

№ держреєстрації 0116U005588

Міністерство освіти та науки України
Миколаївський національний університет імені В. С. Сухомлинського
54030, м. Миколаїв, вул. Нікольська, 24; тел. (0512) 37-88-15

ЗВІТ
ПРО НАУКОВО-ДОСЛІДНУ РОБОТУ

**ХРОНОПСИХОЛОГІЧНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ
РОЗВИТКУ ТА ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ ОСІБ ІЗ ОСОБЛИВИМИ
ПОТРЕБАМИ**

Науковий керівник НДР
д.психол.н., доц.

_____ І. І. Савенкова

СПИСОК АВТОРІВ

Керівник НДР,
завідувач кафедри
психології,
д.психол.н., доц.

(підпис)
(дата)

І. І. Савенкова
(вступ; розділи 1,2, 6,7;
підрозділ 5.1; висновки;
додатки А-Ж)

**Відповідальні
виконавці:**
Доцент кафедри
психології,
канд.психол.н.

(підпис)
(дата)

(вступ, розділи 1, 4;
підрозділ 5.3;
висновки)

РЕФЕРАТ

Звіт про НДР : 195 с., 2 ч., 14 табл., 11 рис., 11 дод., 55 джерел.

АЛГОРИТМ СУПРОВОДУ, СИСТЕМНИЙ ПІДХІД, ПСИХОСОМАТИЧНІ СТАНИ, РОЗВИТОК, ОСОБЛИВІ ПОТРЕБИ, ХРОНОПСИХОЛОГІЧНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ.

Об'єкт дослідження: психосоматичний стан осіб із особливими потребами.

Мета дослідження: розробка нової концепції та алгоритму хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку інтелектуальних можливостей особистості та психосоматичного стану осіб із особливими потребами.

Методи дослідження: комплекс теоретичних та емпіричних методів; метод хронометричної проби; авторські анкети на визначення особливих потреб дитини та сім'ї.

Розроблено концепцію та алгоритм психодіагностики осіб із особливими потребами в контексті хронопсихологічного та системного підходів. У результаті цих досліджень визначено хронопсихологосоматичні профілі осіб із особливими потребами з метою диференціації їх психологічного супроводу; виокремлено чотири групи особливих потреб дитини з урахуванням систем різних рівнів та низку специфічних потреб сім'ї в межах сімейних підсистем; описано особливості емоційно-вольової сфери осіб різних нозологічних груп.

Результати психодіагностики покладено в розробку алгоритму психологічного супроводу осіб, зважаючи на хронопсихологічний профіль особистості, специфіку розвитку їх соматичного, когнітивного й емоційно-вольового компонентів та системи актуальних потреб особистості.

Упровадження алгоритму психодіагностики та психологічного супроводу дозволить прицільно та системно здійснювати допомогу особам із особливими потребами; покращити їх соматичний стан через використання чіткого поетапного алгоритму психологічного супроводу; підвищити якість життя означеної категорії осіб; заощадити на використанні людського ресурсу.

Результати дослідження можуть бути використані в роботі психологів, які працюють з особами з особливими потребами; медиків; соціальних працівників в освітніх закладах усіх рівнів, інклюзивно-ресурсних центрах, центрах зайнятості, центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

ЗМІСТ

Частина 1

Вступ.....	6
1. Алгоритм психодіагностики та психологічного супроводу осіб із особливими потребами в контексті психології часу та системного підходу.....	16
2. Дослідження розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами з позиції психології часу.....	20
2.1. Дослідження психологічних характеристик осіб із особливими потребами: психосоматичний підхід щодо прогнозування психосоматичного стану таких категорій осіб.....	20
2.2. Концепція хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами.....	23
2.3. Хронопсихологічне прогнозування психосоматичного стану осіб із особливими потребами.....	26
2.4. Дослідження індивідуального хронотипу перебігу психосоматичних захворювань осіб із особливими потребами в онтогенетичній розгортці.....	38
2.5. Хронопсихологічне прогнозування дизонтогенезу розумового розвитку.....	41
3. Дослідження особистісного аспекту особливостей розвитку осіб із особливими потребами: емоційно-вольовий компонент.....	57
3.1. Психологічні особливості емоційно-вольової сфери дітей із особливими потребами з різних нозологічних груп.....	57
4. Дослідження особливостей функціонування дітей із особливими потребами у контексті системного підходу.....	64
4.1. Теоретико-методологічні засади створення системної моделі функціонування дітей із особливими потребами.....	64
4.2. Системний підхід у діагностиці дітей із особливими потребами.....	76

Частина 2

5. Алгоритм психологічного супроводу осіб із особливими потребами в межах хронопсихологічного та системного підходів.....	84
5.1. Розробка моделі «хронопсихологічного профілю особистості з особливими потребами».....	84
5.2. Алгоритм загального розвитку емоційно-вольової сфери осіб із особливими потребами.....	91
5.3. Основні напрями системної роботи з сім'ями дітей із особливими потребами.....	96
6. Система заходів психологічної реабілітації осіб із особливими потребами та програма психопрофілактики соматичних порушень даної категорії осіб.....	101
7. Зміст корекційних заходів психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання.....	107
Висновки.....	117
Перелік джерел посилання.....	124
Додатки.....	130

ВСТУП

В останній час особливо актуальною стала необхідність комплексного підходу щодо прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами. Їх дослідження має велике соціальне значення, оскільки дозволяє вирішити важливе завдання сучасного суспільства щодо ефективної адаптації й інтеграції осіб із різними категоріями особливих потреб та реалізації ними основоположних прав у різних галузях життя.

Водночас сучасні культурні, економічні і соціальні трансформації вимагають від людини з особливими потребами надзвичайної мобілізації когнітивних, емоційних і особистісних ресурсів, постійної готовності вирішувати життєві проблеми, що виникають. Хронічне перенапруження і внутрішня психологічна реактивність пов'язана із психофізіологічними особливостями людини з особливими потребами, що виступає причиною значного зростання кількості психосоматичних порушень, етіологія яких тісно пов'язана з особливостями психологічної сфери даної категорії осіб. За сучасними даними, психосоматичні розлади в індустріальних країнах поширені серед 40 - 50 % населення із особливими потребами і цей показник є досить стабільним [1].

Складність феноменів, що досліджуються, довели необґрунтованість спрощених причинно-наслідкових пояснювальних моделей психосоматичних розладів осіб із особливими потребами. Об'єктивне дослідження механізмів їх прогнозування можливе лише з урахуванням багатовимірності та системності досліджуваних явищ.

Загалом психосоматичне порушення є властивістю людського організму як системи, його неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми - психічної або соматичної. Тільки взаємодія між цими підсистемами і навколишнім середовищем може призвести до нового стану організму, який визначається як *психосоматичний стан*. І тільки розуміння цих

зв'язків може дати можливість ефективно впливати на його виникнення саме у осіб із особливими потребами.

Зокрема, зміни, що відбуваються в організмі людини, як психічні, так і соматичні, тісно пов'язані з часовим аспектом. Відповідно до даних наукової літератури (D.Elkin [2], G.Desai [3], S.Chaturvedi [3], Fress P.[4]), тип суб'єктивного сприймання часу або часова спрямованість є одним із об'єктивних показників динамічних властивостей психіки, що відображає послідовний процес змін, які відбуваються з людиною протягом її життя.

Життя індивіда від народження до смерті має циклічну будову (B.Tsukanov [5], Fress P.[4]). Сучасні науковці виділяють багатодобові, багатомісячні та багатолітні цикли у житті людського індивіда (I.Savenkova [6], M.Didukh [6], I.Litvinenko [6], I.Chuhueva [6]), виокремлюють поворотні пункти (так звані вузлові точки) як певний вік, в якому відбуваються «психологічні злами» (I.Savenkova [7]). Дискретний відлік індивідуального часу людьми призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів їх життя проходить нерівномірно. Протягом життя чітко виділяються періоди, в середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх можливостей. В масштабі періодів *великого біологічного циклу* (B.Tsukanov [5]) відбувається віковий розвиток психіки, коливання успішності діяльності, формування когнітивної та емоційно-вольової сфери, а також психосоматичні кризи особистості (L.Belenkoy [8], O.Fizeshi [9], P.Fink [10], A.Flammer [11]).

Аналіз наукової літератури з проблеми дослідження показав, що науково-психологічне вивчення взаємозв'язку і взаємозалежності соматичних порушень та темпераментальних параметрів життєвого циклу людини (на прикладі аналізу динаміки психосоматичних порушень людського індивіда з особливими потребами з урахуванням індивідуально-типологічних особливостей його психіки), а також особливостей розвитку когнітивної, емоційно-вольової сфери особистості та його індивідуального суб'єктивного сприйняття часу, все ще залишається поза увагою дослідників. Крім того, не достатньо вивченою є

проблема специфічних потреб дитини та її сім'ї в контексті взаємодії з інституціями різних рівнів.

Зважаючи на сказане, актуальним можна вважати розробку концепції хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами, а відповідно, і психопрофілактики та психологічного супроводу даної категорії осіб в межах психології часу та системного підходів.

Застосування у практичній діяльності психолога знань про систему взаємозалежностей та їх співвідношення між розумовим розвитком, індивідуально-типологічними особливостями, часовими характеристиками, фактором часу, емоційним особливостями та психосоматичним станом осіб із особливими потребами мають принципове значення під час проведення цілеспрямованого психологічного супроводу у контексті системного підходу шляхом розробки комплексної системи заходів психологічної реабілітації такого контингенту людей.

Таким чином, актуальність обраної проблеми, її недостатнє теоретичне обґрунтування та практична розробка зумовили вибір теми дослідження, його предмет та об'єкт, визначили мету та завдання наукового пошуку.

Об'єктом нашого дослідження виступили психосоматичні особливості осіб із особливими потребами, а **предметом** – хронопсихологічне прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану даної категорії осіб.

Гіпотеза дослідження: особливості психологічного та соматичного розвитку осіб із особливими потребами мають розглядатись у контексті системного підходу шляхом створення системної моделі функціонування та психологічного супроводу такої категорії населення.

Тому **метою дослідження** стала розробка наукової концепції та алгоритму хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами.

Основні завдання (етапи) дослідження:

1. Визначення психолого-часових індикаторів розвитку особистості з особливими потребами та особливостей перебігу психосоматичних порушень даної категорії осіб.

2. Виокремлення критеріїв діагностики особливостей прояву когнітивної та емоційної сфери, а також психосоматичного стану осіб із особливими потребами.

3. Розробка інструментарію для діагностики груп специфічних потреб дітей із особливими потребами та їх сімей в контексті системного підходу.

4. Побудова індивідуального хронотипу осіб із особливими потребами в онтогенетичній розгортці з метою прогнозування прояву психосоматичних порушень.

5. Розробка алгоритму хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами та його практична апробація на прикладі різних категорій осіб із особливими потребами.

6. Розробка системи корекційних заходів психологічної реабілітації даної категорії осіб та програми психопрофілактики психосоматичних порушень.

7. Створення алгоритму психологічного супроводу осіб особливими потребами з урахуванням психолого-часових індикаторів розвитку особистості, функціонування особистості як системи та її взаємодії з інституціями різних рівнів.

У своїй роботі ми виходити з таких **методологічних засад**: реляційна концепція часу (П.Фресс, Дж. Драйзер, Ю.Молчанов, Д.Елькін), визнана Міжнародним товариством вивчення часу, відповідно до якої людині притаманні власні часові властивості і щодо принципу об'єктивності – ці властивості виявляються у тривалості, що переживається реально; закон переживання часу (Б.Цуканов); концепція суб'єктивного теперішнього (О.Полунін); системний підхід у психології та психофізіології (П.Анохін,

Б.Ломов, С.Максименко, О.Кокун, В.Мерлін та ін.); теоретичні положення психологічної теорії діяльності (Б.Ананьєв, Г.Балл, О.Леонт'єв, С.Рубінштейн, С.Максименко, В.Семиченко, В.Щадриков, О.Кокун); теорія психологічного дослідження (Б.Ананьєв, А.Анастасі, Л.Бурлачук, В.Ганзен, В.Дружинін, Б.Ломов, С.Максименко та інші); психоаналітичні концепції особистості (З.Фройд, У.Кенон, А.Адлер, К.Юнг, В.Райх, Х.Кронц, Ф.Перлз, Е.Берн, О.Лоуен); концепція здоров'я, уявлення про специфіку діагнозу та корекцію психосоматичних розладів (Р.Баєвський, В.Казначєєв, С.Семичов); нейрогенні теорії патології (І.Сєченов, І.Павлов, В.Бехтерев, П.Анохін, К.Биков, Ю.Губачев, І.Курцин); теорія про кортико-вісцеральне походження розладів (К.Биков, І.Курцин); концепція особистісних особливостей (Ф.Данбар, Ф.Александр, С.Максименко, В.Симаненков, Ю.Губачев, О.Уголев, В.Дільман, Х.Фрайбергер).

Методи дослідження.

1. **Теоретичні:** аналіз наукової літератури за темою дослідження та узагальнення здобутої інформації, системний аналіз та інтерпретація отриманих даних, класифікація, структурно-функціональне моделювання.

2. **Емпіричні:** спостереження, бесіда, анкетування, аналіз продуктів діяльності, експериментальний метод, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, методика визначення психологічної характеристики темпераменту, шкала депресії Бека, опитувальник РСК (рівень суб'єктивного контролю) Дж.Роттера, методика діагностики показників і форм агресії А.Басса та А.Дарки, опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант ММРІ), авторські анкети, спрямовані на визначення специфічних потреб дитини та її сім'ї в контексті системного підходу.

3. **Метод хронометричної проби** із метою прогнозування психосимптоматики, перебігу та ефективності психологічного супроводу осіб із психосоматичними порушеннями.

Являє собою експериментальний метод психологічного дослідження *хронометрування* з використанням приладу – електронного хроноскопу, який

дозволяє фіксувати відтворення часу на слух з точністю до 0,001с. При цьому кожному обстежуваному пропонувалось відтворити тривалість, яка ним переживається та обмежена двома сигналами - „початок” та „кінець” у вигляді звуку, що виникає під час включення та зупинки хроноскопу. Обстежуваний відтворював проміжки, які задавалися на цьому хроноскопі. Індивідуальне значення „хронотипу” розраховувалося за формулою відповідно до кожного запропонованого інтервалу:

$$X_{\tau} = \frac{\sum t_s}{\sum t_o},$$

де t_o - тривалість, що задана експериментатором, а t_s - тривалість, яку відтворює обстежуваний. Відтворення кожного проміжку часу повторювалося п'ять разів, а потім підраховувалося середньостатистичне значення хронотипу кожного досліджуваного. Хронотип або власна одиниця часу індивіда (τ) є вродженою константою, що не змінюється протягом життя та визначає належність індивіда до певної типологічної групи у безперервному спектрі « τ -типів».

4. Методи математичної статистики: описова статистика, методи середніх величин, процентильна статистика, порівняння середніх значень за t- критерієм Стьюдента, кореляційний аналіз, метод експертної оцінки, визначення узгодженості думок експертів – розрахунок коефіцієнту конкордації (М. Кендала).

5. Методики дослідження:

Методика психологічного дослідження психосоматичного стану осіб із особливими потребами з позиції психології часу.

Визначення власної одиниці часу (τ) особи із особливими потребами методом хронометрування та оцінка розташування цієї вродженої константи у безперервному спектрі τ -типів (з урахуванням концепції хронопсихологічного прогнозування психосоматичного стану осіб, розробленої Савенковою І.І.) дає змогу спрогнозувати схильність до психосоматичного порушення осіб із особливими потребами. У разі наявності психосоматичного розладу, з

урахуванням циклоїдної моделі життя індивіда (Б.Й.Цуканов) та тривалості біологічного циклу, підрахувати можливе загострення цього розладу за формулою закону переживання часу: $C = 8,5 \tau$, де C - тривалість біологічного циклу життя індивіда.

Методика хронопсихологічної діагностики розвитку інтелекту дітей із затримкою психічного розвитку та розумовою відсталістю.

Визначення відхилень у точності відтворення часу особами із особливими потребами (σ) методом хронометрування. У дослідженні відносна похибка відтворення тривалості підраховувалася за формулою:

$$|\sigma| = \frac{\Delta t_s}{t_o} \cdot 100\%.$$

де $\Delta t = t_o - t_s$, t_o - тривалість, яка задавалася експериментатором, а t_s - тривалість, яку відтворює обстежуваний.

Характеристика вибірки. У дослідженнях, результати яких викладені у науковій роботі, взяли участь 136 дітей із особливими потребами віком від 6-7 до 12 років; 84 сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами (82 мами та 52 тата); 20 провідних фахівців: 12 психологів і 8 соціальних працівників (м. Миколаїв); 350 дорослих осіб із особливими потребами віком від 18 до 67 років.

Крім того, 52 дитини віком від 6 до 7 років експериментальної групи із дизонтогенезом розумового розвитку, а саме, 8 дівчаток та 8 хлопчиків із затримкою психічного розвитку та 36 - розумово відсталих дітей (17 дівчаток та 19 хлопчиків), а також 30 дітей віком від 6 до 7 років контрольної групи – типового розвитку. Вибір саме такого контингенту досліджуваних зумовлений необхідністю проведення психолого-педагогічної діагностики дітей цієї вікової категорії задля визначення типу навчальної програми, за якою мають навчатися діти із дизонтогенезом розумового розвитку.

Експериментальна база:

- 1) Державна реабілітаційна установа «Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Мрія» (м. Миколаїв);
- 2) Медичний центр «Одрекс», м.Одеса;
- 3) Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (м. Миколаїв);
- 4) Комунальний заклад «Миколаївський центр соціально-психологічної реабілітації дітей» Миколаївської обласної ради (м. Миколаїв).

Надійність та достовірність отриманих у дослідженні наукових результатів забезпечувалися теоретичним аналізом проблеми, відповідністю методологічному обґрунтуванню вихідних положень дослідження, відповідністю застосованих у дослідженні методів його завданням, кількісним та якісним аналізом отриманого емпіричного матеріалу, репрезентативністю досліджуваної вибірки.

Обробка отриманих емпіричних результатів здійснювалася на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS 17.0 for Windows.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що **вперше**:

1. В констатувальному експерименті ми підійшли до розгляду особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами комплексно, з урахуванням таких особистісних *характеристик*, як:

- *тілесний* – тип аномалії розвитку та психосоматичний стан;
- *пізнавальний* – тип суб'єктивного сприйняття часу, який визначає значення власної одиниці часу – жорсткої константи, що не змінюється протягом життя людини і характеризує якість ходу власного біологічного годинника – мозку людини;
- *емоційного*, оскільки емоції будують наше психічне та соматичне здоров'я;
- *когнітивного* (диференціація з позиції психології часу рівня інтелектуального розвитку різних категорій осіб із особливими потребами);
- *духовного* (матеріальним субстратом цієї складної багатовимірної системи виступає мозок людини).

2. В основу дослідження покладено експериментальне дослідження - метод хронометричної проби, який *вперше* дозволив розділити досліджуваних осіб з особливими потребами на п'ять категорій за темпераментальними характеристиками та схильністю до психосоматичних порушень.

3. *Вперше* розроблений алгоритм хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами, що враховує швидкість та якість ходу власного годинника індивіда (мозку людини), дозволив розробити комплексну програму психопрофілактики психосоматичних порушень із урахуванням диференціації часових характеристик у суб'єктів із особливими потребами, яка дасть можливість попередити загостренню психосоматичного порушення та запобігти його виникненню.

4. Розроблена методика хронопсихологічної діагностики розвитку інтелекту осіб із дизонтогенезом розумового розвитку *вперше* дозволила диференціювати форму дизонтогенезу – розумова відсталість чи затримка розумового розвитку. У випадку затримки психічного розвитку власна одиниця часу є стабільною константою, що не змінюється при відтворенні різних проміжків часу. При розумовій відсталості вона значно міняється, в залежності від глибини розумового дефекту.

5. *Вперше* виокремлено особливі потреби дитини в межах мікро-, мезо-, екзо- та макросистем; низку специфічних потреб сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами в межах системного підходу.

6. Розроблено алгоритм психодіагностики та психологічного супроводу осіб із особливими потребами в контексті психології часу та системного підходів.

До основних теоретичних здобутків дослідження можна віднести:

1) обґрунтування використання методології реляційної концепції часу з метою хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами;

2) розширення уявлення про психолого-часові індикатори прояву психосоматичних порушень у осіб із особливими потребами;

3) збагачення уявлень про індивідуальний хронотип осіб із особливими потребами;

4) розробка концепції хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами;

5) розширення уявлень щодо специфіки сфери потреб дитини з особливими потребами та її найближчого оточення.

Практичне значення роботи полягає у розробці та впровадженні в практику:

1) методології концепції хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами;

2) алгоритму хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами;

3) системи діагностики потреб дітей із особливими потребами в межах взаємодії з інституціями різних рівнів та потреб сімей, які виховують дітей із особливими потребами в контексті системного підходу;

4) розробки об'єктивного методу психолого-педагогічної діагностики рівня інтелекту шляхом диференціації часових характеристик у дітей із дизонтогенезом розумового розвитку.

5) авторського курсу системи корекційних заходів психологічної реабілітації осіб із особливими потребами;

6) авторського курсу комплексної психологічної профілактики соматичних порушень із врахуванням диференціації часових характеристик даної категорії населення.

Ця інформація створить можливості для значного посилення потенціалу діагностичної, психопрофілактичної та реабілітаційної психології та запобігання виникнення психосоматичних порушень у даної категорії осіб.

1. Алгоритм психодіагностики та психологічного супроводу осіб із особливими потребами в контексті психології часу та системного підходу

Результатом наукового пошуку та реалізованого дослідження з теми «Хронопсихологічне прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами» стало створення алгоритму психодіагностики та психологічного супроводу осіб із особливими потребами в контексті психології часу та системного підходу (рис 1.1.).

Перший блок алгоритму - це психодіагностика осіб із особливими потребами в межах двох підходів: хронопсихологічного та системного. З позиції психології часу (хронопсихологічного підходу) психодіагностика здійснювалась із урахуванням психолого-часових індикаторів розвитку особистості. Саме вимірювання власної одиниці часу та тривалості біологічного циклу життя індивіда з особливими потребами сприяло визначенню психосоматичного стану такої категорії осіб та уможливило подальше прогнозування загострення психосоматичного порушення. Для діагностики різних сфер функціонування особистості у дослідженні було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів, серед яких особливе місце належало методу хронометричної проби. У дослідженнях взяли участь особи із особливими потребами, які страждали на психосоматичні захворювання серцево-судинної системи: ішемічна хвороба серця (I20-25), артеріальна есенціальна гіпертензія (I10), аритмії (I49.1); органів дихання: бронхіальна астма (J45), трахеобронхит (J30); гастроентерологічні захворювання: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (K25-26), холецистити (K81), панкреатити (K85) та дискинезія жовчовивідних шляхів (K82.8); закрепи (K59); діарея (K59.1); нефроурологічні хвороби: гломерулонефрити (N00), пієлонефрити (N10). Вибір саме такого контингенту досліджуваних зумовлений вираженою негативною динамікою стану здоров'я таких безпосередніх груп осіб із особливими потребами.

У контексті системного підходу діагностика особистості здійснювалася з урахуванням її вимірів буття: тілесного, емоційного, когнітивного та духовного (розділ 2-3). Важливим було також вивчити процес взаємодії особистості з

особливими потребами з інституціями різних рівнів у межах мікросистеми, мезосистеми, екосистеми та макросистеми. Особлива увага в дослідженні приділялась потребам дитини, які можуть виникати та видозмінюватися залежно від соціальної системи. Крім того, особливі потреби дитини, які розгортаються в процесі її взаємодії з системами різних рівнів, спричинюють виникнення специфічних потреб сім'ї. З огляду на це, у дослідженні було розроблено анкети для вивчення потреб сім'ї, яка виховує дитину з особливостями розвитку (розділ 4).



Рис 1.1. Алгоритм психодіагностики та психологічного супроводу осіб із особливими потребами в контексті психології часу та системного підходу

Другий блок – це розробка алгоритму супроводу осіб із особливими потребами, який також було розроблено в контексті хронопсихологічного та системного підходів (частина 2 звіту).

Зміст етапів розробленого нами загального алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

I етап. Передбачав виокремлення психолого-часових індикаторів перебігу психосоматичних захворювань на основі визначення локалізації симптомів кардіологічних, пульмонологічних, гастроентерологічних, нефроурологічних та соматоформних розладів у певному хронотипі.

На **II етапі** здійснювалась побудова індивідуального хронотипу перебігу психосоматичних захворювань в онтогенетичній розгортці та підрахунок можливих періодів прояву загострення, реконвалесценції (виздоровлення) та ремісії (затухання) хвороби.

На цьому етапі враховувалось визначення тривалості біологічного циклу життя індивіда та періодів його спаду, а відповідно до фазової сингулярності - і планування комплексної медико - психологічної профілактики у *терміни бифуркації*, тобто у період найбільшої вірогідності загострення захворювання, що здійснювалось шляхом надання рекомендацій щодо термінів проведення профілактичних заходів.

На **III етапі** будувались моделі *«хронопсихологічного профілю особистості»* хворих на психосоматичні захворювання органів *серцево-судинної системи* (ішемічну хворобу серця та її клінічну форму – інфаркт, гіпертонічну хворобу, аритмію); *шлунково-кишкового тракту* (виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, гастрити, холецистити, панкреатити, дискинезії жовчовивідних шляхів, закрепи, емоційні діареї); *дихання* (бронхіти, бронхіальну астму); *сечостатевої системи* (пієлонефрити, гломерулонефрити, дизметаболичні нефропатії, цистити, хронічну ниркову недостатність, дисменорею).

На **IV етапі** розроблялись основні підходи щодо прогнозування перебігу психосоматичних захворювань та підвищення ефективності лікування шляхом диференціації часових характеристик у суб'єктів із соматичними порушеннями.

На **V етапі** проводилась розробка система психологоорганізаційних заходів психологопрофілактичної й прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням існування системи взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними

особливостями й часовими параметрами (часові характеристики, фактор часу, хронотип) на прикладі хронічних психосоматичних захворювань.

Із цією метою було використано системний підхід. На його основі побудовано модель проведення корекційної роботи, яка містила чотири блоки: теоретичний, методичний, організаційний і виконавчий.

Своєчасно проведена профілактика захворювання забезпечила ефективність профілактичних заходів, а відповідно попередила загострення хронічного процесу.

Вважаємо за необхідне підкреслити, що обрані нами клінічні та хронометричні методи, батареї психологічних методик і запропоновані анкети не претендують на всеосяжність та вичерпність. При їх підборі ми виходили з принципу оптимальної кількості найбільш, на нашу думку, інформативних показників. Головним завданням для нас було розробити й апробувати технологію проведення всіх етапів подібних досліджень, використовуючи яку інший дослідник міг би обрати саме ті дослідницькі методики та методи прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, що, з урахуванням конкретних умов і особливостей перебігу цих порушень, надали б можливість досягти найкращого результату у побудові «психологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні захворювання.

З боку системного підходу здійснення психологічного супроводу акцент було поставлено на підтримку та сімейної системи в цілому. У роботі враховувалася не лише особистість із особливими потребами (її соматичний, емоційно-вольовий та когнітивний виміри буття), але й її найближче соціальне оточення – сімейна система. Алгоритм психологічного супроводу сімей, які виховують дітей із особливими потребами, розроблено з урахуванням особливостей функціонування сім'ї як системи. Особливістю такого бачення психологічного супроводу є те, що в центрі уваги залишається вся сім'я і не відбувається зміщення акценту в бік батьківсько-дитячих взаємин. У процесі роботи з психологом залучається вся сімейна система в сукупності своїх підсистем - індивідуальної, подружньої, батьківської та сиблінгової

(С. Минухин). Для сімей, які мають дитину з особливими потребами це дещо незвичний спосіб взаємодії з психологом, оскільки зазвичай потреби та особливості взаємодії в подружній або сиблінговій підсистемі залишаються поза увагою сім'ї.

2. Дослідження розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами з позиції психології часу

2.1. Дослідження психологічних характеристик осіб із особливими потребами: психосоматичний підхід щодо прогнозування психосоматичного стану таких категорій осіб

Створення системної моделі функціонування та психологічного супроводу осіб із особливими потребами вимагає аналізу психологічних характеристик такої категорії населення. Необхідно акцентувати увагу на тому, що до недавніх часів проблема осіб із особливими потребами певною мірою стосувалася лише сім'ї такої людини. В останні роки у суспільстві розглядається поняття «особа з особливими потребами» як суспільний феномен (Y.Wendt, A.Hamm, C.Pane-Farre [12]). Моделі «особи з особливими потребами» не можуть повністю розв'язати особистісні проблеми таких людей (Kolman T. [13]). Потрібна психологічна модель «особи з особливими потребами», яка давала б глибокий аналіз впливу фізичних вад на виникнення психологічних проблем у різні вікові періоди розвитку особистості (Henningsen P., Zipfel S., Saffel H., Creed F. [14]) та особливостей їх психокорекції (Kuralova A. [15]). Таким чином, відповідно до запропонованої нами *моделі функціонування та психологічного супроводу особи з особливими потребами* як складної системи взаємозв'язку фізичного та психічного стану із різними рівнями буття особистості такої людини, необхідно розглядати у поєднанні тілесний (Parsons T. [16]), емоційний (Fova G., Cosci F., Somin O. [17]), когнітивний (Flammer A. [18]) та духовний (Fink P. [10]) компоненти із різними системами буття такої особливої особистості. За таких умов аналізу стає зрозумілим, що фізичні дефекти можуть значною мірою ускладнювати психологічний розвиток особи через обмежаність її участі у соціальному житті, спілкуванні, суспільно-корисній

діяльності (Hargreaves D. [19]). Відповідно у таких людей з дитинства зароджується почуття неспокою (Fizeshi O. [9]), невпевненості в собі (Desai G., Chaturvedi S. [3]), що призводить в кінцевому результаті до формування комплексу неповноцінності (Elkelboom E., Tak L.[20]), егоцентричних (Desai G., Chaturvedi S. [3]) і антисоціальних психологічних настанов (Savenkova I., Didukh M., Litvinenko I., Chuhueva I. [6]).

Теоретичний аналіз літератури вказує, що проблему впливу фізичних вад на розвиток особистості розглядав Л.С.Виготський (про формування вторинного дефекту в тому випадку, якщо соціальне оточення не компенсує психофізіологічного порушення розвитку, а, навпаки, детермінує його) (Виготський Л. [21]), а також сучасні дослідники вад розвитку особистості: Т.П.Вісковатова [22], Т.О.Власова [23], І.І.Савенкова [24], В.М.Синьов [25], Є.С.Слепович [26], Є.В.Соколова [27]. Згідно з дослідженням Л.І.Божович [28], тяжке хронічне соматичне захворювання суттєво змінює перш за все всю соціально-психологічну ситуацію розвитку людини. Воно змінює рівень її психічних можливостей здійснення діяльності, веде до обмеження кола контактів з оточуючими людьми, часто через об'єктивні чи суб'єктивні причини призводить до обмеження діяльності в цілому, тобто змінює об'єктивне місце, що займає людина в житті, тим самим його внутрішню позицію по відношенню до всіх обставин життя. Тому мета нашого дослідження полягала у з'ясуванні впливу фізичних вад осіб із особливими потребами на психологічний розвиток їх особистості.

В констатуючому експерименті ми підійшли до розгляду психологічної проблеми особистості особи з особливими потребами з урахуванням таких особистісних **характеристик, як: тілесний, пізнавальний, емоційного, когнітивного та духовного.**

Були використані *психодіагностичні методики*, спрямовані на визначення *схильності особистості до конфліктної поведінки* (Додаток А.1), *діагностика основних тенденцій поведінки в реальній групі* (Додаток А.2), *діагностики показників і форм агресії* (Додаток А.3), *самооцінки психічних станів, депресивного*

стану (Додаток А.4), проявів *особистісної та ситуативної тривожності* (Додаток А.5), оцінка *психосоматичного стану* особи з особливими потребами (Додаток А.6).

В основу дослідження покладено експериментальне дослідження - метод *хронометричної проби*, який дозволив розділити досліджуваних осіб з особливими потребами на п'ять категорій осіб за темпераментальними характеристиками:

холероїдна – значення власної одиниці часу дитини від 0,7с до 0,79с,
сангвіноїдна - значення власної одиниці часу дитини від 0,8с до 0,86с,
рівноважна - значення власної одиниці часу дитини від 0,86с до 0,94с,
меланхоїдна - значення власної одиниці часу дитини від 0,94с до 1,0с,
флегматоїдна - значення власної одиниці часу дитини від 1,0с до 1,1с.

Нами було експериментально виявлено такі домінуючі негативні особистісні утворення у осіб з обмеженими можливостями:

- підвищений рівень тривоги (тісно пов'язаний з атитюдом недовір'я);
- атитюд залежності;
- уникнення як типовий спосіб реагування на проблеми у взаємодії з іншими людьми;
- ригідність у поведінці;
- сором'язливість, пов'язана з неповноцінністю;
- образа (чому це сталося зі мною);
- почуття вини (неприйняття свого дефекту).

Дані результати дослідження дозволили розробити концепцію прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами з позиції психології час і побудувати подальший науковий пошук.

2.2. Концепція хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами

Хронотип індивіда виступає як центральний фактор у переживанні часу людиною, що пояснює періодичність прояву «переважаючих» захворювань у психосоматичних хворих. А саме, у індивідів із певним хронотипом, їх «переважаюча» хвороба проявляється із певною «С-періодичністю».

Розглядаючи питання щодо «переважаючих» хвороб, ми виходили з відомого положення, що у кожного індивіда в залежності від належності до тієї чи іншої типологічної групи, в його організмі існує «locus minoris resistentiae» (місце найменшого опору). Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш вразливим наприкінці тривалого великого біологічного циклу або його тривалих чвертей. Простеживши «С-періодичність» захворювань, стає можливим стверджувати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які стають критичними. Саме у цих точках має місце загострення психосоматичного захворювання. Логічно виникає запитання, чому саме у цих точках проявляються загострення «переважаючих» хвороб?

Пояснення початку «переважаючих» хвороб, виходячи із запропонованої Б.Цукановим циклоїдної моделі переживання часу [5], пов'язане із уявленнями про фазову сингулярність. Під *фазовою сингулярністю* розуміють злиття часових фаз різних циклів у окремі точки. Відповідно до циклоїдної моделі (Б.Цуканов [5]), фазова сингулярність (ФС) має місце у точках, де кінець попереднього великого циклу зливається з початком наступного циклу.

Використовуючи передаточне число у зворотному порядку, стає можливим показати, що у п'яти точках фазових сингулярностей великого циклу зливаються кінці та початки все менших та менших періодів «ковзаючих коліс» аж до дихальних циклів та циклів «дійсного справжнього». Як зрозуміло, у окремо взятій фазовій сингулярності велика кількість кінців та початків життєвих циклів індивіда стискаються за мить до неймовірно малих розмірів. У цьому полягає

головна *загроза фазової сингулярності*, так як за мить зміни кінців початками організм немовби гине та народжується знову.

Дійсно, у багатьох дослідженнях (Цуканов [5], І.Савенкова [1]) встановлено, що причиною раптової зупинки дихання, фібриляції серцевого м'язу, внаслідок яких людина гине, є фазова сингулярність. Статистика стенокардії та інфарктів (Д.Елькін [2], Б.Цуканов [5]) переконує, що початок хвороби співпадає з фазовою сингулярністю у межах тривалого великого біологічного циклу індивіда.

Фазовою сингулярністю стає можливим пояснити вікові поворотні пункти, в яких мають місце «психологічні злами особистості». У цілому, модель «хронопсихологічного профілю особистості з особливими потребами» дозволяє виокремити важливу роль фазових сингулярностей у періодичності прояву психосоматичних захворювань та своєчасності їх прогнозування.

«Хронотип» індивіда виступає як *центральний фактор*, на якому стало можливим сконструювати концепцію, що об'єднала соматичне і психічне, здорове і хворе; концепцію прогнозування особливостей розвитку та перебігу психосоматичних захворювань осіб із особливими потребами.

Механізм виявлення часу гострого розвитку порушень соматичної сфери на основі індивідуально-типологічних особливостей суб'єкта визначив подальші діагностичні, реабілітаційні, профілактичні й прогностичні заходи.

Відповідно до концепції, *хронотип* можна розглядати як індивідуальну здатність відтворювати проміжки часу, показник диференціації індивідуальних психологічних властивостей людини, який здатний переконати, що ознаки соматичних розладів узгоджені з ним й, відповідно, можуть бути досить прогнозовані й визначені з урахуванням типологічних груп, а також залежні від індивідуального психотипу особи із особливими потребами.

Таким чином, урахування визначених у концепції індивідуальних особливостей відношення до часу осіб із особливими потребами має надзвичайно важливе значення для розв'язання проблеми хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань та особливостей розвитку

даної категорії людей. Такі передумови, з одного боку, надають можливість представити як єдину систему все різноманіття «зовнішніх» та «внутрішніх» факторів, що впливають на перебіг психосоматичного розладу, а з іншого, – дають змогу точніше визначити заходи щодо хронопсихологічного прогнозування особливостей розвитку та психосоматичного стану осіб із особливими потребами при вирішенні завдань реабілітації даної категорії населення.

2.3. Хронопсихологічне прогнозування психосоматичного стану осіб із особливими потребами

Досліджуючи взаємозв'язок між тілесним та емоційним компонентами в запропонованій нами моделі особистості особи з особливими потребами, а також вплив зовнішніх систем на адаптацію такої особи до соціуму, виявлено, що у таких осіб виражена неадекватна самооцінка (частіше *занижена*) (82% респондентів). Для випадку осіб із заниженою самооцінкою є характерною стратегія поведінки «уникнення боротьби». Це пояснюється специфікою формування їх Я-концепції, а саме, у них є високий рівень бажання спілкуватись, більша чи менша залежність від людей, але внаслідок негативного досвіду в минулому формується неприйняття себе зі своїм дефектом, знецінення свого внутрішнього світу і неприйняття інших через тривогу. Переважна тенденція до *заниженої самооцінки* спостерігалась у осіб із значенням власної одиниці часу від 0,94с до 1,1с (*меланхоїдна та флегматоїдна групи* індивідів у безперервному спектрі «т-типів»).

Виокремлюючи базові емоційні компоненти особистості особи з особливими потребами, ми, безумовно, досліджували *кореляцію* їх між собою. Результати дослідження переконують, що образа, яка може проявлятися у заздрості і ненависті до оточуючих, позитивно корелює з тривогою та фрустрацією базових потреб, які тільки частково задовольняються (потреба у безпеці, стабільності, абсолютній любові). Окрім того, відмічається позитивна кореляція образи та залежності (внаслідок залежності від іншої людини

збільшується тривога, яка знижується за рахунок формування стійкої образи на оточуючих). Аутоагресія породжується образою та неприйняття своєї особливості (внаслідок неприйняття її оточуючими).

Внаслідок дезадаптованості і високої залежності від інших особи з особливими потребами часто схильні шукати шляхи вирішення конфлікту на поведінковому рівні за рахунок пристосування до суперника, ригідних форм поведінки, які блокують можливість реалізації свого потенціалу.

У осіб без особливих потреб відмічається *позитивна кореляція фрустрації з агресією і ситуативною тривожністю та негативна кореляція фрустрації з уникненням боротьби*. Водночас, у осіб з обмеженими можливостями *фрустрація позитивно корелює з ригідністю, залежністю, униканням, образою та аутоагресією*.

Наслідком психологічних особливостей осіб з обмеженими можливостями є соматичні порушення, які призводять до *психосоматичних змін* такої особи. Але ми підійшли до розгляду цього питання з урахуванням локалізації індивіда у типологічному спектрі «т-типів», тобто *значенням власної одиниці часу дитини з особливими потребами*. Цей підхід чітко розкриває правомірність запропонованої нами моделі функціонування «особи з особливими потребами», де спостерігається взаємозв'язок тілесного, емоційного та духовного (мозок людини) компоненту у структурі такої особистості.

Результати дослідження ситуативної тривожності осіб із особливими потребами підлягли кореляційному аналізу (див. табл.1.1), за допомогою якого підраховувалось кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву ситуативної тривожності як у прямому, так і у зворотному порядку. Зв'язок виявився досить високим в інтервалі: $0,8 \leq X_T < 0,86$, а саме:

- 1) $\eta_{X_T, T_c} = 0,98$;
- 2) $\eta_{T_c, X_T} = 0,99$.

Таблиця 1.1

Рівень ситуативної тривожності у спектрі «хронотипу»

«хронотип» (в сек)	Рівень тривожності Tc (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (185 = 100 %)		η X _T , T _c	η T _c , X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	31-35	35	19	0,76	0,65
$0,8 \leq X_T < 0,86$	45-47	40	22	0,98	0,99
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	28-30	38	21	0,34	0,28
$0,94 < X_T \leq 1,0$	32-36	37	19	0,77	0,68
$1,0 < X_T \leq 1,1$	26-30	35	19	0,28	0,19

η X_T, T_c – кореляційне відношення між хронотипу та рівнем прояву ситуативної тривожності;

η T_c, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву ситуативної тривожності та значенням хронотипу індивіда

Існування високого зв'язку можна пояснити тим, що домінуючим проявом поведінки індивідів із значенням хронотипу в інтервалі:

$0,8 \leq X_T < 0,86$ є високий рівень ситуативної тривожності.

За допомогою досліджень ми переконались, що «місцем найменшого опору» індивідів, хронотип яких знаходиться у діапазоні: $0,8 \leq X_T < 0,86$, є такі хвороби серця, як *ішемічна хвороба з інфарктом міокарда та артеріальна есенціальна гіпертензія, а також прояви функціональних розладів ритму з тахікардією.*

Дані досліджень переконують, що базовим емоційним забарвленням поведінки таких хворих є *ситуативна тривожність*, яка може виступити пусковим механізмом у патогенезі даних психосоматичних захворювань.

