальності. А це і руйнування сподівань на вимріяне майбутнє дитини, часом і відмова від професійних планів, особистих потреб та інтересів, особливо матері, якій доводиться багато часу віддавати догляду за дитиною. Зазнають випробування на міцність подружні стосунки: одних батьків спільні турботи про дитину об'єднують, проте не рідкісні випадки і руйнування сім'ї. Це підтверджує і наше обстеження сотні сімей, які виховують дітей з тяжкою інвалідністю переважно через дитячий церебральний параліч. Серед них повних сімей виявилось 65, а неповних – 35. Детальніше знайомство з повними сім'ями показало, що з

шістдесяті п'яти батьків тільки тридцять вісім беруть участь в усіх справах сім'ї. Це – зрілі, стабільні сім'ї, у яких виявилось і чотири вітчими, які зуміли замінити хворим дітям рідних батьків. Значна частина батьків живе своїми справами, допомагаючи сім'ям тільки матеріально. Чимало й таких, що хворі на алкоголізм, і більше обтяжують становище дружини, ніж допомагають їй.

Вражаючим є те, що у тридцяти п'яти неповних сім'ях батьки пішли з сім'ї у двадцяти чотирьох випадках після встановленні дитині діагнозу. Які ж тут причини?

Насамперед, перед лицем тяжких випробувань руйнуються ті сім'ї, які й без того мали проблеми, до певного часу невиразні. В екстремальних умовах вони загострюються і приводять до краху подружніх стосунків. Це може здатися неймовірним, але з народженням хворої дитини створюються умови, у яких особливо випробовується чоловік, батько, хоча практично тягар догляду за дитиною лежить на матері, бо самою природою визначено її більшу близькість до дитини і фізично, й емоційно. Ця загальна закономірність часом порушується, коли мамою стає тато, виявляючи достойні наслідування зразки ніжності і турботливості.

І все-таки законом природи передбачено батькові не стільки безпосередньо доглядати дитину, скільки всіляко охороняти сім'ю, забезпечувати її існування, взамін отримуючи тепло і ласку дружини і дітей. В усякій взаємодії потрібен зворотній зв'язок. Фахівці, які знаються на психології сім'ї, стверджують, що навіть народження здорової дитини створює дещо драматичну ситуацію для батька, бо дружина, яка досі була ніжною і люблячою і всім еством доводила свою відданість, раптом повністю переключається на дитину. Поглинута новими почуттями материнства, вона наче і не помічає чоловіка, який почувається непотрібним і скривдженим, позбавленим уваги.

Набагато драматичніша ця ситуація, коли народжується хвора дитина. Мати, віддаючи усі сили її порятунку, валиться з ніг від втоми, вона подовгу перебуває з дитиною в лікарні, в санаторіях, а чоловік у кращому випадку заробляє на життя сім'ї. У цих умовах незрілі сімейні стосунки починають

слабшати і руйнуватися.

Добре, якщо дружина не перебирає на себе усю відповідальність, а показує, що дуже потребує міцного чоловічого плеча. Проте часто матері, переживаючи гіпертрофовані і може й не зовсім усвідомлені почуття провини і відповідальності, нікому не довіряють навіть дрібниць у догляді за дитиною і від непосильного тягаря руйнуються самі і руйнують життя і розвиток дитини. Це уже привід для психологічного консультативного втручання.

Треба сказати, що батько буває престижнішим, ніж мати з її безпосередніми почуттями. Тому, очевидно, батько тяжче переживає крах надій на соціальний успіх дитини.

Пристосування до нових обставин життя потребує перегляду життєвих цінностей, набуття нових знань. Це нелегка справа і не всім вдається з нею впоратися.

Перш ніж настає адаптація, батьки переживають різні емоційні стани і багато з них є **деструктивними**. Найперша реакція – **шок**, коли батьки вперше дізнаються, що у дитини є порушення у розвитку. У цей час вони почувають себе у прірві між усім тим, чим вони жили досі і тим новим, яке сприймається як крах і яке прийняти дуже тяжко. Такий стан довго тривати не може, відбувається підсвідомий пошук стабільності. А оскільки знайти стабільність у новій реальності – справа не проста і розв'язання її одразу не видно, то легше повірити у можливість усе поправити і повернутися до старого. Починається новий етап психологічного перероблення того, що сталося, який психологи називають **запереченням**.

Перебуваючи у стані заперечення, батьки починають вірити у помилковість висновків фахівців і починають ходити від одного фахівця до щораз іншого у надії знайти нарешті такого, який скаже, що всі інші помилилися, що насправді нічого страшного не сталося, все буде добре. В інших випадках, коли порушення у розвитку дитини надто очевидне, вдаються до всіляких способів «чудесного зцілення». Витрачається багато коштів, часу, сил. Спроба переконати батьків у помилковості їхньої тактики наражається на

різкий спротив, часто – відверту агресивність до фахівців. Зрештою, дати прийнятну пораду батькам у такій ситуації – справа дуже делікатна, бо хіба не природною є боротьба до останнього за порятунок рідної людини? Та йдеться не про пораду облишити усе, як є, і не намагатися щось змінити на краще. Звичайно, трапляються й такі речі, від яких потрібно категорично застерегти батьків, бо є немало спритних людей, які на їхньому нещасті просто заробляють гроші, не маючи жодних доказів щодо корисності своїх дій. Тут важливо переконати тих, що ганяються за примарним «чудом», не втратити реальних можливостей допомогти дитині реалізувати усе здорове, що у неї є. А саме на це у батьків і не вистачає ні часу, ні бажання, бо вони все ще надіються зовсім вилікувати дитину, а тоді вже і розвивати, і навчати її як здорову. Як бачимо, період стану заперечення є найважливішим для психологічної допомоги сім'ї і водночас найтяжчим, бо саме цей стан у переважній більшості випадків провокує конфлікти між батьками й усіма тими, хто намагається залучити їх до розв'язання реальної проблеми, якої вони не хочуть бачити. Як не без гумору зазначила одна розважлива мама: «Добре, що уже минули ті часи, коли носія поганої звістки вбивали».

Аналізуючи психологічні механізми, які протягом років підтримують цей деструктивний стан, психологи-фахівці з проблем сім'ї, яка виховує особливу дитину, говорять про підсвідоме неприйняття батьками дитини з психофізичними порушеннями через неможливість позбутися образу тієї ідеальної дитини, якої вони очікували (Фюр Гурли [22]). Звичайно, тут не йдеться про звинувачення батьків у відсутності любові до дитини. Вони часом життя покладають у боротьбі за неї, а вірніше, щоб зробити її такою, яка б відповідала тому образу здорової дитини, з яким вони не можуть розлучитися і прийняти нову реальність.

У когось цей стан невизнання реального стану дитини закінчується швидше і починається вихід на конструктивне вирішення проблеми. У інших триває довго, змінюючись то надією, то відчаєм. А багато хто так і не може з нього вийти, принаймні, без сторонньої допомоги. Тоді настає стабілізація

деструктивного емоційного стану й особистість батьків, а разом і їхніх дітей, зазнає різних деформацій. Це змушує їх жити у певній ізоляції і конфронтації із суспільством. Найчастішим варіантом хибної компенсації є фіксування батьками почуття скривдженості долею: «Чому саме мені дістався такий тягар, коли всім іншим так добре?» Це почуття, невідреаговане вчасно, глобалізується, стає домінуючим і визначає поведінку батьків. Поступово вони перестають адекватно оцінювати будь-які біди навколишніх, вважаючи свою найтяжчою. Формується егоцентризм, який робить їх небажаними членами усякого колективу, бо вони вимагають для себе і своїх дітей якихось особливих пільг.

Батьківський егоцентризм, їхнє почуття своєї винятковості частіше позначається і на характері дітей. Вони теж ростуть егоцентричними, неспроможними відгукнутися на біду ближнього. Це чимдалі більше перешкоджає налагодженню їхніх стосунків із ровесниками, які мають ті ж самі проблеми, і робить їх приреченими на самотність та ізолюваність.

Одним із проявів деструктивного стану батьків є потреба знайти винних у тому, що сталося з дитиною. Ними звичайно стають лікарі, психолого-медико-педагогічні консультації і педагоги. Одні виявляються винними у тому, що припустилися якихось помилок під час пологів, неправильно лікували дитину і призвели до психофізичних порушень, другі – у тому, що виявляють порушення, яких батьки не хочуть бачити, треті – у тому, що «не вміють» навчати дитину. Зрозуміло, що усі такі помилки можливі, але далеко не такі часті, як говорять батьки, одержимі ідеєю реалізувати омріяний образ здорової дитини.

На перший погляд усі ці підсвідомі мотиви поведінки батьків можуть здатися неймовірними. Проте численні життєві приклади переконують, що вони таки справді існують. Ось один яскравий випадок з нашої практики .

До консультації звернулося подружжя з дев'ятирічним хлопчиком, тяжко інвалідизованим дитячим церебральним паралічем. Хлопчик з труднощами пересувався, користуючись допомогою дорослих. Були ураженими й руки, що

ускладнювало письмо, самообслуговування. Ще однією проблемою була загроза втрати зору через ураження зорового нерва, яке прогресувало. Пізнавальні функції дитини були збереженими, мовлення з виразними ознаками дизартрії, але достатньо розвинене для простого спілкування. Спостерігалась велика астенозованість, яка дуже обмежувала працездатність хлопчика: через десять-п'ятнадцять хвилин йому уже важко було утримувати поставу, сидячи на стільці, успішність виконання простих дидактичних завдань різко падала. Звичайно усе це зумовлювало відставання інтелектуального розвитку від вікової норми, що давало підстави розглядати стан дитини як затримку психічного розвитку і рекомендувати навчання за відповідною програмою. Формально хлопчик уже був переведений до третього класу, але знань у нього було не достатньо і за перший. Складним було питання визначення форми навчання, адже було очевидним, що перебування у класі протягом кількох уроків не під силу хлопчику. Враховуючи небезпеку перевантаження, особливо зору, найбільш прийнятною була індивідуальна форма навчання за індивідуальним навчальним планом, розробленим на основі програми для дітей із затримкою психічного розвитку. Звичайно, ця форма навчання має суттєву ваду, бо позбавляє дитину колективу ровесників, дуже важливого для формування її особистості. Але важливіше було зберегти здоров'я хлопчика і створити такі умови, у яких він зміг би просуватися у навчанні і розвитку без перевантаження. Проте батьки обрали інклюзивну форму навчання. Колектив консультації дещо насторожила надто зухвала їхня поведінка, відверта готовність до конфронтації. Так, на пропозицію дублювати хлопчику програму другого класу, оскільки через прогалини у її засвоєнні програма третього класу буде йому занадто важкою, мама з роздратуванням сказала, що у школі все одно нічого не навчають, то потрібно її хоч скоріше закінчити. Як виявилось пізніше, усі подальші дії батьків різко суперечили цій позиції.

А далі почалися тривалі випробування і для консультації, і для школи, яку обрали батьки для навчання сина. Звичайно, страждали й батьки, почувавши себе скривдженими, «законні вимоги яких ніхто не виконує через

некомпетентність, недбальство ...». Батьки обрали одну з найпрестижніших шкіл у місті, яка до того ще не мала досвіду інклюзивної форми навчання дітей. Проте педколектив слухняно приймав рекомендації фахівців і готовий був навчатися. Розробили індивідуальний навчальний план, відповідний актуальним знанням і навичкам дитини, включалася допомога логопеда. Роль асистента, який у цьому випадку був необхідний, мала виконувати мама. Було зрозуміло і те, що хлопчик не зможе відвідувати усі уроки, бо уже протягом першого уроку він виснажувався. Проте позиція батьків була зовсім інша: вони вимагали викликати його відповідати до дошки нарівні зі здоровими дітьми. Коли хлопець стомлювався на уроці і виключався з роботи, мама, що сиділа поряд, сердито повертала його голову, змушуючи працювати далі. І разом з тим логопеду, який під час заняття намагався зробити дитині масаж язика, щік, з люттю забороняла доторкатися до її сина. Зрозуміло, що такі обставини аж ніяк не сприяли навчанню, розвитку і збереженню здоров'я дитини.

Батько тимчасом ходив по школі і вишукував усяку інформацію для її компрометації. Невдовзі була написана скарга, що школа не використовує усіх можливостей навчання дитини і вона затримується у розвитку. Водночас від психолого-медико-педагогічної консультації вимагали провести додаткове обстеження хлопця та виявити ті його можливості, які залишаються нереалізованими. Коли ж у консультації почали працювати з дитиною, батько раптом грубо перервав роботу психолога, заявивши, що той користується неадекватними методиками. Це було зроблено так недоречно, що навіть хлопчик почав просити батька: «Тату, не треба...не треба». Але продовжувати обстеження сина батько таки не дозволив. Згодом з'явилася скарга на консультацію, яка «не виконує своїх обов'язків». Тяганина продовжується і навряд чи її можливо якось позитивно завершити через неприйняття батьками реального стану дитини.

Насамперед, про це свідчить вибір найпрестижнішої школи без урахування того, що вона зовсім не мала досвіду інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами. Отже, школі раптово, без усякої підготовки,

потрібно було оволодівати новою формою навчання, до того ж починаючи з дуже тяжкого випадку порушення психофізичного розвитку дитини, коли жодні стандартні умови роботи неприйнятні. До того ж стан дитини не відповідав тим умовам навчання, яких вимагали батьки. За таких обставин у найкращих педагогів труднощі були неминучі, а батьки тимчасом їх старанно рахували, щоб написати скаргу.

