

Г.М.Бевз І.В.Пеша
ДИТИНА В ПРИЙОМНІЙ СІМ'Ї: нотатки психолога
(через майбутнє в минуле)

Підготовлено в рамках проекту «Трансформація державної системи інститутів піклування про дитину в Україні», який реалізується Українським інститутом соціальних досліджень за технічної підтримки Представництва ЮНІСЕФ в Україні.

Автори: Бевз Г.М., психолог, Пеша І.В., канд. пед. наук

Рецензенти: Говорун Т.М., канд. психол. наук, Боришевський М.Й., д-р психол. наук

Рекомендовано до друку вченою радою Українського інституту соціальних досліджень (протокол № 4 (20) від 31.10.2001 р.)

Бевз Г.М., Пеша І.В. Дитина в прийомній сім'ї: нотатки психолога – К.: 2001. – 101 с.
ISBN 966-7902-12-9

У книжці розглядаються психолого-педагогічні аспекти становлення, практичної діяльності та подальшого розвитку інституту прийомної сім'ї як форми сімейного виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, альтернативної вихованню в інтернатних закладах. В її основі – аналіз результатів безпосередніх спостережень, опитувань, тестувань, консультацій прийомних батьків та прийомних дітей, що проводилися авторами протягом 1999-2001 рр.

Розрахована на соціальних педагогів і соціальних працівників, які здійснюють соціальний супровід прийомних сімей, прийомних батьків та тих, хто хоче ними стати, працівників державних установ, а також широкий загал громадян, які цікавляться проблемами виховання дітей.

Зміст

| | |
|--|--|
| Вступ | |
| I. Такі знайомі і незнайомі діти. | |
| Діти – це маленькі дорослі? | |
| Дитина в біді | |
| II. “Діти без сім’ї”, які вони? | |
| Діагноз – сирітство | |
| Життєвий досвід – це важливо? | |
| Книга життя, яку читали прийомні діти | |
| Дитині посильне лише дитяче | |
| III. Приймна сім’я – урок з підготовкою | |
| Приймне батьківство – потреба чи необхідність? | |
| Приймна сім’я – урок, до якого слід готуватися | |
| Дім засяяв радістю, а далі що? | |
| Особистість виховує особистість | |
| Чи повинні прийомні батьки зберегти зв’язки з біологічною родиною дитини? | |
| IV. Перші зміни, які вони? | |
| Сім’я – це спочатку мама, а шлях до людей показує батько | |
| Вся сім’я вмісті – так і душа на місці... | |
| Що очікують прийомні діти від нової сім’ї? | |
| Хто сиротою не бував, той не наплакувався... | |
| Як поводити себе рідні діти, коли членами сім’ї стають прийомні? | |
| Чи можна прогнозувати розвиток прийомної сім’ї? | |
| V. Урок розпочався | |
| Зміни бажані і небажані | |
| Зміни відбулися... Хто їх відчув та усвідомив | |
| VI Ми – ваші діти, але ми – інші | |
| Яке мені діло до всіх? Я не такий як всі. Мені це не втерпіти... | |
| По сходинках - у світлий дім | |
| Чужа ласка – сироті великдень | |
| Не та сирота, що рідні не має, а та сирота, що долі не знає... (входження дітей у сім’ю) | |
| Як скоро нова сім’я стає своєю для прийомної дитини | |
| Тепер ми разом... | |
| Допоможемо один одному відчинити двері з минулого в майбутнє | |
| Замість епілогу: „Я навчаюсь у дитини” | |
| Історії з життя дітей | |
| Терміни, якими ми користувалися | |
| Додатки | |
| Література, яка була використана для складання словника термінів | |
| Методичні посібники, що присвячені вивченню проблеми дитячого сирітства | |
| В Вашій справі Вам допоможуть думки науковців | |

ВСТУП

Для будь-якого суспільства характерно, що зі зниженням потенціалу загальнолюдських і духовних цінностей в ньому активно проявляється феномен розвитку сирітства – зростає кількість дітей, які залишилися без батьківського піклування. Ця риса, на жаль, не обминула і нашу країну. Становище дітей, що втратили опіку біологічних батьків, нині дуже складне. Як проблема національного значення, що потребує першочергового розв'язання, а також для стабілізації демографічного розвитку України, має розглядатись питання поліпшення умов розвитку дітей, які вже опинились в скрутному становищі, а також запобігання поширенню цього явища в суспільстві.

Сім'я як соціальний інститут також відчуває вплив кризових явищ суспільства. Демографічні показники свідчать про загальне зниження народжуваності, збільшення кількості розлучень та неповних сімей. Психологічні дослідження вказують ще один сучасний феномен сім'ї, який досить важко зафіксувати, спираючись на статистичну інформацію та аналіз кризових явищ у суспільстві, – це процес розмивання системи поведінкових норм у сфері шлюбу і сім'ї, а також уявлень про зміст сімейних обов'язків. Суттєвою тенденцією останніх років є процес відокремлення сім'ї від батьківства. Він насамперед проявляється у значному поширенні неофіційних громадянських шлюбів, неповних сімей (внаслідок різних причин: усвідомленого народження дитини без батька, через розлучення батьків тощо) і в значній мірі обумовлюється відсутністю достатньої соціальної підтримки, важким матеріальним становищем багатьох сімей. Це, у свою чергу, веде до поширення сирітства на Україні і особливо його загрозливої форми – соціального сирітства.

Та все ж таки інститут сім'ї залишається найбільш гнучкою соціальною структурою, яка першою в суспільстві відчуває назрівання кризи і виявляється найбільш здатною до переборення її наслідків. Історія свідчить, що в трагічні часи розвитку людства саме сімейна форма допомоги дітям-сиротам була найбільш дієвою та ефективною. У сприятливі ж часи стабілізації держави закріплення за сім'єю відповідного статусу піклувальника за дитиною-сиротою завжди залежало від соціальної політики. Прикладом цього може слугувати всеохоплююче поширення в нашій країні з 1956 року інтернатної системи опіки та піклування і анулювання існуючої в скрутні часи (громадянської та вітчизняної війни) сімейної патронатної системи.

Вивчення міжнародного досвіду надання допомоги дітям, позбавленим батьківського піклування, свідчать про ефективність їх виховання у прийомних сім'ях. В Україні все ж таки продовжує домінувати інтернатна система утримання дітей зі статусом сироти чи, позбавлених батьківської опіки.

У сучасних умовах спрямованість міжнародної соціальної політики в галузі дитинства полягає в тому, щоб всіляко пом'якшувати вплив на дітей негативних наслідків тих процесів, що відбуваються в суспільстві, а також створювати умови для розвитку і трансформації діючих та виникнення нових соціальних інститутів, які мають задовольнити потреби і реалізувати інтереси дітей. Створення оптимальних умов для підтримки соціально незахищених категорій дітей є одним з найважливіших завдань сьогодення, яке полягає не в ізоляції знедолених дітей від соціуму, а в їх інтеграції в соціум через пріоритетність в соціальній політиці саме сімейних форм допомоги дітям-сиротам.

Найбільш ефективним у цьому відношенні визначається передача дітей цієї категорії на виховання у сім'ю усиновителя чи прийомну сім'ю. Родина – це природне середовище дитини, і вплив батьків на її виховання і життя є превалюючим і визначальним. У сім'ї закладаються світогляд, морально-естетичні ідеали і смаки, норми поведінки, трудові навички, ціннісні орієнтири, тобто усі ті якості особи, які згодом становитимуть її сутність як людини. На формування дітей впливають характер стосунків між батьками та всіма членами сім'ї, ставлення батьків-вихователів до праці, їх участь у суспільному житті, їхні інтереси, ціннісні орієнтири.

Незаперечним є те, що запровадження інституту прийомної сім'ї значно поліпшить як соціально-правовий, так і морально-психологічний стан дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, сприятиме формуванню їх індивідуальності. Знедолені діти зможуть відтворити в собі природний потяг до тепла, любові, турботи, знову відчують комфорт, реальну батьківську турботу, отримають навички для майбутнього життя.

