

Міністерство освіти і науки України
Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя
Факультет педагогіки, психології, соціальної роботи та мистецтв
Кафедра загальної та практичної психології

Освітня програма: Психологія. Практична психологія

Спеціальність: 053 Психологія

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

На здобуття освітнього ступеня магістр

**Я-КОНЦЕПЦІЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ
ПОТРЕБАМИ ТА ОСОБЛИВОСТІ
СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ**

Студентки **Інни Миколаївни Колягіної**

Науковий керівник:

Кошова Інна Вікторівна

кандидат психологічних наук, доцент

Рецензенти:

Михайлова Оксана Іванівна;

кандидат психологічних наук, доцент;

Щотка Оксана Петрівна кандидат

психологічних наук, доцент

Допущено до захисту _____ 2024 р.

Завідувач кафедри

Проф. _____ **Папуча М.В.**

АНОТАЦІЯ

Магістерська робота присвячена дослідженню процесу виховання Я концепції у дітей з особливими потребами в родині та вивчення зв'язку батьківського ставлення з формуванням їх особистості. У першому розділі теоретично проаналізовано основні поняття Я концепції, її структура та етапи формування.

Другий розділ розкриває специфічні потреби та виклики з якими стикаються діти з особливими потребами в процесі формування образу “Я” та самооцінки, а також описано стилі виховання, сімейні ролі.

У третьому розділі було проведене емпіричне дослідження зв'язку самооцінки та самоакцептації підлітків з особливими потребами та батьківського ставлення і стилів виховання.

Ключові слова: Я концепція, самооцінка, самоакцептція, формування, діти, батьки, порушення, особистість.

ANNOTATION

The master's thesis is devoted to the study of the upbringing of the self-concept in children with special needs in the family, the influence of parental attitude on the formation of personality. In the first chapter, the main theoretical concepts of self-concept, structure, and stages of formation are disclosed.

The second section reveals the specific needs and challenges faced by children with special needs in the process of forming their self-image and self-esteem, as well as parenting styles and family roles.

In the third chapter, an empirical study of self-esteem and self-acceptance of adolescents and parental attitudes and parenting styles was conducted.

Key words: Self-concept, self-esteem, self-acceptance, formation, children, parents, disorders, personality.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. Я КОНЦЕПЦІЯ ЯК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ	9
1.1. Я концепція. Структура, етапи формування та вплив на особистість.....	9
1.2. Особливості розвитку Я концепції у дітей з особливими потребами: вплив інвалідності на формування Я концепції.....	21
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. СПЕЦИФІЧНІ ПОТРЕБИ, ВИКЛИКИ ТА ЗВ'ЯЗОК СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ФОРМУВАННЯ Я КОНЦЕПЦІЇ У ДІТЕЙ З ДЦП	27
2.1. Вплив порушення опорно-рухового апарату на формування «образу Я» та самооцінку	27
2.2. Сімейне виховання дітей з особливими потребами: стилі виховання, ролі членів родини, психологічний клімат в родині, та їх зв'язок з Я концепцією дитини	37
Висновки до розділу 2	46
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ВИХОВАННЯ З ЕМОЦІЙНИМ СТАВЛЕННЯМ БАТЬКІВ ДО ДИТИНИ ТА РОЗВИТКОМ САМООЦІНКИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ	47
3.1. Організація та проведення емпіричного дослідження	47
3.2. Результати і аналіз емпіричного дослідження	51
Висновки до розділу 3	70
Висновки	74
Список використаних джерел	76
Додаток 1	80
Додаток 2.....	79
Додаток 3.....	81

ВСТУП

Атуальність проблеми. На сьогодні є актуальною проблема сімейного виховання дитини з дитячим церебральним параличем, який на сьогодні є, доволі, розповсюдженим захворюванням. Діти, які мають це захворювання мають своєрідний психічний розвиток, наслідками якого є поєднання ураження головного мозку на ранніх стадіях його розвитку з іншими порушеннями такими як сенсорні (порушення органів слуху, зору, кінестетичного сприйняття), мовними порушеннями. У розвитку психічних порушень важливу роль займають соціальні обмеження, обмеження в діяльності дитини, які також впливають на формування Я-концепції. Як показують дослідження вчених, тенденції до зменшення розповсюдженості цього захворювання не відмічається, тому існує необхідність його вивчення і дослідження.

Вивчення проблем розвитку дітей з церебральним параличем проводяться багатосторонньо - як в медичному так і в психолого-педагогічному рівнях. Дослідженням порушень психіки дітей з ДЦП присвячені роботи Н.М.Махмудової, К.А.Семенової. Вивченням своєрідності психічного розвитку дітей, які мають дитячий церебральний параліч займалися Л.І Прохоренко, О.О.Бабяк, А.Л.Душка, І.В.Недозим, Н.І.Баташева, Л.І.Трофименко, О.В.Чеботарьова, І.В.Кануннікова вивчали зв'язок недорозвиненості моторики із порушенням пізнавальної діяльності у дітей із дитячим церебральним параличем. Г.В. П'ятакова, Н.Б.Шабаліна обрuntuвали емоційні розлади дітей з ДЦП.

В вихованні дитини з ДЦП ключову роль відіграє сім'я - як первинний соціум, члени родини формують цей соціум. Тому вплив родини на формування здорової особистості є одним із основних у вихованні дитини з особливими потребами.

Родина, в якій виховується дитина з особливими потребами тільки недавно стала об'єктом вивчення і соціального впливу. Особливим визнанням є те, що це є не тільки медична проблема. Родина, в якій є дитина з обмеженими

можливостями є медіатором між індивідуумом і суспільством, а також є посередником між індивідуумом і соціумом в процесі розвитку та взаємодії.

Я-концепція – це сукупність уявлень індивіда про себе, свої можливо-сті, якості, місце в соціумі. Для дітей з особливими потребами формування адекватної Я-концепції має особливе значення, оскільки вона впливає на їхню самооцінку, мотивацію до навчання, соціальну адаптацію та загальне благополуччя.

Дослідження розвитку Я-концепцій у дітей з особливими потребами є важливим аспектом сучасної психології та педагогіки. Наяснє це питання набуває особливої актуальності у контексті створення в Україні інклюзивних освітніх середовищ, адаптації та розробці нових педагогічних інструментів та методів для дітей з різними психофізіологічними особливостями. Визначення і вивчення концепцій, які розвиваються у дітей, є пріоритетним для оцінки їх когнітивних і соціальних здібностей, а також для розробки необхідних ефективних методик навчання та підтримки. У цьому контексті використання емпіричних методів дослідження дозволяє глибше вивчити і допомагає зрозуміти особливості розвитку таких дітей.

Концепція розвитку дітей із особливими потребами є складним і багатогранним процесом. Дитина, яка має обмеження психофізичному розвитку часто стикається з певними труднощами у розвитку когнітивних, мовних і соціальних навичок, що має безпосередній вплив на формування її уявлень про навколишній світ. Теоретичні підходи до дослідження цих процесів базуються на роботах таких вчених, як Л.С. Виготський, Ж. Піаже та Е. Еріксон, які підкреслювали важливість соціокультурного контексту в гармонійному розвитку дитини.

Особливу увагу в дослідженнях розвитку дітей з особливими потребами приділяють питанням адаптації, комунікації та креативності, оскільки ці концепції безпосередньо пов'язані з соціальною взаємодією та здатністю адаптуватися до змінюваних умов життя. Важливими є також аспекти, що

стосуються розвитку самосвідомості та уявлень про себе, що дає можливість оцінити рівень соціальної інтеграції таких дітей.

Мета роботи : на основі теоретичних та емпіричних даних виявити особливості Я концепції та самооцінки підлітків з порушенням опорно-рухового апарату.

Об'єкт дослідження: процес формування Я концепції у дітей з дитячим церебральним паралічем.

Предмет дослідження: вплив сімейного виховання на особливості формування Я-концепції у дітей з ДЦП.

Гіпотеза: існує зв'язок між стилями сімейного виховання і батьківського ставлення і особливостями Я концепції та самооцінки дітей з особливими потребами.

Для досягнення мети потрібно виконати ряд завдань:

1. Теоретично описати феномен Я- концепції дітей з особливими потребами.

2. Дослідити самооцінку підлітків з особливими потребами та особливості їх сімейного виховання за допомогою підібраних методик та опитувальників

2. Визначити особливості зв'язку сімейного виховання з формуванням Я-концепції у дітей з порушенням опорно-рухового апарату.

Для вирішення завдань використані такі **методи емпіричного дослідження:** тест-опитувальник батьківського ставлення А.Я. Варги, В.В.Століна; методика «Стратегії сімейного виховання» С.С. Степанова в модифікації І.І. Махоніної; тест на визначення рівня самоакцептації. (Булкіна Н.І.); опитувальник самооцінки підлітка Казанцевої Г.М.; тест двадцяти тверджень на самоставлення «Хто я такий?» (М.Кун, Т.Макпатрленд).

Теоретична значення. Результати дослідження дозволяють доповнити і розширити наявні в літературі дані, як про особливості формування особистості так і про зв'язок з сімейним вихованням на формування Я концепції підлітків з особливими потребами.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів роботи у професійній діяльності практичних психологів, дефектологів у роботі з дітьми з особливим потребами.

Апробація роботи. Результати наукового дослідження були апробовані: «Особливості Я-концепції дитини з особливими потребами. Збірник матеріалів XIV Міжнародно науково-практичної конференції Психологія і війна (23-24 квітня 2024р., м. Ніжин)/ за ред. М.В.Папучі

Структура роботи: робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури.

РОЗДІЛ 1. Я-КОНЦЕПЦІЯ ЯК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ

1.1 Я концепція. Структура, етапи формування та вплив на особистість

Я концепція – є важливою структурною складовою психологічного образу особистості, що формується під впливом спілкування та діяльності. Я концепція людини створює ідеальне уявлення про себе і уявлення про те, якою уявляють та сприймають інші.

У психологічному словнику-довіднику наводиться таке визначення поняття «Я концепція» (від лат. conceptio – система, розуміння, задум) – цілісний, всупереч наявності внутрішніх суперечностей, образ власного «Я», який являє собою установку людини по відношенню до себе. Цілісне «Я» складається з когнітивних складників «Образу Я» - це те, як індивід уявляє самого себе, свої здібності, соціальну значущість, свої якості характеру, зовнішність, свої [6].

Вивчення проблеми «Я-концепції» в багатьох дослідженнях психологів: А. Маслоу, Е.Еріксона, К.Роджерса, А.Комбса, У. Джемса, Кулі, Міда та ін. не призвело до єдиного універсального визначення поняття «Я концепції».

На думку У. Джемса [1], «Я» - як об'єкт - це все те, що людина може назвати своїм. У цьому аспекті Джемс виділяє чотири головні складові та розташовує їх за значущістю в наступним чином: «духовне Я», «матеріальне Я», «соціальне Я» і «фізичне Я».

К.Юнг не погоджувався, з З.Фройдом в тому, що кожна людина живе тільки бажаннями, він зауважував, що поведінка людини, загалом залежить від прагнень, історії життя самої людини, від її мети. На його думку психіка людини складається з трьох рівнів - свідомість, особисте несвідоме та колективне несвідоме. Визначальна роль ним виділяється колективній свідомості в структурі особистості, яка засновується зі слідів пам'яті, які залишаються від минулого людства та є визначним у стилі буття з самого моменту народження людини. Колективне несвідоме відкривається архетипами, що «виявляються в образах творчості, у снах у різних образах, можливо, навіть, фантазійних -

демонах і матрі-землі. Переживання, що колись були на свідомому рівні, а з часом могли стати забутими людиною, можливо навіть, витісненими нею зі свого свідомого являють собою особисте несвідоме, але за певних умов або під впливом якіхось подій стають свідомими. » [11, с. 83].

Відомий наступник Фрейда А. Адлер звертає увагу на «суспільне почуття», або «почуття спільності» та опротестовував ідею свого вчителя, який вважав природні інстинкти основним в людині. Адлер вважав, також, структуру особистості єдиною структурою, на його думку її не можна розчленовувати на «Ід», «Его» та «Супер Его».

Головним орієнтиром на думку Ч.Кулі для «Я-концепції» є «Я» іншої людини - уявлення людини про те, що думають про нього інші. Він першим підкреслив важливість зворотнього зв'язку від інформації, яку ми одержуємо від інших людей, як головного початку даних про «особистісне Я». У 1912 р. Кулі була запропонована теорія «дзеркального Я», яка стверджує, що уявлення особистості про те, як її оцінюють інші, істотно впливають на її «Я-концепцію».

«Дзеркальне Я» виникає на основі метафоричної взаємодії індивіда з первинними групами, членом яких він є. Такі групи характерні безпосередньою взаємодією, спілкуванням членів групи між собою, високим ступенем тісних контактів, які ведуть до взаємної інтеграції індивіда і групи. Безпосередні взаємовідносини в групі надають людині зворотній зв'язок для самооцінки. Під час взаємодії індивіда з членами первинної групи засвоюються установки, ролі, цінності, які і формують «Я-концепцію» методом спроб і помилок саме в первинній групі.

За К. Роджерсом «Я-концепція» уявляє з себе вплив зв'язку досвіду, який індивід набуває в результаті взаємодії з навколишнім середовищем, власних інтерпретацій та нав'язаних стереотипів на його поведінку. На його думку «Я-концепція» являє собою, організовану і логічно послідовну і об'єднану систему сприйняття «Я» та має просторову природу. Він вважає, що «Я» символізує основну долю особистого свідомого досвіду людини, але не може регулювати її поведінку - якщо не звернутися до суб'єктивної оцінки, інтерпретації події, то

зрозуміти поведінку неможливо. Як стверджує К.Роджерс - поведінка людини завжди узгоджена з її «Я концепцією».

Такий компонент Я концепції, як «Я-ідеальне» (якою людина хоче бути, або прагне бути) також впливає на формування загальної Я концепції, яка складається з сприйняття людиною того, якою вона є.

Сучасними психологічними дослідженнями «Я-образ» розглядається голо-вним чинником, від якого залежить самоконтроль індивіда, його саморегуляція, особистісна та соціальна ідентифікація.

Я-концепція – основне утворення онтогенетичного розвитку людини, що є центральною складовою самосвідомості. Це система уявлень людини про саму себе, зібраний образ власного Я, який є усталеним динамічним і усвідомленим, він синтезує особистісне самосприйняття себе такою особистістю, якою вона є, якою хоче бути і якою має на меті бути, а також впливає на потенційні діяння особистості. Описувальну складову «Я-концепції» можна назвати образом «Я» або картинкою. Самооцінка або самоприйняття є те, з чого складається ставлення до себе самого або ж до своїх якостей.

Як установка «Я-концепція» має в складі три базові компоненти:

1. Когнітивний компонент або «образ Я». Когнітивний компонент образу «Я» може бути як обгрунтованим так і не обгрутованим - він складається з уявлення особи про себе самого, що формується на основі самсприймання, який містить в собі такі характеристики: статусні, атрибутивні, рольові, опис цілей, майна і т.д. Когнітивний компонент образу «Я» може бути як обгрутованим так і не обгрутованим.

Емоційно-оцінний компонент, де головною виступає самооцінка як різка, надмірна оцінка уявлень про себе саму, яка характеризується різною інтенсивністю, через те, що обриси образу «Я» можуть викликати, відносно, сильні емоції, які пов'язані з їх прийняттям або неприйняттям. Самооцінка спричиняє підструктурні складові - позитивне або негативне самоствавлення: самоповагу або самозневага, почуття власної цінності або ж, навпаки, комплекс неповноцінності.

3. Поведінковим компонентом є потенційна поведінкова реакція, яка виникає у результаті неперервної взаємодії між когнітивним компонентом «образу Я» та емоційнооцінним компонентом, тобто образ «Я» та самооцінка можуть впливати на конкретні дії індивіда.

Підструктурними елементами поведінкового компоненту є самоконтроль та саморегуляція.

а) саморегуляція - управління психоемоційним станом впливачі сам на себе, адаптація своєї поведінки під певні умови;

б) самоконтроль - здатність керувати своїми реакціями, почуттями, поведінкою, яка створює передумови для цілеспрямованого самовиховання.

«Я-концепція» має три основні модальності:

1) реальне «Я» - уявлення особистості про себе в дійсності, яке може бути як дійсним так і хибним;

2) ідеальне «Я» - уявлення особистості про себе, яким я хочу бути, орієнтуючись на засвоєні принципи і взірці;

3) дзеркальне «Я» - уявлення особистості про те, як її бачать інші.

Також існують ще такі модальності:

представляюче «Я» - якою людина себе показує, приховуючи свої недоліки;

ідеалізоване «Я» - яким особі приємно себе бачити;

можливе «Я» - якою особистість може стати на її думку

Також в структурі «Я-концепції» існують й інші «Я»: духовне «Я»; публічне «Я», моральне «Я»; інтимне «Я»; інтелектуальне «Я» та ін.; «Я» в минулому, «Я» в теперішньому та такі «Я», що розглядаються як реальність, ймовірність, можливість, та ідеал - можливе «Я», ймовірне «Я» тощо.

«Я-концепція» складається не тільки з того як вона сприймає і бачить себе, а і з того якою б вона хотіла бути, або якою хоче, щоб її сприймали (компонент «Я», що визначається як «Я-ідеальне»).

Вченими виділяються різні форми уявлень про себе, які визначаються :

за сферами людини («соціальне Я», «інтимне Я», «сімейне Я», «фізичне Я», «духовне Я», «публічне Я», «моральне Я», і т.п.);

як ідеал та реальність («реальне Я», «ідеальне Я»);

в часовому контексті («Я в минулому, «Я в теперішньому», «Я в майбутньому»);

за якоюсь іншою ваговою ознакою. Такі «Я - образи» і їх зміст визначається, як правило, на основі теоретичних міркувань.

Людина, сприймає ці структури з огляду на свої цінності, які були засвоєні упродовж життя, вкладаючи своє суб'єктивне пояснення реакцій інших людей на свої характеристики. На становлення самооцінки особистості впливають власні судження та оцінки про себе та оцінки з боку інших людей.

Як складовий компонент Я-концепції самооцінка має відмінність між реальним та ідеальним «Я», до якого людина прагне, тобто самооцінка визначається суб'єктом судженням про наявність у нього тих чи інших якостей, у співвідношенні до його еталону.

Афективно-оцінна складова Я-концепції (самооцінка) це оцінна складова, яка містить в собі саме ті складові, які індивід наділяє собі в цілому і окремим своїм рисам поведінки, характеру, діяльності.

Самооцінка, це той компонент Я-концепції, який впливає на поведінку особистоті, це оцінка індивіда про самого себе, якості та місця серед інших людей, про свої можливості. Особа, яка має адекватну самооцінку - це людина, яка реально знає і оцінює свої риси характеру, знає свої недоліки і формує спілкування і свою поведінку в соціумі адаптуючись під умови оточення і умови діяльності.