Таким чином, психокорекційна програма, розроблена для таких пацієнтів, має бути спрямована насамперед на зниження рівня ситуативної тривожності, саме в період входження хворим в фазову сингулярність.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем особистісної тривожності показує, що зв'язок виявився досить високим в інтервалі: $0,94 < X_T \leq 1,0$ (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Рівень особистісної тривожності у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Рівень тривожності T_0 (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (185 = 100 %)		η_{X_T, T_0}	η_{T_0, X_T}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	31-34	35	19	0,76	0,65
$0,8 \leq X_T < 0,86$	27-29	40	22	0,29	0,21
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	33-37	38	21	0,69	0,73
$0,94 < X_T \leq 1,0$	45-48	37	19	0,97	0,98
$1,0 < X_T \leq 1,1$	25-29	35	19	0,28	0,19

η_{X_T, T_0} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву особистісної тривожності;

η_{T_0, X_T} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву особистісної тривожності та значенням хронотипу індивіда

За допомогою останніх досліджень можна стверджувати, що високою особистісною тривожністю характеризуються індивіди, хронотип яких знаходиться у діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$. Саме ці хворі «надають перевагу» таким захворюванням серця як *ішемічна хвороба серця зі стенокардією та функціональні розлади ритму з брадикардією*. Тому фактор емоційного забарвлення психосоматичного захворювання таких пацієнтів є рушійним важелем у створенні програми ефективною первинної та вторинної психопрофілактики цих захворювань з урахування періоду спаду великого біологічного циклу життя індивіда.

Таким чином, результати досліджень дають можливість прослідкувати диференціацію проявів тривожності з урахуванням нозологічних форм психосоматичних захворювань у типологічній групі спектру «хронотипу».

Дослідження, метою яких було прослідкувати локалізацію рівня та форми прояву агресії у спектрі «хронотипів» осіб із особливими потребами, враховували використання: методу хронометричної проби та методики діагностики показників і форм агресії А.Басса та А.Дарки. Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем *агресії* (табл. 1.3) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалі: $0,7 \leq X_T < 0,8$.

Таблиця 1.3

Розподіл показників агресії у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник агресії Аф (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		r _{X_T, Аф}	r _{Аф, X_T}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	88-110	40	32	0,96	0,97
$0,8 \leq X_T < 0,86$	66-77	20	16	0,68	0,71
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	44-55	23	18	0,49	0,53
$0,94 < X_T \leq 1,0$	11-22	12	10	0,17	0,28
$1,0 < X_T \leq 1,1$	22-23	30	24	0,38	0,49

r_{X_T, Аф} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем прояву фізичної агресії;

r_{Аф, X_T} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву фізичної агресії та значенням хронотипу індивіда

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *почуттям провини* (табл. 1.4) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *проявом аутоагресії* показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Таблиця 1.4

Розподіл показників почуття провини у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник провини Пр (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		r _{Xт, Пр}	r _{Пр, Xт}
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_t < 0,8$	0-11	11	9	0,16	0,17
$0,8 \leq X_t < 0,86$	0-11	9	7	0,17	0,19
$0,86 \leq X_t \leq 0,94$	44-55	27	22	0,51	0,54
$0,94 < X_t \leq 1,0$	88-99	40	32	0,98	0,99
$1,0 < X_t \leq 1,1$	66-77	38	30	0,95	0,96

r_{Xт, Пр} – кореляційне відношення між значенням хронотипу та почуттям провини;
r_{Пр, Xт} – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву почуття провини та значенням хронотипу індивіда

Експериментально-психологічні дослідження виявили в поведінковій сфері осіб із особливими потребами залежність (підпорядкування, що здійснює гальмівний вплив на формування власних особистісних установок), уникнення різних форм боротьби, що вказує на намагання відійти від взаємодії, зберегти нейтралітет в суперечках, схильність до компромісу навіть на шкоду своїм власним інтересам.

Тобто *залежність* як базова установка породжує певні тенденції до зниження активності та безініціативності, низький рівень до самореалізації. Уникнення як типова форма реагування на утруднення в спілкуванні пов'язане з пригніченням та депресивними тенденціями. Така особистість зосереджена на своїх внутрішніх переживаннях і утримується від агресивних дій через тривогу та страх санкцій, уникає боротьби як активної позиції в житті. Результати проведеного нами хронометрування таких осіб доводять, що до *депресивного стану* найбільш схильна група осіб із значенням власної одиниці часу від 1,0с до 1,1с, тобто *флегматоїдна група* осіб у безперервному спектрі «т-типів» (Savenkova I. [1]).

На базі терапевтичного кабінету клініки «Одрекс» (м.Одеса) обстежено 350 пацієнтів з особливими потребами: 186 (58,1%) жінок і 164 (46,9%) чоловіків. Відбір пацієнтів здійснювався з урахуванням їх діагнозу – нозологічної форми психосоматичного захворювання. Вік хворих коливався від 18 до 67 років, середній вік респондентів становив $51,6 \pm 17,2$ років. Всі пацієнти звернулися у поліклініку до дільничного терапевта з власної ініціативи. Звернення з приводу загострення хронічних захворювань становили 287 (82,0%) випадків і з приводу гострих станів – 63 (18,0%) випадків. 189 (54,0%) пацієнтів були у пенсійному віці, 161 (46,0%) – у працездатному віці. При цьому 133 (38,0%) респондентів пенсійного віку продовжували працювати, 56 (16,0%) пацієнтів, які не досягли пенсійного віку, протягом різних проміжків часу не мали роботи і перебували на утриманні своїх сімей. З різних причин 4 (1,7%) пацієнта мали I, 14 (4,0%) – II і 21 (6,0%) – III групу інвалідності. За тривалістю захворювання пацієнти розподілилися наступним чином: до 6 місяців – 82 (23,4%), від 7 до 12 місяців – 6 (1,7%), від 1 до 2 років 17 (3,8%), 3 та більше років – 245 (70,0%). Всі пацієнти, що звернулися до поліклініки, були обстежені клінічно з застосуванням необхідних лабораторних та інструментальних методів в залежності від їхнього основного захворювання.

Для верифікації соматичної патології результати об'єктивного загальноклінічного обстеження і документально підтверджені анамнестичні відомості обговорювались з лікарями соматичного профілю.

В процесі вивчення структури соматичної патології респондентів були отримані наступні дані: 5 (1,4%) – жовчнокам'яна хвороба, 16 (4,6%) – холецистит, 11 (3,1%) – хронічна недостатність кровообігу, 40 (11,4%) – хронічна ішемічна хвороба серця, 9 (2,6%) – хронічний коліт, 7 (2,0%) – цукровий діабет, 32 (9,1%) – функціональні розлади ритму серця з брадикардіями, 65 (18,6%) – інфаркт міокарда в анамнезі, 18 (5,1%) – артеріальна есенціальна гіпертензія, 7 (2,0%) – залишкові явища після порушення мозкового кровообігу, 73 (20,9%) – транзиторні ішемічні порушення мозкового кровообігу, 6 (1,7%) – хронічний гастрит, 17 (4,9%) – хронічний бронхіт, 11 (3,1%) – бронхіальна астма, 24 (6,9%) –

гіпертонічна хвороба, 9 (2,6%) – залишкові явища після ОРВІ.

Психологічне обстеження, використання дослідницьких критеріїв МКХ-10, шкали Гамільтона, а також опитувальника Бека (Додаток А.4) дозволило виявити депресивні розлади у 265 (75,7%) хворих. Відповідно у 85 пацієнтів (24,3%) не було виявлено достатньої кількості ознак, необхідних для діагностування депресивних розладів. Ці особи розглядались в дослідженні як контрольна група по відношенню до респондентів з депресіями. Статистична обробка отриманих даних містила в собі визначення середнього арифметичного відхилення та застосування, при наявності, кореляційних відношень між значенням хронотипу індивіда та рівнем прояву депресивних станів (табл. 1.5).

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *рівнем прояву депресивного стану* (табл. 1.5) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах:

$0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Таблиця 1.5

Розподіл показників рівня депресивного стану у спектрі «хронотипу»

«хронотип»	Показник депресії Де (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		η X _T , Де	η Де, X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	7	16	4,6	0,16	0,17
$0,8 \leq X_T < 0,86$	8	6	1,7	0,17	0,19
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	12	21	6	0,51	0,54
$0,94 < X_T \leq 1,0$	28	265	75,7	0,98	0,99
$1,0 < X_T \leq 1,1$	18	42	12	0,95	0,96

η X_T, Де – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем депресивного стану;
η Де, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву депресивного стану та значенням хронотипу індивіда

При аналізі груп хворих за формами соматичної патології було виявлено, що у пацієнтів з депресією достовірно частіше спостерігались гіпертонічна хвороба,

атеросклеротична енцефалопатія, хронічна ішемічна хвороба серця з інсультами, транзиторні ішемічні порушення кровообігу, функціональні розлади ритму серця з брадикардіями ($p < 0,05$). Основні прояви, які дозволили віднести стан до депресивного, стосувались настрою, ідеаторної, моторної і соматичної сфер пацієнтів. У 20 випадках (23,5% від кількості осіб з депресіями) переважно в межах депресії легкого ступеню спостерігалась невиразність симптоматики, її поліморфізм та надзвичайна мінливість.

У 23 (27,1%) пацієнтів спостерігалось пароксизмальне почуття туги. Воно виникало раптово, без видимої причини і нерідко супроводжувалось суїцидальними думками. У 17 досліджених були зареєстровані афективні порушення. Ці пацієнти відзначали почуття суму, спустошеності, байдужості, зниження інтересів та потягів. Вони відчували невпевненість у собі, були невдоволені будь-якими власними діями та вчинками. У пацієнтів спостерігалось поступове зростання невпевненості в собі, негативне ставлення до власних вчинків, невдоволеність своїм станом. При цьому на тлі постійно заниженого настрою спостерігалась надзвичайна емоційна хиткість з переважною спрямованістю модуля афективних реакцій у бік поглиблення гіпотимії. Хворі як правило заперечували наявність заниженого настрою, однак, доволі часто відзначали афективну напруженість та висували численні скарги, що за суттю відповідали депресивному настрою. Більшість пацієнтів (71, 86%) користувались при цьому іншими (не характерними для депресії) лексичними формами.

Виділено наступні варіанти депресивних розладів.

Іпохондричний варіант. Депресивна симптоматика була тісно пов'язана з переживаннями соматичного дискомфорту і оцінювалась хворими як природна реакція на наявне, хоч і поки що не розпізнане соматичне захворювання. При виражених, стійких вісцеро-вегетативних порушеннях, які спостерігались у 17 (20,3%) випадках, пацієнти повністю пов'язували власний стан з проявами основного захворювання, вважаючи такий фон настрою необхідним його компонентом. В 8 випадках було зафіксовано ритмічні погіршення у соматичній сфері, що за періодичністю нагадували добові коливання настрою.

Астенічний варіант. Депресивну симптоматику представлено головним чином адинамічними, анергічними проявами зі скаргами на слабкість, втомлюваність, “знесилення”, відсутність інтересу до всіх аспектів життя, окрім хвороби.

Дисфоричний варіант. На перший план виступала дратівливість, гнівливість, підозрілість пацієнтів. В амбулаторній практиці цей варіант спостерігався досить часто. Таких пацієнтів можна чути вже в коридорі за межами кабінету, оскільки з їх появою виникають галас та сварки. В кабінеті вони також сварливі, дратівливі, гнівливі, під час бесіди тримаються насторожено, а нерідко й агресивно, негативно ставляться до висновків лікаря і до призначеного лікування. В процесі тривалої бесіди вдавалось «пом’якшити» напруженість пацієнта, однак психотерапевтичний ефект в таких випадках був вельми нестабільним.

У таблиці 1.6 представлено перелік виявлених нами у терапевтичних пацієнтів симптомів депресивних станів та частоти, з якими вони зустрічались.

Таблиця 1.6

Основні симптоми афективних розладів у групі осіб із особливими потребами

(N=85)

Симптоми депресивних розладів	п	%
виражена втрата інтересу до діяльності, яка раніше завжди була приємною для цієї особи, або нездатність відчувати від неї задоволення	78	95,5
відсутність реакції на подію або дію, які в нормі викликають активний відгук	79	96,3
пробудження зранку на дві та більше години раніше звичайного часу	47	57,3
підсилення пригніченого настрою в ранішні години	51	62,1
об’єктивні ознаки вираженої психомоторної загальмованості або ажитації (відзначені та описані іншими особами)	26	31,7
помітне зниження апетиту	48	58,5
втрата маси тіла (5% або більше у порівнянні з показником, зареєстрованим у минулому місяці)	27	32,9
явна втрата лібідо	56	68,2
зниження життєвої енергії, активності	29	35,3
безсоння	27	32,9

Продовження таблиці 2.6

втрата впевненості у собі, почуття неповноцінності	25	30,4
сльозливість	4	4,8
утруднення концентрування уваги	31	37,8
соціальна відгородженість	11	13,4
почуття безнадійності, відчаю	13	15,8
зниження говірливості	8	9,7
песимістичні погляди на майбутнє або похмурі роздуми про минуле	23	28,0

За ступенем прояву депресії згідно з МКХ-10 пацієнти розподілились наступним чином: легка – 60 (71%) хворих; поміркована – 19 (22%) пацієнтів; тяжка – 6 (7%) хворих. Для об'єктивізації ступеня тяжкості депресивних розладів та їх кількісного аналізу використовувалась шкала Гамільтона для оцінки депресій (HDRS-21). Сумарне значення в 7–16 балів за шкалою розцінювалось як малий депресивний епізод, вище за 16 балів – як великий депресивний епізод.

При застосуванні даного діагностичного інструменту задля уникнення гіпердіагностики депресивного розладу або переоцінки ступеня її тяжкості соматичним пунктам (наприклад, відсутність апетиту, втомлюваність) надавалось меншого значення, ніж таким пунктам як суїцидальні думки, почуття вини, відчуття себе невдахою. Результати тестування завжди порівнювались з даними, отриманими в процесі патопсихологічного обстеження.

Встановлено наступну нозологічну структуру депресій: 44,6% (38) – реактивні (переважно нозогенні) депресії, 35,3% (30) – дистимії, 2,4% (2) – ендогенні, 7,0% (6) – органічні, 7,0% (6) – соматогенні, 3,5% (3) – ятрогенні депресії. До останньої категорії було віднесено пацієнтів з депресивною симптоматикою, яка виникла у зв'язку з вживанням депресогенних препаратів і нівелювалась після їх заміни.

Було виявлено, що нозогенні депресії частіше зустрічаються при *тяжких соматичних захворюваннях*, дистимії частіше сполучені з *затяжними хронічними захворюваннями*, циклотимії – при *гастроентерологічній патології*, а судинні –

при захворюваннях *серцево-судинної системи*.

Депресивні стани часто перебували під виглядом соматичної патології. Серед психопатологічних масок було виявлено тривожно-фобічні, obsесивно-компульсивні, іпохондричні, неврастенічні розлади. Безсоння і гіперсомнія розглядались як маски порушення біологічних ритмів.

Розповсюдженими були соматичні «маски» у вигляді синдрому вегето-судинної дистонії, запаморочення, функціональних порушень внутрішніх органів, нейродерміту, шкіряного свербіння, анорексії, булімії, імпотенції, порушень менструального циклу.

Серед «масок» у формі *алгій* спостерігались кардіалгії, абдоміналгії, фіброміалгії, невралгії, спонділоалгії, псевдоревматичні артралгії. Патохарактерологічні маски виявлялись через розлади потягів, антисоціальну поведінку, істеричні реакції.

Наявність «масок» було виявлено в 69 (81,2%) випадках. У 8 (9,4%) випадках було констатовано наявність психопатологічних масок, в 3 (3,5%) випадках вони спостерігались у формі порушень біологічного ритму, в 30 (35,3%) випадках – в формі вегето-судинних кризів, в 22 (25,9%) – в формі алгій і в 6 (7,0%) випадках – в формі патохарактерологічних зсувів.

Вказані «маски» мали різний розподіл серед виділених форм депресивних станів: психопатологічні маски частіше зустрічались при циклотимії, рідше – при дистимічних розладах і реактивних депресіях.

Порушення біоритмів сну з однаковою частотою зустрічалося у пацієнтів з реактивною, органічною і ятрогенною депресією. Вегетосоматичні маски були переважно притаманні дистиміям і реактивним депресіям, з однаковою частотою спостерігались при органічних депресіях і циклотимії, і лише один раз – при ятрогенії.

Алгічні «маски» були пріоритетні для реактивних станів, дещо менше – для дистимій і з однаковою частотою зустрічались при органічних і соматогенних депресіях. Патохарактерологічні маски переважали при дистиміях, рідше спостерілись при реактивних депресіях і в одиничному випадку – при циклотимії.

Достовірної різниці між кількісними показниками розповсюдження різних масок при окремих видах соматичної патології виявлено не було, однак простежувались певні тенденції. Так, всі основні форми масок зустрічались дещо частіше при захворюваннях органів серцево-судинної системи. Алгії приблизно однаково часто спостерігались при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, центральної нервової і серцево-судинної систем. «Психопатологічні маски» депресії дещо частіше були сполучені із захворюваннями органів травлення.

Таким чином, система допомоги пацієнтам з особливими потребами з депресивними розладами повинна будуватись на принципах комплексного підходу, що інтегрує різні області медичних і соціально-психологічних знань і практик. На нашу думку, з метою оптимізації надання психолого-профілактичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в умовах первинної ланки психологічної практики необхідне впровадження низки організаційних заходів, а саме:

1) підвищення освітнього рівня практичних психологів за допомогою спеціально розроблених навчальних програм щодо психологічного супроводу осіб із особливими потребами з афективною патологією;

2) інтеграція психологічної допомоги з соматичною патологією за принципом «на себе» (спільна робота психолога і лікаря-терапевта в умовах кабінету дільничного терапевта);

3) формулювання діагнозу таким чином, щоб на перший план було висунуто психосоматотип, а афективна патологія була представлена як наслідок особливостей психосоматотипу;

5) здійснення просвітницької роботи серед осіб із особливими потребами з інформуванням про характер афективних розладів і необхідність своєчасної спеціалізованої психологічної допомоги, а також про її етичні принципи.

Таким чином, обстеження індивідів, які страждають на різні за нозологічними формами хронічні психосоматичні захворювання, дало можливість спрогнозувати розподіл психологічних симптомів цих хвороб у типологічних групах спектру «хронотипів» та побудувати «психологічний профіль особистості»

таких категорій осіб. Це надасть можливість виокремити основні психологічні діагностичні критерії прояву кожної окремої патології та з їх урахуванням розробити відповідні психологічні реабілітаційні заходи щодо попередження загострення психосоматичного процесу у людини з обмеженими можливостями.

2.4. Дослідження індивідуального хронотипу перебігу психосоматичних захворювань осіб із особливими потребами в онтогенетичній розгортці

Відповідно до даних наукової літератури [2; 4], тип суб'єктивного сприйняття часу або часова спрямованість є одним із об'єктивних показників динамічних властивостей психіки індивіда, що відображає послідовний процес змін, які відбуваються з людиною протягом її життя. Отже, зміни, що відбуваються в організмі індивіда, як психічні, так і соматичні, тісно пов'язані з часовим аспектом.

Б.Цуканов наголошував, що життя індивіда від народження до смерті може бути розбито на ряд періодів [5]. Виділені багатодобові, багатомісячні та багатолітні цикли [1; 4; 5]. Вчений виокремив у житті людини поворотні пункти, тобто певний вік, в якому відбуваються «психологічні переломи» та назвав їх вузловими точками. Таким чином, дискретний відлік індивідуального часу призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів життя людини проходить нерівномірно, тобто протягом життя чітко виділяються періоди, у середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх можливостей. Такі періоди отримали назву *великого біологічного циклу*. Сьогодні ми з упевненістю говоримо про те, що в масштабі С-періодів відбувається віковий розвиток психіки, коливання успішності діяльності, загострення хронічних неінфекційних захворювань, а також психосоматичні кризи особистості [1].

Відсутність в науковій літературі трактувань таких понять, як *«психосоматичний фактор часу особи із особливими потребами»*, *«психосоматична С-метрика особи із особливими потребами»*, пов'язаних із

хронопсихологічним прогнозуванням перебігу психосоматичних захворювань, вимагала їхнього уточнення.

Ми звернулись до розгляду цієї проблеми з врахуванням тривалості С-періоду [5, с.134-166]. А саме, співвідношення тривалості періодів біфуркації та періодичності загострення психосоматичного захворювання. У зв'язку з цим ми спробували шляхом аналізу наукових джерел порівняти періодизацію онтогенетичного розвитку людини та періоди загострення психосоматичних захворювань.

В дослідженнях Б. Цуканова [5, с.151] виявлено, що у індивідів із гіпертонічною тенденцією через періоди $T_{n=3}$ спостерігається різкий стрибок артеріального тиску. На думку вченого, різкий перепад артеріального тиску, що співпадає з періодом $T_{n=3}$, можна розглядати як своєрідну позначку моменту „кінець-початок” багатодобового циклу у часі, що переживається суб'єктом.

Для „середньогрупового суб'єкта:

$T_{n=5} = 1,92$ роки = 2 роки, тобто отриманий дворічний цикл, який виділили Хельбрюгге, J. Birren.

При $n = 6$ $T_{n=6} = 8,51\tau$ (років).

Цей період був названий Б.Цукановим [5, с.153] великим біологічним циклом.

Ми поставили завдання: дослідити прояв „С-метрики” на прикладі серцево-судинних розладів осіб із особливими потребами у різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції та ремісії).

За законом переживання власного часу суб'єктом [5, с.153], великий біологічний цикл індивіда визначається за формулою:

$$C = 8,5X\tau \text{ (років)}$$

де $X\tau$ – індивідуальний хронотип. Ця одиниця виконує роль „кроку”, яким вимірюється плин часу життя кожного індивіда з моменту народження.

Експериментальна вибірка склала 304 хворих осіб із особливими потребами віком від 17 до 60 років, які страждають на кардіологічні розлади. Із них: 140 хворих на ішемічну хворобу серця зі стенокардією та інфарктом міокарда; 64 – на артеріальну есенціальну гіпертензію та 100 – на функціональні аритмії.

Дані результатів дослідження хворих на ішемічну хворобу серця, у яких хронотип знаходився у діапазонах: $0,8 \leq X_T \leq 0,82$ та $0,95 \leq X_T \leq 1,0$, підлягли статистичній обробці вікових даних. Для кожної групи розраховувався середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання у значенні великого біологічного циклу та переведений у роки. Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених хворих на ішемічну хворобу серця у період загострення захворювання зведені у таблицю 1.7.

Таблиця 1.7

**Розрахунковий та статистичний вік початку загострення
ішемічної хвороби серця**

Група	„хронотип”	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих	σ	t
			5С	6С	7С			
Чоловіки (180інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	5С	6С	7С	34,1-41-47,9	1,3	0,001
			34,5	41,4	48,3			
Жінки (192інд.)	$0,8 \leq X_T \leq 0,82$	6,9	5С	6½С	7¾С	34-44-54	1,1	
			34,5	44,8	53,5			
Чоловіки (203інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	7С	7¾С	8½С	49-54-59	1,6	
			49	54,3	59,6			
Жінки (174інд.)	$0,83 \leq X_T \leq 0,85$	7,0	7С	8С	9¼С	49-56-64	1,3	
			49	56	64,7			
Чоловіки (154інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	4¾С	6С	7¼С	39-49-59	1,2	
			38,9	49,2	59,4			
Жінки (337інд.)	$0,95 \leq X_T \leq 1,0$	8,2	6С	6½С	7С	51-55-59	1,1	
			51	55,2	59,5			

Отримані дані свідчать, що вірогідно відрізняються періоди загострення хвороби у чоловіків та жінок даного «хронотипу». Так середній вік прояву *ішемічної хвороби серця* (гіпертонічний криз, стенокардія, інфаркт міокарда) у

чоловіків, які знаходяться у межах $0,8 \leq X_T \leq 0,82$, дорівнює $41 \pm 6,9$ року. У чоловіків, які потрапляють у межі $0,83 \leq X_T \leq 0,85$, середній вік дорівнює 54 ± 5 років.

Середній вік початку захворювання у жінок, які знаходяться у межах $0,8 \leq X_T \leq 0,83$, дорівнює 44 ± 10 років. А у жінок, хронотип яких знаходиться у межах $0,83 \leq X_T \leq 0,85$, дорівнює 56 ± 7 років.

У чоловіків із хронотипом у межах $0,95 \leq X_T \leq 1,0$ вік початку захворювань складає 49 ± 10 років, а у жінок цієї групи - 55 ± 4 роки.

Розрахунковий та статистичний вік зведений у таблиці 1.7. Порівняння розрахункового та статистичного віку показує, що в «середньогрупових хворих» порушення серця починаються у віці, який визначається через ціле або дробове число С-періодів, а початок хвороб співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті.

Результати проведеного нами обстеження переконують, що у різних індивідів їх домінантна хвороба проявляється з певною „С-періодичністю”. Для більшості обстежених осіб із особливими потребами на психосоматичні захворювання загальним є те, що клінічні прояви хвороби не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів та й з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю $\frac{1}{4}C$, $\frac{1}{2}C$, $\frac{1}{16}C$, $\frac{3}{4}C$ в залежності від належності до типологічної групи. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.

2.5. Хронопсихологічне прогнозування дизонтогенезу розумового розвитку

І, нарешті, *когнітивний компонент* у структурі моделі функціонування особи з особливими потребами досліджувався у поєднанні з духовним, тобто з урахуванням особливості роботи мозку особи як матеріального субстрату психічного. Індикатором роботи ЦНС виступає якість ходу власного годинника індивіда, тобто мозку людини з особливими потребами. *Методом хронометрування* визначалась точність відтворення проміжків часу на слух

досліджуваними та порівнювалась із рівнем інтелектуального розвитку таких категорій осіб.

Дослідження враховувало вивчення особливостей дизонтогенезу розумового розвитку саме дітей із *затримкою психічного розвитку* та *розумовою відсталістю*.

Загалом *дизонтогенез розумового розвитку* - досить складна й одночасно недостатньо розкрита на сьогодні проблема розвитку дитини з особливими потребами. Водночас, це одна з найактуальніших проблем сучасної вікової та спеціальної психології, оскільки визначення виду дизонтогенезу за різних розумових розладів є необхідним для спеціального психолога, педагога та логопеда, насамперед, з метою розуміння механізмів формування пізнавальних, емоційних і мовленнєвих розладів та їх місця у структурі дефекту. Об'єктивних методів психолого-педагогічної диференціальної діагностики на сьогоднішній день не існує. Тому метою дослідження стала розробка алгоритму хронопсихологічного прогнозування дизонтогенезу розумового розвитку. Методи дослідження: експериментальний метод хронометричної проби із використанням електронного хроноскопу; методи математичної статистики (описова статистика, процентильна статистика, методи середніх величин, порівняння середніх значень за t- критерієм Стьюдента).

Аналіз чинників, які зумовлюють перебіг дизонтогенезу розумового розвитку, дає підставу віднести до найважливіших передумов прогнозування диференціацію часових характеристик у дітей із розумовою відсталістю та затримкою розумового розвитку. Найважливішими чинниками, що зумовлюють ефективність прогнозування, є індивідуальний хронотип (власна одиниця часу індивіда) та часова спрямованість дитини. Крім того, підлягають обов'язковому врахуванню чинники, що впливають на перебіг дизонтогенезу, а саме, відхилення у відтворення заданих проміжків часу (σ) на слух від аналогу «якісних» годинників.

Пояснення отриманим результатам дослідження ми знаходимо в межах теми «Психологія часу», відповідно до якої вроджені розумові задатки залежать від

конструктивних та функціональних особливостей індивідуального мозку. В дослідженнях Б.Цуканова, Д.Елькіна, І.Савенкової було доведено, що індивідуальний мозок працює як годинниковий механізм і вимірює психологічний час особистості. Одиницею виміру часу виступає суб'єктивний «крок» (власна одиниця часу), який у різних індивідів має власну тривалість. В межах чотирьох типологічних груп цей «крок» на різних тривалостях суб'єктивного часу дозволяє ввести поняття якості індивідуального годинника. Виходячи з якості, можна говорити про «хорощі» годинники та «погані» годинники.

Порівнюючи квадратичні відхилення σ (показник якості індивідуального годинника) у суб'єктів репрезентативної вибірки з рівнем їх психометричного інтелекту (IQ), було отримано просту залежність: чим менше σ , тим вище IQ особистості. Якість годинника індивіда, як і сам годинник, є вродженим, тому показник якості (σ) слід розглядати як один із індикаторів базового інтелектуального потенціалу («фактор g») особистості. Математична обробка результатів дослідження показала, що у дітей із розумовою відсталістю та дітей із затримкою розумового розвитку має місце різне відхилення від аналогу «якісного» годинника. *У дітей із затримкою розумового розвитку має місце відхилення від точності відтворенні заданих проміжків часу лише від 0,03с до 0,05с. У розумово відсталих дітей – від 0,05с до 0,1с і не менше.* Це дає змогу об'єктивно спрогнозувати форму прояву дизонтогенезу розумового розвитку дітей із особливими потребами, що є важливим діагностичним критерієм оцінки когнітивного стану дитини.

Вибір психолого-часових індикаторів перебігу дизонтогенезу розумового розвитку дозволив розробити *алгоритм хронопсихологічного прогнозування форми прояву порушення розумового розвитку*, суть якого полягає в тому, що *власна одиниця часу індивіда виступає центральним чинником, який дозволяє спрогнозувати форму прояву дизонтогенезу*, тобто визначитись, що це: розумова відсталість чи затримка розумового розвитку. У випадку *затримки розумового розвитку* власна одиниця є *стабільною*, не міняється протягом життя у відтворенні різних проміжків часу. При *розумовій відсталості* вона міняється

стрибкоподібно, в залежності від глибини розумового дефекту. Інакше кажучи, внаслідок стрибка в психіці дітей із розумовою відсталістю відсутня власна структура безпосереднього переживання часу. Тому стає можливим вважати, що у таких груп дітей має місце важкість у засвоєнні часових понять, важкість у формуванні уяви про метричні властивості часу, а порушення орієнтації у минулому та майбутньому у багато в чому визначається відхиленням від аналогу «якісних» годинників.

Послідовне виконання етапів розробленого нами алгоритму хронопсихологічного прогнозування, який би порівняно легко міг би бути адаптованим до застосування в спеціальній педагогіці, надало б можливість досягти найбільшого ефекту в проведенні психолого-педагогічної експертизи дітей із дизонтогенезом розумового розвитку.

В ході наших досліджень встановлено, що *на органічну патологію дітей із особливими потребами неминуче накладається вплив соціальних факторів*, які чинять психотравмуючу дію, тобто спостерігається вплив мезо- та екзосистеми на функціонування дитини з особливими потребами відповідно до запропонованої нами моделі. До них відносяться:

1) переживання нетовариського відношення ровесників (незграбних, з поганою координацією дітей часто не приймають у групові ігри і заняття, і вони можуть почувати себе непотрібними, в групах однолітків вони часто відносяться до неприйнятих);

2) надмірна увага оточуючих, яка може формувати ефект уявної аудиторії (параноїдальний ефект);

3) явище госпіталізму (такі діти часто знаходяться в лікарнях та санаторіях);

4) неповна сім'я (батько в 25% випадках залишає сім'ю дитини з особливими потребами);

5) труднощі в процесі навчання;

6) неправильне виховання (частіше гіперопіка, що призводить до формування егоцентризму, сором'язливості, емоційної незрілості).

У зв'язку з цим перспективним стало спрямування подальших досліджень на вивчення особливостей дитина з особливими потребами в системі соціальних зв'язків.

На сьогодні недостатньо вивчений характер взаємодії факторів розумового розвитку з індивідуально-психологічними й хронометричними особливостями організму в процесі адаптації дитини до умов життя і діяльності, а також процеси, що здатні призводити до певних порушень психічного розвитку.

Далі викладемо *зміст етапів розробленого нами загального алгоритму хронопсихологічного прогнозування типу дизонтогенезу* розумового розвитку.

I етап передбачав: підбір діагностичного інструментарію та проведення емпіричного дослідження; визначення особливостей сформованості сприймання, пам'яті, уваги, мислення дітей з різним типом дизонтогенезу розумового розвитку; узагальнення труднощів пізнавальної сфери дітей із затримкою психічного розвитку та легкою розумовою відсталістю.

II етап – виокремлення психолого-часових індикаторів перебігу дизонтогенезу на основі визначення порушення пізнавальних психічних процесів у певному хронотипі та здійснювалась хронометрична проба з метою визначення індивідуального відліку часу дітей із дизонтогенезом розумового розвитку. На цьому етапі проводилось підрахування та порівняння квадратичного відхилення σ (показник якості індивідуального годинника) у суб'єктів репрезентативної вибірки з рівнем їх психометричного інтелекту (IQ).

III етап – побудова моделі «хронопсихологічного профілю особистості» розумово відсталої дитини та дитини із затримкою психічного розвитку та диференціація цих станів.

Для діагностики пізнавальної сфери підбрано діагностичний інструментарій стосовно діагностики: *сприймання, мислення, уваги та пам'яті*. Діагностичний комплекс ґрунтується на надійних та перевірених методиках запропонованих в атласі для експериментального дослідження відхилень в психічній діяльності людини І. А. Поліщуком та А. Е. Відренко, адаптованих нами для діагностики дітей старшого дошкільного віку. Схема діагностики подана у

додатку (Додаток Б), повний опис методик подано у додатку (Додаток В).

Якість годинника індивіда, як і сам годинник, є вродженою, тому показник якості (ϵ) слід розглядати як один з індикаторів базового інтелектуального потенціалу («фактор g ») особистості.

Для визначення інтелектуального розвитку використовувалася методика Дж. Гілфорда (модифікований для дітей від 5 до 15 років). Даний тест спрямований на оцінку рівня інтелектуального розвитку шляхом вивчення креативності, творчого мислення.

Досліджувані фактори:

1) Швидкість (легкість, продуктивність) – цей фактор характеризує швидкість творчого мислення і визначається загальним числом відповідей.

2) Гнучкість – фактор характеризує гнучкість творчого мислення, здатність до швидкого переключення і визначається кількістю класів (груп) даних відповідей.

3) Оригінальність – фактор характеризує оригінальність, своєрідність творчого мислення, незвичайність підходу до проблеми і визначається кількістю рідко наведених відповідей, незвичайним вживанням елементів, оригінальністю структури відповіді.

4) Точність – фактор, що характеризує логічність творчого мислення, вибір адекватного рішення, відповідного поставленої мети.

Час проведення процедури: близько 40 хвилин. Тести призначені для вікової групи від 5 до 15 років. З дітьми від 5 до 8 років процедура проводиться в індивідуальній формі. З віковою групою від 9 до 15 років робота з тестами проводиться в груповій формі (можливе проведення і в індивідуальній формі).

Інтерпретація результатів теста подана в додатку Д (див. Додаток Д). Характеристика субтестів подана у додатку К (див. додаток К).

Для визначення хронотипу використовувалося відношення: $X_T = t_s/t_o$ [38], запропоноване Г. Еренвальдом [31].

Наше завдання – спрогнозувати тип дизонтогенезу розумового розвитку – вирішувалося експериментальним шляхом на контингенті розумово відсталих

дітей та дітей із затримкою психічного розвитку віком від 6 до 7 років, котрі відвідують Миколаївський центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Іншими словами, дослідження проводилось із метою диференціації психічних станів цих груп дітей та виокремлення критеріїв прогнозування перебігу дизонтогенезу. На кожного обстежуваного заповнювалась анкета, зразок якої поданий у додатку Л (див. Додаток Л).

У нашому дослідженні відносна похибка відтворення тривалості визначалась для експериментальної групи – 1 вибірка (діти, які мають дизонтогенез розумового розвитку) та контрольної – 2 вибірка (здорові діти цієї вікової категорії).

У цьому відношенні специфіка методу відтворення дозволяє відкрити особливості «часового механізму» індивіда, котрий вимірює тривалість часу, що переживається суб'єктом, за допомогою його хронотипу. Формули для математично-статистичної роботи та розрахунку індивідуального значення хронотипу та відносної похибки відтворення подані у додатку М (див. Додаток М).

У ході дослідження нами отримані результати щодо сформованості сприймання, уваги, пам'яті та мислення у дітей з різними типами дизонтогенезу (затримкою психічного розвитку та легким ступенем розумової відсталості) та здійснено кількісний та якісний аналіз результатів (Додаток Н).

Особливості сприймання. За результатами методики «Впізнавання зображень на малюнках» виявлено, що у дітей з затримкою психічного розвитку зорове сприймання переважно є сформованим, тоді як у дітей з легкою розумовою відсталістю є несформованим у половини досліджуваних. Ці данні підтверджено обрахуванням t-критерію Стьюдента ($t=4,2$ при $p \leq 0,001$), що свідчить про значно нижчий рівень сформованості зорового сприймання у дітей з легкою розумовою відсталістю.

Такі результати дослідження можна пояснити зменшенням обсягу сприймання дітей із розумовою відсталістю, порушенням довільності сприймання і вузьким обсягом уявлень, накопичених попереднім досвідом, що перешкоджало

впізнаванню контурних, силуетних та накладених предметів. Ймовірно, на результати також вплинула така особливість цих дітей, як невміння сконцентрувати увагу на певному завданні, постійне відволікання.

Особливості уваги. Отже, за результатами дослідження концентрації уваги виявлено, що у дітей із затримкою психічного розвитку концентрація уваги знаходиться на дещо вищому рівні сформованості, ніж у дітей із розумовою відсталістю. Однак, обрахуванням t-критерію Стьюдента ($t=1,8$) вказує на відсутність значимих відмінностей за цим параметром.

За допомогою методики «Виявлення відсутніх деталей в зображеннях» нами досліджено аналітико-синтетичну діяльність сигнальних систем кори, що характеризується досить тонким аналізом розрізнення всіх деталей і збереженням тимчасових зв'язків, що відображають закономірні відношення між предметами і явищами. На основі цих зв'язків і виникають поняття про «відповідне» і «невідповідне» дійсності. Результати показали, що діти з легкою розумовою відсталістю мають значні труднощі у виявленні відсутніх деталей зображення, тобто у них практично не проявляється аналітико-синтетичний аспект активної уваги, що може бути зумовлено відсутністю відповідних уявлень, знань, слів, які позначають відсутні деталі. Тоді як діти із затримкою психічного розвитку певною мірою здатні знаходити відсутні деталі в зображеннях предметів. Ці данні підтверджено обрахуванням t-критерію Стьюдента ($t=3,1$ при достовірності $p \leq 0,01$).

Особливості пам'яті. Результати дослідження зорової пам'яті свідчать про те, що зорова пам'ять дітей із легким ступенем розумової відсталості та із затримкою психічного розвитку знаходиться на приблизно однаковому рівні, що підтверджено обрахуванням t-критерію Стьюдента ($t=0,04$), вказує на відсутність значимих відмінностей за цим параметром. У нормі дитина повинна запам'ятовувати 5-6 фігур, тоді як лише 19.4% розумово відсталих і 18.75% дітей із затримкою психічного розвитку максимально запам'ятовували 3 зображення. Це досить низькі показники рівня сформованості зорової пам'яті.

Отже, у ході дослідження здатності до репродукції матеріалу, а при відстроченому відтворенні – здатність до утримання його в пам'яті, виявлено низький рівень сформованості слухової безпосередньої пам'яті, що притаманний дітям із дизонтогенезом обох типів. Отримані результати підтверджено обрахуванням t-критерію Стьюдента ($t=1,14$), що вказує на відсутність значимих відмінностей за цим параметром між вибірками.

Особливості мислення. Методика «Розуміння змісту сюжетних картин» спрямована на дослідження складних форм аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку за участі обох сигнальних систем.

За результатами аналізу аналітико-синтетичні мисленнєві операції у дітей із затримкою психічного розвитку сформовані дещо краще, що, на нашу думку, зумовлено тим, що діти цього типу дизонтогенезу розумового розвитку краще сприймають допомогу експериментатора і здатні виправити помилки, допущені спочатку, ніж діти з легкою розумовою відсталістю. Однак, обрахування t-критерію Стьюдента ($t=1,7$) вказує на відсутність суттєвих значимих відмінностей за цим параметром між вибірками.

Отже, для дітей з легким ступенем розумової відсталості більшою мірою притаманні складнощі в побудові розповіді відповідно до серії картинок з послідовним розгортанням сюжету, особливо якщо між ними є великі зміни у ситуації, тобто деякі з них розглядають кожен картинку серії як самостійну без зв'язку між ними. Суттєві відмінності за цим параметром між вибірками підтверджено обрахуванням t-критерію Стьюдента ($t=2,1$ при достовірності $p \leq 0,05$).

Отже, у дітей із затримкою психічного розвитку сформована здатність до розуміння змісту розповіді переважно на недостатньому рівні, тоді як у дітей з легкою розумовою відсталістю практично не сформована. Ці результати підтверджено обрахуванням t-критерію Стьюдента ($t=3,4$ при достовірності $p \leq 0,01$), що вказує на значимі відмінності між вибірками.

У ході дослідження міри критичного ставлення до змісту зображення виявлено порушення критичності у ставленні до зображеного у обох категорій

дітей, що підтверджено обрахуванням t-критерію Стьюдента ($t=1,6$), відтак, вказує на відсутність суттєвих значимих відмінностей за цим параметром між вибірками.

Отже, узагальнимо отримані результати дослідження. З метою застосування статистично-математичної обробки нами здійснено шкалювання результатів дослідження за мірою виконання дітьми діагностичних завдань: виконано – 3 бали (сформованість діагностичного параметра); частково виконано – 2 бали (недостатня сформованість діагностичного параметра); не виконано – 1 бал (несформованість діагностичного параметра). З використанням бальної шкали було визначено середнє арифметичне (Додаток Д) значення для кожного діагностичного параметра по кожній вибірці та побудовано порівняльну діаграму (Рис. 1.1) сформованості пізнавальної сфери дітей із дизонтогенезом розумового розвитку.