Таке соціальне явище, як прийомне батьківство, вже давно стало об'єктом вивчення. Світовий досвід створення прийомних сімей – фостерінгу (від англ. foster caring) переконав громадськість у тому, що прийомна сім'я є найефективнішою формою виховання дітей, які потребують опіки держави. Згідно з постановою Кабінету Міністрів України № 1713 від 15 вересня 1999 р. в місті Києві та 4-х регіонах України (Запорізькій, Одеській, Харківській областях та в АР Крим) було розгорнуто експеримент зі створення прийомних сімей, започаткований постановою Кабінету Міністрів України № 241 від 2 березня 1998 р. "Про

проведення експерименту з утворення прийомних сімей в Запорізькій області та затвердження положення про прийомну сім'ю". Отже в Україні вже три роки як ведеться копітка і цілеспрямована робота зі створення нової форми опіки – інституту прийомної сім'ї, що дає можливість дітям-сиротам виховуватись у сім'ях. Науково-методичне забезпечення функціонування прийомних сімей в Україні здійснюється Українським інститутом соціальних досліджень в межах проекту "Трансформація державної системи інститутів піклування про дитину", що реалізується згідно з угодою про співпрацю між Урядом України та ЮНІСЕФ. На даний час (осінь 2001 року) в Україні функціонує 38 прийомних сімей, в яких виховується 49 прийомних дітей.

Автори книги з початку запровадження експерименту брали участь у підготовці і створенні в Україні інституту прийомної сім'ї, працювали поруч із прийомними батьками, проводили дослідження, тренінги, консультації соціально-психологічної спрямованості. Ця робота надала унікальні можливості спостерігати за процесом створення та функціонування прийомних сімей, фіксації тих змін, що в ній відбувалися з приходом нового члена сім'ї – прийомної дитини, а також уточненню особливостей розвитку „дітей без сімей” та процесу їх адаптації до нових, сімейних умов проживання. Поняття “*діти без сім'ї*”¹ ми використовуємо в даному виданні як термін, що охоплює собою всі категорії дітей, які фактично втратили опіку біологічних батьків, тобто як біологічне, так і соціальне сирітство.

Матеріали проведених досліджень послуговували підґрунтям для написання даної книги. Всі наведені в ній приклади є реальними за винятком імен дійових осіб. Найбільша увага приділялася визначенню шляхів ефективного функціонування прийомної сім'ї як альтернативній формі опіки, оцінці ризиків дитини, переданої на проживання та виховання в прийомну сім'ю, та запобіганню втратам родини внаслідок специфічності навантаження, яке лягло на неї у процесі розширення її складу. Тому всі питання ми прагнули розглядати з позицій психологічного та педагогічного впливу приходу нового вихованця у сім'ю як на прийомну дитину, так і на родину – прийомних батьків, їхніх дітей та родичів; на найближче соціальне оточення. Сподіваємось, що книга буде цікавою прийомним батькам, соціальним працівникам і всім, хто своєю небайдужістю бажає сприяти вирішенню долі „дітей без сімей” і здійсненню кроку до ефективного вирішення питання сирітства в нашій країні.

Автори книги вдячні всім, хто доклав своїх зусиль, щоб інститут прийомної сім'ї став нормою повсякденного життя в Україні. Передусім прийомним батькам, які започаткували прийомні сім'ї в Одеській, Харківській, Запорізькій областях, Автономній Республіці Крим та м. Києві, тим самим сприяли поширенню в Україні сімейної форми заміщувальної опіки дітей-сиріт; представникам адміністративних служб та соціальним працівникам, які здійснювали впровадження даної форми опіки та піклування на місцях; науковцям Українського інституту соціальних досліджень, які забезпечували методичну підтримку даної програми. Персональна подяка Т.В.Никитюк - викладачу ліцею „Гранд”, а також О.М.Лисенко, С.Г.Міськовій – за допомогу в опрацюванні наукових матеріалів та їх адаптації.

¹ „Діти без сім'ї”- назви книги А Прихожан, М.Толстих. Раніше, в 1943 р. А Фрейд та Д.Берлінгхам опублікували книгу за назвою „Немовлята без сімей”.

Діти без сімей. . .

Доросле життя їх зустріло раніше дитинства.

Їхнє минуле застує їм майбутнє, запираючи перед ним двері.

Та все ж таки вони – діти.

Пізнайте світ прийомних дітей, щоб допомогти їм відчинити двері із минулого в майбутнє, стати їхнім провідником до плекання себе.

Поверніть дитину в дитинство, щоб тепло материнської та батьківської турботи дало їм сили свідомо взяти на себе відповідальність за своє доросле життя.

I. ТАКІ ЗНАЙОМІ І НЕЗНАЙОМІ ДІТИ

Діти – це маленькі дорослі?

Чим різняться між собою маленьке, молоде деревце і велике, старе дерево? Висотою і кількістю років.

Що відрізняє дитину від дорослого? Перш за все те ж саме...

На картинах середньовічних художників діти та дорослі дійсно різняться лише своїми розмірами. Одяг, зачіски, заняття були однаковими в зображенні персонажів тієї епохи.

Проте є суттєвіші відмінності. Та на заваді їх розуміння стоять як об'єктивні чинники, так і перепони нашого, дорослого світосприйняття. Перша з них та, що заважає прийняти неповторність кожної дитини – це те, що ми, дорослі, спостерігаючи за розвитком дитини і беручи за основу свій власний досвід, вважаємо себе знавцями і ставимося до дитини з висоти своїх прожитих років і набутого досвіду. Друга – стосується такого поняття, як когорта. Щоб зрозуміти траєкторію життя людини, потрібно враховувати вплив тих культурних та історичних фактів на групу (сукупність) людей однієї вікової категорії (когорту). П.Балтес² об'єднав визначальні чинники розвитку кожної особи в три групи факторів: нормативно-вікові, якими є ті зміни, що відбуваються в розвитку людини відповідно до вікових норм; нормативно-історичні, характеризується тими подіями, які практично одночасно впливають на всю когорту (війна, економічна криза, епідемії тощо); ненормативні фактори, що не пов'язані з віковими змінами періодів життя людини і відносяться до індивідуально-особистісних (розлучення, смерть батьків, переїзд тощо). Тож розвиток дитини є завжди відповідним її індивідуальним

² Крайг Г. Психология развития. – СПб.: Питер, 2000. – С. 27-28

особливостям. Він завжди є іншим, ніж наш власний досвід дорослішання, більший, ніж співвідношення початку впливу історичних подій на когорту та на конкретну особу – дитину.

Індивідуальний розвиток дитини – це результат взаємодії всіх супровідних факторів плюс індивідуальні особливості дитини на кожному етапі її дорослішання.

Ставлення до дітей в історичній перспективі зазнало значних змін. Впродовж тривалого часу людської історії дорослими ігнорувався період дитинства, він не визнавався як особливий період життя людини. До дітей від народження до 6-7 років ставилися як до немовлят, а потім їх зачисляли до гурту дорослих, привчали їх до дорослих розмов, жартів, музики, їжі, залучали до роботи.

З 1600 року були зроблені перші соціальні спроби захистити дітей від вад дорослого світу. А з XVIII століття дітям став надаватися особливий статус, що посів значуще місце в структурі суспільства. Паралельно змінювались і методи виховання, які в основному стосувалися дисциплінарного навчання: від сурових фізичних покарань (традиція яких сягала ще часів Стародавньої Греції) до гуманних, захищаючих права дітей, спонукаючих дорослих до діалогу з дітьми.