Не можна сказати, що у батьків не було вибору: у місті уже давно працює загальноосвітня школа, яка спеціалізується на інклюзивному навчанні дітей з церебральним паралічем. Крім того є дві спеціальні школи для дітей з порушенням опорно-рухового апарату, які мають великий педагогічний досвід, хорошу лікувальну базу і, безумовно, могли забезпечити більшу варіативність у виборі способів навчання дитини. Проблема відстані від місця проживання могла розв'язатися досить легко, принаймні набагато легше, ніж знайти необхідні умови навчання. Але батьки хотіли навчати свого сина у таких умовах, у яких навчали б здорового. Саме це і свідчить про неприйняття реального стану дитини. Ще одним свідченням неприйняття є намагання змусити її працювати тоді, коли вона знесилена і потребує відпочинку. Зрозуміло, що роздратування і тиск на дитину пов'язаний з відчаєм від того, що не вдається перемогти неприйнятну реальність. І, нарешті, ще один доказ неприйняття реальності – відмова від обстеження дитини тоді, коли у неї виникають труднощі під час виконання завдання. Здебільшого вони були мало значущими для висновків і рекомендацій, але батькам легше було перервати обстеження, ніж спостерігати неуспіх дитини. Переживання внутрішньої боротьби бажаного з реальним зумовлювало суперечливу поведінку батьків: в одному випадку мама роздратовано смикає хлопця, щоб змусити його бути активним, в іншому – забороняє педагогу доторкатися до дитини.

Наведений приклад – один з найтяжчих випадків, коли батьки протягом багатьох років не можуть прийняти реальний стан дитини і стати партнерами фахівцям у допомозі їй. Натомість вони чимдалі більше зусиль витрачають на боротьбу, яка часто перетворюється на самоціль і від якої терпить дитина. На

жаль, такі випадки не рідкісні, вони знайомі кожній психолого-медико-педагогічній консультації, фахівцям якої часто доводиться чути, що вони «займалися з дитиною якимись дурницями, а вона вдома уже навіть у комп'ютерні ігри грається», що «то не консультанти обстежували дитину, а вона їх, бо вона розумніша за них». Скарги у різні інстанції, судова тяганина стають хронічними, тимчасом дитина в очікуванні закінчення боротьби може тривалий час ніде не навчатися. Очевидно, це є одним із хибних способів досягнути внутрішньої рівноваги, вигравши змагання з жорстокою дійсністю, хоча воно завжди веде до поразки: психічного виснаження і поглиблення соціальної дезадаптації як батьків, так і дитини.

Агресія як прояв неприйняття обставин, що склалися, звичайно, розвивається на ґрунті певних характерологічних особливостей принаймні одного з батьків, який підпорядковує своєму стану й іншого. Допомогти таким батькам надзвичайно складно, особливо, якщо їхній стан за давнини, триває роками.

Проте багато батьків без проявів відвертої агресії теж дуже тяжко страждають від неприйняття реального стану дитини, іншими словами можна сказати – від непристосованості жити з дитиною, яка має психофізичні порушення. Виявляється це, насамперед, у пориванні стосунків із звичним оточенням, навіть з родичами. Ізоляцію, у якій опиняється сім'я, фахівці часто пов'язують із **соромом**, який переживають батьки через народження дитини з порушенням у розвитку. «Хлопчик, який у рік не міг сидіти у візочку, починав привертати увагу перехожих, – пише одна мама, – і я дедалі рідше почала виходити з ним гуляти або старалася знаходити небагатолюдні місця. Мені страшно було зізнатися собі, що я соромлюся свого сина. Подолати сором мені допоміг чоловік. Він відчув мій стан і якось, збираючись на прогулянку із сином, сказав, що не буде ховатися, що це наша дитина, і ми любимо її незалежно від ставлення перехожих. І хоч минуло ще чимало часу, поки я навчилася не звертати уваги на погляди, які кидали на нас, але той день був початком перелому у моїй свідомості». Хоч сама мама називає своє почуття

соромом, тут змішані складні переживання, коли навіть співчуття може завдати болю, бо підкреслює скривдженість долею і відгороджує від усіх інших людей, у кого здорові діти.

Дуже руйнівним є **переживання мамою своєї провини** у тому, що дитина народилася не такою, як усі діти. І хоч тут частіше ніякої маминої провини немає, вона спокутує її зреченням власного життя, відмовою від усього окрім служіння хворій дитині. Це неминуче веде до **депресії**, і ще більше заганяє сім'ю у деструктивний стан.

Сім'я одужує від усіх деструктивних переживань, коли настає **прийняття реальності** і адаптація до життя у нових обставинах. Ознаками такої позитивної трансформації у житті сім'ї є: 1) утворення нового кола спілкування чи вибіркоче відновлення старих дружніх зв'язків, випробуваних бідую; 2) здатність до відкритого обговорення своїх проблем, пережитого, поділитися досвідом, прийти на допомогу; 3) поява інтересу до навколишнього життя, відкриття нових можливостей самореалізації; 4) здатність скористатися нагодою перепочити; 5) реальна оцінка обмежень і можливостей розвитку дитини, перспектив її адаптації у соціальному оточенні і готовність їх здійснювати; 6) заперечення свого життя як мучеництва і визнання можливості бути щасливими, як усі інші люди. Досягнення цього стану стабільності робить батьків здатними навчатися і співпрацювати з фахівцями.

Сім'ї, які змогли адаптуватися до реальності, безумовно, піднімаються на вищий щабель духовності і мудрості. Тому їхній досвід становить надзвичайну цінність, бо він здатен переконувати тих, хто ще не вийшов із стану нестабільності. Батьки з таким досвідом можуть стати опорою для всяких починань у налагодженні допомоги іншим батькам стати на шлях конструктивного бачення проблем своїх дітей і вміти їм допомагати. А це завдання, як уже зазначалося, є найактуальнішим, бо без участі батьків ніякі починання у впровадженні сучасних форм навчання і соціальної адаптації дітей з особливими освітніми потребами не можливі.

Як завжди, упровадження нового супроводжується суперечностями, а то й

помилками. Не вдалося нам уникнути й неадекватних, а можна сказати й конкретніше, шкідливих поглядів на проблеми дітей з психофізичними порушеннями, які сьогодні поширюються у середовищі різних батьківських об'єднань за активної підтримки засобами масової інформації і навіть певної частини громадськості.

Шкоду приносять нігілістичні тенденції у розумінні проблем дітей з психофізичними порушеннями, які, на нашу думку, криються у поверховому і навіть перекрученому сприйнятті гуманістичної філософії сучасного розвиненого суспільства щодо ставлення до людей з названими порушеннями й інвалідністю, а саме – **визнання їхнього права на входження у суспільне життя зі своїми потребами та можливостями**. Основою таких поглядів є повага до людини, яка інакша, має певні обмеження, але й право на сприяння якнайкращій реалізації наявних у неї можливостей навчання, розвитку, праці, спілкування. З цією ідеологією пов'язана і відмова від багатьох визначень, що можуть сприйматися як дискримінаційні. З'явилося багато евфемізмів, які відіграючи позитивну роль у формуванні в суспільстві толерантності до співгромадян з різними особливостями, внесли й чимало неточностей, ускладнень у розуміння багатьох конкретних речей та довільного їх тлумачення. Серед таких визначень і широко вживані поняття «особливі потреби», «особливі освітні потреби», які, безумовно, не є досконалими і потребують уточнення під час їх використання у різному контексті. Але як би ми не намагалися прикрасити дійсність, незмінною залишається вимога **компетентності і великої праці** від усіх, хто надає допомогу дітям з психофізичними порушеннями, бо без спеціальної допомоги вони не реалізують своїх можливостей розвитку і не скористаються проголошеними правами.

А тимчасом навіть у засоби масової інформації проникають твердження людей, які називають себе психологами, що «між педагогічною занедбаністю і розумовою відсталістю різниці немає», що «діти з синдромом Дауна успішно захищають дисертації». Скількох батьків уведуть в оману такі «фахівці»,

посіють сумніви у слушності рекомендацій психолого-медико-педагогічної консультації та марні сподівання, які потім приведуть до гірких розчарувань і поглиблення дезадаптації цілої сім'ї...

Проте багато батьків, які не змогли прийняти реальний стан дитини з певними порушеннями у розвитку, і перебувають у відомому уже стані заперечення, охоче сприймають такі легковажні твердження як «відміну проблеми». Деякі батьки сприймають, наприклад, **інклюзивну освіту** тільки як незаперечне право віддати дитину до будь-якої школи чи дошкільного навчального закладу і на тому заспокоюються: тепер їхня дитина така, як усі інші діти. Часто вони не поспішають відвідати психолого-медико-педагогічну консультацію та встановити, якої допомоги потребує дитина, щоб розвиватися і навчатися відповідно до своїх можливостей. А пораду звернутися до консультації можуть сприйняти навіть як дискримінаційну. Не розібравшись до пуття у суті справи та боячись звинувачень у застарілих поглядах на ставлення до дітей з психофізичними порушеннями, старанно «борються з дискримінацією» і засоби масової інформації, й усі охочі.

Усі такі ускладнення у розвитку суспільної думки на шляху позитивних змін, зокрема, й щодо адаптації у соціумі дітей з особливими освітніми потребами, загострюють проблему психологічної роботи не тільки з їхніми батьками, а й з широкою громадськістю, і вимагають разом з толерантністю професійності. Гуманізм зовсім не в тім, щоб применшувати складність проблеми і тішити батьків ілюзіями, а в тім, щоб переконати їх, що у всякої дитини є можливості для розвитку і що їхні зусилля на цьому шляху не будуть марними, що вони допоможуть їм прожити разом зі своїми дітьми повноцінне життя.

Саме психолого-медико-педагогічна консультація може і повинна протистояти некомпетентності у тлумаченні проблем осіб з психофізичними порушеннями і бути тим осередком, який несе батькам справжні знання і водночас допомагає досягнути тієї психологічної рівноваги, яка необхідна для участі у реабілітації дитини. Тому далі й зупинимося на питаннях організації

системної взаємодії консультації з сім'єю і та тому досвіді, яким сьогодні уже може поділитися ряд консультацій.

РОЗДІЛ 2.

ЗМІСТОВІ І МЕТОДИЧНІ ПИТАННЯ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ З СІМ'ЄЮ, ЯКА ВИХОВУЄ ДИТИНУ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Сьогодні найактуальнішим завданням методичної допомоги психолого-медико-педагогічним консультаціям у роботі з сім'єю є узагальнення здобутого уже досвіду та надання системності цій важливій формі їхньої діяльності, яка складається із 1) залучення сім'ї до співпраці з консультацією і 2) застосування різних форм і методів надання їй психологічної допомоги та необхідних знань для плідної співучасті з фахівцями у супроводі дитини з особливими освітніми потребами на шляху її навчання, оптимального розвитку, соціальної адаптації. Обидва ці напрямки роботи, спрямовані на співпрацю з сім'єю, взаємопов'язані, бо ефективність допомоги, яку може надати консультація, сприяє її популярності, викликає у батьків довіру, готовність навчатися і співпрацювати.

2.1. Інформаційна робота консультації та залучення батьків до співпраці

Досі бар'єр недовіри до психолого-медико-педагогічної консультації створюваний протягом десятиліть як до дискримінаційного органу, ще не подоланий. Почасти причиною цього є не достатньо реалізовані можливості консультацій у пропаганді своєї діяльності, виявленні дітей, які потребують консультативно-корекційної допомоги, та залучення до співпраці їхніх батьків. Проте великою мірою перепорою до утвердження серед батьків довіри до консультації часто є неможливість реалізувати її рекомендації через відсутність достатньої кількості навчально-реабілітаційних закладів, здатних забезпечити відповідні умови для корекційного навчання дитини за місцем її проживання. Це приводить до розчарування батьків у їхніх очікуваннях. Тимчасом

забезпечення умов для реалізації рекомендацій психолого-медико-педагогічної консультації залежить від органів освіти, соціального захисту та інших, які ще не мають достатньо можливостей у наданні дітям оптимальних умов отримання потрібних їм освітньо-реабілітаційних послуг. Зміни на краще щодо цього залежать і від активності об'єднаних зусиль консультацій і батьківської громадськості як засобу впливу на органи виконавчої влади.

Сьогодні великою мірою ще діє застаріла і мало ефективна форма взаємодії консультації з батьками, які здебільшого звертаються до неї **не стільки з надією знайти допомогу і підтримку, скільки під тиском навчальних закладів, у яких дитина не може адаптуватися.** Такі батьки переважно мають обмежені знання про функції консультації і про наслідки обстеження дитини, які в уявленні батьків постають більше як негативні, ніж позитивні. Тому вони приходять зі страхом і з готовністю до протидії, а не прийняття рекомендацій, отже – не готові до співпраці ні з консультацією, ні з фахівцями, які надаватимуть дитині необхідну корекційну допомогу. Як правило, такі батьки уже згаяли багато часу, мають чималий досвід помилок, конфліктів з навчальними закладами, що ускладнює конструктивне розв'язання їхньої проблеми через втрату сензитивного періоду, коли корекція недоліків розвитку дитини буває найуспішнішою. Ось типовий для сьогодення приклад. Мама, наслухавшись про всякі небезпеки, якими загрожує звернення до консультації, на основі висновку ЛКК домагається індивідуальної форми навчання за програмою першого класу загальноосвітньої школи для своєї шестилітньої дочки із синдромом Дауна. Зрозуміло, що дитина неспроможна виконувати жодне із завдань за навчальною програмою. Для того, хто знається на проблемі, це – очікуваний результат. По-перше, початок шкільного навчання з шести років для дитини із синдромом Дауна протипоказано, вона має право до восьми років навчатися за корекційною програмою у дошкільному закладі. По-друге, дитина протягом шести років ніякої корекційної допомоги не отримувала, тому, очевидно, її можливості розвитку протягом дошкільного віку не реалізовані. Не важко передбачити, що після багатьох прикрощів і для мами,

і для педагогів з дитиною звернуться-таки до консультації. При цьому дитина втратила багато дорогоцінного часу для розвитку, а мама стала ще більше зневірена і травмована. Отже, консультація матиме досить складний випадок для його конструктивного розв'язання.