Особистості, які мають неадекватну самооцінку - занижену або завищену переживають труднощі в соціальному житті. Люди, які мають завищену самооцінку ставлять себе вище за всіх, не враховують інтереси інших, їм важко відмовитися від свої переконань, від своїх поведінкових звичок і т.д. Людина, яка має занижену самооцінку до якої належать: невпевненість в своїх діях,

знаннях, особа, яка не довіряє собі, ставить під сумнів свої можливості, ставить собі високі вимоги часто підпадає під вплив інших.

Самооцінка є важливим компонентом формування Я-концепції у вихованні дитини з особливими потребами - цей той фундамент, на якому будується самореалізація, успіх на протязі всього життєвого шляху .

Предметом самооцінки людини можуть виступати: соціальні відносини, її тіло, здібності і багато інших особистісних проявів.

Оскільки, самооцінка охоплює різні прояви поведінки і характеру особистості - зовнішні данні, успішність у спілкуванні, інтелект тощо - тому вона має комплексний характер. Вона динамічна тому що може змінюватися продовж життя людини, яка формується і розвивається в залежності від умов життя, оточення, розвитку людини.

Важлими факторами, які впливають на формування самооцінки :

1. Один із головних чинників, який впливає на формування самооцінки є зіставлення реального образу Я з образом ідеального Я. Чим вище ступінь збігу образу реального Я з образом ідеального Я, тим більш висока самооцінка. Чим більший розрив між наведеними компонентами Я і реальність досягнень особистості - тим нижча самооцінка.

2. Формування самооцінки пов'язане з внутрішнім засвоюванням соціальних реакцій на індивіда, тобто людина оцінює себе так, як , на її бачення оцінюють її інші.

3. Самооцінка визначається індивідом як успішність власних дій і виражень через призму власної ідентичності: людина отримує задоволення від того що сама обрала певну справу і виконує її успішно, а не від того, що щось виконує добре.

Я концепція є результатом особистісного розвитку людини. Якби її можна було би побачити, то вона мала би вигляд стійкої ієрархічної системи, яка пов'язана з множинних «образів Я». Я концепція є джерелом очікування по відношенню до особистісної поведінки та сприйняття, вона визначає характер та особливості набутого досвіду, є тим фактором, що впливає на визначення

намірів і цілей особистості в майбутньому, а також сприяє досягненню внутрішньої узгодженості особистості. Я-концепція сприяє визначенню мотивування й регулює пізнання, поведінку, діяльність, спілкування, цілеспрямовує і визначає готовність до діяльності у майбутньому. Формування, розвиток та зміна Я-концепції зумовлюються чинниками зовнішнього та внутрішнього порядку [22].

Розширюючи діапазон власного образу - людина розширює для себе особистісні можливості. Створюючи адекватне реалістичне уявлення про себе - людина наділяє себе новими талантами, можливостями, здібностями.

В дитинстві Я-концепція слабо сформована, слабо захищена, вразлива та легко підпадає під вплив. Обмеженість кола спілкування дитини, переважно, в рамках родини робить цю первинну групу найвпливовішою в формування і становленні Я-концепції і самооцінки. Переконавання та оціночні орієнтири самого себе, які закладені в ранньому дитинстві є підтримуючими і базовими на протязі всього життя людини. На початку формування Я-концепція залежить, від зовнішніх чинників, але згодом вона самостійно впливає на життя особистості. З початку виникнення Я-концепція, має активну дію та проявляється у трьох рольових функціях [36, 114].

1. Я-концепція як засіб, що гарантує внутрішню злагодженість. Коли людина відчуває потребу у внутрішній гармонії - вона починає дії, що в результаті сприяють відновленню рівноваги, яка була втрачена. Вагомим чинником, який сприяє відновлення внутрішнього балансу є саме думка людини про саму себе. Реакція людини на оточуючий його світ залежить від того, чим він наповнює складові свого оточення.

2. Я-концепція як трактування досвіду. Цей аспект Я-концепції визначає, що Я-концепція формує характер особистого сприйняття досвіду - особистість має здатність, на основі своїх уявлень про себе, не тільки керувати своєю поведінкою, але й трактувати свій власний досвід.

3. Я-концепція як сукупність очікувань. Я-концепція також впливає на формування очікувань особистості - це те, як людина уявляє те, що має

відбутися. Людина має впевненість у своїй власній значимості, вона очікує, що й оточуючи її люди, ставитимуться до неї так, як вона собі уявляє; якщо людина вважає, що вона нікому не подобається, нікому не потрібна, її поведінка буде зумовлена саме цією передумовою або буде сприймати певним чином дії та реакції оточення. Багато вчених вважають цей фактор головним, при розгляданні Я-концепції як комплексу очікувань [15].

Я-концепція в процесі формування та становлення обумовлена низкою чинників, таких як: процес соціалізації особистості, як соціальне середовище, соціальна взаємодія та ін.[13, с. 57].

Формування Я-концепції підлітка пов'язано з розвитком його когнітивної сфери, а саме з пізнавальною активністю. Я-концепція розвивається під дією інформації, що надходить зсередини та ззовні, яка інтерпретується потім самим індивідом. Пізнавальна активність, прагнення до пошуку та придбання нових знань і умінь, а також пізнавальне ставлення до себе активно беруть участь у процесі формування Я-концепції.

На думку Чарлза Кулі [8] Особистість і суспільство мають спільне становлення тому уявлення про ізольоване та незалежне Его є ілюзією. У 1912 році Ч.Кулі було запропоновано теорію «дзеркального Я», яка стверджує, про існування залежності формування Я-концепції від оцінки його оточенням.

1) Процеси взаємодії людей між собою створюють уявлення, як вони сприймаються іншими;

2) Люди усвідомлюють сутність адекватних реакцій, які узагальнені іншими;

3) Люди розвивають самопредставлення, почуття пригніченості або гордості, що залежить від того, яким їм бачаться подання узагальнене іншими.

Ч.Кулі зазначив: «Соціальну самість такого роду можна назвати відбитою, або дзеркальною, самість... Ми бачимо наше обличчя, фігуру і одяг в дзеркалі, цікавимося ними, оскільки все це наше, буваємо задоволені ними чи ні, відповідно до того, якими ми хотіли б їх бачити, точно так же в уяві

сприймаємо в свідомості іншого деяку думку про наш вигляд, манери, наміри, справи, характер, друзів і т.д., і це самим різним чином на нас впливає».

Ведуча роль, під час формування самості, належить саме первинній групі, якою виступає сім'я, родина, однолітки. Дбайливе, коректне, поважне ставлення первинних груп до дитини відзеркалюється на ній - проявом адекватних соціальних дій дитина сама починає поважати себе. Якщо дитина була позбавлена материнського тепла і любові з якихось причин, або ж росла в атмосфері зневаги з боку оточуючих це обов'язково відіб'ється на становленні і формуванні самості - ролі, які дитина здатна грати, не співвідносяться з очікуваннями оточення спочатку близьких людей, а згодом і більшого кола та врешті решт широкого суспільства. «Процес, в ході якого у дітей розвивається самовідчуття дзеркального типу, можна простежити без особливих труднощів» - зазначає Кулі. Вивчаючи рухи інших, настільки пильно, як вони це роблять, вони незабаром помічають зв'язок між своїми власними діями і змінами цих рухів, тобто вони помічають свій вплив на інших людей або владу над ними. Дитина привласнює видимі дії свого батька або няні, свій вплив на яких він виявляє, абсолютно таким же чином, яким він привласнює одну з частин свого тіла або якусь іграшку, і він намагається зробити що-небудь з цією своєю новою власністю .

Первинна соціалізація, яка припускає запозичення набору вагомих символів і, яка здійснюється, передусім, в первинних групах, складається з трьох стадій: дитяча, ігрова, змагальна. Якщо представники первинного кола з повагою ставляться до дитини, то це відзеркалюється на його самості і соціалізації: дитина сама починає поважати себе, що проявляється в адекватних соціальних діях. Якщо дитина позбавляється материнської любові та поваги оточуючих - це обов'язково позначається на становленні самості - ролі, які він здатний грати, перестають співвідноситися з очікуваннями оточення і близьких йому людей, що формує в дитині негативний образ Я, який у його свідомості сформує стійкий образ негативного самого себе, з яким він буде

жити. Відповідність цьому образу стає джерелом сили, що в більшій мірі проявиться у відповідній поведінці.

Без самосвідомості не існує особистості - вона є результатом розвитку людини від самого народження до кінця життя її. Протягом всього життя відбуваються зміни уявлень про себе. Одна з найбільш розроблених концепцій стадійного розвитку Я-концепції була запропонована американським психологом Гордоном Олпортом.

Перший етап - від народження до двох років. На данному етапі відбувається виникнення відчуття свого тіла та виділення його від оточуючого світу, це відбувається в атмосфері діалогу «мама-дитина» і складається з різнобічної взаємодії: сенсомоторної, слухової, кінетичної, візуальної. На цьому етапі дії мами спрямовані на підтримку дитини і задоволення її потреб. Протягом першого року життя немовля починає усвідомлювати відчуття, які йдуть від м'язів, сухожилів, внутрішніх органів - ці повторюючи відчуття утворюють тілесну самість, в результаті чого немовля починає відрізняти себе від інших об'єктів. Г. Олпорт вважав тілесну самість опорою для самопізнання протягом всього життя.[21]

Другий етап - від двох років У розвитку дитини відбуваються активні зміни - дитина починає розмовляти, ходити, бачучи себе в дзеркалі дитина отримує про себе об'єктивне уявлення, може описати свої відчуття, вчиться сприймати себе, як окрему істоту. Ім'я дитини виокремлює її як окремого індивіда, є свого роду, ознакою індивідуальності. Позиція батьків необхідна для підтримки зрощення позитивного почуття самості, яке формується до кінця даного періоду. Почуття власного «Я» пов'язане з відчуттям себе, як окремого та індивідуального. Самоідентичність не з'являється одномоментно - цей процес триває до пізньої зрілості.

Третій етап - відбувається процес формування самоповаги, який характеризується результатами власних досягнень при виконанні певних завдань і доручень. Самоповага має відтінки змагань, коли дитина досягає результату краще, ніж його однолітки-друзі, коли дитина перемагає в якійсь

командній грі або має можливість продемонструвати свої високі здібності в іншій формі. Також формується визнання однолітків стає важливим джерелом нових самооцінок на протязі всього дитинства.

Четвертий етап (4-6 років) - на цьому етапі відбувається розширення меж самості. Дитина розуміє що його власним є не тільки тіло, а й оточуючий світ і оточуючі люди (члени родини), з'являються ревності до власності дитини.

П'ятий етап (5-6 років) - початок формування образу Я. Це той період, коли дитинина починає розуміти що від неї хочут оточуючи - яким хочуть його бачити. На цьому етапі дитина розуміє різницю між «Я хороший» і «Я поганий». В бажаннях і цілях його починають вбачатися очікування оточуючих.

Шостий етап (протягом 6 -12 років) - цей етап характеризується свідомим керуванням собою, але ще не настільки, щоб отримати моральну незалежність. На цьому етапі розвитку самості переважають моральний і соціальний послух, конформізм.

Сьомий етап - (підлітково-юнацький вік) - це є початком оформлення Я-концепції цілісного почуття «Я». На данному етапі розвивається критичне мислення та формується власний світогляд. В цей період приходе усвідомлення того, що відбувається вступ в нове життя, який передбачає прийняття важливих рішень, який передбачає зважений підхід під час вибору.

Юнацький вік характеризується тим, що Я-концепція з одного боку вже більш стійка, але ще зазнає змін, які пов'язані зі статевим та фізіологічним розвитком, які впливають на сприйняття своєї зовнішності. Вплив вимог, які виходять із соціального середовища (родина, школа, друзі), і які можуть бути суперечливими, також несе зміни. Необхідність прийняття важливих рішень, які вплинуть на подальше життя, зміна ролей, зміна цінностей, образу життя - все це викликає статусну невизначеність, рольовий конфлікт, що накладає відбиток на формування Я-концепції в період юнацтва. Все це призводить до формування Я-концепції.

Е. Еріксон вважав, що цей період є початком формування ідентичності, яке проявляється у стабільності та цілісності власного «Я», незважаючи на зміни,

які відбуваються з людиною у процесі розвитку та її росту. «Криза ідентичності» може спостерігатися при некоректному процесі формування ідентичності, прояв якої характеризується відсутністю чіткого уявлення про свою сутність, свої межі та відсутністю чіткого уявлення про себе.

Завершенню підліткового та юнацького періодів характерне прийняття тілесних змін, які властиво відбуваються в цьому віці, емоційні переживання; досвід соціальних відносин і усвідомлення своїх якостей - все це формує Я-концепцію. Я-концепція - частково усвідомлена, стійка система уявлень людини про себе, яка переживається унікально та на основі якої, особа створює свою вза-ємодію із світом, іншими людьми і відношення до себе.

Зміст і структура Я-концепції, здебільшого, визначають соціальну поведінку людини, а також бажання впливати на оточення, середовище, її прагнення до адекватної взаємодії з соціумом. Фізичне «Я», за визначенням У. Шелдона, визначається переживанням свого тіла, як переживання образу тіла, переживання з приводу фізичних дефектів втілення «Я», здоров'я чи хвороби, фізичних можливостей. Тіло і самопочуття (як переживання дійсного сприйняття власного тіла та разом із цим його функціонального стану) є не «аналогами Я на рівні організму», а явними блоками або підструктурами Я-концепції, а самопочуття є динамічнішим.

Відчуження власного тіла, втрата уявлень та наочного сприйняття знижує «почуття Я». У підлітковому періоді, внаслідок різних форм фрустрацій, властиве виникнення синдрому марення фізичного недоліку, що свідчить про дезадаптивність, внаслідок того, що він викликає великі труднощі в спілкування і соціалізації в цілому. Наслідками чого виникають проблеми в процесах нормальної адаптації в більш широких сферах соціального життя.

Соціальний стереотип «людини з особливими потребами» накладає відбиток на утворення життєвих стратегій - маніпулюючи своїм станом, приймає роль жертви і займає позицію споживача. Цей шлях закриває можливості до самореалізації і можливостей отримувати задоволення від своїх власних досягнень.

1.2. Особливості розвитку Я концепції у дітей з особливими потребами: вплив інвалідності на формування Я концепції

Будова та зміст Я-концепції в більшій мірі окреслюють соціальну поведінку людини, а також несуть вплив на взаємодію з соціумом та розумінням власної соціальної користі. Як визначають деякі вчені фізичне «Я» — являє собою переживання свого тіла як уособлення «Я», переживання з приводу власних фізичних вад, хвороби та здоров'я.

За твердженнями Роджерса, в більшості випадків, поведінка індивіда координується з її Я-концепцією - людина прагне зберегти цей стан встановити відповідність переживання і самосприйняття. Переживання, які супроводжують Я-концепцію особистості, сприймаються і усвідомлюються. Переживання, що не сприймаються вони є перебуваючими у конфлікті з «Я» і несуть потенційну загрозу Я-концепції - тому не допускаються до усвідомлення та сприйняття. Ймовірна невідповідність між «Я» та актуальним переживанням не завжди приймається на свідомому рівні. Можливою є ситуація, коли людина відчуває загрозу, не усвідомлюючи цього - за такої умови людина не є захищеною від переживання тривоги та особистісних розладів. Це значить, що тривога є емоційною реакцією на загрозу, яка сигналізує, що організованій «Я-структурі» загрожує дезорганізація, коли невідповідність дійде до рівня усвідомленості.

К.Роджерс у дослідженнях закономірностей формування Я-концепції підкреслював необхідність безумовного прийняття дитини з боку значущих рідних, як первинного соціуму, для формування здорової Я-концепції та важливість позитивного ставлення. Оскільки позитивне ставлення до себе є залежним від оцінок інших людей, перш за все, значущих батьків, що може призвести до виникнення розриву між досвідом індивіда та його потребою в позитивному ставленні до себе.

Разом з Я-концепцією розвивається потреба в позитивному ставленні з боку оточуючих. Розвиток Я-концепції - не просто процес умовних реакцій і нав'язаних іншими уявлень, накопичення даних досвіду - це певна система.

Зміна одного елементу може повністю змінити природу цілого, таким чином, Я-концепція - це перш за все, система самосприйняття людини.

Я-концепція, за визначенням К. Роджерса, складається:

- з уявлення про власні характеристики і здібності індивіда;
- з уявлення індивіда про можливості його взаємодії з іншими людьми і навколишнім світом;
- ціннісних уявлень, пов'язаних з об'єктами і діями;
- уявлень про цілі та ідеї, які можуть мати позитивну або негативну спрямованість.

У суспільстві переважає сприйняття людини із певними функціональними обмеженнями, наприклад, із порушенням опорно-рухового апарату або незрячої як тотально хворої людини. Згідно теорії Ч.Кулі «дзеркального Я», це впливає на самосприйняття самої людини із соматичними захворюваннями.

Як підкреслює Дудкевич Т.В. [7], висновки зроблені видатним дитячим дефектологом, що закономірними у випадках інвалідизації є розвиток компенсаторних механізмів, коли, наприклад, людина зі зниженим слухом – має дуже високий рівень чутливості або людина незряча має ідеальний слух. Шкода, якої завдає людині наявність симптому «втраченого здоров'я» полягає у наступному:

Симптом «втраченого здоров'я» завдає великої шкоди при вихованні дитини з вадами здоров'я, яка полягає в тому, що може слугувати міцним фундаментом для закладання нездорової «Я-концепції».

Відчуваючи себе абсолютно хворою, дитина відчуває себе слабкою і немічною - ні на що нездатною та недієздатною, схильною до пригнічених та депресивних станів, що відбивається й на ставленні її до оточення і до себе. Дитина фокусує свою увагу лише на своїй хворобі і своєму стані, має похмуру «картину світу», вона не будує планів на життя, не бачить радісних перспектив, бо весь фокус її буття націлений на свою хворобу. Для уникнення «симптому втраченого здоров'я» необхідно уникати гіперопіки над людиною, яка має певні функціональні обмеження.

Психологічну структуру особистості можна охарактеризувати розвитком, на відповідних вікових етапах, системи базисних тверджень особистості - стійких, фундаментальних, узагальнених, провідних, які визначають різноманітність форм функціонування людини та її психологічних особливостей.

Стрижневими джерелами формування особистості, які переважно формуються у віці 6–7 років, здебільшого зберігаються протягом всього життя людини та суттєво впливають на подальший розвиток та формування, і мають «служувати основою для реалізації потенційної здатності людини до універсальності... максимальної реалізації сутнісних можливостей людини» [26]

Будь-яке хронічне соматичне захворювання, яке обмежує активну діяльність і зв'язок із соціумом, тим паче, інвалідизуючий фізичний дефект, змінює систему відносин особистості. Ці зміни, головним чином, торкаються емоційно-ціннісного відношення до себе і відношення до оточуючих людей, що включає: потребу в спілкуванні і діяльності з іншим, зацікавленості до іншого індивіда, емоційних відносин до інших, оціночного відношення іншої людини.

