

ПСИХОЛОГІЧНИЙ КЛІМАТ СІМ'Ї ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ПІЗНАВАЛЬНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ ІЗ ЗПР У МОЛОДШОМУ ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ

Грицюк І. М.

ВСТУП

На сьогодні відомо, що у дітей з порушеннями психофізичного розвитку відмічаються особливості пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, непристосованість до самостійного життя, низька соціальна активність. Ці фактори руйнують систему взаємин дитини з навколишнім світом і викликають серйозні вторинні порушення фізичного, психічного і соціального розвитку. Види порушень розрізняють відповідно до сфери психофізичного розвитку, де відбулося ушкодження, ступеня вираженості дефекту і часу, коли він відбувся. Вони можуть виявлятися в сенсорній, моторній та психічній сферах.

Однією з головних проблем, що виникає в процесі соціалізації та розвитку таких дітей є недосконалість пізнавальних процесів, що призводить до проблем в навчанні, спілкуванні та сприйманні навколишньої дійсності. Тому для ефективності корекційного впливу потрібно більш детально вивчити особливості пізнавальної діяльності таких дітей, з врахуванням впливу сімейного клімату.

1. Виникнення передумов проблеми та формулювання проблеми

Основними причинами виникнення психологічних діагнозів є внутрішньо обумовлені (ендогенні) і зовні обумовлені (екзогенні) фактори. Перші визначаються в основному конституціонально-генетичними факторами. Другі ж обумовлені впливом зовнішнього середовища¹. Також наукова література стверджує, що до таких впливів зовнішнього середовища, необхідно відносити і сім'ю, яка безпосередньо впливає на протікання та розвиток психічних процесів².

¹ Буковська О. Психологічні особливості родин, в яких виховуються діти з особливими потребами. *Вісн. Чернігів. нац. пед. ун-ту ім. Т. Шевченка. Серія: Психологічні науки*. Чернігів, 2012. Вип. 103, ч. 1. URL: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum%20VChdpu/psy/2012_103_1/Buk_ovsk.pdf

² Байда Л. Ю., Красюкова О. В., Байда Л.Ю. Інвалідність та суспільство : навчально-методичний посібник. 2012. URL: https://ud.org.ua/images/pdf/Invalidnist_ta_suspilstvo.pdf

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

В нормі, психічний і особистісний розвиток дитини у молодшому шкільному віці зумовлюється особливістю соціальної ситуації розвитку – навчанням у початковій школі. На цьому віковому етапі провідною діяльністю стає навчальна (тобто цілеспрямована діяльність учнів, результатом якої є розвиток особистості, інтелекту, здібностей, засвоєння знань, оволодіння уміннями та навичками). основою такої діяльності є пізнавальний інтерес (виразна інтелектуальна спрямованість на пошук нового у предметах, явищах, подіях, супроводжувана прагненням глибше пізнати їх особливості; майже завжди усвідомлене ставлення до предметів, явищ, подій) і нова соціальна позиція³.

Початок шкільного навчання знаменує собою зміну способу життя дитини. Це принципово нова соціальна ситуація розвитку особистості⁴. Навчальна діяльність має яскраво виражену суспільну значущість і ставить дитину в нову позицію стосовно дорослих і однолітків, змінює її самооцінку, перебудовує взаємини в сім'ї. Діти молодшого шкільного віку спершу надають перевагу навчанню як суспільно корисній діяльності взагалі, потім їх приваблюють окремі види навчальної роботи (читання, письмо, малювання), пізніше вони починають самостійно перетворювати конкретно-практичні завдання на навчально-теоретичні, цікавлячись внутрішнім змістом навчальної діяльності. Становлення і розвиток особистості у молодшому шкільному віці охоплює такі фази, як адаптація (присотування до нових соціальних умов), індивідуалізація (вияв своїх індивідуальних можливостей і особливостей) та інтеграція (включення у групу ровесників).

В процесі навчальної діяльності розвиваються основні психологічні новоутворення молодшого шкільного віку: довільність психічних процесів, внутрішній план дій, уміння організувати навчальну діяльність, рефлексія. У цьому віці центром психічного розвитку дитини стає формування довільності всіх психічних процесів (пам'яті, уваги, мислення, організації діяльності). Довільність виявляється

³ Грицюк І.М., Сашук Ю.В. Значення сімейного клімату для успішного навчання дитини з діагнозом ЗПР (молодший шкільний вік). *Наукові перспективи. Серія Психологія*. Випуск 4 (22). Київ. 2022. С. 346–356.

⁴ Collins-Moore M., Birth and diagnosis : A family crisis. In Eisenberg M. Chronic illness and disability through life span : Effects on self and family.

в умінні свідомо ставити цілі, шукати і знаходити засоби їх досягнення, долати труднощі та перешкоди.

Виконуючи завдання з різних навчальних предметів, діти шукають найзручніші способи, обирають і зіставляють варіанти дій, планують їх порядок та засоби реалізації. Чим більше етапів власних дій може передбачити школяр, чим старанніше він може зіставити їх варіанти, тим успішніше контролюватиме розв'язання завдань. Поряд із засвоєнням змісту наукових понять дитина оволодіває способами організації нового для неї виду діяльності – навчання. Планування, контроль, самооцінювання набувають іншого змісту, бо дія в системі наукових понять передбачає чітке виокремлення взаємопов'язаних етапів⁵.

У молодшому шкільному віці продовжують розвиватися основні пізнавальні властивості. Наприкінці його вони перетворюються на вищі психічні функції, яким властива довільність і опосередкованість. Цьому сприяють основні види діяльності дитини цього віку у школі і вдома: навчання, спілкування, гра, художня діяльність, праця тощо⁶.

У молодших школярів сприймання стає більш довільним, цілеспрямованим, категорійним процесом. Сприймаючи нові для них предмети і явища, учні прагнуть відносити їх до певної категорії об'єктів. Сприймання в дітей часто обмежується лише впізнанням і наступним називанням предмета. Сприйняття учнів 1–2 класів відрізняється слабкою диференціацією.

У молодшому шкільному віці, особливо у 1–2 класах, провідною залишається мимовільна увага. На перших порах учнів приваблюють лише зовнішні аспекти предметів, подій, явищ, що заважає проникнути в їх суть, ускладнює самоконтроль за навчальною діяльністю. Розвиток уваги молодшого школяра все більше й більше характеризується довільністю. Цьому сприяє чітка організація їх дій за зразком, а також дій, якими вони можуть керувати і які можуть контролювати. Протягом перших років навчання у школі увага дітей ще нестійка, тому в навчальній діяльності мають чергуватися розумові заняття із заняттями зі складання схем, малювання, креслення. Крім цього молодшим школярам ще важко розподіляти увагу між різними видами роботи, а також переключати швидко свою увагу з одного об'єкта на

⁵ Захарчук М. Є. Особливості соціальної реабілітації сім'ї з дітьми з особливими потребами. *Третя міжнародна соціально-педагогічна конференція «Соціально-педагогічні аспекти сприяння здоров'ю учнівської та студентської молоді»*. Луцьк, 2008. С. 301–308.

