КЗО «Дніпровський навчально-реабілітаційний центр №1» ДОР

Доповідь на тему: «Особливості особистісного прийняття батьками дітей з ООП»

Підготувала

Вихователь 3- Б класу

Кравець Людмила Сергіївна

Дніпро 2019р.

Погіршення екологічної обстановки, високий рівень захворюваності батьків (особливо матерів), ряд невирішених соціально-економічних, психолого-педагогічних і медичних проблем сприяють збільшенню числа дітей-інвалідів, роблячи цю проблему особливо актуальною.

Сім’я, яка має інваліда — це така сім’я, в якій один або декілька з її членів мають серйозні, постійні порушення у здоров’ї, не можуть чи мають в значному ступені обмежені можливості обслуговувати себе, а також не мають можливості виконання соціально-професійних задач без обмежень, ведуть загальне хазяйство з повністю дієздатними членами родини.

Поява в сім’ї дитини з певними психічними чи фізичними вадами є причиною психологічних стресів батьків, але велика роль сім’ї в соціалізації дитини з особливими потребами не заперечлива. Члени родини зазвичай забезпечують йому умови життя, опіку, виховання та освіту, передають досвід, навчають нормам суспільного життя. Сім’я створює умови, які включають в дію компенсаторні механізми дитини і сприяють мобілізації та реалізації фізичних та психічних ресурсів.

Реакції при народженні дитини з особливими потребами чи набуття дитиною інвалідності в сім’ї можуть бути різні. Це може бути шок, несподіванка, частіше жах, трагедія — типові позиції батьків в перші моменти, коли фіксується факт інвалідності дитини. Батьків лякає саме слово «інвалід», воно сприймається як клеймо, що стоїть не тільки на дитині, але й в першу чергу на них самих.

Труднощі сімей, в яких виховуються діти з особливими потребами, істотно відрізняються від тих турбот, які хвилюють звичайну сім'ю. Хвора дитина потребує незрівнянно більше, ніж здорова, матеріальних, духовних і фізичних витрат. Люди з родин цієї категорії стають виборчими в спілкуванні. Вони звужують коло своїх знайомих і обмежують спілкування з родичами. Це пов'язано зі станом дитини, а також з особистісними установками батьків.

Сім’ї дітей з особливими потребами мають бути готові до того, що їх стадії розвитку не подібні до звичайних сімей. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають. Такі сім’ї прагнуть до підтримки контактів з родинами, які мають дітей з схожими захворюваннями. Така позиція батьків значно розширює кругозір і можливість допомоги своїм дітям. Часто батьки створюють громадські організації, які вирішують проблеми дітей з особливими потребами по тому чи іншому захворюванню.

Частіше самі близькі родичі стають найкращими психотерапевтами, повертаючи віру в сенс життя і віру в самого себе у дитини з особливими потребами створюючи особливий психологічний клімат його існування у сім’ї. Кожен успіх, кожне досягнення дитини — це успіх всієї родини.

Фактом, який негативно впливає у суспільстві на виховання в сім’ї дитини з особливими потребами є непереборний страх здорових людей перед чимось аномальним. Це дійсно перепона, яку потрібно подолати. Необхідно не тільки підготувати дитину з особливими потребами до життя в суспільстві здорових людей, але й підготувати суспільну думку до того, що інвалід — такий же повноцінний член суспільства, як і здорові люди.

Процес соціалізації такої дитини повинен здійснюватися з ранніх років життя. Дитина з особливими потребами має відвідувати дитячі установи поряд зі здоровими дітьми. Це допомагає не тільки їй, але й навчає її малих однолітків сприйманню інвалідності не як чогось незвичного, від чого потрібно відокремитися. У дітей з раннього віку буде формуватися інша установка, ніж та, яка дуже часто зустрічається у їхніх батьків.

Таким чином, для розв’язання проблем дітей з особливими потребами мало вирішити психологічні проблеми дитини та батьків. Головна проблема адаптації дітей з обмеженими можливостями закладена у суспільстві, в його ставленні до дітей з певними потребами як до рівноправних членів суспільства. Стабілізація такого соціального інституту, як сім’я, повинна здійснюватися як на державному рівні, так і на особистісному.

Розглянемо ставлення батьків дітей з розумовими вадами за напрямками: ставлення до світу, до родини, до дитини, до себе.

