



## ПСИХОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПЕРЕШКОДИ НА ШЛЯХУ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ФУНКЦІЙНИМИ ПСИХІЧНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ (ДОСВІД РОБОТИ У РЕСПУБЛІЦІ КАЗАХСТАН)

Кудрявченко Марія

DOI: 10.37096/SHDISJ-24-1.2-0007

### Анотація

Актуальність. У спеціальній психології та корекційній педагогіці однією з найбільш важливих та актуальних проблем є проблема дослідження особливостей розвитку вищих психічних функцій людини у період дитинства. Мета статті – розкрити психологічні та соціальні перешкоди соціалізації дітей дошкільного віку з функціональними психічними обмеженнями без органічного порушення головного мозку.

Методологія. Вибірка. У дослідженні узяли участь 39 матерів, які виховують дітей віком від 2,8 до 5 років. Всі вони проходили періодичний медичний огляд або зверталися за допомогою до реабілітаційного центру. Дослідження проводилося на базі Громадського об'єднання інвалідів «Кенес» Центру соціальної адаптації та трудової реабілітації в місті Алмати, Казахстан.

Методи. Для вирішення поставлених завдань у роботі було використано методи теоретичного та емпіричного дослідження (анкетування матерів на первинних консультаціях та аналіз їх анамнестичних даних у пренатальному та постнатальному періодах). Психолого-медико-соціальна діагностика мала на меті комплексну оцінку медико-біологічного, психологічного та соціального компонентів розвитку дітей, що дозволяє зробити висновок про наявність стабільності та ступінь обмеження певних категорій життєдіяльності та соціальної ізоляції дитини та сім'ї.

Результати. За результатами дослідження, причини затримки розвитку дітей поділимо на пренатальні (проблеми внутрішньоутробного розвитку) та постнатальні (1-й місяць життя). За характером ризику, предиктори поділимо на: ризики, пов'язані зі здоров'ям матері (спадковість, хронічні захворювання тощо), ризики, пов'язані зі здоров'ям дитини (наявність кісти або інших патологій, підтверджених медичними та інструментальними дослідженнями), ризики зовнішнього характеру/втручання (родова травма, агресивні швидкі пологи, або навпаки - затягування пологового періоду, тривале зневоднення плода, реакції на вакцинацію, анестезію). З'ясовано також, що досить високий відсоток матерів (71%) бачить причину затримки розвитку своєї дитини-інваліда в профілактичних щепленнях.

Висновки. Виявлена картина особливостей онтогенетичного розвитку дітей з функціональними психічними обмеженнями та батьківських установок їх матерів, вимагає подальшого дослідження та розробки спеціальної програми психологічного



супроводу соціалізації та розвитку цих дітей, аажливим моментом реалізації якої має стати психоедукація матерів таких дітей.

**Ключові слова:** батьківсьво, дизонтогенез, функціональні психічні обмеження, чинники ризику затримки розвитку дітей дошкільного віку.

### Актуальність

Актуальність системних досліджень психіки та психічних функцій людини є одним із пріоритетних напрямків у сфері теоретичних, емпіричних та клінічних досліджень у галузі природничих та гуманітарних наук, включаючи психологію, що дозволяє вирішувати низку важливих академічних та прикладних дослідницьких завдань, таких як: вивчення особливостей формування, функціонування та розвитку психіки як системного утворення; вивчення особливостей раннього онтогенезу нервової системи; визначення взаємозв'язку між біологічним та соціальним у структурі психіки; вивчення закономірностей психічного розвитку; вивчення значення темпів психічного розвитку, концепцій нормальності та патології психічного розвитку на пренатальному, постнатальному та неонатальному етапах розвитку особистості; вивчення факторів розвитку психічної патології та ризиків розвитку патології; актуальність та значення реабілітації дітей з функціональними психічними обмеженнями в системі соціальних відносин тощо. Вивчення особистості як підсистеми психіки дає нові наукові знання про соціальну природу людства.

Усвідомлення складності та різноманітності психічного розвитку людини та бажання вчених пояснити його природу призвели до створення низки теорій розвитку. Кожна з теорій аналізує важливі аспекти формування особистості, але жодна з них не змогла описати психічний розвиток людини у всій його складності та різноманітності. Для аналізу та диференціації змісту цих теорій враховуються такі проблемні аспекти: співвідношення ролей біологічних та соціальних факторів психічного розвитку, активність/пасивність особистості в психічному розвитку, безперервність або дискретність психічного розвитку. У сучасних реаліях, як ніколи раніше, діти формують ресурсний потенціал держави, а їхнє психічне здоров'я підкреслюється як важливе для відбудови нової української державності та для вектора соціальної політики, як умова формування соціально орієнтованої держави: «Діти є важливими агентами змін та побудови нашого майбутнього. Їх захист, забезпечення їхньої безпеки, а також надання їм можливостей досягти успіху в житті та зробити свій внесок як громадян у процвітаючу та мирну Європу є моральним імперативом та нашою спільною відповідальністю» [1], йдеться у спільній заяві учасників заходу на зустрічі з делегацією Європейського Союзу 20 квітня 2023 року.