⁶ Гордієнко Н. М. Вплив сімейного середовища на формування особистості дитини з особливими потребами.

другий⁷. У молодшому шкільному віці інтенсивно розвивається довільна пам'ять, хоча мимовільна теж активно використовується.

Якщо ж дитина страждає на ЗПП (затримку психічного розвитку), то цей розвиток, усіх перелічених вище якостей, затримується, відбувається максимально нерівномірно. Та все ж необхідно робити все можливо, щоб створити умови для розвитку таких дітей, щоб вмикались компенсаторні можливості мозку дитини. Важливо враховувати внутрішню особистісний контекст розвитку, тобто особистісні характеристики, когнітивні здібності й емоції. Та міжособистісний контекст, оскільки дитина включена в інтеракції між індивідами. Серед сімейних впливів стосунки батьки – дитина займають найбільш вагоме місце. Також для розвитку когнітивного потенціалу важливими є взаємини з однолітками⁸.

Як, уже зазначалось, когнітивний компонент у дітей молодшого шкільного віку активно формується та розвивається. Це є важливий фактор успішності навчання і для дітей із діагнозом затримка психічного розвитку⁹.

Піаже підійшов до проблеми інакше, зосередившись на взаємодії між природно дозріваючими здібностями дитини та її взаємозв'язками з оточенням. Стадії когнітивного розвитку за Піаже: 1. Сенсомоторна (від народження до 2 років): дитина відрізняє себе від предметів. 2. Доопераціональна (2–7 років): вчиться користуватися мовою і представляти предмети словами в образах. 3. Конкретних операцій (7–11 років): може мислити логічно про об'єкти та події. 4. Формальних операцій (11 років і більше): може мислити логічно, може абстрагуватись, систематично перевіряє гіпотези. Починає цікавитися гіпотетичними та ідеологічними проблемами, майбутнім¹⁰.

Щоб зрозуміти джерела патологічного розвитку в схемі Піаже, необхідно розглянути процеси, які відповідають за когнітивний ріст і просування через ці стадії. Та в цілому, когнітивний розвиток характеризується балансом, або рівновагою асиміляції та акомодатії. Асиміляція – це включення нової інформації у вже існуючу систему. Акомодатія – це зміна самої схеми з врахуванням нової інформації¹¹.

⁷ Olshanski S. Chronic sorrow : A response to having a mentally defective child. Social casework. 2019. Vol. 43. P. 190–193.

⁸ Грицюк І. М. Психофізіологія. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 332 с.

⁹ Безлюдний Р. О. Виховні технології розвитку життєвої компетентності підлітків з особливими потребами в США : автореф. дис.канд. пед. наук : 13.00.07. Умань, 2012. 20 с.

¹⁰ Турищева Л.В. Діти з особливостями розвитку у звичайній школі. Х. : Вид. група «Основа», 2011. 111 с.

¹¹ Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. К.: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.

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

До шкільної неуспішності дітей із ЗПР можуть призводити дуже багато факторів. Наприклад, в органічному контексті, це можуть бути родові травми, неврологічні порушення, неправильне харчування, або наявність у когось із батьків порушення з відомим генетичним компонентом. У внутрішньо-особистісному контексті причинами неуспішності можуть виступати низький інтелект, низька самоефективність або поганий самоконтроль. В міжособистісному контексті ризик може приймати форму батьківської байдужості чи ігноруванні або жорсткому поводженню. В надособистісному контексті, це може бути бідність та інші негативні прояви, наприклад війна. Якщо ці фактори поодинокі, то вони можуть і не створювати значного впливу. Та вони мають здатність до кумулятивного ефекту.

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

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

Більшість функцій психіки (наприклад, просторові уявлення, когнітивні процеси) характеризуються не простою комплексною будовою, і базуються на узгодженості дій декількох функціональних систем. Внаслідок цього формування подібного роду дій у дітей з ЗПР сповільнено і посувається інакше, якщо порівнювати з дітьми, які розвиваються нормально. В результаті чого відповідні функції психіки формуються не таким чином, як у здорових малюків¹².

¹² Буковська О. Психологічні особливості родин, в яких виховуються діти з особливими потребами. *Вісн. Чернігів. нац. пед. ун-ту ім. Т. Шевченка. Серія: Психологічні науки*. Чернігів, 2012.

Тому таким дітям важливо створювати сприятливі умови для їх розвитку та навчання. Це залежить від налагодженого тандему фахівців та сім'ї.

Дослідження особливостей розвитку дітей із ЗПР засвідчують, що ця категорія є досить різноманітною за своїм складом та поєднує різні варіанти затримки психічного розвитку. Та багато дослідників, які працюють над даною тематикою (К. Лебединська, В. Лебединський, В. Лубовський, М. Певзнер, Г. Сухарева, У. Ульяновка, Г. Шевченко) говорять, що немає підстав вважати їх незворотними. Незважаючи на те, що, розвиток дітей із ЗПР характеризується нерівномірним або затриманим дозріванням вищих психічних функцій, недостатністю пізнавальної діяльності, зниженим рівнем працездатності, недорозвиненням емоційно-особистісної сфери, можна компенсувати ці відхилення¹³.

Тому важливо враховувати всі фактори ризику, що можуть впливати на розвиток психопатологій. Це і гендер, це і темперамент, це і відсутність приязності та хорошого ставлення батьків, відсутність позитивного шкільного досвіду, погані соціальні навички тощо.

Й очевидно, що соціальне дозрівання дитини не може не корелювати із дозріванням церебрального апарату, а саме, мозкових механізмів забезпечення вищих психічних функцій. Етапи дозрівання структур мозку детермінують функціональну готовність мозку до здійснення тих чи інших психічних функцій¹⁴.

Під словом сім'я ми розуміємо цілий комплекс явищ. Це і стосунки між людьми, і місце кожного члена в сім'ї, весь спосіб життя, ставлення до оточуючих, минуле та майбутнє. Для дитини і для тієї, що розвивається без патологій, і для дитини з діагнозом, сім'я, то є цілий світ. Дитина, об'єктивно, не може впливати на відносини між дорослими, на фінансову ситуацію чи на ситуацію в суспільстві. Але поява дитини з проблемами розвитку впливає на родину. Якщо сім'я володіє певними формальними факторами, які сприяють нормалізації; якщо сім'я володіє значними внутрішніми ресурсами, має правильну мотивацію, то є великі шанси на значні успіхи таких дітей у навчанні.