Батьки і родичі таких дітей у своєму ставленні до світу, як правило, переходять від почуття образи на всіх за власні переживання страху й безпорадності до активних дій — пошуку будь-яких форм допомоги. Спочатку вони ставлять риторичні запитання: «за що мені ця кара?»; «чим я (наша родина) завинив?»; «невже (і чим) погана моя сім’я, наша дитина?» та інші. З часом, залежно від багатьох складових, вирізняються батьки, що продовжують вважати себе знедоленими, скривдженими, не проявляють активності. Інші прагнуть жити повноцінно, знаходять радість, професійно творять і зростають. Деяких випробування підштовхнули на рішучі кроки до власних змін, у більшості випадків за рахунок розвитку дитини.

Під час пошуку засобів допомоги батьки відкривають світ людей з такими ж проблемами. Проблеми та труднощі об’єднують сім’ї, спонукають до обміну інформацією щодо засобів отримання будь-якої допомоги, допомагають гуртуватися в організації.

Ставлення до родини — власних батьків, сім’ї свого дитинства за умов народження хворої дитини майже не змінюється. Родичі в більшості випадків є тим оточенням, яке надає першу безпосередню психологічну та економічну підтримку. Їх роль і значення в житті родини з часом зростає. Відповідно до напрямку пошуку причин народження хворої дитини (генетичні мутації, спадковість, вплив екологічних чинників, помилка ранньої діагностики, невправність лікарів-акушерів, травмування, застосування невідповідних ліків тощо) батьки намагаються осмислити те, що з ними сталося, й спрямувати життя родини в певне русло.

Частина батьків не витримує випробувань, здає дітей в інтернат, відмовляється від них задля створення сприятливіших (на думку дорослих) родинних умов для інших (здорових) дітей. Хвора дитина часто стає офіційним чинником самоусунення батька з сім’ї. Залишити сім’ю, кинути жінку з дитиною напризволяще для таких чоловіків не є соціально неприйнятною формою захисту власного життя і благополуччя.

Ставлення до дитини складається з багатьох чинників, які утворюють велике різнобарв’я («букет») з пріоритетом або ж паритетом. Серед них суто біологічні складові, такі як стан здоров’я дитини та її батьків, їхній психофізичний статус, оцінка спеціалістами та батьками рівня розвитку й перспектив інваліда. Важливим є економічна стабільність сім’ї, наявність роботи для батьків або одного з них, хоча б середній рівень заробітної плати або пенсії, спроможність вдовольняти потреби дитини (та інших дітей без переваг для інваліда). Певне значення має успішність оволодіння дитиною культурними навичками та життєво-необхідними знаннями; надії та реальні перспективи її розвитку і соціалізації; виховна спроможність усієї родини та зокрема батьків; соціальне визнання їхньої професійної і батьківської роботи з виховання, піклування, догляду.

Найсуттєвішим є любов до дитини та бажаність її народження.

Але картина світу для дорослих змінюється таким чином, що відбувається акцентування на проблемі інвалідності одного з сім’ї і у вихованні батьки (частіше мати) вдаються до надмірного опікування, що гальмує розвиток дитячої активності, самостійності, впевненості в собі. Практикується приховування такої дитини вдома, щоб уберегти від небезпек вулиці, можливого поганого впливу. Це поглиблює природну ваду дитини, робить з неї соціального й психічного інваліда. Краща ситуація в селах, де будь-яка дитина, яка в фізичному плані «збережена», поступово змалечку долучається до побутової, хатньої та земельної роботи. Протягом певного (тривалого) періоду така дитина опановує елементарний вид діяльності та самообслуговування і відтак долучається до громадського життя.

Прийняття ситуації життя з хворою дитиною, влаштування сімейного добробуту, планування часу роботи й відпочинку, реалізація або відмова від кар’єри – ці та багато інших питань постають як нагальні. Вони потребують вчасного конкретизування, переживання, вербалізації та певного вирішення. Саме в цьому і є важливою допомога психолога.

У результаті народження дитини з відхиленнями у розвитку стосунки всередині родини, а також контакти з навколишнім соціумом спотворюються. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями хворої дитини, а також з колосальним емоційним навантаженням, яке несуть члени його сім'ї у зв'язку з довготривалим стресом. Багато батьків у ситуації, що склалася виявляються безпорадними. Їх стан можна охарактеризувати як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут.

Якісні зміни в таких сім'ях проявляються на наступних рівнях: психологічному, соціальному і соматичному.

