

У статті йдеться про проблеми дітей-сиріт які є надзвичайно актуальними для України, тому на сьогоднішній день йдуть активні пошуки шляхів вдосконалення системи опіки та піклування, а психологічний супровід є необхідною складовою цього процесу.

Ключові слова: діти-сироти, психологічний супровід, дитячі будинки сімейного типу, затримка психічного розвитку.

Значна частина дітей-сиріт, які на сьогоднішній день виховуються в дитячих будинках сімейного типу (ДБСТ) тривалий час перебували в інтернатних закладах, умови виховання в яких, згідно з результатами досліджень багатьох вітчизняних учених (І.Зверева, О.Беспалько, К.Левченко, Ж.Петрочко та ін.) не сприяють активній соціалізації дитини, формуванню особистості.

Такі діти вимагають особливої уваги, оскільки для переважної більшості з них характерні досить серйозні проблеми в моральному, психічному, фізичному розвитку. Перш за все, варто відзначити проблеми зі здоров'ям. Зокрема, в результаті обстеження 283 дітей-сиріт, проведеного в одній із шкіл-інтернатів Закарпатської області [1] виявлено: інфекційні захворювання наявні у 119 дітей, хронічні тонзиліти – 83, захворювання серцево-судинної системи – 61, нервової системи – 35, органів зору – 51, слуху – 23, хронічні захворювання легенів – 69, органів травлення – 32, нирок – 13, щитовидної залози – 47, шкіри – 71, ендокринні захворювання – 47, сколіоз – 23, психічні розлади – 27.

Практично здоровими визнано не більше 10 дітей, а для значної частини дітей характерним є поєднання кількох захворювань одночасно.

Дуже поширеними серед вихованців інтернатних закладів є затримки в психічному розвитку (ЗПР). Термін «затримка» підкреслює тимчасовість даного феномену (невідповідність рівня психічного розвитку певному вікові) Основною причиною ЗПР є слабо виражені органічні пошкодження мозку дитини, які можуть бути природженими, отриманими під час пологів, чи в перші дні життя. Затримки в психічному розвитку виникають також в результаті ослабленості центральної нервової системи інфекціями, хронічними соматичними станами, порушеннями в роботі ендокринної системи, інтоксикаціями, травмами головного мозку.

Вченими встановлено, що переважна більшість вихованців інтернатних установ перед тим, як потрапити в ДБСТ, перенесли різні види насильства. Це, насамперед, фізичне насильство – навмисно нанесені дитині батьками, чи особами, які їх замінюють, фізичні пошкодження, які можуть викликати розлади як фізичного, так і психічного здоров'я, привести до відставання в розвитку. Можливими ознаками цього є: множинні ушкодження специфічного характеру (сліди від побоїв ременем, сигаретні опіки, крововиливи в очне яблуко, вибиті зуби і т.п.); ознаки незадовільного догляду за дитиною (гігієнічна занедбаність, висипки; пасивна реакція на біль; страх перед відвідуваннями батьків у вихідні або на канікулах; надмірна поступливість; бажання приховати причину травм; негативізм, агресивність; псевдодоросла поведінка та ін.

Сексуальне насильство – усвідомлене або неусвідомлене втягнення в сексуальні дії з дорослими. До сексуального насильства відносяться сексуальні дії, якщо вони здійснюються із застосуванням сили або погроз. Згода дитини на сексуальний контакт не дає підстави вважати його ненасильницьким, оскільки дитина не володіє достатньою свободою волі, вона перебуває в залежності від дорослого і, крім того, не може повністю передбачати наслідки сексуальних дій.

Можливими ознаками сексуального насильства є: хвороби, які передаються статевим шляхом; різкі зміни у вазі тіла; замкнутість; страх; зміни рольової поведінки; регресивна поведінка; намагання повністю закрити тіло одягом, навіть, якщо в цьому нема необхідності; нічні жахи; невластива даному віку сексуальна поведінка; безпричинні нервово-психічні розлади.

Психічне (емоційне) насильство – тривалий, постійний або

періодичний вплив, який приводить до формування у дитини патологічних властивостей характеру або до інших порушень у розвитку особистості.

До цієї форми насильства відносяться: неприховане неприйняття дитини, постійна критика її дій, яка проявляється в словесній формі, без фізичного насильства, пред'являння занадто високих вимог до дитини, її фізична чи соціальна ізоляція, постійне невиконання дорослими обіцянок, даних дитині і т.п.

Можливими ознаками цього є: затримка психічного і фізичного розвитку, наявність різних соматичних захворювань (ожиріння або, частіше, навпаки, різка втрата маси тіла, хвороби шлунка, алергії). Нервові тики, енурез, порушення апетиту; тривожність, порушення сну, замкнутість, низька самооцінка, агресивність, депресія.