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

¹³ Калюжний І. Сімейні стратегії подолання кризи при вихованні дитини з інтелектуальною недостатністю. Соц. політика і соц. робота. 2005. № 3. С. 125–137.

¹⁴ Olshanski S. Chronic sorrow : A response to having a mentally defective child. Social casework. 2019. Vol. 43. P. 190–193.

Д. М. Ісаєв підкреслює, що основними факторами, які впливають на відношення дітей до хвороби, є вік, темперамент, відносини в родині, тип виховання й реакції батьків на хворобу дитини¹⁵. Як показують дослідження Ж. М. Глозман¹⁶, ступінь порушень міжособистісних відносин у сім'ї хронічно хворої особистості залежить від наступних факторів: рольові взаємодії в сім'ї, сімейна позиція, яку займає хворий; форма хвороби, її прояви, тривалість та характеристики хворого, а саме вік, рівень освіти і таке інше.

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

Однією із причин тривожного відношення батьків до хвороби дитини, І. Вікуліна, І. Добряков, А. Красильников, вбачають у широкому поширенні відомостей про захворювання засобами масової інформації. Небажання одержати професійну інформацію про захворювання може виникати через страх дискомфорту від «поганих новин», прагнення уникнути відповідальності за здоров'я, відповідати ролі хворого. Найбільш типове виховання в культурі хвороби із залежністю від ліків, режиму, цілого ряду обмежень, виховання з дитинства почуття слабості, відмінності від однолітків¹⁷.

Також від атмосфери у сім'ї залежить дуже багато факторів. Це самовідчуття кожного члена у родині, побудова ефективних взаємин, реалізація функцій та потреб. Сім'я – найбільший ресурс. Вона дає людині її перший емоційний та пізнавальний досвід. Діти з міцних сімей зазвичай, мають можливість стати зрілими, сильними особистостями в дорослому віці. Якщо ж дитина має певний діагноз, то сімейний клімат, має для неї ще більше значення. Адже, фахівці не зможуть допомогти дитині, якщо сім'я не знаходить сили в собі, щоб підтримати один одного. Ефективне професійне втручання може бути

¹⁵ Матвійчук Т. Соціально-психологічні зміни в сім'ї після народження дитини з особливими потребами. Психогенеза особистості: норма і девіація. Луцьк, 2014. С. 140–143.

¹⁶ Заверико Н. В., Лещенко О. Г. Умови ефективного розвитку дитини з особливими потребами в сім'ї. Київ, 2016. Вип. 5. С. 17–23.

¹⁷ Туріщева Л.В. Діти з особливостями розвитку у звичайній школі. Х. : Вид. група «Основа», 2011. 111 с.

тільки через стосунок партнерства між батьками та фахівцями. Тому світ, в якому живе дитина дуже важливий як для виховання та розвитку, так і для успішної соціалізації. Сім'я та дитина впливають один на одного. Це взаємопов'язані, взаємовпливаючі системи. Дитина відчуває емоційний стан батьків. Батьки, в нормі повинні відгукуватись на потреби дитини. Діагноз затримка психічного розвитку у дитини може спровокувати проблеми у стосунках між батьками.

Діагноз затримка психічного розвитку говорить про вповільнення темпу розвитку психіки дитини, що виражається в недостатності загального запасу знань, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів, швидкому перенасиченні в інтелектуальній діяльності. Тому, власне мікросистема (в першу чергу сім'я) функціонує в мезосистемі, яка включає в себе її найближче оточення. Тому важливо, щоб власне оточення адекватно реагувало, намагалось полегшити стрес батьків, надаючи їм фізичну та психологічну підтримку¹⁸.

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

- мати – батько (індивідуальний стан кожного з батьків та гармонійність стосунків; необхідність прийняти обмеження дитини);

- мати – особлива дитина (депресія, відчуття провини, самозвинувачення, проблеми у ставленні до дитини);

- мати – здорова дитина (недостатня кількість уваги до здорової дитини, перекладання на здорову дитину непосильних обов'язків, що стосуються догляду за особливою дитиною, використання здорової дитини в якості компенсації);

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

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

- особлива дитина – здорова дитина (відчуття провини, сором, страх «заразитись», певна маніпуляція з боку особливого брата чи сестри амбівалентні почуття здорової дитини по відношенню до брата чи сестри з порушеннями¹⁹).

Е. Ейдеміллер, який запропонував деталізовану класифікацію стилів виховання. Досить деталізована класифікація стилів запропонована

¹⁸ Павлюк Н. В. Сім'я як чинник статево-рольової соціалізації розумово відсталих підлітків. Соціальна педагогіка: теорія та практика. 2011. № 4. С. 81–87.

¹⁹ Грицюк І.М., Сашук Ю.В. Значення сімейного клімату для успішного навчання дитини з діагнозом ЗПР (молодший шкільний вік). Наукові перспективи. Серія Психологія. Випуск 4 (22).Київ. 2022. С. 346–356.

в його працях. Автор виділяє такі типи негармонійного сімейного впливу: гіпопротекція, домінуюча гіперпротекція, гіперпротекція, що спотворює емоційне нехтування, жорсткі взаємини, підвищена моральна відповідальність.

Інтерес викликають праці, в яких дитячо-батьківські стосунки пов'язані з аналізом сімейної структури. У дослідженнях Е. Арутюнян описані три варіанти сім'ї: традиційні (підкорення), дитино-центричні (симбіоз) і демократичні (прийняття).

Типологія стилю батьківського виховання, яка була розроблена Баумрінд (1991), розглядає два незалежних параметри виховання: тепло/підтримка та контроль/структура. Оцінюючи при цьому батьків за двома критеріями, вона виділяє чотири стилі виховання: авторитарний, коли батьки мають високий показник структури, але низький показник тепла; поблажливий тип – це, коли батьки мають високий показник тепла без супроводу структури; авторитетні батьки мають високий показник і тепла, і структури, вони встановлюють норми зрілої поведінки; та неухажливі батьки, такий стиль виховання передбачає низькі показники і тепла і структури. З дітьми, які мають діагноз, важливо уникати таких крайнощів, як відштовхування, жорстокість, неухажливість і поблажливості.

Під впливом «теплого» сімейного клімату, що базується на особистісній формі спілкування дітей і дорослих, у дітей формується висока сприйнятливості до виховних впливів останніх. Діти, які виховуються в сім'ях із таким кліматом, добре контактують з однолітками, виявляють доброзичливе ставлення до них, правильно реагують на вимоги вихователів у дитячому садку та школи. І навпаки, у поведінці дітей, які виховуються в так званих «неблагополучних» сім'ях, переважають негативні емоції, упереджене, здебільшого недоброзичливе ставлення до оточуючих. Такі діти схильні до афектів, що нерідко призводить до конфліктів з оточуючими²⁰.