По-перше, варто розглянути, як народження дитини з особливими потребами впливає на родину на психологічному рівні.

Народження дитини з відхиленнями у розвитку сприймається його батьками як найбільша трагедія. Факт появи на світ дитини «не такої, як у всіх», є причиною сильного стресу, який переживається батьками, в першу чергу матір'ю. Стрес, який має пролонгований характер, робить сильний деформуючий вплив на психіку батьків і стає вихідною умовою різкого травмуючого зміну життєвого укладу, який сформувався в сім'ї. Деформуються: сформований стиль сімейних взаємин; система відносин членів сім'ї з навколишнім соціумом; особливості світобачення та ціннісних орієнтацій кожного з батьків хворої дитини. Всі надії та очікування членів сім'ї у зв'язку з майбутнім дитини виявляються марними і руйнуються в одну мить, а осмислення того, що сталося і набуття нових життєвих цінностей часом розтягується на тривалий період.

На наш погляд, це може бути обумовлено багатьма чинниками, серед яких: психологічні особливості самих батьків, їх здатність прийняти або не прийняти хвору дитину; наявність комплексу розладів, що характеризують ту чи іншу аномалію розвитку, ступінь їх вираженості; відсутність позитивної підтримки впливу соціуму в контактах з сім'єю дитини з особливими потребами.

Розподіл обов'язків між чоловіком і дружиною, батьком і матір'ю в більшості родин носить традиційний характер. Проблеми, пов'язані з забезпеченням життєдіяльності сім'ї (господарські, побутові), а також з вихованням і навчанням дітей, у тому числі і з відхиленнями у розвитку, в основному лягають на жінку. Чоловік — батько хворої дитини — забезпечує в першу чергу економічну базу сім'ї. Він не виключається, як мати дитини, зі звичних соціальних відносин і його життєвий стереотип не так сильно піддається змінам, тому що більшу частину часу він проводить у тому самому соціальному середовищі (на роботі, з друзями і т. д.). Тому психіка батька не піддається патогенному впливу так само інтенсивно, як психіка матері хворої дитини. Наведені характеристики, як правило, є найбільш поширеними. Але, безумовно, є і виключення з правил.

Емоційний вплив стресу на жінку, яка народила хвору дитину, незмірно значніше. Сам факт того, що саме вона народила хвору дитину, змушує її нестерпно страждати. У матерів часто спостерігаються істерики, депресивні стани. Для них властиве зниження психічного тонусу, занижена самооцінка, що проявляється у втраті перспектив професійної кар'єри, неможливості реалізації власних творчих планів, втрати інтересу до себе як до жінки і особистості.

Виражені психофізичні порушення дитини, а також особистісні особливості матері можуть служити джерелом материнської депривації. Любов до дитини як специфічне почуття виникає у жінки ще в період вагітності. Але саме це світле почуття зміцнюється і розквітає у відповідь на емоційну взаємність дитини: його посмішку, комплекс пожвавлення при появі матері та ін. Депривація материнських почуттів може ініціюватися недостатністю цих соціально-психологічних проявів у дитини.

Внаслідок того що народження хворої дитини, а потім її виховання, навчання і в цілому спілкування з нею є тривалим патогенно діючим психологічним фактором, особистість матері може зазнавати значні зміни. Депресивні переживання можуть трансформуватися в невротичний розвиток особистості і суттєво порушити її соціальну адаптацію.

Також значними після народження дитини з особливими потребами є зміни на соціальному рівні.

Після народження дитини з проблемами в розвитку її родина, в силу виникаючих численних труднощів стає розбірливою у контактах. Вона звужує коло знайомих і навіть родичів через характерні особливості стану і розвитку хворої дитини, а також через особисті установки самих батьків (страху, сорому).

Це випробування надає також деформуючий вплив на взаємини між батьками хворої дитини. Одним із самих сумних проявів, що характеризують стан сім'ї після народження дитини з відхиленнями у розвитку, є розлучення. Не завжди зовнішньою причиною розлучення називають хвору дитину. Найчастіше батьки дітей, пояснюючи причину розриву сімейних відносин, посилаються на зіпсований характер дружини (або чоловіка), відсутність взаєморозуміння в сім'ї, часті сварки і, як наслідок, охолодження почуттів.