Психоаналітик А.Адлер, який є автором комплексу неповноцінності, стверджував, що прагнення до перевершення є головною мотиваційною силою в житті особистості. Фактично все, що роблять люди, має на меті подолати відчуття переваги, але почуття позбавленості позитивних ознак діяльності з різних причин може стати надмірним, в результаті з'являється комплекс неповноцінності – перебільшення почуття власної слабкості та нездатності [33].

Почуття неповноцінності Адлер розглядав як наслідок дефекту, а згодом – як універсальну силу, що визначає розвиток особистості. Вчений був упевнений, що нездатність подолати дефект чи життєву ситуацію веде до того що, почуття неповноцінності перетворюється на стійкий комплекс. Стійкий комплекс неповноцінності вченими визначається як психопатологічний синдром, який може позначатися стійкою впевненістю у неповноцінності людини (насамперед, особистісній), спричиняє виникнення невротичних відхилень у розвитку і дисгармонізації Я-концепції.

Дослідження О.О. Ставицького, присвячені гандикапу, визначають ізоляцію людей з особливими потребами та підтримання в них залежної позиції є однією з передумов виникнення та розповсюдження встановлення. В такому випадку люди з особливими потребами гостро відчують неповноцінність, пригнічується їх ініціативність, вони стають нездатним на проявів самостійності [32, с. 87].

За твердженнями О.І. Купрєвої хронічне захворювання має значний вплив на відчуття власної цінності та здатне деформувати міжособистісні характеристики кооперації, викривляє характеристики міжособистісної взаємодії та спричиняє неприйняття образу «Я», призводить до порушення соціальних зв'язків, порушення комунікативних функцій. Що негативно відображається в Я-концепції людини, соціальній адаптації, міжособистісних стосунках. Людям, які мають інвалідизуючі вади притаманна тривожність, вияви агресії, вразливість, невпевненість у власному «Я», загальний негативний емоційний стан, відчуття внутрішнього дискомфорту[19].

Питання зв'язку фізичного недоліку та образу «Я» привертає увагу багатьох спеціалістів. Виявлено, що люди, які мають порушення рухового апарату менш успішні, ніж здорові. Особливо негативно на образ «Я» впливає ДЦП.

Система «Я» застосовує різні системи захисту. В надзвичайній ситуації вона може повністю закрити важливу інформацію, породжуючи страх, наприклад, деякі люди заперечують, не приймають свою ваду. Таким чином система «Я» ізолюється від решти особистості, не дозволяє людині вчитися на власному досвіді.

Образ «Я» розвивається в контакті з середовищем. При цьому «Я» прагне цілісності, а переживання, які не відповідають «Я» символічно заперечуються, символічно ігноруються або ж конвертуються.

Окрім того особистість потребує позитивної оцінки і поваги, а інвалідність є тим чинником, який заважає і ускладнює прийняття людини оточуючими,

суспільством. Негативний образ «Я» розвивається під впливом нестачі позитивної оцінки з боку оточуючих[34].

Будь-яке соматичне захворювання людини, тим паче, яке несе інвалідизуючий ефект, який обмежує людину у власних можливостях, обмежує в активному зв'язку індивіда із соціумом - змінює систему відносин особистості в суспільстві. В першу чергу, ці зміни відгукуються на емоційно-ціннісному відношенні до себе, а також до оточуючих - потребі у спілкуванні і спільній діяльності, прояву зацікавленості до особистості іншого, емоційного відношення до іншого, оціночного відношення іншої особи.

Психотравмуючий вплив соціального статусу «несхожого на інших» негативно впливає на систему цінностей особистості - зумовлює порушення процесів інтеграції та диференціації «Я-образу». У структурі самосвідомості, взаємодіючи зв'язки ускладнені слабо розвинутою комунікативною позицією «Я-дорослий» (за теорією транзактного аналізу Е. Берна), домінує теорія ставлення інших людей до видимих вад та тіла хворої дитини, формує її самоставлення. Розвиток особистості починається з усвідомлення та ставлення до себе «тілесного». Усі ці фактори роблять складною взаємодію з іншими, а також впливають на застосування механізму «маніпуляції» оточуючими. Цей механізм формується внаслідок поблажливого ставлення до дитини оточуючих з глибокого дитинства в первинному соціумі.

Висновки до першого розділу

1. Я-концепція - це складне вибудоване уявлення, яке відображене в свідомості індивіда і складається з власного «Я» та «Я», яке може вступати у відносини, з позитивних і негативних цінностей та пов'язані з відносинами «Я» - в минулому, сьогодні, майбутньому.

2. Я-концепція з моменту свого зародження стає дійовим початком, та має суттєвий вплив, на функціонування в людини соціумі, на її досягнення, на формування образу «Я», самооцінку та самосприйняття, тому Я-концепція є важливим чинником формування психіки та поведінки особистості, а також

визначає її внутрішню узгодженість, інтерпретацію досвіду. В аспекті соціуму Я-концепція є головним фактором, який впливає на якість взаємодії між особистістю і суспільством.

3. Формування Я-концепції підлітка пов'язано з розвитком його когнітивної сфери, яка обумовлена пізнавальною активністю. Я-концепція розвивається під дією знань, досвіду та інформації, які надходять ззовні та зсередини, які індивід потім сам інтерпретує. Пізнавальна активність та прагнення шукати і оволодівати новими знаннями і вміннями, а також когнітивне ставлення до самого себе активно беруть участь в процесі формування самооцінки.

4. У дітей, які мають обмежені можливості у зв'язку із ураженням опорно-рухового апарату сприйняття я-фізичного є однією з найбільших проблем .

5. Соціальний стереотип «людини з особливими потребами» є типовим для особистості з вадами та нав'язує відповідну модель поведінки, що призводить до втрати свободи життєвого шляху - уникання перепон або перетворення їх на засоби маніпулювання, що виправдовує пасивну життєву позицію.

РОЗДІЛ 2 СПЕЦИФІЧНІ ПОТРЕБИ, ВИКЛИКИ ТА ВПЛИВ СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ НА ФОРМУВАННЯ Я КОНЦЕПЦІЇ У ДІТЕЙ З ДЦП

2.1. Вплив порушення опорно-рухового апарату на формування образу «Я» та самооцінку

Порушення опорно-рухового апарату бувають вродженого характеру, які виникають внаслідок ураження центральної нервової системи, а також можуть виникнути внаслідок певного захворювання, яке призвело до розладу рухових функцій, або внаслідок ампутації.

Найбільш розповсюдженим захворюванням серед захворювань опорно-рухового апарату є дитячий церебральний параліч. Окрім того, що це захворювання є наслідком ураження головного мозку, яке розвивається внаслідок різних впливів і причин, більше нічого не відомо про природу цього захворювання. Воно не має єдиної картини, симптомів і проявів - все це, здебільшого, носе індивідуальний характер і у кожної людини, з цим захворюванням, може бути свій «комплекс» симптомів і проявів. Проблемою дитячого церебрального паралічу займалося і займається багато вчених, внаслідок чого існує багато припущень і теорій по даному захворюванню.

Дитячий церебральний параліч є наслідком ураження мозку плоду, ураження центральної нервової системи. Фактори, які призводять до ураження нервової системи плода та мозку - пологові черепно-мозкові травми, киснева недостатність, інфекційні захворювання, інтоксикація в період вагітності тощо. ДЦП характеризується наявністю рухових розладів - неспроможністю координувати та контролювати рухи, порушенням моторики, як загальної так і дрібної, порушенням рівноваги, орієнтації, порушенням зору, слуху, мовлення, нестійким емоційним тонусом, підвищеною виснажливістю, характерною є й обмеженість артикуляційних м'язів, порушене голосоутворення. Всі ці стани і прояви мають вплив на можливості у намаганні при виконанні тих чи інших задач, спілкуванні; вони можуть посилюватися при перевтомі, при зверненні до дитини. Всі ці характеристики можуть поєднуватися між собою по різному і

мати індивідуальну картину захворювання. Також це захворювання може носити й неочевидний характер - коли його прояви не є такими, що їх легко візуалізувати. ДЦП вважають не прогресуючим захворюванням, але деякі зміни симптомів можливі впродовж життя людини.

Насьогодні в світі не існує методів, які би могли повністю вилікувати цей недуг, але є багато методів альтернативної і консервативної медицини, які допомагають впливати на зменшення проявів захворювання та розвиток порушених функцій і полегшення в можливості вести більш повноцінне життя.

Описувальну складову Я-концепції часто називають образом «Я» або картинкою. Складову, яка пов'язана з ставленням до себе або до окремих своїх якостей називають самооцінкою або самоприйняттям.

Деякі вчені, які займалися вивченням та дослідженням розвитку дітей виділяють наступні особливості структури інтелектуального розвитку дитини при ДЦП :

1.Знижений запас знань і уявлень про навколишній світ, який обумовлюють наступні чинники: вимушена ізоляція , обмеження контактів з однолітками, порушення сенсорних функцій, складності пізнання навколишнього світу під час предметно-практичної діяльності знажують запас уявлень та понять про навколишній світ;

2.Органічне ураження мозку на ранніх етапах його розвитку характеризує мозаїчний розвиток психіки на фоні несформованості вищих коркових функцій веде до порушень пізнавальної діяльності у дітей з дитячим церебральним параличем. Все це впливає на нерівномірний характер інтелектуальної недостатності;

3.Більша кількість дітей має прояви сповільненості психічних процесів, недостатність концентрації уваги, труднощів переключення на інші види діяльності, зниження обсягу механічної пам'яті.

Такі діти відрізняються низькою пізнавальною діяльністю, проявом якою є слабка зосередженість, зниження і уповільнення переключання різних психічних процесів. Церебрестенічний синдром обумовлює низьку розумову

пра-цездатність, яка характеризується, при виконанні інтелектуальних завдань, нарастанням стомленості. Що найчастіше це проявляється в шкільному віці при інтелектуальних навантаженнях.

- схильність до коливань настрою і інертності емоційних реакцій. Розлади емоційно-вольової сфери, які проявляються дратівливістю, руховим розгальмуванням або ж, навпаки загальмованістю, боязкістю, сором'язливістю, емоційною збудливістю, достатньо часто спостерігається своєрідна структура особистості: при достатньому інтелектуальному розвитку відсутня впевненість в собі [40].

Романенко О.В. при дослідженні формування «Я-образу» дітей з церебральним параличем шкільного віку виявила, що «Я-образ» формується під взаємодією трьох основних факторів:

- 1) біологічного чиннику - при дитячому церебральному паралічі порушена інтергація сенсорної інформації, яка надходить ззовні і зсередини та інтерпретується мозком, що стає перешкодою під час формування різних видів уявлень, які складають Я-образ особистості.

- 2) функціонального чиннику - який визначається обмеженістю рухової сфери, дефіцитарністю можливостей, дитини з цим захворюванням, до активного пізнання оточуючого світу і взаємодії з ним

- 3) Соціального чиннику - який поєднує в собі особливості реагування на свій фізичний дефект, психотравмуючий характер спілкування в соціумі, які є суб'єктивно значущими для дитини.

Під час свого дослідження вчена дійшла висновку - діти з церебральним параличем мають більш низьку ступінь когнітивного компоненту «Я-образу» особистості, ніж їх здорові однолітки, що є наслідком сповільненої динаміки формування понять, та які є складовою «Я-образу», слабкої диференційованості та узагальненості. Захисно-компенсаторне витіснення травмуючого та усвідомлення власних якостей для особистості, руховий дефект, що є перешкодою для повноцінного розвитку - за висновками Романенко О.В. є основною причиною когнітивної спрощеності формування «Я-образу» [28].

Діти з церебральним паралічем мають особливу структура особистості - при достатньому інтелектуальному розвитку досить часто відсутність впевненості в собі, самотійності, з підвищеною сугестивністю. На думку ряду вчених - найбільш характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного психічного інфантилізму . Який за структурою більш схожий на органічний - риси психіки, в якому риси психіки більш властиві дітям молодшого віку (лабільність, підвищена сугестивність, недостатня глибина емоцій, егоцентризм та залежність від оточуючих)[29]. У цих дітей більш виражені недостатність логічного мислення, порушення інтелектуальної діяльності зі зниженням психічних процесів. Але ж наряду з такими рисами, які характеризують незрілість, в деяких інтересах і судження можуть проглядатися елементи розважливості та солідності.

Діти з ДЦП мають слабо розвинену невербальну складову інтелекту, що характеризується ненормальним розвитком сенсомоторної координації, порушенням просторового уявлення, а також розвивається неординарно уява. Натомість нормальним зберігається вербальний інтелект, який характеризується логічними міркуваннями, володінням поняттями і, навіть, не відрізняється від вербального інтелекту здорових дітей , втім, ослабленість центра-льної нервової системи негативно впливає на процес вирішення складніших завдань. Також характерним для дітей з церебральним паралічем є те, що пам'ять не стійка і тому кількоступеневі завдання даються дуже складно, розсіяна увага через довготривалу відсутність успіху.

Дослідження, які були проведені 60 рр минулого століття в Швеції та Канаді показали, що обмежений характер спілкування дітей з фізичними вадами здоров'я зі своїми здоровими однолітками співвідноситься зі ступенем відхилень у розвитку дитини, а також зі ступенем змкнутості сім'ї дитини. Причина виникнення таких обмежень є неоднозначною та складною, яка полягає в порушеннях мови та викривленні засобів спілкування, що впливає на процес розвитку комунікативних можливостей дитини з фізичними вадами від комунікативних можливостей здорової дитини.

Процес розвитку комунікативних якостей підлітка з фізичними вадами у порівнянні зі здоровими дітьми досить різниться. Ряд досліджень підтверджують відмінності, які можуть виникнути в мікросоціумі дитини з вадами здоров'я зі здоровими дітьми.

I коло мікросоціуму - сім'я. У хворої дитини може бути пустим (неповна сім'я, батьки з девіантною поведінкою і таке інше) частіше, ніж у здорової.

II коло - друзі. Для хворої дитини має багато обмежень.

III коло - діти зі суспільних груп, більш вузьке ніж у здорових, особливо для дітей з важкими вадами.

IV коло - дорослі, які допомагають дитині, є найбільш наповненим, тому що, ці діти потребують допомоги дорослих, а саме лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників та інших.

Л. Е. Орбан-Лембрик виділяла макро- та мікробар'єри комунікації. Макробар'єри - бар'єри, які пов'язані із зовнішнім середовищем, де відбувається комунікативний процес, і виявляється в інформаційному перевантаженні, розмаїтті носіїв яке призводить до знецінення змісту інформації, вмінні користуватися інформацією. Мікробар'єри - це специфічні комунікативні бар'єри, причинами їх виникнення є особливості інтелекту учасників бесіди; різні лексикони; неоднакове знання предмета розмови; психологічні особливості партнерів; відсутність єдиного розуміння ситуації спілкування; соціальні, професійні, релігійні відмінності. Ці бар'єри залежать від індивідуальних особливостей учасників розмови, від здібностей співрозмовників висловлювати думки в словах, концентрувати увагу і слухати. Причинами комунікативних бар'єрів, на її думку, є здатність і логіка, змістовність і формальність діалогу. Логічний бар'єр - не здатність знайти спільної мови співрозмовниками. Бар'єр фонетичний створюється особливостями вимови спікера діалогу - різні діалекти і мови, присутність дефекту мови та дикції, перекручення граматичної побудови вимогви. Бар'єр семантичний - відсутність збігу в системах значень з комунікації. Бар'єр стилістичний - характеризується невідповідністю стилів

мови співрозмовників, його виникнення обумовлює відсутність відповідності форми та змісту бесіди [24].

Найчастіше у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату характерна слабка пізнавальна активність, яка здебільшого обумовлюється недостатністю комунікаційних функцій. Дуже гостро ця проблема постає в підлітковому віці, оскільки мовленеві та фізичні дефекти перешкоджають у спілкуванні з однолітками. Т. Скрипник у розвитку особистості дитини з обмеженими можливостями виділяє два види перешкод: перший тип - містить фізичні перешкоди - психічні чи фізіологічні ; другий тип - вторинні явища - відчуженість, неповноцінність[16] .

Серед механізмів патологічного формування особистості у людей фізичними порушеннями здоров'я вчені ведучу роль надають усвідомленню вади, фізичній неповноцінності. Негативний вплив на розвиток особистості також має вплив рання свідомо соціальна депривація - ізоляція від однолітків внаслідок своїх фізичних недоліків, а також неправильне виховання і негативна реакція оточуючих до дитини з обмеженими можливостями - все це породжує незрілість емоційно-вольової сфери, егоцентризм, підвищену навіюваність у такої дитини .

Є. І. Головаха та Н. В. Паніна виділяють інтелектуальні, емоційні, естетичні та мотиваційні бар'єри взаєморозуміння. При першому контакті учасників комунікації з'являється естетичний бар'єр, який складається з зовнішнього вигляду, одягу, манери поведінки, одягу і т.д. . Інтелектуальний бар'єр виникає в результаті різної швидкості протікання інтелектуальних процесів під час спілкування. Мотиваційний бар'єр виникає в умовах, коли під час розмови висловлювання не торкаються потреб співрозмовника. Емоційний бар'єр - відсутність симпатії до співрозмовника, небажання співчувати йому і заглиблюватися у його проблеми. [5].

Діти з церебральним паралічем мають особливу структуру особистості - при достатньому інтелектуальному розвитку досить часто відсутність впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. На думку вчених О.

М. Мастюкової та К. О. Семенової - найбільш характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного психічного інфантилізму. Специфічною умовою розвитку, якого є обмеженість в спілкуванні і діяльності з однолітками, що є наслідком рухової та мовної. Психічний інфантилізм за структурою більш схожий на органічний - риси психіки, якого більш властиві дітям молодшого віку (лабільність, підвищена сугестивність, недостатня глибина емоцій, егоцентризм та залежність від оточуючих)[29]. У цих дітей більш виражені недостатність логічного мислення, порушення інтелектуальної діяльності зі зниженням психічних процесів. Але ж наряду з такими рисами, які характеризують незрілість, в деяких інтересах і судження можуть проглядатися елементи розважливості та солідності.

Внаслідок того, що підлітковий період характерний підвищеною чутливістю до власних зовнішніх виражених фізичних недоліків, то свій недолік, за всі періоди свого життя, найважче переживає саме в цьому періоді, що є естетичним бар'єром. Можливі інтелектуальні порушення підлітків з дитячим церебральним паралічем, ступінь, яких впливає на виникнення інтелектуального бар'єру. Різні можливі мовленеві дефекти, які виникають внаслідок соціально-психологічних, органічних або психогенних причин - вибудовують мовленевий бар'єр. Коли параліч уражає перефіричний або центральний відділ мовленевого аналізатора, інтелектуальні порушення також можуть визивати мовні розлади, які впливають на появу мовленевого бар'єру. Виникнення комунікативних бар'єрів обумовлене основними сферами розвитку особистості - родина, група однолітків, школа.