Набагато продуктивнішим є **ініційоване консультацією виявлення дітей**, які потребують психолого-педагогічного корекційного втручання та інформування батьків про функції консультації. Тут знов-таки є два аспекти роботи: **з одного боку, ряд заходів з виявлення відповідного контингенту дітей, з другого – інформування батьків про можливості отримання допомоги у психолого-медико-педагогічній консультації** та встановлення контакту з тими, хто потребує відповідної допомоги.

Досвід роботи обласних і районних психолого-медико педагогічних консультацій показав, що активне виявлення дітей з психофізичними порушеннями відбувається, насамперед через органи охорони здоров'я і соціального захисту. Справою найближчої перспективи є раннє виявлення (починаючи з пологового будинку) дітей з порушеннями психофізичного розвитку, які діагностуються зразу після народження, та дітей так званої «групи ризику», у яких раннє медичне і психолого-педагогічне втручання може попередити розвиток різних психофізичних порушень. Утім уже й сьогодні є деякий досвід організації раннього втручання, на якому зупинимося пізніше.

Для виявлення дітей і водночас залучення батьків до співпраці з консультацією ефективним є встановлення контактів з батьківськими громадськими організаціями у своєму регіоні. Як показує досвід, цим батьківським об'єднанням часто дуже бракує знань і методичної допомоги з питань навчання і розвитку дітей. Тому співпраця з консультацією для них буває слухною. Консультація ж завдяки цій співпраці має потужне джерело поширення серед батьків достовірної інформації про її діяльність і водночас попереджає поширення викривлених уявлень як про самі консультації, так і про перспективи і наявні умови навчання, розвитку і соціальної адаптації дітей з психофізичними порушеннями.

У змісті інформування батьків потребують наголошення **три важливі позиції**, спрямовані на подолання упередженості і страху перед обстеженням дитини і висновками щодо її подальшої долі: **по-перше**, завдання консультації – допомогти сім'ї разом із навчальним закладом подолати (чи зменшити) недоліки у розвитку дитини, сприяти її ефективному навчанню і соціальній адаптації; **по-друге**, висновки консультації є рекомендаційними і ніхто не може примусити батьків їх виконувати, тому у разі незгоди вони вільні діяти на свій розсуд, звичайно, беручи на себе й усю відповідальність за долю дитини і свою власну долю; **по-третє**, батьки, прийнявши рекомендації консультації, мають можливість обрати для своєї дитини найбільш прийнятну, на їхній погляд, форму реалізації корекційних заходів (форму навчання) та навчальний заклад, який не обов'язково є інтернатною установою і не позбавляє дитину можливості жити і виховуватися у батьківській сім'ї.

Практикується і чимало інших форм поширення інформації про психолого-медико-педагогічні консультації. Центральною консультацією розроблено спеціальний інформаційний буклет (інформаційна візитівка), який можна поширювати серед батьків та громадськості, дотичної до проблеми допомоги дітям з особливими освітніми потребами (Обухівська А. Г. [14, с. 4-7])

Потужним джерелом поширення інформації про діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій і залучення батьків скористатися їхніми послугами є засоби масової інформації, особливо радіомовлення і телебачення, з якими співпрацює багато обласних і районних консультацій.

Районні консультації крім засобів масової інформації налагоджують прямі зв'язки з кожною школою. Маючи відомості про час проведення батьківських зборів, працівники консультації відвідують їх та інформують батьків і педагогів про свою діяльність, з'ясовують актуальні проблеми, у розв'язанні яких школа і батьки потребують допомоги. Успішність таких заходів виявляється у тому, що батьки, які отримали слушні поради, активно діляться своїм досвідом з іншими батьками і ті приходять до консультації уже з готовністю слухати і виконувати надані рекомендації, а не протидіяти їм.

Важливим каналом зв'язку психолого-медико-педагогічних консультацій усіх рівнів з батьками і педагогами є практичні психологи, які працюють у дошкільних навчальних закладах і в школі. Іноді психологи з власної ініціативи звертаються до консультації з проханням надати їм інформацію про свою роботу для поширення її серед батьків і педагогів, бо відчують, що вона актуальна. Набагато активнішою буде ця співпраця, якщо ініціатива йтиме від консультацій.

2.2. Психолого-педагогічна робота консультації з сім'єю

Цей напрямок роботи з сім'єю і є власне її супроводом, в той час як інформаційна діяльність консультації створює ґрунт для систематичної консультативно-освітньої індивідуальної і групової роботи з батьками з метою надання їм психологічної допомоги в оздоровленні сімейного клімату і підготовки їх до продуктивної співпраці з фахівцями у реабілітаційній роботі з дитиною.

Сьогоднішній досвід взаємодії консультацій з сім'єю показує, що об'єктом уваги насамперед стають сім'ї, які виховують дітей з тяжкими порушеннями психофізичного розвитку. Діти здебільшого користуються індивідуальною формою навчання і мають дефіцит спілкування. У таких сім'ях через обтяженість доглядом за хворою дитиною матері часто не працюють, сім'я веде досить ізольований спосіб життя і терпить від усіх тих негативних психологічних станів, про які йшлося вище. Тому зрозуміло, що вона стає об'єктом першочергової уваги консультації. Найчастіше взаємодія консультації з такими сім'ями виявляється у періодичному відвідуванні їх та консультиванні з питань розвиткової роботи з дитиною, виховання у неї у міру можливого навичок самообслуговування, побутової самостійності тощо. Крім того, деякі обласні і районні консультації створюють клуби, у яких практикуються періодичні переважно святкові зустрічі. Цінність таких зустрічей незаперечна і заслуговує всілякої підтримки, бо сприяє встановленню дружніх зв'язків між

сім'ями зі спільними проблемами. Світовий досвід допомоги людям, які опинилися у складних життєвих обставинах, показав, що найбільш цілющим для них є середовище людей з такими самими проблемами. Тут вони, не боячись нерозуміння, можуть виговоритися, зрештою, разом поплакати і тим полегшити свій душевний біль. У своєму середовищі вони можуть почувати себе розкутими і відпочити, не дивлячись на себе очима сторонніх людей з осудом за «легковажність», як зауважила одна мама: «Ото, мабуть люди збоку дивляться та дивуються, що ми ще й сміємося». Тут навіть без спеціальної організації стихійні обговорення спільних проблем дають можливість батькам одне від одного отримати багато корисного досвіду.

Наступним кроком у вдосконаленні психологічного супроводу сім'ї психолого-медико-педагогічною консультацією є надання йому системності, розширення контингенту батьків і в зв'язку з цим розширення тематики консультативно-освітньої роботи з окремими категоріями батьків. Тут виразно окреслюються два завдання: 1) оздоровлення сімейного клімату як умови здатності батьків до конструктивної діяльності, спрямованої на допомогу дитині у навчанні, розвитку і соціальній адаптації; 2) освітня робота з батьками, підвищення їхньої психолого-педагогічної компетентності у виховній і корекційно-розвитковій роботі з дитиною з конкретних питань.

Розв'язання першого завдання – це робота з батьками, які переживають у зв'язку з психофізичними порушеннями розвитку дитини складні життєві колізії, з яких часто вийти на конструктивне бачення свого подальшого життя і життя своєї дитини самостійно не можуть і дуже потребують різних способів психологічної підтримки. Оволодіння досвідом консультативної роботи з батьками, спрямованої на розв'язання їхніх особистісних проблем – завдання надзвичайно складне, насамперед, тим, що воно потребує підготовки фахівців, яких сьогодні дуже бракує. Проте попри всю складність є такі форми психологічної допомоги батькам, які уже сьогодні консультаціям цілком доступні і здійснюються. Тимчасом у кадровому складі консультацій є психолог з девіантної поведінки, який міг би спеціалізуватися і з

консультативної роботи з сім'єю.

Друге завдання – освітня робота з батьками. Вона освоєна консультаціями і здійснюється значно більше і сьогодні представлена головним чином демонстраційними заняттями, де батьки під керівництвом фахівця набувають досвіду корекційно-розвиткової роботи з дитиною. Проте тут є ще чимало форм і методів роботи, які очікують удосконалення і впровадження.

Хоча традиційною залишається психологічна допомога сім'ям, які виховують дітей з тяжкими психофізичними порушеннями, не менш важливою є робота з тими батьками, які не усвідомлюють важливості спеціальної роботи з дитиною через недооцінку порушень у її розвитку. Насамперед, це прояви гіперактивного розладу з дефіцитом уваги, залишені без достатньої корекційної допомоги труднощі розвитку мовлення, зумовлена різними причинами затримка психічного розвитку та інші розлади, які до певного часу не привертають уваги батьків і постають перед ними серйозною проблемою разом з виникненням труднощів адаптації дитини у навчальному закладі. Такі батьки потребують іншої підтримки: загострення їхньої уваги на серйозності проблеми та необхідності допомоги дитині, вироблення навичок взаємодії з педагогами.

Для надання системності у реалізації різних форм психолого-педагогічного супроводу сім'ї необхідне виокремлення у розпорядку її роботи часу для занять з батьками. Приміром, це може бути «батьківський день» один раз на тиждень. Про нього повинні бути проінформовані усі зацікавлені батьки.

Очевидно, що початок систематичної роботи з батьками матиме свої труднощі, пов'язані із залученням їх до отримання допомоги і переконанням у її дієвості. Тут у кожній консультації є свій досвід і свої ресурси, які вона використає. Звичайно, найефективнішим засобом залучення батьків до отримання консультативної і освітньої допомоги є позитивний досвід окремих батьків, який швидко поширюється.

Початком систематичної консультативно-освітньої роботи з батьками може бути взаємодія з батьківськими громадськими організаціями, у яких уже структурувалися окремі групи батьків, достатньо мотивованих до співпраці з

консультацією. Крім того у процесі щоденної роботи з обстеження дітей та надання рекомендацій батькам можна виявляти серед них зацікавлених у навчанні та об'єднувати у групи на основі спільних проблем, які постають перед ними. Імовірно, що функціонування батьківських груп починатиметься з освітньої роботи у формі лекцій, які можуть прочитати запрошені фахівці і працівники консультації, Проте на цій пасивній з боку батьків роботі не бажано зупинятися надовго, а переходити до максимального залучення їх до активності.

Формою роботи групи, яка дає багато простору для активності усіх її учасників, є батьківський семінар. Його продуктивність тим вища, чим чіткіше спланована і організована його робота: чітко фіксована періодичність зібрання, його тривалість, тематика, яка планується з активною участю батьків і їхніх побажань. Керівником семінару зазвичай буває психолог, соціальний педагог, а можливо й хтось із батьків, що має певний досвід роботи у групі. Певну частину часу у роботі семінару у міру потреби можна відводити для освітньої роботи. Проте основне завдання семінару – активна робота самих батьків, їхнє спілкування у процесі обговорення якоїсь ситуації, яка непокоїть когось із членів групи, наприклад, складний випадок з досвіду когось із батьків, які об'єднані спільною проблемою гіперактивного розладу у дитини або подолання гіперопіки, виховання здорових братів і сестер дитини з психофізичними порушеннями і т. ін. Свого часу таку форму групової роботи запропоновано англійським подружжям психологів Балінт. Спочатку збиралися для групового обговорення складних випадків із практики лікарі, інші фахівці. Проте ця продуктивна робота швидко поширилася і набула різних модифікацій. Сьогодні подібні групові обговорення часто називають груповими дискусіями (І. І. Мамайчук [13], Т. С. Яценко [26]). Вони стали досить поширеними у роботі з батьками, що виховують дітей з психофізичними порушеннями.

Групова дискусія оптимально працює, коли у ній бере участь до десяти осіб. Тоді кожен може бути активним учасником обговорення заявленої проблеми. Звичайно, на початку роботи групи завжди буде пасивна частина

просто спостерігачів дискусії, які втягуватимуться в обговорення актуальних питань поступово. Важливо, щоб у групі було кілька досвідчених і активних учасників, які підтримуватимуть її конструктивну роботу.

Для чіткої організації групової дискусії потрібна певна досвідченість її керівника, який, насамперед, утримує обговорення у руслі заявленої теми та не дозволяє відійти від неї на нецілеспрямовані розмови, слідкує за дотриманням послідовності висловлювань кожного, дисципліною говоріння і слухання. Починається дискусія з пропозиції керівника представити на обговорення питання, яке непокоїть когось із учасників групи. Після розповіді заявника випадку кожен із членів групи може поставити запитання для уточнення ситуації. Але це ще не час для висловлювання своїх міркувань. За цим повинен слідкувати керівник групи. Отримавши відповіді на запитання і таким чином достатньо з'ясувавши ситуацію, учасники дискусії по черзі висловлюють своє бачення ситуації. Після висловлювання усіх членів групи може виникати потреба обговорення нового міркування. Тоді знов по колу йде висловлювання з цього приводу. Цінність такого групового обговорення не в тому, щоб спільно виробити і дати конкретну пораду, а в тому, щоб кожен учасник дискусії зміг побачити, як по-різному можна підійти до розв'язання питання, і це надає більшої гнучкості у підході до нього, творчого пошуку. У такі дискусії можна вносити елементи рольового тренінгу – програвати запропоновану ситуацію (Т. С. Яценко [26]).

Щодо тренінгової роботи, яка сьогодні набула надзвичайного поширення, необхідні деякі застереження. По-перше, тренінг повинен бути цілеспрямованим, сприяти розв'язанню проблеми, задля якої зібралася група. По-друге, його доцільніше включати у роботу групи, яка уже достатньо мотивована і має позитивний досвід зустрічей. По-третє, тренінг корисний поряд з іншими формами роботи як доповнення і продовження їх.

РОЗДІЛ 3.

АКТУАЛЬНА ТЕМАТИКА ДЛЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ОСВІТНІХ ЗАНЯТЬ З БАТЬКІВСЬКИМИ ГРУПАМИ

3.1. Проблеми здорових дітей у сім'ї, яка виховує дитину з психофізичними порушеннями.