Тим не менш об'єктивним стресором, що впливає на психіку членів сім'ї, є сам факт народження хворої дитини і стан його здоров'я в наступний період. Нова ситуація, що склалася, є випробуванням для перевірки почуттів між подружжям. Відомі випадки, коли подібні труднощі згуртовували сім'ю. Однак частина сімей не витримує такого випробування і розпадається, що чинить негативний вплив на процес формування особистості дитини з відхиленнями в розвитку. Неповні сім'ї, в яких виховуються діти з відхиленнями у розвитку, становлять від 30 до 40%.

В силу цієї причини (самотності матерів, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку), а також і інших, серед яких можуть бути і генетичні (правомірний страх батьків перед народженням ще одного аномального дитини), деякі сім'ї відмовляються від народження інших дітей. У таких сім'ях дитина з особливими потребами є єдиною.

Є сім'ї, в яких виховується ще одна або дві здорових дитини. У більшості з них дитина з порушеннями розвитку є останньою з народжених. Проте в таких сім'ях є більше сприятливих можливостей для нормалізації психологічного стану батьків в порівнянні з об'єктивними можливостями батьків, які виховують єдину дитину з особливими потребами. Батьки, у яких здорові діти народилися після хворих чи є однією дитиною з двійні, складають нечисленну групу.

Відносини в сім'ї можуть погіршуватися не тільки між подружжям. Вони можуть змінюватися між матір'ю дитини з відхиленнями у розвитку та її батьками або батьками її чоловіка. Особливості дитини важко прийняти непідготовленій людині. Жалість до свого онука і його матері можуть тривалий час пронизувати взаємини близьких людей. Проте з віком сили слабшають: бабусі й дідусі поступово усуваються від такої родини. Іноді з боку бабусь і дідусів звучать гіркі докори у бік дитини з відхиленнями в розвитку і його матері («Ти винен у тому, що бабуся хворіє» або «Ти винна в тому, що в мене немає здорових онуків» та ін.).

Заслуговує на увагу також тенденція, яка проявилася у окремих матерів, які виховують дітей з вираженими дефектами розвитку. У зв'язку з тим, що проблема виховання і навчання такої дитини лише частково забезпечується системою державного утворення, окремі матері знаходять у собі сили і можливості для отримання спеціальної освіти та використання нових знань для розвитку та навчання як свою дитину, так і інших дітей.

Можна виділити ще одну особливість, що характеризує соціальну позицію значної частини батьків щодо виховання, розвитку та подолання проблем хворої дитини. Цю позицію можна назвати утриманською або безініціативною. Батьки вважають, що подоланням проблем їх дитини повинні займатися фахівці та співробітники установ, в яких їхні діти виховуються, навчаються або тривало лікуються і живуть.

Стрес, що виник в результаті комплексу незворотних психічних розладів у дитини, може викликати різні захворювання у його матері, будучи, таким чином, ніби пусковим механізмом цього процесу. Виникає патологічний ланцюжок: недуга дитини викликає психогенний стрес у її матері, який в тій чи іншій мірі провокує виникнення у неї соматичних або психічних захворювань. Таким чином, захворювання дитини, її психічний стан, можуть бути психогенним і для батьків, в першу чергу матерів.

Безумовно, фізичне навантаження у батьків таких дітей надзвичайно велике, особливо це стосується батьків, які мають дітей з дитячим церебральним паралічем (постійна фізична допомога дитині при її переміщенні по будинку, щотижневе перевезення дитини різними видами громадського транспорту з дому до школи і назад за відсутності належних допоміжних засобів). Труднощі, з якими стикаються батьки розумово відсталих дітей, мають свою специфіку, оскільки щоденне супроводження дитини до школи (якщо це не школа-інтернат) і додому у великому мегаполісі займає багато часу.

Проте при наявності величезного фізичного навантаження, яке, безсумнівно, виснажує сили і впливає на соматичний стан батьків, психологічний фактор і нічим не вимірна тяжкість переживаються, відіграючи провідну роль. Для батьків у першу чергу патогенними є перераховані раніше психологічні особливості розвитку їхніх дітей: ознаки інтелектуального недорозвитку, зовнішнє каліцтво, рухові і мовні порушення. Почуття страху, невпевненості в собі, різні форми депресії — усі ці болючі стани батьків є не тільки у відповідь реакцією їх особи на переживання, але й у відповідь захисною реакцією всього їх організму.

Особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами можна визначати в залежності від специфіки інвалідності.