Найчастіше комунікативні бар'єри ускладнюють та порушують спілкування із ровісниками. Інтелектуальні відхилення, мовні дефекти та зовнішні фізичні недоліки - деформують та обмежують комунікативний процес та значно зменшують коло друзів та товарищів. Інтереси та рівень знань дітей з вадами і здорових дітей відрізняються, на це також впливає ступінь враження хворобою, рівень самообслуговування тощо. Підлітки із фізичними вадами

більш інфантильні, що стає причиною втрати інтересу до них з боку здорових дітей.

Спілкування дітей з дитячим церебральним параличем і здорових дітей є провідною діяльністю особистості підліткового віку. На жаль, більшість підлітків з порушеннями, до яких призводять зовнішні та інтелектуальні прояви дитячого церебрального паралічу, позбавлені повноцінного спілкування з однолітками або має викривлений характер. Н.С. Баранова зазначає - група однолітків є тим соціалізуючим фактором та індикатором, яким шляхом піде підліток з ДЦП - шляхом соціалізації чи дисоціалізації. Можливість підлітку дивитися на себе по новому дає спілкування з тими хто має, такий же, як у нього, життєвий досвід[1]. Прагнення підлітків до взаємної ідентифікації підвищує конформність у взаєминах - саме через дружбу підлітком засвоюються риси взаємодії людей, а саме: співробітництво, взаємодопомога відпо-відальність.

Основна особливість моделі мікросоціума дитини з обмеженнями здоров'я в тому, що спілкування з однолітками має тенденцію до скорочення, а з дорослими до розширення. Цей факт в деякій мірі, негативно впливає на формування «Я-образу» та розвиток комунікативних якостей.

За визначенням деяких вчених прийняття себе означає визнання себе, любов до себе, такого, який я є, довіра до власної природи та власного організму, ставлення до себе, як до особистості, яка має право на повагу, як до особистості здатної до самостійного вибору. Сучасне суспільство з сучасними умовами сприяє виникненню труднощів у процесі інтеграції і адаптації в соціальному середовищі людей з соматичними захворюваннями, які мають інвалідизуючий характер, до числа яких належить порушення опорно-рухового апарату (ДЦП)[23].

Роль «людей з особливими потребами» як соціальний стереотип нав'язує людям з обмеженими можливостями типову стандартну поведінку, а це тягне за собою втрату свободи життя. Вироблення життєвої стратегії людиною з обмеженими можливостями, яка буде спонукати маніпулювати перешкодами або уникати їх, щоб вони виправдовували пасивність життєвої позиції.

Негативний психотравмуючий вплив соціального статусу «несхожого на інших» змінює систему цінностей індивіда, визначає порушення процесу диференціації та інтеграції «Я-образу». У структурі самосвідомості комунікативний зв'язок визначається як: «я дорослий» (тобто відповідно до теорії транзактного аналізу Берна), домінуючою стає терія ставлення оточуючих до зовнішності та тілесних недоліків хворого та формує її самоставлення. Усвідомлення себе та ставлення до себе «Я-тілесного» у онтогенезі, це те з чого починається розвиток особистості. Все це ускладнює взаємодію з іншими, якщо врахувати, що в нормальних умовах стимул веде за собою очікувану реакцію комунікації. У таких випадках людина може використовувати механізми «маніпулювання» оточуючими. Це формується з дитинства, в колі сім'ї, у близьких людей, школах, групах однолітків. Поблажливе ставлення до дітей з обмеженими можливостями з боку вчителів і родичів стає умовою формування маніпуляторів. Людина, що несе відповідальність за вирішення своїх проблем, досягає своїх цілей, змушуючи інших відчувати провину перед самими собою [30, с. 110–120].

Негативний фізичний досвід, що пов'язаний з використанням інвалідизованих частин свого тіла і самосвідомістю людини при невдалих соціальних контактах. Життя дитини, яка має фізичні вади здоров'я, в просторово обмеженому колі виступає перепорою у формуванні різних видів відносин та взаємодій з дорослими та однолітками. Обмежене коло спілкування є чинном формування егоцентричних установок, пасивності та розвитку аутизму. Окрім того інколи не утворюється сама, як така, потреба у комунікації, прослідко-вується характерна відсутність навичок спілкування у дітей з ДЦП, формується неадекватна самооцінка, відсутність широкого спілкування хворих дітей з дітьми здоровими заважає позиція «Я-дитина»[41].

Психодіагностика емоційної сфери у дітей з різними формами ДЦП при нормальному інтелекті демонструє високі показники емоційної нестабільності, що свідчить про емоційну нестійкість, невірноваженість у хворих дітей [34]. Також у дітей з дитячим церебральним параличем визначається високий рівень

тривожності, що є характерною ознакою і індикатором порушень в емоційній сфері. У дітей з ДЦП високий рівень тривожності обумовлений низкою патогенних факторів, одним з яких є переживання з приводу фізичної недостатності.

Також при цьому захворюванні характерною є висока емотивність поведінки проявляється в нестійкості поведінки у фрустраційних ситуаціях, недостатність інтелектуального контролю над своєю поведінкою, в зниженій здібності вирішувати задачі, які виникають.

Емоційно-вольова нестійкість є особливістю особистісного профілю дітей з ДЦП, що проявляється в фрустраційності та тривожності дитини. Підвищена залежність від оточуючих, соціальна сором'язливість, чутливість, пасивність - є стійкими характеріологічними особливостями.

Також виявлено присутність велику кількість незворотніх реакцій - сприйняття ними ситуації як чогось фатального, неминучого.

З віком дітей з церебральним параличем значимість емоційно-вольових складових особистості збільшується [34].

Для осіб, які мають, будь-яку форму, ДЦП життя ускладнене - вони мають складнощі з працевлаштуванням, їм важко створити родину/відносини, фізичні вади мають великий вплив на соціалізацію та психологічну адаптацію, на самооцінку і самосприйняття. Оточуючі бачуть їх вади, іноді реагують не дуже нормально (не помітити людину з проявами порушень опорно-рухового апарату неврологічного характеру в оточенні важко) іноді їх стороняться фізично.

Проблемою, з погляду життєвої ситуації, для людей з особливими потребами, зокрема з ДЦП, є відчуженість, незадоволення самим собою і своїм положенням.

2.2. Сімейне виховання дітей з особливими потребами: стилі виховання, ролі членів родини, психологічний клімат в родині і їх вплив на формування Я концепції дитини

Родини, в яких присутні один або декілька осіб, які мають фізичні вади, існують і великі труднощі різного характеру. Поява дитини з фізичною аномалією є першим кризисним моментом і початком великої кількості складних етапів в родині.

К. Роджерс підкреслює різницю у соціальних переживаннях дитини з фізичними обмеженнями від здорових дітей - він вважає, що саме від цього залежать емоційні та поведінкові складності. Фізичні вади дитини впливають і на взаємовідносини батьки-діти, вони відрізняються від тих родин, де діти здорові. Також по іншому проявляються реакції рідних, соціальні контакти з однолітками, реакції оточуючих на гарну або погану поведінку.

А. М. Леонт'єв підкреслював, що цілісність особистості не є генетичною, вона з'являється в процесі виховання, навчання, тобто особистісного розвитку. Особистістю не народжують, особистістю стають.

Методологічною основою вивчення особистості дітей з психологічним дізонтотезом є провідна думка Л.С Виготського про сутність дефектності, яка підкреслює, що головну в розвитку особистості дитини з фізичними вадами відіграють суспільство і соціальне оточення. Фізичний недолік сам по собі не робить дитину дефективною, але змінюючи соціальну позицію особистості, він є провідним у створенні особливих рис в його поведінці та характері.

По відношенню до дефекту і оцінки свої можливостей діти з ДЦП умовно роділяються на дві групи:

1. Діти, які усвідомлюють, що у них важке захворювання, яке обмежує їх рухливу, мовну діяльність, на відміну від здорових однолітків. Такі діти чітко розуміють розвиток їх можливостей залежить від наполегливості. Вони виконують всі рекомендації спеціалістів, відвідують призначені заняття зі спеціалістами, вдома старанно і відповідально виконують завдання. Їх

відрізняє прагнення до оволодіння більш складними навичками та вміннями, їм притаманна адекватна оцінка власних досягнень.

2. Діти, які також усвідомлюють важкість свого захворювання, але не прагнуть подолати захворювання - у них відслідковується негативізм. Для включення їх до активної діяльності у виконанні вправ, рекомендацій та завдань потрібно докласти великих зусиль. Батьки повинні вправно сформувати мотиваційну сторону поведінки і зацікавленість до занять. Формування таких активних якостей у родині відбувається через гру та елементарну трудову діяльність. Включення в трудове життя дитини вранньому дитинстві (3-4 р.) з поступовим розвитком і ускладненням задач позитивно дається знаки і виховує завзятість і наполегливість. Для формування у дітей адекватної самооцінки дорослі повинні постійно оцінювати результати діяльності дитини, особливо, коли дитина дуже старанно все виконувала і доклала багато зусиль.

Дитина, яка має дитячий церебральний параліч, повинна навчитися загальним нормам поведінки, як і здорові діти. Дбайливе ставлення близьких у поєднанні з вимогливістю допомагають у цьому. Необхідно також, щоб дитина почала розуміти себе такою, якою вона є, що необхідно для правильного розуміння свого захворювання і розуміння своїх можливостей. Саме у батьків, на думку І.І. Мамайчук, дитина буде переймати оцінку себе, своєї хвороби і свої можливості. В залежності від реакції батьків залежить, чи прийме себе дитина безпомічною, важко хворою, не маючою шансу зайняти активне місце в житті, або ж, навпаки, буде активну соціальну взаємодіяльність, стане успішною і щасливою.

Дуже важливим і необхідним є те, що батьки повинні зрозуміти самі і прищепити дитині, що хвороба є тільки однією зі сторін особистості, що є багато сторін і якостей, які потрібно розвивати. Ні в яком уразі батьки не можуть соромитися своєї хворої дитини, тоді дитина сама не буде соромитися себе, не буде замикатися в собі і усамітнюватися а прийматиме себе такою, якою вона є. Така дитина буде із задоволенням виконувати посильну їй роботу та радіти своїм досягненням. Це надасть їй можливість набути адекватну

самооцінку, вплине на формування здорової Я-концепції, що розкриє можливості на шляху самореалізації і допоможе бути щасливим самодостатнім членом суспільства.

Існують різні види реагування батьками на народження дитини, яка має вади здоров'я. Наприклад, Т. Титаренко описані деякі з них [35]. Батьків впадають у розпач, при цьому можуть перебільшувати всю складність та перспективи розвитку дитини, в такій ситуації формується стереотип постійного жалю по відношенню дитини і до себе. Сенсом життя такої родини стають переживання та страждання, в цій ситуації родина чекає допомоги тільки ззовні на себе вони абсолютно не розраховують. Іншим варіантом може бути втеча від реальності, що є способом захисту від кризи, що пов'язана з появою дитини з порушенням здоров'я, як наслідок - вони не сприймають серйозно проблеми здоров'я дитини, а відповідно дитина не отримує належних способів реабілітації та інших способів усунення або полегшення стану дитини. Безумовно, ця позиція є менш травмівною для батьків.

Частина батьків реалістично ставиться до кризи, яка зумовлена народженням дитини з особливими потребами, їм властиве розуміння, що безвихідних ситуацій не існує. Вони не забуваючи про власне життя, знаходять шляхи подолання цих обставин, вчаться жити повноцінним життям, самореалізуються, при цьому, піклуючись про дитину, дарують їй тепло і любов, в чому стають прикладом для дитини. Але часто має місце і демонстративного ставлення до кризової ситуації, коли батьки обирають модель споживацького життя, вимагають уваги до сім'ї, підкреслено скаржаться, постійно знаходяться в пошуках співчуття. Життєва позиція «мені всі винні» дає можливість людині маніпулювати оточуючим, вони знімають з себе відповідальність і перекладають її на різні інстанції, органи влади, оточення.

М.Л.Калхоун та М.Хавішер (Calhoun, Hawisher,) відмічають «розгубленість» батьків, яких збентежує те, що їх дитина має складності і вади, що призводить до втрати повноцінного зв'язку з батьками.

Іншою небезпекою вчені відмічають надмірну опіку. Багато дітей і підлітків з обмеженими можливостями мають таку небезпеку внаслідок порушення соціальних контактів, втрачаючи можливість здобути соціальні навички та досвід самостійності.

Гіперопіка батьків є ґрунтом для виникнення вередливості, впертості, пасивності, байдужісті до того, що відбувається навколо. В таких випадках у дітей знижується потреба в мовному спілкуванні, а відповідно, це впливає на знижений розвиток мовлення, також гіперопіка впливає на розвиток навичок самообслуговування, зайняття ігровою діяльністю. Наведені наслідки доводять про міру шкідливості гіперопіки на формування дитини, як особистості - самооцінка, образ «Я» все це теж формується в деформованому вигляді.

Окремі батьки займають занадто жорстку позицію у вихованні дитини, з дитячим церебральним параличем, вимагаючи від дитини неухильного виконання всіх вправ, завдань, не враховуючи рухових і мовних можливостей дитини, караючи, при неспроможності виконати ті чи інші поставлені задачі. Така поведінка батьків призводить до роздратованості, плаксивості, збудженості дитини, що погіршує як емоційний так і фізичний стан дитини. Важливим у вихованні дітей з церебральним параличем на думку вчених є правильний і збалансований підхід, що впливає на формування адекватної самооцінки, правильного ставлення до дефекту[45].

Засновником сучасної дефектології Л.С. Виготським був зроблений вагомий внесок у вивчення особистості дитини з вадами здоров'я, в аргументації проблеми компенсації вади дитини в процесі спеціального підходу у вихованні і навчанні. За твердженнями вченого відчуття своїх дефектів людьми з особливими потребами має прояв не стільки біологічно, скільки соціально «Вирішує долю особистості в кінцевому рахунку не дефект сам по собі, а його соціальні наслідки, його соціально-психологічна організація». Саме тому «...глухий, що розмовляє, сліпий, що працює, учасники загального життя у всій його повноті, не будуть самі відчувати неповноцінності і не дадуть для цього приводу іншим. В наших руках зробити так, щоб глуха, сліпа і розумово

відстала дитина не були дефективними. Тоді зникає і саме це слово, вірний знак нашого власного дефекту» [7, с. 56—57]. Положення Л.С. Виготського про те, «що дитина з дефектом — ще не дефективна дитина», що «сама по собі сліпота, глухота, і т. п. часті дефекти не роблять ще носія їх дефективним», що «заміщення і компенсація, як закон, виникають у вигляді прагнень там, де є дефект» [7, с.62], відіграло вагому роль у розвитку теорії і практики дефектології. Це положення служить основою безмірного гуманізму й оптимізму українських дефектологів, що надало можливість всебічного розвитку дітей з особливими потребами. Теорія спеці-ального виховання пов'язана зі спеціальною та загальною педагогікою і психологією, з медико-педагогічними основами дефектології (психопатологія, загальна невропатологія, фізіологія, анатомія, патологія органів зору, мовлення, слуху, клініка розумової відсталості). Деякі аспекти виховання дітей з особливими потребами розглядаються в спеціальній психології, спеціальній педагогіці та в окремих спецметодиках. Однак загальні питання (методологія, закони, форми, методи, принципи, зміст і т. д.) виховання складають предмет теорії виховання.

Ідеї Л.С. Виготського про шляхи розвитку спеціального навчання і виховання дітей з особливими потребами мали подальший розвиток в теорії та практиці вітчизняної та зарубіжної дефектології (М.Д. Ярмаченко, О.І. Дьячков, Р.М. Боскіс, Н.Ф. Засенко, В.В. Засенко, І.П. Колесник, С.О. Зиков, Т.С. Зикова, І.В. Колтуненко, І.М. Лобурець, О.П. Кузмічова, К.В. Луцько, О.М. Марциновська, Л.П. Носкова, Л.І. Фомічова, М.І. Нікітіна М.К.Шермет, Ж.І. Шиф, І. Г. Єременко, Е.М.Пущин, А.М.Гольдберга, В.І.Бондар, В.М.Синьов, Є.П. Синьова, К.М.Турчинська, В.Є.Турчинська та ін.). Вибір правильних шляхів, методик, ефективних форм виховання є центральною проблемою комплексного підходу до виховання дітей з особливими потребами.

Спеціальний підхід у вихованні дітей з обмеженими можливостями здійснюється в сім'ї і в школі. Дуже часто виховання в сім'ї проявляється у недостатній увазі і турботі про дитину або, найчастіше - у надмірній опіці. В цьому Л. Виготський вбачає прояв некомпетентності батьків, неправильне

розуміння ними прояву милосердя та гуманізму. Вчений вважав, найвищим проявом гуманізму не в проявленні поблажливості з боку членів родини, орієнтиром на дефект, а, навпаки - прояв гуманізму з боку членів родини (в розумних межах) він вбачав у створенні труднощі для своїх дітей, щоб діти навчилися долати ці перепони та труднощі, що сприяє розвитку особистості, що сприяє підвищенню самооцінки - задоволеність продуктом своєї діяльності і є тим самим фактором. Основними методами спеціального виховання, на його думку виступають методи позитивного прикладу, покарань та заохочень і обмежень. Подолання труднощів, постановка посильних завдань з подальшим їх ускладненням, заохочення за успішне виконання завдання, все це може сприяти подальшому успіху в досягненні нових результатів, зміцненню віри у власні здібності і сили, формуванню здорової самооцінки. Переконавання повинно бути дійовим, практичним, щоб переконати дитину у позитивності і правильності того, які є вимогою до неї, якщо мають місце порушення, то тільки в негативному значенні.

Діти, у яких присутні особливості у психофізичному розвитку досить часто відчують труднощі в оцінці своїх і чужих вчинків. Схвалення, заохочення для них є важливими показниками правильності їхніх вчинків або поведінки. Упереджене ставлення, осудження, особливо колективне - це ті методи, які можуть статися сильними методами впливу, але вони вимагають урахування індивідуальних особливостей дитини. Ніколи не можна карати працею, це може вплинути на виховання негативного ставлення до праці.