Надання медичної допомоги, зокрема психічного здоров'я, є однією з основних функцій держави. Якщо головним завданням медичної діагностики є встановлення діагнозу, то головним завданням психолого-педагогічної сфери є максимальна компенсація вади розвитку, спираючись на ресурсний потенціал особистості та

можливостей дитини.

В сучасній англомовній науковій літературі найчастіше зустрічаються такі терміни: «глобальна затримка розвитку», «відставання розвитку», «порушення розвитку», «затримка розвитку мовлення та мови» (Dornelas L. F., 2015). Головною особливістю цього поняття в англомовних країнах є те, що термін використовується для позначення порушень у дітей віком від 0 до 5 років і визначається як значна відсталість в одній або кількох сферах: груба/дрібна моторика, розвиток мовлення та мови, когнітивні функції, соціальна взаємодія (Simeonsson R., Sharp M., 1992; McDonald L. et al., 2006; Fenichel M., 2009). Після досягнення дитиною 5-річного віку її тестують за методом Вешлера, методами сенсорних стимулів, вивчають дані анамнезу матері та дитини, а діагноз «затримка розвитку» зазвичай замінюють діагнозом «інтелектуальна недостатність». Поняття «обмеження» розглядається з різних точок зору та, відповідно, по-різному тлумачиться в різних професійних сферах, пов'язаних з особою з порушенням розвитку: у медичній галузі, соціальних науках, галузі соціального права, педагогіці та психології. «Діти з інвалідністю» дозволяють розглядати цю категорію осіб як тих, хто має функціональні обмеження, нездатних виконувати будь-яку діяльність внаслідок захворювання, походження або інвалідності розвитку, нетипового медичного стану. Будь-який дефект розвитку створює певні функціональні обмеження, що спричиняють втрату окремих функцій, що призводить до значної перебудови психічного розвитку на нових підставах, тим самим порушуючи нормальний перебіг процесу залучення дитини до соціальної та культурної взаємодії. Фактично, атиповий розвиток, спричинений дефектом, значно ускладнює асиміляцію в культурне середовище. Розвиток дитини нижче вікової норми спостерігається здебільшого на ранніх етапах формування психічної діяльності. Порушення, що виникають у дитинстві, не зникають безслідно, а можуть посилюватися з часом без належної допомоги. Етіологія патології розвитку психічних функцій у дітей визначається багатофакторною дією: з одного боку, різноманітні біологічні причини (інтоксикації, інфекції, травми тощо) можуть відігравати важливу роль у порушенні темпів розвитку механізмів мозку, а з іншого боку, несприятливі соціальні фактори, включаючи сімейне виховання та наслідки патогенної сімейної спадковості, нестабільність стилю виховання, завищені очікування батьків, менталітет субкультури, в якій виховується дитина, соціальні умови життя та навчання, форс-мажорні обставини (епідемії, війна, міграція, статус біженця) тощо. Таким чином, ми визначаємо дитину з функціональними психічними обмеженнями як таку, у якій спостерігається порушення темпів психічного розвитку в наступному діапазоні психічних функцій: когнітивних (пізнавальні процеси), відносних (суб'єкт-об'єктні відносини та спілкування) та/або регуляторних (забезпечує регуляцію всіх видів діяльності (гра, навчання, праця), а також усіх форм її поведінки) з відставанням у її розвитку порівняно з прийнятими психологічними нормами для даного віку без структурних пошкоджень мозку, але з мінімальними порушеннями мозкових функцій.

Метою представленої статті є дослідження психологічних та соціальних



перешкод соціалізації дитини дошкільного віку з функціональними психічними обмеженнями.

### Методологія

Для вирішення поставлених у роботі завдань було використано такі методи теоретичного та емпіричного (пілотного) дослідження:

а) Теоретичні методи — аналіз, класифікація, типи, узагальнення монографічних досліджень та публікацій вітчизняних та зарубіжних вчених у галузі філософії, соціології, психології та педагогіки, загальної та спеціальної педагогіки;

- Міжнародні та вітчизняні нормативні документи у сфері інклюзивної освіти та прав дітей з інвалідністю;

- Вітчизняні та зарубіжні інформаційні збірники та довідники, включаючи МКХ-10 та DSM-5;

- Інформаційні ресурси Інтернету;

б) Емпіричні методи — проведення опитувань серед сімей для первинних консультацій, які виховують дітей з функціональними психічними обмеженнями, та вивчення даних медичного анамнезу матерів на пренатальному та постнатальному етапах.

Дослідження проводилося на базі Громадського об'єднання інвалідів «Кенес» Центру соціальної адаптації та трудової реабілітації в м. Алмати, Республіка Казахстан (далі – Центр «Кенес»), яке надає комплексні послуги.

6 лютого 2023 року між Департаментом зайнятості та соціальних програм міста Алмати та Центром «Кенес» було укладено Угоду № 75 «Створення науково-методичної служби, спрямованої на профілактику тяжких інвалідних станів у дітей з патологіями розвитку за державним соціальним контрактом», в рамках якої проводилося дослідження.