Дуже негативно позначається на самопочутті дитини розлад у стосунках між батьками. За таких умов у дітей виникають так звані конфліктні переживання. Останні є наслідком зіткнення у свідомості дитини протилежних за своїм емоційним забарвленням ставлень до близької людини.

Емоційні фактори важливі не лише тим, що вони посилюють чи послаблюють виховні впливи. У певному емоційному ставленні дорослого до предметів чи явищ закладено для дитини смисл існування цих предметів і явищ, їх ціннісне значення. Те, що дорослі хвалять,

²⁰ Гордієнко Н. М. Вплив сімейного середовища на формування особистості дитини з особливими потребами [Електронний ресурс]. Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. Запоріжжя, 2010.

оберігають, заради чого витрачають сили, чим захоплюються, через що страждають, поступово стає предметом переживань самої дитини. Звідси випливає висновок: від того, що переживатиме дитина в перші роки її життя, якою буде спрямованість її почуттів, залежатиме й соціальна «вартість» її «Я»²¹.

Бакстер (1986), досліджуючи сім'ї дітей, які відставали в розумовому розвитку, виявив, що основні стресові фактори, пов'язані з турботою та доглядом за дітьми, це проблеми з поведінкою та довготривала залежність від батьків. Бакстер визначив, що паралельно зі зниженням стурбованості щодо фізичних потреб дитини, збільшується тривога та стурбованість щодо поведінки дитини в суспільних місцях. Батьки відчують стрес, коли поведінка дитини привертає увагу до сім'ї. Біренбаум, у своїх дослідженнях виявив, що деякі батьки прагнуть приховати проблеми з поведінкою у дітей. Також на сім'ю окрім психологічних проблем, лягає велика кількість фінансових затрат, що в свою чергу, впливає на сімейний клімат. Адже, не усі мають змогу найняти няню, оплати додаткові заняття та медичні послуги. Також батьки особливих дітей, часто змушені покинути роботу, обмежені в різних соціальних активностях і в службовому зростанні²².

Власне, сім'ї, які виховують дитину із ЗПР чи дитину із затримкою розумового розвитку, не дивлячись на велику кількість перепон, у своїй переважній більшості ведуть майже нормальне життя: нормалізація – це, по суті, найбільш поширений вид адаптації в нашому суспільстві. Можливість досягнення нормалізованого стилю життя може бути пов'язана не лише рівнем порушення у дитини або зі здатністю батьків справлятися з труднощами, скільки зі структурою можливостей, які є у сім'ї. Не всі, нажаль, сім'ї мають однаковий доступ до можливостей нормалізації. Ці можливості включають в себе:

- доступ до задовільної медичної допомоги;
- доступність освітніх програм;
- підтримка зі сторони рідних та друзів;
- при необхідності, доступ до дитячих закладів, де можна залишити дитину для догляду протягом дня;
- адекватні фінансові ресурси;
- доступність до програм управління поведінкою;
- доступність відпочинку;
- при необхідності – доступність спеціального обладнання;

²¹ Горбашенко Т. Теоретичний підхід до проблеми осіб з обмеженими можливостями здоров'я [Електронний ресурс]. Психологічні науки. 2019.

²² Roberts M. Handbook of Pediatric Psychology. New York : Guilford Press. 2017.

- наявність у дитини друзів та соціальних можливостей;
- привітні сусіди;
- доступність транспорту для дитини²³.

Структура можливостей сім'ї може змінюватись. Але ці зовнішні фактори, та наявність внутрішніх ресурсів, будуть давати дітям кращі можливості до адаптації. І відповідно, кращі результати для успішного навчання в закладах освіти різного рівня.

Отже, з вище викладеного можна зробити висновок, що сім'я, то дуже складна система. Навіть в сім'ях, де немає особливих дітей, налагодження стосунків, теплих взаємин призводить до позитивного становлення дітей, як в емоційній так і в пізнавальній сфері²⁴. Якщо ж говорити про сім'ї, в яких зростають діти з особливими потребами, відхиленнями в розумовому розвитку, то таким сім'ям дуже важливо підтримувати один одного, надавати максимальну допомогу у подоланні фізичних та моральних труднощів. Успішність дітей у навчанні визначається дуже великою кількістю критеріїв, але віра батьків у свою дитину, вкладання власних сил та ресурсів, вміння батьків радіти, насолоджуватись життям, формують позитивні зміни в житті дитини у всіх сферах, дозволяють підвищити рівень успішності.

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

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

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

3. ЗПР психогенного походження пов'язана з несприятливими формами виховання. Так за умов бездоглядності може формуватись патологічний розвиток особистості за типом психічної нестійкості: невміння гальмувати свої емоції та бажання, несміливість, невпевненість.

²³ Грицюк І.М., Магдисяк Л.І. Психологічний супровід та консультування сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку (системний підхід). *Перспективи та інновації науки. Електронний журнал*. 2022/2/23.

²⁴ Заєць С. С. Роль сімейного середовища в процесі соціальної адаптації дитини. *Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки*. Луцьк, 2012. № 7(232) : Педагогічні науки. С. 139–144.

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

4. ЗПР церебрально-органічного генезу, коли причиною є патологія вагітності й пологів, травми нервової системи в перші роки життя. Подібність цієї форми ЗПР з олігофренією визначається органічним ураженням ЦНС на ранніх етапах онтогенезу²⁵.

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

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

Поняття ж «розумово відстала дитина» охоплює в собі масив дітей, яких об'єднує наявність органічних уражень мозку, які мають широко розповсюджений характер. Зарубіжні психологи, до розряду розумово відсталих дітей відносять, також і дітей із розумовою недостатністю, виникнення якої обумовлене дуже неблагополучними умовами розвитку дитини в ранньому дитинстві (дефіцит емоційних та інтелектуальних контактів з оточуючими людьми, регулярне недоїдання)²⁶.

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

Спадкові фактори виникнення розумової відсталості зумовлені на генетичному рівні. Виявлено, що рецесивні гени зумовлюють наявність

²⁵ Туріщева Л.В. Діти з особливостями розвитку у звичайній школі. Х. : Вид. група «Основа», 2011. 111 с.

²⁶ Кричківська Т.Д. Психологія аномального розвитку. Київ : КНТ, 2016. 165 с.

глибоких форм відсталості, а при неглибоких дефектах, вирішальну роль відіграють домінуючі гени і полігенні спадкові фактори.

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

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

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

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

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

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

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

адаптуватись до змін, дедуктивного та індуктивного мислення, здатність створювати та використовувати концептуальні моделі²⁷.