Також Л.С. Виготський гаряче наполягав на необхідності спеціального соціального виховання дітей з інвалідністю, зауважуючи, важливість застосування спеціального виховання, яке зумовлене застосуванням спеціальних педагогічних технік, прийомів та спеціальних методів, вказуючи, що справжнього педагога в цій галузі може створити тільки вище наукове знання. Також він підкреслював, що «не можна забувати і того, що треба виховувати не сліпого, а дитину перш за все. Виховувати ж сліпого і глухого означає виховувати сліпоту і глухоту, і із педагогіки дитячої дефективності

перетворювати її в дефективну педагогіку» [25, с.15]. Саме в цих думках Л.С.Виготського закладена концепція спеціального виховання, яке було організоване для дітей з вадами слуху. Абсолютно природним є те, що психічний або фізичний недолік може викликати реакцію почуття, жалю, співчуття. Гуманіст Л.С. Виготський, вбачав найбільший прояв гуманізму не в поступливому ставленні та полегшенні умов, які сприяють вихованню дефекту та акцентують увагу на ньому, а в розумних межах, безумовно, створенні складностей та труднощів, під час навчання та виховання, що сприяє розвитку навичок подолання їх, вчить долати ці труднощі, що сприяє розвитку особистості та зміцненню сил. Коли мова йшла про спеціальне виховання - він акцентував на тому, що необхідно використовувати загартовуючі методи виховання і навчання, про необхідність застосування «мужніх ідей», пом'якшуючі методи тут тільки мають негативний вплив. На його думку потрібно навчити дитину переборювати дефект, відкриваючи сверхкомпенсаторні можливості. Для чого необхідно засвоїти соціальну спрямованість наведених процесів [7 , с 74].

Дуже важливим є те, що батьки мають зрозуміти самі і прищепити дитині, що хвороба може виступати тільки, однією із сторін даної особистості, яка складається з великої кількості сторін. Потрібно зменшити свою увагу саме до цієї сторони, а приділити її іншим сторонам, які можуть яскравіше визначити інші особисті якості дитини, які є позитивними, акцентувати увагу не відкритих потенційних особистісних та особистих перевагах, що сприяє розвитку адекватної самооцінки. Ні в яком уразі батьки не можуть соромитися своєї хворої дитини, тоді дитина сама не буде соромитися себе, не буде замикатися в собі і усамітнюватися а прийматиме себе такою, якою вона є. Така дитина буде із задоволенням виконувати посильну їй роботу та радіти своїм досягненням. Це надасть їй можливість мати адекватну самооцінку, вплине на формування зорової Я-концепції, що розкриє можливості на шляху самореалізації і допоможе бути щасливим самодостатнім членом суспільства.

Найчастіше діти, які не мають видимих дефектів здоров'я мають негативне ставлення до дітей з фізичними вадами. В результаті чого у дітей з інвалідністю формується замкненість, звуження широкого кола спілкування, скрита депресія, замикання в «чотирьох стінах», занижена оцінка себе, розвивається комплекс неповноцінності. Що впливає на розвиток соціальної пасивності та звужує активний життєвий простор, наслідком цих процесів відбувається усвідомлення глобальності власної залежності від фізично здорової частини суспільства (пільги, пенсія). Ця тенденція призводить до відмови від самостійності і перекладає відповідальність на близьке оточення.

Родина є тим місцем, де закладаються основи особистості дитини. В кожній родині панує свій соціально-психологічний клімат, але вплив появи дитини з ДЦП суттєво впливає на родину - відбуваються зміни у звичному укладі родини - він стає залежним лише від задоволення потреб дитини, потреби інших членів родини викреслюються. Цей фактор може призвести до розпаду родини - обмеження свободи членів і потреб і можливостей також родини вносе зміни в родину негативно впливають на клімат.

З точки зору системного підходу - родина є цілісною системою, яка реалізує сукупність функцій, які задовільняють потреби членів родини, ці функції характеризуються зовнішніми та внутрішніми кордонами та ієрархічною рольовою структурою відносин. Родина включає в себе дві підсистеми - підсистему подружніх стосунків та підсистему батьківсько-дитячих відносин.

В концепції Адлера відображено ключову роль матері у формуванні дитини почуття соціальної спільності та соціальної ідентичності. Включеність батька в процес виховання дитини з церебральним параличем впливає на психологічне самопочуття. При відстороненні батька у вихованні дитина відчуває подвійне психологічне навантаження - відчуває відсторонення суспільством та піддається феномену віджудження у власній родині.

Будь-яка поведінка, яка укріплює в дитини відчуття відсторонення, нехтування, уникання - призводить до втрати самостійності, співпраці, та взаємодії [38].

Стосунки, які встановлюють батьки з дитиною, найчастіше вибудовуються у вигляді виховного процесу. Тому вибір форми контакту з дитиною і визначає модель її виховання. Якщо батьки приймають дитину з особливими потребами, тоді її дефект змушує їх пристосовуватися до особливостей дитини, а його пристосовувати до життя і до своїх вимог. Звідки і переважає гіперопіка, як форма догляду за непристосованою дитиною. Більшістю прикладів є модель виховання в родинах, які виховують дітей з особливими потребами, де присутнє бажання допомогти найчастіше формується гіперопіка, а там де страх або неприйняття вади дитини формується відчуження - гіпероопіка.

Аналіз досліджень, в якому проводився аналіз особливостей виховання показав, що відповідно уявленням підлітків в умовах сімейного благополуччя стиль батьківського відношення являє собою позитивне, м'яке ставлення до дитини, але необхідна помірна директивність.

Непоследовність батьківських і материнських виховних прийомів, які не співпадають, або присутні суперечливі вимоги кожного з батьків - дуже негативно впливають на формування особистості підлітка.

Діти, які відчувають відчуженість батьків переслідують мету особистої переваги, а не переваги заснованої на соціальному інтересі. Батьківський авторитаризм також призводить до дефектного стилю життя. Діти, які виховані в деспотичному стилі навчаються боротися за особисте, а не за соціальну перевагу[2].

Головною умовою, яка визначає специфіку особистості вважаються особливості та характер батьківсько-дитячих відносин. Ставлення батьків до дітей з особливими потребами вірізняються своєю суперечливістю - з одного боку воно є м'яким, поступливим, направленим на дитину, з іншого - можливі прояви дратівливості, байдужості, безучасності.

Вплив стилю батьківської поведінки впливає на психосоціальне виховання дитини. Реабілітаційний потенціал родини охоплює багато характеристик, які водображають різні фактори та умови життєдіяльності родини, які визначають її можливості в реабілітаційному процесі.

Висновки до другого розділу

1. Умови виховання і життя в родині, які створені в родині оптимально, є здоровим фундаментом для дитини для успішного розитку, соціальної адаптації та навчання, саморозвитку та самореалізації.

2. Атмосфера оточення, якою оточена і виховується дитина впливає на загальний результат виховання. Вплив оберігання від труднощів, гіперопіки, культу хвороби - є гальмівними факторами для розвитку Я концепції або, взагалі, зупиняють її розвиток. Занадто сувора модель виховання дитини з дитячим церебральним параличем має негативні наслідки виховання, такі як негативні емоційні коливання.

3. Життєва ситуація, в якій виховується і розвивається дитина з дитячим церебральним параличем залежить від її первинного соціуму, який впливає на процес формування ціннісно-сміслової орієнтації не тільки самої дитини а і її найближчого оточення, від того, як дитина присвоює та засвоє життєві норми та цінності, які формують вплив на формування самосприйняття своєї тілесності, що впливає на формування Я-образу та самосвідомість особистості.

4. Я-концепція – це динамічна система уявлень людини про себе, що складається як з власних усвідомлень своїх можливостей як особиснісних, інтелектуальних фізичних, так і зовнішних факторів, а також це власне сприйняття зовнішніх чинників, які впливають на людину. Я-концепція виникає і формується під впливом соціальної взаємодії і є унікальним результатом розвитку особистості.

5. Людиною народжуються, а особисте індивідуальне людське наповнення набувається в процесі особистісного розвитку, який формується під впливом і залежністю множинних психічних та фізичних можливостей і здатностей особистості. Протягом усього життя людина здобуває свою унікальну Я концепцію, яка є динамічним утворенням, що робить кожну людину унікальною.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ВИХОВАННЯ, ЕМОЦІЙНОГО СТАВЛЕННЯ БАТЬКІВ ДО ДИТИНИ, ТА РОЗВИТКУ САМООЦІНКИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОТРЕБАМИ.

3.1 Організація та проведення емпіричного дослідження.

Мета емпіричного дослідження: дослідити зв'язок стилю виховання та емоційного ставлення батьків до дитини з особливостями розвитку Я концепції у дітей з порушенням опорно-рухового-апарату, зокрема, які мають порушення рухового апарату, в порівнянні з нормотиповими дітьми.

Завдання:

1. Підбір та проведення діагностичних методик, придатних для дослідження самоприйняття підлітків.

2. Проведення аналізу отриманих даних з метою виявлення відмінностей між самоприйняттям підлітків з порушенням опорно-рухового апарату і нормотиповими підлітками та зв'язку стратегії виховання їх батьками на формування Я концепції.

3. Зіставлення результатів дослідження самоприйняття у групі підлітків з порушенням опорно-рухового апарату та у групі нормотипових підлітків.

Концепція розвитку дітей із особливими потребами є складним і багатогранним процесом. Дитина з обмеженими можливостями стикається з певними труднощами в розвитку когнітивних, мовних і соціальних навичок, що може впливати на формування її уявлень про навколишній світ. Теоретичні підходи до дослідження цих процесів базуються на роботах таких вчених, як Л.С. Виготський, Ж. Піаже та Е. Еріксон, які підкреслювали важливість соціокультурного контексту в розвитку дитини.

Особливу увагу в дослідженнях розвитку дітей з особливими потребами приділяють питанням адаптації, комунікації та креативності, оскільки ці концепції

пції безпосередньо пов'язані з соціальною взаємодією та здатністю адаптуватися до змінюваних умов життя. Важливими є також аспекти, що стосуються розвитку самосвідомості та уявлень про себе, що дає можливість оцінити рівень соціальної інтеграції таких дітей.

У дослідженні брали участь 12 юнаків та юначок віком від 15 до 20 років - з них 6 – які мають порушення опорно-рухового апарату (ДЦП) та 6 – які вважаються нормотиповими, а також 12 батьків - з них 6 - які є батьками підлітків з ДЦП та 6, які є батьками нормотипових підлітків. Вікова категорія обох груп одна. Дослідження проводилось упродовж жовтня-листопада 2024 року.

У даній роботі по відношенню до груп, що складаються з підлітків від 15 до 20 років, застосовується визначення «діти». Аргументувати використання, наведеного терміну, до підлітків даного віку можна з різних аспектів: соціального, юридичного, культурного. Враховуючи, що дане дослідження вивчає психологічні явища і процеси у формуванні особистості, тому аргументація наведена з точки зору психологічного аспекту. Відповідно до теорії Е.Еріксона [46], молоді люди у цей період перебувають у процесі пошуку своєї ролі у суспільстві та переживають кризу своєї ідентичності, де батьки виступають джерелом підтримки та наставниками в цей віковий період. Джон Боулбі у своїй теорії прив'язаності зауважив, що для стабільного розвитку молодь 15-20 років потребує емоційного зв'язку з батьками [47]. Підлітки перебувають у процесі формування і становлення особистості та піддаються впливу оточення, . З точки зору психологічної позиції цей термін визначає сімейну роль по відношенню до своїх батьків, враховуючи, що в роботі проводиться дослідження, що вивчають батьківсько-дитячі взаємини, вплив, які в дослідженні також позначаються ролю дітей у сім'ї.

Діагностичні методики, що використовуються в даній роботі.

У роботі були використані такі діагностичні методики: Для вивчення стилів сімейного виховання та батьківського ставлення:

1) Методика «Стратегії сімейного виховання» С.С. Степанова в модифікації І.І. Махоніної;

Тест передбачає самооцінку батьками власних стратегій сімейного виховання, які застосовуються у вихованні. «Стилі сімейного виховання» - характеризує переважаючий стиль стосунків у системі взаємодії «дитина-батьки», що визначає основні рівні відношення до дитини - поваги, контролю, кордонів дитини, опіки, підтримки самоїтійності дитини, методи та прийоми впливу, які батьки обрали у цій системі, психоемоційні контакти між батьками і дітьми, використання обмежень та покарань, рівень поваги у процесі виховання. І. Бех вважає, що сім'я та сімейне виховання є основопологаючими факторами валиву у вихованні і розвитку дитини, сімейне виховання. Орієнти-ром у формуванні особистісних цінностей виступає сімейне виховання. Сім'я вносить пріоритетні можливості у гармонійне соціальне життя дитини, альтруїзмі, моральної любові та здатності бажати щастя оточуючим не заради себе самого, а на благо отчуючим її [3]. Цінності засвоєні в підлітковому віці глибоко є транслятором батьківського стилю.

2) Тест-опитувальник батьківського ставлення (ОБС), розроблений А. Я. Варгою і В.В. Століним, є психодіагностичним інструментом, який орієнтований на виявлення батьківського ставлення батьків до дитини. Батьківське ставлення розуміється, як система різноманітних почуттів до дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються у спілкування з дітьми, особливостей сприйняття характеру, вчинків та рівня розуміння особистості дитини.

Батьківсько-дитячі стосунки характеризуються тісними взаємозв'язками та емоційною значущістю як для батьків так і для дітей[43]. Батьківське ставлення і є основою такого зв'язку яке являє собою інтегративну характеристику, що включає в себе уявлення та знання про дитину, всю систему емоцій та почуттів та застосовується у виховних стратегіях[39].

Параметри та описи шкал представлені у додатку 1

Дослідження для дітей відбувалося із застосуванням:

1) Методика самоакцептації.

Інформація про тест на самоакцептацію, розроблений Булкою Н.І., досить обмежена у відкритих джерелах, але це не зменшує його цінності в проведеному дослідженні. Головне – це те, наскільки добре він вимірює те, що я хочу виміряти і дослідити, наскільки корисні його результати для мого дослідження.

Відомо, що автор працювала над методиками вивчення соціального інтелекту, адаптованості, самооцінки та інших аспектів особистості. Зокрема, у працях Н.І. Булки згадуються методики для різних вікових груп, що аналізують самооцінку, соціальні зв'язки та адаптацію. Тест на самоакцептацію [3], входить до цього набору діагностичних інструментів. Наведений опитувальник схожий з іншими відомими тестами самооцінки (наприклад, шкала Розенберга, тест Купера-Сміта).

За Роджерсом, дитячий вік є початком формування самосприйняття людини, яке ґрунтується на безумовному прийнятті батьками та безумовній любові батьків. З раннього дитинства у дитини починає формуватися переконання, що її прийматимуть і любитимуть лише коли вона навчиться відповідати очікуванням оточуючих. Але не всі батьки здатні приймати і любити свою дитину на безумовному рівні - для чого дитині необхідно постійно пригнічувати деякі свої прями імпульси, почуття, думки, бажання - результатом цього є незадтність особистості до самосприйняття.

Параметри та описи шкал представлені у додатку 2.

2) Дослідження самооцінки підлітка (опитувальник Г.М.Казанцевої) . Метою даного тесту є вивчення загальної самооцінки. Методика Г.М.Казанцевої для діагностики рівня самооцінки особистості пропонує ефективний спосіб самооцінки.

3) Тест двадцяти тверджень на самоставлення «Хто я такий?» (М.Кун, Т.Мак-Партланд) [45], метою якого є дослідити самоставлення та самосприйняття особистості. Основною перевагою стандартизованих самозвітів полягає в різноманітності варіантів самоопису, що також може надавати

можливості аналізувати самоставлення, яке виражене мовою самого суб'єкта, а не є нав'язаним йому мовою стандартного дослідження. Лінгвістичні здібності та нерозвинені навички самоопису, в порівнянні з людьми, які мають розвинену фантазію, багатий словарний запас, здібності самоопису можуть нести негативний вплив, у застосуванні наведеної діагностики, на результати інтерпретації. Ці відмінності можуть нівелювати відмінності в самоставленні і Я-концепції в цілому.

Хід проведення і інтерпретація наведені у додатку 3.

Для виявлення відмінностей самоакцептації, самооцінки, стилів виховання та батьківського ставлення в роботі використано непараметричний статистичний критерій для двох незалежних вибірок U критерій Манна-Уїтні.

3.2. Результати емпіричного дослідження та їх аналіз.

Отримані дані наведені в табл.3.1.

Табл. 3.1 Результати емпіричного дослідження наведені в табл.3.1

БАТЬКИ										ДІТИ					
стратегії сім. виховання					батьківське ставлення					самоакцептац.					«само оцінка»
	авторитар	Дем.	лібер.	індиф.	пр-відк	коопер	симб.	гіперсоц-я	інфан.	зовн	характ	діяльн.	соц.пов	заг.самоак	
Н/Т	1.33	7.7	0.83	0.67	32.27	20.09	71.3	65.36	30.06	5.5	6	4	6	5.4	4.67
О/П	2.16	5.17	2.7	0.17	72.67	24.05	81.85	55.7	53.69	5.83	5.5	4.5	5.83	5.4	2.5

Кожна сім'я має свою систему виховання, яка складається з цілеспрямованих виховних впливів з метою формування певних якостей та вмінь у дітей. Стиль сімейного виховання визначає сукупність методів виховання, способів спілкування, емоційною підтримкою та батьківським контролем та суворістю тощо.

Результати дослідження, який визначає стиль виховання за методикою С.С. Степанова в обробці І.І. Махоніної, яскраво демонструють переваги авторитетного стилю виховання в групі опитуваних батьків дітей з

психофізичними порушеннями - має коефіцієнт (його застосовують у 67 % родин).

Авторитетний (демократичний) - вважається соціально бажаним. Він відзначається високим рівнем вимогливості та чуйності. Батьки, які дотримуються цього стилю виховання, виявляють турботу про дитину, надають їй підтримку, що формує у дитини її самостійність і незалежність в подальшому її житті.

Чітко виражений, за результатами тестування, авторитетний стиль виховання, говорить про те, що батьки беруть на себе відповідальність за своїх дітей, їх поведінку та дії, поки діти не досягнуть емоційної зрілості. Найбільших успіхів в подальшому житті досягають діти виховані саме авторитетними батьками.

Батьки, які застосовують наведений стиль виховання завжди намагаються пояснити мотиви своїх вимог, мотиви своїх обмежень, по відношенню до дитин, охоче застосовують обговорення з дитиною дотримання своїх правил, вимог по відношенню дітей, а також бажань і побажань дітей. Влада використовується тут в міру потреби, слухняність і незалежність дитини цінуються на одному рівні.

В результаті авторитетного стилю виховання діти виростають впевненими в собі, соціально адаптованими, також тут діти впевнені, що їх люблять і поважають як особистість, під впливом чого, у них розвивається здорова самооцінка, яка в дорослому житті допомагає долати труднощі, більш реально оцінювати свої можливості і здібності.

Наступним стилем, який визначається у дослідженні серед батьків дітей з особливими потребами слідує ліберальний стиль виховання має загальний коефіцієнт - 2.7 його застосовують у вихованні 16,7% (1 родина) батьків дітей з ОП. Характерним для ліберального стилю батьківства є надання абсолютної свободи дитині. Головною фігурою у стосунках «Батьки-діти» є дитина. Ліберальні батьки дуже уважні до дитини, вони мають дуже тісні відносини з дітьми, намагаються дати можливість виразити себе, свою індивідуальність,

розкрити творчі сторони і потенціали дитини. При ліберальному стилі вихованні батьки не можуть встановлювати межі допустимого. Навіть, якщо намагаються це зробити, то дотримуватися цих меж дитину не зобов'язують. Батьки, з наведеним, стилем виховання не покладають великих надій на дітей у майбутньому. Діти є головними в родині, вони керують батьками, тому діти шукають для себе авторитета за межами родини. Такий стиль виховання є небезпечним для дітей - надання надмірної свободи дітям може нашкодити у становленні особистості. За такого батьківського стилю батьки не вдаються до реального контролю дітей.