Відповідно до мети та завдань було проведено анкетування та інтерв'ю з сім'ями, які виховують дітей віком від 2,8 до 5 років, які проходили періодичні медичні огляди або зверталися за допомогою до Центру «Кенес».

Критерії включення респондентів до дослідження були наступними:

1) Наявність в анамнезі затримки мовленнєвого розвитку у дитини віком до 3 років;

2) Симптоми емоційних та/або поведінкових розладів;

3) Затримка психічного та/або моторного розвитку.

4) Інформована згода батьків на участь у дослідженні.

До обстежених сімей входили ті, хто звернувся до амбулаторної служби Центру Кенеса для діагностики можливих розладів особистості та функціональних психічних обмежень у дітей дошкільного віку. Вибірка включає 39 сімей, які виховують дітей

дошкільного віку з функціональними психічними обмеженнями без органічного ураження мозку (згідно з МКХ-10, було обрано наступний діапазон дитячих діагнозів: «Розлади психічного розвитку» (F80-F89); «Специфічні мовленнєві розлади» (F80), Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) (F90, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9)).

Усіх пацієнтів обстежили педіатр, невролог та логопед. На всіх етапах дослідження автор самостійно проводив вивчення клінічних, соціально-психологічних, психомоторних та емоційно-поведінкових факторів формування розладів з функціональними психічними обмеженнями. Для кожного респондента було оформлено пакет документів, що включав анамнестичну картку дитини та соціальний паспорт сім'ї.

#### Результати

Аналізуючи теорії психічного розвитку особистості, можна виділити такі:

1) Біогенетична — розглядає індивіда з певними антропологічними властивостями, який проходить різні стадії дозрівання, оскільки філогенетична програма реалізується в онтогенезі (біогенетичні теорії С. Холла, М. Гатчінсона, психоаналітичний підхід З. Фрейда);

2) Соціогенетична — акцентує увагу на вивченні процесів соціалізації людини, засвоєнні нею соціальних знань, правил поведінки та ролей, набуття соціальних установок та ціннісних орієнтацій (теорії навчання Дж. Вотсона, Б. Скіннера, А. Бандури), згідно з якими людина набуває різних форм поведінки через навчання;

3) Представники персоногенетичного підходу (А. Маслоу, К. Роджерс) зосереджуються на проблемах активності, самосвідомості та креативності особистості, формуванні людського «я», самореалізації особистісного вибору та пошуку сенсу життя;

4) Теорії когнітивного розвитку (Дж. Брунер, Ж. Піаже) займають проміжне положення між біогенетичним та соціогенетичним підходами, оскільки генотипова програма та соціальні умови, в яких ця програма реалізується, вважаються провідними детермінантами розвитку;

5) Модель екологічних систем (В. Бронфенбреннер) стала популярною та впливовою теорією розвитку, яка розглядає психічний розвиток як подвійний процес перебудови індивідом свого середовища проживання та переживання впливу елементів цього середовища. Серед українських вчених Ю. М. Швалб, О. Л. Вернік, О. О. Вовчик-Блакитна, О. В. Рудоміно-Дусяцька працюють у рамках екологічного підходу до психологічних досліджень, досліджуючи тему особистісних детермінант екологічно орієнтованої життєдіяльності.

Коли в поле зору психолога потрапляє дитина з функціональними психічними обмеженнями, досить важко задовольнитися лише одним підходом психічного розвитку для подальшої психодіагностики. Біогенетичний підхід є важливим, оскільки фізичною основою психіки є мозок. Тому вони використовують аналіз даних, отриманих за допомогою клінічної та інструментальної діагностики, таких як результати ЕЕГ дитини (бажано в динаміці), ранні результати УЗД головного мозку; медична карта дитини. Також вивчається допологова та постнатальна карта матері,



складається карта спадкових захворювань, на основі якої виявляються певні фактори, що могли спровокувати психопатологію розвитку дитини. У рамках соціогенетичного підходу робиться спроба діагностувати дефекти особистісного розвитку та відхилення в поведінці, вивчати емоційно-вольовий контроль, тоді як у рамках середовищного підходу вивчається соціальна активність та рівень залученості до соціальної взаємодії, вплив середовища та різних соціальних інститутів на розвиток особистості. На основі персоногенетичного підходу мультимодальна команда спеціалістів у процесі реабілітації оцінює рівень усвідомленості особистості, ступінь сформованості концепції «Я» та стадію розвитку на основі ступеня задоволення потреб особистості. Це породжує проблему на рівні діагностики та згодом правильної побудови реабілітаційної схеми. Отже, основна проблема пов'язана з підвищенням ефективності діагностики та якості комплексної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям з функціональними психічними обмеженнями.