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

Специфічні відхилення в мисленні дітей, яким поставили діагноз ЗПР. Ці особливості дослідники згрупували в п'ять категорій:

1. Увага до релевантних ознак. Базова дослідницька парадигма в даному випадку називається навчіння розрізнення. В ситуації навчіння розрізнення ознак, крива навчіння у дітей з нормальним інтелектом спочатку швидко піднімається вгору, а потім вирівнюється. У дітей із ЗПР вірогідність правильного вибору не перевищує випадкового рівня в декількох спробах, але потім спостерігається швидке покращення. Часто такі діти не звертають уваги на релевантні аспекти ситуації. Тому вони не повільно навчаються, але не одразу реагують на зауваження.

2. Увага. Дітям із ЗПР може бути характерним первинний дефіцит уваги. Знижена здатність підтримувати адекватний рівень уваги, як при виконанні простих, так і при виконанні складних завдань.

3. Пам'ять. Особливо страждають ті її види, які вимагають участі розумових процесів (опосередковане запам'ятовування). Знижені й найбільш елементарні види пам'яті. Відзначається дефіцит короткочасної пам'яті. Данні, що стосуються довготривалої пам'яті, неоднозначні та непереконливі.

4. Повторення. Дітей із ЗПР відрізняє дефіцитарність повторення. Якщо їх навчати, то їх можливості підвищуються, але у більшості випадків вони не будуть спонтанно користуватись новими навиками. Як і при навчанні розрізненню, їм не вдається зробити те, на що вони здатні. Спостерігається неповноцінність тонких форм зорового і слухового сприйняття, просторові й часові розлади, недостатність планування й порушення у виконанні складних рухових програм. Таким дітям потрібно більше часу для прийому й опрацювання зорових, слухових та інших вражень. Однією з особливостей сприйняття таких дітей є також те, що подібні якості предметів сприймаються ними як однакові. Крім того, недостатньо сформованими є просторові уявлення: орієнтування в напрямках простору здійснюється на рівні практичних дій, сприйняття перевернутих зображень, виникають труднощі під час просторового аналізу й синтезу ситуації.

²⁷ Одинченко Л. К. Допомога аномальним дітям в Україні (X–XX ст.) *Педагогіка і психологія*. 1995. № 2. С. 120–126.

5. Здатність до узагальнення. Хоча дітей із ЗПР можна навчити успішному вирішенню конкретної задачі, але вони, як правило, не переносять ці уміння на схожі завдання. Кожне завдання сприймається як нове, що вимагає незалежного підходу. Це, звичайно, заважає науці²⁸.

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

Перелічені особливості мовленнєвої діяльності створюють значні труднощі під час навчання дітей читання та письма. Такі діти припускаються помилок у разі послідовного виділення звуків, виявляють непідготовленість до мовленнєвих спостережень, не вміють виокремлювати речення з тексту. Без застосування спеціально розроблених коригувальних прийомів практично неможливо навчити цих дітей рідної мови й читання²⁹.

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

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

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

²⁸ Туріщева Л.В. Діти з особливостями розвитку у звичайній школі. Х. : Вид. група «Основа», 2011. 111 с.

²⁹ Гордієнко Н. М. Вплив сімейного середовища на формування особистості дитини з особливими потребами [Електронний ресурс]. Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. Запоріжжя, 2010.

з чим діти із ЗПР насилу оволодівають листом, читанням, математичними уявленнями. Формування більшості психічних функцій сповільнено, змінено. ЗПР виявляється в невідповідності інтелектуальних можливостей дитини до її віку.

Діти із ЗПР не готові на початок шкільного навчання за об'ємом знань і навиків. Вони зазнають труднощів у навчанні, які посилюються ослабленим станом нервової системи, – у них спостерігається нервово виснаження, слідством чого є швидка стомлюваність, низька працездатність. Тому важливо враховувати, що на ефективне функціонування дітей, з таким порушенням впливають здібності (або компетентність) і середовище. Можна виділити два види здібностей – це власне, інтелект, який охоплює пізнання й наочіння та адаптивні навички, що складаються на основі практичного та соціального інтелекту. Середовище трактується як специфічні умови, в яких дитина живе, навчається, грається, соціалізується. ЗПР, згідно ААМР не обов'язково зберігається на все життя. Якщо середовище стає більш прихильним, зменшує свої вимоги – дитина адаптується і тоді ЗПР нівелюється.

У дослідженнях останніх років відмічається тривожна тенденція зростання кількості дітей з відхиленнями фізичного та психічного здоров'я, які зумовлюються біологічними, екологічними, соціально-психологічними та іншими чинниками, а також їх поєднанням. Значну частину серед цих дітей займають діти із затримками психічного розвитку (ЗПР), яких на фоні загального погіршення дитячого здоров'я стає дедалі більше. Зростаюча громадська тривога за стан та положення в школі дітей з різними вадами психічного розвитку, визнання необхідності посилення психолого-педагогічного впливу на покращання та збереження їх психічного та фізичного здоров'я ставлять в ряд невідкладних завдань обґрунтування та створення адекватної системи шкільного навчання та виховання цих дітей.

Діти із затримкою психічного розвитку становлять найчисленнішу групу серед тих, які потребують спеціальної допомоги у процесі навчання та соціально-трудової адаптації. Вони значною мірою визначають контингент учнів, особливо початкової школи, які стійко не встигають. Тому своєчасна корекція цієї специфіки в розвитку дітей є водночас і розв'язанням проблеми шкільного невстигання та правопорушень учнів. Справді, деякі дослідники наводять статистичні дані про те, що більше половини неповнолітніх правопорушників мають знижений рівень інтелектуального розвитку. Причини такого взаємозв'язку досить очевидні: дитина, яка не знайшла свого місця в школі через труднощі в навчанні, стає здобиччю вулиці, шукає самоствердження в асоціальній поведінці. Отже, налагодження системи допомоги дітям із затримкою психічного розвитку набуває важливого суспільного значення.

У нашому дослідженні приймали участь і батьки, і діти. Всього у дослідженні взяли участь 21 сім'я, дві з яких є неповні. В двох сім'ях батько не приймає участі у вихованні дитини. Вік батьків складає 28–49 років, їхні діти віком 9–10 років. В дослідженні взяли участь 21 дитина. У переважній більшості сімей, один або й двоє батьків мають вищу освіту. Стаж сімейного життя родин не менше шести років. Ми спланували дослідження та підібрали методики окремо для батьків, та окремо для дітей.

2. Аналіз існуючих методів вирішення проблеми та формулювання завдання для оптимального розвитку техніки

Для проведення емпіричного дослідження батьків був використаний комплекс психодіагностичних методів, який дозволяє виявити: особливості особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами, структуру ціннісних орієнтацій особистості, рівень депресії, рівень тривоги. За показниками цих методик були виявлені психологічні особливості сімей, що виховують дітей з особливими потребами. Ми застосували такі психодіагностичні методики: Тест-опитувальник батьківського ставлення А.Я. Варга, В.В. Століна; Діагностика індивідуальної структури ціннісних орієнтацій особистості С. Бубнова; Дослідження рівня депресії за методикою – шкала депресії адаптація Т.І. Балашової; Вимірювання рівня тривожності за методикою Тейлора.