Лише зовсім недавно, в XIX столітті, період дитинства був визнаний науковцями як вартий системних досліджень, що сталося завдяки проведеним першим науковим роботам Стенлі Г. Холла (1984 р.) та К.Кларка (Нью-Йорк, 1957 р.). Отримані ними дані стосувалися обґрунтування необхідності виокремлення юнацького віку як специфічного періоду розвитку людини. Тепер ми маємо значний ряд досліджень такого напрямку психологічної науки, як вікова психологія та психологія розвитку. Нам добре відомі прізвища вчених, що присвятили свої роботи проблемам розвитку людини в дитячому віці. Це Л.Божович, Л.Виготський, П.Гальперін, О.Запорожець, В.Котирло, М.Лісіна, О.Макаренко, В.Мухіна, С.Рубінштейн, В.Сухомлинський, К.Ушинський та інші. Та все ж таки вивчення фактів, що стосуються сфери розвитку залишається непростю справою.

Художня література містить достатньо цікавий матеріал про долю дітей, в тому числі покинутих, осиротілих, таких, що виховуються без материнської любові. Це приклади експериментів, поставлених самим життям. Та в таких історіях автору важко уберегтися від суб'єктивності. І перед нами постають дитячі історії, що мають різне тлумачення: перемога цнотливості над підступністю світу, романтична історія героя чи реалістичний опис взаємостосунків, або в крайньому випадку фатальна картина суспільної

упередженості стосовно дітей-сиріт, або нещасна доля хлопчика такого як Федя із “Дворянського гнізда” І.Тургенєва. Інтерес суспільної думки до долі дітей через художні твори відображає домінуючі тенденції чи проблеми або зосереджується на особистості, дії якої незрозумілі, чи були впливовими на світові переми. Так описав Т.Шевченко власну долю - долю хлопчина-кріпака, проданого в дитинстві в служіння пану в далеке місто. Його вірш “Мені тринадцятий минало...” входить до навчальних програм шкіл багатьох країн світу.

Лише зіставляючи авторські інтерпретації в художніх творах та дані наукових досліджень ми можемо відтворити картину реальних подій, оцінити достовірність описів художніх творів, точність наших спостережень, адекватність власного досвіду та уявлень про інших: дорослих і малих, про суспільство, в якому живемо, про себе. *Дослідження є також засобом перевірки ефективності соціального та педагогічного впливів і являються єдиним джерелом науки про людський (в тому числі дитячий) розвиток.*

Дитина в біді

Як відбувається розвиток дитини, яка позбавлена необхідних умов для задоволення важливих життєвих потреб і які наслідки, коли в її дитинство вривається війна, або коли дітей нишком вночі залишають біля монастиря в спеціально призначеній для цього “мисці”, як це практикувалося в місті Мілані в 787 році: немовля брали на догляд служителі монастиря, а мати могла при цьому залишатися непоміченою.

Історичні записи свідчать, що перший притулок для підкинутих дітей був створений в 335 році в Цареграді. До цього часу небажаних та “зайвих” дітей просто викидали або різними способами умертвляли. За свідченням історичних довідок, подібні вчинки були, скоріше, правилом, ніж винятком. Поступово практика визнання за немовлятами їх права на життя та створення сирітських закладів, притулків для знедолених дітей поступово виокремлювалась і набувала соціальних форм опіки за дітьми в спеціально організованих установах. Їх засновники керувалися благородним прагненням врятувати дітей, що за інших умов загинули б або стали предметом підпільної торгівлі та зловживань. Та все ж таки подібна практика несла в собі парадоксальні результати, оскільки було очевидно, що діти в цих установах здебільшого вмирили, ніж виживали, а подальша їх доля не була особливо привабливою.

Розвиток прогресивного напрямку в справі виховання дітей-сиріт, початківцем якого став Жан Жак Руссо, був спрямований на розміщення таких дітей в сім'ях, оскільки це значно покращувало умови їхнього виховання та розвитку. В Гамбурзі в 1660 році навіть був оголошений конкурс на розгляд питання про доречність виховання дітей в установах чи за відповідну плату в сім'ях. На той час це питання не було однозначно вирішеним, але дало поштовх зростанню наукового інтересу до поставленої проблеми. Так, Г.Дюрфе та К.Вольф (1930 р.) порівняли розвиток 94 немовлят, що були розміщені в інтернатах Відня, з їх ровесниками, що виховувалися самотніми матерями або матерями інших дітей (більшість матерів-підклубальниць були незаміжні, недосвідчені, мали низький соціальний статус). Хоч для цих жінок дитина була, скоріше, тягарем, ніж радістю, дослідження встановило більш позитивний вплив на розвиток дітей стимулюючого середовища в ситуації материнського догляду, тобто було доведено *цінність материнської турботи та її переваги навіть над організованим доглядом досвідченого персоналу дитячої установи*³.

Економічна криза тридцятих років ХХ століття, а потім наслідки війни 1941-1945 років призвели до поширення досліджень стану та розвитку дітей, які втратили батьків та зазнали впливу травмуючих подій. На той час кількість покинутих дітей, батьки яких загинули на війні, дітей, що пережили перебування в концентраційних таборах, евакуйованих дітей та “загублених” під час переїздів, була надзвичайно великою. Швидко покращити становище дітей не змогли і післявоєнні зміни соціальної та економічної структури через надмірну професійну завантаженість матерів, відсутність житла та належних гігієнічних умов, розірвання шлюбів, що виникли на основі випадкових зв'язків на війні тощо.

Досвід розвитку різних (в тому числі сімейних) форм допомоги дітям, позбавлених батьківської опіки, дав можливість науковцям відстежити не лише проблеми розвитку таких дітей, а й перебіг зворотного реабілітаційного процесу. На даний час світова практика влаштування дітей, позбавлених батьківського піклування, свідчить про максимальну ефективність запровадження сімейних форм опіки, функціонування сімей, які приймають на виховання дітей, замінюючи їм втрачену біологічну родину.

³ Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага: Авиценум, 1984. – С.65.

II. “ДІТИ БЕЗ СІМ’Ї”, ЯКІ ВОНИ?

Бездомні діти зазнають уражень, які позначаються на їх емоційному стані і виникають в результаті жорстокого ставлення до них, розлучення з близькими людьми, несприятливого впливу оточуючого середовища. Щоб допомогти дітям досягнути позитивних змін, ми повинні пам’ятати як про об’єктивні чинники явища сирітства, так і суб’єктивні – сприймання самими дітьми реальних життєвих випробувань, що зафіксовано в їхньому досвіді (про що знаємо з їх реальних життєвих історій).

Діагноз – сирітство

Розвиток дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, залежить від ряду зовнішніх чинників (або їхньої відсутності), що впливає на психічний, особистісний, фізіологічний розвиток таких дітей.

Основним чинником, що впливає на розвиток дитини, позбавленої можливості виховуватися в сім’ї, є **психічна депривація**, яка виникає в результаті того, що дитина позбавлена можливості задовольнити основні (життєві) психічні потреби в достатній мірі, та на протязі достатнього часу. До основних життєвих потреб можна віднести потреби в різноплановому і розвиваючому оточенні; в емоційних зв’язках, перш за все з матір’ю, батьком та близькими людьми, які мають їх забезпечити; наявність затишку для дитини, відчуття комфорту, захищеності, довіри, відчуття постійності та доброзичливості оточуючого середовища, що потім сприяє здатності до самореалізації. Психічна депривація розрізняється за формами прояву стосовно того, яких саме життєво необхідних факторів позбавлена дитина. Діти, позбавлені батьківського піклування, можуть одночасно переживати кілька видів деприваційних впливів, чим і зумовлюється їхній подальший розвиток як в психофізіологічному, так і в особистісному напрямках.

Наслідки психічної депривації проявляються в непристосованості дитини чи молодшої людини до соціально визначених норм життя та розвитку. Негативний вплив деприваційних умов розвитку залежить від віку дитини – чим менша дитина, а отже більш беспорядна, більш залежна від умов перебування, тим він інтенсивніший.