На основі спостережень: діти з функціональними психічними обмеженнями відчують труднощі в соціальній комунікації та налагодженні дружніх стосунків; вони поведуться агресивно через нездатність адекватно брати участь у соціальній взаємодії та пояснювати свої наміри через загальне недорозвинення мовлення; у них виникають проблеми з концентрацією уваги та іншими психічними процесами. Порушення психічних функцій у дітей з функціональними психічними обмеженнями є не тотальним, а мозаїчним. Тому своєчасне діагностичне обстеження, виявлення форми затримки психічного розвитку, ступеня функціонального психічного обмеження та виконання відповідної схеми особистісного розвитку в рамках інклюзивного розвивального середовища у більшості випадків дозволять досягти максимального корекційного ефекту та значно покращити якість життя дитини, а для більшості, за умови ранньої діагностики та корекційної допомоги, дозволять запобігти тяжким інвалідизуючим станам, які часто набуваються стосовно основного дефекту у зв'язку з дезадаптацією, депривацією або несвоєчасним наданням реабілітаційного комплексу послуг.

У зв'язку з цим доречно говорити про профілактичні заходи з низки причин: динаміка збільшення дітей з проблемами психічного розвитку неухильно зростає, в тому числі через несвоєчасне та пізні звернення до спеціалістів; частина дітей проходить реабілітацію, у них є багато порушень, окрім основного діагнозу, і було б реально допомогти їм у ранньому віці за допомогою своєчасної психодіагностики дизонтогенезу та раннього втручання, коли мозок ще пластичний та перебуває на стадії активного формування. в умовах спеціальної освіти та належним чином організованого інклюзивного середовища, їх можна подолати, пом'якшити, компенсувати залежно від характеру порушень та навіть запобігти. Соціальний фактор є пріоритетним у цьому процесі (Л. С. Вигоцький, С. П. Євсєєв, Т. О. Власова, Н. О. Рубцева, Л. В. Шапкова, М. Д. Ярмаченко).

Розвинені країни Європи та США давно зосереджують свої зусилля на

профілактиці інвалідності серед дітей і тому приділяють велику увагу ранньому виявленню та наданню допомоги дітям з функціональними психічними обмеженнями, а саме дітям із затримкою розумового розвитку, дітям «групи ризику» та дошкільнятам з психічними розладами. Затримка в одній або кількох сферах (фізичному, сенсорному чи психічному розвитку) з високою ймовірністю призводить до затримки розумового розвитку та функціональних психічних обмежень дитини, тоді як своєчасна допомога є перспективою для інтеграції дитини в суспільство, залучення до процесів інклюзії в дитячих садках, школах, а в дорослому майбутньому набутті статусу повноцінного учасника соціальної взаємодії.

Отже, пріоритетом держави у сфері соціальних послуг має бути багатопрофільна допомога дитині на ранніх етапах її розвитку, виявлення особистісного потенціалу дитини та її власних ресурсів для подальшого виконання індивідуального плану розвитку, підтримка сім'ї у складних життєвих ситуаціях (пов'язаних з вихованням дитини з функціональними психічними обмеженнями) як у сфері охорони здоров'я, соціального захисту, так і в сфері дошкільної та шкільної освіти в рамках організації розвивального інклюзивного середовища.

Соціальна значущість цієї проблеми демонструє необхідність визначення організаційних, психологічних та педагогічних умов для розвитку потенціалу інклюзивного середовища для дітей дошкільного віку з функціональними психічними обмеженнями.

Клінічне вивчення функціональних психічних обмежень представляє певні труднощі, оскільки в цих випадках йдеться про структурні особливості та закономірності динаміки, аномалії розвитку — порушення психічного онтогенезу.

Вибірковий вплив, відсутність цілеспрямованості фахівців, прагнення до «модного» спеціаліста замість цілісної системи реабілітаційних заходів — все це лише підживлює батьківське его та посилює функціональні психічні обмеження дитини дошкільного віку. Часто батьки бачать лише верхівку айсберга, наприклад, проблеми з мовленням, і починають працювати лише з одним спеціалістом, не розуміючи, що проблема більш складна, комплексна.

Вважаємо важливим наголосити, що турбота про здоров'я людини, особливо дітей, є однією з ключових функцій держави. Батьки, у свою чергу, повинні знати, що держава надає такі послуги, тому позбавлення батьками дитини права отримувати допомогу від держави у вигляді реабілітаційних заходів означає позбавлення її права на розвиток. У таблиці 1 наведено покрокову організацію роботи державних установ м. Алмати (Казахстан) з дітьми з функціональними психічними обмеженнями.

Перший етап — виявлення затримки розвитку дитини, затримки розвитку деяких психічних функцій та моделей поведінки (так званий психічний дизонтогенез) у дошкільному віці починається не з кабінету лікаря чи інших спеціалістів, пов'язаних з патронажем, а в результаті спостереження та порівняння дитини з іншими однолітками в громадських місцях самою матір'ю або родичами: на дитячих майданчиках, у когось вдома, в дитячому садку тощо.

Часто персонал дошкільного закладу вказує на особливості розвитку. Добре,



коли така інформація надається професійно, з поясненнями подальших дій для матері, у вигляді «дорожньої карти», але іноді дошкільний заклад просто відмовляється надавати подальші послуги сім'ї. Найчастіше матері таких дітей реагують почуттям роздратування, гніву, неприйняття наданої інформації; батьки залишаються віч-на-віч з усім цим без психологічної підтримки та допомоги.