Моральна жорстокість – відсутність з боку батьків, чи осіб, які їх замінюють, елементарної турботи про дитину, в результаті чого порушується її емоційний стан і з'являється загроза для здоров'я і розвитку. Незадоволення основних потреб дитини може включати: відсутність нормального житла, одягу, їжі, освіти (батьки не звертають увагу чи відвідує дитина школу), медичної допомоги (батьки не звертаються до лікаря у випадку захворювання дитини); відсутність належної уваги і турботи, в результаті чого дитина може стати жертвою нещасного випадку, бути втягнутою в злочинні дії, вживати алкоголь, наркотики.

Відзначимо, що в окремих випадках нестача уваги до дитини може бути зумовлена не злим умислом батьків, а є наслідком їх низького культурного рівня, бідності, неосвіченості.

Можливими ознаками моральної жорстокості є: відставання у фізичному розвитку; затримка мовленнєвого розвитку, низька маса тіла, яка не відповідає віковій дитини; часті випадки травматизму; часті хронічні та інфекційні захворювання; санітарно-гігієнічна занедбаність; втомлений, сонливий вигляд; постійний голод; намагання будь-що звернути на себе увагу дорослих; апатія, пасивність; агресивність; невміння контактувати, дружити з ровесниками; регресивна поведінка; дефіцит знань.

Існує ще одна проблема, характерна для багатьох дітей, які виховувалися в неблагополучних сім'ях – втягнення батьками неповнолітніх дітей в злочинну діяльність. Дійсно, досить часто батьки чи інші родичі залучають дітей до систематичного вживання алкоголю, тютюнопаління, заняття проституцією, бродяжництвом, жебракуванням, крадіжками. Причому, іноді це відбувається, коли дитині не більше 6-7 років.

З такими дітьми особливо складно працювати в ДБСТ, оскільки у них вже почався процес формування асоціального способу життя.

Експериментальні дослідження з розвитку особистісних якостей підлітків, які виховувалися в закладах інтернатного типу [2-6], засвідчили такі важливі моменти:

1) особистісні якості, пов'язані з емоційно-чуттєвою сферою підлітка, характеризуються високою настороженістю, стриманістю емоцій, схильністю до почуття провини, наявністю акцентуацій характеру (53,8% – психастенічні реакції, 16% – шизоїдні, 11% – гіпертимні, 9,2% – психопатичні);

2) особистісні якості в пізнавальній сфері (на 15 – 20% занижені такі пізнавальні процеси, як: вербальна і зорова пам'ять, образне і логічне мислення, увага від загального інтелектуального розвитку підлітків);

3) у 68% вихованців спостерігається спад адаптивних здібностей (поведінкова регуляція, комунікативні та моральні якості).

С.Дорохова, Л.С.Волинець, Н.В.Комарова, І.В.Пеша розширюють характерологічні рамки і додають: відсутність спілкування з біологічною матір'ю; деформація родинних зв'язків; дефіцит любові, ласки, уваги; замкнутість кола спілкування; регламентація проведення часу; несформоване «Я»; підвищене почуття тривоги, відчуття ворожості соціуму; закомплексованість.

Наведений вище перелік не є вичерпним і потребує доповне-

ння такими якостями, як: невміння самостійно контролювати і планувати свої дії; споживацьке ставлення до життя; переважання в конфліктних ситуаціях неконструктивних форм поведінки; тривожність і невпевненість у собі; бідність мотивів поведінки; орієнтація на сьогоднішній день, звужена перспектива минулого і майбутнього; відносно низький рівень знань; бідність словникового запасу; невисокі показники фізіологічного розвитку; «завчена безпорадність», тобто стан, коли вихованець впевнений, що він не в змозі контролювати своє життя, що зовнішні події не залежать від нього, і він нічого не може зробити, щоб запобігти їм або змінити їх.

Отже, безперечно, вихованці інтернатних закладів, які перейшли в ДБСТ, потребують дієвої психологічної, педагогічної, медичної допомоги, яка може бути надана їм в процесі ефективного функціонування соціально-психологічної служби.

Теоретична ідея необхідності допомоги в ситуаціях розвитку дітей-сиріт знайшла своє практичне відображення в роботі різних центрів і служб психолого-педагогічного і медико-соціального супроводу розвитку дітей [7-9].

Під супроводу слід розуміти особливий метод, який забезпечує створення умов для прийняття суб'єктом розвитку оптимальних рішень в різних ситуаціях життєвого вибору [10-12]. Іншими словами, супровід – це допомога суб'єкту в прийнятті рішення в складних життєвих ситуаціях. Ситуації життєвого вибору – це різні проблемні ситуації, при вирішенні яких суб'єкт визначає для себе шлях подальшого прогресивного або регресивного розвитку.

Вихідним положенням для формування теорії і практики комплексного супроводу є системно-орієнтований підхід, в логіці якого розвиток означає вибір і освоєння суб'єктом тих чи інших інновацій. Звичайно, кожна ситуація вибору породжує багато варіантів рішень, опосередкованих певним орієнтаційним полем розвитку, тому супроводження може тлумачитися як допомога суб'єкту розвитку у формуванні орієнтаційного поля розвитку, відповідальність за дії в якому несе сам суб'єкт.