Авторитарний стиль виховання, який застосовують при вихованні 16.7% (1 родина) , має загальний коефіцієнт - 2.16, характеризується тим, що контроль батьків над дитиною і вимогливе ставлення в поведінці і становленні особистості переважають над позитивною оцінкою своєї дитини. Розвиток особистісних якостей дитини при такому вихованні малоімовірний, інтереси дитини, думка, ініціатива з боку дитини тут не допускається. Низький рівень чуйності і високий рівень вимогливості до дитини, а також беззаперечний авторитет батьків в такому стилі виховання грає головну роль - норми поведінки, оточення, інтереси тощо. Перевагою такого виховання є абсолютний послух дитини.

Спілкування батьків при наведеному стилі директивне. Результатом виховання в такому стилі є діти, які не мають власної думки, не рішучі, замкнені, не готові приймати рішення самостійно.

Індиферентний стиль виховання в даній категорії досліджуваних має найнижчий загальний коефіцієнт - 0.17, що вказує на те, що учасники даної вибірки застосовують елементи цього стилю найменше. Цей стиль характеризується тим, що батьки майже не висувають вимог до дитини, але й не приділяють уваги вихованню.

Результати дослідження за тестом «стилі виховання» серед батьків нормотипових дітей показали, що у 100% опитуваних цієї категорії використовується авторитарний стиль виховання. Наступним за результатами

дослідження визначається авторитарний стиль виховання, що вказує на те, що в ситуаціях, коли батьки не мають впливу авторитетним стилем, допускаємо, що намагаються застосовувати авторитарний стиль виховання.

Згідно з отриманими даними, серед батьків нормотипових дітей переважає авторитетний (демократичний) стиль виховання, який застосовують у вихованні 100 % родин нормотипових батьків. Цей позитивний результат свідчить про те, що батьки розуміють важливість балансу між вимогами та підтримкою у вихованні своїх дітей.

Авторитетний (демократичний) стиль (загальний коефіцієнт 7.7) - цей стиль характеризується поєднанням вимогливості, турботи та теплоти. Батьки, які використовують цей стиль, встановлюють чіткі правила, але водночас пояснюють їх дитині, проявляючи інтерес до її думки, надають підтримку.

Авторитарний стиль (коефіцієнт 1.33) , дослідження показало, що його не використовує жодна з опитуваних родин, але отриманий загальний коефіцієнт, вказує на те, що застосування його можливе і, ймовірно, батьки до нього звертаються не прямо і не часто, або використовуються деякі прийоми виховання, характерні для цього стилю. Цей стиль характеризується високими вимогами, жорсткою дисципліною та низьким рівнем теплоти. Авторитарний стиль при його використанні передбачає очікування батьками беззаперечної покори від дитини і не завжди враховуються її почуття.

Ліберальний стиль також не використовується батьками і має третю позицію у стилях виховання серед батьків нормотипових дітей з коефіцієнтом 0.83. Для цього стилю характерні низькі вимоги батьків до дитини та високим рівнем теплоти. Батьки, які використовують цей стиль не встановлюють чітких меж.

Індиферентний стиль виховання має загальний коефіцієнт 0.67, цей стиль виховання має найнижчий загальний коефіцієнт, що свідчить про низький рівень індиферентного підходу. При використанні цього стилю відображається байдужість батьків до потреб дитини, відсутність контролю та підтримки.

Батьки, які використовують цей стиль виховання відсторонені від своїх дітей, не проявляють до них інтересу. Цей стиль характеризується низьким рівнем вимог і теплоти.

Висновки по обом вибіркам

Результати визначення стилю виховання серед батьків дітей обох вибірок мають невелику відмінність між собою.

В родинях батьків нормотипових дітей, в результаті проведеного дослідження, дуже чітко переважає авторитетний (демократичний) стиль виховання, при якому батьки орієнтуються на розвиток співпраці з дітьми, беруть відповідальність за своїх дітей, дослухаються до думки дітей. В подальшому житті діти стають успішними, відповідальними і самостійними. Цей стиль являє собою продуктивний метод формування адекватної самооцінки особистості та позитивного Я образу .

Те, що дана вибірка батьків надає перевагу більш збалансованому підходу у виховному процесі вказує те, що коефіцієнти, які характеризують застосування авторитарного, ліберального та індеферентного стилів мають дуже низькі показники. У батьків дітей з особливими потребами також значну перевагу у вихованні має авторитетний стиль виховання, що говорить про поєднання вимогливості та підтримки до дітей у процесі виховання. Високий рівень емоційної підтримки та прийняттого застосування обмежень дає можливість становлення здорової самооцінки та особистісного розвитку.

Ліберальний стиль, хоч і займає другу позицію, але має досить, низький коефіцієнт, що говорить про те, що діти хоч і мають свободу, але наявність чітких меж у вихованні застосовується.

Авторитарний стиль теж має невеликий показник, можливо це говорить про те, що батьки шукають баланс між свободою і дотриманням жорстких правил.

Індеферентний стиль має найнижчий показник припускаємо, що це говорить про те, що батьки беруть активну участь у житті своїх дітей.

У структурі батьківського ставлення виділяють три складових частини: інтегроване емоційне прийняття або відторгнення дитини, міжособистісну дистанцію у спілкуванні з дитиною, форму та напрямок контролю за поведінкою дитини, які є визначними і впливають на формування Я концепції дитини.

Ставлення батьків до дитини є одним із складників дитячо-батьківських відносин. За результатами даного дослідження, домінуючим типом для сімей, що виховують дітей із порушеннями психофізичного розвитку та батьків нормотипових дітей є шкала «симбіоз.»

Емоційне ставлення батьків до дитини є фундаментом, який закладається для її подальшого розвитку та становлення Я концепції.

Результати тесту В. Століна, А.Я. Варги для визначення батьківського ставлення, проведеного серед батьків дітей з особливими потребами демонструють, досить, різноманітну картину батьківського ставлення. Хоча, переважає симбіотичний стиль взаємин, коефіцієнти використання інших стилів не мають суттєвої різниці, тому можна визначити батьківське ставлення для даної групи як змішане.

Більшість родин з дітьми, які мають психофізичні вади 67% (4 родини) згідно цієї методики показали шкалу «симбіоз» з загальним коефіцієнтом 81.85, що вказує на те, що більшість батьків схильні до надмірної емоційної близькості з дитиною та часто можуть ототожнювати себе з нею, обмежують її у спілкуванні, занадто піклуються та обмежують самостійність дитини, що може призвести до труднощів у соціалізації дитини.

За шкалою «прийняття-відторгнення», яка вивлена у 16.7% (1 родина) і має загальний коефіцієнт 72.67, має другий показник, який не дуже відрізняється від попереднього, що вказує на те, що ця модель батьківського ставлення досить часто змішується з попереднім ставленням в родині даної категорії батьків і характеризується як така, в якій дорослі, з одного боку, приймають свою дитину такою, якою вона є - поважають і схвалює її інтереси, підтримує у ініціативах і планах, проводять з ними багато часу та відчують при цьому позитивні емоції. А з іншого боку - батькам здається, що дитина не здатна

досягти успіху, через низькі здібності та вважають дитину в майбутньому самотійному житті невдахою, відчуваючи злість і роздратування.

Одна родина 16.7 % демонструє високий рівень гіперсоціалізації. Це означає, що батьки в цій родині орієнтовані на соціальну доцільність поведінки дитини, можуть занадто суворо контролювати її і вимагати досконалості. Такий стиль може призвести до підвищеної тривожності дитини і труднощів у спілкуванні з однолітками. Високі результати за типом батьківського ставлення «авторитарна гіперсоціалізація» з загальним коефіцієнтом 55.7, які виховують дитину з особливими потребами. Високі бали за цим типом батьківського ставлення вказують на те, що доросла людина поводить себе занадто авторитарно по відношенню до дитини, вимагають від неї беззастережного послуху і дисципліни. Батьки створюють дитині суворі дисциплінарні рамки та нав'язують дитині майже в усьому свою волю, точки зору дитини не існує при наведеному батьківському ставленні. Дорослі пильно стежать за соціальними досягненнями дитини та індивідуальними особливостями, почуттями, думками та звичками. За спробу діяти на власний розсуд дитину можуть суворо карати.

Межевим значенням загального коефіцієнту 53.69 є шкала «інфантилізація», яка має, відносно, велике значення і вказує на широке застосування наведеного ставлення у родинах з дітьми з особливими потребами, у якій вбачає інфантилізацію по відношенні до дитини та приписати їй соціальну та особисту неспроможність.

Найнижчий загальний коефіцієнт 24.05 має соціально бажана шкала «кооперація», що є досить малим значенням і може вказувати на труднощі у створенні співпраці батьків з дітьми у виховному процесі. Це означає, що батьки дуже рідко залучають дітей до спільного вирішення питань, або прийняття рішень, що можливо, пов'язано з високим рівнем контролю над дітьми або з труднощами у комунікації. Взаємодія батьків і дітей є важливою складовою у вихованні дітей. Кооперація визначається тут як взаємодія при прийнятті рішень, підтримці один одного.

Згідно з методикою «діагностики батьківського ставлення», авторами якої є А. Варга і В. Столін, у батьків нормотипових дітей абсолютно домінує, у 100% родин, та отримала загальний коефіцієнт 71,3, тип батьківського ставлення «симбіоз». Що свідчить про те, що батьки не встановлюють психологічну дистанцію між собою і своєю дитиною та намагаються завжди бути ближче до неї. Також захищають від неприємностей та труднощів, намагаються зодовільнити максимально всі основні потреби. Батьки з визначеним ставленням відчують себе з дитиною єдиним цілим, дитина їм вважається маленькою і беззахисною. Коли дитина стає самостійною і автономною - батьки відчують підвищену тривожність за неї.

Наступним батьківським ставленням визначається «гіперсоціалізація», яке має, досить, високий коефіцієнт - 65.36, що говорить про те що, симбіотичне батьківське ставлення майже межує з визначеним ставленням і може переходити у ставлення «гіперсоціалізація», яке характеризується напрямком контролю за дитиною, тут чітко проглядаються риси авторита-ризму. Батьки намагаються у всьому нав'язати свою волю, не беручи до уваги точку зору дитини. Також при такому ставленні властиве відстежування соціальних досягнень дитини, звичок, почуттів дитини.

Батьківське ставлення «Прийняття-відкидання» має загальний коефіцієнт 32.27, характеризується проявом двох полюсів, один, з яких, характеризує поважне ставлення до індивідуальності дитини, симпатію до дитини, схваленням інтересів та планів дитини, а інший полюс - недовіра і неповага до дитини, батьки не вірять в те, що дитина здатна досягти успіху в житті на тлі низьких здібностей, поганих схильностей, невеликого розуму.

Загальний коефіцієнт у родин нормотипових дітей 30.06 визначив шкалу «інфантилізація», при наведеному батьківському ставленні батьки вбачають дитину незрілою по відношенню до свого реального віку, не спроможною, не притосованою, тому оберігають від труднощів та тримають під строгим контролем всі дії дитини.

Останнім стилем, який застосовуються батьками наведеною категорії, з загальним коефіцієнтом 20.09 стиль «кооперція» - він є соціально бажаним, але батьками він застосовується найменше. Цей стиль характеризується гармонійним поєднанням способів виховання - довіра, намагання бути з дитиною на рівних, поясненням при застосуванні правил і обмежень.

Результатом застосування даної методики для обох вибірок батьків можна зазначити, що серед батьків нормотипових дітей чітко визначився симбіотично-гіперсоціальний стиль, що вказує на те, що батьки опікуються дітьми, задовільняють всі потреби, відчувають тривогу, коли дитина досягає етапу самостійності, той же час нав'язливо контролюють всі соціальні досягнення, намагаються керувати ними.

У батьків іншої групи дуже високий результат одразу чотирьох видів ставлення. З невеликою перевагою симбіотичного ставлення переважає з прийняттям-відкиданням, гіперсоціалізацією, інфантилізацією. Змішання наведених ставлень можна охарактеризувати наступним чином. При симбіотичному злитті батьків з дитиною, інтегральному емоційному ставленні батьки не вбачають свою дитину успішною, не бачать в ній потенціалу в досягненні успіху, вони підштовхують її до активного соціального життя і соціальних досягнень. Але при цьому намагаються захистити від складностей, які можуть виникнути. Можна припустити, що саме таке ставлення батьків сформувала хвороба дітей, яка обмежує їх фізично, батьки звикли до того, що їх діти потребують додаткової сторонньої допомоги і не завжди фізично можуть справитися самостійно. Вони не можуть побачити свою дитину незалежною в побуті та особистих досягненнях. Тому батьки намагаються забезпечити своїх дітей на протязі всього життя, що гальмує процеси становлення таких здібностей як самостійність, активність, впевненості в своїй силі і можливостях.

Порівняння показників стилю виховання та батьківського ставлення між групою батьків нормотипових дітей та батьків дітей з особливими потребами (табл. 3.2) за формулою U-критерію Манна-Уїтні. За допомогою онлайн-

калькулятора на сайті <https://miniwebtool.com/ru/mann-whitney-u-test-calculator/>
отримані результати наведені в табл.3.2

Табл. 3.2. –Порівняння показників стилю виховання та батьківського ставлення між групою батьків нормотипових дітей та батьків дітей з особливими потребами

	стилі виховання				батьківське ставлення				
	автори- тарн	де- мокр.	лібе- ральн.	інди- фер.	пр.-ві дк.	коопер	симб.	гіперсоц-я	інфантиліз
нормоти п.	2	7	0	1	53.79	19.22	86.63	83.79	45.57
	2	7	1	0	12.02	12.29	74.97	32.13	14.55
	1	8	0	1	53.79	31.19	86.63	83.79	14.55
	0	9	0	1	31.01	31.19	86.63	69.30	45.57
	2	6	2	0	31.01	19.22	92.93	53.87	14.55
особ.потр.	1	6	2	1	12.02	12.29	86.63	69.30	45.57
	2	5	3	0	77.21	19.22	86.63	53.87	84.81
	3	3	4	0	88.60	31.19	74.97	32.13	70.25
	1	6	2	1	68.35	19.22	92.93	69.30	13.86
	6	1	3	0	94.3	31.19	86.63	95.76	93.09
	0	10	0	0	53.79	31.19	74.97	69.30	14.55
	1	6	3	0	53.79	12.29	74.97	13.86	45.57
$U_{емп.}$	15.0	8.0	5.05	9.0	2.0	14.0	13.0	14.0	12.0

1) Авторитарний стиль $U_{емп.} = 15.0$

$U_{0.01} = 3.0$

$U_{0.05} = 7.0$

2) Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

3) Демократичний стиль $U_{емп.} = 8.0$

$U_{0.01} = 3.0$

$U_{0.05} = 7.0$

Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

4) Ліберальний стиль $U_{емп.} = 5.5$

$U_{0.01} = 3.0$

$U_{0.05} = 7.0$

Приймається H_1 :

Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі $p \leq 0,05$.

Відмінність достовірна - ліберальний стиль переважає у групи батьків дітей з особливими потребами.

5) Індиферентний стиль $U_{\text{емп.}} = 9.0$

$$U_{0.01} = 3.0$$

$$U_{0.05} = 7.0$$

Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

5) Батьківське ставлення «прийняття-відкидання» $U_{\text{емп.}} = 2.0$

$$U_{0.01} = 3.0$$

$$U_{0.05} = 7.0$$

Приймається H_1 :

Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі $p \leq 0,01$.

Відмінність достовірна - батьківське ставлення за шкалою «прийняття-відкидання» наявне у групі батьків дітей з особливими потребами.

б) Батьківське ставлення «кооперація» $U_{\text{емп.}} = 14.0$

$$U_{0.01} = 3.0$$

$$U_{0.05} = 7.0$$

Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

7) Батьківське ставлення «симбіоз»

$$U_{\text{емп.}} = 13.0$$

$$U_{0.01} = 3.0$$

$$U_{0.05} = 7.0$$

Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

8) Батьківське ставлення «гіперсоціалізація» $U_{\text{емп.}} = 14.0$

$$U_{0.01} = 3.0$$

$$U_{0.05} = 7.0$$

Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

9) Батьківське ставлення «інфантилізація» $U_{\text{емп.}} = 12.0$

$$U_{0.01} = 3.0$$

$$U_{0.05} = 7.0$$

Приймається гіпотеза Н0:

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

Виконавши розрахунки за формулою U-критерію Манна-Уїтні, які виявили наявності достовірних відмінностей в стилях виховання - результат дослідження показав наявність ліберального стилю у групі батьків, які мають дітей з особливими потребами. Цей стиль виховання характеризується наданням надмірної самостійності дитині, потуранням будь-яким примхам та відсутністю вимог по відношенню до дитини. Центральною фігурою в такому стилі у відносинах «батьки-діти» є дитина.

В батьківському ставленні також виявлено достовірні відмінності - у групі батьків дітей з особливими потребами дослідженням встановлено наявність батьківського ставлення за шкалою «прийняття-відкидання», що характеризує інтегральне ставлення - з одного боку приймають, люблять дитину такою, якою вона є, схвалюють інтереси дитини, а на іншим полюсом цієї шкали є недовіра по відношенню до дитини, батьки не вірять, що їх дитина не зможе досягти успіхів у майбутньому, злість, образа на дитину.

Результати емпіричного дослідження серед дітей.

Самоакцептація визначає наявність у особистості позитивної установки на себе. Визначальною рисою самоакцептації є наявність позитивного настановлення по відношенню до самого себе, яке, здебільшого, формується, під впливом зовнішніх акцептуючих настановлень щодо особистості у процесі неперервної соціалізації в різних умовах. Повноцінна самоакцептація дитини, детермінується соціально психологічними особливостями, перш за все сімейними акцептаціями, настановленнями батьків [44].

Самоакцептація особистості включає в себе ряд потенціалів, таких як: пізнавальний, комунікативний, ціннісний, естетичний, креативний, та інші. Процес самоакцептації починається з елементарних самовідчуттів таких як: самосприймання, саморозуміння, самоуявлення і веде до загального самоприймання. Прийняття себе, як самоцінності можливе, передусім, як

конгломерат гармонійно поєднаного виваженого, відфільтрованого й узгодженого через чужі оцінки і власні самооцінки. Самоакцептація є з'єднанням інтелектуальних, перцептивних, мовленевих, матеріальних та інших дій людини.