Батьки часто всіляко прагнуть віддати дитину з функціональними психічними обмеженнями до дитячого садка для типових дітей (навіть не до інклюзивної групи), вважаючи, що така дитина засвоїть мовленнєві та поведінкові моделі типової дитини. При цьому батьки не вважають, що їхні діти потребують спеціального ставлення, яке забезпечується у спеціалізованих закладах, що мають знання про особливості таких дітей та відповідний психолого-педагогічний інструментарій. У звичайних дитячих садках для типових дітей вихователь лише спрямовує розвиток психічних функцій дитини у правильному напрямку, тоді як у корекційному дитячому садку ці функції доводиться перебудовувати (нарощувати), а іноді й «формувати з нуля», де фахівець є провідником і наставником для такої дитини у пізнанні навколишнього світу, починаючи з елементарних соціальних та побутових навичок. Слід зазначити, що чим швидше сім'я проходить від етапів заперечення до прийняття психічного розвитку дитини, тим вища ймовірність позитивного результату реабілітації.

Другий етап — первинна консультація дітей з функціональними психічними обмеженнями базується на аналізі медичних висновків, аналізі соціальної ситуації розвитку та умов сімейного виховання (сімейна соціометрія та аналіз сімейних ролей) з використанням протоколу розширеної діагностики психолінгвістичного розвитку. Дорожньою картою для батьків, які виховують дитину з особливими освітніми потребами (ООП), є консультація з психолого-медико-педагогічною комісією (ПМПК) або спеціалізованим корекційним центром, працівники яких повинні провести комплексну оцінку розвитку дитини на певному віковому етапі.

Психолого-медико-соціальна діагностика має на меті комплексну оцінку медичних, біологічних, психологічних та соціальних компонентів розвитку, що дозволяє судити про наявність стабільності та ступінь обмеження окремих категорій життєдіяльності та соціальної ізоляції дитини. Клінічна доктрина прогнозування функціонування в суспільстві та майбутньої працездатності пацієнта в психіатрії розроблена на теоретичних принципах, спільних для всієї медицини. Наприклад, класифікація ступеня інвалідності базується не на анатомічному принципі чи на механічному розрахунку відсотка інвалідності, а на фактичній здатності виконувати роботу без шкоди для здоров'я. Отже, основу психологічного, медико-соціального висновку становить клінічна картина, зіставлена з вимогами суспільства та професій, умовами життя до психічних функцій людини.

Таблиця 1. Алгоритм організації роботи з дітьми дошкільного віку з функціональними психічними обмеженнями (на прикладі м. Алмати, Казахстан)

		ПОБУДОВА ІНДИВІДУАЛЬНОГО ШЛЯХУ РОЗВИТКУ ДИТИНИ
		НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ
	ПЕРША КОНСУЛЬТАЦІЯ в реабілітаційному центрі за місцем проживання.	Виконання комплексної програми корекційної допомоги
		Внутрішня міждисциплінарна рада спеціалістів.
ІДЕНТИФІКАЦІЯ	Діагностика та оцінка психомоторного розвитку дитини	Укладення договору на отримання комплексної психологічної та корекційної допомоги, а також психомоторних послуг
		Виконання плану розвитку та розподіл до групи відповідно до принципу індивідуально-диференційованого підходу.
Виявлення дітей з вадами розвитку. І	Визначення ступеня дефекту та затримки розумового розвитку згідно з протоколом оцінювання ЗНЗ (знань, навичок та здібностей).	Інформування про співпрацю допомоги в реабілітації з боку сім'ї
		Визначення ресурсного потенціалу дитини та сім'ї.
Співпраця з Управлінням освіти м. Алмати ( ППКЦ* та ПМПК**) щодо направлення дітей, які цього потребують, до корекційного центру за місцем їх проживання/ реєстрації.	Первинна комплексна консультація для дітей із затримкою розумового розвитку: 1) Аналіз медичних висновків; 2) Аналіз соціальної ситуації розвитку та умов виховання в сім'ї; 3) Розширена діагностика розвитку.	Віддображення в договорі комплексу індивідуальних програм корекційної допомоги лікарями-спеціалістами. Умови співпраці, включаючи частоту та види наданих послуг, будуть зазначені -
		Визначення індивідуального ресурсу, методів та прийомів групової роботи залежно від потреб дитини та сім'ї.
Фахівці районних поліклінік, педіатри; спеціалісти комісії ПМПК.	Міждисциплінарна команда спеціалістів реабілітаційно-корекційного центру.	Міждисциплінарна команда спеціалістів центру: психіатр, невролог, дитячий психолог, методист, спеціаліст раннього розвитку, вчитель спеціальної освіти, спеціаліст з ЛФК.
		Міждисциплінарна команда спеціалістів реабілітаційно-корекційного центру: вчитель учнів з особливими потребами, дитячий психолог, сімейний психолог, логопед, спеціаліст з психомоторики та спеціаліст з ЛФК.