У соціальному оточенні дітей виділяються також чинники, вплив яких на фізичний та психічний розвиток дитини може створити передумови для деприваційних проявів. Це проживання дітей в сім’ях з низьким соціальним статусом та культурним рівнем, в багатодітних сім’ях; спілкування з батьками та родичами, які мають проблеми психічного

та фізичного розвитку; проблемність стосунків батьків та дітей у сім'ї, тривале перебування дитини в сирітській установі. До травмуючих чинників відноситься також надзвичайно високий соціально-економічний статус сімей, у разі наявності надмірних вимог до рівня розвитку дитини з боку батьків, які, в свою чергу, не приділяють достатньої уваги потребам дитини, що зумовлює *дисконтинуальний характер виховання**.

Відомі приклади крайньої депривації, коли дитина перебувала в повній *ізоляції* від людського суспільства та культури. Реальне завершення відомої нам історії Мауглі відрізняється від художньої інтерпретації тим, що “вовчі діти”: Каміла, Амала та Каспер так і не змогли перевищити рівень розвитку 5-річної дитини.

Надзвичайним випадком депривації є таке явище, як *госпіталізм** (погіршення стану здоров'я дитини як наслідок тривалого перебування в лікувальних установах), що виникає, коли дитина ще немовлям (як правило, в період між 6 - 11 місяцями і до 2-х років) втрачає вже налагоджені близькі зв'язки з матір'ю або особою, яка її заміщує. Перша стадія прояву госпіталізму характеризується яскраво вираженим протестом: криком, агресивними спробами вирватися з несприйнятливої ситуації. Але, через декілька годин, можливо, і днів, дитина заспокоюється, вона ніби втрачає надію в результативність своїх зусиль. В цей період може виникнути аутоеротична активність (ссання пальця, мастурбація, розгойдування тіла), що є проявом намагань самої дитини розширити поле сенсорної стимуляції без допомоги дорослого. Поступово дитячий плач стає монотонним, а то і зовсім припиняється, погляд набуває меланхолічного виразу. Діти ніби “завмирають”. Вони годинами можуть лежати з широко відкритими очима, сфокусованими в одному напрямі. Спілкування з такими дітьми чимдалі ускладнюється, а то і зовсім унеможлиблюється. Розвиток поступово затримується, дитина втрачає вагу, сон стає нестійким, знижується опірність організму захворюванням. Далі порушується життєдіяльність основних життєвих систем - травлення, дихання, функціонування шкіряних покривів та основних органів, що робить їх вразливими до інфекцій. Якщо вчасно їй не допомогти, то процес стає незворотним неможливою – розвивається синдром госпіталізму, що в крайніх проявах закінчується смертю.

Якщо дитині вдалося вижити, то на третій стадії, починається процес відтворення стосунків з оточуючими. Але дитина вже “психологічно відмовилася” від материнської любові. І в цей момент вона може відреагувати на повернення матері безпристрасним, нехтуючим ставленням, навіть презирством. І.Тургенєв так описує наслідки такого стану:

Федя “учился ...порядочно, хотя часто ленился; он никогда не плакал; зато по временам находило на него дикое упрямство, когда уже никто не мог с ним сладить. Федя не любил никого из окружающих его...Горе сердцу не любившему смолоду”⁴.

Тривога, нудьга, депресія, а також агресія - все це спроби дитини відновити **емоційні контакти** з близькою людиною. Чим швидше це відбувається, тим меншою мірою порушується її розвиток. Описані явища дають можливість зрозуміти деякі механізми та причини виникнення проявів агресивності дитини, позбавленої батьківської турботи.

Діагностувати деприваційні ураження дитини можливо за умови багаторівневого обстеження функціонування її організму, враховуючи особливості соціальних впливів на її розвиток. Поряд з цим достатньо важко розмежувати наслідки пережитої дитиною депривації від відхилень в її розвитку, зумовлених іншими чинниками (наприклад, органічного характеру). Основним критерієм визначення саме деприваційних впливів на особливості розвитку дитини вважається швидке включення відтворюючого процесу у випадку заміщення негативних чинників.

Аналіз оглядових публікацій Х.Волффгейм (1958-1959 рр.) про стан дітей після перебування в концентраційних таборах, показує, що через 2-3 місяці реабілітації діти мали вже здоровий вигляд. Але, в ракурсі вирішення проблем прийомної сім'ї, привертає увагу висновок М.Айнсворза та М.Ейнсуортса, що нетривалий деприваційний досвід, який піддається швидкій реабілітації без наявних наслідків, не проходить зовсім безслідно і залишає після себе або підвищену ранимість, або готовність використати захисні компенсаторні механізми, якщо виникне будь-яка подібна несприятлива ситуація в житті дитини. Глибину цих порушень визначає взаємодія індивідуальних особливостей організму дитини і несприятливих умов середовища, в якому вона перебуває. Саме індивідуальні передумови (стать, вік, конституційні якості, психічні властивості), які вносить сама дитина в негативну життєву ситуацію є визначальними для особливостей її розвитку та ступеня деприваційних уражень: від мінімальних до максимально загрозливих для життя та здоров'я дитини.

Так, у дітей, які перебувають в однаково несприятливих умовах, Й.Лангмейр та З.Матейчек виявили п'ять типів депривованої особистості:

⁴ Тургенев И.С. Собр. соч. В 12 т. – М., 1954. - Т.2. – С. 177.

- “пригнічений тип” – пасивність, апатичність; такий стан утруднює діагностику причин, що призводять саме до таких проявів у розвитку дитини, інколи це є підставою для віднесення таких дітей до групи розумово відсталих;
- “соціальні провокації” – контрастні емоційні прояви; розвиваються внаслідок постійного проживання в закритих установах;
- “гіперактивний тип” – легко вступають в контакт, різко виражені тенденції демонстративної поведінки, зацікавленості всім, що їх оточує; така поведінка сприймається самими дітьми як гра, забава;
- добре “пристосовані діти” – компенсаторна поведінка у відповідь на відсутність соціальних потреб; такий тип характеризується ненаситністю в їжі, мастурбаціями, ранніми сексуальними зв’язками, аутичними тенденціями, нарцисизмом тощо.

Розвиток дітей, які виховувалися поза сім’єю, свідчить не про збочення в *розвитку особистості*, а про формування принципово інших механізмів її активності, які, дозволяючи дитині пристосуватися до життя в інтернатній установі, обмежують її входження в суспільне соціальне оточення⁵. Внаслідок неминучі втрати у житті дітей-сиріт, виробляється механізм захисту від душевного болю – байдужості та черствості. *Дефіцит адекватного спілкування* з дорослими та дітьми, що є характерним для вихованців інтернатних установ, зумовлює розвиток неадекватності в побудові моделі подальшого спілкування: переважання захисних форм поведінки у конфліктних ситуаціях, що проявляється в нездатності до конструктивного вирішення проблемних ситуацій, агресивних спалахах, прагненні перекласти відповідальність на інших. *Відсутність постійної значимої фігури* та безумовного прийняття дорослим дитини, тиск ситуації, необхідність постійно пристосовуватися знижується активне ставлення до життя, а отже, створюються умови для підвищення *конформізму** - схильність уникати прийняття самостійних рішень, пасивна, пристосовницька орієнтація на запропоновані стандарти оцінок, поведінки. Прояв таких якостей поведінки робить дітей-сиріт легкою наживою криміногенних структур.

У вихованців інтернатних закладів дослідники спостерігають формування особистості з недорозвинутим механізмом активної, ініціативної та вільної поведінки, з переважанням залежної та реактивної, для якої характерне особливе психологічне утворення – дитбудинківське “ми”. Діти без батьків ділять світ на “свій” та “чужий”. Але

⁵ Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи. – М.: Педагогика, 1990.

відмежовуючись від “чужих”, вони здатні використовувати їх в своїх цілях. Тож нерідко у дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, домінують вузькопрагматичні, споживацькі мотиви спілкування⁶. Ослаблена внутрішня позиція, емоційна бідність, нерозвинута прихильність, звужене бачення перспектив, проблемність статево-рольового самовизначення, домінування імпульсивності та залежності в поведінці, ситуативність мислення – далеко неповний перелік характеристик дітей, які виховуються поза сім’єю.