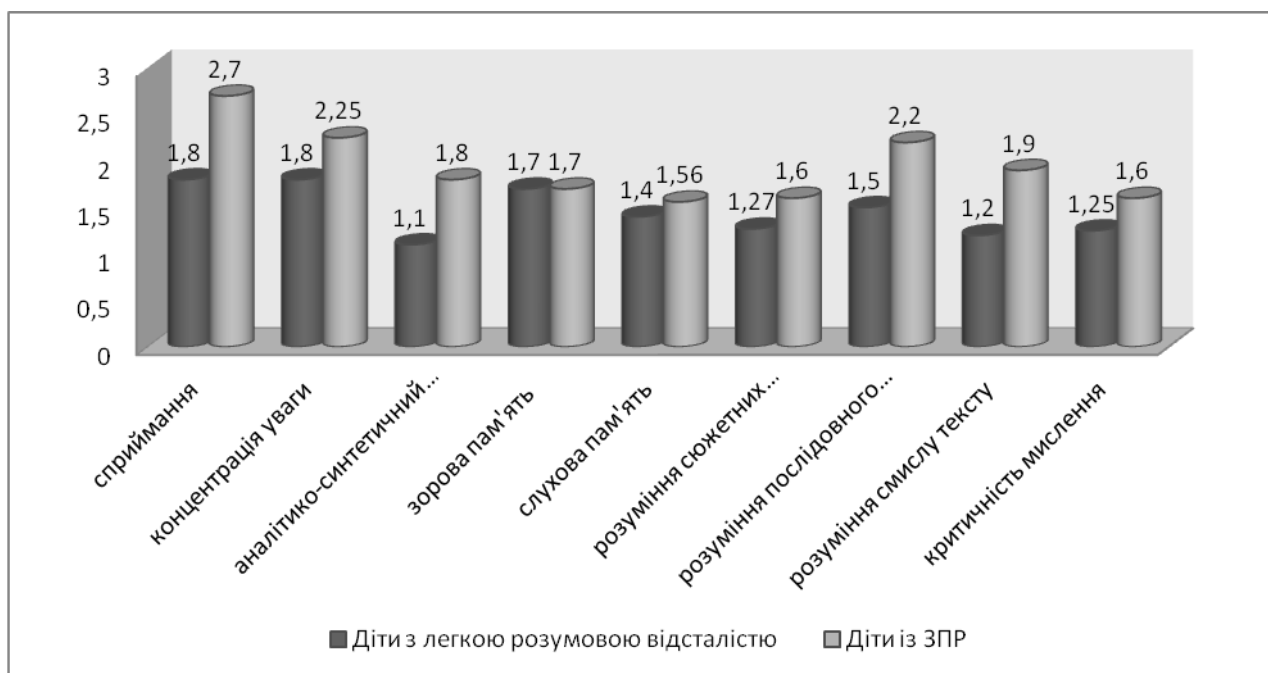


Рис. 1.1 Рівні сформованості пізнавальної сфери у дітей із дизонтогенезом розумового розвитку

Отже, результати представлені у діаграмі (Рис. 1.1) та данні обрахування t-критерію Стьюдента свідчать про те, що найбільші відмінності між вибірками спостерігаються у сформованості: сприймання, яке є практично сформованим у дітей із затримкою психічного розвитку ($x=2,7$) та недостатньо сформованим у дітей з легким ступенем розумової відсталості ($x=1,8$). В свою чергу, аналітико-

синтетичні аспекти уваги та аналітико-синтетичні мисленеві операції розуміння послідовного розгортання сюжету за зображеннями і розуміння змісту тексту, у дітей із затримкою психічного розвитку є не достатньо сформовані, тоді як у дітей з легким ступенем розумової відсталості практично не сформовані. Отже, сприймання та аналітико-синтетичні аспекти уваги та операції мислення у дітей із затримкою психічного розвитку мають вищий рівень сформованості, ніж у дітей з легким ступенем розумової відсталості. Тобто, дітям з легким ступенем розумової відсталості складно виконувати пізнавальну діяльність, що вимагає встановлення просторових та смислових закономірностей, причинно-наслідкових зв'язків з орієнтацією на наявний досвід про навколишній світ.

У загальному плані можемо сказати, що для обох вибірок досліджуваних притаманний недостатній рівень сформованості концентрації уваги та зорової пам'яті та низький рівень сформованості слухової пам'яті, розуміння сюжетних зображень та критичності мислення.

Нами також здійснено кореляційний аналіз за Пірсоном, у ході якого виявлено тісні прямі взаємозв'язки між практично всіма діагностичними параметрами, відповідно кожної вибірки (Таблиці 1.8 – 1.9). Загальним для обох вибірок є слабкий взаємозв'язок зорової пам'яті та критичності мислення, тобто наявність образів пам'яті не завжди може забезпечувати вдалу ідентифікацію реального та безглузлого. Специфічні відмінності для кожної вибірки виявлені лише щодо взаємозв'язків між певними діагностичними параметрами.

Отже, як видно з таблиці статистично не значимі взаємозв'язки у вибірці дітей з легкою розумовою відсталістю притаманні лише зоровій пам'яті з аналітико-синтетичним аспектом уваги ($r=0,23$), розумінням смислу тексту ($r=0,28$) та критичністю мислення ($r=0,3$). Тобто можна припустити, що образи, які закарбовуються в зоровій пам'яті дитини, не завжди можуть бути доступні при операціях мислення, а також актуалізовуватись при звертанні на них уваги в реальному житті.

Таблиця 1.8

Кореляційні взаємозв'язки між діагностичними параметрами пізнавальної сфери у дітей з легкою розумовою відсталістю (n=36)

	концентрація уваги	аналітико-синтетичний аспект уваги	зорова пам'ять	слухова пам'ять	розуміння сюжетних зображень	розуміння послідовного розгортання сюжету	розуміння смислу тексту	критичність мислення
сприймання	1***	0,48**	0,61***	0,89***	0,68***	0,86***	0,57***	0,62***
концентрація уваги		0,48**	0,61***	0,89***	0,68***	0,86***	0,57***	0,62***
аналітико-синтетичний аспект уваги			0,23	0,44**	0,62***	0,72***	0,68***	0,65***
зорова пам'ять				0,53***	0,33*	0,48**	0,28	0,3
слухова пам'ять					0,62***	0,91***	0,5**	0,57***
розуміння сюжетних зображень						0,8***	0,91***	0,96***
розуміння послідовного сюжету							0,77***	0,78***
розуміння смислу тексту								0,95***

Примітка: рівень значимості*– $\rho \leq 0,05$; **– $\rho \leq 0,01$; *** – $\rho \leq 0,001$.

Таблиця 1.9

Кореляційні взаємозв'язки між діагностичними параметрами пізнавальної сфери у дітей із затримкою психічного розвитку

	концентрація уваги	аналітико-синтетичний аспект уваги	зорова пам'ять	слухова пам'ять	розуміння сюжетних зображень	розуміння послідовного розгортання сюжету	розуміння смислу тексту	критичність мислення
сприймання	0,75***	0,49	0,79***	0,61*	0,48	0,79***	0,67**	0,39
концентрація уваги		0,83***	0,76***	0,79***	0,78***	0,95***	0,81***	0,73***
аналітико-синтетичний аспект уваги			0,62*	0,81***	0,9***	0,84***	0,83***	0,9***
зорова пам'ять				0,76***	0,61*	0,82***	0,85***	0,49
слухова пам'ять					0,79***	0,83***	0,77***	0,64**
розуміння сюжетних зображень						0,79***	0,79***	0,81***
розуміння послідовного сюжету							0,85***	0,73***
розуміння смислу тексту								0,84***

Примітка: рівень значимості*– $\rho \leq 0,05$; **– $\rho \leq 0,01$; *** – $\rho \leq 0,001$.

У свою чергу, для вибірки дітей із затримкою психічного розвитку характерним є менш значимі зв'язки сприймання з аналітико-синтетичним аспектом уваги ($r=0,49$), розумінням сюжетних зображень ($r=0,48$) та критичністю мислення ($r=0,39$).

Отже, для вибірки дітей з легким ступенем розумової відсталості більш самостійним психічним процесом виступає зорова пам'ять, а для вибірки дітей з затримкою психічного розвитку – сприймання. Так, накопичення зорових еталонів не завжди зумовлює здатність їх застосування в систематизації уявлень про навколишній світ.

Подальші наші дослідження були спрямовані на виявлення відхилення від аналога «якісних» годинників у розумово відсталих дітей та дітей із затримкою психічного розвитку.

Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я відхилення від психологічної норми інтелекту (розумова відсталість) спостерігається у 1-3% людей всього населення планети [22, с. 67]. Наведені межі між нормою та розумовою відсталістю, диференціація останньої на різних рівнях залишається одним із найбільш привабливих завдань, яке не має до цього часу однозначного вирішення.

Основним критерієм розумової відсталості відповідно до рішення Комітету ВООЗ є показник інтелекту IQ. З метою визначення IQ використовують різні тести (тести Векслера, Равена, Бине). Однак використання цих методів у широкій практиці обмежено тим, що самі методики об'ємні, а психолого-медико-педагогічна консультація дуже часто знаходиться у жорсткому регламенті часу.

Деякі варіанти порушення відтворення тривалості при різних дефектах психіки були предметом вивчення Н. Беленької [8] та Д. Елькіна [2]. Виходячи із цих досліджень, нами були висунуті припущення, що у розумово відсталих суб'єктів в акті відтворення тривалості має мати значення відхилення від аналогу «якісних» годинників. З метою перевірки припущення було проведено обстеження дітей із порушенням інтелекту та дітей із затримкою психічного розвитку.

Кожній дитині задавалась тривалість, обмежена двома звуками кнопки хроноскопу. Після подання проміжку хроноскоп передавався досліджуваному та йому пропонувалось відтворити запропонований проміжок за допомогою цього апарату. Переконавшись в тому, що дитина засвоїла засоби використання приладу, ми проводили декілька досліджень (не менше 5 разів). В основній серії використовувались наступні проміжки: 2с, 3с, 4с, 5с.

Число подання сигналу складало 25 досліджень. За результатами відтворення підраховувалось значення власної одиниці часу (τ) з точністю відтворення часу до 0,001с.

Математична обробка результатів дослідження показала, що у дітей з легкою розумовою відсталістю та дітей із затримкою психічного розвитку має місце різне відхилення від аналогу «якісного» годинника. У дітей із затримкою психічного розвитку має місце віхилення від точності відтворенні заданих проміжків часу від 0,3 до 0,5. У розумово відсталих дітей – від 0,5 до 1,0.

У той же час, у дітей з легким ступенем розумової відсталості має місце декілька варіантів відхилень від аналогу «якісного» годинника. Рівень схожості відхилень виявився настільки однаковим, що достатньо використати результати «середньогрупових суб'єктів», наведені в табл. 2.2.

В першу групу увійшли діти із затримкою психічного розвитку. Характерною особливістю є те, що у них приблизно спостерігається відхилення від норми σ у межах від **0,3 до 0,5**.

Друга група – розумово відсталі діти із відхиленням від норми від **0,51 до 0,65** і значення IQ від 60 до 69.

Третя група – розумово відсталі діти із відхиленням від норми від **0,66 до 0,75** і значення IQ від 55 до 59.

Четверта група – розумово відсталі діти із відхиленням від норми від **0,76 до 0,85** із значення IQ від 52 до 54.

П'ята група – розумово відсталі діти із відхиленням від норми від **0,86 до 1,0** і значення IQ від 50 до 52. Друга, третя, четверта і п'ята групи показують, що

варіації ходу годинників дітей розумово відсталих декілька більше, ніж у дітей із затримкою психічного розвитку.

Різновид відхилень від аналогу «якісних» годинників у розумово відсталих дітей і дітей із затримкою психічного розвитку представлений у таблиці 1.10.

Для другої, третьої і четвертої групи загальним є те, що τ , const. Це порушення першої умови аналога відбувається стрибкоподібно (у різних групах, на різних інтервалах годинникового ряду тривалостей, що задаються).

Таблиця 1.10

**Різновид відхилень від аналогу «якісних» годинників
у дітей із дизонтогенезом розумового розвитку**

Група		2с	3с	4с	5с	Σ	IQ	T
1	хлопч.	0,92	0,88	0,87	0,82	0,3-0,5	70-85	0,001
	дівч.	0,91	0,87	0,88	0,83	0,2-0,4	70-85	
2	хлопч.	0,80	0,70	0,70	0,65	0,51-0,65	60-69	0,01
	дівч.	0,81	0,71	0,70	0,66	0,52-0,66	60-69	
3	хлопч.	1,30	0,88	0,86	0,70	0,66-0,75	55-59	0,001
	дівч.	1,31	0,87	0,87	0,71	0,66-0,75	55-59	
4	хлопч.	1,35	1,1	0,85	0,80	0,76-0,85	52-54	0,01
	дівч.	1,36	1,2	0,84	0,81	0,76-0,85	52-54	
5	хлопч.	1,96	1,50	1,30	0,85	0,86-1,0	50-53	0,001
	дівч.	1,95	1,51	1,31	0,84	0,86-1,0	50-53	

Окрім описаних груп з різним ступенем відхилення від аналогу «якісних» годинників була виділена ще одна група дітей, які не змогли виконати експериментальну процедуру, тобто не розуміли завдання.

Відповідно до ступеню відхилення від аналогу «якісного» годинника у дітей був різний рівень розвитку інтелекту.

Водночас, спостерігається узгодженість між рівнем розвитку інтелекту та здатністю відтворювати запропоноваті проміжки часу на слух. У той час, у дітей

із затримкою психічного розвитку має місце незначне відхилення від норми у відтворенні запропонованих проміжків часу.

Отже, результати дослідження дають змогу дійти висновку, що власна одиниця часу виконує функцію «кроку», яким вимірюється хід пережитого суб'єктом часу. Як стійка одиниця, хронотип забезпечує цілісність і структурність переживання часу.

У випадку затримки психічного розвитку власна одиниця є стабільною, не міняється у відтворенні різних проміжків часу. При розумовій відсталості вона міняється стрибкоподібно, в залежності від глибини розумового дефекту. Інакше кажучи, внаслідок стрибка в психіці дітей із розумовою відсталістю відсутня власна структура безпосереднього переживання часу. Тому стає можливим обґрунтування того, чому у цих дітей мають місце труднощі у засвоєнні часових понять, формуванні уявлень про метричні властивості часу. Також порушення орієнтації у минулому та майбутньому у дітей з легким ступенем розумової відсталості можна пояснити відхиленням від аналогу «якісних» годинників.

Порівняння середніх значень за t-критерієм Стюдента переконує, що відмінностей між здатністю відтворювати задані проміжки часу між дівчатками та хлопчиками як розумово відсталих дітей, так і дітей із затримкою психічного розвитку не існує. Дані наведені у додатку П (див. Додаток П).

Результати проведеного нами дослідження індивідуального значення хронотипа та дослідження порушення пізнавальних психічних процесів дітей із дизонтогенезом розумового розвитку дають змогу побудувати модель «хронопсихологічного портрету» дитини із затримкою психічного розвитку (додаток Р) та модель «хронопсихологічного портрету» розумово відсталої дитини (додаток Р).

3. Дослідження особливостей розвитку осіб з особливими потребами. Особистісний аспект (емоційно-вольовий компонент)

3.1. Психологічні особливості емоційно-вольової сфери дітей із особливими потребами з різних нозологічних груп

Процес міжособистісної взаємодії забезпечується функціонуванням низки психічних процесів, таких як емоції, мотивація, цінності, особистісні смисли тощо. Надзвичайно важливими у цьому переліку виступають емоційні процеси, які пронизують кожен етап міжособистісної взаємодії та визначають її якісні характеристики.

Причини емоційних порушень у дітей з особливими потребами поділяються на дві великі групи:

1. Біологічні. В дану причинний групу включається характерний тип нервової системи. Наприклад, при наявності синдрому дефіциту уваги, у дитини може виникати патологічний процес у головному мозку, які формуються в результаті важкого перебігу вагітності і пологів його матері.

2. Соціальні. Дана група обумовлює процес взаємодії дитини з іншими людьми і навколишнім середовищем. Наприклад, якщо у дитини вже є певний досвід спілкування з віковою групою людей, своїми однолітками і першочерговим для нього групою – сім'єю, то в деяких випадках така соціалізація може йому нашкодити.

Особливості емоційно-вольової сфери дітей з вадами зору

Сліпі і слабозорі діти мають ту ж «номенклатуру» емоцій і почуттів, що і зрячі, і виявляють ті ж емоції і почуття. Хоча ступінь і рівень їх розвитку можуть бути відмінними від таких у зрячих.

Особливе місце у виникненні важких емоційних станів займає розуміння своєї відмінності від здорових дітей, що виникає у віці 4 - 5 років, розуміння і переживання свого дефекту в підлітковому віці, усвідомлення в обмеженні у виборі професії, партнера для сімейного життя в юнацькому віці.

Для осіб, нещодавно втратили зір, характерні також знижена самооцінка, низький рівень домагань і виражені депресивні компоненти поведінки.

У розвитку емоцій і почуттів у дітей з порушенням зору велику роль відіграє соціальне оточення і адекватні умови: сліпий дитина більш залежний від суспільства та організації корекційно-педагогічних умов її життя.

У незрячих значне місце займають відчуття провини, страхи та побоювання. У більшості вони пов'язані з «соціальними страхами» спілкування з іншими людьми, в тому числі з представниками протилежної статі.

При аналізі ставлення дітей до свого дефекту можна спостерігати тенденцію до порівняння себе з зрячими, бажання довести, що вони кращі за них. У цьому ж виявляються глибокі внутрішні конфлікти і неадекватність поведінки.

Особливості емоційно-вольової сфери розумово відсталих дітей

Дітям властиве різко виражене відставання у розвитку емоцій, нестабільність почуттів, обмеження діапазону переживань, крайній характер проявів радості, засмучення, веселощів.

Прояв емоцій не залежить від якісної своєрідності структури дефекту, тобто від приналежності дитини до певної клінічної групи. Розвиток емоцій розумово відсталих дітей значною мірою визначається правильною організацією всього їхнього життя і наявністю спеціального педагогічного впливу, здійснюваного батьками і педагогом. Сприятливі умови сприяють згладжування імпульсивних проявів гніву, образи, радості, виробленню правильного побутового поведінки, закріплення необхідних для життя в сім'ї або в освітньому закладі навичок і звичок, а також дозволяють дітям зробити перші кроки в напрямку контролю за своїми емоційними проявами.

Мімікою, жестами і словесними реакціями діти при читанні їм творів висловлюють співчуття слабким і добрим героям і негативне ставлення до їхніх кривдників. У зрозумілій для неї ситуації розуміло-відстала дитина здатна до співпереживання, до емоційного відгуку на переживання іншої людини.

Тим більше діти проявляють чітко виражене емоційне ставлення до своїх рідних і близьких. Вони люблять своїх батьків і вихователів і виявляють це з усією очевидністю.

До основних причин незрілості емоційної сфери у дітей з неускладненою олігофренією можна віднести: недостатність інтелекту, ускладнений процес формування соціальних потреб та несприятливі умови виховання. Недостатність інтелекту призводить, до неадекватності емоційного реагування на ситуації, недоступні розумінню дитини; до неспроможності усвідомлювати власні емоційні прояви та стани і керувати ними. Несформованість або поверховість соціальних потреб, характерні при розумовій відсталості, ускладнює процес розвитку почуттів.

Крім емоційної незрілості, в учнів допоміжної школи спостерігається також патологія емоцій. Діти схильні до недостатньо диференційованих, позбавлених відтінків емоцій. У цьому відношенні вони дещо нагадують малюків. Майже у всіх дітей з розумовою відсталістю спостерігається відсутність або значне зниження, у порівнянні зі звичайними дітьми, інтересу до навколишнього, загальна патологічна інертність, яка не виключає крикливість, дратівливість, розгальмування. У ранньому віці дитині не цікаві іграшки, підвішені над ліжком або знаходяться в руках дорослого. Пізніше - іграшки інших дітей, сюжетно-рольові ігри з ними.

Вольова сфера розуміло-відсталих дітей характеризується слабкістю спонукань і ініціативи, відсутністю або недостатньою самостійністю. Вчинки відрізняються імпульсивністю, необдуманістю, нецілеспрямованістю. Відсутня боротьба мотивів, часто спостерігається негативізм. У зв'язку з обмеженістю й примітивністю мислення, відсутністю його самостійності, слабкості вольових процесів, поведження хворих визначається потягами й афектами, а також у значній мірі - ситуаційними обставинами й рівнем зрілості особистості.

Вольова сфера розуміло-відсталих дітей знаходиться на початкових етапах формування. Її становлення безпосередньо пов'язано з появою мови, яка дозволяє дитині зрозуміти необхідність того чи іншого способу дії. Мотиваційна сфера розуміло-відсталих дітей знаходиться на початковій стадії становлення. Їх інтереси тісно пов'язані з цікавістю виконуваної діяльності, мало

інтенсивні, неглибокі, ситуативні, нестійкі, викликаються переважно фізіологічними потребами. Діти керуються, як правило, найближчими мотивами.

Особливості емоційно-вольової сфери дітей з вадами слуху

У звичайних умовах дітям з порушеннями слуху мало доступне сприйняття емоційно зміненої інтонації (для її сприйняття необхідна спеціальна слухова робота з використанням звукопідсилюючої апаратури). Відставання і своєрідність у розвитку мовлення позначаються на оволодінні словами і словосполученнями, що позначають ті або інші емоційні стани. Через неможливість слухати і розуміти читання розповідей, казок утруднене розуміння бажань, намірів, переживань однолітків. Співчутливе ставлення, позитивні емоційні контакти з однолітками формуються за допомогою педагогів. Самі діти тягнуться один до одного, але часто не знаходять належної відповіді, оскільки поведінкові патерни емоційної взаємодії не сформовані.

Глухі та слабочуючі діти краще розуміють емоційні стани персонажів картини. Тобто чіткі зовнішні прояви (міміка, жести, пантоміміка), зрозумілість і однозначність ситуації мають велике значення для адекватного упізнання глухими дітьми емоційного стану іншої людини. Протягом шкільного віку відбуваються істотні зрушення в розвитку емоційної сфери дітей з порушеннями слуху - вони опановують багато понять, що відносяться до емоцій і вищих соціальних почуттів, краще впізнають емоції по їх зовнішньому вираженню і словесному описові, правильно визначають причини, що їх викликають. Це відбувається значною мірою в результаті розвитку пізнавальної сфери – пам'яті, мови, словесно-логічного мислення, а також завдяки збагаченню їхнього життєвого досвіду, збільшенню можливостей його осмислення.

З віком більшість дітей починає усвідомлювати свої вади, що може привести до стійких емоційних розладів, а у важких випадках – до депресії та неврозу. Сенсорна депривація є психотравмою для дитини переважно у ситуації соціальних контактів з чуючими людьми, у своєму ж мікросоціумі глухі не відчувають нервово-психічного напруження.

Глуха дитина має ті ж самі фактори ризику, що і чуюча, але до них додається сенсорна депривація. Таким дітям набагато складніше адаптуватися до умов життя у світі чуючих.

Особливості емоційно-вольової сфери дітей із затримкою психічного розвитку

У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається загальна незрілість емоційно-вольової сфери, що надає всій їхній поведінці надмірної інфантильності: невміння стримуватися, змушувати себе дотримуватися правил чи виконувати завдання, що не викликають безпосереднього інтересу, але є потрібними. На початку шкільного навчання ці діти недостатньо усвідомлюють свої учнівські обов'язки, правила поведінки в школі. Через це поряд зі своїми однокласниками вони виглядають дивними, оскільки поведуться як дошкільнята; встають без дозволу із-за парти, ходять, звертаються до вчителя під час пояснення чи просто граються, не звертаючи уваги на те, що відбувається на уроці. Тут виявляється і надмірна втомлюваність, і брак інтересу до певних занять.

Крім того, на ґрунті надмірної виснаженості, загальмованості нервових процесів в окремих дітей виявляються такі риси, як млявість, боязкість, невміння захистити свої інтереси, плаксивість, схильність скаржитися на товаришів, постійно звертатися до дорослих у розв'язанні всіляких дріб'язкових питань, відмова від усякої діяльності, що потребує зусиль.

У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається слабка емоційна стійкість, лабільність, легка зміна настрою контрастність проявів емоцій, порушення самоконтролю у всіх видах діяльності, агресивність поведінки і його провокуючий характер, труднощі пристосування до дитячого колективу під час гри і занять, метушливість, часту зміну настрою, невпевненість, відчуття страху, фамільярність по відношенню до дорослого.

У деяких дітей періодично змінюються настрої, які часто не пов'язані з якимись зовнішніми причинами: періоди підвищеної дратівливості, агресивності змінюються апатичністю, байдужістю до своїх успіхів і невдач.

Відмічається нетолерантність до фруструючих ситуацій. Незначний привід може викликати емоційне збудження і навіть різку афективну реакцію на неадекватну ситуацію. Така дитина або виявляє доброзичливість по відношенню до інших, або раптово стає злою та агресивною. При цьому агресія спрямовується не на дії особистості, а на саму особистість.

У дітей даної категорії порушений поетапний контроль над виконуваною діяльністю, вони часто не помічають невідповідності своєї роботи запропонованому зразку, не завжди знаходять допущені помилки, навіть після прохання дорослого перевірити виконану роботу. Ці діти дуже рідко можуть адекватно оцінити свою роботу і правильно мотивувати свою оцінку, яка часто завищена.

Ще у дітей із затримкою психічного розвитку знижена потреба в спілкуванні як з однолітками, так і з дорослими. У більшості з них виявляється підвищена тривожність по відношенню до дорослих, від яких вони залежать. Діти майже не прагнуть отримати від дорослих оцінку своїх якостей в розгорнутій формі, зазвичай їх задовольняє оцінка у вигляді недиференційованих визначень («хороший хлопчик»), а так само безпосереднє емоційне схвалення (усмішка, погладжування і тощо).

Хоча діти за власною ініціативою украй рідко звертаються за схваленням, але в більшості своїй вони дуже чутливі до ласки, співчуття, доброзичливого відношення.

Особливості емоційно-вольової сфери дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП)

Для більшості дітей із ДЦП характерна незрілість емоційно-вольової сфери особистості дитини. При цьому відмічаються такі особливості поведінки: у своїх діях діти керуються в першу чергу емоцією задоволення, вони егоцентричні, не здатні продуктивно працювати в колективі, співвідносити свої бажання з інтересами навколишніх, у всій їхній поведінці присутній елемент «дитячості». Ознаки незрілості емоційно-вольової сфери можуть зберігатися і в старшому шкільному віці. Вони будуть проявлятися в підвищеному інтересі до ігрової

діяльності, високій сугестивності, нездатності до вольового зусилля над собою. Така поведінка часто супроводжується емоційною нестабільністю, руховим розгальмуванням, швидкою стомлюваністю.

Багато дітей відрізняються підвищеною вразливістю. Підвищена стомлюваність – ще одна відмінна риса, характерна практично для всіх дітей із ДЦП. У процесі корекційної та навчальної роботи, навіть за умови високого інтересу до завдання, дитина швидко втомлюється, стає плаксивою, дратівливою, відмовляється від роботи. Деякі діти в результаті стомлення стають неспокійними: темп мовлення прискорюється, при цьому вона стає менш розбірливою; спостерігається посилення гіперкінезів; проявляється агресивна поведінка – дитина може розкидати предмети, що знаходяться поблизу, іграшки.

Слабкість волі у більшості дітей, які страждають на ДЦП, прямо пов'язана з особливостями виховання. Дуже часто у родині з хворою дитиною можна спостерігати таку картину: увага близьких зосереджена винятково на її хворобі, батьки проявляють занепокоєння з кожного приводу, обмежують самостійність дитини, побоюючись, що вона може поранитися або впасти, бути неспритною. У такій ситуації сама дитина неминуче буде надмірно неспокійною та тривожною.

Таким чином, процес розвитку особистості з особливими потребами двояким чином обумовлений: соціальна реалізація дефекту (потреби, почуття неповноцінності) є одна сторона соціальної обумовленості розвитку, соціальна спрямованість компенсації на пристосування до тих умов середовища, що створені і склалися в розрахунку на нормальний людський тип, складає її другу сторону.

Виходом із цієї ситуації є інтеграція дітей з особливими потребами в соціум з високими показниками психологічного благополуччя, створюючи умови для формування впевненості, оптимізму, задоволеності життям, належного соціального статусу; неперервно, враховуючи складну міжетапну взаємодію, сприяти розвитку і культивуванню потреб, що мають розвивальну та компенсаторну цінність; системно і комплексно, враховуючи індивідуальний підхід, забезпечувати психологічний супровід на важливих етапах розвитку особистості з особливими потребами.

4. Дослідження особливостей функціонування дітей із особливими потребами у контексті системного підходу

4.1. Теоретико-методологічні засади створення системної моделі функціонування та психологічного супроводу дітей із особливими потребами

У психології створено низку моделей для розуміння особливостей функціонування, соціалізації та інтеграції осіб із особливими потребами. Зокрема, в психології виокремлюють медичну модель, реабілітаційну модель, соціальну модель, біопсихологічну модель (Smeltzer S.C. [34]). Серед виокремлених моделей. Найвні в сучасній літературі моделі здебільшого віддзеркалюють лише два боки: індивідуальний (тілесний) та інтеріндивідуальний, або соціальний (реалізація прав дитини з особливими потребами в соціальному середовищі). Втім поза увагою науковців залишається власне особистість людини з особливими потребами та психологічний аспект взаємодії її з соціумом. Саме тому є потреба в розробці нової моделі з урахуванням психологічних особливостей осіб із особливими потребами. Крім того, в існуючих моделях не приділяється належна увага й не враховуються особливості функціонування сім'ї, як найближчого соціального оточення дитини. Хоча не викликає сумнівів те, що вивчати дитину поза межами сімейного оточення неможливо й нелогічно.

Створення системної моделі (з урахуванням повідних її елементів) дозволить з'ясувати особливості функціонування дитини з особливими потребами як складної системи, її місце та взаємодію в межах соціуму.

Системна модель функціонування та психологічного супроводу осіб із особливими потребами покликана висвітлити особливості системного підходу в розумінні функціонування дітей такої категорії шляхом визначення взаємодії основних елементів цієї системи та їх впливу на особистість дитини.

Основними завданнями при створенні системної моделі функціонування та психологічного супроводу осіб із особливими потребами є:

- виокремити та схарактеризувати структурні складові системної моделі;
- обґрунтувати ступінь травмованості осіб із особливими потребами (на основі виокремлених системних елементів);

- визначити групи особливих потреб для дітей цієї категорії;
- з'ясувати специфіку психологічного супроводу дітей із особливими потребами.

У центрі уваги соціально-психологічної моделі знаходиться особистість. Сучасні психологи тлумачать феномен особистості як «форму існування психіки людини, яка являє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції, та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ [35]. Особистість являє собою вищий (із усіх відомих) рівень розвитку буття, тому, очевидно, є складною системою. Як складна система особистість складається з низки підсистем (структурних компонентів), які утворюють цілісність. Варто наголосити, що особистість не є лише сумою цих компонентів, оскільки «кожна частина ніколи не існує окремо і самотійно, вона є носієм всієї особистості» [35]. Її треба розглядати виключно як цілісність, яка має унікальні характеристики та особливості. С.Д. Максименко зазначає: «Особистість живе, розвивається і формується лише вся, як цілісність» [35, с.11]. Цілісність особистості передбачає інтегровану єдність трьох витоків існування – біологічного, соціального та духовного.

Особистість як складна система може виявляти себе, розвиватися та здійснюватися лише в соціальному середовищі (яке також складає складну цивілізаційну систему). У цьому контексті *соціум* варто розглядати як сукупність численних систем (соціальних інститутів), які пов'язані між собою, утворюють цілісність та комплексно впливають на буття особистості. Крім того, суспільство як складна система створює світ цінностей і сенсів, які базуються на певних нормативних принципах. Соціум як система є самотійним та цілісним утворенням здатним до саморозвитку. У. Bronfenbrenner наприкінці ХХ століття розробив соціально-екологічну модель, де описав взаємодію сім'ї з низкою різних соціальних структур. Ключова думка теорії соціальної екології: вивчати поведінку особистості можливо лише із врахуванням умов її існування. Згідно з У. Bronfenbrenner, у структурі соціуму можна виокремити чотири підсистеми: мікросистему, мезосистему, екосистему, макросистему (Garbarino J. [36]).

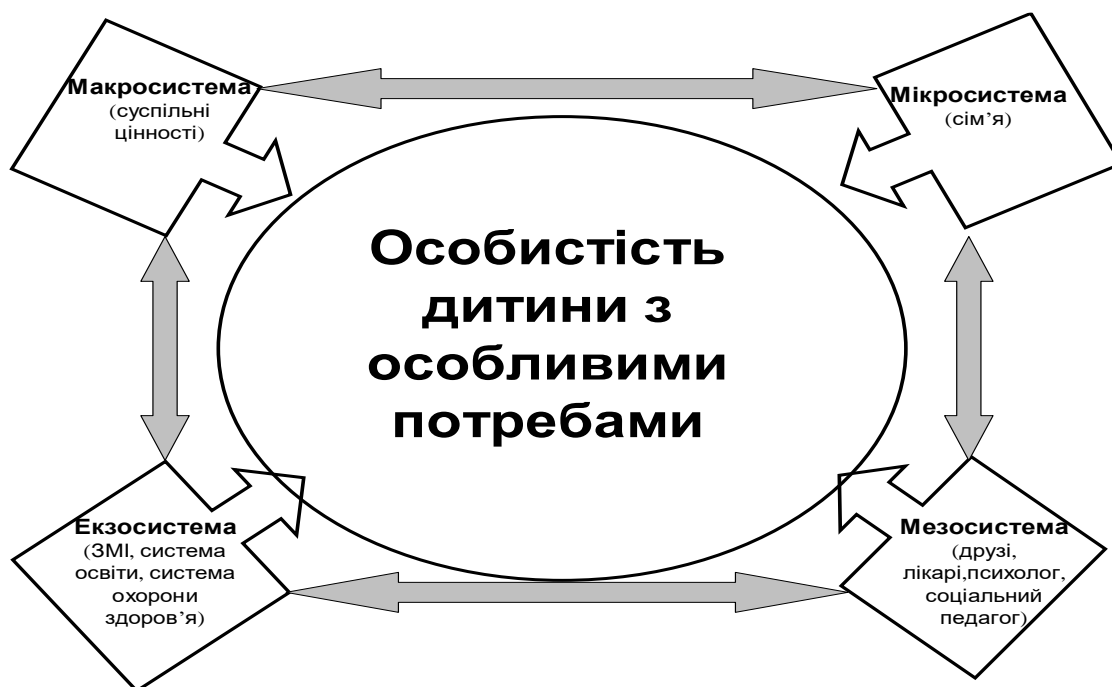


Рис. 1.2. Системна модель функціонування дитини з особливими потребами

У межах системного підходу зазначається, що кожен живий організм – це цілісна система, яка має певні складові (підсистеми). Розуміючи особистість як систему, варто виокремити та проаналізувати основні складові цієї системи. Згідно з поглядами Л. Гребінь, М. Кузанського, М. Мамардашвілі та ін., особистість можна розглядати як складний чотиривимірний об'єкт структурного розвитку. Такими вимірами є: тіло (тілесність), емоційний, когнітивний та духовний виміри її буття. Визначені виміри особистості розвиваються поступово впродовж онтогенезу, є визначальними, взаємопов'язаними і такими, що утворюють цілісну систему – особистість [37]. Зазначені структурні компоненти знаходяться в тісній взаємодії та зумовлюють функціонування дитини.

Відповідно до визначеної структури особистості можемо говорити про соціально-психологічні критерії, які дозволять зрозуміти особливості функціонування особистості. За поданими вимірами (структурними компонентами) можливо говорити та визначати *ступінь складності порушень*, які мають місце в дітей із особливими потребами. Ураження функціонування одного або декількох структурних компонентів визначає глибину порушення та специфіку функціонування дитини. Так, ураження на тілесно-емоційному рівні

(наприклад, вовча паща та заяча губа) будуть поступатися складністю тим порушенням, які охоплюють тілесно-емоційно-когнітивний рівень (діти з порушеннями зору та слуху, ДЦП). Такий підхід до певної міри розкриває поняття «первинного дефекту» та «вторинного дефекту»: виявляє логіку розуміння та критерії аналізу того чи іншого захворювання.

4.2. Класифікація потреб дитини та сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами в межах системного підходу

С.Д. Максименко зазначає, що потреба є похідною від нужди. Нужда є вихідною інтенцією, яка має подвійне призначення: з одного боку, є чисто природним, біологічним поштовхом, який зумовлює розвиток механізмів входження у світ. З іншого боку, соціальна складова нужди штовхає людину до саморозвитку зсередини, з себе самої. Нужда – це «двигун», який працює все життя: від зачаття до смерті. На ґрунті нужди розвиваються предметні потреби (біологічні, соціальні, пізнавальні, фізіологічні тощо) (С. Д. Максименко [38]).

У системному підході у центрі уваги знаходиться особистість дитини (як складна система) та взаємодія її з різними системами в соціальному контексті. Така взаємодія дитини розгортає нові особливі потреби дитини. Якщо покласти в основу класифікації особливих потреб взаємодію дітей із особливими потребами з основними соціальними інститутами (які знаходяться в різних підсистемах соціуму), то можна виокремити основні групи особливих потреб дітей різного віку.

Взаємодія в системі «дитина – сім'я» (рівень мікросистеми) зумовлює виникнення низки особливих потреб у дитини. Народження дитини з особливими потребами є своєрідним викликом для сім'ї й потребує значних сімейних ресурсів. Втім саме батьки мають бути спроможними витримати безсилля дітей та контейнувати їх негативні емоції (Fareo D.O. [39]).

1. Потреба в присутності іншого. Діти, які мають особливості розвитку та вади здоров'я ще з народження, здебільшого не можуть реалізовувати частину

базових потреб самостійно. Відповідно така категорія дітей потребує постійної присутності іншого у своєму житті.

2. Потреба у прийнятті батьками та сиблінгами. У загальному контексті «прийняття» – це складний процес, який ґрунтується на такому сприйнятті реальності, яке не викривлено стереотипами, негативними настановами, страхами, ілюзіями, очікуваннями тощо. В основі такого сприйняття немає оцінок. Особлива роль у процесі прийняття дитини з особливими потребами членами сім'ї належить братам та сестрам (сиблінгам).

3. Потреба в постійній емоційній підтримці. Сутність емоційної підтримки полягає в тому, щоб розуміти емоції іншої людини, вміти їх витримувати та поділяти. Емоційна підтримка також виявляється в прийнятті дитини (її особливостей та емоційних переживань), визнанні її людської цінності й значущості. Дитина з особливими потребами найбільше потребує емоційної підтримки, особливо в межах сім'ї. У результаті такої підтримки в дитини з'являється довіра до себе, інших людей та світу загалом. Врешті-решт це сприяє більш ефективній адаптації дитини до взаємодії з іншими соціальними інституціями.

Взаємодія в системі «дитина – найближче оточення» (рівень мезосистеми). Мезосистема – це найближче оточення дитини поза межами нуклеарної сім'ї (родичі, друзі, вихователі/вчителі, медичні працівники, психологи тощо). Варто наголосити, що діти з порушеннями розвитку тривалий час (інколи все життя) активно взаємодіють із різними спеціалістами. Відтак вони стають найближчим позасімейним оточенням дитини. Спеціалісти, які співпрацюють із сім'ями з особливими дітьми, мають враховувати особливості взаємин між дітьми та їхніми батьками для того, щоб адаптувати послуги, які вони надають, до потреб дитини і сім'ї загалом (Ritzema A. & Sladeczek I. [40]).

1. Потреба в прийнятті. На цьому рівні мова йде про прийняття з боку найближчого соціального оточення (поза межами нуклеарної сім'ї). У це коло можна віднести знайомих та друзів сім'ї; друзів дитини; родичів; сімейного лікаря; психолога, соціального педагога; сусідів; вчителя, тренера.

Прийняття дитини з боку цих людей передбачає: здатність спеціалістів (сімейного лікаря; психолога, соціального педагога; вчителя тощо) виконувати свою роботу не формально, а встановлювати емоційний контакт із дитиною (бути з нею чесними, доброзичливими, чуйними); готовність родичів (сусідів) надати дитині та сім'ї фізичну та посильну психологічну підтримку; вміння співчувати, бути відкритими; ставлення до дітей як до повноцінних членів суспільства, без зайвої та нав'язливої уваги; активне залучення дитини з особливими потребами до суспільного життя (запрошення на дні народження, участь у суспільних заходах тощо).

2. Потреба в самоствердженні. У загальному контексті потреба в самоствердженні передбачає прагнення дитини до усвідомлення себе та свого місця в системі людських стосунків. Особливість потреби в самоствердженні полягає в тому, що дитині надзвичайно важко (іноді неможливо без допомоги й підтримки близького оточення) повірити в себе, розпізнати свої бажання, зосередити увагу на особистих прагненнях, розвивати власні ефективні поведінкові стратегії щодо досягнення бажаного результату. Потреба в самоствердженні є однією з найбільш значущих для дитини з особливими потребами, оскільки виступає стимулом її соціального розвитку і саморозвитку.

3. Потреба в кваліфікованій медичній допомозі. Більшість дітей із особливими потребами знаходяться під постійним наглядом медичних спеціалістів. Їх фізичний стан (основний діагноз та супроводжуючі його ускладнення) зумовлює необхідність у наданні систематичної медичної допомоги. Вони гостро потребують якісного медичного огляду / тестування, ефективного лікування, а також заходів, спрямованих на визначення розподілу фізичних і психологічних навантажень; формування стереотипів поведінки, що відповідають фізичним, соматичним та психічним можливостям дитини; сприяння розвитку позитивно-адекватного ставлення до себе і навколишнього середовища.

4. Потреба в психологічному супроводі. Діти з особливими потребами у процесі дорослішання та включення в соціальні стосунки з іншими людьми відчувають брак особистих соціально-психологічних ресурсів для повноцінного

функціонування у межах мезосистеми. Здебільшого це обумовлено недостатнім розвитком вищих психічних функцій, емоційною неврівноваженістю, паталогічністю рис характеру, несформованістю важливих особистісних якостей і соціально-психологічних умінь.

Взаємодія в системі «дитина – соціальні інституції» (рівень екзосистеми). Соціальні інституції функціонують у вигляді соціальних практик, що розгортаються у структурі суспільства. Рівень екзосистеми утворюють: система освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, засоби масової інформації тощо. Діти з особливими потребами знаходяться у певній залежності від діяльності соціальних інституцій, оскільки останні задовольняють їх основні потреби в охороні здоров'я та соціальному захисті, освітні та матеріально-побутові потреби.

1. Потреба в охороні здоров'я. Охорона здоров'я – це забезпечення доступного медичного обслуговування на державному рівні. Зважаючи на ускладнений психосоматичний стан переважної більшості дітей з особливими потребами, необхідність в охороні їхнього здоров'я з боку соціальних інституцій завжди досить гостро виражена.

2. Потреба в соціальному захисті. Діти з особливими потребами – соціально вразлива категорія населення, яка потребує соціального захисту держави. Шляхом упровадження системи пільг та соціальних гарантій розбудовується суспільне середовище рівних можливостей та забезпечується безперешкодний доступ до об'єктів соціальної інфраструктури. Потреба в соціальному захисті визначає коло організаційно-правових та економічних питань щодо безоплатного матеріального, соціально-побутового і медичного забезпечення.