Примітки: ППКЦ\* -відділ дошкільної інклюзії та психолого-педагогічний корекційний центр

ПМПК\*\*- відділення корекційної допомоги психолого-медико-педагогічних комісій



У процесі абілітації дитини із загальною розумовою відсталістю особливе значення для психолога має робота з її родиною, початковий контакт з якою відбувається на первинній консультації. Залучення родини до процесу абілітації та реабілітації є обов'язковою умовою. Дитина із загальною або частковою розумовою відсталістю є великим викликом для всієї родини.

Під час відвідування лікарів, психологів, реабілітологів, логопедів та інших спеціалістів, які займаються абілітацією дитини, батьки часто намагаються знайти причини затримки розвитку. Як правило, вони пропонують власні версії та очікують підтвердження. За даними опитування автора, проведеного під час первинної консультації в центрі «Кенес» (Алмати), вакцинація є найпоширенішою відповіддю серед респондентів серед різних причин (71%, n=39). Дані наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Причини затримки розвитку дитини за словами матерів

N %	Опис причини
71%	Через вакцинацію приблизно з 1 до 2 років спостерігалася затримка розвитку, що призвела до наступного регресу розвитку: припинення розмови, реагування на значущого дорослого, спостерігалася затримка в діях та реакції як або навпаки — гіперактивність
11%	Події, що відбулися, пов'язані з членами сім'ї: розлучення, втрата батьків або значущого дорослого під час вагітності або в ранньому дошкільному віці, переїзд.
9%	Захворювання: Covid, гостра респіраторна вірусна інфекція та інші захворювання під час вагітності, що потребують застосування антибактеріальної терапії.
1%	Наявність кісти, виявленої після народження дитини, діагностованої за допомогою УЗД, та інших новоутворень у різних структурах мозку.
5%	Важко відповісти.

Під час первинної консультації як матері, так і батьки робили припущення щодо спадковості («моя сестра також пізно почала говорити»), шкідливих звичок одного з подружжя та дитячих травм. Пізніше одна з наших респонденток повідомила, що перехворіла на кір в останньому триместрі вагітності, інша згадала, що потрапила до лікарні як жертва дорожньо-транспортної пригоди з легкими травмами. Іноді батьки також звинувачують акушерів-гінекологів або інший медичний персонал, який приймає пологи.

Зарубіжні та вітчизняні дослідження підтвердили, що патологія перинатального періоду, яка включає стимуляцію родової діяльності жінки, екстрене кесарів розтин та низьку вагу при народженні, відсутність автономної дихальної активності з необхідністю реанімаційних заходів з боку дитини, також відіграє значну роль у формуванні мовленнєвої патології. Окрім перелічених факторів, анемія гестаційного

періоду та великий плід понад 4000 г достовірно пов'язані з порушеннями мовлення (Лурія А. Р.). Визначальними факторами ризику серед перинатальної патології є ускладнення пологового періоду (Лукашевич І. П. та ін., 2008). З огляду на офіційні результати ультразвукового дослідження, ключовим моментом у цьому випадку слід вважати затримку дозрівання кори головного мозку внаслідок гострої гіпоксії пологового періоду та родової травми.

Третій етап — надання інформації. Батьки повинні підписати документ про подальший процес корекційної допомоги та правила відвідування центру. Підписуючи, вони погоджуються з умовами співпраці, які включають частоту, види послуг та обов'язки сторін реабілітаційного процесу. Важливо враховувати довіру сім'ї до спеціалістів та методів реабілітації, взаємодіяти з методистом для уточнення цілей та завдань реабілітації, бути повноцінно залученими до реабілітаційного процесу та співпрацювати з психологом.

Четвертий етап — розробка індивідуальної схеми розвитку. План розробляється командою міждисциплінарних спеціалістів на основі принципу індивідуально диференційованого підходу.

### Дискусія

Актуальність теми психологічних та соціальних перешкод для сімей, які виховують дітей з функціональними психічними розладами, підтверджується кількістю дисертацій, захищених за останні роки: Мушкевич М. І. «Психологічна підтримка сімей з проблемними дітьми» (2020), Гончаренко Н. А. «Особливості психологічної допомоги батькам дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності» (2021), Склянська О. В. «Формування соціальної взаємодії у дітей раннього віку з інвалідністю з їхнім основним опікуном» (2019), Цимбаленко О. О. «Психологічні особливості формування комунікативних здібностей у дітей з комунікативними розладами» (2021) [2,3,4,5,6].

Згідно з нашим опитуванням, проведеним під час первинної консультації в центрі «Кенес» (Алмати), вакцинація (71%) та стресові фактори (11%) є найпоширенішими відповідями респондентів серед різних причин відставання розвитку дитини, таких як: розлучення, втрата батьків або близької дорослої людини під час вагітності або раннього дошкільного віку, переїзд; 1% назвали наявність кісти, виявленої після народження дитини, діагностованої за допомогою УЗД, та інших новоутворень у різних структурах мозку, а 5% батьків не змогли знайти жодної причини, що пояснює наявні у дитини функціональні психічні розлади.