Результати дослідження самоприйняття за допомогою тесту самоакцептації засвідчують, що рівень самоприйняття своєї зовнішності характерний для: нормотипових дітей - 33,3% мають високий рівень, 50% середній і 16,7% низький рівень, що говорить про те, що нормотипові діти мають нормальне самоприйняття своєї зовнішності. Для підлітків із психофізичними вадами 50% характеризується високий рівень, що вказує на завищену само-акцептацію власної зовнішності, 16,7 середній, 33,3% низький.

Загальний рівень самоприйняття своєї зовнішності для обох груп є нормальним. Рівень самоприйняття характеру, що характеризує здатність керувати собою, своїми поведінкою та почуттями, здатність змиритися зі своїми помилками, приймати себе таким, який є, незважаючи на недосконалість та недоліки, у підлітків групи нормотипових дітей показник завищеної самоакцептації складає 50% та 50% середньої самоакцептації характеру. У дітей з особливими потребами у 83.3% переважає середня самоакцептація, а висока у 16.7%. У обох категорій переважає на рівні середнього і високого. Тоді як , занижене відсутнє у обох групах. Загальний рівень самоакцептації характеру в обох груп на рівні середнього.

За результатами шкали ставлення до виконання справ, що говорить про рівень задоволення своєю діяльністю, впевненість у своїх силах, відповідальність, відсутність тривожності щодо справ, прагнення досягати бажаного результату діти обох груп отримали однакові результати - 83,3% мають середній рівень самоприйняття і 16,7% - мають низький рівень.

Загальний рівень ставлення до виконаних справ в обох групах визначився середній.

Шкала соціальної поведінки вказує на те, чи здатні підлітки критично оцінювати свою соціальну поведінку, чи прослідковується у них впевненість у

правильності своєї поведінки. Соціальна поведінка визначається позитивним ставленням до інших, відсутністю егоїстичності, поступливістю у взаєминах із людьми.

За цією шкалою, у групі підлітків, яка складається з нормотипових учасників дослідження наведених категорій -16.7% мають низьку самооцінку соціальної поведінки, 33.3% мають високий показник, середній показник у 50%. У групі дітей з особливими потребами 66.7% мають середній рівень прийняття соціальної поведінки, високий рівень прийняття соціальної поведінки визнився у 33, 3% дітей. Загальне прийняття соціальної поведінки для обох груп визначився середнім рівнем.

Так, за результатами отриманих даних можна стверджувати, що рівень загальної самооцінки, як інтегральної позитивної установки на себе, здатність приймати себе, незважаючи на недосконалість та недоліки є середнім для обох груп.

На наступному етапі дослідження було застосовано тест для визначення самооцінки підлітків Г.М. Казанцеові. Наведена діагностика надає можливість отримати числову оцінку рівня самооцінки, яка допомагає зрозуміти особистісні особливості підлітків. Цей опитувальник враховує особливості життєвого процесу підліткового періоду.

Результати опитування дітей з особливими потребами виявили низьку самооцінку у 16.7% (1 дитина), що може призвести до боязкості 16, 7% має середню самооцінку, яка характеризується, як адекватна самооцінка, 66.7% дітей мають високу самооцінку. Незважаючи на відмінності, які мають індивідуальні показники - для дітей з особливими потребами рівень загальної самооцінки є середній, тобто, нормальний.

Серед дітей з нормотиповими психофізичними показниками 50% мають середню самооцінку, 50% - високу самооцінку. Низька самооцінка у даній категорії відсутня, що може свідчити про більш позитивне стійке самосприйняття. Загальна самооцінка - висока.

Діти з особливим потребами продемонстрували різні результати, але загальний середній рівень самооцінки, що може свідчити про сприятливі умови розвитку самосприйняття, вони адекватно оцінюють себе, свої негативні та позитивні сторони також це вказує на здатність пристосовуватися до умов. Наявність низької самооцінки характеризується невпевненістю в собі, боязкістю і неможливістю реалізувати свої здібності.

Загальна оцінка для групи, яка складається з нормотипових дітей є високою, що може вказувати на відсутність зовнішніх та внутрішніх бар'єрів у житті і самостановленні.

Порівняння показників самоакцептації та самооцінки між групою нормотипових дітей та дітей з особливими потребами (табл. 3.1) за формулою U-критерію Манна-Уїтні. За допомогою онлайн-калькулятора на сайті <https://miniwebtool.com/ru/mann-whitney-u-test-calculator/> отримано наступні результати:

Табл. 3.3. Порівняння показників самоакцептації та самооцінки між групою нормотипових дітей та дітей з особливими потребами

	Самоакцептація					
	зовнішність	характер	діяльність	соц.повед	заг.само-акцептац	само-оцінка
Нормоти пові	7	7	4	8	6.5	7
	8	7	4	7	6.5	6
	4	7	4	6	5.3	5
	2	5	5	6	4.5	2
	6	5	5	6	5.5	1
	6	5	2	3	4	2
З особлив ими потреба ми.	8	6	3	4	5.3	4
	3	4	5	6	4.5	0
	5	5	5	7	5.5	-5
	8	6	4	5	5.8	5
	3	5	5	6	4.8	7
	8	7	5	7	6.7	4
Уемп.	15.5	13.5	12.5	16.0	16.5	15.0

Зовн. $U_{\text{емп.}} = 15.5$

$U_{0.01} = 3.0$

$U_{0.05} = 7.0$

Приймається гіпотеза H_0 : Статистично значимих відмінностей між результатами групи нормотипових та групи з особливими потребами немає.

Характер $U_{\text{емп.}} = 13.5$

$U_{0.01} = 3.0$

$U_{0.05} = 7.0$

Приймається гіпотеза H_0 : Статистично значимих відмінностей між результатами групи нормотипових та групи з особливими потребами немає.

Діяльність $U_{\text{емп.}} = 12.5$

$U_{0.01} = 3.0$

$U_{0.05} = 7.0$

Приймається гіпотеза H_0 : Статистично значимих відмінностей між результатами групи нормотипових та групи з особливими потребами немає.

Соціальна поведінка $U_{\text{емп.}} = 16.0$

$U_{0.01} = 3.0$

$U_{0.05} = 7.0$

Приймається гіпотеза H_0 : Статистично значимих відмінностей між результатами групи нормотипових та групи з особливими потребами немає.

Загальна самооакцепція $U_{\text{емп.}} = 16.5$

$U_{0.01} = 3.0$

$U_{0.05} = 7.0$

Приймається гіпотеза H_0 : Статистично значимих відмінностей між результатами групи нормотипових та групи з особливими потребами немає.

Самооцінка $U_{\text{емп.}} = 15.0$

$U_{0.01} = 3.0$

$U_{0.05} = 7.0$

Приймається гіпотеза H_0 : Статистично значимих відмінностей між результатами групи нормотипових та групи з особливими потребами немає.

Виконавши розрахунки за формулою U-критерію Манна-Уїтні, які не виявили наявності достовірних відмінностей в самооакцептації та самооцінці не встановлено, що вказує на її відсутність між двома групами.

Для того, щоб визначити, які особливості самоприйняття характерні для дітей з особливими потребами і нормотипових дітей, нами зроблено кореляційний аналіз, за формулою коефіцієнту кореляції Пірсона (r -Пірсона) за допомогою онлайн-калькулятора на сайті [https:// www.eztests.xyz/criteria/pearsonr/](https://www.eztests.xyz/criteria/pearsonr/), між показниками шкал самооакцептації та самооцінки між батьківським стилем виховання і батьківським ставленням, результати якого наведені в таблиці 3.4.

При розрахунку кореляційний зв'язок серед родин з дітьми з особливими потребами виявлено зв'язок між самооцінкою і індеферентним стилем $r_{\text{емп.}} = -0.84966$ $r_{0.01} = 0.9172$ $r_{0.05} = 0.8114$

При розрахунку кореляційного зв'язку серед родин, які мають нормотипових дітей виявлено зв'язок зовнішньої самооакцептації з авторитарним стилем $r_{\text{емп.}} = 0.90389$ $r_{0.01} = 0.9172$ $r_{0.05} = 0.8114$

Приймається H_1 : Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0,05$, а також виявлено зв'язок між батьківським ставленням «кооперація» і самооакцептацією характеру $r_{\text{емп.}} = -0.8699$ $r_{0.01} = 0.9172$
 $r_{0.05} = 0.8114$

Приймається H_1 : Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0,05$.

Табл.3.4. Результати кореляційного аналізу

з особливими потребами						
	зовн	хар	діял	соц пов.	заг.самоак ц	самооц
авторит	0.38316	0.04462	-0.39152	-0.467	0.05607	0.09739
демокр.	-0.41666	-0.03115	0.35148	0.34471	-0.12026	0.17379
ліберальн	0.37979	0.06917	-0.26013	-0.18617	0.16766	-0.2852
індиферен	-0.1644	-0.23355	0.29277	0.4889	0.04193	-0.84966
пр-видк.	0.13019	-0.30578	-0.42745	-0.53716	-0.29595	-0.16115
коопер	-0.55756	-0.65763	0.07328	-0.29281	-0.72285	0.24456
симбіоз	0.36345	0.06486	-0.43502	-0.22015	0.12767	-0.51685
гіперс-я	0.02502	-0.1426	-0.29718	-0.37777	-0.20854	0.08338
інфантиліз	-0.25265	-0.33333	-0.33333	-0.21822	-0.41144	-0.07352
нормотипові						
	зовн	характ	діяльн	соц.пов.	заг.самоак тцент.	самооцінка
автрит	0.90389	0.44721	0.0	0.43916	0.776	0.42744
демокр.	-0.74968	0.15617	0.46852	0.30672	-0.09778	0.14927
ліберальн	0.42224	-0.55709	-0.37139	-0.60783	-0.28235	-0.58706
індиферен	-0.53594	0.0	-0.35355	-0.23146	-0.46802	0.10398
пр-видк.	-0.28097	0.44468	0.3707	0.53379	0.29965	0.39776
коопер	-0.8699	0.0	0.55144	0.19371	-0.22279	-0.09691
симбіоз	-0.41032	-0.56094	0.19677	-0.23841	-0.41183	-0.594
гіперс-я	-0.47054	0.06699	-0.14277	-0.04961	-0.28139	0.10602
інфантиліз	-0.25265	-0.33333	-0.33333	-0.21822	-0.41144	-0.07352

Що вказує на те, чим більший прояв індиферентного стилю у батьків, який характеризується низьким рівнем вимогливості та низьким рівнем піклування про дітей, тим менша самооцінка у дітей з особливими потребами, що в групі нормотипових дітей і батьків не встановлено.

Натомість встановлена висока значима кореляція між показниками авторитарного стилю, що характеризується надмірним контролем та недооціненням позитиву дітей з боку батьків до дитини та оцінкою своєї зовнішності дітей з нормотиповими фізичними показниками, тобто чим

авторитарніші батьки, тим позитивніше діти оцінюють свою зовнішні дані. Також в групі нормотипових дітей і їх батьків встановлено - чим більше батьки використовують кооперативний (демократичний) стиль, при якому характерні високий рівень вимогливості та чуйності, довіри, тим нижча оцінка зовнішності.

3. Методика М. Куна і Т. Макпартленда опитувальник «Хто я?» .

Оцінюючи рівень самопрезентації даних вибірок можна сказати, що у дітей з особливими потребами він вищий ніж у нормотипових дітей - за показником наданої кількості відповідей - діти з особливими потребами використали 61 слово самоопису, нормотипові діти - 37 слів.

За результатами наведеного теста діти з нормотиповими фізичними показниками:

1) здебільшого, включають в список відповідей слова, які є приєднувальними і описують їх роль у соціумі, поза родиною - школяр, студент, друг, що говорить про високий рівень соціального досвіду та самоконтролю;

2) також у наведеної категорії дітей вживається в описі ідеологічні погляди, такі як - «захисник», «феміністка», що вказує на особистісну самоідентичність та належність до соціальної групи;

3) Використання слів пов'язаних з перспективою діяльності, побажаннями, мріями, пов'язані з діяльністю відображає аспект ідентичності майбутнього, який характеризує бачення подальшого життєвого простору та виконує екзистенційну функцію бачення свого потенціалу, що визначаються такими словами, як мільонер, лідер.

Аналізуючи результати діагностики «Хто я такий?» можна зробити висновки, відносно наведених двох категорій, які приймали участь у даному дослідженні:

1) діти з особливими потребами більш обмежені родинним колом, у порівнянні з нормотиповими дітьми більшості, використовують слова, які

характеризують їх сімейні ролі - син, внук, брат - слова використані цією категорією, які визначають соціальне Я, визначають тільки сімейні ролі, тут вбачається обмеження соціального досвіду;

2) використання, в групі дітей з особливими потребами, в самоописі дієслів теперішнього часу говорить про активність і свідомість їх - люблю читати, люблю слухати музику, люблю тварин тощо;

3) застосування слів самоописів, яке виділяють рефлексивне Я - добра, відповідольний, цілеспрямований вказує на те, що людина звертається до самоаналізу та самосвідомості.

Більш відкриті до спілкування та самоопису є діти з особливими потребами - ними використовується майже вдвічі більше слів для самоопису. Можна припустити, що це вказує на більший рівень щирості та відкритості.

Співвідношення кількості слів самоопису в обох групах можна співставити зі словарним запасом наведених категорій учасників дослідження. Діти з обмеженими можливостями (50%), вказали на любов до читання, що впливає на лінгвістичні здібності, а також розвиває фантазію, проти 0% у нормотипових дітей.

Типовим кейсом, який характерно демонструє батьківське ставлення серед батьків дітей з особливими потребами, що визначене в даному дослідженні є родина, яка виховує сина з порушенням опорно-рухового апарату - ДЦП.

Родина складається з матері, батька та трьох дітей. Старший син має порушення опорно-рухового апарату внаслідок пологової травми. Але це не зупинило родину зважитися на народження ще двох дітей.

Родина має нормальні соціальні і психологічні характеристики.

Народження дитини з порушенням опорно-рухового апарату було несподіваним для молодого подружжя, родина була не готова до цього. Молоді батьки важко пережили період прийняття нової реальності, яка принесла в їх життя багато складностей і випробувань. Батьки приділяли багато часу і уваги лікуванню та реабілітації дитини, докладали багато зусиль. В даній ситуації це

дуже важкий процес як морально так і фізично, але вони разом досягли великих результатів і досягнень.

Юнак, хоч і пересувається візочком, і фізично залежить від сторонньої допомоги, але його когнітивні здібності дозволили закінчити школу, читати книжки, користуватися інтернетом, що в подальшому житті дає йому можливість набувати особистісного розвитку (хоч і обмеженого), спілкуватися, бути цікавим співрозмовником (в межах своїх особистих можливостей), мати свої інтереси та захоплення.

Також на його розвиток впливає присутність в його житті молодших сестри та брата, що створило умови для розвитку соціального досвіду, хоч і обмеженого, в більшості, рамками сім'ї.

За результатами даних досліджень родина має високий рівень авторитетного стилю виховання, що вказує на поважне ставлення до своєї дитини, врахування його потреб і інтересів, обговорення обмежень і пояснення їх причин. Вони поважають і слухають думку дитини, але остаточні рішення приймають самі.

Ліберальний стиль в цій родині, за результатами дослідження, має помірний рівень, що характеризується наданням певної свободи вибору і наданням можливості робити власні помилки, які надають можливість отримати життєві уроки.

Одним з прикладів можна навести те, що юнак з великим захопленням спілкується з людьми з оточення його батьків (тобто з дорослими людьми), він завжди відчуває себе на рівних у бесіді, навіть, коли він висловлює не зовсім правильні (на погляд дорослих) свої думки або погляди він відчувається вільно.

Хлопець має подругу, з якою спілкується через месенджери. Батьки, якимось зауважили, що у них спілкування відбувається на рівні досвідченої сімейної пари, де вони відстоюють між собою свої інтереси.

Також прикладом застосування наведеного стилю виховання, який характерно демонструє авторитетно-ліберальний підхід у таких простих речах

як, наприклад «шопинг» - юнак дуже любе гарно виглядати, намагається стежити за модою. Він сам обирає собі речі, іноді батьки намагаються дати пораду, але він не завжди дослухається до них, і замовляє покупку через інтернет. Бувають випадки, коли він зробив невірний вибір, річ не виправдала його очікувань, або помилився з розміром - ніхто йому не дорікає за це, але обговорити цю ситуацію батьки вважають за необхідне і хлопець робить під час бесіди висновки, озираючись на отриманий попередній досвід.

Авторитарний стиль виявлено на дуже низькому рівні. Що показує на те, що жорстких методів виховання в цій родині не застосовується.

Індиферентний стиль у вихованні в цій родині не застосовується, що характеризується уважним і поважним ставленням до юнака.

Що стосується батьківського ставлення - за результатами дослідження він носить змішаний характер - високий показник мають одразу чотири шкали: «симбіоз» (86.6), «інфантилізація» (84.81) , «прийняття-відкидання» (77.21), «гіперсоціалізація» (53.87). Соціально бажаний вид батьківського ставлення «кооперація» має найнижче значення - (19.22).

Симбіотичне ставлення до сина у батьків даної родини межує з інфантилізацією, що проявляється надмірній турботі та в емоційній прив'язаності до нього, а також в надмірній опіці. Можна припустити, що таке ставлення зумовило захворювання і фізичні можливості юнака.

Досить високий показник батьківського ставлення має шкала «прийняття-відкидання», яке характеризує відношення батьків до своєї дитини, як любляче і підтримуюче, але батькі відчувають роздратування, вбачають низькі здібності у сина, не бачать його успішним в майбутньому. Ймовірно це виникає на фоні фізичного та емоційного перенавантажування. Батьки самі займаються необхідними реабілітаційними заходами та вирішенням побутових складностей.

Шкала «гіперсоціалізація» з високим показником вказує на те, що батьки прагнуть забезпечити юнаку максимально можливе соціальне середовище, що в даній родині характеризується намаганням долучити хлопця в гуртки, клуби,

але він не проявляє ніякої зацікавленості цим. Батьки прагнуть забезпечити оптимальні умови для здобуття соціального досвіду і всебічного розвитку юнака, але це йому не подобається. Якщо і виникають в родині конфлікти, то здебільшого на цьому підґрунті. В наведеній родині - це рідкість.

Даний кейс демонструє складність виховання дитини з особливими потребами, та необхідність підтримки таких родин кваліфікованими спеціалістами. Необхідність створення програм, клубів для родин, які мають дітей з обмеженими фізичними можливостями. Необхідність і важливість надання підтримки кваліфікованими психологами, надання консультацій дефектологами, підтримки батьків таких дітей різними спеціалістами допомагає батькам знайти збалансовані методи та стратегії у вихованні і формуванні особистості дітей.

Висновки до розділу 3

Для проведення дослідження було підібрано дві вибірки родин для порівняння результатів дослідження. Одна вибірка складалася з родин, які виховують дітей з нормотиповими психофізичними показниками, друга вибірка складалася з родин, які виховують дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Вибірки однієї вікової молодих людей категорії 15-20 років.