3. Потреба в отриманні освіти. У процесі набуття соціального досвіду поступово формується потреба в цілеспрямованій пізнавальній діяльності, освіті. Навчання дітей із особливими потребами в закладах освіти забезпечується шляхом упровадження інклюзії. Інклюзивне навчання передбачає створення

освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

4. Матеріально-побутові потреби. У сім'ї, де зростає дитина з особливими потребами, значно зростає кількість матеріально-побутових проблем.

Взаємодія в системі «дитина – суспільство» (рівень макросистеми). Рівень макросистеми характеризується сукупністю норм, законів, соціальних цінностей, традицій та взірців поведінки, які визначають особливості функціонування суспільства.

1. Потреба в толерантному ставленні суспільства. Діти з особливими потребами досить добре знайомі з ситуаціями дискримінації та соціальної ізоляції. Відповідно потреба в толерантному ставленні є однією із основних, виступає фундаментом для встановлення діалогу та взаєморозуміння між дитиною й соціумом.

2. Потреба в економічній та політичній підтримці. Забезпечення фінансової та юридичної підтримки – необхідна умова для реалізації особистісного потенціалу дитини з особливими потребами. Повноцінне функціонування на рівні макросистеми неможливе без запровадження відповідних нормативно-правових документів та соціальних програм.



Рис. 1.3. Класифікація особливих потреб дитини в контексті системного підходу

Варто наголосити, що системи різних рівнів впливають на особистість безпосередньо (мікросистема та мезосистема) та опосередковано (екзосистема та

макросистема). Відповідно й потреби дитини видозмінюються залежно від соціального контексту та оточення.

Класифікація потреб сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами

Вивчення сім'ї з особливою дитиною спеціалістами було розпочато з середини ХХ століття. Поштовхом для цього стало виникнення ідеї про сім'ю як систему. З позиції системного сімейного підходу фокусувати увагу виключно на дитині з особливими потребами не конструктивно, оскільки залишається невивченою динаміка функціонування сім'ї. Для того, щоб забезпечити максимально ефективне співіснування членів сім'ї та дитини з особливими потребами, варто звернути увагу на актуальні потреби сім'ї як системи. Очевидно, що сім'я, яка усвідомлює власні потреби, має можливості їх задовольняти та піклується про власні ресурси, може надати дитині з особливостями розвитку необхідний рівень підтримки для успішної соціалізації та інтеграції.

Особливі потреби сімей в межах індивідуальної підсистеми

Індивідуальна підсистема – це підсистема, яка представлена одним членом сім'ї. У нуклеарній сім'ї виокремлюють стільки індивідуальних підсистем, скільки налічується членів сімейної системи.

1. Потреба в емоційному відреагуванні негативних емоцій. Відомо, що народження/поява дитини з особливими потребами в сім'ї викликає стрес та переживання негативних емоцій. Відповідно для кожного члена сім'ї вкрай важливим є мати можливість пережити/відреагувати будь-які емоції, які виникають відповідно до актуальної сімейної ситуації.

2. Потреба в наявності особистого простору. Члени сімей, які виховують дітей із особливими потребами, зазвичай переживають зменшення особистого простору. Це пов'язано з тим, що такі діти постійно потребують допомоги, надзвичайно вимогливі (Leung C. & Li-Tsang C. [41]) або через наявні порушення не можуть розрізняти особистісного простору іншого (Asada K. et al. [42]). Зменшення особистісного простору призводить до певних переживань: від дискомфорту до виникнення почуття небезпеки (Graziano M. & Cooke D. [43]).

Відповідно кожен член родини має усвідомлювати важливість власного простору та знаходити шляхи його вибудовування в межах сім'ї.

3. Потреба у психологічній підтримці. У загальному розумінні психологічна підтримка здійснюється у процесі взаємодії людей із метою пошуку ресурсів та ефективного розв'язання складних життєвих ситуацій. Психологічна підтримка на різних рівнях є вкрай важливою для кожного члена сімейної системи. У випадку, якщо члени сім'ї не отримують достатній рівень психологічної допомоги з боку лікарів, спеціалістів або родичів, то вони них зберігається високий рівень стресу (Thompson R. et al. [44]).

4. Потреба в піклуванні щодо власного Я та задоволенні індивідуальних потреб. Відомо, що члени сім'ї більшість часу опікуються дитиною з особливими потребами: здійснюють догляд, реалізують освітньо-виховні функції, вирішують нагальні проблеми. Задоволення потреб дитини є пріоритетом у таких сім'ях. Відтак поза межами уваги залишається усвідомлення та задоволення особистих потреб членів родини.

Потреби в подружній підсистемі

Подружня підсистема складається з подружжя – чоловіка й дружини. У межах системи сімейних стосунків подружні взаємини є фундаментальними і стрижневими (McDonough M.A. et al. [45]). Взаємини між партнерами впливають на стосунки з дітьми і, навпаки, особливості стосунків у дитячо-батьківській підсистемі спричиняють зміни у ставленні партнерів один до одного.

У низці досліджень зафіксовано, що порушення розвитку дитини спричинює значний стрес, низький рівень задоволення шлюбними стосунками (Fidler D. et al. [46]); зумовлює виникнення ризику розлучення між партнерами (Hartley S. et al. [47]).

У процесі дослідження було виокремлено **низку тих потреб, які є важливими для шлюбних партнерів**, а саме: потреба в любові, підтримці, близькості, піклуванні з боку партнера, а також матеріальні та сексуальні потреби. Ці потреби є спільними для чоловіків та жінок. Систематична фрустрація потреб

чоловіків та жінок зумовлює накопичення напруження та поступово спричинює руйнацію взаємин у цій підсистемі.

Група потреб у батьківсько-дитячій підсистемі

Батьківська підсистема (мати-дитина, батько-дитина) – підсистема, яка об'єднує тих членів сім'ї, що виконують батьківські функції: дбають про виховання, розвиток та соціалізацію дітей.

1. Потреба в правдивій інформації щодо розвитку дитини. Поява дитини з особливими потребами вимагає від сім'ї додаткових ресурсів щодо здійснення відповідного догляду та виховання. Відповідно в батьків посилюється потреба в інформуванні щодо різних аспектів життєдіяльності особливої дитини.

2. Потреба в адаптації та прийнятті ролі «батьки особливої дитини». Поява дитини з особливими потребами кардинально змінює звичний спосіб життя сім'ї. Потреба в адаптації та прийнятті ролі «батьки особливої дитини» виявляється в усвідомленні реальної ситуації; готовності до взаємодії з дитиною; модифікації очікувань та перспектив планування майбутнього відповідно до діагнозу та стану дитини; знаходження оптимального балансу між батьківською роллю та іншими ролями чоловіка/жінки; вибудовуванні спільної стратегії розвитку дитини зі спеціалістами, які здійснюють супровід.

3. Потреба в знаходженні сенсу власного досвіду. У низці досліджень йдеться про те, що у процесі успішної адаптації батьків до ситуації та своєї ролі виокремлюються також позитивні моменти (Taunt H. & Hastings R. [48]; Neely-Barnes S. & Dia D. [49]). Батьки можуть трансформувати власний негативний досвід у позитивний шляхом знаходження тих позитивних аспектів, які відбулися через появу в сім'ї дитини з порушеннями розвитку.

4. Потреба у прийнятті суспільством особливої дитини. Прийняття дитини з особливими потребами оточуючими людьми – це активний процес усвідомлення та адекватного ставлення до обмежень особистості (тобто до того, що людина не може змінити); визнання багатоваріантності та «інакшості» форм існування. Незважаючи на активне розгортання процесів інклюзії та фізичну інтеграцію цієї категорії дітей у суспільне життя, все ж таки спостерігається

низький рівень повноцінної соціальної інтеграції (Abbott S. & McConkey R. [50]; Wilson M. & Scior K. [51]).

5. Потреба в підтвердженні змін/динаміки розвитку дитини. Дитина з особливими потребами має індивідуальну траєкторію розвитку. Досить часто в такої дитини спостерігаються не настільки яскраві та помітні маркери її становлення. Відповідно батьки вкладають неабияких зусиль, щоб підтримати дитину в її дорослішанні. Водночас батькам вкрай необхідно, щоб оточуючі (спеціалісти, родичі, знайомі) здійснювали підтримку і були частиною команди, яка бере участь у розвитку дитини (Pias K. et al. [52]).

Потреби в сиблінговій підсистемі

Сиблінгова підсистема складається з братів та сестер нуклеарної сім'ї. Виокремлено три специфічні потреби братів/сестер дитини з особливими потребами.

1. Потреба в увазі та любові з боку батьків. Варто розуміти, що брати й сестри дітей із особливими потребами самі можуть мати особливі потреби в зв'язку тією сімейною ситуацією, що склалася. Відповідно батьки мають налаштуватися на індивідуальні потреби здорових дітей, вчасно реагувати та знаходити оптимальні шляхи їх задоволення.

2. Потреба в інформуванні щодо сомато-психологічних особливостей особливої дитини. На різних стадіях онтогенезу брати/сестри осіб із порушеннями розвитку потребують різнобічної інформації. Причому ця інформація має бути адекватною запитанню і віку дитини, чіткою, лаконічно, правдивою.

3. Потреба в розподілі обов'язків відповідно до віку сиблінгів. Дослідження засвідчують, що в сім'ях, яка виховує дитину з особливими потребами, стосунки між сиблінгами є більш дорослими (Stoneman Z. et al. [53]). Це брати/сестри (незалежно від віку) більше піклуються й несуть відповідальність за дітей із певними порушеннями розвитку.

4.2. Системний підхід у діагностиці дітей із особливими потребами

Програма констатувального експерименту розроблена відповідно до загальної мети та завдань дослідження.

Мета емпіричного дослідження: виявити особливості прояву різновидів потреб дитини, яка має вади розвитку.

Досягнення мети передбачало виконання наступних **завдань**:

- 1) визначення основних методичних аспектів дослідження;
- 2) підбір психодіагностичного інструментарію та реалізацію емпіричного дослідження;
- 3) кількісну та якісну інтерпретацію отриманих емпіричних даних з використанням методів математичної статистики (кореляційний аналіз з визначенням коефіцієнту кореляції r-Пірсона);
- 4) окреслення тенденцій формування особливих потреб дітей з психофізичними вадами з урахуванням важливих соціально-психологічних факторів.

Структура емпіричного дослідження представлена трьома відносно самостійними діагностичними блоками:

- 1) психодіагностика різновидів особливих потреб дитини;
- 2) опитування батьків дітей з психофізичними особливостями щодо прояву найбільш значущих потреб;
- 3) вивчення специфіки потреб сім'ї, яка виховує дитину з особливостями розвитку.

Терміни проведення емпіричного дослідження: жовтень 2018 р. – березень 2019 р.

У дослідженні взяли участь **209 респондентів**: 84 дитини з особливими потребами віком 7-11 років; 84 сім'ї, які виховують дітей із психофізичними особливостями розвитку (82 мами та 52 тата).

Зважаючи на особливості досліджуваного феномену, а саме на його системність, динамічність і рівневу структуру, емпіричне дослідження

передбачало використання комплексу психодіагностичних процедур, спрямованих на:

- визначення потреб дітей із психофізичними особливостями, які найбільш гостро виражені;
- окреслення кола потреб дітей даної категорії, що визначаються у процесі взаємодії з ними їхніми батьками;
- диференціація потреб сімей, які виховують дітей із особливими потребами;

Емпіричне дослідження передбачало збір якісних і кількісних даних, що були реалізовані у конкретних дослідницьких методах і методиках.

У психодіагностичній роботі було застосовано метод анкетування – **авторські опитувальники:**

- 1) анкета для дітей із вадами психофізичного розвитку «**Мої потреби**» (для дітей 7-11 років зі збереженим інтелектом) (додаток С);
- 2) анкета для батьків «**Потреби дитини та особливості її прояву**» (у 2 частинах) (додаток С);
- 3) анкета для подружжя «**Актуальні потреби сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами**» (додаток С);
- 4) анкета для братів / сестер дитини, яка має особливі потреби «**Актуальні потреби моєї сім'ї**» (додаток С).

З метою вивчення особливостей прояву потреб дитини з психофізичними особливостями розвитку з грудня 2018 р. по лютий 2019 р. проводилося опитування батьків дітей даної соціальної категорії із застосуванням анкети «Потреби дитини та особливості їх прояву» (дана анкета має 2 частини, які заповнюються респондентами на основі самооцінки значущості потреб). До анкетування залучено сім'ї, які виховують дітей з функціональними порушеннями молодшого шкільного віку. Важливою умовою для участі респондентів визначено збереженість інтелекту дітей з особливими потребами. Опитування проводилося анонімно, з використанням електронних засобів діагностики (на електронних носіях / використано спеціально розроблену googl-форму).

Таблиця 1.11

Загальні відомості про учасників анкетування, спрямованого на вивчення потреб дітей із психофізичними особливостями розвитку

<i>Відомості про респондентів</i>	<i>Кількість осіб</i>	<i>У %</i>
<i>Загальна кількість опитаних батьків:</i>	134	100%
Кількість опитаних мам:	82	61,2%
Кількість опитаних тат:	52	38,8%
<i>Освіта батьків:</i>		
Середня спеціальна освіта:	91	67,9%
Вища освіта:	43	32,1%
<i>Склад сім'ї</i>		
Повна	50	59,5%
Неповна	34	40,5%
<i>Матеріальне забезпечення сім'ї</i>		
Матеріально забезпечені	49	58,3%
Наявні гострі матеріальні потреби	35	41,7%
<i>Стать дитини з особливими потребами, яка виховується в сім'ї</i>		
Чоловіча	62	73,8%
Жіноча	22	26,2%
<i>Загальна кількість дітей в сім'ї</i>		
Одна дитина / має особливі потреби	32	38,1%
Двоє дітей / одна з яких має особливі потреби	51	60,7%
Троє дітей / одна з яких має особливі потреби	1	1,2%
<i>Форма навчання дитини з особливими потребами</i>		
Інклюзивний клас	64	76,2%
Звичайний клас	12	14,3%
Індивідуальне навчання	8	9,5%

Анкета «Потреби дитини та особливості їх прояву» складається із двох частин: у першій частині досліджується коло потреб, пов'язаних із функціонуванням дитини у мікросистемі та мезосистемі; у другій – сила прояву / значущість потреб дитини з психофізичними порушеннями розвитку, пов'язаних із мікро-, мезо-, екзо- та макросистемою. При опрацюванні результатів діагностики увагу було зосереджено на кожній потребі зокрема та на підгрупах потреб загалом.

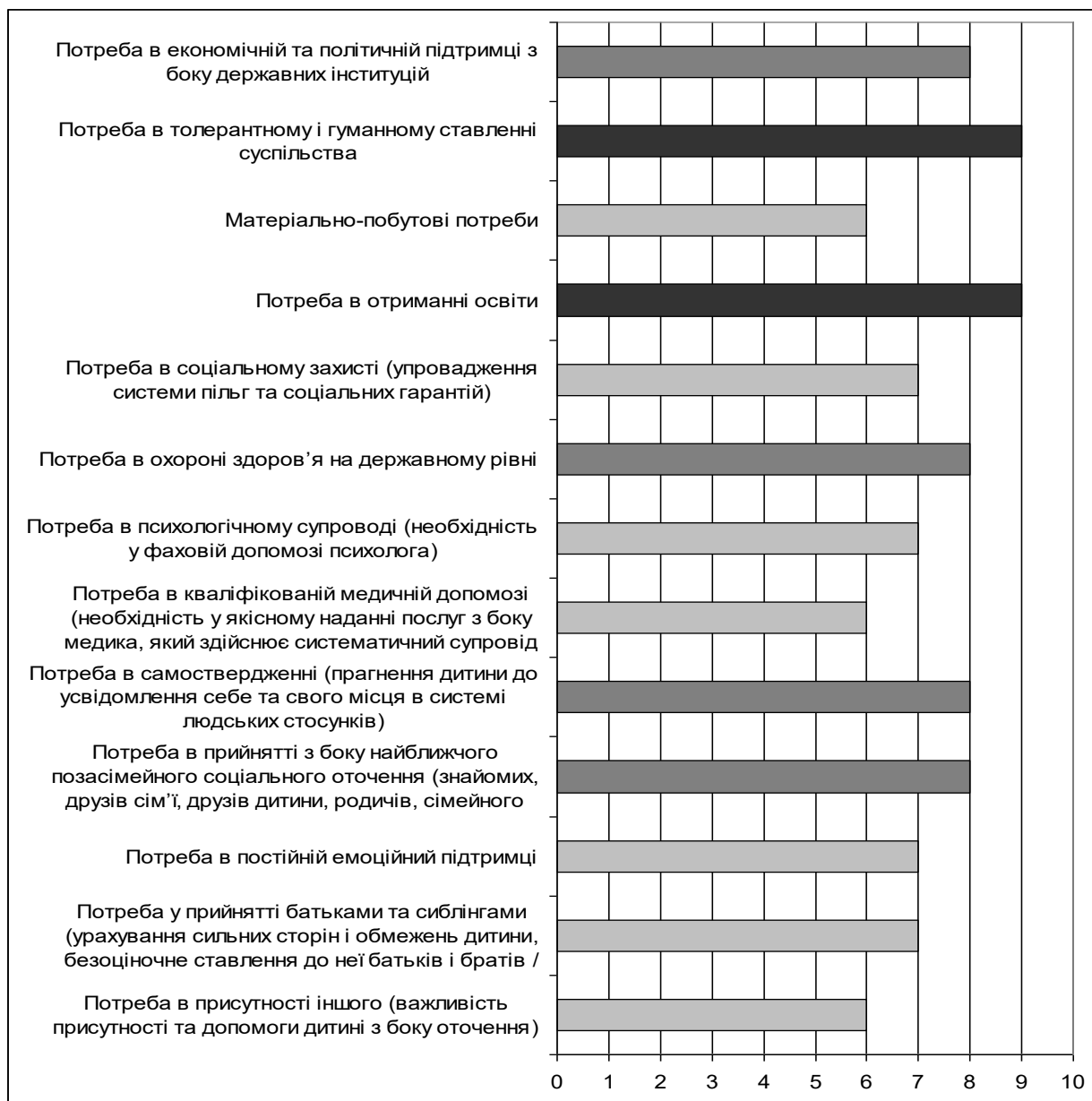


Рис. 1.4. Узагальнені дані щодо актуальності потреб дітей із психофізичними обмеженнями

Як видно з рис. 1.4, найбільш вираженими потребами дітей серед різних підсистем є потреба в отриманні освіти та толерантному ставленні суспільства. До певної міри це є свідченням того, що процес інклюзії на сьогоднішній день ще не достатньо інтегрований в практику суспільного життя. Наразі діти потребують отримання гідної освіти з урахуванням їх специфічних потреб. Домінування потреби в толерантному ставленні суспільства свідчить про те, що здебільшого спостерігається декларативне й формальне ставлення до дітей із особливими

потребами. Толерантність – це загальнолюдська цінність у міжособистісних стосунках, «неагресивна, конструктивна поведінка стосовно іншої людини на основі відкритості у відносній незалежності від дій іншого» (Павленко, Мельничук, 2014).

Для визначення найбільш актуальних потреб сімей, які виховують дітей із особливими потребами, було застосовано **метод експертної оцінки** – опитування групи експертів. Експертами у даному дослідженні виступили 20 провідних фахівців: 12 психологів і 8 соціальних працівників, які мають вагомий досвід соціально-психологічного супроводу даної категорії сімей. Досвід їх практичної роботи у середньому становив 16,5 років. Експертна оцінка здійснювалася в м. Миколаєві (Україна).

Процедура дослідження передбачала 3 етапи:

1) виокремлення експертами переліку потреб сімей дітей із особливими потребами, які найчастіше проявляються у роботі з різними сімейними підсистемами: індивідуальною, подружньою, батьківсько-дитячою, сиблінговою;

2) ранжування експертами виявлених сімейних потреб за фактором значущості для сімей, які виховують дитину з особливостями психофізичного розвитку;

3) визначення узгодженості думок експертів – розрахунок коефіцієнту конкордації (М. Кендала).

Формула розрахунку коефіцієнту конкордації наступна:

$$w = 12 * S / m^2 * (n^3 - n),$$

де m – це кількість експертів у групі, n – число факторів (потреб), S – сума квадратів відхилень від середнього арифметичного).

Коефіцієнт конкордації визначається в межах від 0 до 1: якщо думки експертів повністю протилежні – він дорівнює 0, якщо вони узгоджуються, то значення коефіцієнту має бути більше за табличне для рівня значимості $p \leq 0,05$. За результатами підрахунків коефіцієнту Кендала його значення ($W=0,982$) перевищує табличне ($W=0,1035$) для рівня значимості 0,05, що свідчить про

високий показник узгодженості думок експертів щодо актуальних потреб сімей дітей із особливими потребами (табл. 1.12).

Таблиця 1.12

Обчислення коефіцієнту конкордації за результатами опитування експертів

№ п.п	Експерти (досвід) / Потреби сімей дітей із особливими потребами	Σ	\bar{X}	Відхилення від \bar{X}	S	W
1	2	3	4	5	6	7
1	Потреба в правдивій інформації щодо розвитку дитини для батьків	29	189,9	-160,9	25903,1	0,982
2	Потреба в матеріальній підтримці з боку партнера	47		-142,9	20433,1	
3	Потреба в підтримці з боку партнера	47	189,9	-142,9	20433,1	0,982
4	Потреба в психологічній підтримці (індивідуальній)	80		-109,9	12087,8	
5	Потреба щодо підтвердження змін у розвитку дитини	104		-85,9	7386,4	
6	Потреба у прийнятті суспільством дитини	117		-72,9	5320,9	
7	Потреба в наявності особистого простору	139		-50,9	2595,3	
8	Потреба в любові з боку партнера	160		-29,9	896,7	
9	Потреба в адаптації та прийнятті ролі «батьки особливої дитини»	182		-7,9	63,1	
10	Потреба в піклуванні з боку партнера	201		11,1	122,2	
11	Потреба в розподілі обов'язків у сиблінговій підсистемі	218		28,1	787,1	
12	Потреба у знаходженні сенсу батьківського досвіду	238		48,1	2309,3	
13	Потреба в піклуванні щодо власного Я	265		75,1	5633,3	
14	Потреба в інформуванні щодо сомато-психологічних особливостей особливої дитини для сиблінгів	278		88,1	7753,8	
15	Потреба в відреагуванні негативних емоцій	295		105,1	11036,7	
16	Потреба в близькості з партнером	326		136,1	18511,1	

Продовження таблиці 1.12

17	Потреба здорових сиблінгів в увазі та любові з боку батьків	342	152,1	23120,9
18	Сексуальні потреби у подружній підсистемі	351	161,1	25938,9

У результаті проведення дослідження, крім виокремлення груп актуальних потреб сімей, які виховують дитину з особливими потребами, ми визначили ступінь виразності цих потреб: найбільш виражені потреби (часто обговорюються), потреби з відносною вираженістю (частково обговорюються) та приховані потреби (замовчуються та ігноруються). Ці групи окреслено на основі ранжування потреб експертами. Окреслення сутності зазначених вище потреб у певній мірі визначає напрямки роботи фахівців щодо здійснення якісного соціально-психологічного супроводу сімей дітей з особливими потребами. Так, спеціаліст має розуміти, що за межами більш «виразних» для сім'ї потреб знаходиться ще низка інших, не менш важливих.

Ті потреби, які часто обговорюються в колі сім'ї чи зі спеціалістами здебільшого стосуються батьківської підсистеми. Вони усвідомлюються членами сім'ї та зумовлюють їх рух у напрямку задоволення цих потреб. Ті потреби, які обговорюються тільки частково, здебільшого стосуються інших підсистем і не настільки привертають увагу дорослих членів сім'ї. Відповідно, вони можуть частково усвідомлюватися й задовольнятися. Група потреб, які експертами було віднесено до категорії «Замовчуються або ігноруються» – це ті потреби, які не є виразними, усвідомленими членами сім'ї. Хоча вони є важливими для психологічного здоров'я кожного члена родини, проте на них не звертають увагу, ігнорують, замовчують (рис.1.5.).

Відтак соціально-психологічний супровід має бути спрямовано на допомогу членам сім'ї у пошуку оптимальних шляхів задоволення тих потреб, які усвідомлюються; підтримку членів сім'ї та допомогу у процесі усвідомлення групи потреб, які частково обговорюються або взагалі замовчуються.



Рис. 1.5. Ступінь виразності потреб сімей, які виховують дитину з особливими потребами

Відтак соціально-психологічний супровід має бути спрямовано на допомогу членам сім'ї у пошуку оптимальних шляхів задоволення тих потреб, які усвідомлюються; підтримку членів сім'ї та допомогу у процесі усвідомлення групи потреб, які частково обговорюються або взагалі замовчуються.

Частина 2

5. Алгоритм психологічного супроводу осіб із особливими потребами в межах хронопсихологічного та системного підходів

5.1. Розробка моделі «хронопсихологічного профілю особистості з особливими потребами»

Запропонований алгоритм хронопсихологічного прогнозування та отримані результати дослідження дозволили побудувати модель «хронопсихологічного профілю особистості з особливими потребами» хворих на психосоматичні захворювання органів серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи (рис 2.1).

Типологія особистості	Умовні позначення	Інтерпретація
Хронотип:	Хт	
Визначається методом відтворення часу на слух з точністю до 0,001с	Співвідношення відтвореного проміжку часу до запропонованого	Безмірний константний показник часової спрямованості індивіда
Фазова сингулярність	Фс	«С-періодичність» загострення хвороби
Психотип:	Пс	
Базове емоційне забарвлення	БЕ	Домінуючий емоційний стан
Характеристики темпераменту	ХТ	Властивості екстраверсії, ригідності, темпу реакцій, активності, емоційної збудливості
Рівень суб'єктивного контролю	РСК	Екстернальність-інтернальність
Тип поведінки у конфлікті	ТК	Переважаючий тип поведінки у конфліктній ситуації
Властивості особистості	ВО	Домінуючий тип поведінки
Соматотип:	Ст	
Схильність до суміжних нервово-психічних розладів	СНПР	«Місце найменшого опору» - найбільш гострий прояв розладів
суб'єктивна виразність болю	СВБ	Часове розгортання виразності болю та узгодженість ступеня із тривалістю біологічного циклу життя індивіда

Рис. 2.1. Загальна структура моделі «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні захворювання

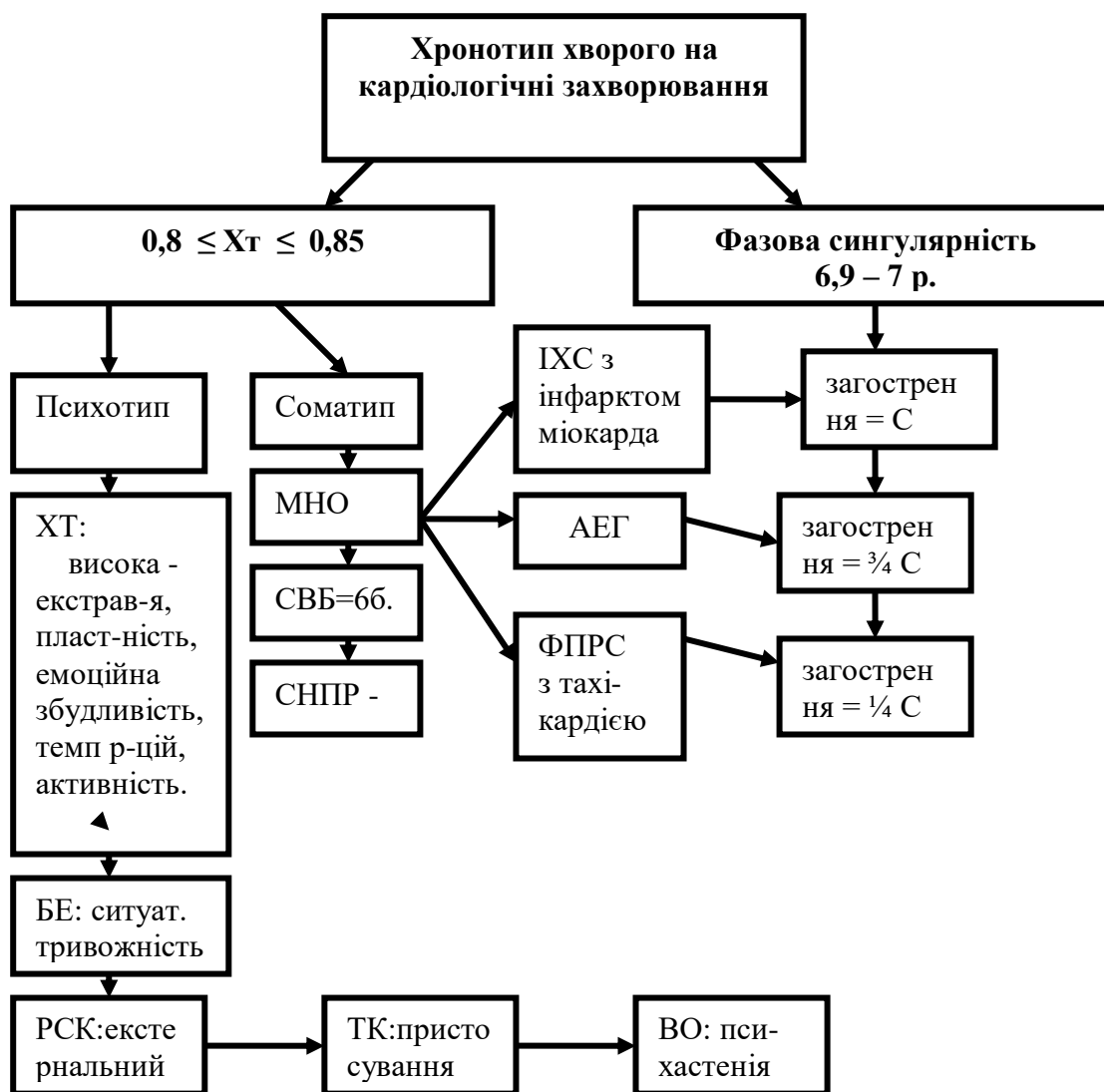


Рис.2.2. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості з особливими потребами» хворих на кардіологічні захворювання

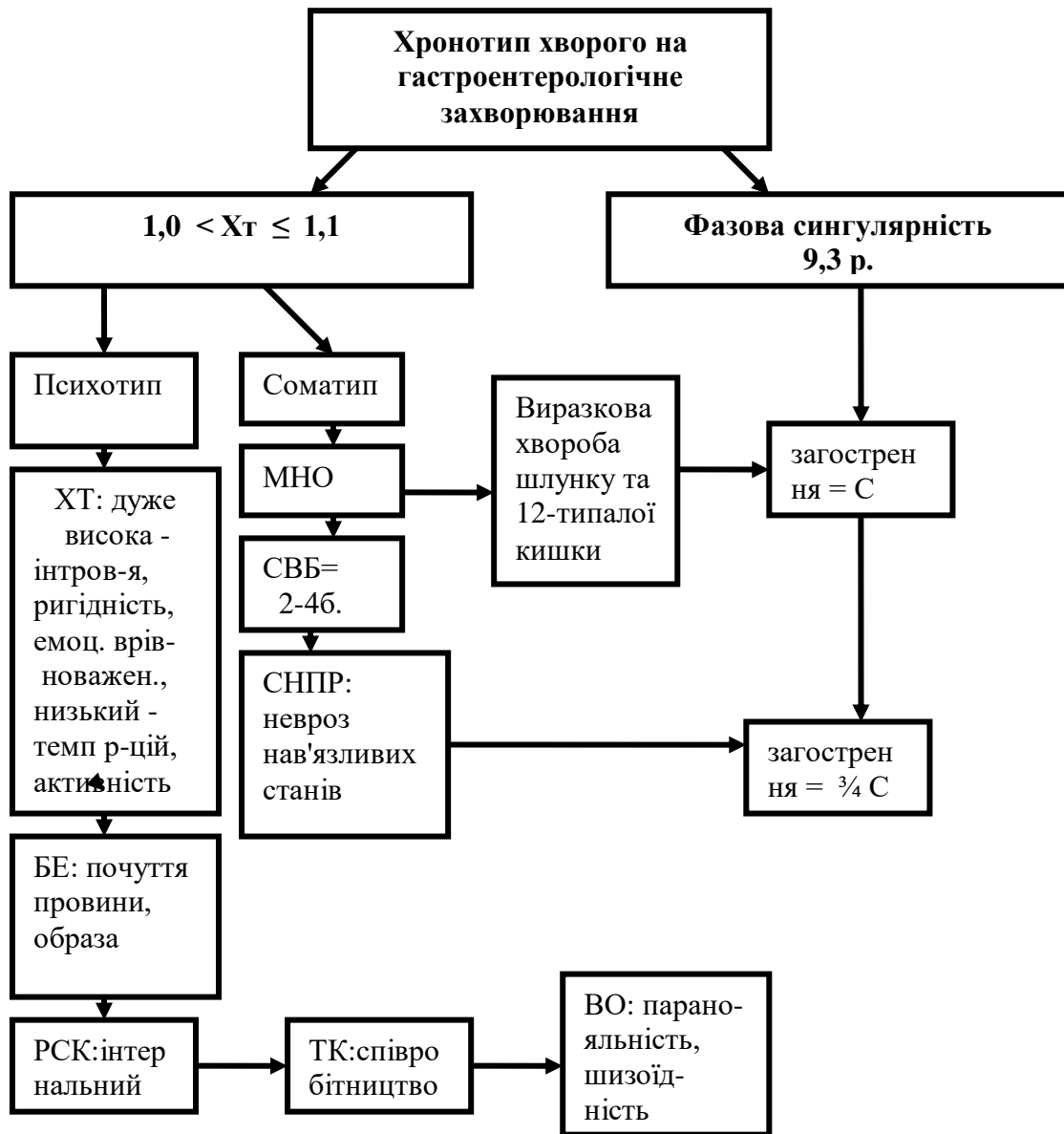


Рис.2.3. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості з особливими потребами» хворих на виразкову хворобу шлунку та 12-ти палої кишки

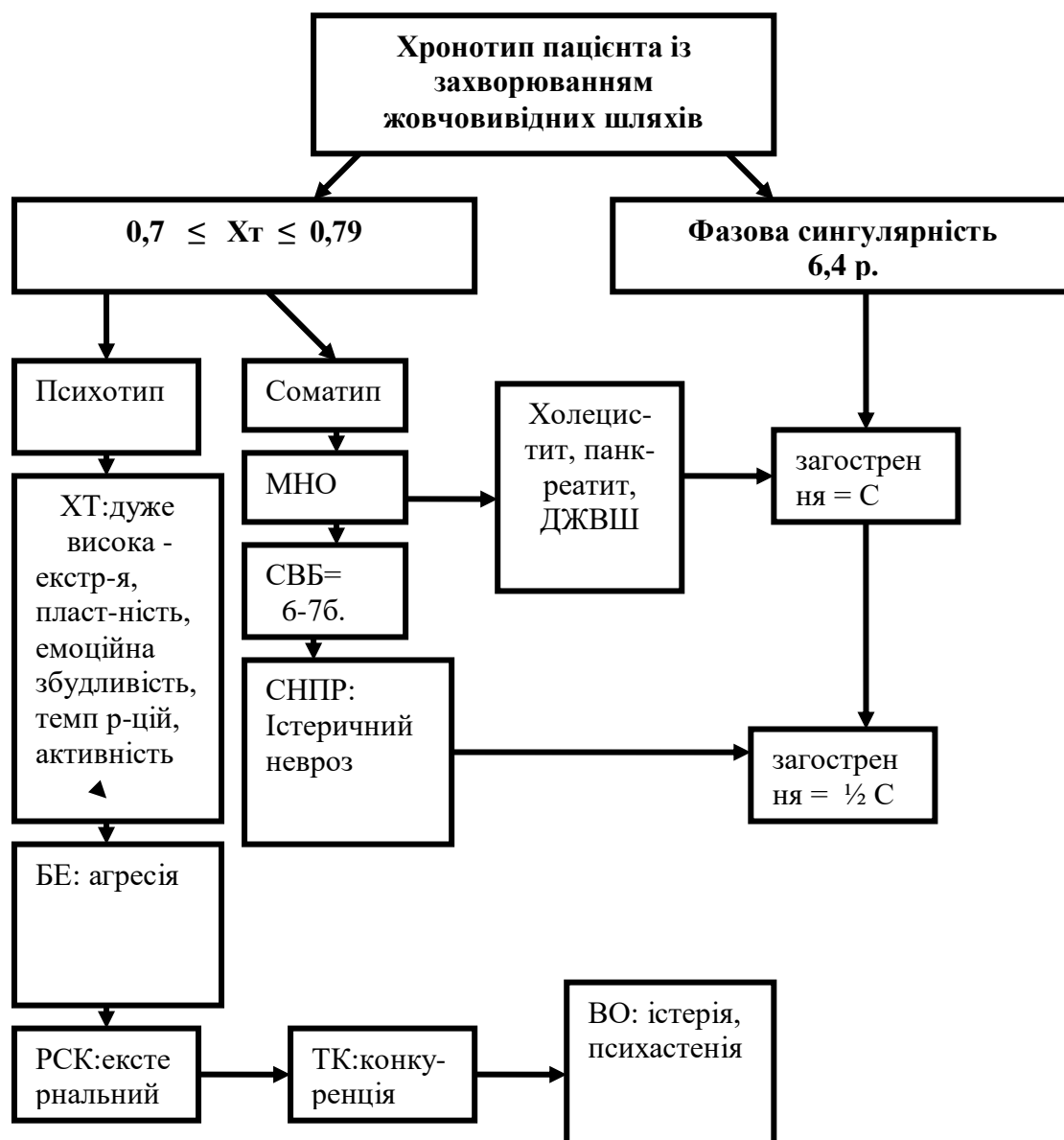


Рис. 2.4. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості з особливими потребами» хворих на захворювання органів жовчовивідних шляхів

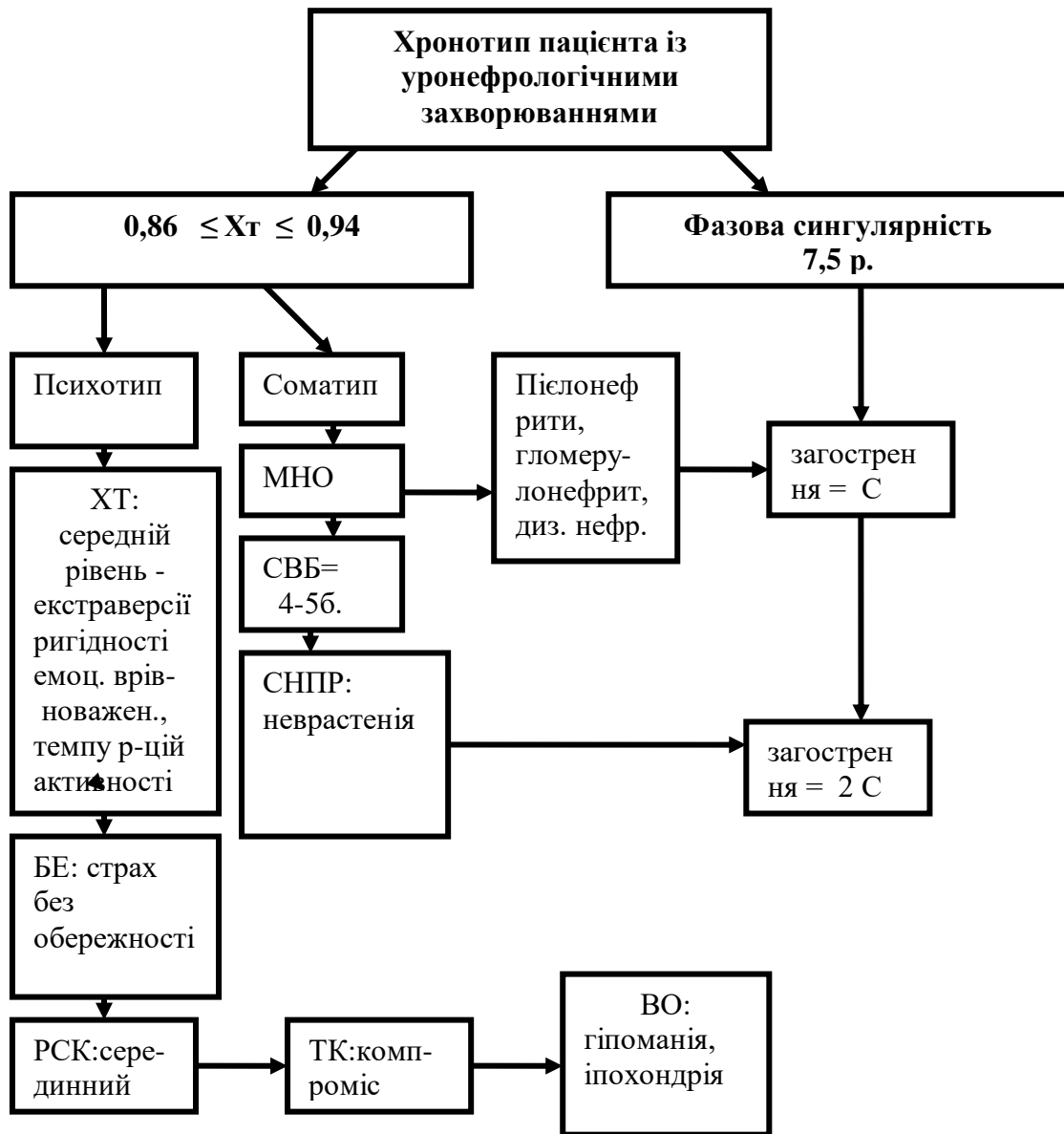


Рис. 2.5. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості з особливими потребами» хворих на уронефрологічне захворювання

5.2. Алгоритм загального розвитку емоційно-вольової сфери осіб із особливими потребами

В ході дослідження, були з'ясовані особливості емоційно-вольової сфери дітей шкільного віку, а саме:

- **Здорові діти.** Позиція дошкільника, школяра; реакції адекватні; адекватна самооцінка; дотримуються вимог; багаті емоції, стійкий настрій.

- *Діти із затримкою психічного розвитку.* Позиція дошкільника; самооцінка занижена; інфантильні прояви поведінки; слабо дотримується вимог; яскраві і виразні емоції; періодична зміна настрою.

- *Розумово відсталі діти.* Позиція дошкільника; реакції часто неадекватні; неадекватна самооцінка; слабо дотримується вимог; емоції бідні; настрої нестійкі.