Розглянемо особливості ставлення батьків до дітей з вадами у розумовій сфері. Предметом глибоких емоційних переживань батьків і близьких розумово відсталих дітей є особливості їх психофізичних порушень, і в першу чергу недостатність інтелектуальної діяльності. У зв'язку з цим тягар патогенного впливу порушень розвитку розумово відсталих дітей на психіку їхніх батьків залежить від таких характеристик розумової відсталості, як стійкість (тобто незворотність), тривалість (протягом всього життя), ступінь вираженості (тяжкість, глибина ураження) і характер інтелектуального дефекту.

Інтелектуальний дефект розумово відсталих дітей, що розглядається як ведучий, надає особливий дестабілізуючий, гнітючий вплив на психіку їхніх батьків. Саме провідний дефект є для батьків і близьких розумово відсталих дітей психотравмуючим чинником, тому що ця аномалія, незважаючи на наявний потенціал до розвитку позитивної динаміки в цілому, виключає можливість повного одужання дитини, успішної соціально-трудової адаптації та самостійного повноцінного життя в соціумі.

Народження дитини з інтелектуальним дефектом дестабілізує психологічний стан батьків ще й тому, що у побутовій свідомості ця подія часто сприймається як ознака наявності невластивих людині характеристик («Він не такий, як усі», «Він не схожий на нас, значить, він чужий»). У батьків такої дитини оточуючі починають вишукувати відхилення від норми і сприймати їх як психічно хворих осіб або як людей зі шкідливими звичками (алкоголіків, наркоманів). Це, звісно, зводить невидиму стіну між сім'єю та соціальним оточенням. Батьки розумово відсталих дітей надзвичайно бояться і соромляться діагнозу, поставленого їх дитині. Вони використовують усі можливості для його зміни на інший, на їхню думку, більш прийнятний і «щадний» (ранній дитячий аутизм, дитячий церебральний параліч та ін.).

Розумово відстала дитина, підліток або доросла людина сприймається як близькими людьми, так і в суспільстві частіше негативно, з насмішкою, хоча в окремих випадках таке ставлення супроводжується жалем. Навіть в середовищі фахівців терміни «розумова відсталість», «олігофренія», «дебільність», які, по суті, означають те ж саме, що і діагноз будь-якого соматичного захворювання, використовуються для негативних, принизливих, дискримінуючіх характеристик дітей та їх близьких (олігофрен, дебіл в повсякденній свідомості означає дурень). Ця ситуація не повторюється ні з якою іншою категорією дітей з відхиленнями в розвитку.

Відношення матерів до розумово відсталих дітей має суперечливий характер. З одного боку, матері проявляють жалість до дітей. Неспроможність розумово відсталих дітей змушує матерів їх опікувати і контролювати. З іншого боку, у матерів розумово відсталих дітей часто проявляється втома, роздратування, бажання покарати дитину, ігнорувати інтереси дитини в силу їх примітивності. Емоційний стан матерів характеризується депресією, почуттям провини, горя, сорому і страждання.

Відхилення у психофізичному розвитку дітей раннього віку не лише є можливим наслідком органічних і функціональних порушень, але мають і вторинний характер, обумовлений дефіцитом спілкування і відсутністю адекватних способів співпраці батьків з дітьми.

У поведінці батьків, які виховують проблемних дітей раннього віку, виділяється ряд особливостей. Серед них: невміння створювати ситуацію спільної діяльності, неемоційний характер співробітництва, неадекватність позиції по відношенню до дитини і неадекватний стиль виховання, недостатня потреба в спілкуванні з дитиною.

З кожним роком дедалі актуальніше звучить тема про потребу батьків дітей з відхиленнями у розвитку в наданні їм психокорекційної допомоги. У зв'язку з цим фахівцями підкреслюється необхідність включення батьків розумово відсталих дітей в корекційно-виховний процес їх дітей, розробляються прийоми та методи психокорекційної допомоги. Вважається, що критеріями готовності батьків до корекційно-орієнтованого виховання дітей з порушенням інтелекту є: педагогічна грамотність, активна участь у виховному процесі, ціннісне ставлення до дитини.