Вивчення **фізичного розвитку** дітей, позбавлених батьківського піклування, що проживають в державних закладах (інтернатах, притулках), демонструє суттєве зниження їхніх антропометричних показників та наявність порушень трьох груп: адаптаційних, психічного розвитку, супровідних психічних захворювань.

Адаптаційні розлади у дітей-сиріт проявляються на всіх основних векторах життєвого простору: сімейному, соціальному, шкільному та всіх рівнях нервово-психічного реагування: сомато-вегетативному, психомоторному та емоційно-ідеаторному. Розлади адаптації у “дітей без сім’ї” А.Голік об’єднує в такі групи, серед них представленими є поведінкові розлади: агресивні, регресивні, психопатоподібні прояви, що зустрічаються частіше у дітей-сиріт, ніж у соціальних сиріт; та менш представлені групи: психосоматичні – порушення сну, головні, серцевої болі, дискінезія жовчовідвідних шляхів, тривожно-депресивні – проявляються виключно у соціальних сиріт і відновлюються без спеціальної терапії через 1-5 місяців, а також випадки швидкої адаптації, що супроводжуються байдужим ставленням дітей до власної долі.

У кожному конкретному випадку симптоматика дітей, позбавлених батьківської опіки, має різні якісні характеристики, які зумовлюються, в першу чергу, **причиною самого сирітства**, наявним **індивідуальним резервом дитини**, тим, **у якому віці дитина потрапила у сирітський заклад**, та особливостями **стрес-фактора**, що в ситуації біологічного сирітства виступає як “гострий”, а в ситуації соціального сирітства – хронічним чинником. Ці чинники в ситуації соціального сирітства, за відсутності будь-яких відомостей про дитину, можуть утруднити проведення та ефективність психологічної корекції. Навіть вік дитини можна визначити лише приблизно, зібравши інформацію за рекомендованою схемою: характеристика біологічної, психологічної, культурної, соціальної складових розвитку, що лише в загальному підсумку допоможе встановити як хронологічний, так і психологічний вік дитини.

⁶ Аралова М.П. Психологические особенности общения со взрослыми сверстниками выпускников школ-интернатов:

Дослідження засвідчують складність аналізу явища сирітства, який слід проводити паралельно на двох рівнях: на макрорівні – це соціально-економічні чинники, тобто вид сирітства (біологічна сирота, дитина, позбавлена батьківського піклування, дитина, яка проживає в інтернаті тощо) і сімейний статус дитини, що втратила батьківську опіку; та на мікрорівні – небажана вагітність, психотравмуючий вплив біологічної сім'ї, жорстоке ставлення або насильство над дитиною.

Отже, явище сирітства та втрата дітьми батьківської опіки, розглядаються як багаторівневий фактор ризику виникнення детермінант психопатологічного розвитку особистості дитини, що є найбільш травмуючим є для дитини в ранній період її розвитку.

Напрями компенсації деприваційних розладів були визначені ще Й.Лангмейєром та З.Матейчеком на основі їх чотирирівневої моделі деприваційних розладів:

1) ***реактивація*** – створення когнітивно диференційованого та відповідно різноманітної за стимуляцією навколишнього оточення;

2) ***редидактивне навчання*** – здійснюється на основі позитивного підкріплення адекватних реакцій та способів поведінки;

3) ***реєдукація*** – психотерапія та врегулювання взаєностосунків дитини із зовнішнім світом;

4) ***ресоціалізація*** – залучення дитини до різноманітних соціальних ролей, з метою засвоєння поведінкового репертуару.

Вагомий чинник, з яким стикаються “діти без сім'ї” – рання травмованість внаслідок смерті біологічних батьків або відмови батьків від дітей, жорстоке ставлення чи експлуатація дітей, зловживання ними як з боку самих батьків, так й інших осіб.

Особлива риса дітей, що підтримує їх у важкі часи – це віра у благополучне майбутнє. Навіть маючи уявлення про смерть, діти (дошкільного та молодшого шкільного віку), які пережили смерть своїх батьків, можуть заперечувати її як кінцевий акт⁷. Як засвідчує терапевтична практика, гостра реакція на втрату близької людини не виникає у дитини відразу, а має віддалений термін дії. В деяких випадках прояви горя через втрату близької людини фіксувалися у дітей через рік після трагічної події. Тобто у такий спосіб організм дитини допомагає пережити втрати.

⁷ Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000. – С. 187.

Та все ж таки захисні сили дитини не безмежні. Коли у ситуації несприятливого оточення та травмуючих переживань дитина залишається без захисту та підтримки близьких їй людей, вона втрачає надію на сприятливе майбутнє, може **зупинитися в своєму розвитку** і навіть **регресувати** (що є поверненням на ту стадію розвитку, в якій дитина відчувала себе комфортніше). Надмірна травмованість дитини може порушити процес її розвитку, викликати різні емоційні та поведінкові порушення, збочення в формуванні її особистості. І як наслідок, можливе відставання у розумовому розвитку дітей, позбавлених батьківської опіки, які виховуються в інтернатних закладах, від своїх однолітків з сімейного оточення.

Як реагуватиме дитина на втрату близьких людей та її подальша адаптація до нової ситуації залежать від багатьох факторів: віку дитини в момент смерті, кого саме втрачає дитина – батька чи матір, обставин, що спричинили смерть, поведінки інших членів сім'ї та їх здатність компенсувати своїм теплом тяжкість втрати. “Діти без сім'ї”, як правило, не мають необхідної соціальної підтримки в момент травмуючої втрати близької людини і мусять самотужки переборювати своє горе.

Травмуючий вплив на розвиток дитини має також фактор „**повторного сирітства**” - зміна форми соціально-правового статусу дитини-сироти, чи дитини позбавленої батьківської турботи, і повторне її влаштування в інтернатний заклад.

У кожному конкретному випадку, в конкретній прийомній сім'ї можливі асоціальні прояви та особливості дитини, яку беруть на виховання, повинні братися до уваги індивідуально з урахуванням попередніх обставин її життя. Характер поведінки та рівень розвитку дитини залежать, у першу чергу, від причин, за яких дитина втратила можливість виховуватися в біологічній сім'ї, особистісного психологічного резерву дитини протистояти негативним чинникам, віку влаштування в сирітську установу та наслідків стресової ситуації через позбавлення дитини сімейного оточення. Знання депревативних чинників впливу на розвиток дитини до її влаштування в прийомну сім'ю є важливою умовою для визначення і застосування засобів корекції набутих патологій, що має бути враховано при розробці плану соціального супроводу кожної прийомної дитини.

* * *

Дослідження свідчать, що „діти без сім’ї” найбільшою мірою підпадають під травмуючий вплив. Факторами ризику, що можуть зумовити деприваційні порушення розвитку дитини виступають:

- небажана вагітність;
- неодноразові та тривалі розлуки з близькими людьми у віці до 3-х років;
- втрата батьків внаслідок смерті;
- тривале перебування дитини в деприваційних ситуаціях, що зумовлює

незадоволеність основних потреб дитини в сенситивні періоди її розвитку. Такими періодами можуть бути: тривале проживання в закладах загального утримання, несприятливі сімейні чинники - неповна або багатодітна родина, наявність в сім’ї “бар’єрів” спілкування, бездоглядність, проживання в сім’ях слабоумних та психотичних батьків, хворих на хімічну залежність, а також надвисокий соціально-економічний статус батьків, що призводить до дисконтинуального характеру виховання;

- нехтування віковими потребами, жорстоке ставлення до дітей, насильство, експлуатація.

Ступінь деприваційних уражень дитини визначають передусім її індивідуальні особливості.