- *Діти із вадами слуху.* Неадекватна самооцінка; слабо дотримуються вимог; реакції інколи неадекватні; емоції виразні; періодична зміна настрою.

- *Діти із вадами зору.* Неадекватна самооцінка; переважають негативні емоції; емоції виражають у звуках та виразних рухах; труднощі у дотриманні вимог.

- *Діти із ДЦП.* Уповільнені мимічні реакції; підвищена емоційна збудливість; занижена самооцінка; лабільність настрою.

Найбільш доступними для дітей з особливими освітніми потребами є театралізовані ігри.

Театралізовані ігри завжди радують, часто смішать дітей, користуються у них незмінною любов'ю. За що? Діти бачать навколишній світ через образи, фарби, звуки. Малюки сміються, коли сміються персонажі, сумують, засмучуються разом з ними, можуть плакати над невдачами улюбленого героя, завжди готові прийти до нього на допомогу. Під час таких ігор діти відчують себе розкуто, вільно.

Театралізовані ігри допомагають зрозуміти інший світ, світ емоцій, переживань. Дозволяють дитині вирішувати багато проблемних ситуацій опосередковано, тобто від імені будь-якого персонажа. Це допомагає подолати боязкість, пов'язану з труднощами спілкування, невпевненістю в собі.

Для того, щоб театралізована діяльність була потужним засобом розвитку емоційної стійкості необхідні певні умови.

- Педагог всіляко зобов'язаний заохочувати виконавську творчість, розвивати у дітей здатність вільно і розкуто триматися при виступі, спонукати до імпровізації. У театралізованій грі кожен її учасник проявляє свою

ініціативу, свої бажання і уявлення. Але від кожного потрібно і вміння узгоджувати свої дії з діями інших учасників, з певними правилами.

- Одним з основних умов залучення дітей в театралізовану діяльність-емоційне ставлення педагога до всього того, що відбувається. Ні в якому разі не можна застосовувати ніякого тиску, порівняння, оцінки, осуду. Навпаки, необхідно надати дітям можливість висловитися, проявити внутрішню активність.

- Педагог повинен строго стежити за тим, щоб своєю акторською активністю і розкутістю не подаючи боязкого дитини, не перетворити його тільки в глядача або виконавця волі педагога. Не можна допускати, щоб діти боялися вийти «на сцену», боялися помилитися. Педагог повинен добре знати кожну дитину, щоб зрозуміти, що і як він відчуває, слухаючи будь-яке твір, а потім висловлює свої почуття на майданчику.

При організації та проведенні театралізованих ігор необхідно виділяти підготовчий і основні етапи.

На підготовчому етапі необхідно вивчити методичну літературу, а також створити необхідне предметно-розвиваюче середовище (створити «куточок театру»). Він сприяє встановленню більш тісного контакту між педагогом і дитиною. У цьому куточку необхідно мати різні види театру, ляльки з різних матеріалів, казкові атрибути, декорації. В результаті правильно організованої предметно-розвиваючого середовища, де весь матеріал для театралізації знаходиться в доступному місці, діти в будь-який вільний для них час могли грати з різними атрибутами, перетворюватися в різних героїв.

Основний етап - це робота з театралізованими іграми: ігри-драматизації та режисерські ігри.

Дитина включаючись в ігрову діяльність, відповідно своїм здібностям і можливостям, може перебувати у таких образах: дитина - «режиссер»; дитина - «актор»; дитина - «глядач»; дитина - «оформлювач» - «декоратор».

Дитина - «режисер» – має добре розвинену пам'ять і уяву, це дитина-ерудит, що володіє здібностями швидко сприймати літературний текст, переводити в ігровий постановочний контекст. Він цілеспрямований, володіє

прогностичними, комбінаторними (включення в хід дії віршів, що театралізується, пісень і танців, імпровізованих мініатюр, комбінування декількох літературних сюжетів, героїв) і організаторськими здібностями (ініціює гру-драматизацію, розподіляє ролі, визначає «сцену» і сценографію відповідно до літературного сюжету, керує грою-драматизацією, її розвитком, регламентує діяльність решти учасників спектаклю, доводить гру до кінця).

Дитина - «актор» – наділений комунікативними здібностями, легко включається в колективну гру, процеси ігрової взаємодії, вільно володіє вербальними і невербальними засобами виразності і передачі образу літературного героя, не зазнає труднощі при виконання ролі, готовий до імпровізації, уміє швидко знайти необхідні ігрові атрибути, що допомагають точніше передати образ, емоційний, чутливий, має розвинену здатність самоконтролю (слідкує за сюжетною лінією, грає свою роль до кінця).

Дитина - «декоратор» – наділений здібностями образної інтерпретації літературної основи ігри, які виявляються в прагненні зобразити враження на папері. Він володіє художньо-образотворчими уміннями, відчуває колір, форму в передачі образу літературних героїв, задуму твору в цілому, готовий до художнього оздоблення спектаклю через створення відповідних декорацій, костюмів, ігрових атрибутів і реквізиту.

Дитина - «глядач» – володіє добре розвиненими здібностями рефлексій, йому легко «брати участь в грі» з боку. Він наглядний, володіє стійкою увагою, творчо співпереживає грі-драматизації, любить аналізувати спектакль, процес виконання ролей дітьми і розгортання сюжетної лінії, обговорювати його і свої враження, передає їх через доступні йому засоби виразності (малюнок, слово, гру).

2.2. Умови проведення корекційно-розвивальної програми розвитку емоційно-вольової сфери осіб з особливими потребами

Програма «Корекція емоційно-вольової сфери» розрахована на молодший підлітковий вік (5-6 класи) школярів із порушеннями опорно-рухового апарату та

призначена для психологів, реабілітологів, вчителів-дефектологів. Основні завдання корекційно-розвивальної програми спрямовані на: ознайомлення дітей з різними емоційними станами; оволодіння прийомами, що допомагають долати негативні емоційні реакції; підвищенню впевненості в собі і формуванню позитивної самооцінки; формуванню та розвитку «Я-концепції»; розвитку та корекції комунікативних навичок; оволодінню релаксаційними та дихальними техніками для зміцнення психологічного здоров'я.

Принципи побудови роботи за корекційною програмою

- Принцип добровільної участі дитини у виконанні завдань. Якщо дитина вперто не хоче брати участь у будь-якій діяльності, не слід її примушувати. Вона спостерігає за ходом заняття, або займається цікавою справою. І не заважає іншим.
- Принцип творчого співробітництва. Він передбачає психологічну захищеність від критики, підтримання творчої активності, створення умов для її прояву.
- Принцип саморозкриття. Забезпечення можливості виявляти переживання, справжні почуття, висловлювати думки. Особисті проблеми дитини обговорюються наодинці.
- Принцип індивідуального підходу. Врахування особливостей і реальних досягнень учня, ступеня відкритості у спілкуванні.
- Принцип коректної педагогічної оцінки. Вербальна оцінка не особистості учня, а його дій і результатів. Виявлення зацікавленого й поважного ставлення до того, що учень сказав, намалював, зробив.
- Принцип доброзичливості однокласників. Усі стосунки між дітьми мають бути приязними, будь-які передумови завдання комусь із учнів психічних травм неприпустимі.

Організація роботи

Дана програма розрахована на роботу з учнями основної школи (5-6 класи) в період з вересня по травень включно. Передбачається, що заняття проводитимуться один раз на тиждень підгрупами 4-6 осіб., тривалістю 45хв. На

певних етапах роботи дві підгрупи, на які поділяється клас, об'єднуюватимуться, що забезпечить збереження цілісності класу та його розвиток. Кожне заняття традиційно починається з процедури привітання «Вітаю всіх!», яка не тільки сприяє згуртуванню дітей, а й налаштовує їх на позитивну взаємодію. Наступна обов'язкова вправа позначена як «Відчуй моє тепло» яка налаштовує групу на спільну діяльність. Закінчується кожне заняття ритуалом прощання: вправа «Посмішка» - вона надає дітям можливість обмінятися позитивними емоціями, поділитися своїм настроєм, відчутти, що відбулося з кожним з них протягом зустрічі, які емоції переживаються і вправа: «До побачення!» Заняття за даною програмою базуються на врахуванні індивідуальних особливостей дітей, з урахуванням можливостей дітей відповідно діагнозів та рівня розумового розвитку, з урахуванням даних діагностичного обстеження учнів в руслі запропонованої програми (проводиться на перших двох заняттях), специфіки навчання в освітньому закладі типу «Спеціальна школа-інтернат для дітей з вадами опорно-рухового апарату».

Мета: корекція емоційних порушень дітей з особливими потребами, сприяння особистісному зростанню і самовизначенню особистості дитини, а саме, подоланню дитиною емоційних, поведінкових і комунікативних проблем. Створення умов для усвідомлення власних переживань, зрозуміння причин що їх викликають. Розвиток емоційної регуляції поведінки. Розвиток уміння відображати власні емоції та усвідомлювати емоції оточуючих.

Завдання корекційної програми:

1. Ознайомлення дітей з різними емоційними станами.
2. Оволодіння прийомами, що допомагають долати негативні емоційні реакції.
3. Формування та розвиток «Я-концепції» особистості дитини.
4. Сприяти підвищенню впевненості в собі, формувати позитивну самооцінку дитини.
5. Розвиток та корекція комунікативних навичок.
6. Оволодіння релаксаційними та дихальними техніками для зміцнення психологічного здоров'я.

Структура та зміст програми

Етапи реалізації програми: Програма розрахована на 2 години діагностичних та 34 годин практичних занять, всього 36 години.

1. Діагностичний блок. (2 год.)
2. Корекційно-розвивальний блок. (34 год.)

Перелік психодіагностичних методик:

1. «ДАТ»
2. Тест Люшера.
3. Тест на визначення рівня тривожності Філіпса
4. Проективні методики: «Дім. Дерево. Людина», «Неіснуюча тварина», «Моя сім'я».
5. Методика «Дерево з чоловічками» автор: Піп Вілсон (PipWilson).

Під час роботи із групою дітей з психофізичними порушеннями слід враховувати:

1. Різний темп роботи і динаміку наростання втоми.
2. Врахування індивідуальних особливостей пізнавальних процесів.
3. Врахування індивідуальних особливостей самооцінки, ставлення до власного дефекту.
4. Орієнтація на індивідуальні особливості емоційно-вольової сфери дитини.
5. Врахування індивідуальних потреб та інтересів дітей.
6. Врахування особливостей характеру.

Елементи формування емоційно-вольової сфери:

- Ознайомлення дітей з поняттями «емоції», «настрій», «інтонація».
- Розширювати знання про емоції та почуття.
- Вчити розуміти власні почуття.
- Ознайомити з поняттями «міміка», «пантоміміка».
- Вчити розуміти, правильно передавати мімікою свої емоції та почуття.
- Розвивати вміння описувати свої емоції та почуття.
- Створювати ситуацію емоційного комфорту.

- Розвивати вміння правильно оцінювати себе.
- Підвищувати самооцінку.
- Формувати позитивне ставлення до себе.
- Розвивати вміння правильно оцінювати себе та інших.
- Розвивати здатність до емпатії.
- Виховувати чутливість до емоційного стану інших.
- Розширювати знання дітей про моральні людські якості.
- Формувати морально-етичні уявлення та адекватні форми поведінки.
- Створювати позитивний настрій.
- Зниження емоційного напруження.
- Навчати прийомів само релаксації.
- Розвивати уяву, фантазію.
- Тренувати психомоторні функції.
- Вчити долати замкнутість, пасивність, страх.

Рекомендації щодо формування та розвитку емоційно-вольової сфери дітей з особливими потребами:

1. В річному плануванні передбачати здійснення корекції емоційно-вольової сфери дитини.
2. Створити необхідні умови для розвитку емоційно зрілої, впевненої у своїх силах, цілеспрямованої особистості.
3. Під час здійснення корекційно-розвивальної роботи дотримуватись умов проведення занять.
4. При складанні програм корекції та створення корекційно-реабілітаційного простору враховувати особливості емоційно-вольової сфери дітей з різними функціональними порушеннями, рівень прояву емоційно-поведінкових реакцій.
5. Активізувати процес самопізнання, бажання розібратись у власних емоціях, почуттях, поведінці шляхом здійснення корекційно-розвивальної та соціально-перетворювальної роботи щодо формування нових поведінкових

стратегій та навичок особистісного спілкування у групі однолітків та дорослих людей.

6. Створити умови для розвитку емпатійних здібностей, навчити співвідносити їх з відповідною ситуацією.

7. Сприяти розвитку в дитини свого внутрішнього емоційного світу і вміння володіти власними емоціями та поведінкою, формуючи навички рефлексії та самоаналізу.

8. Своєчасно виявляти учнів, які потребують додаткової психологічної підтримки з урахуванням індивідуальних особливостей та психофізичного стану.

9. Формувати в учнів навички та вміння зняття психомоторного напруження, прийомів саморозслаблення.

10. Формувати нові поведінкові стратегії та навички особистісного спілкування у групі однолітків та дорослих людей.

11. Забезпечити належну узгоджену взаємодію педагогів, вихователів, батьків, дитини у формуванні емоційно зрілої, соціально адекватної особистості шляхом проведення спільних занять, залучення педагогів та батьків у різноманітні соціально-психологічні та виховні заходи.

12. Розробити та впроваджувати комплекс корекційних занять, орієнтованих на формування емоційно-вольової сфери з метою підготовки дітей до самостійного життя в суспільстві.

5.3. Основні напрями системної роботи з сім'ями дітей із особливими потребами

Психологічний супровід сімей, які виховують дитину з особливими потребами – пролонгований вид допомоги сім'ї, сукупність взаємопов'язаних і взаємообумовлених заходів із метою створення оптимального психологічного сімейного мікроклімату для реалізації батьківської функції та гармонійного розвитку дитини як особистості. Цей вид допомоги має два вектори спрямування:

- супровід природного розвитку батьківства чоловіка та жінки та їх підтримка у складних кризових ситуаціях;

- створення умов для розвитку дитини на різних етапах її онтогенезу в умовах сім'ї.

Отже, у процесі психологічного супроводу має відбуватися і робота з батьками, і робота безпосередньо з дитиною.

Сучасні батьки досить часто опиняються в ситуаціях, коли поведінка їх дітей, власні реакції або ситуації взаємодії з різними соціальними інституціями викликають гострі емоційні реакції, непорозуміння, неконструктивні дії тощо. Відтак супровід батьківства має починатися ще з моменту постановки діагнозу дитині й продовжуватися до того часу, поки батьки не відчують власну компетентність та спроможність самостійно обирати найбільш влучну стратегію поведінки в різних життєвих ситуаціях.

На жаль у сучасній психологічній літературі вкрай мало науково-практичних розвідок із теми психологічного супроводу батьківства дітей із особливими потребами. Це пов'язано з багатьма факторами, серед яких провідне місце посідають такі:

- низький рівень психологічної культури в суспільстві;
- практика психологічного супроводу лише починає активно розгортатися в сучасному середовищі;
- бракує досліджень щодо супроводу батьківства на різних етапах розвитку дитини відповідно до специфіки її захворювання;
- батьки звертаються до психолога локально (лише при появі таких ситуацій, які вони не можуть розв'язати самостійно) і систематично не співпрацюють із психологом;
- низький рівень професійної та особистісної зрілості спеціалістів, які здійснюють супровід, що збільшує недовіру суспільства до психологічної допомоги;
- особистісна та соціальна незрілість батьків, що унеможлиблює реалізацію якісного психологічного супроводу.

Розуміючи складність процесу здійснення психологічного супроводу і неможливість узагальнено описати його етапи для всіх ситуацій на різних етапах

батьківства, зазначимо лише акценти в роботі психолога з сім'єю в контексті системного підходу.

Система – це утворення, яке складається з певних елементів, які утворюють між собою певний зв'язок, що дозволяє системі бути цілісною. Елементи сімейної системи в контексті системного підходу називаються підсистемами. С. Мінухін називав підсистеми «холонами» («holos» з грецької мови означає «цілий»; суфікс «он» означає «частина»). У структурному аспекті нуклеарна сім'я включає чотири основні підсистеми: індивідуальну, подружню, батьківську й сиблінгову. Ці підсистемі з'являються в межах сімейної системи послідовно за поданим порядком: першою є індивідуальна підсистема, потім подружня, батьківська та сиблінгова.

Індивідуальна підсистема – підсистема, яка представлена одним членом сім'ї. С. Мінухін та Ч. Фішман зазначають, що «поняття про індивідуальний холон передбачає уявлення про власне «Я» в контексті». У межах сім'ї індивідуальна підсистема завжди розглядається у взаємозв'язку з іншими підсистемами [54].

Подружня підсистема – базис нуклеарної сім'ї. Ця підсистема складається з подружжя – чоловіка й дружини. Основна функція підсистеми – задоволення особистісних потреб партнерів.

Батьківська підсистема (мати-дитина, батько-дитина) – підсистема, яка об'єднує тих членів сім'ї, що виконують батьківські функції, дбають про виховання, розвиток та соціалізацію дітей. У найкращому варіанті батьківська система складається з батька, який виконує татківські функції, та матері, яка реалізовує материнські функції. Втім зустрічаються ситуації, коли в батьківській підсистемі відбувається обмін ролями: мама виконує татківські функції (забезпечує сім'ю, привносить закон і порядок в структуру), а батько реалізовує материнські функції. Крім того, до батьківської підсистеми можуть входити значущі люди, які опікуються дітьми. Зокрема, члени розширеної сім'ї (бабусі, дідусі, родичі); представники соціальних систем (центри психологічної допомоги, церква тощо); знайомі люди тощо.

Сиблінгова підсистема складається з братів та сестер нуклеарної сім'ї. У цю підсистему також входять прийомні та усиновлені діти. Провідна функція підсистеми – це сприяти розвитку навичок взаємодії дітей із однолітками. Саме у стосунках із однолітками дитина розвиває лідерські якості; вчиться домовлятися та, водночас, відстоювати власну позицію; конкурувати; дружити тощо [Я].

Психологічний супровід сімей, які виховують дитину з особливими потребами має здійснюватися з урахуванням усіх підсистем у межах сім'ї. Супровід батьківства має відбуватися в системному форматі не лише на рівні батьківської підсистеми. Ситуації з практичної діяльності підкреслюють той факт, що дисфункції на рівні інших підсистем спричинюють порушення в дитячо-батьківських стосунках. Відтак супровід батьківства до певної міри означає супровід сімейної системи загалом. Розкриємо акценти в роботі психолога, який здійснює супровід.

Робота з індивідуальною підсистемою:

- з'ясування індивідуальних потреб кожного члена сім'ї та визначення шляхів їх задоволення;
- диференціація ролей у межах ідентичності особистості (наприклад, Я-чоловік, Я-батько, Я-футболіст тощо); висвітлення місця та простору для реалізації кожної сторони власної ідентичності;
- усвідомлення, легалізація та диференціація власних психоемоційних станів;
- робота з власними негативними настановами, які заважають життєдіяльності.

Робота з подружньою підсистемою:

- виокремлення ролі «Я-партнер» у межах ідентичності особистості;
- усвідомлення подружніх потреб (У. Харлі виокремлював п'ять базових потреб чоловіків та жінок у діадних взаєминах) та пошук ресурсів для їх реалізації [55];
- інформування партнерів щодо етапів життєдіяльності сім'ї та нормативний сімейних криз;

- легалізація невиявлених емоційно-чуттєвих переживань у межах підсистеми.

Робота з батьківською підсистемою:

- усвідомлення власної батьківської ідентичності; диференціація образів «Я-реальний» і «Я-ідеальний» у структурі батьківської ідентичності;
- узгодження батьківської та материнської стратегії виховання;
- робота з неконструктивними настановами батьків щодо виховання дітей;
- адекватизація уявлень батьків щодо дитини, яка має особливі потреби (заміна та оновлення тих очікувань, які мали місце до народження дитини або появи в неї особливих потреб, на реальні уявлення відповідно до діагнозу та прогнозу подальшого розвитку дитини);
- зміцнення батьківських позицій у стосунках із дитиною;
- допомога в вибудовуванні особистісних меж та правил між батьками та дітьми;
- вербалізація психоемоційних станів батьків; робота з амбівалентними почуттями та емоціями щодо дитини (любов-ненависть; злість-радість); прийняття почуття безсилості як необхідної складової батьківських почуттів;
- допомога у процесі сепарації дитини;
- підтримка у процесі усвідомлення та розподілу ролей у межах сім'ї;
- інформування щодо особливостей перебігу та розмаїття проявів вікових криз;
- визначення позитивної та негативної ролі симптому (неконструктивного емоційно-поведінкового прояву дитини) в сімейній системі;
- сприяння пошуку додаткових ресурсів для батьків (групи підтримки, тренінги, допомога інших фахівців тощо).

Робота з сиблінговою підсистемою:

- робота в напрямку усвідомлення ієрархії та розподілу відповідальності між братами та сестрами;
- з'ясування актуальних потреб кожного члена сиблінгової підсистеми;
- допомога в пошуку конструктивних шляхів задоволення власних потреб;

- обговорення меж та правил взаємодії між сиблінгами;

Запропоновані напрями в роботі психолога, який здійснюватиме психологічний супровід, не є вичерпними й такими, які повністю охоплюють розмаїття проблем у взаємостосунках сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами.

6. Система заходів психологічної реабілітації осіб із особливими потребами та програма психопрофілактики соматичних порушень даної категорії осіб

Реабілітація осіб із особливими потребами із психосоматичними розладами є найважливішим етапом в психологічному супроводі таких категорій людей, їх відновлення та адаптація до соціуму. Ефективність лікування багато в чому залежить від інтенсивності та якості реабілітації, яка стала невід'ємною частиною психологічної допомоги у світовій практиці, проте у вітчизняних умовах представлена не в повному обсязі і потребує освоєння та впровадження. Окрім того, до цього часу не було розроблено програми медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих з урахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів.

У зв'язку з цим, проблема реабілітації: її сутність, специфіка з урахуванням часового фактору своєчасності проведення, як методу психологічної допомоги, є метою виконання заключного етапу алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань.

Загальний зміст психологічної реабілітації психосоматичних хворих осіб із особливими потребами.

Основним лікуванням психосоматичних розладів є медикаментозна терапія. Однак, поряд із фармакологічним та фізіотерапевтичним лікуванням, особлива роль в даний час у світовій практиці відводиться психокорекційній та соціальній роботі з пацієнтом, його сім'єю, родичами і найближчим оточенням, що знижує ризик рецидиву захворювання і суттєво впливає на її якість життя. Психологічна

реабілітація є однією з основних частин в сучасній комплексній програмі допомоги хворим з психосоматичними розладами.

Реабілітаційна діяльність - це організовані взаємодії різних людей в процесі повсякденного виконання програми.

Концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і наступне після хвороби пристосування до життя та праці тощо. Але реабілітація це не тільки вище перераховані напрями, це, перш за все, новий підхід до хворої людини.

Реабілітація психосоматичних хворих має свої *особливості*, які відрізняють її від реабілітації інших нозологічних категорій хворих. Ці особливості пов'язані в першу чергу з тою обставиною, що тривалість періоду ремісії (затухання хвороби) залежить від *ефективності та своєчасності проведення реабілітаційних заходів*. Тому реабілітація психосоматичних хворих є, перш за все, їх ресоціалізація, яка має на увазі відновлення (збереження) індивідуальної і суспільної цінності хворих, їх особистого і соціального статусу.

Важливим *принципом реабілітаційних заходів* є те, щоб включити самого хворого в лікувально-відновлювальний процес, залучити його як можна більше до співучасті у відновленні тих чи інших порушених функцій (наприклад, пам'яті або уваги) або соціальних зв'язків: трудових, сімейних та ін.. Цей принцип реабілітації психосоматичних хворих можна назвати *принципом партнерства*. Ресоціалізувати хворого без його активної участі неможливо. Добре відомо, що навіть лікарське лікування краще допомагає, коли хворий в нього вірить, вірить в авторитет лікаря, який призначив йому ті чи інші ліки.

Другий принцип реабілітації хворих на психосоматичні захворювання - це принцип різноплановості зусиль (дій, заходів) щодо реалізації реабілітаційної програми. Він полягає в розумінні реабілітації як складного процесу, що об'єднує зусилля психолога і пацієнта, і спрямованого на різні сфери "психосоціального функціонування" пацієнта.

У клінічній практиці вміння спрямовувати систему відносин (взаємовідносин) в потрібному для реабілітаційних цілей напрямку становить важливе *психологічне та одночасно лікувально-відновлювальне завдання*.

Особистість формується в соціальному спілкуванні, аспекти якого різноманітні і не можуть бути зведені лише до соціально-трудової реабілітації. Ставлення до себе, своїх вчинків, своєї хвороби, сім'ї, близьких, своєму і їх престижу, своєї кваліфікації та освіти, дозвілля, культурних цінностей, цінностей взагалі і їх корекція займають важливе місце в процесі соціалізації і ресоціалізації.

Третім принципом реабілітації є принцип єдності психосоціальних та біологічних методів дії. Хоча апеляція до особистості лежить в основі будь-якої реабілітаційної програми, реабілітація є не тільки соціальною, але і клінічною проблемою, яка вимагає для свого успішного вирішення розуміння як психологічної, так і фізіологічної та патофізіологічної її основи. Не завжди легко провести чіткий розділ між профілактикою та лікуванням, тим важче провести його між лікуванням і реабілітацією. Успіх будь-якої реабілітаційної програми залежить від урахування як клініко-біологічних, так і психосоціальних факторів. Так, наприклад, психотерапевти віденської школи давали такий прогноз щодо лікування психосоматичних хворих: на 50% залежить від клініко-біологічних і на 50% - від психосоціальних факторів [8].

Четвертий принцип реабілітації можна назвати принципом ступінчастості (перехідності) докладених зусиль, здійснюваних дій і заходів. Психосоціальні дії (психотерапевтичні, трудотерапевтичні та ін.) необхідно призначати в потрібний час, а саме, напередодні *входження хворим в фазову сингулярність* та в певних дозах, з поступовим переходом від однієї реабілітаційної дії (заходу) до іншої, від однієї форми організації до іншої.

Відповідно до принципів ВООЗ була розроблена схема трьох послідовних *етапів* психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання.

Перший етап має назву *відновлювальної терапії*, другий - *етап реадaptaції*, третій - *етап реабілітації*.

Перший етап - відновлювальна терапія є початковим етапом складного процесу реабілітації. Головним завданням є усунення або пом'якшення проявів хвороби, запобігання формуванню психосоматичного дефекту, явищ так званого госпіталізму, його інвалідизації. В цьому полягає *профілактична спрямованість*

заходів, які проводяться на першому етапі. Етап відновлювальної терапії характеризується поєднанням медикаментозно- фізіотерапевтичної терапії з психотерапевтичним впливом.

Завданням *другого етапу* реабілітації, реадаптації, є пристосування хворого до умов зовнішнього середовища, відновлення пристосованості: мотивація пацієнта до праці, до активного способу життя, міжособистісних відносин і т.д. На цьому етапі переважають психосоціальні дії, серед яких на перше місце висувається стимуляція соціальної активності хворих різними методами.

Психотерапевтичноорієнтована робота проводиться не тільки з хворими, а й з їхніми родичами. Медикаментозне лікування на цьому етапі реадаптації обмежується.

Третій етап реабілітації - реабілітація у власному (прямому) значенні цього слова. Можливе більш повне відновлення в правах, індивідуальної і суспільної цінності хворого, ставленні хворого до навколишньої дійсності, що складає основний зміст цього етапу. Дуже важливою, що сприяє успіху реабілітації, є організація правильного ставлення до хворих з боку оточення в родині, з друзями, на роботі. Важливе значення в цьому періоді надається груповій роботі з хворими, яка містить елементи "підтримуючої" психотерапії, терапії зайнятостю та розваги, тренінги.

Водночас, досить актуальним залишається питання *своєчасності проведення психокорекційних заходів*, що забезпечить ефективність їх реалізації.

Психосоціальна реабілітація передбачає різні системи дії, що включають індивідуальні бесіди (психотерапія), сімейну та групову терапію, реабілітацію групи підтримки тощо. Крім сімейної терапії проводиться індивідуальне психотерапевтичне лікування, сутність якого полягає в регулярних зустрічах пацієнта з професіоналом, яким може бути психотерапевт, психолог або соціальний працівник, що має спеціальну підготовку. У бесідах обговорюються різні хвилюючі хворого теми: минулий досвід та існуючі труднощі, думки, почуття і системи взаємовідносин [9].

Використовуючи рольові методи, можна навчити хворого впоратися з тими внутрішніми і зовнішніми факторами, які можуть призводити до загострення. Крім того, ці методи дозволяють знайти ті форми поведінки, при яких стан та соціальна адаптація поліпшуються, і уникати тих, які призводять до погіршення.

Важливим елементом соціальної реабілітації є участь у роботі груп взаємної підтримки, очолюваних пацієнтами, які перенесли госпіталізацію. Це дозволяє іншим хворим відчувати допомогу в розумінні своїх проблем, усвідомити, що вони не самотні у своєму нещасті, побачити можливості особистої участі в реабілітаційних заходах і в суспільному житті [4].

В даний час встановилася міцна тенденція розглядати проблеми психосоматичного захворювання та інвалідності в контексті найближчого оточення пацієнта. Сім'я безумовно є найбільш значущим джерелом підтримки в досягненні успішного соціального пристосування та ефективного функціонування хворого [8].

Сімейна психотерапія допомагає пацієнтові і його близьким родичам зрозуміти точку зору один одного. Вона, охоплюючи, як правило, роботу з самим хворим, його батьками, сестрами і братами, подружжям і дітьми, може бути використана як для мобілізації сімейної допомоги хворому, так і для підтримки членів сім'ї, які перебувають у важкому душевному стані. Існують різні рівні сімейної терапії, від однієї-двох бесід до регулярно організованих зустрічей. В рамках сімейної терапії на ранньому етапі хвороби зусилля концентруються на проблемних моментах у відносинах між членами сім'ї, тому що «нездорові» відносини можуть вплинути на хворого і навіть викликати погіршення його стану. При цьому на найближчих родичів покладається велика відповідальність, оскільки в їхніх руках виявляється можливість суттєво допомогти хворому, поліпшивши якість життя як його самого, так і всіх оточуючих його людей [13].

Ми *пропонуємо систему корекційних заходів психологічної реабілітації* хворих осіб із особливими потребами шляхом диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями, що забезпечить своєчасність, а відповідно, і ефективність проведення цих заходів.

7. Зміст корекційних заходів психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання

Потребує розробки система психологоорганізаційних заходів психологопрофілактичної й прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням існування системи взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними особливостями й часовими параметрами (часові характеристики, фактор часу, хронотипом) осіб із особливими потребами, хворих на психосоматичні захворювання.

Із цією метою ми використали **системний підхід**. На його основі побудували **модель проведення комплексної психологічної корекційної роботи**, яка враховує **чотири блоки**: теоретичний, методичний, організаційний і виконавчий.

Теоретичний блок містить ряд фундаментальних положень психологічної та суміжних із нею наук про ефективність координації різних підходів на підставі точних знань про взаємозв'язки конституціональних, емоційних і фізіологічних факторів у причинності захворювання.

Методичний блок представлений визначенням методом хронометрії темпоральних характеристик; психологічною діагностикою (визначенням часових характеристик); лікувальним методом (фізіотерапевтичний) з урахуванням ходу власного біологічного годинника індивіда; авторським курсом психологічної корекції психосоматичних захворювань із врахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів.

Організаційний блок охоплює: визначення часу гострого розвитку хвороби; виявлення індивідуально-типологічних особливостей; планування лікувальних заходів із наступною профілактикою й прогнозуванням за допомогою авторського курсу комплексної медико-психологічної профілактики хворих на психосоматичні захворювання з врахуванням ходу біологічного годинника індивіда; роз'яснювальну роботу про необхідність заходів щодо попередження загострення захворювання, виконання рекомендацій щодо своєчасного діагностичного обстеження.

Виконавчий блок представлений такими психологоорганізаційними заходами: визначення та урахування індивідуально-типологічних особливостей; визначення та урахування вікового С-періоду гострого прояву хвороби; психологічне консультування, індивідуальні бесіди; авторська методика способу електроімпульсної дії на організм людини з урахуванням ходу біологічного годинника індивіда.

Водночас, під час розробки робочих схем реалізації системи ми враховували запропоновану модель хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань, що дозволить виділити основні вузлові точки – точки фазової сингулярності з урахуванням вікового С-періоду; «хронопсихологічний профіль особистості» суб'єкта залежно від часових параметрів: часових характеристик, фактора часу, хронотипу.

Реабілітацію не слід розглядати як ізольовану форму терапії, вона повинна бути включена в загальний лікувальний процес.

Проведена нами комплексна психологічна реабілітація хворих на ІХС враховувала три етапи:

1-й етап – первинна реабілітація (період реконвалесценції - видужання);

2-й етап – вторинна реабілітація ототожнюється з вторинною профілактикою або попередженням загострення захворювання.

3-етап – первинна профілактика або попередження прояву ризиків хвороби.

Проведення реабілітаційних заходів виконувалось в декількох напрямках і переслідувало різні певні цілі.

Психологічна реабілітація на першому етапі. Інфаркт міокарда, як правило, істотно впливає не тільки на фізичний стан хворого, а й на психічну сферу і розглядався як важкий емоційний стрес, що вимагає обов'язкової корекції. Як правило, хворі пригнічені раптовістю хвороби, перебуванням в реанімації, невизначеністю прогнозу, крахом найближчих та віддалених планів і т.д.

Психологічна реабілітація хворого починалася з перших хвилин перебування в стаціонарі. Було надано окремі *рекомендації* медичному персоналу щодо психологічного супроводу хворого в цей період, а саме:

1. При розмові з хворим лікар не повинен використовувати вирази, які можуть сприяти розвитку невротичних реакцій: «важкий інфаркт, набряк легенів, аневризма серця». Подібні терміни не слід вживати і при розмовах з медперсоналом, якщо хворий може зрозуміти їх зміст. Більш доцільно застосування визначень ІМ з зубцем Q.

2. В залежності від особистісних особливостей хворого справжній діагноз може бути повідомлений пізніше, після попередньої підготовки хворого.

3. Строго індивідуально слід підходити при розгляді питань, що стосуються тривалості лікування і подальшої працездатності.

4. Більш правильною є установка хворого на можливість повернення до праці і звичайного способу життя. З іншого боку, якщо хворий недостатньо реально оцінює свій стан, порушує руховий режим або схему терапії, необхідно об'єктивно розповісти про тяжкість стану та прогнози. Це забезпечить не тільки більш серйозне ставлення хворого до стану здоров'я, але і дозволить уникнути можливих в подальшому нарікань з боку хворого і родичів.

5. Не варто забороняти хворим читання газет, перегляд телевізійних передач, втім вони не повинні викликати негативних емоцій.

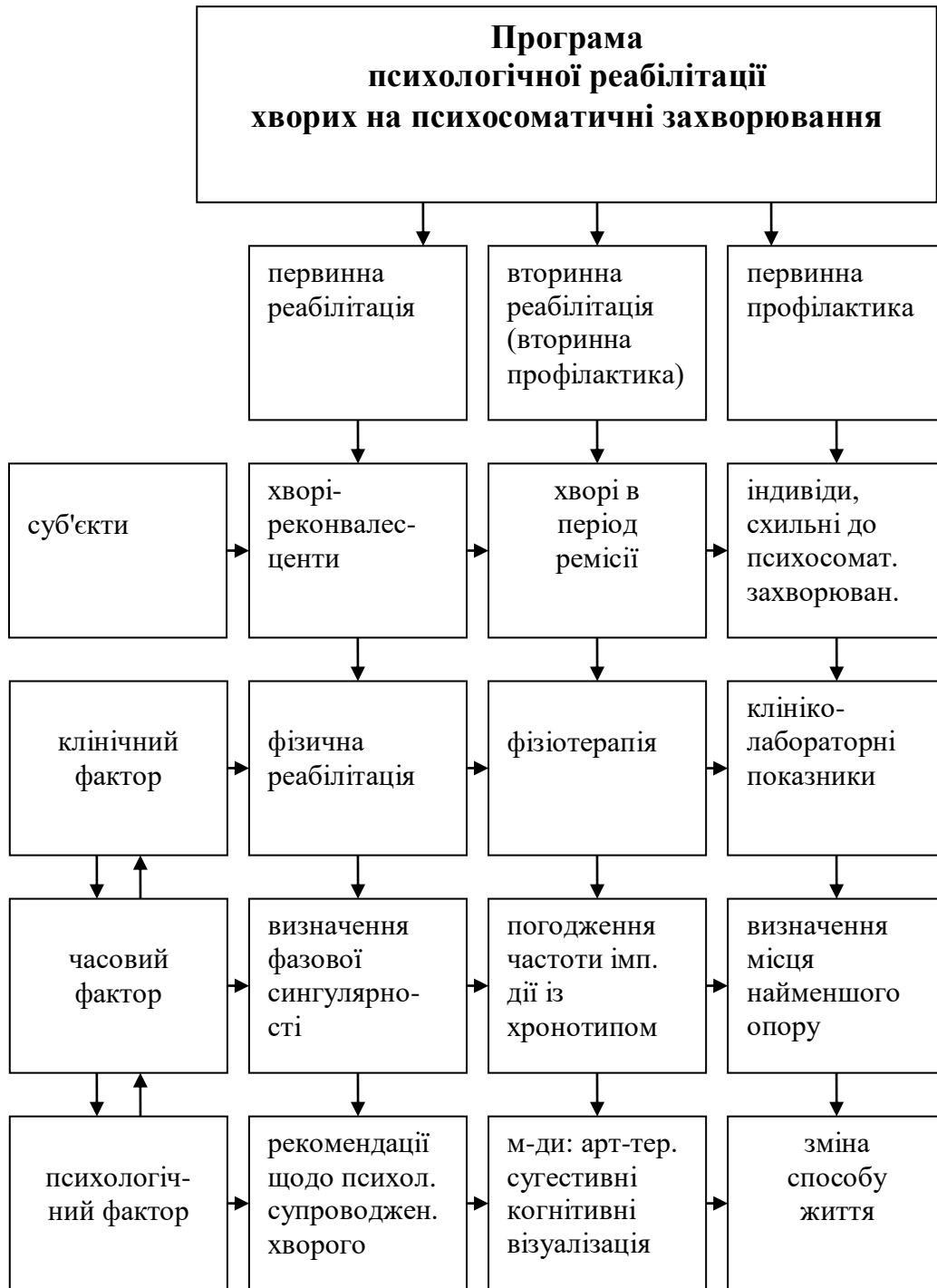


Рис. 2.6. Модель програми психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання

У цілому, одужання після інфаркту міокарда – час переоцінки способу життя, і для успішної адаптації може знадобитися зміна життєвих звичок. У цей час надавались рекомендації хворому щодо поступового відновлення колишньої соціальної активності, здатності вести нормальний і корисний для суспільства

спосіб життя. Підкреслювалося, що деякі колишні форми соціальної активності можуть виявитися невідповідними.

Більшість хворих (78%) із експериментальної групи за допомогою лікаря та психолога впоралися з проблемою одужання. Критеріями виписування хворого з лікарні були наступні:

- 1) *урівноважений хворий* – емоційно стійкий;
- 2) хворий, який не боїться відкрито обговорювати свої проблеми;
- 3) хворий, який приймає поради психолога;
- 4) хворий, у якого є хобі та інтереси, що можуть відвернути його на стадії одужання;
- 5) хворий, здатний адаптуватися до інфаркту міокарда.

На другому *етапі реабілітації* – етапі вторинної профілактики, метою якого було *своєчасне попередження загострення захворювання*, враховувалась оцінка об'єктивного стану хворого з боку поліклінічного лікаря, який виявляв хворих із проблемами під час одужання. Такі пацієнти отримали консультацію фахівця-кардіолога і психолога.

Вторинна профілактика була спрямовано на раннє попередження прогресу захворювання і розвитку ускладнень. Заходи, що проводились при вторинній профілактиці: хронометричне обстеження із виявленням періоду спаду біологічного циклу життя індивіда – найбільш вірогідного проміжку часу загострення хвороби, психологічне обстеження та корекція виявлених порушень поведінки.

Основним напрямком психологічної корекції на цьому етапі було усвідомлення ситуації хвороби, тобто прийняття та формування адекватної позиції на захворювання, а відповідно, покращення адаптації особистості у відстрочений період.

У якості основних напрямків психологічної корекції були висунуті:

- тривожність;
- депресивний стан як пасивна життєва позиція;
- проблема сприйняття себе (занижена самооцінка, невпевненість у собі);

- проблеми спілкування (порушення міжособистісних відношень, соціального та професійного функціонування).

Програма психологічної корекції враховувала наступні *методи*: сугестивні, поведінкові, когнітивні, арт-терапію, креативну візуалізацію з використанням бінауральних ритмів.

При роботі з *тривожністю та депресивним станом* були використані методи релаксації та бінауральні музичні ритми [6]. Ці ритми покращують функціонування мозку, оскільки допомагають встановити нервові зв'язки між півкулями потрібної частоти. За допомогою бінауральних ритмів стає можливим на період сформувати у пацієнта необхідну активність мозку, а разом із цим і стан свідомості, якому властива ця активність. Різними засобами свідомості досягалось входження в релаксацію певної глибини, включення інтегративних процесів, що ведуть до відчуття психологічної рівноваги. Терапія абсолютно не має загроз, не містить маніпуляцій, діє на підсвідомому рівні.

Особливі низькочастотні форми звуку мали позитивний вплив на психічний стан та соматичне здоров'я пацієнтів.

J.Воніса у своїх дослідженнях довів, що користь низькочастотних станів мозку проявляє себе в укріпленні імунної системи та створенні відчуття психологічного комфорту [цит. за 1].

Зниження тривожності вказаними вище методами сприяє зміні установки на хворобу, уникненню напруги. Внаслідок цього хворі займали більш активну життєву позицію, що призводило до зменшення депресивного стану. Емпіричні дані, отримані за допомогою методики шпитальної шкали тривожності та депресії (НАДС), підтверджують це припущення.

Таблиця 2.1

**Порівняльний аналіз рівня прояву тривожності хворих на ІХС
до та після проведення корекційної роботи**

Рівень тривожності	Бали	До корекції n = 253	Після корекції n = 253
Низький	≥ 30	1,5%	26,8%
Середній	31-45	19,5%	69,8%
Високий	≤ 46	79%	43%
M		42,3	31,2
σ		8,4	8,0
p ≤		0,05	

Так, до проведення корекційної роботи результати дослідження переконували, що у всіх хворих має місце високий рівень ситуативної тривожності. Після проведеної медико-психологічної корекції отримані наступні результати: у 26,8% хворих рівень тривожності нормалізувався.