Важливим питанням у психолого-педагогічному супроводі сім'ї, яка виховує дитину з психофізичними порушеннями, є піклування про психологічне здоров'я і розвиток здорових братів і сестер хворої дитини.

Відомо, що сім'я – це єдина система, неполадки у якій відбиваються на всіх її ланках. Порівняно із проблемою психологічної реабілітації батьків, яка прямо пов'язана з їхньою здатністю брати участь у навчанні, розвитку і соціальній адаптації дитини з психофізичними порушеннями, проблемам здорових дітей у сім'ї приділяється значно менше уваги. Тимчасом забезпечити розвиток цих дітей від психологічних деформацій – завдання надзвичайної ваги. Обговорення цього питання повинно стати темою одного, а можливо і кількох батьківських семінарів.

Перш, ніж говорити про перелік питань, важливих для обговорення з батьками, зупинимося на тому колі проблем, з якими стикаються брати і сестри дитини з психофізичними порушеннями. Звичайно, йдеться про значні порушення, які ускладнюють її функціонування: порушення опорно-рухового апарату, тяжкі мовленнєві порушення, розумова відсталість.

В останні роки проведено окремі дослідження психологічного клімату в сім'ї, яка виховує дитину з тяжкими психофізичними порушеннями (Радченко М. І.[17]), зокрема, дослідження психофізичного розвитку сиблінгів у таких сім'ях (М. І. Карпа [8]), на результати якого ми тут посилаємося.

Насамперед, виявлено, що здоровим дітям у сім'ї бракує інформації про стан хворого брата чи сестри через те, що батьки уникають розмов на цю тему. Так, під час опитування тільки 37% дітей відповіли, що батьки часто з ними

говорять «про це», 46 % відповіли, що батьки уникають таких розмов і говорять дуже рідко, а 17 % сказали: «Батьки ніколи зі мною про це не говорять».

Отже, переважна більшість здорових дітей у сім'ї мають не достатню інформацію про суть і причини порушення розвитку брата чи сестри. У результаті біля половини дітей мають оптимістичні очікування, але менше, ніж у третини дітей вони реалістичні. Це означає, що очікування багатьох дітей з оптимістичними уявленнями про перспективи хворої дитини надалі не справжуватимуться, що в умовах браку інформації та несприятливого сімейного мікроклімату негативно позначатиметься на формуванні їх особистості, уявленнях про життєві перспективи. Зазначимо, що більшість здорових дітей у сім'ї уявлення про одужання хворої пов'язують з набуттям нею самостійності: здатності говорити, пересуватися. За цими надіями видно прихований страх усе життя опікуватися нею, якщо вона матиме суттєві психічні і фізичні обмеження.

Відсутність зрозумілої інформації може сприяти також виникненню страхів, що «хвороба брата може уразити і мене», «у мене теж можуть бути хворі діти», та приводити до думки, що краще взагалі не мати сім'ї.

Виявлено, що здорові діти, які виховуються у сім'ї, де є дитина з психофізичними порушеннями, часто виявляють вищий розвиток здатності розуміти інших людей і співпереживати. Вони краще розуміють соціальні норми і мають вищий рівень саморегуляції. Очевидно, що тут позначається психологічний клімат у сім'ї, де багато є приводів відчутти потребу у співчутті, допомозі та оцінити прояви доброти і людяності навколишніх. Проте ті ж самі фактори, що формують ці позитивні якості, водночас, загострюючи надмірну чутливість, зумовлюють і надмірну тривожність, вразливість, почуття провини, напруженість, дратівливість, схильність до пригніченого настрою. А це вже небезпека виникнення невротичних розладів, формування хворобливих рис особистості.

В залежності від сімейних стосунків у здорових дітей може виникати негативне ставлення до сиблінга з психофізичними порушеннями, який

зосереджує на собі усю увагу батьків і змушує інших почувати себе обділеними батьківською турботою і ласкою.

Діти, можливо гостріше, ніж дорослі, можуть переживати почуття сорому за брата чи сестру з недоліками мовлення, фізичними вадами, а особливо – розумовими. Це змушує дітей жити з таємницею, приховуючи її від товаришів, уникаючи можливості запросити їх додому. Усе це ускладнює налагодження дружніх стосунків і загострює почуття самотності.

Разом з тим деформація особистості здорових братів і сестер дитини з психофізичними порушеннями не є фатальною. Вона прямо відображає сімейний мікроклімат: у сім'ї, яка переживши неминучий період розгубленості після народження хворої дитини, здатна реалістично прийняти її стан і потреби та відновити нормальне функціонування, здорові діти мають умови для формування гармонійної особистості. Тому психологічна допомога дітям – це допомога їхнім батькам.

Чи не найбільшою проблемою, розв'язання якої потребує сім'я, є повна поглинутість матері проблемами хворої дитини. Тут, як уже зазначалося раніше, мама знаходиться у полоні почуття провини перед дитиною і живе надією зробити усе для її одужання. У такому стані вона втрачає здатність дбати про інших членів сім'ї, насамперед, про здорових дітей, які відчувають себе нікому не потрібними і не мають необхідної їм турботи і ласки, уваги до їхніх інтересів. Крім того, батьки, справді витрачаючи багато часу на опіку хворої дитини, часто ставлять непомірні вимоги перед здоровими дітьми щодо догляду за нею. Це призводить до порушення задоволення основних психічних потреб здорової дитини, яка повинна мати час на гру, спілкування з друзями – жити своїм життям. Якщо її життя складається головним чином з обов'язків і відповідальності за хворого брата, її розвиток набуває ускладнень. В одних випадках у дитини можуть виникнути протестні реакції, вона демонструватиме свою відстороненість від життя сім'ї, негативне ставлення до хворого брата, відмовлятися від участі у його догляді і більшу частину часу проводити поза домом. Це фактично конфронтація з сім'єю. Вона додає болю батькам, які не

підозрюють, що самі доклалися до такого розвитку стосунків із здоровою дитиною.

Психічно тендітні, вразливі діти, схильні до підвищеного почуття відповідальності під тягарем надмірних обов'язків і гнітючої атмосфері в домі можуть давати невротичні реакції, «втечу у хворобу» і невротичного розвитку особистості у цілому.

Зрештою, усі ці негативні варіанти розвитку здорових дітей ще більше ускладнює долю батьків. Тому лейтмотивом батьківського семінару на тему виховання здорових братів і сестер хворої дитини може стати досвід однієї англійської мами, яка виховала чотирьох синів, найстарший з яких мав синдром Дауна. Пройшовши через усі болі і помилки, вона з вдячністю згадує пораду одного лікаря, який колись їй сказав: «Не віддавайте решту родини в жертву одній дитині». «Ці слова, – пише вона далі, – я завжди вважала мудрими. Часто буває корисним відступити на крок і подивитися на те, що робиш».(Ліз Томпсон [21, с. 78])

Наголошуючи на праві здорової дитини на власне життя і потреби у батьківській увазі і турботі, важливо застерегти батьків від однобокого розуміння його як звільнення здорових дітей від усяких обов'язків і турбот про хворого брата. Адже це ніяк не сприятиме згуртуванню сім'ї і розв'язанню тих питань, які пригнічують дитину і позбавляють її повноцінного дитинства.

Отже, дитина повинна бути співучасником життя сім'ї, а це можливо тільки завдяки позитивному емоційному контакту з батьками і з братом чи сестрою, що мають психофізичні порушення. Участь у житті сім'ї неминуче передбачають обов'язки, які виконуються не з примусу, а з бажання допомогти своїм близьким. Зрозуміло, що досягнути цього не просто. Принаймні потрібні три умови: здоровий мікроклімат у сім'ї (ідеальних умов досягнути не завжди вдається, але добре уже те, коли діти згуртовуються хоча б навколо одного з батьків, психологічно найбільш адаптованого); відверте спілкування на тему причин психофізичних порушень брата, того позитивного, що у нього є і чого він може досягнути у своєму розвитку, і звичайно, розвіяння страхів щодо

загроз здоровій дитині; врахування права здорової дитини на свою автономію: на вільний час, коли вона може задовольняти свої інтереси, спілкуватися з друзями і т. ін. Останнє зазвичай досягається тоді, коли у дитини є чітко зафіксовані обов'язки, виконавши які вона відчуває право на свій вільний час.

Усі окреслені питання, пов'язані з вихованням здорових дітей у сім'ї, де є дитина з психофізичними порушеннями, можуть відобразитися у ряді тем, які виносяться на батьківські семінари, які відбуватимуться у формі бесіди, а у міру зростання зрілості і активності батьківської групи можуть стати темами групових дискусій. Наприклад, на обговорення можна винести такі теми:

1. Як говорити із здоровими дітьми про хворобу брата чи сестри.
2. Як залучати здорових дітей бути співучасниками піклування сім'ї про хвору дитину.
3. Що означає право дитини на власне автономне життя.
4. Як домогтися відкритості у спілкуванні здорових дітей з ровесниками: подолання «бар'єру таємниці».
5. Як навчити здорових дітей розуміти стан дитини з психофізичними порушеннями і вміти спілкуватися з нею.
6. Спілкування здорових дітей з хворою – це не тільки виконання обов'язку, але й позитивні емоції.

3.2. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей

Цей розлад (ГРДУ) у світі визнаний найактуальнішою проблемою в охороні дитячого психічного здоров'я. Здійснено багато досліджень, які досі продовжуються. Ґрунтовне узагальнення світового досвіду вивчення гіперактивного розладу і методів допомоги дітям, які від нього потерпають, зроблене Олегом Романчуком [18], на доробок якого ми спираємося, намагаючись впроваджувати у роботі психолого-медико-педагогічних консультацій форми допомоги батькам і педагогічним працівникам у корекції проявів цього розладу у дітей.

Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги досить поширений і без своєчасно вжитих заходів здатен зруйнувати навчання і формування особистості дитини, яка має усі задатки для повноцінного розвитку. Разом з тим подолання згубного впливу гіперактивного розладу на долю дитини – завдання досить складне, тривале і потребує спільних зусиль сім'ї, навчального закладу, лікарів.

Названий розлад у дитини є частою причиною звернення батьків до психолого-медико-педагогічної консультації. Насамперед, дитина з поведінковими розладами надзвичайно обтяжлива навіть у щоденному спілкуванні і це прискорює пошуки допомоги. Проблема дуже ускладнюється з початком відвідування дитиною навчального закладу, спочатку дошкільного, а далі й школи. І якщо у дошкільному закладі з «некерованою» дитиною ще так-сяк миряться, то у школі дуже швидко постає питання про неможливість її перебування у класі. Починається конфлікт батьків зі школою, який закінчується запізнілим зверненням до консультації. По-перше, батьки й педагоги уже встигли вступити у конфронтацію. По-друге, виявлення проблеми тільки на початку шкільного навчання дитини означає втрату дошкільного періоду, коли можна було чимало зробити для впорядкування її поведінки і пом'якшити труднощі прийняття шкільних правил.

У школі ж, коли дитина своєю поведінкою справді ускладнює роботу з класом, дуже швидко ставиться питання про її індивідуальне навчання. Не поодинокі випадки, коли для переконливості ситуації залучаються батьки інших дітей з вимогою прибрати з класу порушника порядку, який заважає вчитися іншим дітям. Тяжкість випадків буває різною: часто вимога індивідуального навчання є не достатньо обґрунтованою і поспішною, коли ще не пройшов адаптаційний період і не використані можливі засоби урівноважити поведінку дитини. Але навіть у найтяжчих випадках індивідуальне навчання – це турбота не про саму дитину з гіперактивним розладом, а про її однокласників і спокій педагога. Сама ж дитина на індивідуальному навчанні буває приречена на неповноцінне отримання знань і навичок та поглиблення дезадаптації без спілкування з ровесниками. Звичайно, бувають випадки, коли

справді не можна приносити в жертву одній дитині усіх однокласників та педагогічний процес і потрібно шукати прийнятний компроміс. Але таких випадків меншість. Частіше є всі підстави поборотися за те, щоб дитина залишилася у класному колективі.

Усі фахівці, які займаються проблемою гіперактивного розладу у дітей з дефіцитом уваги, наголошують, що головну роль у допомозі дитині відіграють батьки, що без свідомої і систематичної їхньої співпраці з педагогами успіху досягнути не можливо. Співпраця ж потребує як від одних, так і від інших, розуміння стану дитини, причин, що його зумовлюють, та способів, які сприяють його корекції. Тимчасом досвід переконує, що і батькам, і психологам та педагогам, які працюють з дитиною, бракує знань з цього питання. Тому всі вони потребують, насамперед, освіти, якій потрібно приділити чимало уваги.

Сьогодні уже є достатньо літератури (див список рекомендованої літератури), якою можна скористатися у роботі з батьками і педагогами з питань гіперактивного розладу у дітей. Тому тут ми не будемо детально зупинятися на його причинах, проявах на кожному віковому етапі та тих негативних наслідках, до яких може призвести недбале ставлення до допомоги дитині. Наголосимо тільки на основних тезах, які повинні стати вихідними у корекційній роботі з дитиною.

По-перше, гіперактивний розлад з дефіцитом уваги – це не наслідок поганого виховання, а біологічно зумовлений не достатньо сформований самоконтроль, в результаті чого дитина потерпає від не достатньої здатності регулювати свою поведінку. У корекції цього недоліку певне місце займає медикаментозне втручання. Але воно буває ефективним у поєднанні із педагогічними методами впливу. Тому «первинною допомогою дитині з ГРДУ має бути допомога її батькам у створенні оптимального середовища для її розвитку» (О. Романчук [18, с. 145-146]).

Деякі схожі з гіперактивним розладом порушення поведінки дитини можуть бути і наслідком недоліків виховання. Тому в усіх випадках потрібна

ретельна діагностика, починаючи з медичної. Утім ті самі педагогічні методи впливу будуть корисними і для дитини, яка має недоліки саморегуляції, зумовлені вадами виховання.