У нашу вибірку увійшли діти з відносною сформованістю психічних процесів, але із зниженою пізнавальною активністю. У цій групі найбільш часто зустрічаються діти із ЗПР унаслідок психофізичного інфантилізму і діти із соматогенною та психогенною формами ЗПР.

Проаналізувавши анкету «Психолого-педагогічна характеристика дитини з відхиленням розвитку» С. Забрамної, ми зробили висновки про сім'ї, у яких проживають діти: достатній або середній рівень матеріального забезпечення, у деяких родинах знижений тон настрою, відсутність відчуття подальших перспектив, агресія та тривожність.

Висновки про ставлення членів родини до дітей: загалом позитивне. Є діти з порушенням мовлення, низьким запасом слів, не сформованістю граматичного ладу мови. Також, за оцінкою батьків та вчителів значна частина дітей має особливості уваги (погано концентруються, важко переключать увагу). Досліджувані не завжди вловлюють головне в сприйманому, їм важче робити узагальнення, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, класифікувати предмети). Під час опитування, ми зробили висновки, що у більшості дітей із ЗПР швидкість запам'ятовування значно менша, ніж у здорових дітей, мають свої особливості й процеси пригадування. Але усі діти, що приймали участь у дослідженні вміють читати, писати, рахувати

(з врахуванням їх діагнозу). Малюють, люблять творчі завдання. Самообслуговування на достатньому рівні (діти можуть перебувати у школі без нагляду батьків), хоча потребують уваги з боку вчителів та однокласників. Відчувають труднощі в оволодінні новим матеріалом.

Аналіз результатів, отриманих в процесі дослідження за опитувальником батьківського ставлення А.Я. Варга, В.В. Століна, показав яскраво виражену позицію за шкалою «прийняття-відкинення». Отримані результати можна трактувати як середній показник, питома вага якого складає (95%), що свідчить про позитивне ставлення батьків до своєї дитини. Вони сприймають дитину такою, як вона є, поважають індивідуальність дитини, схвалюють її плани та інтереси.

За шкалою «кооперація» у 100% батьків, виявлені високі показники, що свідчать про те, що вони проявляють зацікавленість до планів та справ своїх дітей, пишаються своєю дитиною, схвалюють прояви ініціативи та самостійності дитини. Спрямовують свої зусилля на пошук сильних сторін та здібностей своєї дитини та їхній розвиток.

Показники за шкалою «симбіоз» демонструють, що у більшості батьків виявляються середні (60%) та високі (20%) показники, що свідчать про надмірну тривогу за свою дитину. Батьки намагаються задовольнити усі потреби дитини, відмежувати її від проблем. Через надмірну тривогу за дитину (щоб її не образили, не завдали шкоди), самі того не розуміючи, ще більше ізолюють її від соціуму.

Показник середніх значень (70%) та високих значень (20%) за шкалою «авторитарна гіперсоціалізація» свідчить проте, що більшість батьків є добрими педагогами для своїх дітей.

За шкалою «маленький невдаха» більшість батьків демонструють середній (60%) та низькі (40%) показники, високих значень не виявлено взагалі. Це свідчить про те, що вони схильні сприймати свою дитину дещо молодшою за своїм розвитком, ніж вона є насправді. Проте, остаточно не втрачають віри в її майбутнє.

В ході проведення даного дослідження, можна зробити висновок, що переважаючими типами батьківського ставлення в позитивному їх значенні за методикою А. Варга, В. Століна є такі шкали: кооперація – максимальні показники у всіх досліджуваних; прийняття – відкинення, контроль, відношення до невдач – середні показники. Дещо зміщені в сторону негативного трактування показники по шкалі – симбіоз.

Ставлення до дитини впливає на її емоційне та особистісне становлення. Від емоцій та переживань батьків залежить емоційне благополуччя дітей. Розвиток емоційної сфери дітей не є лінійним процесом. Її рівень і зміст пов'язані з індивідуально-особистісними властивостями людини, включаючи її самосвідомість. Емоційне

ставлення до навколишнього світу, соціальні властивості виробляються протягом життя особистості.

Емоційне насичення організму є його важливою вродженою потребою, яка також розвивається протягом життя. Ця потреба може задовольнятися не тільки позитивними, але й негативними емоціями. Негативна емоція – це сигнал тривоги, сигнал організму про те, що певна ситуація є для нього згубною. Позитивна емоція – сигнал повернутого благополуччя. Позитивному сигналу немає потреби лунати довго, тому емоційна адаптація до позитивного настає швидко. Сигнал тривоги повинен подаватися увесь час, поки небезпеку не усунуто. Життя сучасної людини неможливе без негативних емоцій, тому відгороджувати дитину від них неможливо та й немає потреби.

Отже, для вивчення цінностей батьків дітей із ЗПР був проведений опитувальник «Діагностика індивідуальної структури ціннісних орієнтацій особистості (С. Бубнова)».

Відносно середньо групових результатів найвищі показники продемонстровані за шкалами: «Визнання та повага людей, вплив на оточуючих», що свідчить про те, що для даної групи досліджуваних дуже важлива думка оточуючих, про кожного з них як особистість. Швидше за все, це пов'язане з тим, що сім'я в якій народжується дитина з особливими потребами, відчуває деяку меншовартість, що і пояснює бажання самоствердитися і переконатися у власній значущості.

Також високі результати були отримані за шкалою – любов. Сім'ї, які змогли встояти у непростій життєвій ситуації бачать любов в основі своїх сімейних відносин, а також любов один з основних факторів при вихованні дитини з особливими потребами.

Третє рангове місце займає шкала – соціальна активність для досягнення позитивних змін у суспільстві. Найменш важливою ціннісною орієнтацією виявилася шкала – високий соціальний статус й управління людьми.

Оскільки багато батьків змушені залишити роботу у зв'язку із інвалідністю дитини, ця сфера життя набуває значно меншої ваги, порівняно з іншими цінностями.

На жаль, така ціннісна орієнтація як здоров'я, не отримала лідерських позицій у рейтингу. Швидше за все, це пов'язане з браком часу та фінансово- економічною ситуацією в країні.

За методикою Дослідження рівня депресії за методикою – шкала депресії (адаптація Т.І. Балашової) ми отримали такі результати:

В ході проведеного тестування у даній групі респондентів показники рівня депресії є такими:

- 80% (32 людини) – це стан без депресії;

- 20% (8 людей) – це легка депресія ситуативного чи невротичного генезу.