Тим більше відмічено, що, не дивлячись на високий рівень тривожності у цих хворих до та після корекції, існують відмінності за t-критерієм Стьюдента в абсолютних значеннях показників тривожності ($p \leq 0,05$).

Депресивна симптоматика різного ступеня виразності була відмічена у 83,9% хворих, без депресії – у 16,1%. Практично у третини (28,6%) виявлений високий рівень депресивного стану.

У результаті проведення комплексної психологічної корекції кількість хворих без депресії збільшилась (37,5%), кількість з високим рівнем знизилась до 19,6%.

Проблеми важкості спілкування, в основі яких лежить невпевненість у собі, занижена самооцінка, пов'язана із наслідками хвороби, враховували використання індивідуальних та групових методів. Переваги групової – ефективна форма у випадку рішення проблем міжособистісного характеру.

**Порівняльний аналіз рівня прояву депресії хворих на ІХС
до та після проведення корекційної роботи**

Рівень депресії	Бали	До корекції n = 253	Після корекції n = 253
Відсутність	< 5	16,1%	37,5%
Середній	5-25	65,3%	42,9%
Високий	>25	28,6%	19,6%
M		23,3	18,4
σ		3,4	2,0
$p \leq$		0,05	

Наші результати дослідження підтверджують результати дослідження G.Groddeck із співавторами [4], які також прийшли до висновку, що такі групи стимулюють більш відкриті прояви почуття та прагнення хворих брати на себе контроль над ходом лікування.

Спостереження переконали, що хворі, які брали участь у груповій терапії, після завершення лікування ведуть більш активний спосіб життя на відміну від хворих, у яких лікування обмежилось лише медичною допомогою. Активність мала місце у відвідуванні груп здоров'я, басейну, занять фізичною культурою, спілкуванні.

Сугестивна терапія – форма психологічної корекції, в якій уникнення тілесних та психічних порушень досягається за рахунок застосування навіювання. Суть терапії полягала у тому, що пацієнту передають у формі усного повідомлення необхідні установки. Сугестивні формулювання відображають стан, який має бути досягнутий. Із сугестивних методів ми використали навіювання та аутотренінг.

Навіювання – засіб вербального та невербального емоційного впливу на людину з метою усвідомлення нею певного стану.

Цей засіб ефективний при високому рівні тривоги та депресії.

Ми застосували цей метод по відношенню до особистостей, які володіли високим рівнем інтелектуального розвитку та були здатні самотійно впоратися з кризою, пов'язаною з хворобою.

Поведінкові методи корекції були використані з метою формування нового стереотипу поведінки, яка не мала місця раніше в діяльності людини.

Методи когнітивної психокорекції були використані з метою зняття стресу пацієнтів.

Арт-терапія використовувалась для покращення загального фізичного та психологічного стану хворого, позбавлення від психосоматичних порушень.

У зв'язку з цим, змінюється відношення до власного минулого, хвилювань та хвороби, а досягнутий психотерапевтичний ефект проявляється в упорядкуванні психогенних процесів.

Спочатку пацієнт оволодівав технікою поступового розслаблення, потім у такому стані він мав візуалізувати процес лікування, таким чином, за допомогою образного мислення пацієнт налаштовував себе на виліковування.

Релаксація застосовувалась з метою посилення відновлювальних процесів та напрацювання довільної регуляції вегетативних та психічних функцій, а саме, зняття напруги дихальної мускулатури – при депресивному стані, спазму м'язів артикуляції та фонації – при проявах страху.

Ми виходили з припущення, що довільне розслаблення мускулатури супроводжується зниженням нервово-емоційної напруги, тобто знімає стрес. Тому ця методика була ефективна у зняття симптомів тривожності.

Аналіз рівня тривожності та депресії до та після *5 сеансів м'язової релаксації* з використанням t- критерію Стьюдента показав, що рівень ситуативної тривожності після терапії значно нижчий ніж при первинному дослідженні ($12,14 \pm 2,06$ та $8,64 \pm 1,19$ відповідно, $p < 0,01$).

Музикотерапія використовувалась за допомогою прослуховування запису природи за спеціальною програмою А.Гнезділової.

Пацієнт уявляв себе у стані розслаблення на березі моря, біля водоспаду та ін. Методика в комплексі допомагала знизити рівень тривоги. Пояснюється це

тим, що існує тісний зв'язок між станом соматичним (тілом) та станом психіки. Коли людина відчуває психічний та емоційний комфорт – її тіло розслаблюється. Якщо має місце тривога – у м'язах напруга. Якщо пацієнт досягає стану м'язової релаксації та одночасно зміни обставин із тої, що травмує психіку в комфортну (емоційно позитивний стан), то, виходячи з цього рефлекторного зв'язку, у нього блокується тривога, стрес та біль. Окрім прослуховування звуків природи, використовувались бінауральні ритми, що посилювали цей ефект.

Таким чином, результати клінічних досліджень внаслідок запропонованої нами комплексної вторинної профілактики кардіологічних захворювань продемонстрували зменшення основних коронарних подій (на 23,5%), необхідності у проведенні інвазивних процедур на коронарних артеріях і інсультів в осіб із установленою ІХС.

При плануванні робочих схем спостереження терапевтам поліклінічного відділення були надані рекомендації щодо врахування С-метрики захворювання, тобто рекомендувати повторний курс профілактичних заходів пацієнту напередодні його входження в фазу сингулярності. Причому, своєчасно проведена психопрофілактика захворювання у суб'єкта до моменту загострення основного соматичного порушення, як переконали результати дослідження, дозволять заздалегідь попередити загострення хронічного процесу шляхом використання відповідних профілактичних заходів.

Первинна профілактика ставить перед собою завдання: зберегти здоровими контингент людей із групи ризику, а саме, попередити виникнення ішемічної хвороби серця в індивідів із хронотипом в діапазонах: $0,8 \leq X_T < 0,86$ та $0,94 < X_T \leq 1,0$, у яких місцем найменшого опору є серцево-судинна система та посилити заходи профілактики цих порушень саме в період фазової сингулярності.

Первинна профілактика була спрямована на зменшення найближчого (≤ 10 років) і віддаленого (> 10 років) ризику виникнення ІХС і передбачала зміну способу життя хворого напередодні входження ним у фазу сингулярності:

зниження споживання жирів тваринного походження і холестерину, збільшення фізичної активності, контроль ваги, зниження рівня холестерину в плазмі крові.

Отримані результати дослідження дозволяють проводити цілеспрямований психолого-соматичний вплив із залученням фахівців-практиків різного профілю, прогнозувати й передбачати можливі порушення до того, як вони виявляться.

Подальше продовження дослідження з даної проблеми ми вбачаємо у розробці міждисциплінарної державної соціальної програми, спрямованої на оздоровлення людини як особистості.

ВИСНОВКИ

Резюмуючи викладені в науковому звіті результати теоретичних і експериментальних досліджень, можна зробити такі підсумкові **висновки**:

1. У дослідженні наведено теоретичне узагальнення і нове розв'язання наукової проблеми хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань з позиції психологічної диференціації індивідуальних психологічних властивостей людини з особливими потребами, яке переконує, що ознаки соматичних розладів повністю узгоджені з ними й, відповідно, можуть бути досить прогнозовані й визначені з урахуванням типологічних груп, а також залежні від індивідуального (власного) біологічного часу.

Застосування у практичній діяльності знань про систему взаємозалежностей та їх співвідношення між індивідуально-типологічними особливостями, часовими характеристиками, фактором часу, хронотипом у суб'єктів з особливими потребами, що страждають на психосоматичні захворювання, мають принципове значення під час проведення цілеспрямованого психолого-соматичного впливу, у розробці своєчасного прогнозування розладу.

2. У якості теоретико-методологічних основ хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань визначено використання системного підходу, реляційної концепції часу, концепції суб'єктивного теперішнього, психологічної теорії діяльності, психоаналітичної концепції особистості, концепції здоров'я, концепції особистісних особливостей.

Аналіз факторів, які зумовлюють перебіг психосоматичного захворювання, дав підставу віднести до найважливіших передумов прогнозування порушення диференціацію часових характеристик у суб'єктів із цими розладами.

Також як один із найважливіших факторів, що зумовлюють ефективність прогнозування, проаналізовано та визначено поняття індивідуальний хронотип

та часова спрямованість особистості. Крім того, підлягають обов'язковому врахуванню фактори, що впливають на перебіг захворювання, а саме, місце найменшого опору, фазова сингулярність та базове емоційне забарвлення поведінки.

3. Обґрунтовано вибір психолого-часових індикаторів прояву психосимптоматики соматичних порушень осіб із особливими потребами. На цій основі розроблено концепцію хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань осіб із особливими потребами, сутність якої полягає у тому, що, враховуючи психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда з особливими потребами, схильного до психосоматичних захворювань, є можливість передбачити місце його найменшого опору. Щонайперше, такі окремі нозологічні форми захворювань, як хвороби серцево-судинної системи, органів дихання, травлення та сечостатевої системи. Дослідницька процедура була спрямована на виявлення взаємозв'язку і взаємозалежності індивідуально-типологічних особливостей у суб'єктів із соматичними порушеннями від часових параметрів (часових характеристик, фактора часу, хронотипу) і співвідношення між ними.

Запропонований механізм визначення часу гострого прояву психосоматичних захворювань або часових «зон ризику» дозволив розробити модель схематичного відображення часових періодів розвитку соматичних порушень осіб із особливими потребами, тобто уявити, як відбувається формування психосоматичних порушень у певних вузлових точках або точках фазової сингулярності. Поняття «С-період» розглядається як психолого-часовий індикатор загострення хронічного психосоматичного захворювання. Своєчасна комплексна психологічна та комбінована медикаментозна профілактика створить умови для запобігання його загострення та допоможе зупинити хронізацію самого патологічного процесу.

Таким чином, визначені та проаналізовані питання виокремлення психолого-часових індикаторів психосоматичних захворювань, з одного боку, виступали як методологічне підґрунтя для розробки та практичного втілення

системи хронопсихологічного прогнозування перебігу цих захворювань, а з іншого – окреслили конкретні напрями подальшого вивчення невирішених питань у цій сфері, зумовили необхідність їх перевірки найвагомим критерієм істинності – практикою.

4. Здійснена практична розробка загального алгоритму прогнозування психосимптоматики, перебігу хвороби та ефективності лікування психосоматичних порушень; побудовано модель «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на кардіологічні, гастроентерологічні, уронефрологічні, суміжні невротичні та соматоформні розлади та модель «програми комплексної психологічної реабілітації» хворих на соматичні порушення.

Основними принципами розробленого алгоритму було визначено об'єктивність часу, виходячи з якого, можна стверджувати, що час як реальний об'єкт існує у вигляді безпосередньо пережитої суб'єктом тривалості; принцип системного підходу до механізмів перебігу психосоматичних захворювань; комплексність, безперервність, адекватність, насиченість, інтенсивність застосування; необхідність урахування різних рівнів системної організації людської індивідуальності (фізіологічного, біоенергетичного, психічного, поведінкового, особистісного, соціально-психологічного) у взаємозв'язку із значущими аспектами прояву психосоматичних захворювань; відносна простота, інформативність, ефективність, зручність та дешевизна в застосуванні.

6. Визначено п'ять основних етапів хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань осіб із особливими потребами: перший етап передбачає виокремлення психолого-часових індикаторів перебігу психосоматичних захворювань на основі визначення локалізації симптомів кардіологічних, пульмонологічних, гастроентерологічних, нефроурологічних та соматоформних розладів у спектрі «хронотипів»; на другому етапі здійснюється побудова індивідуального хронотипу перебігу психосоматичних захворювань в онтогенетичній розгортці та підрахунок можливих періодів прояву загострення,

реконвалесценції (виздоровлення) та ремісії (затухання) хвороби; на третьому етапі будуються *моделі «хронопсихологічного профілю особистості»* хворих на психосоматичні захворювання; на четвертому етапі розробляються основні підходи щодо оптимізації адаптаційних можливостей хворих на психосоматичні захворювання та підвищення ефективності лікування шляхом диференціації часових характеристик у суб'єктів із соматичними порушеннями; на п'ятому етапі проводяться розробки систем психологоорганізаційних заходів медико- і психологопрофілактичної й прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням існування системи взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними особливостями й часовими параметрами (часові характеристики, фактор часу, хронотип) на прикладі хронічних психосоматичних захворювань.

Визначено чотири групи потреб дитини з особливими потребами в межах її взаємодії з мікро-, мезо, екзо- та макросистемами та проведено їх діагностику. З'ясовано, що найбільш вираженими потребами дітей серед різних підсистем є потреба в отриманні освіти та толерантному ставленні суспільства. До певної міри це є свідченням того, що процес інклюзії на сьогоднішній день ще не достатньо інтегрований в практику суспільного життя. Наразі діти потребують отримання гідної освіти з урахуванням їх специфічних потреб. Домінування потреби в толерантному ставленні суспільства свідчить про те, що здебільшого спостерігається декларативне й формальне ставлення до дітей із особливими потребами.

7. Схарактеризовано чотири групи специфічних потреб сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами з урахуванням підсистем сімейної системи – індивідуальної, подружньої, батьківської та сиблінгової. Визначено, що найбільш вираженими й обговорюваними в межах сім'ї є потреби батьківської підсистеми. Зокрема, потреба в правдивій інформації для батьків щодо розвитку їх дитини; підтримці з боку партнера; потреба щодо підтвердження змін у розвитку дитини; прийнятті суспільством дитини. Найменш усвідомленими, а відтак і незадоволеними є група низка потреб решти

підсистем сім'ї, як-от: потреба в піклуванні членів сім'ї щодо власного Я; потреба щодо сомато-психологічних особливостей особливої дитини для сиблінгів, потреба в відреагуванні негативних емоцій, потреба в близькості з партнером, потреба здорових сиблінгів в увазі та любові з боку батьків, сексуальні потреби у подружній підсистемі.

8. Створено класифікацію та визначено принципи добору й застосування дослідницьких і корекційних методів, які можуть використовуватись у виокремленні психолого-часових індикаторів перебігу психосоматичних порушень. Розроблено й апробовано «технологію» проведення та методичного забезпечення всіх етапів, використання якої в кожному конкретному випадкові передбачає обов'язкове врахування часового індикатора і особливостей тривалості біологічного циклу життя індивіда, що дає змогу досягти найкращого результату в прогнозуванні перебігу психосоматичних захворювань.

9. Розроблений алгоритм хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань було успішно апробовано на прикладі захворювань серцево-судинної, травної, дихальної, нервової та уронефрологічної систем осіб із особливими потребами.

10. На першому етапі було виокремлено як об'єктивні - клінічні та хронометричні («місце найменшого опору»), так і суб'єктивні (прояви психосимптоматики) критерії діагностики психосоматичних захворювань.

Здійснюючі систематичне визначення хронотипу осіб із особливими потребами, хворих віком від 17 до 67 років, які страждають на психосоматичні захворювання органів дихання, серцево-судинної системи, травлення, виділення, ми підтвердили припущення, що домінуюча хвороба локалізується у межах своєї типологічної групи.

11. На *другому* етапі було побудовано індивідуальний хронотип перебігу психосоматичних захворювань в онтогенетичній розгортці та підрахунок можливих періодів прояву загострення, реконвалесценції (виздоровлення) та ремісії (затухання) хвороби.

Результати проведеного нами обстеження переконують, що у різних індивідів їх домінантна хвороба проявляється з певною „С-періодичністю”.

Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей.

Простежуючи „С-періодичність” захворювань, можна сказати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними. Саме у цих точках спостерігається загострення симптоматики психосоматичних захворювань. А чому саме у цих точках відбувається загострення хвороби? Відповідь на поставлене запитання знаходимо у припущенні, що природа часової спрямованості особистості пов'язана з біоенергетичними процесами в організмі індивіда і будь-який біоенергетичний цикл має розгортку на „стрілі внутрішнього часу” організму, в якому початок та кінець циклу рознесені на тривалість його періоду. За період, який закінчився, в організмі проходить ряд внутрішніх змін, які призводять до зовнішніх змін фізіологічного та психологічного характеру.

Виходячи із циклоїдної моделі „ковзаючих колес” переживання часу, можна дати відповідь на питання про початок домінантних хвороб. Арка циклоїда відображає повний оберт „колеса” біологічного циклу. Якщо площі під аркою надати зміст біоенергетичного потенціалу індивіда, то початок психосоматичних захворювань буде співпадати з кінцем біологічного циклу або з кінцем його тривалої чверті, тобто з окремими віковими точками життя, в яких потенціал досягає мінімуму.

Для більшості обстежених хворих на психосоматичні захворювання загальним є те, що клінічні прояви хвороби не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів та й з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю $\frac{1}{4}C$, $\frac{1}{2}C$, $\frac{1}{16}C$, $\frac{3}{4}C$ в залежності від належності до типологічної групи. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.

Таким чином, дискретний відлік індивідуального часу призводить до того, що на рівні суб'єктивних переживань і поведінкових проявів життя людини проходить нерівномірно, тобто протягом життя чітко виділяються періоди, у середині яких людина знаходиться в оптимальній психосоматичній формі, а на початку і в кінці – у мінімумі своїх можливостей.

11. На третьому етапі було побудовано моделі «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні захворювання органів серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та сечостатевої систем.

12. На четвертому етапі розроблено заходи щодо оптимізації адаптаційних можливостей хворих на кардіологічні, гастроентерологічні, пульмонологічні, нефроурологічні та соматоформні розлади до фізіотерапевтичних методів лікування.

13. На п'ятому етапі розроблено систему психологоорганізаційних заходів медико- і психологопрофілактичної й прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями. Своєчасно проведена профілактика захворювань забезпечила ефективність профілактичних заходів, а відповідно зуміла попередити загострення хронічного процесу.

14. Створено програму психопрофілактики психосоматичних захворювань із урахуванням диференціації часових характеристик у суб'єктів із цими порушеннями, яка дозволила попередити загострення захворювання та запобігти його виникненню.

Вважаємо за можливе створення міждисциплінарної державної соціальної програми, спрямованої на оздоровлення людини із особливими потребами як особистості із залученням фахівців-практиків із інших галузей, відповідно, даний підхід буде сприяти формуванню не тільки здорової особистості, а й формуванню здорового суспільства.

Перелік джерел посилання

1. Savenkova I., Didukh M., Mukhina L., Litvinenko I. Lange biological cycle duration in patients with respiratory organs disorders. *Electronic Journal of General Medicine*. 2018; 15 (6): em 83. doi: 10.29333/ejgm /99826.
2. Elkin, D. G. *Vospriatie vremeni [Experiencing time]*. Doctors thesis. Odessa: ONU imeni I.I. Mecnikova, 1945.
3. Desai, G., Chaturvedi, S. K. Daiyt li diagnosticheskie kriterii psihosomaticheskih issledovaniy diagnosticu somaticheskih simptomov s medecinskoj toчки zrenia [Do the diagnostic criteria for psychosomatic studies diagnose somatic symptoms from a medical point of view]. *Psychother Psychosom*, 85, 2016, P. 121-122. doi:10.1159/00041063.
4. Fress, P. *Prisposoblenie cheloveka k vremeni [Human to time adaptation]*. Moscow: Progress, 143. 1961.
5. Tsukanov, B. Y. *Vremya v psihike cheloveka [Time in human psyche]*. Odesa: Astroprint, 198. 2000.
6. Savenkova I., Didukh M., Litvinenko I., Chuhueva I. Chronopsychological mental development dysontogenesis prognosing in pre-school children. *Electronic Journal of General Medicine*. 2019; 16 (1): em 83. doi: 10.29333/ejgm /99826.
7. Savenkova, I. I. *Hronopsihologichne prohnozuvannia perebihu zahvoriuvan u psyhosomatycnyh hvoryh: Monohrafia [Chronopsychological prognosing of disorder experience in psychosomatic patients: Monography]*. Kyiv: KU imeni B.Hrinchenka. 2018.
8. Belenkoy, L. *Ob usloynyh refleksah na vremia u muzykantov [On conditioned reflexes to a time in musicians]*. Odessa: Astroprint, 2013. P. 95-96.
9. Fizeshi, O. Historical-System Model of the Development of Primary School in Transcarpathia at the Tum of XIX-XX Centuries. *Nauka I Osvita [Science and education]*, 2017. 12. P. 15-23.

10. Fink, P. Syndromes of bodily distress or functional somatic syndromes where are we heading. *Journal of Psychosomatic Research*, 97. 2017. P. 127-130. [doi:10.1016/j.psychores.2017.04.012](https://doi.org/10.1016/j.psychores.2017.04.012)
11. Flammer A. Developmental analysis of control beliefs. New York: Cambridge University Press. 2015.
12. Wendt, J., Hamm, A., Pane-Farre, C. Pretreatment Cardiac Vagal Tone Predicts Dropout from and Residual Symptoms after Exposure Therapy in Patients with Panic Disorder and Agoraphobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 2018. P. 187-189. [doi:10.1159/000487599](https://doi.org/10.1159/000487599).
13. Kolman, T. The effect of handedness on the perception of simultaneity and temporal order. *Psychologie: New York*, 261. 2015.
14. Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H., Creed, F. Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87 (1), 12-31, 2018. [doi:10.1159/000484413](https://doi.org/10.1159/000484413).
15. Kuralova, A. V. Osoblyvosti vplyvu chasovoi perspektyvy na osnovni skladovi samoefektyvnosti [Peculiarities of time perspective influence on basic parts of self-effectiveness]. *Nauka i osvita [Science and education]*, 11, 2017. P. 92-97.
16. Parsons, T. *The Social System*. New York: The Free Press, 154. 2015.
17. Fova, G. A, Cosci, F., Sonino, N. Tekuschaia psihosomaticheskaia praktika [Current psychosomatic practice]. *Psychother Psychosom*, 86, P. 13-30. 2017. [doi:10.1159/000448856](https://doi.org/10.1159/000448856)
18. Flammer A. Developmental analysis of control beliefs. New York: Cambridge University Press. 2015.
19. Hargreaves, D. H. *Personalizing learning: Next steps in working laterally*. London: Specialist school Trust, 210. 2014.
20. Elkelboom, E. M, Tak, L. M, Roest, A. M, Rosmalen, J. G. A systematic review and meta – analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 88, P. 60-67. 2016. [doi:10.1116/50022-3999\(16\)30364-6](https://doi.org/10.1116/50022-3999(16)30364-6).

21. Выготский Л.С. Основы дефектологии: [Собрание починений] / Л.С.Выготский. Т.5. М.: Педагогика, 1983. 542с.
22. Viskovatova, T. P. Ihrovyi metod u korekchii piznavalnoi diialnosti v ditei iz DCP v umovah sanatorno-kurortnoho likuvannia [Game method in correction of cognition in children with STP in conditions of sanatorium and spa treatment. Visnyk ONU [ONU Journal], 10, P. 32-147. 2010.
23. Vlasova, T. A. O detiah s otkloneniami v razvitii [About the children with mental retardation]. St. Petersburg: Piter, 254. 2015.
24. Savenkova, I. I. Hronopsyholohicne prohnozuvannia perebihu psyhosomatycnyh zahvoriuvan [Chronopsychological prognosing of psychosomatic disorders experience]. Science Rise, 2, P. 87–90. 2015.
25. Synov, V. M. Korekchiina psyhopedahohika. Olihofrenopedahohika [Correctional psychopedagogy. Oligophrenic pedagogy]. Kyiv: NPU imeni M. P. Drahomanova. 2009.
26. Slepovich, E. S. Formirovanie rechi u doskolnikov s zaderzkoi psichceskogo razvitia [Forming speech in preschool children with a delay in mental development]. Minks: Nar. Asveta, 301. 1989.
27. Sokolova, E. V. Psihologia detei s zaderzkoi psihicheskogo razvitia [Psychology of children with delayed mental development]. Moscow: TC Sfera, 110. 2009.
28. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: [Избранные психологические труды] / Л.И.Божович. М.: Международная педагогическая академия, 1995. 212с.
29. Ehrenwald, H. Versuche zur Zeitauffassung des Unbewussten Arche [Attempts to time perception of the unconscious ark]. Psychologie: New York, 228. 2014.
30. Vudrou, G. Vospriiatie vremeni [Percieving time]. Moscow: Inostrannaia literature, 151. 1963.

31. Эриксон Е. Детство и общество: [Собрание починений] / Е.Эриксон. Спб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. 592с.
32. Райнпрехт Х. Воспитание без огорнений: [Монография] / Хансхайнц Райнпрехт. М.: «Семья и школа», 2010. 234с.
33. Didukh M., Savenkova I., Schevchenko V., Venger A. Mechanisms and Factors of Individuation. *Modern Journal of Language Teaching Methods*. 2018; 8(12): em 794-802. doi: 10.26655/ mjtmt /2018.12.1.
34. Smeltzer, S.C. Improving the health and wellness of persons with disabilities: A call to action too important for nursing to ignore. *Nurs Outlook*, 55: 189-195. 2007.
35. Максименко, С. Д., Зливков, В. Л., Кузікова, С. Б. (Ред.) Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка. 2015.
36. Garbarino, J. *Children and Families in the Social Environment : Modern Application of Social Work*. New York. Routledge. 390 p. 2017.
37. Кучманич І.М., Мороз Р.А. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. Проблеми сучасної психології : Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Вип. 36. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2017. С. 146-160.
38. Максименко С. Д. Теорія психології нужди (життєвої енергії) // Проблеми сучасної психології. Вип.25. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. С.7-23.
39. Fareo, D. O. Counselling Intervention and Support Programmes for Families of Children with Special Educational Needs. *Journal of Education and Practice*, Vol. 6, No.10. 2015. 103-109.
40. Ritzema, A., & Sladeczek I. Stress in Parents of Children with Developmental Disabilities over Time. *Journal on Developmental Disabilities*, 17. 2011. 18-31.

41. Leung, C. Y.S. & Li-Tsang, C.W.P. Quality of Life of Parents who have Children With Disabilities. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. Vol.13. Is.1. 2003. 19-24. [https://doi.org/10.1016/S1569-1861\(09\)70019-1](https://doi.org/10.1016/S1569-1861(09)70019-1).
42. Asada, K, Tojo, Y, Osanai, H., Saito, A, Hasegawa T, & Kumagaya S. Reduced Personal Space in Individuals with Autism Spectrum Disorder. *PLoS One*. 2016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146306>.
43. Graziano, M.S., & Cooke D.F. Parieto-frontal interactions, personal space, and defensive behavior. *Neuropsychologia*, 44(6): 845-59. 2006. doi: 10.1016 / j.neuropsychologia.2005.09.009.
44. Thompson, R., Flood, M.F. & Goodvin, R. Social Support and Developmental Psychology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder and Adaptation* (2nd ed., vol 3) (pp. 1-37). New Jersey: John Wiley & Sons, INC. 2006.
45. McDonough, M.A, Carlson, C., Cooper, C.R. Individuated marital relationships and the regulation of affect in families of early adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 9. 1994. 67-87.
46. Fidler, D. J., Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2000). Stress in Families of Young Children with Down Syndrome, Williams Syndrome, and Smith-Magenis Syndrome. *Early Education and Development* 11(4). 2000. 395-406. doi: 10.1207/s15566935eed1104 2.
47. Hartley, S.L, Barker, E.T., Seltzer, M.M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G.I., Bolt D. The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, 24:449–457. 2010. doi: 10.1037/a0019847.
48. Taunt, H. M., & Hastings, R. P. Positive impact of children with developmental disabilities on their families: A preliminary study. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 37. 2002. 410-420.
49. Neely-Barnes, S. L., & Dia, D. A. Families of children with disabilities: A review of literature and recommendations for interventions. *Journal of Early and*

Intensive Behavior Intervention, 5(3), 93-107. 2008.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0100425>.

50. Abbott S, McConkey R. The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2006; 10(3): 275–287.

51. Wilson, M.C., & Scior, K. Implicit Attitudes towards People with Intellectual Disabilities: Their Relationship with Explicit Attitudes, Social Distance, Emotions and Contact. *PLoS One.*, 10(9):e0137902. 2015. doi: 10.1371/journal.pone.0137902.

52. Ilias, K., Cornish, K., Park., M.S., Toran, H., & Golden, K. J. Risk and Resilience Among Mothers and Fathers of Primary School Age Children With ASD in Malaysia: A Qualitative Constructive Grounded Theory Approach. *Front Psychol*. 2018; 9: 2275. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02275.

53. Stoneman, Z., Brody, G. H., Davis, C. H. & Crapps, J. M. Childcare responsibilities, peer relations, and sibling conflict: Older siblings of mentally retarded children. *American journal of mental retardation*: 93(2). 1988. 174-83.

54. Минухин С., Фишман. Ч. Техники семейной терапии. М. : Независимая фирма «Класс», 1998. 304 с.

55. Харли У. Ф. Законы семейной жизни. М. : Протестант, 1992. 208 с.

Додаток А.1**Тест Томаса – типи поведінки у конфлікті**

Інструкція: У кожній із запропонованих пар суджень виберіть те, яке найбільш типово для вашої поведінки. На аркуші відповідей обведіть кружечком цифру і літеру відповідні вашій відповіді. Не пропускайте жодної пари.

1а. Іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за рішення суперечливого питання.

1б. Чим обговорювати те, у чому ми розходимось, я намагаюся звернути увагу на те, з чим ми обоє досягли згоди.

2а. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

2б. Я намагаюся улагодити справу з урахуванням інтересів іншого і моїх власних.

3а. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

3б. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

4а. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

4б. Іноді я поступаюсь своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини.

5а. Улагоджуючи спірну ситуацію, я весь час намагаюся знайти підтримку в інших.

5б. Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруги.

6а. Я намагаюся уникнути появи неприємностей для себе.

6б. Я намагаюся домогтися свого.

7а. Я намагаюся відкласти рішення спірного питання для того, щоб згодом вирішити його остаточно.

7б. Я вважаю за можливе в чомусь поступитися, щоб добитися свого.

8а. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

8б. Я насамперед намагаюся ясно визначити те, в чому полягають всі порушені інтереси і проблеми.

9а. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через розбіжності, що виникають.

9б. Я докладаю зусиль, щоб домогтися свого.

10а. Я твердо прагну досягти свого.

10б. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

11а. Перш за все я намагаюся чітко визначити всі проблеми та інтереси, які порушуються.

11б. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші стосунки.

12а. Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.

12б. Я даю можливість іншому в чомусь залишитися при своїй думці, якщо він також йде мені назустріч.

13а. Я пропоную середню позицію. 13б. Я наполягаю, щоб було зроблено по-моєму.

14а. Я повідомляю іншому свою точку зору і запитую про його думку.

14б. Я намагаюся показати іншому логіку і переваги моїх поглядів.

15а. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші стосунки.

15б. Я намагаюся зробити все необхідне, щоб уникнути напруги.

16а. Я намагаюся не чіпати почуттів іншого.

16б. Я намагаюся переконати іншого в перевагах моєї позиції.

17а. Звичайно я наполегливо прагну домогтися свого.

17б. Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруги.

18а. Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому таку можливість.

18б. Я даю можливість іншому в чомусь настояти на своєму, якщо він також йде мені назустріч.

19а. В першу чергу я намагаюся ясно визначити те, у чому полягають всі порушені інтереси та конфліктні питання.

19б. Я намагаюся відкласти рішення конфліктного питання для того, щоб згодом вирішити його остаточно.

- 20а. Я намагаюся негайно перебороти наші розбіжності.
- 20б. Я намагаюся знайти найкраще поєднання користі і втрат для нас обох.
- 21а. Ведучи перемовини, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.
- 21б. Я завжди згоджуюся на пряме обговорення проблеми.
- 22а. Я намагаюся знайти позицію, яка знаходиться посередині між моєю позицією і точкою зору іншої людини.
- 22б. Я відстоюю свої бажання.
- 23а. Як правило, я стурбований тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.
- 23б. Іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за рішення суперечливого питання.
- 24а. Якщо позиція іншого здається йому дуже важливою, я піду назустріч його бажанням.
- 24б. Я намагаюся переконати іншого прийти до компромісу.
- 25а. Я намагаюся показати іншому логіку і переваги моїх поглядів.
- 25б. Ведучи перемовини, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.
- 26а. Я пропоную середню позицію.
- 26б. Я завжди заклопотаний тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.
- 27а. Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.
- 27б. Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість настояти на своєму.
- 28а. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.
- 28б. Улагоджуючи ситуацію, я зазвичай намагаюся знайти підтримку в іншого.
- 29а. Я пропоную середню позицію.
- 29б. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через розбіжності, що виникають.
- 30а. Я намагаюся не принижувати почуттів іншого.
- 30б. Я завжди займаю таку позицію в спірному питанні, щоб ми спільно з іншою зацікавленою людиною могли домогтися успіху.

Додаток А. 2

Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера

Інструкція: Вам буде запропоновано 44 твердження, що стосуються різних сторін життя і ставлення до них.

Оцініть, будь ласка, ступінь своєї згоди або незгоди з наведеними твердженнями за 6-бальною шкалою: -3 -2 -1 +1 +2 +3, від повної незгоди (-3) до повної згоди (+3).

Іншими словами, поставте проти кожного твердження бал від одиниці до трійки з відповідним знаком «+» (згода) або «-» (незгоду).

1. Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей і зусиль людини.
2. Більшість розлучень відбувається тому, що люди не хочуть пристосовуватися одне до одного.
3. Хвороба - справа випадку; якщо вже судилося захворіти, то нічого не вдієш.
4. Люди стають самотніми через те, що самі не виявляють інтересу і дружелюбності до оточуючих.
5. Здійснення моїх бажань часто залежить від везіння.
6. Марно докладати зусилля для того, щоб завоювати симпатії інших людей.
7. Зовнішні обставини, батьки і добробут впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.
8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.
9. Як правило, керівництво є більш ефективним, коли керівник повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність.
10. Мої оцінки в школі, в інституті часто залежали від випадкових обставин (наприклад, настрою викладача) більше, ніж від моїх власних зусиль.
11. Коли я будую плани, то, загалом, вірю, що зможу здійснити їх.
12. Те, що багатьом людям здається удачею чи везінням, насправді є

результатом довгих цілеспрямованих зусиль.

13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі і ліки.
14. Якщо люди не підходять один одному, то, як би вони не намагалися, налагодити сімейне життя все одно не зможуть.
15. Те позитивне, що я роблю, зазвичай буває гідно оцінено іншими.
16. Люди виростають такими, якими їх виховують батьки.
17. Думаю, що випадок чи доля не грають важливої ролі в моєму житті.
18. Я не намагаюся планувати далеко вперед, тому що багато залежить від того, як складуться обставини.
19. Мої оцінки в школі найбільше залежали від моїх зусиль і рівня підготовленості.
20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю більше свою відповідальність, ніж протилежна сторона.
21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.
22. Я надаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначити, що і як робити.
23. Думаю, що мій спосіб життя жодною мірою не є причиною моїх хвороб.
24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям домогтися успіху в своїх справах.
25. Зрештою, за погане управління організацією відповідальні самі люди, які в ній працюють.
26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити в ситуаціях, які склалися.
27. Якщо я дуже захочу, то зможу домогтися прихильності до себе майже кожного.
28. На підростаюче покоління впливає так багато обставин, що зусилля батьків щодо його виховання часто виявляються марними.
29. Те, що зі мною трапляється, це справа моїх власних рук.
30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять саме так, а не інакше.

31. Людина, яка не змогла добитися успіху в своїй роботі, швидше за все, не проявила достатньо зусиль.
32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, що хочу.
33. В неприємностях і невдачах, що були в моєму житті, частіше були винні інші люди, ніж я сам.
34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею стежити і правильно одягати.
35. В складних обставинах я волію почекати, поки проблеми не вирішаться самі собою.
36. Успіх є результатом наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.
37. Я відчуваю, що від мене більше, ніж від кого б то не було, залежить щастя моєї сім'ї.
38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я подобаюсь одним людям і не подобаюсь іншим.
39. Я завжди віддаю перевагу приймати рішення і діяти самостійно, а не сподіватися на допомогу інших людей чи на долю.
40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, незважаючи на всі її старання.
41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити навіть при дуже сильному бажанні.
42. Здібні люди, які не змогли реалізувати свої можливості, мають звинувачувати в цьому лише себе.
43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.
44. Більшість моїх невдач відбулося від невміння, незнання чи ліні і мало залежало від везіння чи невезіння.

Додаток А. 3

Опитувальник діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки

<p>ІНСТРУКЦІЯ. «Прочитавши або прослухавши зачитані твердження, оцініть, наскільки вони відповідають вашому стилю поведінки, вашому способу життя, і відповідайте однією з чотирьох можливих відповідей: «ТАК», «мабуть, так», «мабуть, ні», «НІ»».</p>				
1. Часом не можу впоратися з бажанням нашкодити кому-небудь.	так	мабуть так	мабуть ні	ні
2. Іноді можу попліткувати про людей, яких не люблю.				
3. Легко дратуюсь, але легко і заспокоююсь.				
4. Якщо мене не попросити по-доброму, прохання не виконаю.				
5. Не завжди отримую те, що мені належить.				
6. Знаю, що люди говорять про мене за спиною.				
7. Якщо не схвалюю вчинки інших людей, даю їм це відчути.				
8. Якщо трапляється обдурити когось, відчуваю докори сумління.				
9. Мені здається, що я не здатний вдарити людину.				
10. Ніколи не дратуюся настільки, щоб розкидати речі.				
11. Завжди поблажливий до чужих недоліків.				
12. Коли встановлене правило не подобається мені, хочеться порушити його.				
13. Інші майже завжди вміють використовувати сприятливі обставини.				
14. Мене насторожують люди, які ставляться до мене більш дружелюбно, ніж я цього чекаю.				
15. Часто не погоджуюсь з людьми.				
16. Іноді в голові з'являються думки, яких я соромлюся.				

17. Якщо хто-небудь ударить мене, я не відповім йому тим же.				
18. У роздратуванні гримаю дверима.				
19. Я більш дратівливий, ніж здається збоку.				
20. Якщо хтось вдає з себе начальника, я чиню йому наперекір.				
21. Мене трохи засмучує моя доля.				
22. Думаю, що багато людей не люблять мене.				
23. Не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.				
24. Той, хто ухиляється від роботи, повинен відчувати почуття провини.				
25. Хто ображає мене або мою сім'ю, запрошується на бійку.				
26. Я не здатний на грубі жарти.				
27. Мене охоплює лють, коли з мене насміхаються.				
28. Коли люди вдають з себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.				
29. Майже щотижня бачу когось-небудь з тих, хто мені не подобається.				
30. Досить багато тих, хто заздрить мені.				
31. Вимагаю, щоб люди поважали мої права.				
32. Мене засмучує, що я мало роблю для своїх батьків.				
33. Люди, які постійно підводять вас, варті того, щоб їх присадити, даючи зрозуміти, чого вони насправді варті.				
34. Від люті іноді буваю похмурим.				
35. Коли до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь.				

36. Коли хтось намагається вивести мене із себе, я не звертаю на нього уваги.				
37. Хоча я і не виказую цього, іноді мене личить заздрість.				
38. Іноді мені здається, що з мене насміються.				
39. Навіть, коли злюсь, не вдаюся до міцних виразів.				
40. Хочеться, щоб мої гріхи були виправдані.				
41. Рідко даю здачі, навіть якщо хтось вдарить мене.				
42. Ображаюсь, коли іноді виходить не по-моєму.				
43. Іноді люди дратують мене своєю присутністю.				
44. Немає людей, яких би я посправжньому ненавидів.				
45. Мій принцип: «Ніколи не довіряти чужинцям».				
46. Якщо хтось дратує мене, готовий сказати йому все, що про нього думаю.				
47. Роблю багато такого, про що згодом шкодую.				
48. Коли буваю роздратований, можу вдарити кого-небудь.				
49. З десяти років у мене не було спалахів гніву.				
50. Часто відчуваю себе, як порохова діжа, що готова вибухнути.				
51. Якби знали, що я відчуваю, мене вважали б людиною, з якою нелегко ладнати.				
52. Завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що-небудь приємне для мене.				
53. Коли кричать на мене, я відповідаю тим же.				
54. Невдачі засмучують мене.				
55. Б'юся не рідше і не частіше за				

інших.				
56. Можу згадати випадки, коли був настільки злий, що хапав першу-ліпшу річ і ламав її.				
57. Іноді відчуваю, що готовий першим почати бійку.				
58. Іноді відчуваю, що життя зі мною поступає несправедливо.				
59. Раніше думав, що більшість людей говорить правду, але тепер цьому не вірю.				
60. Лаюся тільки від люті.				
61. Коли чиню неправильно, мене мучить совість.				
62. Якщо для захисту своїх прав потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.				
63. Іноді виражаю свій гнів тим, що стукаю по столу.				
64. Іноді проявляю грубість по відношенню до людей, які мені не подобаються.				
65. У мене немає ворогів, які хотіли б мені нашкодити.				
66. Не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона цього заслуговує.				
67. Часто думаю, що живу неправильно.				
68. Знаю людей, які здатні довести мене до бійки.				
69. Не засмучуюсь через дрібниці.				
70. Мені рідко спадає на думку, що люди намагаються розлютити або образити мене.				
71. Часто просто так погрожую людям, не збираючись виконувати ці погрози.				
72. Останнім часом я став занудою.				
73. У суперечці часто підвищую голос.				

74. Намагаюся приховувати погане ставлення до людей.				
75. Краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.				

Додаток А.4**Опитувальник Бека**

У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожну групу тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви себе почували ЦЬОГО ТИЖНЯ І СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля вибраного твердження. Перш, ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що ви прочитали всі твердження в кожній групі.

А.

0. Мені не сумно.

1. Мені сумно або тоскно.

2. Мені весь час тужливо або сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти.

3. Мені так сумно, що я не можу цього винести.

Б.

0. Я втратив інтерес до інших людей.

1. Я менше, ніж колись, цікавлюся іншими людьми.

2. У мене втрачений майже весь інтерес до інших людей, і я майже не маю ніяких почуттів до них.

3. У мене втрачений будь-який інтерес до інших людей, і вони мене абсолютно не турбують.

В.

0. Я дивлюся в майбутнє без особливого розчарування.

1. Я відчуваю розчарування в майбутньому.

2. Я відчуваю, що мені нічого чекати попереду.

3. Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і повороту до кращого бути не може.