По-друге, у корекції проявів гіперактивного розладу основна роль належить батькам. Тому фахівці наголошують, що **першочерговим заходом у допомозі дітям з цим розладом є освіта батьків і озброєння їх практичними методами взаємодії з дитиною** [18]. Додамо, що не менш важливою є і готовність педагогів створити разом з батьками єдину систему корекційного впливу на дитину.

По-третє, необхідною умовою вироблення у дитини навичок регуляції власної поведінки є підтримання у неї довіри і любові до батьків і педагогів. Ця теза потребує особливого наголошення, оскільки труднощі взаємодії з такою дитиною швидко викликають роздратування дорослих і застосування всіляких репресивних засобів впливу, що й призводить до виникнення у неї почуття меншовартості, відкинутості і ворожості. А це, звичайно, зводить нанівець усі педагогічні заходи.

По-четверте, тільки на ґрунті добрих стосунків і довіри стає значущою для дитини позитивна оцінка дорослих, яка є основним інструментом впливу на неї.

По-п'яте, корекція саморегуляції дитини лежить через культивування її пізнавальних інтересів. Дефіцит уваги буває не завжди однаковим. Більш вразливою є довільна увага, коли потрібно свідомо зосередитись з певною метою. Якщо ж дитині просто стало цікаво, мимовільна увага може виявитися і досить стійкою. Цим треба користуватися для розширення знань дитини, бо чим більше вона знає, тим ширше коло речей і явищ викликає у неї безпосередній інтерес.

Підтримка безпосереднього інтересу лежить в основі усієї педагогічної роботи з гіперактивною дитиною, якій дуже важко підпорядкувати свою діяльність опосередкованій, віддаленій меті. Звичайно, це ніяк не означає, що всю взаємодію з такою дитиною можна будувати тільки на безпосередньому інтересі. Перехід від «хочу», «цікаво» до «потрібно» конче необхідний, але в

цьому переході велику роль відіграє безпосередній інтерес. Щоб спрямовувати гіперактивну дитину до бажаної поведінки, потрібно постійно підсилювати її мотивацію, викликати зацікавленість близьким бажаним результатом. Саме на таких засадах побудована **поведінкова терапія**, яка виявляється найефективнішою у педагогічній роботі з гіперактивними дітьми (Олег Романчук [18]).

Практично поведінкова терапія реалізується у введенні додаткових стимулів для досягнення бажаної поведінки дитини. Необхідні принаймні дві умови. По-перше, завдання (дотримання певного правила у грі чи у поведінці) повинно бути доступним дитині: інструкція – коротка і чітка, час виконання – нетривалий. Часто завдання, яке зазвичай доступне дітям певного віку, для їхнього гіперактивного ровесника потрібно скорочувати або ділити на кілька окремих. Наприклад, у грі з правилами потрібно починати з одного правила і поки воно не буде відпрацьоване, не вводити нових правил

Так само потрібно діяти і даючи дитині певне доручення. Воно повинно бути зрозумілим, з чіткою короткою інструкцією. Поступово, у міру закріплення навички виконувати певні вимоги, завдання ускладнюються. По-друге, мобілізація зусиль дитини для досягнення позитивного результату і підтримання її уваги спеціально стимулюється. Вводиться система **винагород і покарань**. Їх конкретний зміст важко передбачити для всіх випадків. Це залежить від того, що саме дуже бажане для дитини, що може принести їй особливу радість і, навпаки, позбавлення чого буде досить прикрим. Це – не такий уже й простий педагогічний прийом, бо спрощене його використання може звестися до відвертої купівлі певної поведінки на кшталт «зроби, як я прошу, і отримаєш за це гроші на морозиво». Саме тут і потрібні приязні, довірливі стосунки дитини з дорослим, коли його похвала, якась відзнака будуть значущими для неї.

Щоб підтримувати у дитини позитивну самооцінку і віру у свої можливості, треба починати із заохочень і позитивних оцінок. Покарання, штрафи (наприклад, забрати одну із фішок, які назбиралися за хорошу

поведінку) вводяться пізніше і обов'язково так, щоб дитина розуміла, що до неї ставляться так само позитивно, але була порушена домовленість, а це й тягне за собою певну втрату. Поетапна позитивна стимуляція поступово закріплюватиме у гіперактивної дитини навичку дотримуватися певних правил.

Відпрацювання методів поведінкової терапії на перерахованих вище засадах є спільним завданням як у роботі з батьками, так і з педагогами, які повинні навчитися взаємодіяти. **Тому доцільно об'єднувати в одній групі батьків і педагогів.** Це потребуватиме спільних зусиль психолога консультації і психологів шкільних та дошкільних навчальних закладів, насамперед, для виявлення дітей з гіперактивним розладом та залучення дорослих, дотичних до їхнього навчання і виховання, до здобуття психолого-педагогічних знань і вмінь. Досить складним завданням є залучення батьків до відвідування групи та навчання розуміти свою дитину і допомагати їй у впорядкуванні поведінки. Достатньо мотивуючим фактором тут буває виникнення драматичної ситуації, коли навчальний заклад ставить питання про несумісність поведінки дитини з її перебуванням у класному колективі. Проте виникнення такої колізії вкрай не бажане і краще її попереджувати. Добре мотивує батьків приклад успішного розв'язання проблеми з дитиною і, звичайно, продуктивна робота групи, про яку потрібно інформувати усіх, хто може бути зацікавленим.

Змішана група батьків і педагогів залежно від місцевих умов може працювати на базі психолого-медико-педагогічної консультації, батьківської громадської організації, школи чи дошкільного навчального закладу. У міру потреби такі групи можуть функціонувати й у кількох школах під керівництвом шкільних психологів, які співпрацюють з консультацією.

Співпраця консультації і шкільної психологічної служби, насамперед, полягає в індивідуальному вивченні дитини (спостереження дитини та складання психолого-педагогічної характеристики шкільним психологом, наступне обстеження її у консультації, яке завершується висновками і рекомендаціями), а також в індивідуальному консультуванні батьків, потреба у якому може бути не тільки перед вступом у групу, але й у процесі її роботи.

Змішана група батьків і педагогів з навчання корекції гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей у своєму функціонуванні поєднує різні форми роботи: інформаційна робота (лекції), групова дискусія з елементами тренінгу. За можливості окремі лекції, у процесі яких слухачі ознайомлюються з причинами виникнення, формами проявів у різні вікові періоди, ускладненнями формування особистості дитини з гіперактивним розладом та перспективами його корекції, можуть прочитати запрошені фахівці. Проте переважно – це робота психологів консультації і шкільних психологів, які повинні добре володіти матеріалом, спільно планувати роботу групи (чи груп), розподіляти обов'язки та бути здатними до взаємозаміни.

Інформаційну роботу доцільно поєднувати з груповою дискусією та елементами тренінгу, де відпрацьовуються методичні прийоми поведінкової терапії.

Поєднуючи усі ці функції, група водночас забезпечує і взаємну психологічну підтримку кожного її члена.

3.3. Проблема гіперопіки у вихованні дітей з психофізичними порушеннями.

Гіперопіка (або – гіперпротекція) є одним з типів сімейного виховання, який характеризується надмірним опікуванням дитини, що позбавляє її самостійності. Протилежний тип – гіпоопіка (гіпопротекція), коли дитина не отримує належної уваги батьків. На тлі цих протилежних типів виховання існують різні варіанти як гіперопіки (потуральна, домінуюча, підвищена моральна відповідальність), так і гіпоопіки (емоційне відторгнення, жорстоке поводження). Ці типи сімейного виховання відіграють надзвичайно важливу роль у формуванні особистості дитини, тому їм приділяється велика увага у психотерапії сім'ї (Эйдеміллер Э., Юстицкис В. [24])

Особливого значення і деяких змістових особливостей гіперопіка (а іноді й гіпоопіка) набуває у процесі виховання дитини з психофізичними

порушеннями. Зауважимо, що гіпоопіка як намагання батьків емоційно і фізично відсторонитися від дитини, передати її на виховання нянь, родичів чи просто у будинок-інтернат є потворною формою батьківства. На щастя, такі сім'ї завжди становили меншість навіть в умовах сприяння передачі дитини на державне утримання. Сьогодні, коли суспільство повертається до сповідування сімейних цінностей, гіпоопіка дітей з порушеннями розвитку потребує профілактичних заходів і становить окрему проблему.

Набагато поширенішою є саме гіперопіка хворої дитини, яка виступає суттєвою перепорою у реалізації збережених можливостей її розвитку. Це – одна з найактуальніших тем у консультативно-освітній роботі з батьками. З гіперопікою пов'язано багато інших проблем розвитку дитини, її стосунків з оточенням, ускладнення взаємин з батьками, особливо у підлітковому віці.

Витоками гіперопіки є почуття провини, особливо матері, перед дитиною за те, що «не зуміла народити здоровою, не вберегла». Це почуття часто живе у підсвідомості, а на поверхні – зрозуміла всім жалість до дитини, яка обділена долею, багато чого не може з того, що доступне здоровим, незахищена перед світом. Проте не малу роль у гіперопіці відіграє і те, що обмежену у багатьох можливостях дитину набагато важче навчити чогось, ніж просто швидко зробити це самому за неї. Тому наслідки гіперопіки частіше проявляються у сім'ях, де не дуже замислюються над розвитком дитини, над допомогою їй навчитися жити з обмеженнями, бо це вимагає від батьків усвідомленої тривалої і тяжкої праці і навіть мужності, щоб, долаючи ситуативну жалість, дивитися вперед для майбутнього її блага.

Насамперед, гіперопіка шкідливо позначається на загальному психічному розвитку дитини, бо обмежує її і без того знижену активність: вона не встигає зробити зусилля, щоб задовольнити якесь своє бажання, як мама його вгадує і задовольняє. Так може затримуватися навіть розвиток мовлення дитини, бо у неї рідко виникає нагода щось попросити і тим самим вправлятися у засобах домогтися розуміння її навколишніми. Затримується формування навичок самообслуговування, що є життєво важливим для

поліпшення якості життя і самої дитини, і всієї сім'ї, яка нею опікується. У цілому дитина не навчається робити зусилля і це перешкоджатиме їй багато чого навчитися і в школі, і в спілкуванні, й в усіх інших сферах життя.

Крім затримки загального психічного розвитку **гіперопіка негативно позначається на формуванні особистості дитини**. Слово «не можна», яке у таких випадках зникає з ужитку, дезорієнтує дитину у житті. Адже настане момент, коли із заборною, відмовою у чомусь доведеться рахуватися, й у не підготовленої до цього дитини починається психологічний конфлікт. Особливо негативно це позначиться на розширенні спілкування дитини з ровесниками і дорослими, яке потребує взаємних поступок, почуття дистанції.

Особливо тяжким наслідком гіперопіки хворої дитини є вороже ставлення до неї братів і сестер, які виявилися обділеними материнським теплом і турботою. Справді, мама, надмірно опікуючи хвору дитину, ні в чому її не обмежуючи, часто може бути несправедливою до інших членів сім'ї, особливо – здорових дітей, вимагаючи й від них беззастережного потурання хворій тоді, коли усім на користь було б дотримання рівноправності.

Ще одним **тяжким наслідком гіперопіки є наростання конфлікту між батьками і дитиною у міру її дорослішання**, адже гіперопіка – це і обмеження свободи, система всяких заборон, аби «бува, чого не сталося».

Пора автономізації від батьків, яка є закономірним явищем у підлітковому віці, звичайно торкається і дитини з певними психофізичними порушеннями. Їй стає не достатньо спілкування тільки з матір'ю і вона починає бунтувати проти любові, яка стає путами. Нам часто доводилося стикатися з такою проблемою у сім'ях, які виховують дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Складність цієї проблеми полягає у необхідності розмежування часом майже повної фізичної залежності підлітка від інших членів сім'ї і психологічної автономії особистості, права на власну думку, вчинок. Це типова проблема підліткового і юнацького віку і в стосунках здорових дітей з батьками. У випадках тяжкої фізичної інвалідності дітей вона набуває особливого загострення і пов'язана з дуже міцним стереотипом батьківської опіки, без якої

діти в усіх своїх життєвих функціях не можуть обійтися. Іноді, навіть тоді, коли батьки займають зважену позицію у питаннях побутової пристосованості сина чи дочки, їм часто буває важко погодитись відпустити їх з дому у власних справах, поклавшись на допомогу волонтерів. Особливо вони бояться юнацької закоханості, вбачаючи у ній додаткові страждання своїх обділених долею дітей, які можуть зіткнутися з невзаємними почуттями. Тимчасом підліткам необхідна певна психологічна автономія і здобуття життєвого досвіду, щоб почувати себе повноцінними людьми. Тому іноді виправданий і ризик. На цьому ґрунті між батьками та дітьми часто точаться тривалі конфлікти з глибоким переживанням взаємних образ. Справді, на перший погляд батькам буває незрозумілою «черствість» і «невдячність» сина, який, фізично залежачи від них до дрібниць, раптом заявляє, що хотів би відпочити від їхньої «тиранії» і пожити самому. У таких випадках буває дуже слушною будь-яка форма психологічної допомоги, на яку батьки охоче відзиваються, бо гостро її потребують.

Обговорення проблеми гіперопіки й усіх питань, з нею пов'язаних, викликає жвавий відгук у батьків у процесі бесід і лекцій і буває продуктивним у груповій дискусії з елементами тренінгу. Ця тема може бути однією з перших, яку можна виносити на обговорення у групі батьків, як тільки між ними встановиться контакт, наприклад, після кількох святкових зустрічей. Почавши із бесіди про гіперопіку і її шкідливі наслідки, кожную наступну зустріч групи можна присвятити окремим, окресленим вище проблемам, які впливають із гіперопіки. Як правило, батьки, які уже адаптувалися у групі, зацікавлено діляться досвідом і виносять на обговорення питання, які їх тривожать.