Субдепресивний стан або маскована депресія та істинно депресивний стан, не були виявлені взагалі. Такі показники можуть бути пов'язані із прийняттям ними даної ситуації (виховання дитини з особливими потребами), а також із віком дітей, яким уже понад дев'ять років, у групі досліджуваних батьків.

Це свідчить про те, що вони знаходяться на стадії усвідомлення реальності.

Вимірювання рівня тривожності за методикою Тейлора. Дана методика дозволила нам виявити такі психологічні особливості сімей, які виховують дитину з ЗПР:

За результатами дослідження в даній групі респондентів отримані такі показники:

- високий рівень тривоги – 5% опитаних (2 людини);
- середній (з тенденцією до високого) рівень – 8% опитаних (3 людини);
- середній (з тенденцією до низького) рівень – 62% опитаних (25 людей);
- низький рівень тривоги – 25% опитаних (10 людей).

Отже можна зробити загальний висновок, що у сім'ях, у яких виховуються діти з особливостями розвитку переважає позитивне ставлення та взаємозв'язок батьків та дітей з особливими потребами, незважаючи на всю складність та різноманітність життєвих ситуацій. Ціннісні орієнтації спрямовані на соціальну активність та любов. Проте, були зафіксовані показники середніх рівнів тривоги та легку депресію ситуативного характеру. Батьки змогли прийняти і полюбити своїх дітей, вони роблять усе можливе для їх повноцінного життя та розвитку.

З метою визначення особливостей інтелектуальної сфери особистості досліджуваних молодших школярів, нами було проведено та проаналізовано результати діагностики за обраними нами методиками. Розглянемо отримані внаслідок цього аналізу результати.

Згідно із результатами, отриманими за методикою «Прогресивні матриці» Дж. Равена, ми можемо говорити про такі особливості досліджуваних школярів:

- Для переважної частини досліджуваних (43%) властивим є високий рівень розвитку невербального інтелекту. Вони добре виконують завдання на визначення загальних закономірностей;
- Рівень невербального інтелекту на вище середньому спостерігається у 33% досліджуваних;
- Середній рівень здатності до виконання інтелектуальних операцій виявлений у 7% досліджуваних;

- Рівень нижче середнього виявлений у 10% досліджуваних молодших школярів. У них проявляються певні проблеми при обробці невербальних стимулів, визначенні загальних тенденцій матеріалу;

- Низький рівень інтелектуального розвитку властивий для 7% досліджуваних. Для цих дітей властивими є значні проблеми у розвитку інтелектуальної сфери. Вони погано справляються, навіть, із завданнями легкої складності.

Подальша статистична обробка результатів мала на меті встановити взаємозв'язки між емоційними проявами батьків (депресія та тривожність) та показниками розумового розвитку дітей. Для встановлення взаємозв'язку застосовувалась процедура кореляційного аналізу за коефіцієнтом кореляції r -Пірсона. Кореляційний аналіз таких емоційних проявів батьків, таких як депресія та тривожність з показниками розумового розвитку дітей виявив низку статистично значущих зв'язків. Зокрема, тривожність позитивно корелює з низькими показниками розумового розвитку дітей ($r = 0,74$; $p \leq 0,01$) та показниками нижче середнього ($r = 0,56$; $p \leq 0,01$). Водночас тривожність негативно корелює з високими показниками розумових здібностей дітей ($r = -0,64$; $p \leq 0,01$). $r = 0,74$ та $r = 0,56$, водночас тривожність негативно корелює з високими показниками розумових здібностей $r = -0,64$.

Подібні результати і за шкалою депресії. Депресія батьків має позитивний статистично значущий ($r = 0,84$) зв'язок з низькими показниками розумових здібностей дітей та негативно корелює ($r = -0,56$) з високими показниками розумових здібностей.

Отже, дані статистичної обробки результатів емпіричного дослідження засвідчують, що збільшення рівня тривоги та депресивності призводить до погіршення (зниження показників) рівня розумового розвитку дитини.

ВИСНОВКИ

Причинами виникнення психічних захворювань, зокрема і затримка психічного розвитку, бувають внутрішньо обумовлені (ендогенні) фактори, так і зовні обумовлені (екзогенні). Перші визначаються в основному конституціонально-генетичними факторами. Другі ж обумовлені впливом зовнішнього середовища. Внаслідок порушень протягом досить тривалого періоду у дітей спостерігається незрілість нервової системи, функціонального характеру. Це, в свою чергу, виражається в слабкості таких процесів психіки, як збудження і гальмування, труднощі утворення складних зв'язків.

Більшість функцій психіки (наприклад, просторові уявлення, когнітивні процеси) характеризуються не простою комплексною будовою, і базуються на узгодженості дій декількох функціональних

систем. Внаслідок цього формування подібного роду дій у дітей з ЗПР сповільнено і посувається інакше, якщо порівнювати з дітьми, які розвиваються нормально. В результаті чого відповідні функції психіки формуються не таким чином, як у здорових малюків.

Діти із затримкою психічного розвитку – це особлива категорія дітей, що характеризується органічними й функціональними порушеннями нервово-психічних процесів, що зумовлюють уповільненість темпу розвитку психіки дитини, що проявляється в недостатності загального запасу знань, нестійкості уваги, поверховості сприймання, ослабленій пам'яті, незрілості мислення, швидкій втомлюваності під час пізнавальної діяльності. Когнітивний компонент у дітей молодшого шкільного віку активно формується та розвивається. І якщо забезпечити необхідні умови навчання та правильного підходу до виховання, то є можливість компенсувати дану затримку.

Психічний розвиток виступає як процес кількісних та якісних змін, що відбуваються у ході діяльності та спілкування дитини.

АНОТАЦІЯ

В нашій роботі проаналізовано й узагальнено основні напрями і результати вивчення особливостей вироблення критеріїв для розмежування норми та патології в дитячому віці. Визначено, що діти із затримкою психічного розвитку – це особлива категорія, що характеризується органічними й функціональними порушеннями нервово-психічних процесів, що зумовлюють уповільненість темпу розвитку психіки дитини, що проявляється в недостатності загального запасу знань, нестійкості уваги, поверховості сприймання, ослабленій пам'яті, незрілості мислення, швидкій втомлюваності під час пізнавальної діяльності. Предметом дослідження є вивчення особливостей впливу клімату сім'ї на пізнавальні особливості дітей із ЗПР у молодшому шкільному віці.

Переважаючими типами батьківського ставлення в позитивному їх значенні є кооперація; прийняття – відкинення, контроль, відношення до невдач. За допомогою методів математичної обробки даних, було встановлено взаємозв'язк між емоційними проявами батьків (депресія та тривожність) з результатами діагностики розумового розвитку дітей. Визначено позитивну кореляцію: збільшення рівня тривоги та депресивності серед батьків призводить до погіршення (зниження показників) рівня розумового розвитку дитини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Байда Л. Ю., Красюкова О. В., Байда Л.Ю. Інвалідність та суспільство : навчально-методичний посібник. 2012. URL: https://ud.org.ua/images/pdf/Invalidnist_ta_suspilstvo.pdf.