Г.

1. Я приймаю рішення приблизно так само легко, як завжди.

2. Я намагаюся відтермінувати ухвалення рішень.

3. Приймати рішення для мене надзвичайно важко.

4. Я сам зовсім не можу приймати рішення.

Д.

0. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що невдачі траплялися у мене частіше, ніж у інших людей.

2. Коли озираюся на своє життя, я бачу лише ланцюг невдач.

3. Я відчуваю, що зазнав невдачі як особистість (батько, чоловік, дружина).

Е.

1. Я не відчуваю, що виглядаю значно гірше, ніж зазвичай.

2. Мене турбує те, що виглядаю старим і непривабливим.

3. Я відчуваю, що моя зовнішність постійно змінюється і робить мене непривабливим.

4. Я відчуваю, що виглядаю відштовхуюче.

Є.

0. Я не відчуваю ніякої особливої незадоволеності.

1. Ніщо тепер не радує мене так, як раніше.

2. Більше ніщо не дає мені задоволення.

3. Я не отримую задоволення ні від чого.

Ж.

0. Я можу працювати майже так само добре, як і раніше.

1. Мені треба прикладати додаткові зусилля, щоб щось зробити.

2. Я не можу виконувати ніяку роботу.

3. Мені потрібно прикласти зусилля, щоб щось зробити.

З.

1. Я не відчуваю ніякої особливої провини.

2. Дуже часто я почуваю себе кепсько і нікчемно.

3. У мене досить сильне почуття провини.

4. Я відчуваю себе дуже кепсько і нікчемно.

І.

0. Я втомлююся нітрохи не більше, ніж зазвичай.

1. Я втомлююся швидше, ніж раніше.

2. Я втомлююся від будь-якого заняття.

3. Я втомлююся від будь-якого заняття.

К.

0.Я не відчуваю розчарування в собі.

1.Я розчарований в собі.

2.Я відчуваю огиду до себе.

3.Я ненавиджу себе.

Л.

0.Мій апетит не гірший, ніж зазвичай.

1.Мій апетит не такий гарний, як бувало.

2.Мій апетит тепер набагато гірший.

3.У мене зовсім немає апетиту.

М.

0.У мене немає ніяких думок про суїцид.

1.Я відчуваю, що мені було б краще померти.

2.У мене є певні плани здійснення самогубства.

3.Я покінчу із собою при першій можливості.

Додаток А.5

Шкала самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна

ІНСТРУКЦІЯ : залежно від того, як Ви себе відчуваєте у **ДАНИЙ МОМЕНТ**, позначте, будь ласка, знаком "+" відповідну клітину справа від кожного з речень. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

		Ні	Скоріш ні	Скоріш так	Так
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я розстроєний	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я занепокоєний	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

ІНСТРУКЦІЯ: а тепер позначте знаком "+" відповідну клітину залежно від того, як ВИ себе почуваєте **ЗВИЧАЙНО**.

		Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу засмутитися	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Я звичайно почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я приймаю усе занадто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	Буває, що мені нічого не хочеться	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Всякі дрібниці бентежать і хвилюють мене	1	2	3	4

38	Я дуже переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і проблеми	1	2	3	4

Додаток А.6**Опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант міннесотського багатомірного особистісного переліку ММРІ)**

ІНСТРУКЦІЯ: «Зараз ви ознайомитеся з твердженнями, що стосуються стану Вашого здоров'я і Вашого характеру. Прочитайте кожне твердження і вирішіть, вірно воно чи невірно по відношенню до Вас. Не витрачайте часу на роздумування. Найбільш природно те рішення, яке першим приходить в голову».

ТЕКСТ ОПИТУВЛЬНИКА

1. У Вас гарний апетит?
2. Вранці Ви зазвичай відчуваєте, що виспалися і відпочили.
3. У вашому повсякденному житті маса цікавого.
4. Ви працюєте з великим напруженням.
5. Часом Вам приходять в голову такі нехороші думки, що про них краще не розповідати.
6. У Вас дуже рідко буває закреп.
7. Іноді Вам дуже хотілося назавжди піти з дому.
8. Часом у Вас бувають напади нестримного сміху або плачу.
9. Часом Вас турбує нудота і позиви на блювоту.
10. У вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
11. Іноді Вам хочеться вилятися.
12. Щотижня Вам сняться жахи.
13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.
14. З Вами відбувалися (або відбуваються) дивні речі.
15. Ви досягли б в житті набагато більшого, якби люди не були налаштовані проти Вас.
16. В дитинстві бувало Ви інколи скоювали крадіжки.
17. Бувало, що по декілька днів, тижнів або цілих місяців Ви нічим не могли зайнятися, тому що важко було змусити себе включитися в роботу.
18. У Вас неспокійний з переривами сон.
19. Коли Ви знаходитеся серед людей, Вам чуються дивні речі.

20. Більшість людей, які Вас знають, не вважають Вас неприємною людиною.
21. Вам часто доводилося підкорятися кому-небудь, хто знав менше Вашого.
22. Більшість людей задоволені своїм життям більше, ніж Ви.
23. Дуже багато людей перебільшують свої нещастя, щоб домогтися співчуття і допомоги.
24. Іноді ви гніваєтесь.
25. Вам безумовно не вистачає впевненості в собі.
26. У вас часто бувають посмикування м'язів.
27. У Вас часто буває відчуття, ніби Ви зробили щось негідне.
28. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
29. Деякі люди так люблять керувати, що Вам хочеться все зробити наперекір, хоча Ви знаєте, що вони мають рацію.
30. Ви вважаєте, що проти Вас щось замишляють.
31. Більшість людей здатні домагатися вигоди не зовсім чесним шляхом.
32. Вас часто турбує шлунок.
33. Часто ви не можете зрозуміти, чому напередодні Ви були в поганому настрої і роздратовані.
34. Часом Ваші думки текли так швидко, що Ви не встигали їх висловлювати.
35. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості Ваших знайомих.
36. Часом Ви впевнені у власній непотрібності.
37. В останні роки Ваше самопочуття було в основному гарним.
38. У Вас бували періоди, під час яких Ви щось робили і потім не могли пригадати, що саме.
39. Ви вважаєте, що Вас часто незаслужено карали.
40. Ви ніколи не відчували себе краще, ніж тепер.
41. Вам байдуже, що думають про Вас інші.
42. З пам'яттю у Вас все благополучно.
43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з якою Ви тільки що познайомилися.

44. Довгий час Ви відчуваєте загальну слабкість.
45. У Вас рідко болить голова.
46. Іноді Вам бувало важко зберегти рівновагу при ходьбі.
47. Не всі Ваші знайомі Вам подобаються.
48. Є люди, які намагаються вкрати Ваші ідеї та думки.
49. Ви вважаєте, що робили вчинки, які не можна пробачити.
50. Ви вважаєте, що Ви занадто сором'язливі.
51. Ви майже завжди про що-небудь тривожитесь.
52. Ваші батьки часто не схвалювали Ваших знайомств.
53. Іноді Ви трохи брешете.
54. Часом Ви відчуваєте, що Вам надзвичайно легко приймати рішення.
55. У Вас буває сильне серцебиття і Ви часто задихаєтесь.
56. Ви запальні, але швидко відходите.
57. У Вас бувають періоди такого занепокоєння, що важко всидіти на місці.
58. Ваші батьки та інші члени сім'ї часто прискіпливі до Вас.
59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.
60. Ви не засуджуєте людину, яка не проти скористатися в своїх інтересах помилками іншого.
61. Іноді Ви сповнені енергії.
62. За останній час у Вас погіршився зір.
63. Часто у Вас дзвенить або шумить у вухах.
64. У Вашому житті були випадки (може бути, тільки один), коли Ви відчували, що на Вас діє гіпноз.
65. У Вас бувають періоди, коли Ви незвично веселі без особливої причини.
66. Навіть перебуваючи в товаристві, Ви зазвичай відчуваєте себе самотньо.
67. Ви вважаєте, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути неприємностей.
68. Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість інших людей.
69. Часом Ваша голова працює як би повільніше, ніж зазвичай.
70. Ви часто розчаровуєтесь в людях. 71. Ви зловживаєте спиртними напоями.

Схема діагностики пізнавальної сфери при дизонтогенезі розумового розвитку дітей старшого дошкільного віку

Пізнавальна сфера	Діагностичний інструментарій	Спрямованість діагностичного інструментарію
<i>Сприймання</i> – чуттєве безпосереднє відображення світу	Впізнавання зображень на картинках	Діагностика порушення зорового сприймання
<i>Увага</i> – наскрізний психічний процес	Методика: підрахунок однорідних зображень (за Ф.Є.Рибаковим)	Діагностика міри концентрації уваги
	Виявлення відсутніх деталей в зображеннях	Дослідження аналітико-синтетичної діяльності активної уваги
<i>Пам'ять</i> – наскрізний психічний процес	Запам'ятовування малюнків (за Ф.Є.Рибаковим)	Дослідження обсягу зорової короткотривалої пам'яті
	Запам'ятовування цифр, слів і речень на слух	Дослідження обсяг слухової короткотривалої пам'яті
<i>Мислення</i> – абстрактне опосередковане відображення світу	Розуміння змісту сюжетних картин	Дослідження аналітико-синтетичних операцій (розуміння змісту сюжетних зображень)
	Розповідь за малюнками з послідовним розгортанням сюжету (за А. Н. Бернштейном)	Дослідження аналітико-синтетичних операцій (послідовне розгортання сюжету)
	Осмислення розповіді	Дослідження аналітико-синтетичних операцій (розуміння змісту розповіді)
	Нісенітниці	Дослідження аналітико-синтетичних операцій (критичність мислення сюжету)

Додаток В**Методика «Впізнавання зображень на картинках»**

Мета методики: дослідити порушення зорового сприймання, *корковий аналіз комплексних подразників різної складності*, адресованих, насамперед, до зорового аналізатора; дослідити *корковий синтез*, так як впізнавання зображень в основному є відтворенням тимчасових зв'язків, утворених в минулому життєвому досвіді.

Хід проведення:

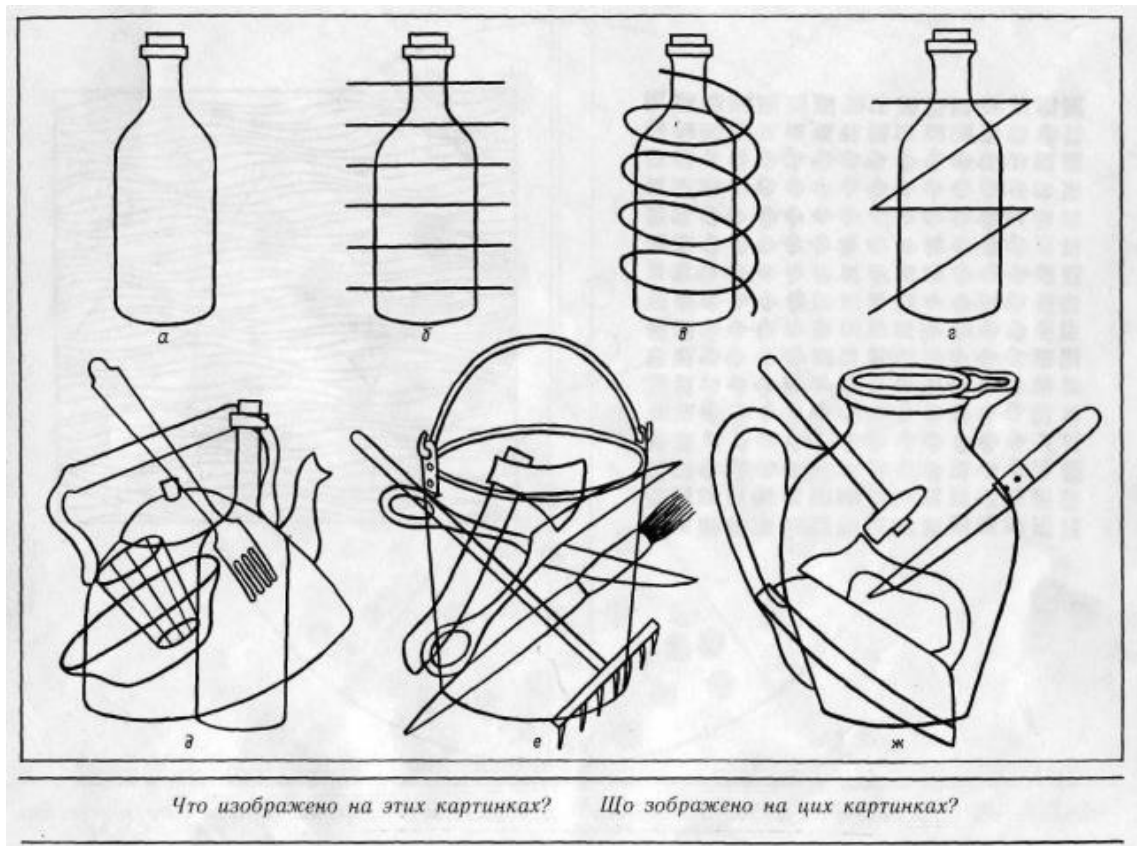
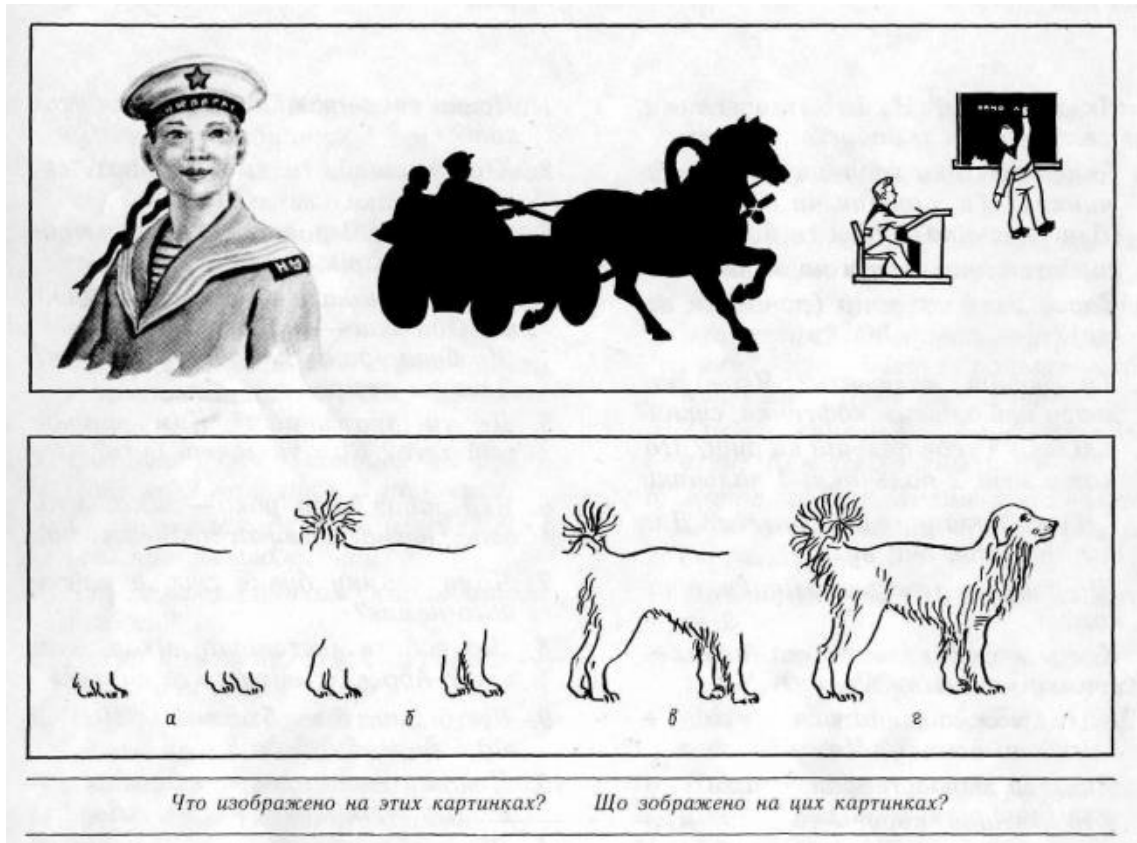
Досліджуванному пропонуються зображення. Спочатку експериментатор показує більш прості картинки із зображеннями деталей, потім складніші – дрібніші, затемнені, контурні, закреслені тощо.

Контурні малюнки, які в цілому у своїй послідовності зображують собаку, показують по черзі. Один малюнок показують, а всі інші прикривають білим папером. Якщо досліджуваний не сприйняв зображення на першому етапі зображення малюнку, йому показують наступний і т.д.

Залежно від тяжкості розладу, зображення більш прості і близькі до реальних предметів сприймаються правильно, а сприйняття малюнків силуетних, контурних, незавершених, перекреслених або накладених один на одного – утруднено.

У дітей з розумовою відсталістю сприйняття навіть простих зображень, що відрізняються від реальних предметів величиною і неповнотою деталей, також порушено, на відміну від дітей із затримкою психічного розвитку. Отже, дана методика дає можливість диференціювати особливості зорового сприймання цих категорій дітей.

Стимульный материал



Методика, спрямована на підрахунок однорідних зображень

(Ф.Є. Рібаков)

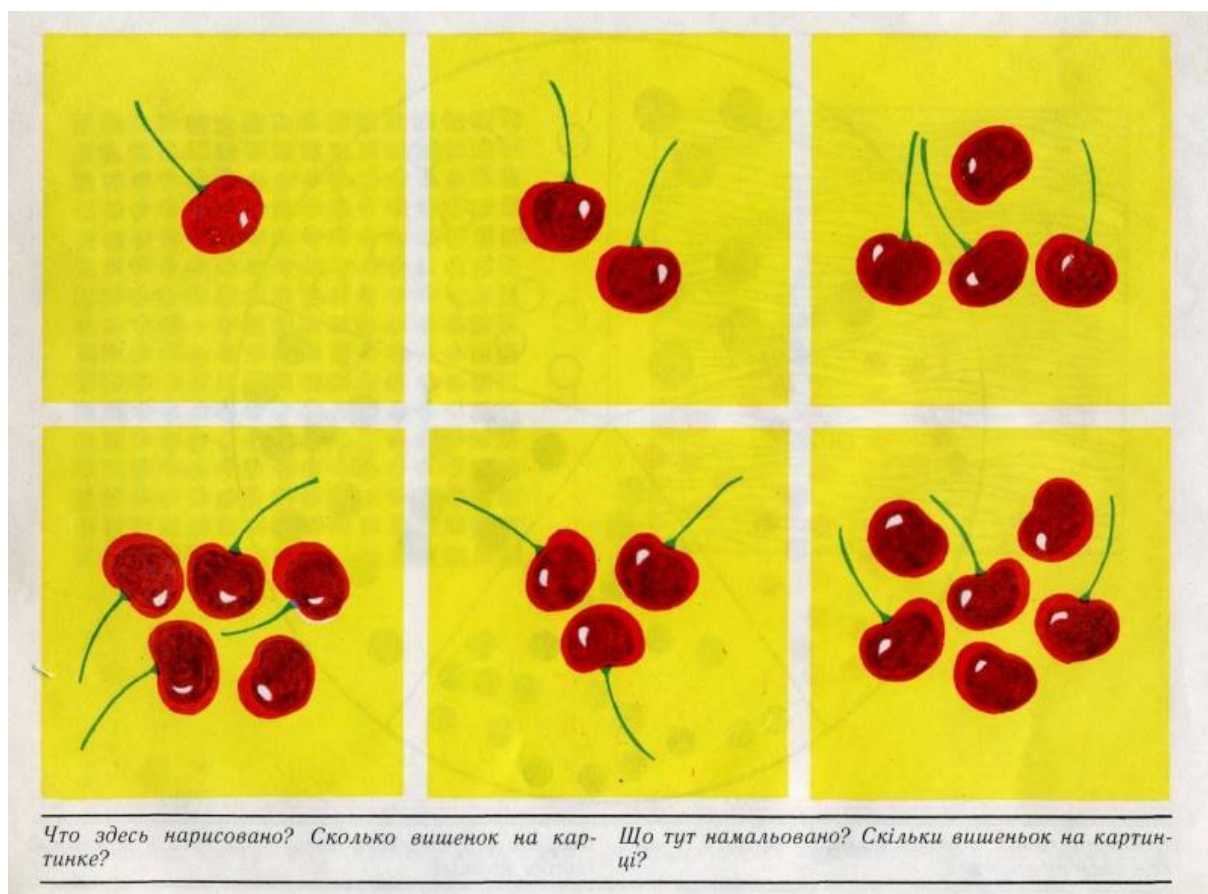
Мета: дослідити ступінь концентрації збуджувального процесу в зоровому і руховому аналізаторах протягом рахунку, пов'язаному з дрібними окоруховими реакціями.

Хід проведення:

Спочатку експериментатор запитує у досліджуваного: «Що зображено на картинці?», після цього просить дитину показати, де намальована «одна вишенька», «дві вишенькі», «багато вишеньок». Якщо досліджуваний не може відповісти на запитання: «Скільки вишеньок на картинці?», слід порахувати разом з ним і запитати, на якому із зображень намальовано більше вишеньок.

Розумово відсталі діти нерідко рахують до 4-5 і більше, але не можуть назвати правильно кількості предметів у результаті підрахунку, на відміну від дітей із затримкою розумового розвитку.

Стимульний матеріал



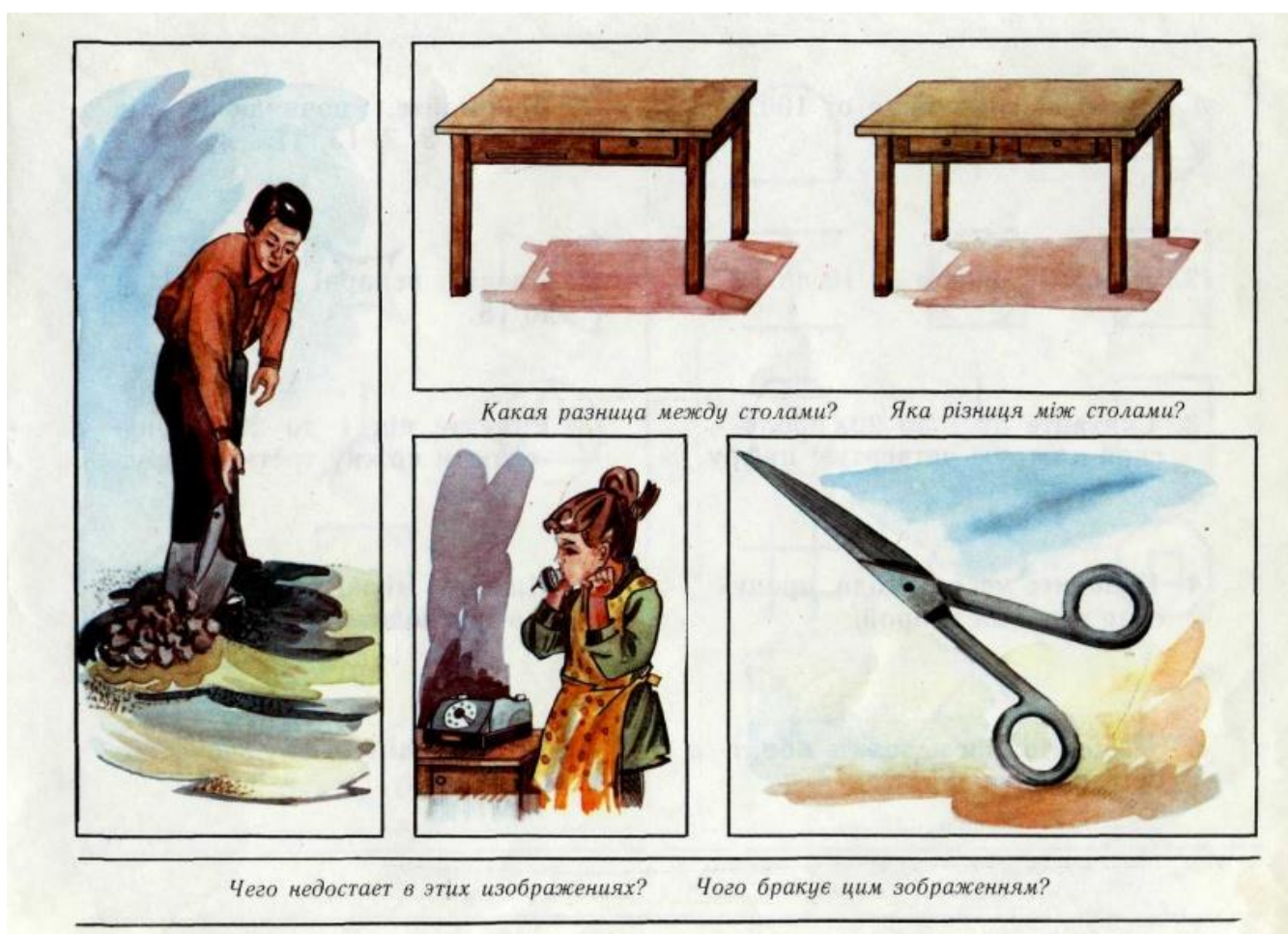
Методика «Виявлення відсутніх деталей в зображеннях»

Мета: дослідити увагу, *аналітико-синтетичну діяльність сигнальних систем кори головного мозку*, що характеризується досить тонким аналізом світлового комплексного подразника (розрізнення всіх деталей) і збереженням тимчасових зв'язків, що відображають закономірні відношення між предметами і явищами. На основі цих зв'язків і виникають поняття про «відповідне» і «невідповідне» дійсності.

Хід проведення:

Досліджуваному потрібно знайти відсутню деталь після розглядання малюнка. При невиконанні завдання самостійно потрібно допомогти досліджуваному і вказати на відсутню деталь.

Стимульний матеріал



Дослідження порушення пам'яті

Запам'ятовування, простих і більш складних малюнків (Ф.Є. Рібаков)

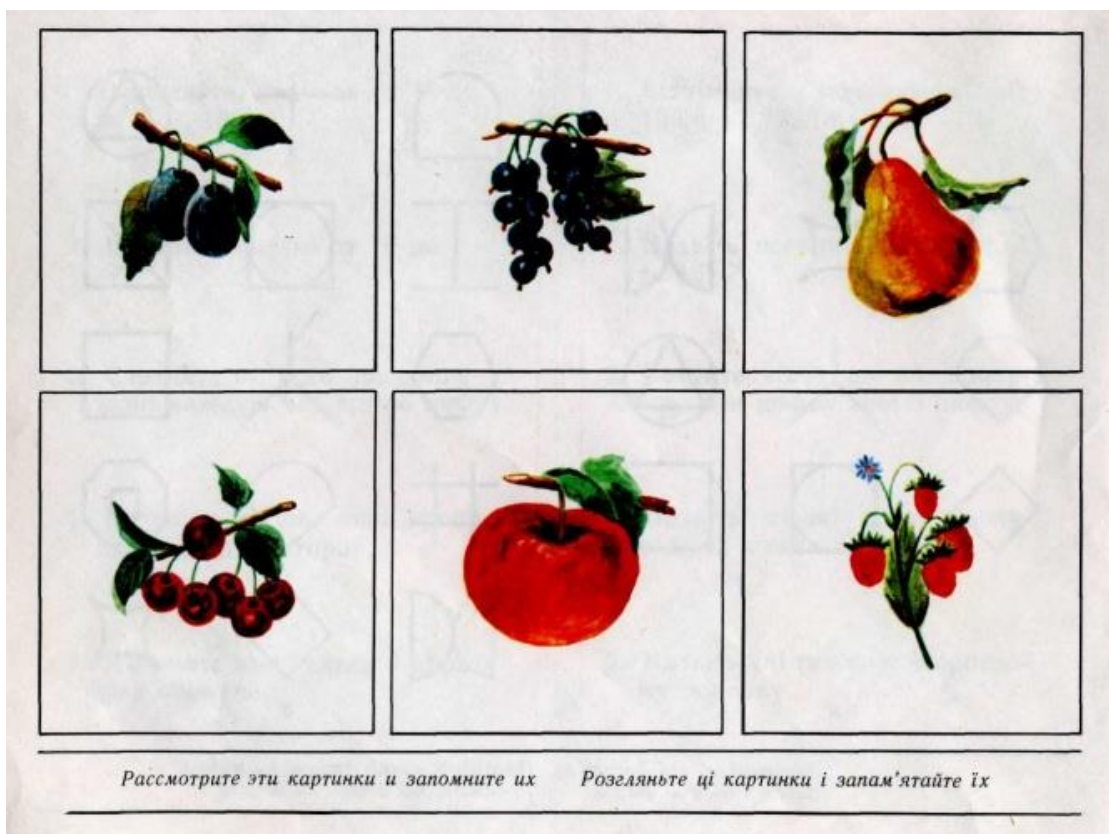
Мета: дослідити рівень сформованості зорової пам'яті, можливість утворення і відтворення відразу декількох *тимчасових зв'язків, що замикаються на подразниках першої сигнальної системи* (на зорові комплекси – незнайомі і знайомі, відносно прості і більш складні). Тимчасові зв'язки виражаються в *рухових і мовних реакціях*.

Хід проведення:

Досліджуваному потрібно уважно розглянути таблицю з фруктами та ягодами, запам'ятати їх і показати на таблиці з більшою кількістю різноманітних фруктів і ягід **ті**, які були на попередній таблиці.

У розумово відсталих дітей утруднення виникає не тільки через порушення уваги, але, насамперед, *через недостатність відповідних уявлень, знань, слів, що позначають відсутні деталі*.

Стимульний матеріал



Запам'ятовування цифр, слів і речень по слуху

Мета: дослідити слухову пам'ять, можливість утворення і відтворення одразу декількох часових зв'язків, що замикаються на звукових подразниках другої сигнальної системи.

Хід проведення:

Досліджуваному пропонують уважно послухати і запам'ятати цифри (слова, речення) і повторити їх. Слова потрібно читати повільно та чітко. Дослідження пропонується починати з однозначних чисел, потім переходити до двозначних (те ж відноситься до запам'ятовування слів з різною кількістю складів). Матеріал, що пропонується для запам'ятовування, досліджуваному читають одноразово. Необхідність повторного читання вже вказує на послаблення у нього пам'яті чи уваги. Рекомендується почати дослідження з простих слів, а в подальшому ускладнювати його, переходячи до двоскладових і т.д. В нормі зазвичай запам'ятовують із 9 запропонованих слів не менше 5.



Покажите, какие фрукты и ягоды вы видели на Покажіть, які фрукти і ягоди ви бачили на попередній сторінці

Діти віком 5-6 років мають без труднощів повторювати фрази, що складаються з 10-12 слів. Неповнота відтворення фраз після задовільного запам'ятовування геометричних фігур, окремих слів свідчить *про недостатність смислової пам'яті, тобто відносну складність функцій другої сигнальної системи, що більш характерно для розумово відсталих дітей.*

Методика «Розуміння змісту сюжетних картин»

Мета: дослідити рівень сформованості мислення, складні форми аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку за участі обох сигнальних систем

Хід проведення:

Досліджуваному пропонується розглянути сюжетні картинки та скласти за ними розповідь або відповіді на питання експериментатора.

*Для дітей 6-8 років із розумовою відсталістю характерне невміння вловити основний сенс навіть в простих сюжетних малюнках, назвати правильно пори року. Такі діти, називаючи окремі зображення, не можуть встановити потрібні між ними зв'язки, не враховують виразів облич, пози і т.п. Діти з легким ступенем розумової відсталості правильно називають дії: «грає», «біжить», «миє посуд», проте у них виникають *труднощі в розумінні внутрішніх смислових зв'язків, особливо прихованих, не можуть скласти розповідь відповідно до серії картинок з послідовним розгортанням сюжету, погано використовують допомогу експериментатора.**

Стимульний матеріал

Где сидит белка? куры? коза?
Де сидить білка? кури? коза?

Какой забор выше?
Який паркан вищий?

Кто выше прыгнул? Кто выше скоцил?
Где бегут мальчики? Де біжать хлопчики?



Что вы видите на картинках?
Кто кому помогает и кто кому мешает?

Що ви бачите на картинках?
Хто кому допомагає і хто кому заважає?



Что произошло? Що сталося?

Методика «Розповідь за малюнками з послідовним розгортанням сюжету» (А.Н. Бернштейн)

Мета: дослідити рівень сформованості мислення, складні форми аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку за участі обох сигнальних систем. Запит до аналітико-синтетичної діяльності сигнальних систем в даному випадку дещо більший, оскільки об'єктом даної діяльності слугують одразу одночасні і послідовні зорові комплекси.

Хід проведення:

Досліджуваному пропонують переглянути серію малюнків з послідовним розгортанням сюжету і скласти розповідь.

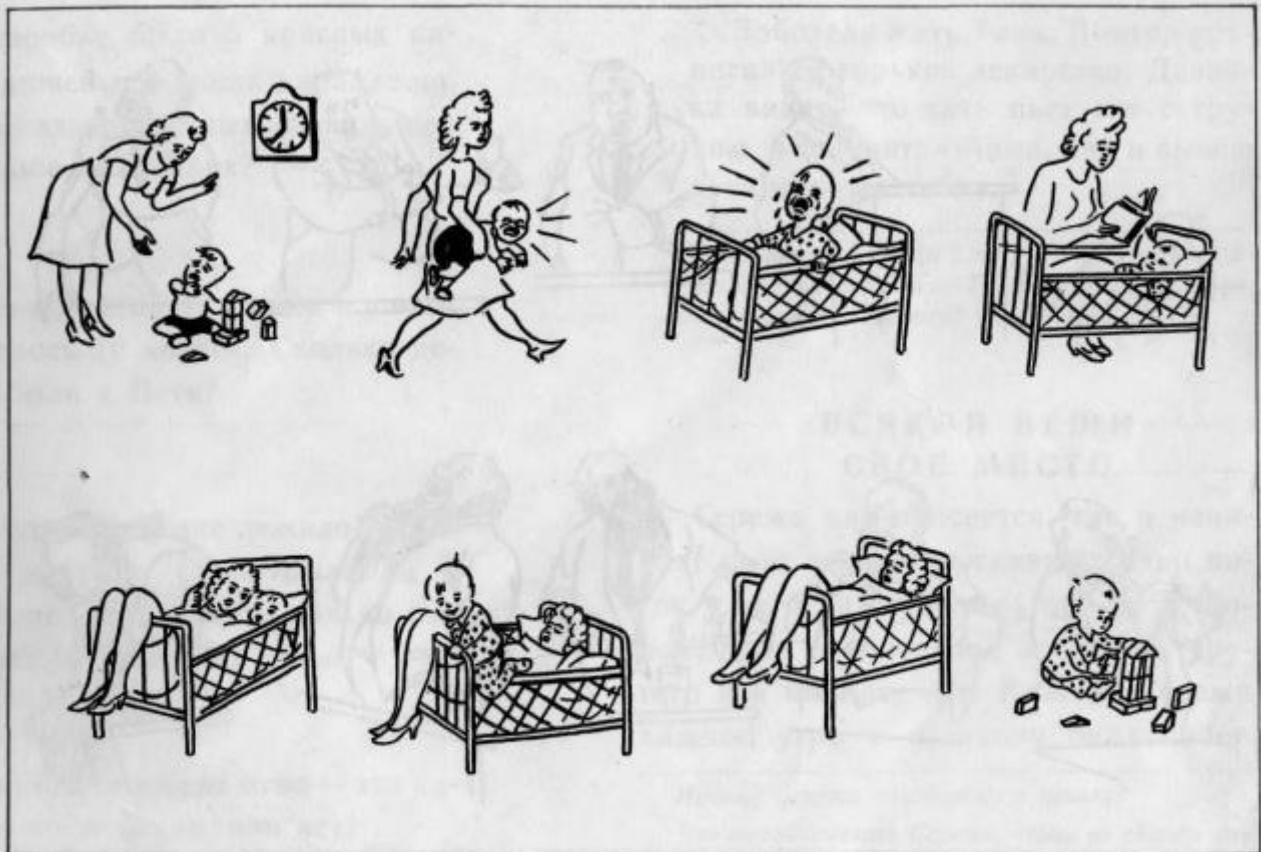
Стимульний матеріал





Составь(те) рассказ по картинкам

Склади(іть) оповідання за картинками



Составь(те) рассказ по картинкам

Склади(іть) оповідання за картинками

Методика «Осмислення розповіді»

Мета: дослідити рівень сформованості мислення, складну аналітико-синтетичну діяльність кори головного мозку, майже виключно в межах другої сигнальної системи, так як в даному випадку мовленнєва реакція досліджуваного є відповіддю на складний мовленнєвий подразник, що спрямований на другу сигнальну систему.

Хід проведення:

Експериментатор читає дитині розповідь. Після цього задає досліджуваному питання що до розуміння тексту.

Розумово відсталі діти навіть тексти сприймають фрагментарно, зупиняючись на окремих знайомих словах або реченнях, не встановлюючи між ними зв'язку, у них виникають випадкові асоціації, що іноді суперечать основному сенсу.

Діти з легким ступенем розумової відсталості можуть повністю повторити розповідь, але, відповідаючи на певні питання, виявляється неповне і неглибоке розуміння протиріч.

Методика «Малюнки з нісенітницями»

Мета: дослідити рівень сформованості мислення, ступінь критичного ставлення до змісту картинки або тексту, аналітико-синтетичну діяльність сигнальних систем, що характеризується досить тонким аналізом комплексного подразника і збереженням тимчасових зв'язків, що відображають закономірні відносини між предметами і явищами.

Хід проведення:

Досліджуваному пропонується переглянути картинки, а потім відповісти на запитання «Що тут неправильно намальовано?».

Стимульний матеріал



*В чем заключается нелепость этой картинки?
В чому полягає безглуздість цього малюнка?*

*Что здесь неправильно нарисовано?
Що тут неправильно намальовано?*

Інтерпретація результатів теста Дж. Гілфорда

Сумарний показник за субтестів	Показник інтелектуального розвитку
0-19	Глибока розумова відсталість
20-34	Розумова відсталість тяжкого ступеня
35-49	Розумова відсталість помірною ступеня
50-69	Розумова відсталість легкого ступеня
70 і більше	В межах норми

Додаток К

Субтест 1. Використання предметів (варіанти вживання).

Завдання. Перерахувати якомога більше незвичайних способів використання предмета.

Інструкція для випробуваного.

Газета використовується для читання. Ти ж можеш придумати інші способи її використання. Що з неї можна зробити? Як її можна ще використовувати?

Інструкція зачитується усно. Час виконання субтеста: 3 хв. При індивідуальній формі проведення всі відповіді дослівно записуються. Час засікається після прочитання інструкції.

Оцінювання.

Результати виконання тесту оцінювалися в балах.

Є три показника.

1) Швидкість (швидкість відтворення ідей) – сумарне число відповідей. За кожен відповідь дається 1 бал, всі бали сумуються.

$B = n$.

B – швидкість, n – число доречних відповідей.

Слід звернути особливу увагу на термін «доречні відповіді». Потрібно виключити з числа врахованих ті відповіді, які згадувалися в інструкції, – очевидні способи використання газет: читати газету, дізнаватися новини і т. д.

2) Гнучкість – число класів (категорій) відповідей.

Усі відповіді можна віднести до різних категорій. Наприклад, відповіді типу: «з газети можна зробити шапку, корабель, іграшку» тощо відносяться до однієї категорії – створення виробів та іграшок.

Категорії відповідей

1. Використання для записів (записати телефон, вирішувати приклади, малювати).

2. Використання для ремонтних і будівельних робіт (заклеїти вікна, наклеїти під шпалери).

3. Використання як підстилки (постелити на брудну лавку, покласти під взуття, постелити на підлогу при фарбуванні стелі).

4. Використання як обгортки (загорнути покупку, обернути книги, загорнути квіти).

5. Використання для тварин (підстилка кішці, хом'якові, прив'язати на нитку бантик з газети і грати з кішкою).

6. Використання як засобу для витирання (витерти стіл, протирати вікна, мити посуд, в якості туалетного паперу).

7. Використання як знаряддя агресії (бити мух, карати собаку, плюватися кульками з газети).

8. Здача в макулатуру.

9. Отримання інформації (дивитися рекламу, давати оголошення, робити вирізки, перевірити номер лотерейного квитка, подивитися дату, подивитися програму TV і т. Д.).

10. Використання як покриття (укритися від дощу, сонця, прикрити щось від пилу).

11. Спалювання (для розпалювання, для розведення багаття, зробити факел).

12. Створення виробів, іграшок (зробити корабель, шапку, пап'є-маше).

Слід приписати кожному відповіді номер категорії з вищенаведеного списку, потім, якщо кілька відповідей будуть відноситися до однієї і тієї ж категорії, то враховувати тільки першу відповідь з цієї категорії, тобто враховувати кожен категорію тільки один раз.

Потім слід підрахувати число використаних дитиною категорій. В принципі, число категорій може змінюватися від 0 до 12 (якщо не буде дано відповідей, віднесених до нової категорії, якої немає в списку).

За відповіді, що не підходять до жодної з перерахованих категорій, додається по 3 бали за кожен нову категорію. Таких відповідей може бути кілька. Але перш ніж привласнювати нову категорію, слід дуже уважно співвіднести відповідь з наведеним вище списком.

За одну категорію нараховується 3 бали.

$$\Gamma = 3 \text{ м.}$$

Γ – показник гнучкості, м – число використаних категорій.

3) Оригінальність – число незвичайних, оригінальних відповідей. Відповідь вважається оригінальним, якщо він зустрічається 1 раз на вибірці в 30-40 чоловік.

Одну оригінальну відповідь – 5 балів.

Усі бали за оригінальні відповіді сумуються.

$$O_p = 5 \text{ к.}$$

O_p – показник оригінальності, де 0 – число оригінальних відповідей.

Підрахунок сумарного показника по кожному субтесту слід проводити після процедури стандартизації, тобто перекладу сирих балів в стандартні. В даному випадку пропонується проводити підсумовування балів за різними факторами, віддаючи собі звіт в тому, що така процедура не є досить коректною, а отже, сумарними балами можна користуватися тільки як приблизними й оцінними.

$$T_1 = B_1 + \Gamma_1 + O_p_1 = \text{п} + 3 \text{ м} + 5 \text{ к.}$$

T_1 – сумарний показник першого субтеста,

B_1 – швидкість за 1 субтестом,

Γ_1 – гнучкість за 1 субтестом,

O_p_1 – оригінальність за 1 субтестом,

п – загальне число доречних відповідей,

м – число категорій,

к – число оригінальних відповідей.

Субтест 2. Наслідки ситуації.