Наслідки деприваційного впливу потрібно аналізувати, використовуючи багаторівневий підхід у кожному окремо взятому випадку на основі індивідуального резерву дитини з урахуванням типу сирітства, віку влаштування до закладу загального утримання, особливостей дії стресфактора.

Діагностика характеру розвитку дитини є основою для побудови індивідуальних реабілітаційних програм.

Життєвий досвід – це важливо?

Досвід особистості – це рухома система потреб, інтересів, прагнень, вмінь, знань, звичок, що сформувалися в процесі неповторності життя людини.

Через оцінку минулого *досвід* дає еталони для побудови майбутнього, впливає на характер діяльності, вибір засобів та ступінь активності, що разом охоплюється поняттям *стиль життя*. Досвід як полегшує життя, так і переобтяжує його (наслідки пережитих

травмуючих ситуацій), а у випадках подібності пережитих подій, він може об'єднувати людей чи бути причиною непорозуміння між людьми.

Інколи люди уникають обставин, які нагадують їм про минуле чи, навпаки, докладають чимало зусиль, щоб пригадати та з'ясувати невідомі події свого життя. ***Знання про себе, обставини власного життя дає важливий матеріал для побудови власної ідентичності, формування самооцінки, адекватного виконання соціальних ролей.***

Тож врахування особливостей досвіду (прийомних батьків та прийомної дитини) та їх зіставлення сприяє прогнозуванню успішності функціонування прийомної сім'ї на етапі її створення: умови взаємної адаптації дитини та сім'ї; визначення можливостей прийомної сім'ї в формуванні соціалізуючих чинників (***реактивації***, вирішення питання ***редидактивного навчання*** та успішності подальшої ***ресоціалізації***), спрямованих на адаптацію дитини до соціального оточення; передбачення змін в сімейному житті родини. Рівень та специфіка набутих прийомною дитиною раніше, в попередньому життєвому досвіді, ***потреб*** (перш за все елементарних – харчування, одяжі, уподобань, пізнання тощо), так і усталених потреб і звичок прийомної сім'ї та її членів визначатимуть особливості функціонування прийомної сім'ї і здатність всіх її членів до взаємодії та взаємопідтримки.

Книга життя, яку читали прийомні діти . . .

Якщо ви, дорослі, стоїте на одному березі річки, а дитина – на іншому, чи легко буде вам почути один одного? Щоб цього досягти, хтось повинен почати першим рухатись назустріч. Очевидно, ним повинен бути той, у кого більше досвіду і знань, тобто дорослий. А можливо, це буде недосвідчений – дитина? Подивіться, як діти, що виховуються в інтернатних закладах, борються за своє життя, почитайте ті рядки їхніх листів, де вони мріють мати родину, а як “світяться” їхні обличчя, коли в інтернат приходять нова “мама”, як тягнуться до неї рученята, чи як шукається нагода зайвий раз потрапити їй на вічі... Чи не зробила вже дитина перший крок, що повторювався знову і знову, або надія змінити щось самому в цьому житті згасла в її очах... ***І який же той берег, на якому стоїть “дитина без сім'ї”?..***

Життєвий досвід, з яким приходять дитина в нову сім'ю, часто не відповідає звичайному, загальноприйнятому, і вже тим самим набуває ознак травмуючого. Ми

поставили собі за мету проаналізувати життєвий досвід прийомних дітей, зокрема акумульовані психотравми, що опосередковано впливають сьогодні на їхні прагнення, бажання, інтереси і поведінку в цілому.

Для збору емпіричного матеріалу були використані такі методи: вивчення біографічних даних та життєвих історій прийомних дітей, проведення спостережень та інтерв'ювання. А також проєктивні методики: „кінетичний малюнок сім'ї”⁸, модифіковані варіанти тестів – “незакінчене речення” та “шкали соціальної дистанції”, спрямовані на встановлення психологічного стану дітей та рівня їх інтегрованості в нову сім'ю. Ми вивчили та проаналізували наявні біографічні дані 36 дітей (свідoctва про народження, витяги, довідки, медичні документи тощо), інформацію, надану прийомними батьками, працівниками адміністративних органів, що причетні до розв'язання питань дитячої бездоглядності, свідками, які були особисто знайомі з прийомними дітьми та їхніми біологічними батьками й родичами.

Статусні характеристики прийомних дітей, влаштованих у прийомні сім'ї, були різними, що свідчило, в першу чергу, про їх різний індивідуальний досвід:

- сироти – 10%;
- напівсироти – 35%;
- підкидьки – 17%;
- соціальні сироти – 38%.

Життєвий досвід кожної десятої дитини включав або смерть обох батьків, або ув'язнення одного з батьків; у третини – смерть одного з батьків; в одному випадку батько рішенням суду позбавлений волі за вбивство дружини - матері дитини і ще в одному випадку дитина зазнала сексуального домагання з боку усиновителя; у решти дітей – або рішенням суду батьки позбавлені батьківських прав, або про них немає ніяких відомостей, а вік дітей такий, що вони самі нічого не можуть розповісти про своє попереднє життя (до їх влаштування в прийомну сім'ю).

Характеристики біологічних родин прийомних дітей свідчать про те, що хоч половина усіх прийомних дітей і народилася в повних сім'ях, але подальша їх доля склалася не так вже й благополучно: батьки однієї дитини загинули в автомобільній аварії (їхній доньці на той час виповнилось 2 роки); 12 дітей втратили сім'ю з різних причин, одна із них через асоціальний спосіб життя біологічних батьків, у 3-х дітей є батьки, які не

⁸ Бернс Р., Кауфман Х. Кинетический рисунок семьи. - М.: Смысл, 2000. – 146 с.

позбавлені батьківських прав, проте дитиною вони не опікуються. У свідоцтві про народження другої половини прийомних дітей батько записаний зі слів матері: з них три дитини не мали інших близьких рідних, окрім матері, смерть якої відразу зробила їх повними сиротами та позбавила будь-якої можливості отримати родинну підтримку; у дев'ятьох матері або позбавлені батьківських прав, або відмовились від догляду за своїми дітьми через різні обставини (деякі матері відмовились від дитини ще в пологовому будинку).

Освіта біологічних батьків не вище середньої спеціальної (і то лише у 2-х випадках), дві особи вступили до вузу, але навчання не закінчили.

Більше третині дітей відомий **досвід доброго ставлення** до себе з боку своїх рідних (батька, матері, бабусі); з них половина мали теплі стосунки, але тільки з одним членом родини (або з матір'ю, або з бабусею). Доля однієї дівчинки склалась так що її 16-ти річна мати, хоч і добре ставилась до дитини, але, обравши аморальний спосіб життя, не змогла про неї турбуватися, та і не вміла через свій неповнолітній вік. Тож дитина потрапила в лікарню з причини занедбаного стану.

Дві третини дітей зазнали **байдужого ставлення** боку близьких та **нехтування їхніми потребами**, а частина з них – навіть **жорстокості, з елементами насильства**.

Наприклад, залишаючи вдома наодинці дитину неповних семи років, мати могла бути відсутньою протягом кількох днів; іншу дитину, яку оформили біологічні батьки до інтернату, жодного разу ніхто із родичів не відвідав.

Встановлені факти: а) експлуатація дитини - мати використовувала хлопчика для жебракування, а коли він підріс, почала красти інших малих дітей, щоб продовжувати свій напрацьований спосіб заробітку;

б) дітей залишали без нагляду в приміщенні без належних санітарно-гігієнічних умов і насильне утримували там упродовж тривалого часу. Їжу дітям зазвичай передавали через вікно люди, які проходили мимо будинку і чули плач дітей. В цілому діти залишалися кинутими напризволяще від кількох днів до одного місяця;

в) у двох випадках прийомні батьки, що проживали по сусідству, були свідками жорстокого поведіння біологічних батьків зі своїми дітьми: дітям не давали їсти, а коли вони просили – били їх.