РОЗДІЛ 4.

З ДОСВІДУ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ СІМ'Ї У РОБОТІ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ

4.1. Психолого-педагогічний супровід сім'ї у діяльності Інклюзивного ресурсного центру Вінницької обласної психолого-медико-педагогічної консультації

Тетяна Каменщук,
завідувач Вінницької обласної
психолого-медико-педагогічної консультації

Розуміючи всю складність життєвих переживань сімей, які виховують особливих дітей, пріоритетним напрямком роботи Вінницької обласної психолого-медико-педагогічної консультації (далі – ПМПК) була і залишається їх всебічна підтримка. Адже лише за минулий рік кількість звернень від родин з метою пошуку шляхів реалізації рекомендацій консультації збільшилась вдвічі, при цьому у переважній більшості сімей основною вимогою є створення умов для їх дітей у загальноосвітніх навчальних закладах (далі – ЗНЗ).

Нагальною стала потреба у широкій поінформованості педагогічних працівників з питання інклюзивного навчання та налагодженні взаємодії консультації саме із загальноосвітніми навчальними закладами з метою включення дітей з особливими потребами у навчально-виховний процес. Якщо раніше основною такої співпраці була просвітницька спрямованість, то наразі актуальною є потреба батьків у здійсненні їх супроводу в ЗНЗ або іншими словами – обстоюванні прав їх дітей.

Процес пошуку шляхів допомоги цим сім'ям виявився складним та на початковому етапі не передбачав значних позитивних змін. В ході вивчення досвіду роботи Інклюзивних ресурсних центрів (далі – ІРЦ) Львову та Криму було відмічено спільну проблематику та бар'єри в розвитку інклюзивного освітнього середовища. Вирішення було знайдене у налагодженні співпраці з Всеукраїнським фондом «Крок за кроком» та підписанні Меморандуму про

спільну діяльність з Вінницькою обласною державною адміністрацією в особі Департаменту освіти і науки.

З грудня 2013 р. у Вінницькій області було розпочато реалізацію проекту «Інклюзивна освіта: крок за кроком», у рамках якого на базі обласної психолого-медико-педагогічної консультації створено **Інклюзивний ресурсний центр** з метою надання консультацій та проведення просвітницької діяльності з питань організації інклюзивного навчання серед педагогічних працівників загальноосвітніх навчальних закладів та сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами.

В основі проекту – підхід, що передбачає виконання основних міжнародних документів, зокрема Конвенції ООН про права людей з інвалідністю, а також українського законодавства. Довгостроковою метою проекту є успішна участь особливих дітей у житті суспільства.

На сьогодні Інклюзивний ресурсний центр в рамках своєї діяльності виконує **наступні функції**:

- інформаційну: здійснює збір та розповсюджує інформації щодо існуючих ресурсів та послуг для допомоги дітям з особливими освітніми потребами, їх батькам, педпрацівникам, які працюють з цією категорією дітей;

- консультаційну: надає консультації батькам дітей з особливими освітніми потребами, педагогам, адміністраціям навчальних закладів щодо роботи з дітьми названої категорії, а також організовує та проводить навчальні семінари, тренінги, «круглі столи»;

- обстоювання прав: визначення проблеми, розроблення та просування механізмів її вирішення.

Проект являє собою творче об'єднання дослідницької та організаційно-методичної роботи, що передбачало вивчення концептуальних ідей інклюзивного навчання, змісту взаємодії всіх учасників навчально-виховного процесу (педагогічних працівників з сім'ями особливих дітей, сім'ї звичайних дітей з сім'ями особливих дітей, діти з нормальним розвитком, діти з різними соматичними станами та психофізичними порушеннями), вивчення та

планування перспективних напрямків роботи з батьками, з дітьми, а також пошук ефективних шляхи їх реалізації.

У межах цієї статті ми зупинимося на одному з найважливіших аспектів реалізації проекту – **роботі з сім'єю, яка виховує дитину з особливими освітніми потребами**. Були розроблені першочергові напрямки у роботі з сім'ями особливих дітей, а саме:

- роз'яснювальна та навчальна робота з питань інклюзивного навчання;
- консультативна робота з метою розвитку інтересу батьків до нових форм навчання їхніх дітей;
- інформаційна робота з метою знайомства з профільними державними і громадськими установами та формування потреби в ефективній взаємодії в напрямку реалізації різноманітних соціальних потреб;
- психологічна підтримка з метою розвитку впевненості, готовності долати життєві труднощі.

Досвід практичної роботи з сім'ями дозволив виділити **ефективні види роботи**, які допомагають їх учасникам усвідомити свою значущість у процесі не лише впровадження інклюзивного навчання, а й у процесі соціальної інклюзії. До них ми віднесли наступні: тренінги, в ході яких учасники мають можливість познайомитися та обмінятися досвідом, засідання батьківського клубу з метою планування діяльності, спільні зустрічі вихідного дня разом з дітьми, цілеспрямовані спостереження за особливостями взаємодії власної дитини з однолітками,

Важливою опорою у діяльності ПМПК стала **група активних батьків**, які виховують дітей з аутизмом. Це та категорія сімей, які мають досвід співпраці з різними установами як місцевого рівня, так і за межами області, знають можливості власних дітей та усвідомлюють необхідність якісного навчально-корекційного процесу для їх особливих дітей.

Робота з батьками проводилась в кілька етапів.

На I етапі було запроваджено серію практичних тренінгів з батьками, які виховують дітей з особливими освітніми потребами і планують їх подальше

навчання в умовах інклюзивної школи. Запрошені були батьки, які зверталися (в)на консультацію в ПМПК в період з вересня 2014 р. Метою було інформування їх з питань інклюзивного навчання, розвиток вміння представляти свою дитину, покращення здатності батьків брати активну участь в процесі відстоювання прав своїх дітей а також створення командної співпраці між батьками. Теми для обговорення батьками обиралися самостійно з переліку, який був розроблений фахівцями обласної психолого-медико-педагогічної консультації. За результатами роботи із сім'ями у I кварталі 2015 р. на базі ІРЦ було проведено (4) тренінги (за темми), а саме: „Інклюзивні ресурсні центри: інклюзивна освіта для моєї дитини” (21 січня); „Інклюзивні ресурсні центри: інклюзивний клас для моєї дитини” (18 лютого); «Постать вчителя – важлива складова успішного навчання моєї дитини» (12 березня); «Активна позиція батьків – запорука успішності дитини» (19 березня).

II етап - створення батьківської команди. Оскільки були батьки, які виховують дітей з різними порушеннями (порушення опорно-рухового апарату та аутизм) було створено дві активні групи людей, які почали займатися розробкою і реалізацією плану дій щодо впровадження інклюзивного навчання в різних навчальних закладах м. Вінниці. З ініціативи батьків було організовано батьківський клуб «Діти дощу у пошуках розуміння», засідання якого стали частиною роботи ПМПК. До міжнародного дня інформування про аутизм батьками спільно з працівниками Вінницької обласної ПМПК було організованого та проведено соціальну акцію, яка включила розробку та розповсюдження інформаційних буклетів про особливості дітей з аутизмом та проведення флеш-мобу в центрі м. Вінниця. Також запроваджено проведення спільного дозвілля сімей – заходи вихідного дня: кінні прогулянки та перегляд сучасних мультфільмів у центральному кінотеатрі міста. Наступним кроком було налагодження взаємодії з сім'ями з м.Тернопіль та проведення круглого столу з метою планування літнього табору із спільним проживанням дітей з батьками.

III етап – активізація роботи громадської організації (Благодійна

організація «Благодійний фонд «Центр соціалізації та реабілітації дітей з аутизмом та іншими розладами «Розвиток») шляхом залучення нових сімей та планування проектної діяльності. Члени організації підготували проектну заявку до Посольства Німеччини з метою облаштування ресурсного класу при ЗОШ №34 м. Вінниці для навчання дітей з аутизмом.

Спільно із журналістами місцевого телебачення розроблено цикл телепередач на телеканалі „ВДТ” в рамках проекту «Класна робота» з ознайомленням успішних історій кожної сім’ї, в якій виховуються діти з особливими потребами та висвітлюється інформація про діяльність ІРЦ Вінницької області.

В рамках діяльності ІРЦ фахівцями Вінницької обласної ПМПК розроблено інформаційні матеріали для батьків та педагогів, підготовлено посібник з досвіду роботи ІРЦ та висвітлення «Успішних історій навчання особливих дітей».

Результати діяльності проекту «Інклюзивна освіта: крок за кроком» було представлено під час відзначення днів Америки у Вінниці (27-29.04.2015 р.), даний проект увійшов у п’ятірку підтриманих проектів від Посольства Америки у Вінницькій області.

В загальному Інклюзивний ресурсний центр впроваджує інклюзивну політику серед громадськості області, вносить інклюзивну культуру в заклади освіти, наповнює нею педагогічну працю та допомагає вчителю дотримуватись інклюзивних цінностей, а найголовніше – є надійною опорою для родин, які виховують особливих дітей.

4.2. Організація роботи Служби Раннього Втручання в умовах Дніпропетровського обласного методичного психолого-медико-педагогічного центру

Світлана Васильковська,
директор Дніпропетровського обласного методичного
психолого-медико-педагогічного центру

Статистичні дані щодо стану здоров'я новонароджених в Україні свідчать про невтішні тенденції. Доля здорових новонароджених дітей в регіоні за останнє десятиліття значно знижується:

- до 80% новонароджених є фізіологічно незрілими;
- біля 73% мають перинатальну патологію.

Діти раннього віку з проблемами в розвитку знаходяться здебільшого в полі зору лікарів, які дбають про фізичне та соматичне благополуччя дитини. Тимчасом перші роки життя мають вирішальне значення для пізнавального, емоційного розвитку дитини та її подальшої адаптації в суспільстві. Тож така форма допомоги, як раннє втручання, має безперечну актуальність для нашого регіону та країни в цілому.

Обстежуючи за рік понад 7 тисяч дітей області та використовуючи матеріали досліджень з ранньої діагностики в Росії, США, Швеції, ми дійшли висновку щодо необхідності відкриття на базі нашого Центру Служби ранньої допомоги дітям. Створення такої служби у 2003 році є результатом співпраці в рамках українсько-шведського проекту "Незахищені діти в Україні". Фахівці, що працюють в службі, пройшли навчання в Благодійному фонді «Інститут Раннього Втручання» м. Харкова та продовжують співпрацю з цим закладом.

Раннє втручання не можливе без активної участі батьків, які є рівноправними членами команди, що працює з дитиною. Взаємодія з батьками і всією родиною в цілому включає: а) консультування батьків з питань розвитку дитини та можливостей її абілітації фахівцями Центру; б) психологічна підтримка членів родини, в) залучення їх до реабілітації дитини, г) навчання членів родини технік розвиткової взаємодії.

Усі ці завдання реалізуються головним чином в індивідуальних і групових заняттях

Індивідуальні заняття.

Індивідуальні заняття з дітьми раннього віку проходять обов'язково в присутності батьків або іншої особи, що виконує функції догляду за дитиною. Тривалість занять може становити 20-30 хвилин, що включає в себе проведення

корекційних та розвиткових вправ або ігор, пояснення мети та призначення вправи, навчання дорослого проведення цих або аналогічних вправ, розробку домашнього завдання для батьків.

Групові заняття.

Групові форми роботи передбачають спільну діяльність дітей та дорослих, що їм допомагають, під керівництвом педагога.

Групові форми роботи створюють простір для первинної соціалізації дітей та родини в цілому, для спілкування батьків із іншими родинами, обмін особистісним та практичним досвідом.

В службі раннього втручання (далі – СРВ) при ДОМПМПЦ функціонують такі усталені групи:

1. Група дітей із віком розвитку близько 8-12 місяців – працює за програмою «Пограйся зі мною, мамо».

2. Група дітей із віком розвитку близько 1- 1,5 років – комплексне розвиткове заняття.

3. Група дітей із віком розвитку близько 2-2,5 років – комплексне розвиткове заняття.

4. Група дітей із порушеннями спектру аутизму – заняття з розвитку соціальної взаємодії.

Заняття із групою доцільно будувати із зміною видів діяльності. Тому **кожна програма групових занять є комплексною**. Тривалість такого комплексного заняття за умови адекватного добору видів діяльності та урахування особливостей конкретної групи дітей може становити 45-55 хвилин.

Група комплектується із дітей із схожими можливостями та завданнями розвитку. В роботі беруть участь діти із мамами або іншими дорослими (тато, бабуся, няня). Кількість – до 6 пар (дорослий-дитина). Заняття триває від 50 до 70 хвилин.

Участь батьків є принциповою для занять із дітьми раннього віку. Дорослий виконує роль асистента дитини: контролює виконання вправ методом «рука в руці», спонукає фізично до виконання певних рухів, допомагає

спрямувати увагу на ведучого або об'єкти роботи. Також дорослий, що супроводжує дитину на занятті, може подавати приклад виконання завдань або демонструвати правильну модель поведінки на занятті. Слід також зазначити, що активний інтерес дорослого до запропонованої на занятті діяльності є фактором, що стимулює увагу дитини. У разі спільної зацікавленості діяльністю діти довше концентрують власну увагу та демонструють продуктивнішу діяльність.

Спільні заняття є корисними не тільки для дитини, вони також є формою навчання батьків. Педагоги навчають батьків правильно давати інструкцію та надавати допомогу дитині у виконанні різних навчальних завдань, наприкінці заняття – коментують мету різних завдань та пояснюють їх призначення. Також ми відмічаємо, що ті мами, які активно та усвідомлено виконують свою асистуючу роль в занятті з дитиною, складають власне досить адекватне враження про наочуваність дитини. Вони на своєму досвіді співвідносять вкладені зусилля дорослого та результат, що демонструє (або не демонструє) дитина.