Для виконання дослідження було підібрано ряд діагностичних методик для дослідження батьківського ставлення і стилів виховання серед батьків двох вибірок - батьків нормотипових дітей і батьків, які виховують дитину з порушенням опорно-рухового апарату. Для дослідження серед підлітків були підібрані методики для визначення рівнів самоакцептацій та самооцінки - серед групи нормотипових підлітків і групи підлітків, які мають фізичні обмеження.

Застосовуючи наведені методики було зроблено порівняння двох груп і зроблено висновки.

ВИСНОВКИ

Я концепція це багатогранний конгломерат, який складається з оціночного аспекту, який проявляється у самооцінці особистості, а також психологічного, соціального, фізичного критеріїв. Динамічна взаємодія цих компонентів формує цілісне відчуття себе. Самооцінка та Я концепція взаємопов'язані з точки зору самосприйняття. Цей взаємозв'язок має провідне значення для психологічних досліджень, особливо у сферах, пов'язаних з особистісним розвитком.

Я концепція, яка формується з самого народження під впливом різних чинників - таких як виховання, оточення, події, досвід. Основою самосприйняття виступає розуміння своїх установок, можливостей, здібностей, емоцій, установок.

При емпіричному дослідженні впливу батьківського ставлення і стилю виховання на самооцінку підлітків з особливими потребами було виявлено неконструктивне батьківське ставлення батьків, яке виявлено та має комплексний характер - симбіоз, відштовхування, гіперсоціалізація та інфантилізація до своїх дітей, але за результатами дослідження впливу цих параметрів на зниження самооцінки та самосприйняття не було виявлено.

Можна припустити, що дослідження проведені серед дітей з особливими потребами даної вибірки визначили показники нормального самоприйняття та самооцінки внаслідок того, що підлітки, які були підібрані для проведення даного емпіричного дослідження мають дуже специфічну особливість - обмеженість родинним колом, що є наслідком обмеження фізичних можливостей. Тому їх самооцінка та самоакцептція формувалися під впливом обмеженого соціального кола, яким виступає сім'я. Результат аналізу проведення тесту Куна, Макпатртенда «Хто я такий?» показав обмеженість соціального досвіду сімейними ролями. Внаслідок такої моделі соціального досвіду (який обмежений, здебільшого, родинним спілкуванням) і формується самооцінка та самовідношення дітей з порушенням опорно-рухового апарату. Діти, які є фізично обмеженими - не мають можливості самостійно

пересуватися, а це означає, що вони залежать від батьків фізично, що впливає на їх можливості у виборі соціального кола.

Перспективним напрямком при проведенні подальших досліджень, що вивчають формування Я концепції дітей, які мають фізичні обмеження може бути врахування наведених вище чинників при підборі методик, які можуть впливати на результати досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баранова Н. С. Девіантне поведінка підлітків - труднощі соціалізації//Психологія та школа. - № 3. - 2005. - С. 3-21.
2. Бех, І. Д. (2008). Виховання особистості: Підручник для студентів вищих на-вчальних закладів. Київ : Либідь.
3. Булка Н.І. за матеріалами: ресурси соціального інтелекту: адаптивність, комунікативність, креативність // Практична психологія та соціальна робота, 2004. - №6. – С.45-47.
4. Велика енциклопедія психологічних тестів. – М.: Изд-во Ексмо, 2006. – С.285-286«»
5. Головаха, Є. І., Н. В. Паніна. «Психологія людського взаєморозуміння.» –К.: Інститут соціології НАН України (2002).
6. Гуменюк О.Є. Психологія Я-концепції: Навчальний посібник. – Тернопіль: Економічна думка, 2004. – 310 с.
7. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія : навч. посіб. / Т. В. Дуткевич – К. : Центр учбової літератури, 2012. – 424 с.
8. Зацепіна Т., «Особистісна ідентичність підлітків із дитячим церебральним паралічем.» Освіта і наука (2021).
9. Ілляшенко, Т. Д., & Жук, Т. В. (2020). Актуальні питання психологічної допомоги батькам, які виховують дітей з порушеннями розвитку. Актуальні проблеми психології, 21(11), 152-173
10. Ісаєв, Д., . «Ідеї лікувальної педагогіки в контексті забезпечення права дітей з особливостями психофізичного розвитку»
11. Киричук О.В., Роменець В.А., Основи психології: Підручник менця. К.: Либідь, 1996, 632 с
12. Кляпець О.Я., Б. П. Лазоренко, Л. А. Лепіхова, В. В. Савінов (2009) Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій. К. : Міленіум, 2009. – 120 с.
13. Кон І. С. Відкриття «Я» / И. С. Кон. – М. : Політгиздат, 1978. – 367 с.

14. Костюк, Г. С., Куперсміт С., Столін В. В., Максименко С. Д., Мясіщев, В. М., ... & Чеснокова, І. І. Особливості психологічного дослідження самоставлення підлітків. Студентський дайджест. Збірник наукових матеріалів здобувачів вищої освіти

15. Кочубейник О. М. Культурний еталон буття особистості та його вплив на Я-концепцію / О. М. Кочубейник // Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України за ред. Максименка С. Д. – К. : Волинські обереги. – 2000. – Т. 2. – Ч. 3.

16. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник/Ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. -К.: Контекст, 2000. - 336 с.

17. Краєва Оксана Анатоліївна. «Криза ідентичності підліткового віку та її роль у становленні зрілої особистості.» *Збірник наукових праць « Проблеми сучасної психології»* 7 (2010)

18. Кутіщенко В.П.,Ставицька С.О. Психологія розвитку та вікова психологія: Практикум: Навч. Посіб. – К.: Каравела, 2009. – 448с. - С.288-289.

19. Купреєва О.І. Особливості «Я-концепції» дорослих інвалідів із ампутаційними дефектами кінцівок : автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «Вікова та педагогічна психологія». К., 2003. 16 с.

20. Львовичкіна А.М. Екопсихологічні основи соціальної роботи із людьми з інвалідністю. Київ-2020 - 92с.

21. Максименко, С. Д., Чепелева, Н. В., Балл, Г. О., Завгородня, О. В., & Зливков, В. Л. (2015). Особистість у розвитку: психологічна теорія та практика.

22. Мартиненко І.В. Ірина Володимирівна. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення. 2016. Леонть'єв В. Г. Психологічні механізми мотивації. Н., 1992 р.216 с.

23. Мірошник, З. М., Остапчук, О. Є., Шаповал, І. М., Гапоненко, Л. О., Горбачова, О. Ю., Туркова, Д., ... & Маєр, Ю. В. (2019). Особистісна зрілість як проблема сучасної психології.

24. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: Підручник: У 2 кн. Кн..1: Соціальна психологія особистості і спілкування. - К.: Либідь, 2004. - 576 с.

25. Павелків Р. В. Дитяча психологія : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Р. В. Павелків, О. П. Цигипало. – Київ, Рівне, 2006. – 525

26. Павелків Р. В., Цигипало О. П. Дитяча психологія. Навчальний посібник для ВНЗ (рек. МОН України). — К., 2010.

27. Приходько Ю. О., Юрченко В. І. Психологічний словник-довідник. 4-те вид., випр. і доп. К.: Каравела, 2020. 418 с.

28. Романенко О. В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.08 «Спеціальна психологія» / Романенко Оксана Вікторівна. — К., 2003. — 18 с.

29. Синиця А.О., Проблема супроводу дитини з дитячим церебральним паралічем у сучасній теорії та практиці 2016

30. Скрипник Т. Розвиток особистості в процесі інтеграції дитини з особливими потребами / Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: Наук.-метод. зб. / Ред. Н. Софій, І. Єрмаков.— К.: Контекст, 2000.— 336 с.

31. Сняткова Т.М., Профілактика синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем

32. Ставицький О.О. Психологія гандикапізму : монографія. Рівне : Принт Хаус, 2011. 376 с.

33. Столяренко, О. Б. Психологія особистості [Текст] : навчальний посібник для студ. вищ. навч. закл. / О. Б. Столяренко. – К. : ЦУЛ, 2012. – 280 с.

34. Терлецька Н.В., Невротичні розлади, як психогенні захворювання в медичній психології, м. Львів, 2009

35. Титаренко Т. Дитина з особливими потребами та її життєвий світ: напрямки психологічного консультування / Т. Титаренко // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник / Ред. кол. Н. Софій (голова), І.Єрмаков (керівник авторського колективу і науковий редактор), та ін. – К.: Контекст, 2000. – 336 С.
36. Ткачук, Світлана. «Психологічний аналіз самотворення позитивної Я-концепції.» Психологія і суспільство 3 (13) (2003): 107-113.
37. Трухін І. О. Соціальна психологія спілкування: Навчальний посібник. - К.: Центр навч. літератури, 2005. - 336 с.
38. Фуко, М., Гофман, І., Адлер, А., Бергер, П., Лукман, Т., Зайцев, Д., ... & Сорокін,
39. Царькова, О. В., Варіна, Г. Б. (2018). Генезис трансформації почуття провини у батьків дітей з обмеженими можливостями здоров'я.
40. Чеботарьова О.В., Гладченко В.І. Теорія і практика спеціальної педагогіки та психології: Збірник наукових праць: Вип. 11 . – К., 2023 – 147 с.
41. Юрченко, В. М. «Психічні стани в працях вітчизняних психологів ХХ ст, Збірник наукових праць. «Проблеми сучасної психології» 13 (2011).
42. Яковлева С.Д., Полещук С.В. «Дефектологія з основами психопатології», Херсон 2004
43. Baumrind D. Parenting styles and adolescent development. Encyclopedia of adolescence. V. 2. N. Y., 1992, 746-758
44. Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development.
45. Calhoun M.L., Hawisher M. Teaching and learning strategies for physically handicapped Students. Baltimore, 1987.
46. Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and Crisis.
47. Twenty statements self attitude Test - Kuhn M., Mc. Partland T., 1954
48. Roe A. A parent-child Relations questionnaire / A. Roe, M. Siegelman // Child Development. – 1963. – Vol. 34, nr. 2. – P. 355-369.

Тест-опитувальник батьківського ставлення (ОБС). А.ЯВарна,
В.В.Столін.

Опитувальник складається з п'яти шкал.

Шкала 1. «Прийняття - відкидання». Шкала відображає інтегральне емоційне ставлення до дитини. Утримання одного полюса шкали можна описати таким чином: батькам подобається дитина такою, якою вона є. Батьки поважають індивідуальність дитини, симпатизують їй, прагнуть проводити багато часу разом з дитиною, схвалюють його інтереси і плани. Інший полюс шкали: батьки сприймають свою дитину поганим, чи не пристосованим, невдахою. Їм здається, що дитина не досягне успіху в житті через низькі здібності, відсутності зрілості розуму, поганих схильностей. Здебільшого батьки відчують до дитини злість, роздратування, образу. Вони сумніваються в дитині і не мають поваги по відношенню до дитини.

Шкала 2. «Кооперація». Соціально бажаний образ батьківського ставлення. Змістовно ця шкала розкривається так: батьки зацікавлені у справах і планах дитини, намагаються у всьому допомогти дитині, співчують їй. Батьки високо оцінюють інтелектуальні та творчі здібності дитини, відчують почуття гордості за неї. Вони заохочують ініціативу і самостійність дитини, намагаються бути з нею на рівних. Батьки довіряють дитині, намагаються встати на сторону дитини в спірних питаннях.

Шкала 3. «Симбіоз». Ця шкала відображає міжособистісну дистанцію у спілкуванні з дитиною. При високих балах поданої шкалою можна вважати, що батьки прагнуть до симбіотичних відносин з дитиною. Змістовно ця тенденція описується так: батьки відчують себе єдиним цілим з дитиною, прагнуть задовольнити потреби дитини, відгородити її від труднощів і неприємностей життя. Батьки постійно відчують тривогу за дитину, дитина здається їм маленькою і беззахисною. Тривога батьків підвищується, на етапі, коли дитина автономізується з волі обставин, оскільки з власного бажання і ініціативи батьки не надають дитині самостійності ніколи.

Шкала 4. «Авторитарна гиперсоціалізація». Шкала відображає форму і напрямок контролю за поведінкою дитини. При високому балі за цією шкалою в батьківському відношенні даних батьків чітко проглядається авторитаризм. Батьки вимагають від дитини беззастережного послуху і дисципліни. Вони намагаються у всьому нав'язати свою волю дитині, не беруть до уваги її точку зору. За прояви свавілля дитини суворо карають. Батьки пильно стежать за соціальними досягненнями дитини, її індивідуальними особливостями, звичками, думками, почуттями.

Шкала 5. «Інфантилізація». При високих значеннях за цією шкалою в батьківському відношенні даних батьків є прагнення інфантилізувати дитину, приписати їй особисту і соціальну неспроможність. Батьки бачать дитину молодшою в порівнянні з реальним віком. Інтереси, захоплення, думки і почуття дитини здаються батькам дитячими, несерйозними. Дитина представляється непристосованою, незрілою для самостійного життя, неуспішною, відкритою для поганих впливів. Батьки не довіряють своїй дитині, нарікають на її неуспішність і нездатність керувати своїм життям самостійно. У зв'язку з цим батьки намагаються захистити дитину від труднощів життя і строго контролювати її дії.

Додаток 2

Тест визначення самооакцептації

Опитувальник містить 32 пари тверджень, кожна з пар має два варіанти поведінки – А та В. Досліджуваному потрібно вибрати якийсь один варіант, у якому описано найхарактернішу для нього ситуацію чи поведінку. Опитувальник включає в собі такі шкали:

Шкала прийняття своєї зовнішності (З) - вимірює ступінь задоволення своєю зовнішністю, індивідуальність у зовнішності, стійкість оцінки власної зовнішності, її незалежність від оцінок оточуючих.

Шкала прийняття характеру (Х) - вимірює здатність керувати собою, своїми почуттями, поведінкою, відповідальність; задоволеність собою, своєю особистістю. Прийняття себе таким, яким ти є, незважаючи на недосконалість та недоліки; здатність змиритися зі своїми помилками.

Шкала ставлення до виконаних справ (С) - вимірює ступінь задоволеності своєю діяльністю, відповідальність, впевненість у своїх силах, відсутність тривожності щодо справ. Прагнення приносити користь, досягати бажаного результату.

Шкала соціальної поведінки (П) - вимірює здатність критично оцінювати свою соціальну поведінку, впевненість у її правильності. Проявляється у позитивному ставленні до інших, відсутності егоїстичності, непоступливості, жорсткості у взаєминах з людьми.

Шкала загальної самооакцептації (S) - вимірює загальну самооакцептації як інтегральну позитивну установку на себе, здатність прийняти себе, незважаючи на недосконалість та недоліки, включає три рівні: низька самооакцептація, середній рівень, висока самооакцептація. Самоакцептація – це позитивна установка на себе, що формується під впливом позитивних установок стосовно особи в процесі її соціалізації. Вона включає чотири параметри: прийняття своєї зовнішності, прийняття власного характеру, ставлення до виконаних справ, соціальна поведінку.

Обробка результатів полягає у співвіднесенні відповідей досліджуваного з ключем. За кожне співпадіння з ключем нараховується 1 бал. Бали за кожним показником сумуються

ДОДАТОК 3

Тест «Хто я такий?» М. Кун, І. Макпатрленд

Хід проведення: Досліджуваного просять протягом 12 хвилин дати 20 різних відповідей на питання, звернене до самого себе: «Хто я такий?». Цей особистісний опитувальник є варіантом не стандартизованого самозвіту з наступним контент-аналізом, близький до проєктивних методів дослідження особистості. Теоретичною основою створення тесту є розроблене М. Куном розуміння особистості, операційну сутність якої можна визначити через відповіді на запитання «Хто я такий?», звернені до самого себе (або звернене до людини запитання іншої особи «Хто Ви такий?»)

Результати дослідження за цією методики піддаються якісному аналізу (на індивідуальному рівні) та визначенню частотних характеристик (при груповому дослідженні).

- Отриманий список перш за все розглядається з точки зору 2 категорій суджень: «приєднувальні», в яких досліджуваний відносить себе до якоїсь групи (зазвичай знаходяться на початку списку): «учень», «людина», «юнак» тощо;

- «диференціюючі» - вказуються специфічні ознаки, що відрізняють досліджуваного від інших: «надто товстий», «невдаха», «модний» тощо.

Також, відповіді поділяються за рядом категорій:

- соціальні групи (і відповідні ролі)(стать, вік, національність, релігія, професія);
- ідеологічні погляди (філософські, релігійні, політичні та моральні висловлювання);
- інтереси та захоплення;
- прагнення і цілі;
- самооцінка.

Найчастіше зустрічаються такі категорії (за результатами зарубіжних досліджень): професійна ідентичність, сімейна роль та статус, релігійна ідентичність, стать та вік.

Особлива увага приділяється відповідям, які передають свідому ідентифікацію людини з певними категоріями ролей, тобто з тими, які вона не просто повинна, але і прагне виконувати.

Психологічні закономірності, які лежать в основі відповідей, недостатньо ясні. Вважається, що порядок називання категорій відповідає порядку вираженості та порядку значимості відповідних ознак, тобто структурі самоідентичностей, але ж ця теза не є доведеною. Припускається також, що також впливають стереотипи заповнення офіційних анкет або можуть включатися захисні стратегії - коли найбільш значиме застосовується в останню чергу.

Необхідно розрізнити відповіді, які стосуються самоідентичності у рамках індивідуального рівня самосвідомості - відображають приналежність до таких груп, до яких неможливо не належати, живучи у суспільстві, такі як - статеву, вікову, національну, сімейну. Та відповіді, які стосуються особистісної самоідентичності (приналежність досліджуваного до груп людей, членство у яких є результатом власного вибору самовизначення, або ж результатом специфічної самооцінки – «мислитель», «захисник», «невдаха», «фантазер» тощо).

Оцінювати стандартизовані самозвіти із застосуванням контент-аналізу в цілому основна їх перевага, порівняно зі стандартизованими самозвітами, полягає в різноманітності варіантів самоопису і в можливості аналізувати самоставлення, яке виражається мовою самого суб'єкта, а не є нав'язаним йому мовою дослідження. Це, може бути також і одним з обмежень цього методу - суб'єкт з низькими лінгвістичними здібностями і навичками самоопису можуть опинитися в гіршому положенні, порівняно з людиною, яка володіє багатим словарним запасом і фантазією, а також навичками самоопису для передачі своїх переживань. Ці відмінності можуть нівелювати відмінності в самоставленні і Я-концепції в цілому. З іншого боку, всякий контент-аналіз обмежує можливість обліку особливої своєрідності досліджуваного шляхом накладення готової системи категорій, що наближає результати, одержані цим

методом, до тих, які можна отримати за допомогою стандартизованих самозвітів. На нестандартизовані самозвіти також можливий вплив стратегії самопрезентації, який необхідно врахувати при інтерпретації результатів.