г) одна дитина була вилучена в судовому порядку із сім'ї усиновителя, який мав сексуальні патології (педофілія). Дівчинка була свідком (згідно з судовими свідченнями)

сексуальних домагань усиновителя і до інших удочерених дівчаток, що проживали на той час в сім'ї. Медична експертиза не встановила у неї факту дефлорації, психологічна не дала жодних пояснень щодо можливих наслідків сексуальних зловживань, свідком яких вона була.

Ці факти з історій вихованців прийомних сімей можна в узагальненому вигляді можна звести у таблицю (дані наведені у відсотках від загальної кількості прийомних дітей, долі яких відстежувалися).

| Інформації про прийомну дитину | | | Відсутність турботи про дитину з причини: | | | | | | | | | | Ставлення до дитини біологічних батьків та родичів | | |
|--------------------------------|----------|----------|---|---------------------------|--------------|--------------------------------------|------|-------------------------------------|------|----------------|------|-------|--|----------|--|
| повна | часткова | відсутня | соціально-психологічних чинників | | рішення суду | | | небажання батьків виховувати дитину | | смерть батьків | | добре | нехтування | жорстоке | |
| | | | батько записаний із слів матері | відмова матері від дитини | ув'язнення | батьків позбавлено батьківських прав | | одного | обох | одного | обох | | | | |
| | | | | | | одного | обох | | | | | | | | |
| 30 | 57 | 13 | 41 | 21 | 10 | 3 | 4 | 41 | 15 | 10 | 34 | 21 | 45 | 10 | |

Загальна сума балів в таблиці не відповідає 100%, оскільки кожна дитина має декілька характеристик.

Діагнози дітей, яких було влаштовано в прийомних сім'ях вказують на те, що вони зазнали деприваційного впливу. Серед них - захворювання органів травлення внаслідок поганого харчування, хвороби шкіри: алергія, діатез, короста тощо. Перебування дітей в деприваційних умовах позначилося на їхній нервовій системі, що визначається комплексними за характером розладами:

- порушення в ранньому віці реакцій на зовнішні подразники діти не реагували на більшість соціальних взаємодій, тобто не проявляли активності при звертанні до них, не відгукувались на пропозиції дати їм солодощі чи іграшки, не ініціювали встановлення контакту з дорослим і не виявляли бажання, щоб їх взяли на руки, як це демонструють зазвичай маленькі діти;

- невротичного характеру: плаксивість, звичка гризти нігті, енурез; дефіцит уваги, неспокійний сон; розлади рухових стереотипів (ссання пальця, розгойдування тіла, биття головою); розлад поведінки, в тому числі і визивноворожої; симптом розладів тривожності.

Соматичні хвороби дітей, що виховувалися в інтернатній системі, також мають відтінок специфічності умов проживання, що, видозмінюючи загальний механізм розвитку дитини та переорієнтовуючи роботу всіх систем організму (психічної, соматичної та фізичної) одночасно змінювали і дію його адаптаційних механізмів. Так, незадоволеність потреби дитини в підтримці та в особистісному спілкуванні з дорослими (що найчастіше відмічається в інтернаті як колективній формі утримання дітей), проявляється у дітей в прагненні будь-якими діями привернути до себе увагу – причиною може бути і хвороба дитини.

Дівчинка 15 років, яка після позбавлення батьків за аморальний спосіб життя їхніх прав на дітей (її та меншого брата), була оформлена до інтернату, де і перебувала 6 років. На фоні низького соціального статусу серед однолітків (покинуті діти в інтернаті мають нижчий соціальний статус, ніж діти-сироти) у дівчинки виробився механізм привертання до себе уваги, що набув форми подібної до нападів енцефалопатії, діагноз якої і був поставлений саме в інтернаті (а не раніше, у віці немовляти). В 15 років, коли дівчинка погодилась на влаштування в прийомну сім'ю, даний діагноз не підтверджувався, проте напади тривали. Вони починались як реакція на фрустрацію і супроводжувались серцевою недостатністю, тремором кінцівок, приступами задухи, як виявилось з згодом, вони мали істеричну природу і виконували в обмежених та емоційно збіднених інтернатних умовах проживання адаптаційну функцію.

Адекватна поведінка прийомних батьків не підтримувала “вторинну користь” нападів (отримати від дорослих необхідну для дитини увагу та визнання), і тим самим вони поступово припинилися. В подібних ситуаціях слід пам'ятати, що ігнорування батьками нападів істеричного характеру повинно паралельно супроводжуватися наданням дитині так необхідної їй уваги адекватними для неї та її віку шляхами.

Зазначимо, що характерною ознакою процесу ресоціалізації після пережитих психотравмуючих ситуацій є специфічність реакції дитини на відсутність задоволення цієї ж миті будь-яких її потреб, що, як правило, викликає у дітей негативні прояви, породжує злість, сердитість, істеричні реакції, а у випадках невдач – реакції обвинувачення інших у

власних негараздах. Більшість батьків зазначили наявність надмірних емоційних реакцій прийомних дітей, що спричинялися будь-якими чинниками, як-то: сімейними негараздами, втручанням дорослих у приватні справи дитини, проханням чи примушенням виконувати доручення (навчання, хатня робота) чи відмовою у придбанні речей або навіть неочікуваним для дітей наміром батьків піти в гості.

Так істерична реакція виникла у дівчинки 8 років, коли прийомні батьки, поцілувавши її на ніч, сказали, що підуть до бабусі і скоро повернуться. Істеричний напад, що слідував за цим, вдалось припинити лише через годину.

Інший приклад: у 2-річна дитина билася головою (розлад рухових стереотипів) у разі відмови будь-якому її бажанню. Якщо ж дитину не вдавалось швидко вивести з цього стану, то наступала зупинка дихання, посиніння тіла.

Прийомні батьки зазначили недостатність різного ступеня сформованості у прийомних дітей побутових навичок: “не вміла їсти”; “їла тільки руками”; “не знала, як користуватись побутовою технікою” тощо, а також ознаки затримки інтелектуального розвитку - відсутність у дітей елементарних знань та умінь: “не знала в свої 8 років назви кольорів”; “не вміла читати” тощо. А є й такий приклад: один із прийомних близнят зовсім не розмовляв, та “напрочуд був дуже тямущим - все розумів”, а невдовзі прийомні батьки помітили, що діти говорять між собою на “своїй мові”.

Таким чином, можна дійти висновку, підтвердженого також медичним обстеженням, що всі діти, які були влаштовані в прийомні сім’ї (внаслідок втрати біологічних батьків), мали **обтяжений анамнез*** розвитку, пов’язаний з:

1. **травмуючим дитячим досвідом** (втрата біологічних батьків внаслідок їх смерті чи з інших причин, жорстоке ставлення, проживання в асоціальних умовах тощо);
2. **впливом деприваційних факторів** різного походження: психологічна відмова від дитини, нехтування дитячими потребами, раннє влаштування немовляти в державну систему опіки та піклування, тривале перебування в ній, відсутність особистісних теплих стосунків, недостатність сімейного догляду або всіх перерахованих чинників одночасно;
3. **формуванням** специфічної обмеженості життєвого досвіду, браком соціально визначених навичок.

Дитині посильне лише дитяче

Встановлені та узагальнені нами особливості розвитку дітей, які втратили батьківське піклування і були влаштовані в прийомні сім'ї, можна об'єднати в групи факторів ризику, що загрожують здоров'ю дітей та відповідному їхнім віковим нормам розвитку.

I група – чинники, *пов'язані з біологічною сім'єю прийомної дитини*:

- відсутність будь-якої попередньої інформації про життя дитини;
- розлучення батьків до досягнення дитиною повноліття;
- смерть одного з батьків; смерть обох батьків; відсутність батька (батько записаний зі слів матері);
- значний термін перебування дитини без сімейного оточення;
- постійні асоціальні явища в життєдіяльності сім'ї;
- алкогольна та наркотична залежність біологічних батьків;
- аморальний спосіб життя батьків, розпуста, сімейні чвари, бійки тощо.