Про тяжкість і глибину психотравмуючого впливу дефекту дитини на психіку батьків (особливо якщо цей дефект характеризується як виражений) свідчить і факт більш низької соціальної активності батьків розумово відсталих дітей у порівнянні з батьками інших категорій дітей. Так, в даний час існують асоціації, що поєднують батьків аутичних дітей, дітей з сенсорними порушеннями (з синдромом Ушер) та ін. Високу активність проявляють батьки дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, співпрацюючи з різними вітчизняними та закордонними інвалідними товариствами та організаціями. Як показує практика, батьки розумово відсталих дітей демонструють більш пасивну соціальну позицію, прагнення бути «в тіні». Вони уникають декларування проблем дитини, особливо пов'язаних з її інтелектуальним дефектом.

Інтелектуальний дефект різко травмує психіку батьків дитини, гальмує їх активність. Свідомість батьків «вражає» розуміння того, що їх дитина з вадами розуму ніколи не зможе стати повноцінною людиною і що його майбутнє, незважаючи на їх титанічні зусилля, приречена. Слід також зазначити, що серед батьків дітей з розумовою відсталістю високий відсоток осіб, які мають інтелектуальні порушення. Це значно знижує можливості сім'ї щодо створення реабілітаційних умов, що забезпечують оптимальний розвиток розумово відсталої дитини.

Також у руслі визначення особливостей ставлення батьків до дітей в залежності від специфіки інвалідності можна розглянути ставлення батьків до дітей з ДЦП.

Виявилося, що найбільш фруструючими психіку батьків дітей з дитячім церебральним паралічем є рухові розлади. По-перше, вони супроводжуються зовнішньої потворністю: спотворена фігура дитини, гримаси, характерні порушення мови, модуляції голосу, постійна салівація. За свідченнями батьків, ознаки «зовнішнього» каліцтва привертають постійну увагу оточуючих і, таким чином, травмують свідомість близьких дитини.

По-друге, знерухомлені або діти з особливими труднощами при пересуванні потребують необхідності постійної фізичної допомоги, постійного догляду за ними, що вимагає від самих батьків особливих зусиль. Пошук, купівля та використання спеціальних транспортних засобів включають і підвищені матеріальні витрати батьків і спектр їх переживань і турбот. Навіть ті діти, у яких в мінімальному обсязі порушено пересування, все одно викликають у батьків глибокі емоційні переживання. Це пояснюється тим, що темп пересування в таких осіб повільний, хода нестійка, окремі елементи пересування вимагають додаткових пристосувань.

Переважним стилем виховання в сім'ях, в яких ростуть діти та підлітки з ДЦП, є гіперопіка. Цей тип взаємовідносин проявляється в надмірній батьківській турботі про дитину, в надзвичайній йому відданості. Таке ставлення до дитини супроводжується виникненням у батьків емоційно-вольових проблем (тривожності, фрустрійованості), матері фіксуються на фізичній і психічній безпорадності їхніх дітей. Відомо, що така модель виховання призводить до психопатичного розвитку особистості хворої дитини, формує в неї егоцентричні установки, негативно позначається на становленні почуттів відповідальності і боргу. Як правило, батьки, які виявляють цей стиль виховання, знижують свою трудову і соціальну активність.

Серед сімей, які виховують дітей з руховою патологією, існують і такі, в яких має місце емоційне відкидання хворої дитини, що проявляється в жорстокому поводженні (приклад: дитина, прикріплена ланцюгом до собачої будки). Причому модель сімейного виховання часто залежить від психологічних особливостей самих батьків, їх ціннісного ставлення до дитини і культурного рівня.

Наступною категорією інвалідності можна визначити аутичних дітей. Для батьків аутичних дітей особливою психотравмуючою проблемою є відсутність можливості розміщення дитини в спеціально створений для таких дітей освітній заклад. Нерозробленість нормативно-правової бази, що забезпечує навчання дітей цієї категорії в спеціальних умовах, є причиною відсутності такого виду установ у нашій країні. В даний час більшість аутичних дітей навчаються як в масових, так і в різних спеціальних корекційних освітніх установах. Їхня кількість неухильно зростає. Частина дітей отримують спеціалізовану допомогу в різних реабілітаційних і психолого-медико-педагогічних центрах, в основному зосереджених в столиці або великих містах. Аутичні діти, що живуть на периферії, позбавлені цієї допомоги. Перераховані особливості аутичних дітей вимагають від батьків створення у будинку специфічних умов внутрісімейного побуту та формування особливих моделей взаємодії та виховання.