Усі вищезазначені причини, на нашу думку, можна класифікувати як пренатальні (проблеми внутрішньоутробного розвитку) та постнатальні (післяпологовий період, тривалість якого становить приблизно 1 місяць після народження). За характером причини також можна класифікувати наступним чином: ризику, пов'язані зі здоров'ям матері (спадковість, хронічні захворювання тощо), ризику, пов'язані зі здоров'ям дитини (наявність кісти або інших патологій, підтверджених медичними та інструментальними обстеженнями), ризику зовнішнього характеру/втручання



(родова травма, агресивні швидкі пологи, або навпаки — затягування періоду пологів, тривалий безводний період плода, реакції на вакцинацію, анестезію).

Також з'ясувалось, що найбільш високий відсоток батьків (71%) вбачає причину затримки розвитку дитини в профілактичних щепленнях, що, на нашу думку, вимагає подальшого вивчення того, з чим пов'язаний цей показник. «Дебют» затримки припадає на щеплення АКДС (згідно з календарем щеплень, дитина приблизно 1,5–2 років отримує цю вакцину). Посилаючись на інформацію, надану Комітетом захисту прав споживачів у Республіці Казахстан, серед країн колишнього Радянського Союзу Казахстан є єдиною країною, яка за рекомендацією Національного консультативного комітету з імунізації перейшла на вакцини АКДС, що містять ацелюлярний компонент кашлюку, незважаючи на те, що такі вакцини значно дорожчі за цільноклітинні. Крім того, вакцина АКДС входить до складу комбінованих п'яти- та шестикомпонентних вакцин, які забезпечують захист від кількох інфекцій одночасно під час імунізації. У Казахстані перелік інфекційних захворювань, проти яких запроваджується вакцинація, затверджено Постановою Уряду Республіки Казахстан «Про затвердження переліку захворювань, проти яких проводяться профілактичні щеплення, Правил їх проведення та груп населення, що підлягають плановому щепленню» № 2295 від 30.12.2009.

На нашу думку, затримка розумового та мовленнєвого розвитку у віці від 1,5 до 2 років стає більш помітною, ніж у ранньому віці. У віці від 1,5 до 2 років соціальна ситуація розвитку, яка є рушійною силою динамічних змін психічного розвитку в певний період (Л. С. Виготський), формує таке новоутворення, як потреба в мовленні та мові, потреба взаємодії з найближчим оточенням. Відсутність її проявів у певний час - чітка діагностична ознака для батьків.

За даними опитування та бесіди на первинній консультації в Центрі Кенеса, основні проблеми, з якими стикається та продовжує працювати психолог, такі:

- Неприйняття діагнозу дитини родиною; 9% — захворювання: Covid, гостра респіраторна вірусна інфекція та інші захворювання під час вагітності, що потребують застосування антибактеріальної терапії,

- Завищені очікування від дитини з функціональними психічними обмеженнями, або навпаки — розчарування та удар по надіях, а також високий рівень соціального тиску ззовні;

- Перекладання відповідальності на спеціалістів або інших осіб, залучених до процесу реабілітації (іноді пошук альтернативних, недоведених, недійсних, ненаукових методів корекційної допомоги);

- Ілюзорність майбутнього («дитина переросте»); - «Міфізація», наділення дитини якостями, яких у неї немає, або підігривання («він, як і Ейнштейн, теж пізно почав говорити»; «вдома вона все розуміє, уважно мене слухає», «Я читав про синдром Аспергера. Це наш випадок» тощо);

- Заперечення реальності (уникнення ПМПК, відкладення обстеження);

- Стигматизація щодо роботи психіатрів (небажання оглядати дитину у психіатра, оскільки це «стигма» на все життя, навмисне невикористання ліків, призначених психіатром).

В результаті у батьків не складається цілісної картини психічного розвитку, немає єдиного розуміння цілей та завдань реабілітації, спостерігається прагнення до «колекціонування» діагнозів, вибіркового консультування «найкращих» спеціалістів (хто «в тренді»), посилюється пошук винних. Всі ці дії носять деструктивний характер і лише відображають власні почуття провини батьків до дитини та спроби полегшити свої переживання.

### Висновок

Залежно від рішення батьків, така дитина може стати хронічним психотравматичним фактором у сім'ї або об'єднуючим фактором, здатним приносити радість. Все залежить від ставлення сім'ї до цієї дитини, правильного розуміння завдань виховання, корекційної допомоги та підходу. Дуже важливо, щоб сім'я мала належний рівень вимог до дитини. Батьки часто виявляються нездатними прийняти таку дитину або мають завищені очікування та надмірно зайняті дитиною. Якщо дитина не справляється - це дратує батьків та дитину, через що дитина надмірно переживає свої невдачі, страждає і в результаті у неї часто розвиваються невротичні розлади, що загрожує появою агресивності, розладами поведінки. При цьому посилюються невротичні симптоми, часто виникають депресії та психосоматичні розлади.