Залучення учасників до служби раннього втручання

Першими учасниками цієї програми у 2003 році стали 5 дітей з інвалідністю, що звернулися до Обласної ПМПК для визначення необхідної корекційно-розвиткової допомоги. Кожен з цих дітей не був готовий до відвідання дошкільного закладу через недостатність навичок самостійності або стан здоров'я. Надалі інформація про службу раннього втручання розповсюджувалася через об'яви та листівки в дитячих поліклініках. Ми налагоджували зв'язки із психіатричною службою та дитячими неврологами. Дотепер ці фахівці активно спрямовують до СРВ дітей із органічними ураженнями центральної нервової системи. Також продуктивною є співпраця із батьківськими громадськими організаціями. До нас активно долучаються батьки дітей із синдромом Дауна завдяки співпраці із Всеукраїнським батьківським об'єднанням «Даун Синдром» та Громадським об'єднанням «Да Сід». Інформацію про існування служби раннього втручання та послуги, що

надаються, батьки також передають з вуст в уста, спілкуючись один з одним в поліклініках, лікарнях та реабілітаційних центрах. Таким чином до нас звертаються по допомогу батьки дітей, що мають порушення розвитку, визначені медиками, а також батьки, у яких виникають сумніви щодо розвитку своєї дитини. Останні складають категорію дітей із первинно виявленими порушеннями розвитку.

Дистанційне консультування.

Дистанційне консультування надається родинам, що мешкають у віддалених населених пунктах області і не мають змоги отримувати постійну професійну допомогу за місцем проживання.

1 крок – заповнення тестових шкал KID або RCDI батьками та відправлення результатів фахівцям СРВ (поштою, факсом або електронною поштою)

2 крок - очна консультація фахівцями ПМПК.

3 крок – розробка індивідуального плану розвитку дитини (*зразок домашнього завдання для батьків в прикріпленому файлі*).

4 крок – реалізація батьками індивідуального плану розвитку дитини.

Індивідуальний план дитини містить перелік завдань, з формування конкретних навичок. Батьки отримують письмові настанови щодо навчання дитини. З цього моменту відповідальність за здійснення корекційної роботи лягає саме на батьків та фахівців, яких вони змогли залучити до роботи з дитиною в своєму містечку. Оцінити результати роботи, виявити невідповідності у формах роботи чи поставлених завданнях ми можемо в ході повторних очних консультацій. Родина звертається до служби через 1-3 місяці, відповідно до своїх потреб та можливостей відвідати обласний центр.

Намагаючись допомагати родинам дистанційно, ми зіткнулися з труднощами в побудові постійної взаємодії за батьками. Активним та достатньо освіченим батькам зазвичай вистачає первинного складання плану та консультації щодо форм навчання дитини. Далі вони знаходять фахівців у своєму місті або працюють з дитиною самостійно і звертаються до ПМПК уже

в процесі влаштування дитини в освітній чи реабілітаційний заклад. Протилежний варіант – батьки, які не взяли відповідальності за організацію корекційно-розвиткової роботи з дитиною та потребують активної участі фахівців та постійного керівництва. Такі родини швидко втрачають мотивацію до роботи, їхнє ставлення до співпраці зі службою стає формальним, якщо співпраця взагалі продовжується. Супровід таких випадків вимагає постійного контролю та консультування телефоном або за допомогою Skype. Таким чином роль фахівця стає контролюючою та мотивуючою і вимагає таких самих затрат часу, як при очній співпраці. Але при цьому більше можливостей вплинути на процес розвитку дитини все-таки мають батьки, тому результати роботи не завжди задовольняють фахівців. У цьому полягають основні труднощі дистанційної допомоги родинам.

4.3. З досвіду роботи районної психолого-медико-педагогічної консультації з сім'єю.

Тетяна Столярчук,
завідувач Шепетівської районної
психолого-медико-педагогічної консультації
Хмельницької області

Поява в сім'ї дитини з вадами у розвитку порушує звичне життя, викликає у батьків важкий стресовий стан, формує нові взаємини в родині. Сім'ї, в яких є діти з відхиленнями у розвитку, традиційно стикаються з медичними, економічними, соціально-психологічними та педагогічними труднощами. Не всі батьки в змозі самотійно подолати кризу – частина закривається для зовнішнього світу тяжко переживаючи, частина підпорядковує абсолютно все вирішенню проблем хворої дитини, невиправдано забуваючи потреби інших дітей та членів родини.

Дійсно, проблема надзвичайно серйозна й у своєму вирішенні потребує консолідації зусиль всього суспільства та його інституцій. Психолого-медико-педагогічна консультація (далі – ПМПК) має ті важелі, які сприяють

комплексній реабілітації дитини, поверненню психологічного комфорту сім'ї та активного залучення батьків до корекційно-відновлювальних заходів. Робота з батьками дітей з порушеннями психофізичного розвитку – один з напрямків діяльності Шепетівської районної ПМПК. Ми здійснюємо супровід сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями здоров'я з метою розширення батьківських компетенцій, надання впевненості у своїх силах, сприяння розумінню своїх можливостей і компенсаторних можливостей дитини і, що головне, – активній участі батьків у процесі навчання і виховання особливих дітей. Діяльність районної ПМПК в сегментарному напрямку роботи з батьками регламентується районним проектом «Особлива дитина». Проект носить цілеспрямований плановий характер, забезпечує синергійний розвиток командної кооперації, утворює єдиний корекційно-розвивальний простір, розширює медико-психолого-педагогічну обізнаність батьків і в майбутньому приводить до яскраво окресленого реабілітаційного ефекту, динаміки розвитку дитини, якісних взаємин в сім'ї, позитивного психологічного мікроклімату.

Врахування соціальних та особистісних особливостей сім'ї з «особливою» дитиною підвищує ефективність використання її потенціалу, тому що включення батьків в корекційно-розвивальний процес – основа адекватної відповідальної батьківської позиції.

При районній ПМПК діє батьківський клуб «Віра. Надія. Любов. Мудрість». Традиційним стали тренінги, практичні тренінги з елементами креативної терапії, тілесної терапії, гештальт терапії, методів психодрами, семінари.

Важливими формами роботи є святкові зустрічі: «І ваша доля людям небайдужа...», « Все золото світу не варте любові », марафон «Повір у себе» та інші соціально-знаменні акції, які проводяться на рівні району.

Ми вибудували власну модель організації допомоги родині, де виховується особлива дитина, що дає змогу об'єднати зусилля небайдужих людей до долі інших. Адже важливо, щоб батьки не залишалися наодинці зі своєю бідою, щоб інвалідність дитини не ставала тільки приватною справою сім'ї.

Становлення продуктивної співпраці з батьками, що виховують дитину з порушеннями психофізичного розвитку, органічно проходить наступні періоди:

1. період інформування: батьків знайомлять з діяльністю ПМПК, проводиться висвітлення роботи місцевої консультації в засобах масової інформації (періодика, місцеве та телебачення). Також ми активно долучаємось до волонтерського руху громадських організацій людей з інвалідністю, тим самим завойовуючи своєю небайдужою громадською позицією увагу та довіру батьків;

2. період переконання в необхідності батьківської допомоги: працівники ПМПК переконують в тому, що жодна найкраща корекційно-розвиткова програма не зможе дати повноцінних результатів, якщо вона не здійснюється разом з сім'єю;

3. формування інтересу до співпраці, яке значною мірою залежить від майстерності та активності спеціалістів ПМПК;

4. період вдосконалення батьківських компетенцій: члени родини навчаються еталонних моделей роботи з дитиною;

5. період особистісного зростання та оптимального пошуку: розширення творчих підходів до навчання особливої дитини і особистої участі в дослідженні її можливостей.

Звичайно, в силу тих чи інших обставин батьки мають різну готовність до співпраці з консультацією. Є такі, які несміливо приходять на перші індивідуальні консультації, є ті, хто активно долучається до участі у навчальних семінарах і тренінгах, підвищуючи свої батьківські компетенції, є інші, які пішли далеко вперед, долучаючи своїх особливих дітей до участі у регіональних та загальнодержавних проектах.

Зміст роботи з батьками залежить від готовності до співпраці, налагодження зворотного зв'язку. Найбільші труднощі у співпраці викликають батьки з низьким рівнем мотивації. Для такої категорії батьків оптимальна форма роботи – індивідуальна. Батьки, у яких сформований зворотній зв'язок, залучаються до групових форм роботи. Групові заходи чітко сплановані та

будуються на певних принципах. Скажімо, важливий той аспект, коли об'єднуються батьки одного контингенту дітей зі схожими особливостями розвитку та успіхів у його корекції. Також враховується віковий фактор. Слід обов'язково залучати наявні в регіоні ресурси, адже успіх буде лише за умови, якщо консультація координує, консолідує зусилля команди. Це особливо важливо для сільських районів, віддалених від великих міст. Так, районною ПМПК налагоджено співпрацю з реабілітаційним центром, навчальними закладами, соціальними службами сім'ї та молоді, лікувальними закладами, громадськими організаціями людей з інвалідністю, волонтерами, благодійними фондами. Наш досвід доводить, що робота з батьками дітей з порушеннями психофізичного розвитку не може бути ситуативною та періодичною. Тільки разом, тільки спільно, тільки у єднанні сил та можливостей можна очікувати позитивні результати.

4.4. ПМПК: чотири страшні букви для батьків, які виховують дітей з психофізичними порушеннями

Ірина Пашкова,
завідувач Казанківської районної
психолого-медико-педагогічної консультації
Миколаївської області

Одним з напрямків роботи районної психолого-медико-педагогічної консультації (далі – ПМПК) є консультативно - методична допомога сім'ям, які виховують дитину з психофізичними порушеннями. Наше завдання – допомогти батькам прийняти реальність такою, як вона є, і в цих умовах оптимально використати для розвитку дитини її можливості. Успіху в розвитку дитини можна досягнути тільки за активної участі батьків.

Для знайомства з батьками найбільш сприятливими виявилися батьківські збори у школі. Ми заздалегідь дізнаємося про розклад батьківських зборів у школах нашого району та відвідуємо їх, інформуємо батьків і педагогів про роботу консультації. Батьки дітей з особливостями у розвитку дізнаються про

можливості навчання та виховання дитини, змінюють думку про «безперспективність» її розвитку, оволодівають навичками допомоги їй навчанні та розвитку, дізнаються про програми та форми навчання.

Як показує практика, обстеження дитини у ПМПК є важким емоційним стресом як для батьків, так і для дитини. Частково це пояснюється об'єктивними причинами – фактор невідомості, можливість значної зміни у звичному режимі життя дитини, зміна освітнього маршруту, соціальні наслідки пов'язані з рішенням консультації, сама процедура обстеження, коли всі сфери особистості дитини піддаються уважному вивченню – все це, безумовно, є серйозним психологічним навантаженням для дитини і батьків.

Виникає питання: чи можна якось зменшити стрес, пов'язаний з обстеженням? Ми думаємо, що можна.

Найчастіше причиною звернення до ПМПК служить погане засвоєння учнем шкільної програми або порушення поведінки, що перешкоджають перебуванню дитини в колективі. Нерідко ці проблеми залишаються без уваги до тих пір, поки не досягають певної «критичної точки», коли стають непереборною перешкодою для подальшого навчання. Досить часто батьки бувають недостатньо обізнані про справжній стан справ у шкільному житті дитини, і виникнення питання про необхідність відвідання ПМПК звучить для них як «трим серед ясного неба».

Батьки, як правило, виявляються невідготовленими до такої ситуації, відчують свою безпорадність і розгубленість. У ситуації, що склалася вони починають використовувати всі доступні їм засоби і можливості з метою спростувати той факт, що їхня дитина не така як усі, і довести зворотне. Це в свою чергу, можна пояснити тим, що батьки мають досить низьку психолого-педагогічну культуру. Багато батьків переживають головним чином через те, що їх дитині буде «поставлений діагноз», боятися оцінки оточенням того факту, що їхня дитина відстає в розвитку (особливо якщо дитина відстає в інтелектуальному розвитку). У батьків починають формуватися негативні, насторожені почуття щодо фахівців сфер охорони здоров'я та освіти. Це в свою

чергу призводить до відмови від співпраці з фахівцями.

Тому одним з найважливіших напрямків діяльності районної ПМПК є консультування батьків. Як правило, у батьків спостерігаються емоційна неготовність до такого роду консультування, в деяких випадках емоційне неприйняття. Тимчасом, незважаючи на демонстративну або відсторонену позицію, батьки відчують тривогу, яку не завжди самі усвідомлюють. Пережита тривога, а нерідко і почуття ураженого самолюбства часто змушують їх займати неадекватні позиції по відношенню до проблем своєї дитини.

Іноді, батьки щиро вважають, що шкільні проблеми їхньої дитини обумовлені недостатніми старанністю і мотивацією (в цьому переконанні їх часом підтримують вчителі, кажучи, що дитина «може вчитися, але не хоче»). Звичайно, успішність залежить від мотивації, однак думка, що «він може це зробити, якщо захоче», в цьому випадку може принести велику шкоду, тому що дитина не отримує тієї допомоги, якої дійсно потребує.. Називаючи дитину недостатньо мотивованою, можна в ряді випадків втратити час, якщо їй потрібні допомога, спеціальна програма або консультація лікаря. У ряді випадків фахівці ПМПК стикаються з тим, що батьки продовжують спроби приховати несприятливі особливості у розвитку дитини.

На практиці консультантами нашої ПМПК відмічається, що у багатьох випадках родина не доводить до кінця консультування або, незадоволена результатами обстеження починає шукати іншого, «більш зручного» фахівця, який дав би сприятливішу інформацію, що відповідає наявним потребам і стану батьків.

Виходячи з принципів дотримання інтересів дитини, фахівці нашої консультації намагаються організувати так процес консультування, щоб: утримати батьків від передчасного його переривання, досягти певною мірою адекватного усвідомлення проблеми, підвести батьків до прийняття адекватних стану дитини рішень щодо її виховання і навчання.