Травмуючим фактором, що впливає на емоційний статус батьків, безумовно, є порушення здатності дитини до встановлення адекватного контакту з навколишнім соціумом і з ними особисто. Згодом ця межа дитини проявляється у вигляді соціально-побутової непристосованості і порушення соціальної адаптації. Батьки страждають через відсутність потреби у дитини до адекватного контакту (притулитися, приголубити до матері або батька, подивитися їм в очі, поговорити).

Холодність і байдужість аутичних дітей навіть до близьких часто поєднуються з підвищеною емоційною ранимістю. Діти лякаються різких звуків, гучного голосу, жодних зауважень на свою адресу, що особливо ускладнює їх взаємодію з близькими і вимагає постійного створення спеціальних умов для їх життєдіяльності (M.M. Ліблінг [14]).

В даний час в роботі з батьками аутичних дітей використовується метод холдинг-терапії. Метод холдинг-терапії дозволяє виробити у дитини форми позитивного емоційного контролю, зняти емоційну напругу, тривогу, страхи. У результаті холдингу прогресує мовний розвиток аутичних дітей, формуються нові форми емоційного контакту.

**ВИСНОВКИ**

У результаті виконаної роботи можна зробити висновки наступні висновки.

Існує досить великий перелік захворювань, що призводять до інвалідності. Ці хвороби, безсумнівно, залишають свій слід на поведінці дитини, її стосунках з оточуючими і в інших сферах її життя, створюючи певні «бар'єри» на шляху дітей з особливими потребами та їх сімей до нормального життя, до їх інтеграції у суспільство.

Також можна сказати, що усі розглянуті у роботі захворювання різко обмежують можливість включення дитини з особливими потребами в адекватні віком виховні та педагогічні процеси, у зв’язку з чим виникає необхідність у додатковому постійному догляді за нею, допомозі або нагляді.

Можна виділити такі соціально-психологічні особливості сімей з дітьми з особливими потребами.

1) хвора дитина потребує більше матеріальних, духовних і фізичних затрат, ніж здорова;

2) батьки дітей з особливими потребами дуже часто вдаються до надмірного опікування, що гальмує розвиток дитячої активності, самостійності, впевненості в собі;

3) стадії розвитку сімей дітей з особливими потребами не подібні до стадій розвитку звичайних сімей. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають.

У сім'ях, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, формуються неадекватні міжособистісні стосунки в силу різних причин. До факторів, що порушують сімейну атмосферу, що впливають на розвиток неконструктивних моделей дитячо-батьківських і батьківсько-дитячих взаємин і типів виховання дітей з відхиленнями у розвитку, можна віднести наступні:

1. характер і ступінь вираженості порушень у дитини, їх незворотність, тривалість і зовнішні прояви психофізичної недостатності (наприклад, при розумової відсталості, дитячому церебральному паралічі, ранньому дитячому аутизмі тощо);
2. особистісні особливості батьків (осіб, які їх заміщують), які загострюються в травмучих психіку ситуаціях (прояв тенденцій до розвитку акцентуацій або аномалій характеру);
3. ціннісні орієнтації батьків (осіб, які їх заміщують) і специфічний характер впливу батьківських установок на процес виховання, їх залежність від сімейних, національно-етнічних традицій, соціально-культурного рівня і освіченості батьків як вихователів; при цьому важливе значення у виборі батьками моделі виховання мають їх психологічні особливості (авторитарний, невротичних, психосоматичний типи);
4. соціальне середовище та умови, які перешкоджають реалізації батьками своїх виховних завдань (наприклад, соціально-економічні катаклізми, що мають місце на сучасному етапі розвитку українського суспільства).

Також можна сказати, що ставлення батьків до дітей з особливими потребами відіграє першорядну роль у подальшому становленні таких дітей у суспільстві. Тут важливе значення має такий фактор, як ставлення батьків до дітей з особливими потребами, а також прийняття або неприйняття батьками дитини.

Особливості спілкування у сім’ях зі здоровими дітьми значно відрізняються від особливостей спілкування і сім’ях, які мають дітей з особливими потребами. Адже такі діти обмежені у багатьох життєвих можливостях, і тому підхід до них має бути особливим. Не маючи віри в своїх дітей, пред’являючи їм занижені вимоги, захищаючи від хвилювань, обмежуючи свободу вибору батьки, таким чином, сприяють закріпленню інфантильності своїх дітей, нездатності приймати самостійні рішення, нездатності до адаптації в нових неординарних умовах.