Окрім того, у нашій практиці ми часто зустрічаємо батьків, зокрема матерів, з порушеною прив'язаністю та відсутністю емоційного контакту з дитиною, або ж з інфантильними рисами, які не усвідомлюють всієї глибини проблеми та ступеня своєї відповідальності. Часто такі батьки вимірюють увагу до дитини матеріальними цінностями або задовольняють лише її базові потреби: їжа, одяг, а вищі потреби в любові, турботі, іграх, розмовах опускаються (поруч, але не разом, під наглядом: фізично мати поруч, але емоційного зв'язку немає). З іншого боку, позитивне емоційне середовище та усвідомленість батьків створюють величезний ресурс для формування психічного здоров'я дитини.

Таким чином, на кожному етапі роботи з дітьми з функціональними психічними обмеженнями від виявлення психічного дизонтогенезу у дитини дошкільного віку до завершальних етапів реабілітаційного маршруту сім'я стикається з труднощами, як психологічними, так і соціальними. Саме тому психолог є обов'язковим членом мультимодальної реабілітаційної команди кожного етапу, включаючи діагностику реабілітаційного потенціалу, консультування, психологічну підтримку сім'ї, іноді це кризова інтервенція, психологічна підтримка сімей, які виховують дитину з функціональними психічними обмеженнями, психологічна корекція емоційно-вольової сфери. Такі психологічні заходи сприяють особистісному зростанню, відновленню когнітивних, мотиваційних, емоційних ресурсів особистості дитини. Участь сім'ї та свідоме ставлення до особливостей психічного розвитку дитини



посилують її реабілітаційний потенціал та підвищують стійкість у подоланні труднощів на шляху продуктивної соціалізації та подальшого розвитку .

### Список використаних джерел

- Гончаренко, Н. (2021). Особливості психологічної допомоги батькам дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. - Рукопис. Наукове дослідження на здобуття ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 — Медична психологія — Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ.
- Міністерство соціальної політики України (2023). Україна зміцнює партнерство з Європейським Союзом у сфері захисту прав дітей та розвитку сімейних форм виховання. Урядовий портал: Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. Посилання на джерело: <https://www.kmu.gov.ua/news/ukraina-posyliuie-partnerstvo-z-ievropeiskym-soiuzom-u-sferi-zakhystu-prav-ditei-ta-rozvytku-simeinykh-form-vykhovannia>
- Мушкевич, М. І. (2020). Психологічна підтримка сімей з проблемними дітьми. – Кваліфікаційна наукова робота як рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.07 — педагогічна та вікова психологія. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ.
- Швалб, Ю. М., Верник, О. Л., Вовчик-Блакитна, О. О., Рудоміно-Дусяцька, О. В. (2018) Особистісні детермінанти екологічно орієнтованої життєдіяльності: монографія. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України - Київ,.
- Склянська, О. В. (2019). Формування соціальної взаємодії у дітей раннього віку з інвалідністю з їхнім основним опікуном. - Про права на рукопис. (Дисертація з психології (19.00.08 — Спеціальна психологія), подана на здобуття наукового ступеня доктора філософії). Інститут спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. – Київ.
- Терлецька, Л., & Василенко, Ю. (2024) Зв'язок між психічним здоров'ям та особистісним розвитком студентської молоді. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка: Психологія. 1 (19), 61–64. DOI: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2024.1\(19\).10](https://doi.org/10.17721/BPSY.2024.1(19).10)
- Цимбаленко, О. О. (2021). Психологічні особливості формування комунікативних здібностей у дітей з порушеннями комунікації. – Рукопис. (Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук, спеціалізація 19.00.07 — педагогічна та вікова психологія). – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Кудрявченко Марія

PhD докторант

Інституту психології ім. Г. С. Костюка

Національна академія педагогічних наук України

Київ, Україна

ORCID ID: 0009-0009-5541-9929

e-mail: 77015341363k@gmail.com

Конфлікт інтересів: Будь-які конфлікти інтересів були заявлені автором.

Застереження: Автор заявляє, що його думки та погляди, висловлені в цьому рукописі, не підлягають впливу жодних організацій.

## ПРО ЦЮ СТАТТЮ

Цитувати цю статтю

Кудрявченко Марія ПСИХОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПЕРЕШКОДИ НА ШЛЯХУ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПСИХІЧНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ (РЕАЛЬНИЙ ДОСВІД У РЕСПУБЛІЦІ КАЗАХСТАН) 2024 Журнал «Соціалізація та розвиток людини» 2. DOI: 10.37096/SHDISJ-24-1.2-0007

Подано 10 листопада 2024 р. / Переглянуто 16 грудня 2024 р. / Затверджено 30 грудня 2024 р.

Опубліковано: 31 грудня 2024 р.

DOI: 10.37096/SHDISJ-24-1.2-0007

## Відповідальний редактор – Ярослав Рябчич

### ПРАВА ТА ДОЗВОЛИ

Авторське право: © 2024 Кудрявченко Марія. Це стаття з відкритим доступом, що розповсюджується за ліцензією Creative Commons Attribution License (CC BY 4.0), яка дозволяє необмежене використання, розповсюдження та відтворення на будь-якому носії за умови посилання на автора та джерело.