Основою ефективності такого роду консультування є психологічна готовність батьків сприймати і засвоювати передану інформацію.

Можна сформулювати дві групи завдань, які повинні вирішуватися фахівцями ПМПК при консультуванні батьків, що мають дітей з проблемами в розвитку.

Перша група завдань – створення психологічних умов для адекватного сприйняття батьками ситуацій, пов'язаних з особливостями розвитку їхньої дитини, а саме: поступовий відхід від позиції, що заперечує наявність проблем («Він у мене такий же, як усі»), і позиції протиставлення себе соціуму і перехід в позицію взаємодії («А як його навчити? Я не вмію»).

До другої групи завдань належать питання, пов'язані із звільненням батьків від почуття провини, подолання стресового стану сім'ї, підвищенням особистісної самооцінки батьків у зв'язку з можливістю побачити результати своєї праці в успіхах дитини, створенням і підтримкою по можливості нормального клімату в сім'ї.

Бесіду фахівці ПМПК намагаються будувати таким чином, щоб зменшити у близьких дитини почуття тривоги, провини і безвиході. Обов'язково пояснюємо їм, що такі визначення, як «поганий», «ледачий», «слабо мотивований», підмінюючи собою справжнє розуміння труднощів дитини, не можуть заохотити дитину, принижують почуття власної гідності і можуть діяти як пророцтво. Альтернативою цьому є адекватне навчання дитини.

Ми дотримуємося послідовності процесу консультування, яка полягає в тому, що спочатку виявляємо рівень розуміння батьками труднощів дитини і рівень адаптації сім'ї до них, потім разом з ними аналізуємо причини цієї неуспішності. Батьки часто бояться, що на дитину повісять клеймо інтелектуально неповноцінного або клеймо «душевно хворого», що в свою чергу, негативно позначиться на його житті. Для того, що б подолати цей психологічний бар'єр, ми у тактовній і доступній формі на прикладах поведінки дитини показуємо ті її особливості, які зумовлюють її труднощі у навчанні. Важливо, щоб батьки зуміли порівнювати зауваження фахівця зі своїми власними спостереженнями. Разом з батьками вивчаємо робочі зошити учня, просимо батьків навести власні приклади спостережень за дитиною та

розібратися у них разом.

Завдяки такому підходу до вивчення дитини найчастіше батьки погоджуються, що виявлене порушення у дитини є.

Фахівці-консультанти роз'яснюють батькам, що сам факт відхилень у розвитку не є чимось ганебним, що такі особливості зустрічаються досить часто, але для подальшого успішного життя і навчання дитині необхідна адекватна допомога. Важливо уникнути появи у батьків почуття провини, оскільки за цим піде опір подальшій роботі, бо вони не хочуть визнавати, що допустили помилку у вихованні своєї дитини. Буває й навпаки – батьки включаються в роботу настільки завзято, що можуть спровокувати будь-яке інше порушення. Тому є сенс наголосити, що об'єктивні причини, які викликають труднощі у дитини, які найкраще обговорити з профільними фахівцями (лікарями, педагогами різного профілю і т.д).

Більшість батьків, як тільки чують, що в роботі консультації задіяний лікар-психіатр відразу займають «оборонну» позицію. Ми намагаємося їм пояснити, що в результаті обстеження психіатр зможе виявити причини наявних відхилень, що в свою чергу дозволить розробити план подальших оздоровчих та реабілітаційних заходів. Крім того, лікар-психіатр може надати батькам консультативну допомогу з добору і застосування медикаментозних засобів, а в разі потреби – рекомендувати поглиблене і динамічне обстеження і лікування іншими спеціалістами. Батьки повинні усвідомити позитивні результати відвідання лікаря-психіатра.

Отже, консультант ПМПК, який проводить консультування сім'ї з «проблемною» дитиною, повинен чітко розуміти цілі і завдання консультування, реально оцінювати величезну тяжкість подібної роботи і відповідальність за свою діяльність. Важливо враховувати, що психологічно правильно побудоване обговорення тривог і побоювань сім'ї може значно послабити деякі з неприємних реакцій, підвищити ефективність самого консультування.

Наскільки адекватно прийняте рішення, наскільки воно усвідомлено

сім'єю, і наскільки батьки будуть дотримуватися його надалі, - все це визначає ефективність консультування в цілому.

У зв'язку з усім сказаним зростає значущість особистості, професійних, етичних якостей фахівця, який входить у контакт з сім'єю. Часто саме здатність консультанта як особистості до здійснення емпатійного діалогічного спілкування забезпечують ефективність консультування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеева Л. С. Семейная психотерапия в центре психолого-педагогической помощи : [науч.-метод. пособ.] / Л. С. Алексеева, В. Ю. Меновщиков. – М. : НИИ семьи, 1998. – 112 с.
2. Ахиллес И. Моя сестра с ограниченными возможностями / И. Ахиллес, К. Шлие ; пер. с нем. Г.С. Шипицына. – Минск, 1999. – 20 с.
3. Галецька І. І. Психологічні проблеми сім'ї з неповносправною дитиною / І. І. Галецька // Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К., 2001 – Т. III, Ч. 3. – 256 с.
4. Григор'єв А. Проблема взаємин у родинах, де є діти з аномаліями розвитку / А. Григор'єв // Дефектологія. – К. : Педагогічна преса, 2004. – № 1. – С. 48.
5. Закрепина А. В. Педагогическая помощь семье в воспитании ребенка дошкольного возраста с умеренной умственной отсталостью / А. Закрепина // Дефектология. – 2004. – № 2. – С. 33-39.
6. Зіборова Л. Життя матері і дитини-інваліда в соціумі. Проблеми та шляхи їх розв'язання / Л. Зіборова // Соціальна політика і соціальна робота. – 1997. – № 2, 3 (3, 4). – С. 124-130.
7. Іванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів / І. Б. Іванова – К., 2000. – 83 с.
8. Карпа М. І. Особливості психосоціального розвитку сиблінгів дітей з психофізичними вадами : дис. ... кандидата психол. наук : 19.00.07 / Карпа Мар'яна Ігорівна. – К. 2007. – 214 с.
9. Кизимович О. С, Соціально-педагогічна та психологічна допомога дітям і молоді з особливими потребами та їхнім батькам / О. С. Кизимович, І. О. Ніжаща, Н. М. Герасимов // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2003. – № 33. – С. 103-109.
10. Кравцова А. Психологические аспекты нормализации: ребенок – сім'я – общество / А. Кравцова, А. Кукуруза // Вісник Харківського Національного Університету : Психологія. – 2002. – № 576. – 101 с.

11. Кукуруза Г. В. Аналіз дитячо-батьківських відносин як складова міждисциплінарної оцінки розвитку дітей в системі раннього втручання / Г. В. Кукуруза, Н. Г. Міхановська // Соціальна педіатрія : Зб. наук. праць.– К., Інтермед, 2005. – Вип. III. – С. 289-291.
12. Левченко И. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И. Левченко, В. Ткачева – М. : Просвещение, 2005. – 72 с.
13. Мамайчук И. И. Психолого-педагогическая помощь семье / И. И. Мамайчук, Л. А. Киреева. – Л., 1986.
14. Обухівська А. Г. Інформаційна візитівка / А. Г. Обухівська // Діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій в умовах інтеграції дітей з особливими освітніми потребами [Електронні дані]. – К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. – 1 електрон.опт.диск (CD-ROM), 12 см. – С. 4-7.
15. Островська К. Особливості психолого-педагогічної допомоги родині аутичної дитини / К. Островська // Дезадаптована дитина: напрямки психотерапевтичної та психокорекційної допомоги : матеріали обл. наук.-практ. конференції. – Львів, 2004. – 32 с.
16. Психологічна допомога сім'ї : [посіб.] / Ред. Кісарчук З. Г. – К., 1998. – 181 с.
17. Радченко М. І. Особистісна саморегуляція дорослих у сім'ях з розумово відсталими дітьми-інвалідами : дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.04 / Радченко М. І. – К, 2006. – 197 с.
18. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: практичне керівництво / О. Романчук. – Львів : Навчально-реабілітаційний центр „Джерело”, 2008 – 324 с.
19. Романчук О. Дорога любові / Олег Романчук. – Львів : Свічадо, 2001. – 121 с.
20. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві / Олег Романчук. – Львів : Літопис, 2008.–334с.

21. Томпсон Л. Виховання дитини з розумовою вадою/ Ліз Томпсон ; пер. з англ. Раїси Кравченко. – К. : Сфера, 1997.
22. Фюр Г. Запрещенное горе. Об ожиданиях и горе, связанных с ребенком, родившимся с особенностями развития / Гурли Фюр ; пер. с шведск. Т. Антончик. – Минск : ОО «БелАПДИиМИ», 2008. – 84 с.
23. Химко М. Дослідження психоемоційних та адаптаційних розладів батьків аутистичних дітей / М. Химко // Психологічні проблеми суспільства епохи трансформації : матеріали українсько-польської конференції. – Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2003. – 75 с.
24. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 1999. – 656 с.
25. Юн Г. Дети с отклонениями / Герда Юн. – Кишинев : Штиинца, 1987. – 176 с.
26. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції : [навч. посіб.] / Т. С. Яценко. – К. : Либідь, 1996. – 264 с.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Григор'єв А. Проблема взаємин у родинях, де є діти з аномаліями розвитку / А. Григор'єв // Дефектологія. – К. : Педагогічна преса, 2004. – № 1. – С. 48.
2. Зіборова Л. Життя матері і дитини-інваліда в соціумі. Проблеми та шляхи їх розв'язання / Л. Зіборова // Соціальна політика і соціальна робота. – 1997. – № 2, 3 (3, 4). – С. 124-130.
3. Іванова І.Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів./ І. Іванова – Київ, 2000. – 83 с.
4. Ілляшенко Т. Д. Що означає підготувати дитину з гіперактивним розладом до шкільного навчання / Тамара Ілляшенко // Психолог дошкілля. – 2013. – № 6. – С. 4-7.
5. Ілляшенко Т. Д. Розвиваємо та навчаємо дитину. Психологічна допомога / Т. Д. Ілляшенко, М. В. Рождественська. – К. : Шкільний світ, 2014. – 96 с.
6. Карпа М. І. Особливості психоемоційних та рольових змін в сім'ї з неповносправною дитиною / М. І. Карпа // Проблеми загальної та педагогічної психології : Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – Київ, 2005. – Т. VII, вип. 4. – С. 133 – 140.
7. Карпа М. І. Характеристика емоційних взаємин між дітьми в сім'ї з неповносправною дитиною / М. І. Карпа // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – Київ, 2006. – Вип. 14. – С. 59 – 73
8. Кизимович О. С. Соціально-педагогічна та психологічна допомога дітям і молоді з особливими потребами та їхнім батькам / О. С. Кизимович, І. О. Ніжаща, Н. М. Герасимов // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2003. – № 33. – С. 103-109.
9. Кравцова А. Психологические аспекты нормализации: ребенок – семья – общество / А. Кравцова, А. Кукуруза // Вісник Харківського Національного Університету. Психологія. – 2002. – № 576. – С. 101
10. Кравцова А. Игра не для забавы. Развивающие игры для детей от рождения до трех лет / А. Кравцова, А. Кукуруза, Н. Михановская. – Харьков :

Каравелла, 2003.

11. Левченко И. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И. Левченко, В. Ткачева – М. : Просвещение, 2005. – 72 с.

12. Мамайчук И. И. Психолого-педагогическая помощь семье / И. И. Мамайчук, Л. А. Киреева. – Л., 1986.

13. Обухівська А. Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / Антоніна Обухівська, Тамара Ілляшенко, Тамара Жук. – К. : Шкільний світ, 2012. – 128 с. –

14. Психологічна допомога сім'ї : [посіб.] / Ред. Кісарчук З. Г. – К., 1998. – 181 с.

15. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Практичне керівництво / Олег Романчук. – Львів : Навчально-реабілітаційний центр „Джерело”, 2008 – 324 с.

16. Романчук О. Дорога любові / Олег Романчук. – Львів : Свічадо, 2001. – 121 с.

17. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві : [Практ. посіб.] / Олег Романчук. – Львів : Літопис, 2008 – 334 с.

Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева // Дефектология. – 1998. – № 4. – С. 3-9.

Томпсон Л. Виховання дитини з розумовою вадою / Ліз Томпсон ; [пер. з англ. Раїси Кравченко]. – К. : Сфера, 1997.

Фюр Г. Запрещенное горе. Об ожиданиях и горе, связанных с ребенком, родившимся с особенностями развития / Гурли Фюр ; пер. с шведск. Т. Антончик. – Минск : ОО «БелАПДИиМИ», 2008. – 84 с.

Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 1999. – 656 с.

Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції : [навч. посіб.] / Т. С. Яценко. – К. : Либідь, 1996. – 264 с.

ЕЛЕКТРОННЕ ВИДАННЯ КОМБІНОВАНОГО
ВИКОРИСТАННЯ НА CD-ROM

С. І. ВАСИЛЬКОВСЬКА, Т. В. ЖУК, Т. Д. ІЛЛЯШЕНКО, Т. Д. КАМЕНЩУК,
А. Г. ОБУХІВСЬКА, І. В. ПАШКОВА, Т. Р. СТОЛЯРЧУК

За редакцією: А. Г. Обухівська

**Психолого-педагогічний супровід сім'ї у роботі психолого-медико-
педагогічної консультації**

Методичні рекомендації

Один електронний оптичний диск (CD-ROM).
Об'єм даних 0,9 Мб. Тираж 100 пр. Зам. 02-12
Обліково-видавничих аркушів – 3,1

Видавець і виготовлювач:
Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи,
01032, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 27-а,
тел/факс 252-70-11, e-mail: UCAP@ukr.net
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК №4537 від 07.05.2013