2. Безлюдний Р. О. Виховні технології розвитку життєвої компетентності підлітків з особливими потребами в США : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07. Умань, 2012. 20 с.

3. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. К. : Центр учбової літератури, 2011. 264 с.

4. Буковська О. Психологічні особливості родин, в яких виховуються діти з особливими потребами. *Вісн. Чернігів. нац. пед. ун-ту ім. Т. Шевченка. Серія: Психологічні науки*. Чернігів, 2012. Вип. 103, ч. 1. URL: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum%20/VChdpu/psy/2012_103_1/Buk_ovsk.pdf.

5. Вікнянська Т. А. Особистість матері в процесі виховання дитини з особливими потребами. *Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні* : матеріали VIII наук.-практ. семінару. Луцьк, 2013. С. 7–10.

6. Грицюк І.М., Сашук Ю.В. Значення сімейного клімату для успішного навчання дитини з діагнозом ЗПП (молодший шкільний вік). *Наукові перспективи. Серія Психологія*. Випуск 4 (22). Київ. 2022. С. 346–356.

7. Гецько С. І. Проблеми сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. С. 334–342. URL: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Tmpvvd/2011_2/38.PDF.

8. Гордієнко Н. М. Вплив сімейного середовища на формування особистості дитини з особливими потребами. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. Запоріжжя, 2010. URL: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Staptp/2010_48/files/ST48_38.pdf

9. Грицюк І. М. Психофізіологія. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 332 с.

10. Грицюк І.М., Магдисяк Л.І. Психологічний супровід та консультування сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку (системний підхід). *Перспективи та інновації науки* : електронний журнал. 2022/2/23. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/download/1149/1146>

11. Горбашенко Т. Теоретичний підхід до проблеми осіб з обмеженими можливостями здоров'я. *Психологічні науки*. 2019. URL: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/skydan-.pdf>.

12. Заверико Н. В., Лещенко О. Г. *Умови ефективного розвитку дитини з особливими потребами в сім'ї*. Київ, 2016. Вип. 5. С. 17–23.

13. Заєць С. С. Роль сімейного середовища в процесі соціальної адаптації дитини. *Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки* Луцьк, 2012. № 7(232) : Педагогічні науки. С. 139–144.

14. Захарчук М. Є. Особливості соціальної реабілітації сім'ї з дітьми з особливими потребами. *Третя міжнародна соціально-педагогічна конференція «Соціально-педагогічні аспекти сприяння здоров'ю учнівської та студентської молоді»*. Луцьк, 2008. С. 301–308.

15. Зерницький О.Б. Родительство в семьях с детьми с ограниченными возможностями, проблемы установки, поддержка. М. : Мир психологи, 2010. С. 134–145.

16. Иванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. К. : Логос, 2018. 88 с.

17. Інклюзивна освіта : *Підтримка батьків батьками*. 2007. Груд. (№ 36). С. 13–14.

18. Калюжний І. Сімейні стратегії подолання кризи при вихованні дитини з інтелектуальною недостатністю. *Соц. політика і соц. робота*. 2005. № 3. С. 125–137.

19. Клещєрова І. М. Основні напрямки роботи психолога з мамами дітей з органічним ураженням ЦНС в умовах дитячих реабілітаційних закладів. *Практична психологія та соціальна робота*. 2013. № 7. С. 53–55.

20. Кричковська Т.Д. Психологія аномального розвитку. Київ : КНТ, 2016. 165 с.

21. Малкович М. М. Змістові характеристики материнської та батьківської ідентичності. К., 2010, Т. 12, ч. 1. URL: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum%20/PZPP/2010_12_1/350-360.pdf.

22. Матвійчук Т. Соціально-психологічні зміни в сім'ї після народження дитини з особливими потребами. *Психогенеза особистості: норма і девіація*. Луцьк, 2014. С. 140–143.

23. Мельничук О. В. Соціально-педагогічні проблеми життєдіяльності сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями. *Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки*. Луцьк, 2010. № 23. Педагогічні науки. С. 225–227.

24. Муляр В.І. Проблема становлення в системі «індивід-суспільство» (філософсько-культурологічний аналіз). Житомир, 1999. С. 336–362.

25. Мушкевич М.І. Наукові підходи до сім'ї з проблемною дитиною. *Психологічні перспективи СНУ ім. Л. У*. Луцьк 2013. № 21. С. 164–175.

26. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами (методичні рекомендації). К. : Укр. ін-т соц. дослідж., 2018. 80 с.

27. Одинченко Л. К. Допомога аномальним дітям в Україні (X–XX ст.). *Педагогіка і психологія*. 1995. № 2. С. 120–126.

28. Павлюк Н. В. Сім'я як чинник статево-рольової соціалізації розумово відсталих підлітків. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2011. № 4. С. 81–87.
29. Пінчукова Н. О. Гармонізація почуттів матері у вихованні розумово відсталої дитини. *Педагогічний процес: теорія і практика*. К., 2007. № 4. С. 68–80. URL: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum./rptp/2007_4/Pinchukova.pdf.
30. Пінчукова Л. Почуття матері розумово відсталої дитини. *Психолог*. 2007. Груд. (№ 48). С. 8–12.
31. Сашук Юлія, Грицюк Ірина Особливості розвитку когнітивного компоненту у дітей із діагнозом затримка психічного розвитку *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості* : матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції (Луцьк, 7–8 квітня 2022 р.). Луцьк : Вежа-Друк, 2022. С. 157–159.
32. Туріщева Л.В. Діти з особливостями розвитку у звичайній школі. X. : Вид. група «Основа», 2011. 111 с.
33. Roberts M. *Handbook of Pediatric Psychology*. New York : Guilford Press. 2017.
34. Seligman M., Darling R. Ordinary families, special children: a systems approach to childhood disability. New York : The Guilford Press. 2019.
35. Olshanski S. Chronic sorrow : A response to having a mentally defective child. *Social casework*. 2019. Vol. 43. P. 190–193.
36. Collins-Moore M., Birth and diagnosis : A family crisis. In Eisenberg M. *Chronic illness and disability through life span : Effects on self and family*. New York : Springer. 2017.

Information about the author:

Hrytsiuk Iryna Mykhailivna,

orcid.org/0000-0001-6988-6012

Candidate of Psychological Sciences,

Associate Professor at the Department of Practical Psychology
and Psychodiagnostics

Lesya Ukrainka Volyn National University

13, Voli Ave., Lutsk, 43025, Ukraine