Завдання. Перерахувати різні наслідки гіпотетичної ситуації.

Інструкція для випробуваного

Уяви, що трапиться, якщо тварини і птахи зможуть розмовляти людською мовою. Час виконання субтеста: 3 хвилини.

Оцінювання.

Результати виконання субтеста оцінювалися в балах.

Є два показника.

1) Швидкість (швидкість відтворення ідей) – загальне число наведених наслідків. 1 відповідь (1 наслідок) – 1 бал.

$B = n$.

2) Оригінальність – число оригінальних відповідей, число віддалених наслідків. Тут оригінальною вважається відповідь, наведена тільки один раз (на вибірці 30-40 осіб). 1 оригінальну відповідь – 5 балів.

$O_p = 5k$.

O_p – показник оригінальності, де O – число оригінальних відповідей.

$T_2 = N + 5k$.

T_2 – сумарний показник другого субтеста.

Як і в першому субтесті, слід звернути увагу на виключення недоречних (неадекватних) відповідей, а саме: повторюваних відповідей і відповідей, що не мають відношення до поставленого завдання.

Субтест 4. Словесна асоціація

Завдання. Привести якомога більше визначень для загальноновживаних слів.

Інструкція для випробуваного.

Знайди якнайбільше визначень для слова «книга». Наприклад: красива книга. Яка ще буває книга? Час виконання субтеста: 3 хвилини.

Оцінювання.

Результати виконання субтеста оцінюються в балах за трьома показниками.

1) Швидкість – сумарне число наведених визначень (п).

Одне визначення – 1 бал.

$B = n$.

B – показник швидкості.

2) Гнучкість – число категорій відповідей.

Одна категорія – 3 бали.

$G = 3m$.

Γ – показник гнучкості, m – число категорій відповідей.

Категорії відповідей

1. Час видання (стара, нова, сучасна, старовинна).
2. Дії з книгою будь-якого типу (кинута, забута, вкрадена, передана).
3. Матеріал і спосіб виготовлення (картонна, пергаментний, папірусна, рукописна, надрукована).
4. Призначення, жанр (медична, військова, довідкова, художня, фантастична).
5. Належність (моя, твоя, бібліотечна, загальна).
6. Розміри, форма (велика, важка, довга, тонка, кругла, квадратна).
7. Поширеність, популярність (відома, популярна, знаменита, рідкісна).
8. Ступінь збереження і чистоти (рвана, ціла, брудна, мокра, пошарпана).
9. Цінність (дорога, дешева, цінна).
10. Колір (червона, синя, фіолетова).
11. Емоційно-оцінне сприйняття (хороша, весела, сумна, страшна, сумна, цікава, розумна, корисна).
12. Мова, місце видання (англійська, іноземна, німецька, індійська, вітчизняна).

Усі відповіді, що відносяться до однієї категорії, враховуються тільки один раз. Максимальний бал – $12 \times 3 = 36$ балів (у випадку, якщо у відповідях присутні всі дванадцять категорій, що на практиці зустрічається виключно рідко, а також відсутні відповіді, яким присвоюється нова категорія). Як і в субтесті 1, відповідям, які не відносяться ні до одної категорії, присвоюється нова категорія і, відповідно, додається по 3 бали за кожну нову категорію. У цьому випадку максимальний бал може збільшитися.

$$\Gamma = 3 m.$$

Γ – показник гнучкості, m – число категорій.

3) Оригінальність – число оригінальних визначень.

Визначення вважається оригінальним, якщо воно приведено всього один раз на вибірці в 30-40 чоловік. Одне оригінальне визначення – 5 балів.

$O_p = 5$ к.

O_p – показник оригінальності, де O – число оригінальних визначень.

$T_4 = N + 3m + 5$ к.

T_4 – сумарний показник четвертого субтеста.

Субтест 5. Складання зображень.

Завдання. Намалювати задані об'єкти, користуючись певним набором фігур.

Інструкція для випробуваного.

Намалюй певні об'єкти, користуючись наступним набором фігур: коло, прямокутник, трикутник, півколо. Кожну фігуру можна використовувати кілька разів, міняти її розміри і положення в просторі, але не можна додавати інші фігури або лінії.

У першому квадраті намалюй обличчя, у другому – будинок, в третьому – клоуна, а в четвертому – те, що ти хочеш. Підпиши четвертий малюнок.

Випробуваному пред'являється набір фігур і зразок виконання завдання – лампа. Час виконання всіх малюнків: 8 хвилин.

Довжина сторони квадрата – 8 см (для тестового бланка).

Оцінювання.

Оцінювання проводиться за двома показниками.

1) Швидкість – гнучкість. У даному показнику враховуються:

N_1 – число зображених елементів (деталей);

n_2 – число використаних категорій фігур (з 4 заданих),

n_2 змінюється від 0 до 4. Одна деталь – 0,1 бала. Один клас фігур – 1 бал.

n_3 – число помилок (помилкою вважається використання в малюнку незаданих фігури або лінії). Одна помилка – 0,1 бала.

$B_4 = 1 = (0,1n_1 + N_2 - 0,1n_3)$

B – швидкість, y – номер малюнка (від 1 до 4). Бали B підсумовуються по чотирьох малюнкам.

2) Оригінальність.

До 1 – число оригінальних елементів малюнка. Під оригінальним елементом розуміється елемент незвичайної форми, незвичайне розташування елемента, незвичайне використання елемента, оригінальне розташування елементів один щодо одного. Один оригінальний елемент – 3 бали.

В одному малюнку може бути кілька оригінальних елементів.

К 2 – оригінальність четвертого малюнка (по темі, за змістом). Може зустрічатися один раз на вибірку в 30-40 чоловік.

К 2 може приймати значення 0 або 1. За оригінальний сюжет нараховується 5 балів (це відноситься тільки до четвертого малюнку)

$$0 \text{ p } 4 = 1 = 5 \text{ К} + \text{К } 1i.$$

Op – оригінальність, я – номер малюнка (від 1 до 4).

$$T 5 = B + Op.$$

T 5 – сумарний показник п'ятого субтеста, B – швидкість,

Op – оригінальність.

Субтест 6. Ескізи.

Завдання. Перетворити на різні зображення однакові фігури (кола), що приводяться в квадратах.

Інструкція для випробуваного.

Додай будь-які деталі або лінії до основного зображення так, щоб вийшли різні цікаві малюнки. Малювати можна як всередині, так і зовні круга. Підпиши назву до кожного малюнку. Час виконання завдання: 10 хвилин. Тестовий бланк – це аркуш стандартного паперу (формат А4), на якому зображено 20 квадратів з колом посередині. Розміри квадрата 5 x 5 см, діаметр кожного кола – 1,5 см.

Оцінювання.

Проводиться за трьома показниками:

1) Швидкість – число адекватних завданню малюнків.

Один малюнок – 1 бал.

$$B = n$$

n – число малюнків (змінюється від 0 до 20).

Виключаються малюнки, точно повторюють один одного (дублікати), а також малюнки, в яких не використаний стомлений матеріал – коло.

2) Гнучкість – число зображених класів (категорій) малюнків. Наприклад, зображення різних осіб відносяться до однієї категорії, зображення різних тварин також становлять одну категорію.

Одна категорія – 3 бали.

$G = 3m$.

m – число категорій.

Категорії відповідей

1. Війна (військова техніка, солдати, вибухи).
2. Географічні об'єкти (озеро, ставок, гори, сонце, місяць).
3. Звірі. Птиці. Риби. Комахи.
4. Знаки (букви, цифри, нотні знаки, символи).
5. Іграшки, ігри (будь-які).
6. Космос (ракета, супутник, космонавт).
7. Особа (будь-яке людське обличчя).
8. Люди (осіб).
9. Машини. Механізми.
10. Посуд.
11. Предмети домашнього вжитку.
12. Природні явища (дощ, сніг, град, веселка, північне сяйво).
13. Рослини (будь-які - дерева, трави, квіти).
14. Спортивні снаряди.
15. Їстівні продукти (їжа).
16. Візерунки, орнаменти.
17. Прикраси (намиста, сережки, браслет).

Якщо малюнок не відповідає жодній категорії, йому присвоюється нова категорія.

3) Оригінальність

Оригінальним вважається малюнок, сюжет якого використаний один раз (на вибірці в 30-40 чоловік). Один оригінальний малюнок – 5 балів.

$Op = 5 \text{ к.}$

Op – показник оригінальності, де O – число оригінальних малюнків.

$T_6 = n + 3m + 5k.$

T_6 – сумарний показник шостого субтеста.

При підрахунку балів по шостому субтесту слід враховувати всі малюнки незалежно від якості зображення. Про сюжет і темі треба судити не тільки по малюнку, але й обов'язково брати до уваги підпис.

У маленьких дітей, які не вміють писати, після закінчення роботи необхідно запитати, що зображено на малюнках, і підписати назви до малюнків. В основному це відноситься до вікової групи 5-7 років.

Субтест 7. Прихована форма.

Завдання. Знайти різні фігури, сховані в складному, малоструктурному зображенні.

Інструкція для випробуваного.

Знайди якомога більше зображень на цьому малюнку. Що намальовано на цій картинці? Час виконання субтеста: 3 хвилини.

Тестові стимульні: всього чотири різних малюнка. Пред'являти слід тільки один малюнок. Решта дані для того, щоб можна було провести повторне тестування в інший час.

Оцінювання.

Результати виконання субтеста оцінюються в балах за двома показниками:

1) Швидкість – сумарне число відповідей (n).

Один відповідь – 1 бал.

$B = n.$

2) Оригінальність – число оригінальних, рідкісних відповідей. В даному випадку оригінальним буде вважатися відповідь, даний один раз на вибірці в 30-40 чоловік. Один оригінальну відповідь – 5 балів.

$0p = 5 \text{ к.}$

Op – оригіальність, K – число оригіальних, рідкісних відповідей.

$T 7 = n + 5 \text{ к.}$

$T 7$ – сумарний показник сьомого субтеста.

Анкета

Прізвище, ім'я, по батькові	
Вік	
Тип дизонтогенезу розумового розвитку	
Власна одиниця часу	
Відхилення від аналогу «якісного» годинника	
Коефіцієнт IQ	

Формули математично-статистичної обробки

№	Назва	Формула	Значення
1	Індивідуальне значення „хронотип”	$X_T = \frac{\sum t_s}{\sum t_o}$	t_o – тривалість, що задана експериментатором
			t_s – тривалість, яку відтворює обстежуваний
2	Відносна похибка відтворення тривалості [34, с. 35].	$ \varepsilon = \frac{\Delta t_s}{t_o} 100\%$	$\Delta t = t_o - t_s$
			t_o – тривалість, яка задавалася експериментатором
			t_s – тривалість, яку відтворює обстежуваний
3	Середнє арифметичне	$x = \frac{\sum x}{n}$	Σ – сума
			x - перемінна
			n - кількість перемінних
4	Коефіцієнт кореляції Пірсона	$r_{xy} = \frac{\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x - \bar{x})^2 \sum (y - \bar{y})^2}}$	Σ – сума
			x - перемінна 1
			y - перемінна 2
			\bar{x} - середнє арифметичне перемінної 1
			\bar{y} - середнє арифметичне перемінної 2
5	<i>t</i> -критерій Стьюдента	$t = \frac{ x_1 - x_2 }{\sqrt{ m^2_1 - m^2_2 }}$	x_1 - середнє арифметичне перемінної 1
			x_2 - середнє арифметичне перемінної 2
			m^2_1 та m^2_2 – інтегрований показник відхилення значень першої і другої вибірок
			S^2_1 та S^2_2 – дисперсія першої і другої вибірок
			n_1 та n_2 – кількість перемінних першої та другої вибірок
		$m^2_1 = \frac{S^2_1}{n_1}$	
		$m^2_2 = \frac{S^2_2}{n_2}$	

Додаток Н

Зведена таблиця результатів дослідження пізнавальної сфери у дітей із легким ступенем розумової відсталості дошкільного віку

Досліджувані	Сприймання	Увага		Пам'ять		Мислення			
	Впізнавання зображення на картинках	Підрахунок кружків	Виявлення відсутніх деталей в зображеннях	Запам'ятовування малюнків	Запам'ятовування цифр, слів і речень по слуху	Розуміння змісту сюжетних картин	Розповідь з послдовнимрозгор-танням сюжету	Осмислення розповіді	Малюнки з нісенітницями
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	2	1	1	1	1	1
13	1	1	1	2	1	1	1	1	1
14	1	1	1	2	1	1	1	1	1
15	1	1	1	2	1	1	1	1	1
16	1	1	1	2	1	1	1	1	1
17	1	1	1	2	1	1	1	1	1
18	1	1	1	2	1	1	1	1	1
19	2	2	1	2	1	1	1	1	1
20	2	2	1	2	1	1	1	1	1
21	2	2	1	2	1	1	1	1	1
22	2	2	1	2	1	1	1	1	1
23	2	2	1	2	2	1	2	1	1
24	2	2	1	2	2	1	2	1	1
25	2	2	1	2	2	1	2	1	1
26	3	3	1	2	2	1	2	1	1
27	3	3	1	2	2	1	2	1	1
28	3	3	1	2	2	1	2	1	1
29	3	3	1	2	2	2	2	1	1
30	3	3	1	2	2	2	2	1	2
31	3	3	1	2	2	2	2	2	2
32	3	3	2	2	2	2	3	2	2
33	3	3	2	2	2	2	3	2	2
34	3	3	2	2	2	2	3	2	2
35	3	3	2	2	2	3	3	3	3
36	3	3	1	2	2	3	3	3	3

Примітка: 3 – виконано завдання; 2- частково виконано; 1 – не виконано.

Зведена таблиця результатів дослідження пізнавальних процесів у дітей із затримкою психічного розвитку дошкільного віку

Досліджувані	Сприймання	Увага		Пам'ять		Мислення			
	Впізнання зображення на картинках	Підрахунок кружків	Виявлення відсутніх деталей в зображеннях	Запам'ятовування малюнків	Запам'ятовування цифр, слів і речень по слуху	Розуміння змісту сюжетних картин	Розповідь з послідовним розгортанням сюжету	Осмислення розповіді	Малюнки з нісенітницями
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
4	2	2	1	1	1	1	1	1	1
5	3	2	1	1	1	1	2	1	1
6	3	2	1	2	1	1	2	2	1
7	3	2	1	2	1	1	2	2	1
8	3	2	1	2	2	1	2	2	1
9	3	2	2	2	2	2	2	2	1
10	3	3	2	2	2	2	3	2	1
11	3	3	2	2	2	2	3	2	2
12	3	3	3	2	2	2	3	2	2
13	3	3	3	2	2	2	3	3	3
14	3	3	3	2	2	2	3	3	3
15	3	3	3	2	2	3	3	3	3
16	3	3	3	2	2	3	3	3	3

Примітка: 3 – виконано завдання; 2- частково виконано; 1 – не виконано.

**Зведена таблиця узагальнених результатів дослідження
пізнавальної сфери у дітей з дизонтогенезом розумового розвитку**

Діти з легким ступенем розумової відсталості			Діти з затримкою психічного розвитку		
бали	%	Кількість	Бали	%	кількість
Сприймання					
Впізнання зображення на картинках					
1	50%	18	1	6.25%	1
2	19.4 %	7	2	18.75%	3
3	30.6	11	3	75%	12
Увага					
Підрахунок однорідних зображень					
1	50%	18	1	18.75%	3
2	19.4%	7	2	31.25%	5
3	30.6%	11	3	50%	8
Виявлення відсутніх деталей в зображеннях					
1	86.1%	31	1	50%	8
2	11.1%	4	2	18.75%	3
3	2.8 %	1	3	31.25%	5
Пам'ять					
Запам'ятовування малюнків					
1	30.6%	11	1	31.25%	5
2	69.4%	25	2	68.75%	11
3	0%	0	3	0%	0
Запам'ятовування цифр, слів і речень на слух					
1	61.1%	22	1	43.75%	7
2	38.9%	14	2	56.25%	9
3	0%	0	3	0%	0
Мислення					
Розуміння змісту сюжетних картин					
1	77.8%	28	1	50%	8
2	16.6%	6	2	37.5%	6
3	5.6	2	3	12.5%	2
Розповідь за малюнками з послідовним розгортанням сюжету					
1	61.1%	22	1	25%	4
2	25%	9	2	31.25%	5
3	13.9%	5	3	43.75%	7
Осмислення розповіді					
1	83.3%	30	1	31.25%	5
2	11.1%	4	2	43.75%	7
3	5.6%	2	3	25%	4
Малюнки з нісенітницями					
1	80.5%	29	1	62.5%	10
2	13.9%	5	2	12.5%	2
3	5.6%	2	3	25%	4

Додаток П

**Показники відхилення від значення власної одиниці часу дітей
із розумовою відсталістю**

Досліджуваний	Стать	Відхилення - σ	IQ	t-критерій Стьюдента
1	хлопчик	0,51	60	0,01
2	дівчинка	0,6	64	
3	хлопчик	0,65	68	0,005
4	дівчинка	0,66	69	
5	хлопчик	0,7	59	0,006
6	дівчинка	0,71	58	
7	хлопчик	0,75	55	0,004
8	дівчинка	0,74	56	
9	хлопчик	0,76	54	0,005
10	дівчинка	0,78	53	
11	хлопчик	0,8	52	0,006
12	дівчинка	0,81	51	
13	хлопчик	0,85	50	0,007
14	дівчинка	0,86	53	
15	хлопчик	0,87	52	0,008
16	дівчинка	0,9	51	

**Показники відхилення від значення власної одиниці часу дітей без
порушення розумового розвитку**

Досліджуваний	Стать	Відхилення - σ	IQ	t-критерій Стьюдента
1	хлопчик	0,01	90	0,01
2	дівчинка	0,06	94	
3	хлопчик	0,05	88	0,005
4	дівчинка	0,06	89	
5	хлопчик	0,07	89	0,006
6	дівчинка	0,01	88	
7	хлопчик	0,05	85	0,004
8	дівчинка	0,04	86	
9	хлопчик	0,06	87	0,005
10	дівчинка	0,08	93	
11	хлопчик	0,05	92	0,006
12	дівчинка	0,01	91	
13	хлопчик	0,05	90	0,007
14	дівчинка	0,06	93	
15	хлопчик	0,07	92	0,008
16	дівчинка	0,09	91	

Додаток С

Анкета для дітей із вадами психофізіологічного розвитку «Мої потреби»

(для дітей 7-11 років зі збереженим інтелектом)

ПІБ _____

Стать _____

Вік _____

Медичний діагноз _____

Заклад, у якому навчається: школа-інтернат, інклюзивний клас, індивідуальне навчання у школі, навчання вдома (необхідне підкреслити). Клас _____

Інструкція: дай прості відповіді на запропоновані запитання. Постав знак «+», якщо відповідь на запитання «так» або «-», якщо відповідь на запитання це «ні». Постав необхідний знак у відповідну клітинку.

Примітки: якщо дитина не може самостійно заповнити анкету, питання до неї зачитує психолог і саме він заповнює бланки, уникаючи коментування питань.

<i>Запитання анкети</i>	<i>Місце для відповіді: «+» / «-»</i>
1. Чи володієш ти навичками самообслуговування?	
2. Чи можеш ти більшу частину часу обходитися без батьків?	
3. Чи можеш ти задовольняти свої фізіологічні потреби (їсти, ходити в туалет, пересуватися) та самостійно організувати своє дозвілля?	
4. Чи можеш ти виконувати шкільні домашні завдання без сторонньої допомоги?	
5. Чи вважаєш себе самостійним, здатним подбати про себе?	
6. Чи знаєш ти свої сильні сторони (позитивні риси характеру)?	
7. Чи розмірковуєш над своїми недоліками та обмеженнями?	
8. Чи відчуваєш безсилля та безпорадність, коли думаєш про свої індивідуальні особливості?	
9. Чи зважають на твої індивідуальні особливості твої брати і сестри (за відсутності – друзі)?	
10. Чи залучають вони тебе до спільних ігор чи справ?	

11. Чи реагують твої брати і сестри (за відсутності – друзі) на твої емоції?	
12. Чи можеш ти злитися, дратуватися та виявляти інші негативні емоції у складних для себе ситуаціях?	
13. Чи часто у тебе виникають негативні емоції?	
14. Чи сварять / критикують тебе батьки за вияв негативних емоцій?	
15. Чи розмовляють батьки з тобою про твої емоційні переживання?	
16. Чи відчуваєш ти байдужість з боку найближчого свого оточення?	
17. Чи підтримують тебе твої близькі родичі або знайомі у твоїх бажаннях, інтересах, діяльності?	
18. Чи відчуваєш ти емоційне тепло, спілкуючись зі своїм лікарем?	
19. Чи відвідуєш ти систематично заняття із психологом?	
20. Чи подобаються тобі заняття з психологом?	
21. Чи є у тебе справжні друзі?	
22. Чи намагаєшся ти привернути увагу інших людей, які не є членами сім'ї, на здійснення своїх особистих бажань?	
23. Чи прагнеш ти стати важливим для своїх друзів і знайомих?	
24. Чи хочеш ти бути у центрі уваги, спілкуючись із іншими людьми поза своєю сім'єю?	
25. Чи демонструєш ти іншим людям свої сильні сторони?	
26. Чи відчуваєш ти впевненість у собі у взаємодії з найближчим оточенням?	
27. Чи часто ти хворієш і відвідуєш лікаря?	
28. Чи відчуваєш ти емоційну підтримку з боку лікарів / медсестер?	
29. Чи зважають / реагують медичні працівники на твої індивідуальні особливості?	
30. Чи пояснюють тобі медики особливості твого стану здоров'я і розвитку?	

31. Чи зрозуміла тобі інформація, яку надає твій лікар?	
32. Чи відчуваєш ти підтримку з боку свого вчителя?	
33. Чи подобається тобі з ним працювати?	
34. Чи потрібна тобі допомога психолога?	
35. Чи відчуваєш ти зміни на краще, коли працюєш з психологом?	

Анкета для батьків «Потреби дитини та особливості їх прояву»

(для дітей 7-11 років зі збереженим інтелектом)

ПІБ _____

Стать _____

Вік _____

Освіта _____ (вища, середня спеціальна, середня)

Повна / неповна сім'я (необхідне підкреслити)

Матеріально забезпечені / низький рівень матеріального забезпечення (необхідне підкреслити)

Стать дитини _____

Вік дитини _____

Кількість дітей у сім'ї _____, з них мають особливі потреби _____

Зазначте медичний діагноз Вашої дитини _____

Вкажіть заклад і форму навчання Вашої дитини: школа-інтернат, інклюзивний клас, індивідуальне навчання в школі, навчання вдома (необхідне підкреслити).

І частина

Інструкція: до Вашої уваги запропоновано перелік питань щодо вияву потреб доньки / сина, який відображає систему її взаємодії з соціальними інституціями різних рівнів. Просимо ознайомитися з кожним питанням і визначитися з відповіддю, обираючи найбільш прийнятний варіант або запропонувати власний. Поставте знак «X» у відповідну клітинку або зазначте свою відповідь.

<i>Запитання</i>	<i>Варіанти відповідей</i>	<i>Місце для відповіді</i>
------------------	----------------------------	----------------------------

1. Чи володіє Ваша дитина навичками самообслуговування?	А) так, володіє;	
	Б) здебільшого так;	
	В) частково;	
	Г) ні, не володіє;	
	Д) _____ (свій варіант).	
2. Чи може дитина більшість часу проводити без Вас?	А) так, може;	
	Б) здебільшого так;	
	В) частково;	
	Г) ні, не може;	
	Д) _____ (свій варіант).	
3. Що саме дитина може робити без Вашої участі?	А) доглядати за собою (відповідно віку) та організувати своє дозвілля;	
	Б) частково задовольняти свої фізіологічні потреби (їсти, ходити в туалет, пересуватися) та на певний час організувати своє дозвілля;	
	В) має елементарні навички самообслуговування, гри;	
	Г) практично завжди потребує сторонньої допомоги;	
	Д) _____ (свій варіант).	
4. Чи може дитина впоратися зі шкільними домашніми завданнями без Вашої допомоги?	А) так, може;	
	Б) здебільшого так;	
	В) частково;	
	Г) ні, не може;	
	Д) _____ (свій варіант).	
5. Ви вважаєте, що Ваша дитина:	А) цілком самостійна, здатна сама задовольнити свої потреби;	
	Б) здебільшого самостійна, втім часом потребує уваги та контролю з боку дорослих;	
	В) самостійно виконує тільки елементарні завдання;	
	Г) несамотійна, потребує постійної допомоги та нагляду;	
	Д) _____ (свій варіант).	
6. Чи враховуєте Ви сильні сторони своєї дитини у процесі взаємодії з нею?	А) так, враховую;	
	Б) здебільшого так;	
	В) частково;	
	Г) ні, не враховую;	
	Д) _____ (свій варіант).	
7. Чи зважаєте на обмеження /слабкі сторони Вашої доньки	А) так, зважаю;	
	Б) здебільшого так;	

чи сина?	В) частково;	
	Г) ні, не зважаю;	
	Д) _____ (свій варіант).	
8. Які емоції здебільшого виникають, коли Ви думаєте про обмеження Вашої дитини?	А) прийняття, смиренність;	
	Б) безсилля, безпорадність;	
	В) роздратування, злість, провина;	
	Г) не звертаю уваги на власні емоції;	
	Д) _____ (свій варіант).	
9. Чи беруть до уваги у процесі взаємодії брати і сестри (за їх наявності) особливості розвитку дитини?	А) так, зважають на це;	
	Б) здебільшого так;	
	В) частково;	
	Г) ні, не зважають;	
	Д) _____ (свій варіант).	
10. Чи залучають брати і сестри (за їх наявності) Вашу дитину до спільних ігор чи справ?	А) так, залучають;	
	Б) здебільшого так;	
	В) частково;	
	Г) ні, не залучають;	
	Д) _____ (свій варіант).	
11. Чи зважаєте Ви на емоції дитини?	А) так, зважаю;	
	Б) здебільшого так;	
	В) частково;	
	Г) ні, не зважаю;	
	Д) _____ (свій варіант).	
12. Чи виявляє Ваша дитина негативні емоції у складних для неї ситуаціях?	А) так, виявляє;	
	Б) здебільшого так;	
	В) частково;	
	Г) ні, не виявляє;	
	Д) _____ (свій варіант).	
13. Як часто у дитини виникають і проявляються негативні емоції?	А) дуже часто;	
	Б) часто;	
	В) час від часу;	
	Г) не проявляє негативних емоцій;	
	Д) _____ (свій варіант).	
14. Як саме Ви реагуєте на переживання дитиною негативних емоцій?	А) даю можливість пережити цю емоцію, а потім розмовляю про ситуацію, що її викликала;	
	Б) не звертаю уваги, даю можливість заспокоїтися самостійно;	
	В) витримую певний час, а потім «зриваюсь» сам / сама; відразу втішаю дитину;	
	Г) раджу заспокоїтися та не виявляти цих емоцій;	

	Д) _____ (свій варіант).	
15. Як часто Ви розмовляєте з дитиною про її емоційні переживання?	А) дуже часто;	
	Б) часто;	
	В) час від часу;	
	Г) не розмовляю;	
	Д) _____ (свій варіант).	
16. Які реакції з боку найближчого оточення щодо дитини Ви спостерігаєте?	А) співчуття і розуміння;	
	Б) байдужість;	
	В) уникання та ігнорування;	
	Г) роздратування та осуд;	
	Д) _____ (свій варіант).	
17. Чи надають Вам родичі, близькі, знайомі посильну фізичну та психологічну підтримку щодо виховання дитини?	А) дуже часто;	
	Б) часто;	
	В) час від часу;	
	Г) не надають взагалі;	
	Д) _____ (свій варіант).	
18. Чи встановлено, на Вашу точку зору, емоційний контакт між лікарем, який здійснює супровід, і Вашою дитиною?	А) так;	
	Б) частково;	
	В) іноді;	
	Г) немає емоційного контакту;	
	Д) _____ (свій варіант).	
19. Якщо з Вашою дитиною працює психолог / соціальний працівник, охарактеризуйте особливості його ставлення до неї:	А) позитивно налаштований на взаємодію;	
	Б) не виявляє особливої зацікавленості, проте якісно виконує свою роботу;	
	В) здебільшого формально ставиться до своїх обов'язків;	
	Г) байдужий до дитини;	
	Д) _____ (свій варіант).	
20. Чи є друзі у Вашої дитини?	А) так, є справжній друг / друзі;	
	Б) є декілька товаришів, з якими спілкується час від часу;	
	В) є декілька дітей, з якими іноді спілкується;	
	Г) ні, немає;	
	Д) _____ (свій варіант).	
21. Чи акцентує (звертає) Ваша дитина увагу на особистих бажаннях і прагненнях у спілкуванні з іншими людьми, які не є членами сім'ї?	А) так, завжди;	
	Б) здебільшого так;	
	В) іноді;	
	Г) ні, не акцентує;	
	Д) _____ (свій варіант).	

22. Чи прагне Ваша дитина стати значущою для найближчого оточення, але поза межами сім'ї (друзі, знайомі, педагоги, лікарі тощо)?	А) так, завжди;	
	Б) здебільшого так;	
	В) іноді;	
	Г) ні, не прагне;	
	Д) _____ (свій варіант).	
23. Чи прагне Ваш син чи донька до визначення себе та свого місця в системі стосунків із іншими людьми поза сім'єю?	А) так, завжди;	
	Б) здебільшого так;	
	В) іноді;	
	Г) ні, не прагне;	
	Д) _____ (свій варіант).	
24. Як саме самостверджується Ваша дитина у взаємодії з іншими людьми?	А) орієнтується на свої сильні сторони, підкреслює їх, але це не викликає напруги у взаєминах з іншими;	
	Б) іноді демонструє свої можливості, але іноді це заважає стосункам;	
	В) не намагається проявити себе, свої сильні сторони;	
	Г) здебільшого проявляє негативні риси, що значно утруднює взаємодію;	
	Д) _____ (свій варіант).	
25. У взаєминах із найближчим оточенням дитина переважно себе поводить:	А) впевнено, готова до взаємодії;	
	Б) дещо сором'язливо, але відкрита до контакту;	
	В) соромиться, пасивна у взаємодії;	
	Г) уникає контакту;	
	Д) _____ (свій варіант).	
26. Як часто Ваша дитина потребує систематичної медичної допомоги?	А) за графіком;	
	Б) переважно за графіком, втім часом виникає потреба у додатковому зверненні;	
	В) часто звертаємось за допомогою, через хворобливість;	
	Г) постійно потребує допомоги медиків;	
	Д) _____ (свій варіант).	
27. Чи поєднується медична допомога з емоційною підтримкою дитини з боку медиків?	А) так, завжди;	
	Б) здебільшого так;	
	В) іноді;	
	Г) ні, не поєднується;	
	Д) _____ (свій варіант).	
28. Чи враховують медики специфічність потреб дитини?	А) так, завжди;	
	Б) здебільшого так;	

	В) іноді;	
	Г) ні, не враховують;	
	Д) _____ (свій варіант).	
29. Чи навчають медики Вашу дитину адекватному ставленню до своїх індивідуальних особливостей?	А) так, завжди;	
	Б) здебільшого так;	
	В) іноді;	
	Г) ні, не навчають;	
	Д) _____ (свій варіант).	
30. Як часто Ви отримуєте вичерпну інформацію щодо стану і подальшого розвитку дитини?	А) дуже часто;	
	Б) часто;	
	В) час від часу;	
	Г) не отримую взагалі;	
	Д) _____ (свій варіант).	
31. Ваша потребує допомоги психолога?	А) так, потребує;	
	Б) здебільшого так;	
	В) іноді;	
	Г) ні, не потребує;	
	Д) _____ (свій варіант).	
32. Чи працює психолог з Вашою дитиною?	А) так, систематично;	
	Б) час від часу, коли виникає потреба;	
	В) зустрічей з психологом було досить мало;	
	Г) ні, не працює;	
	Д) _____ (свій варіант).	
33. Чи намагається психолог розкрити потенціал Вашої дитини та посилити її ресурси?	А) так, завжди;	
	Б) здебільшого так;	
	В) іноді;	
	Г) ні, не намагається;	
	Д) _____ (свій варіант).	
34. Чи розвиває психолог важливі для Вашої дитини соціально-психологічні уміння та навички?	А) так, завжди;	
	Б) здебільшого так;	
	В) іноді;	
	Г) ні, не розкриває;	
	Д) _____ (свій варіант).	
35. Чи спостерігається динаміка змін завдяки співпраці Вашої дитини і психолога?	А) так, завжди;	
	Б) здебільшого так;	
	В) іноді;	
	Г) ні, не спостерігається;	
	Д) _____ (свій варіант).	

II частина

Інструкція: до Вашої уваги запропоновано перелік потреб дитини, який відображає систему її взаємодії з соціальними інституціями різних рівнів. Просимо ознайомитися з кожною потребою і визначитися, наскільки вона є актуальною для Вашої дитини, оцінюючи її за 10-бальною шкалою: 0 – потреба не є актуальною зовсім → 10 –максимально актуальна потреба. Поставте знак «X» у відповідну клітинку.

Перелік потреб дитини

1. Потреба в присутності іншого (важливість присутності та допомоги дитині з боку оточення)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Потреба у прийнятті батьками та сиблінгами (урахування сильних сторін і обмежень дитини, безоціночне ставлення до неї батьків і братів / сестер)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Потреба в постійній емоційній підтримці

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Потреба в прийнятті з боку найближчого позасімейного соціального оточення (знайомих, друзів сім'ї, друзів дитини, родичів, сімейного лікаря, психолога, соціального педагога, сусідів, вчителя, тренера)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Потреба в самоствердженні (прагнення дитини до усвідомлення себе та свого місця в системі людських стосунків)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Потреба в кваліфікованій медичній допомозі (необхідність у якісному наданні послуг з боку медика, який здійснює систематичний супровід дитини)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Потреба в психологічному супроводі (необхідність у фаховій допомозі психолога)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Потреба в охороні здоров'я на державному рівні

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Потреба в соціальному захисті (упровадження системи пільг та соціальних гарантій)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Потреба в отриманні освіти

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. Матеріально-побутові потреби

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. Потреба в толерантному і гуманному ставленні суспільства

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Потреба в економічній та політичній підтримці з боку державних інституцій

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Анкета для подружжя «Актуальні потреби сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами»

ПІБ _____

Стать _____

Вік _____

Освіта _____ (вища, середня спеціальна, середня)

Повна / неповна сім'я (необхідне підкреслити)

Стать дитини _____

Вік дитини _____

Кількість дітей у сім'ї _____, з них мають особливі потреби _____

Зазначте медичний діагноз Вашої дитини _____

Інструкція: до Вашої уваги запропоновано перелік потреб сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами. Просимо ознайомитися з кожною потребою і визначитися, наскільки вона є актуальною для Вас, як для подружжя й батьків. Кожну потребу треба оцінювати за 5-бальною шкалою: 0 – потреба не є актуальною зовсім → 5 –максимально актуальна потреба. Поставте знак «X» у відповідну клітинку.

Бланк

№ п.п.	Перелік потреб	Оцінка актуальності потреби за 5- тибальною шкалою				
		1	2	3	4	5
1	Потреба в емоційному відреагуванні негативних емоцій					
2	Потреба в особистісному просторі					
3	Потреба в психологічній підтримці					
4	Потреба в увазі до себе, задоволенні власних потреб					
5	Потреба в любові чоловіка/дружини					
6	Потреба в сексуальних стосунках із чоловіком/дружиною					
7	Потреба в спільному подружньому відпочинку					
8	Потреба в привабливості подружнього партнера					
9	Потреба в тому, щоб чоловік/дружина допомагали з сімейними обов'язками					
10	Потреба в спільному вихованні дитини з особливими потребами та інших дітей					
11	Потреба в моральній підтримці з боку партнера					
12	Потреба в ніжності, романтичній атмосфері					
13	Потреба у спілкуванні з чоловіком/дружиною (обговорення наодинці подружніх стосунків, потреб обох партнерів)					

14	Потреба в чесності та відкритості в подружніх стосунках					
15	Потреба у фінансовій підтримці з боку партнера					
16	Потреба в правдивій інформації щодо стану здоров'я дитини та перспектив її подальшого розвитку					
17	Потреба в адаптації та прийнятті ролі «батьки дитини з особливими потребами» (приспособування до виконання батьківської ролі дещо в іншому аспекті)					
18	Потреба в знаходженні сенсу власного досвіду (знаходженні позитивних аспектів та переваг, які мають місце в ситуації виховання особливої дитини)					
19	Потреба у прийнятті суспільством особливої дитини (ефективному функціонуванні дитини за межами сім'ї, успішній інтеграції її в суспільство)					
20	Потреба в підтвердженні змін/динаміки розвитку дитини (потреба в тому, щоб оточуючі люди спільно з батьками усвідомлювали та відмічали ті зміни, які відбуваються в процесі розвитку дитини)					

Анкета для братів/сестер дитини, яка має особливі потреби

«Актуальні потреби моєї сім'ї»

Прізвище _____ Ім'я _____

По батькові _____

Стать: _____

Вік: _____

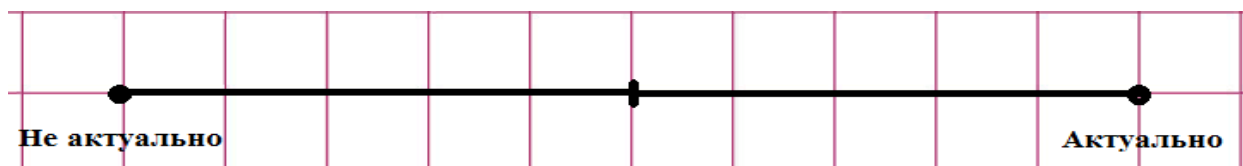
Скільки дітей у Вашій сім'ї: _____

Якою за віком Ви є дитиною? (старшою, середньою, молодшою)

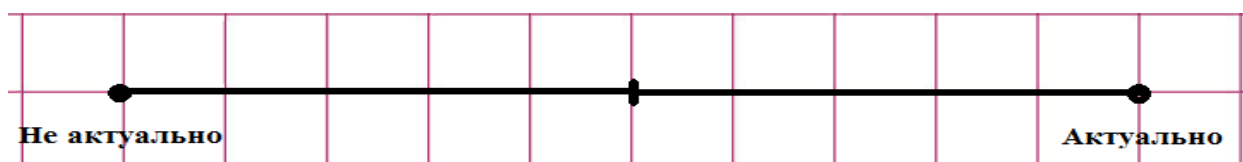
Інструкція: до Вашої уваги запропоновано перелік потреб, які у певній мірі важливі для кожного. Ретельно поміркуйте над змістом потреб і зазначте на поданому нижче відрізках позначкою «х» міру актуальності кожної саме для Вас.

Перелік потреб

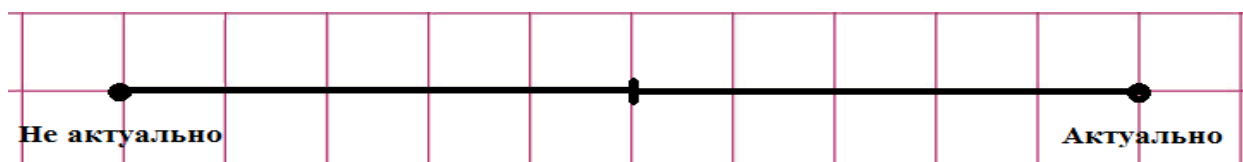
1. Потреба в емоційному від реагуванні негативних емоцій



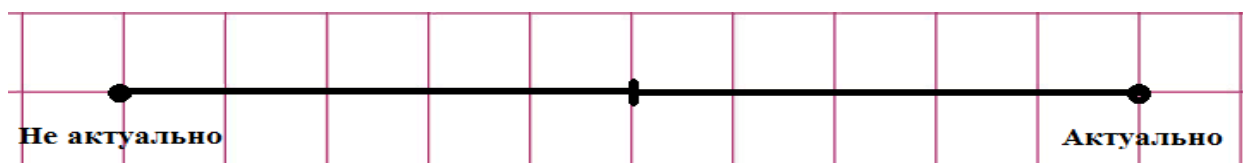
2. Потреба в особистісному просторі



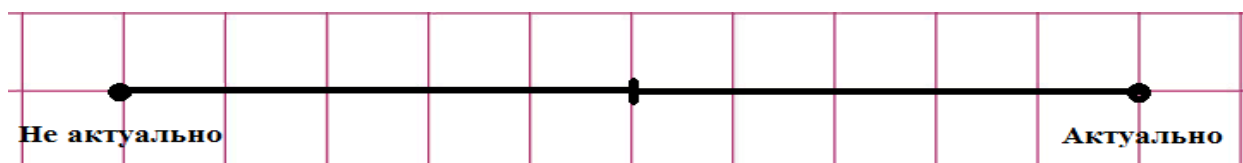
3. Потреба в психологічній підтримці



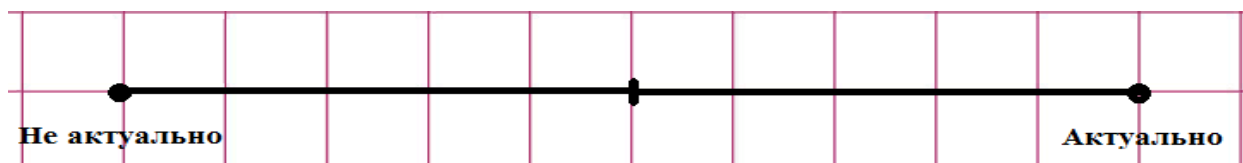
4. Потреба в увазі до себе, задоволенні власних потреб



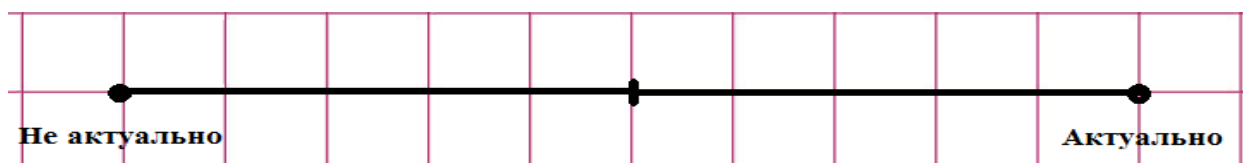
5. Потреба в увазі та любові з боку батьків



6. Потреба в обговоренні з батьками власних переживань та потреб



7. Потреба правдивому інформуванні щодо специфіки здоров'я брата/сестри з особливими потребами



8. Потреба в розподілі обов'язків між усіма членами сім'ї відповідно до віку