Супровід – це комплексний метод, в основі якого лежить єдність чотирьох функцій: діагностики проблеми, яка виникла; інформації про можливі шляхи її вирішення; консультації на етапі прийняття рішення і вироблення плану рішення проблеми; пер-

винної допомоги при реалізації плану рішення.

Основними принципами супроводу дитини в умовах життєдіяльності в ДБСТ є: рекомендаційний характер порад спеціалістів супроводу; пріоритет інтересів дитини; безперервність супроводу; мультидисциплінарність (комплексний підхід) супроводу, який передбачає тісну взаємодію психологів, педагогів, медиків, соціальних працівників.

Процес супроводу характеризується наступними стадіями та етапами: проведення діагностики суті проблеми, її історії; інформаційний пошук методів, служб і спеціалістів, які можуть допомогти вирішити проблему; обговорення можливих варіантів рішення проблеми зі всіма зацікавленими людьми і вибір найбільш доцільних шляхів вирішення. Надання первинної допомоги на початкових етапах реалізації плану, оскільки перші кроки є найбільш складними.

Основними етапами процесу супроводу можна вважати наступні: діагностичний, пошуковий, консультативно-проективний, діяльнісний, рефлексивний. На практиці служба супроводження починає спеціальну роботу з дитиною в таких випадках: виявлення проблем розвитку дитини в процесі масової діагностики; звертання педагогів адміністрації освітнього закладу, батьків-вихователів ДБСТ; звертання самої дитини з приводу існуючих у неї проблем; звертання інших дітей за консультацією стосовно якоїсь дитини.

В процесі супроводу можна виділити різні рівні супроводження за принципом забезпечення допомоги дитині, починаючи з найменш спеціалізованих служб, і переходу до більш спеціалізованих тільки в тих випадках, якщо проблему не вдалося вирішити.

Отже, основна мета психологічного супроводу дітей-сиріт полягає в наданні їм своєчасної психологічної допомоги і підтримки. Ми розглядаємо психологічну допомогу дітям з порушеннями у розвитку як складну систему психолого-реабілітаційних впливів, спрямованих на підвищення соціальної активності, розвиток самостійності, зміцнення соціальної позиції особистості дитини, формування системи ціннісних установок та орієнтацій, розвиток інтелектуальних процесів, які відповідають психічним і фізичним можливостям дитини.

Література та джерела

- Бевз Г.М. Психологічні особливості дітей, позбавлених батьківського піклування [Текст] / Г.М.Бевз // Соціальний працівник. – 2007. – №8 (квітень). – С.13-18
- Карнаух И.С. Психологические особенности подростков воспитанников детского дома / дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.07 / Карнаух Инесса Станисловна. – М.: РГБ, 2007. – 215с.
- Рычкова Н.А. Дезадаптированное поведение детей: Диагностика, коррекция, психопрофилактика / Н.А.Рычкова. – М., 2000. – 232 с.
- Брутман В.И. Раннее социальное сиротство как комплексная медико-социально-педагогическая проблема / В.И.Брутман и др. – М.: Изд-во АСОПИР, 1999. – 181 с.
- Дети социального риска и их воспитание / Под ред. Л.М.Шипицыной. – СПб: Изд-во Речь, 2003. – 144 с.
- Быков А.В. Психологическая служба в учреждениях социально-педагогической помощи и поддержки детей и подростков / А.В.Быков, Т.И.Шульга. – М.: Академия, 2001. – 100 с.
- Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И.Мамайчук. – СПб: Речь, 2001. – 220 с.1
- Олифиренко Л.Я. и др. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска / Л.Я.Олифиренко. – М.: Академия, 2002. – 256 с.
- Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы / Под ред. Л.М.Шипицыной и Е.И.Казаковой. – СПб: Институт специальной педагогики и психологии, 2000. – 108 с.
- Бережная О.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей сирот как средство их социализации: дис. ... кандидата пед. наук: 13.00.01 / Бережная Ольга Владимировна. – Ставрополь, 2005. – 186 с.
- Психолог в учреждении сиротского типа. – М.: Эслан, 2000. – 112 с.
- Василькова М.М. Проблема виховання у дитячих будинках сімейного типу [Текст] / М.М.Василькова // Проблеми освіти : наук.-метод. зб. [кол. авт.]. – К., 2000. – Вип.22. – С.115-118
- Бевз Г.М. Приймона сім'я: соціально-психологічні виміри: Монографія / Г.М.Бевз. – К.: Видав. Дім «Слово», 2010. – 352 с.

В статті говориться о проблемах детей-сирот которые чрезвычайно актуальны для Украины, поэтому на сегодняшний день идут активные поиски путей совершенствования системы опеки, а психологическое сопровождение является необходимой составляющей этого процесса.

Ключевые слова: дети-сироты, психологическое сопровождение, детские дома семейного типа, задержка психического развития.

The article deals with the problems of orphans, extremely important for Ukraine, because active search for ways to improve the system of care, and psychological support of orphans is an essential component of this process.

Key words: orphans, psychological support, family type, mental retardation.