Так, хлопчик 8 років, який народився поза шлюбом, в анамнезі свого розвитку має: втрату материнської опіки до досягнення 2-річного віку, що переобтяжене ситуацією обману (залишаючи дитину на сусідів, мати сказала, що скоро повернеться), відсутність будь-якої інформації про її життєдіяльність (місце її перебування невідоме, а батько - записаний зі слів матері). Лише завдяки щасливі обставинам (хлопчика взяла як власну дитину родина сусідів) стало можливим запобігти розвитку тяжких наслідків втрати материнської опіки.

II група – чинники, які безпосередньо *пов'язані з психічним розвитком самої дитини*, в тому числі внаслідок втрати опіки біологічних батьків:

- відставання дитини у розвитку (фізичному чи психічному);
- досвід фізичного та психічного насильства (експлуатація дитини, сексуальні домагання тощо);
- досвід деприваційного впливу;
- проблеми особистісного розвитку – поведінкові та невротичні розлади тощо.

Виходячи з даних чинників, для вищенаведеного прикладу були визначені такі проблеми особистісного розвитку дитини: переживання травми втрати матері, що компенсувалася в агресивних спалахах, невротизації, розвитку захисних механізмів - хлопчик мріє стати борцем, щоб захистити всіх, кого ображають. Його малюнок, де мати

його залишає, а він біжить за нею, зображений в червоному кольорі. Тема малюнку і колір його виконання вказує, що, незалежно від терміну давності проблеми, її травмуюча дія залишається і через 7 років актуальною для дитини.

Малюнок “Мама йде, а я біжу за нею”

Як біль рани, так і біль втрати перекриває шлях в минуле, недопускає його переосмислення і тим самим обмежує діапазон сьогоденних можливостей, майбутніх перспектив. ***Невідреагована травмуюча ситуація може спричинити затримку природного росту дитини та ускладнювати її особистісний розвиток.***

У таблиці “***Фактори ризику***”, яка містить діагностику факторів ризику, яких зазнала прийомна дитина з втратою батьківського піклування (див. додаток 1), кожному встановленому патологічному чиннику ми дали відповідну оцінку в балах, що в результаті дає можливість визначити, наскільки є психічно обтяжуючим анамнез розвитку кожної прийомної дитини (це виражається в сумі балів “фактора ризику”). Для прийомної сім’ї ця сума балів визначає необхідний рівень кількісної та якісної готовності потенційної прийомної сім’ї до прийняття наведених “факторів ризику”, які несе в своєму досвіді конкретна прийомна дитина, можливості прийомної сім’ї вирішити проблеми її психічного та педагогічного розвитку.

Згідно з таблицею “Факторів ризику” (див. додаток 3) для хлопчика (код 21) з вищенаведеного прикладу психодіагностика встановила 5,5 балів при максимально можливих 9 балах.

Виявлені “***фактори ризику***” в історії життя розвитку прийомних дітей можна оцінити за допомогою діагностичної оцінки DSM-III-R (Довідник з діагностичних критеріїв психічних розладів) при кодуванні як загальної тяжкості хронічного психосоціального стресового чинника, так і множинних гострих ситуацій, які мали місце впродовж року, що передував діагностичній оцінці. Слід зазначити, що стресовий чинник часто відіграє роль каталізатора розладу, а також може бути і наслідком психічної патології. Щодо прийомних дітей, то ймовірніше, більш руйнівними будуть наслідки дії тривалих, хронічних стрес-чинників, в порівнянні з дією гострих.

За діагностичною оцінкою, значущими серед виявлених психосоціальних стрес-чинників, що були в житті прийомної дитини і, можливо, спричинили розвиток захворювань, слід вважати не більше чотирьох максимально виражених. Важливо

зазначити, що Довідник не враховує такий критерій, як втрата дитиною батьківського піклування: такий чинник, як відмова батьків від дитини відноситься до хронічних стрес-чинників, а розлучення батьків, смерть одного чи обох батьків - до гострих. Обидва випадки, і гостра дія, і хронічна, діагностуються як важкі (код 4 шкали при максимальному коді - 6). Отже, втрату дитиною батьківського піклування або внаслідок розлучення батьків, або відмови від дитини (наприклад відмова матері від дитини в пологовому будинку) можна оцінити одночасно як гострий і хронічний стрес-чинник та співвіднести його з кодом 4 – тяжким (див. додаток 2).

Коди шкал діагностичних критеріїв стрес-чинників та бали факторів ризику прийомної дитини не збігаються. Діагностичні критерії стрес-чинників несуть інформацію про ступінь важкості життєвих травмуючих обставин, які пережила дитина, як таких, що можуть призвести до розвитку психосоматичних розладів. Величина балів факторів ризику дає можливість визначитися щодо необхідного ступеня “запасу” прийомної родини, психологічної та педагогічної підготовленості прийомних батьків для розв’язання нагальних проблем прийомної дитини. Чим вищий бал, тим більше родині потрібно резерву для прийняття дитини і адекватного вирішення її життєвих запитів. Фактори ризику прийомної дитини мають враховуватися як соціальними працівниками, так і прийомними батьками, якщо її беруть у родину.

Резерв прийомних батьків складається з таких чинників:

- бажання прийомних батьків займатися дітьми;
- знання та уміння здійснювати догляд за маленькими дітьми, особливо такими, які зазнали деприваційних впливів;
- досвід спілкування з агресивними дітьми;
- розуміння компенсаторної ролі агресії (через відсутність досвіду безумовного прийняття дитини біологічними батьками);
- знання та уміння допомогти дитині пережити дію психотравмуючої ситуації;
- навички надання першої медичної допомоги при судорогах;
- уміння конструктивно розв’язувати конфлікти тощо.

Так, прийомна сім’я у вищенаведеному випадку мала бути готовою до догляду за дитиною раннього віку, поділити переживання дитини внаслідок втрати турботи біологічної матері, запобігти побічним ускладненням внаслідок травмуючих ситуацій – можливої агресії, компенсаторним захисним механізмам, невротичному розвитку тощо; а

також до співпраці зі спеціалістами по розв'язанню проблем, що можуть виникнути в процесі функціонування прийомної сім'ї.

Наявність психологічного резерву - психологічна готовність прийомних батьків до можливих проблем та їх вирішенню, з якими прийде прийомна дитина, додає впевненості батькам і сприяє адекватному розв'язанню актуальних питань розвитку дитини з урахуванням її попереднього життєвого досвіду. Отже, щоб визначити необхідний рівень компетенції прийомної сім'ї, яка візьме конкретну дитину на виховання, потрібно детально проаналізувати особливості анамнезу соціально-психологічного розвитку дитини.

Наведемо приклад. Дівчинці (код 3) виповнилося 6 років, коли її влаштували в прийомну сім'ю. За четвертою шкалою вираженості стрес-чинників для дітей і підлітків вона характеризується такими перенесеними хронічними психогенними життєвими ситуаціями, як: психологічна відмова матері від дитини, часта зміна дитячих будинків, наявність в досвіді ситуацій сексуальних домагань до сводних сестер, що повторювались. Код вираженості стресогенного фактору досягає позначки "5" і оцінюється як "надзвичайний".

Прийомні батьки були готові до копіткої роботи з подолання наслідків пережитих дівчинкою подій, але виявились нездатними до адекватного реагування на проблеми її нормативно-вікового психосексуального розвитку, згідно з З.Фрейдом – стадії "інфантильно-генітальної організації лібідо". Конфлікти між подружжям почали виникати з приводу "сексуальної розбещеності прийомної доньки", її "нездорових інтересів до хлопчиків". Нормативний відповідно до вікового розвитку, інтерес дівчинки до проблем інтимних стосунків сприймалась батьками упереджено, без урахування вікових особливостей психосексуального розвитку дитини, що, в свою чергу, породжувало відчуття власної батьківської нездатності та роздуми щодо подальшого існування як прийомної сім'ї. Сім'я опинилася перед вибором – розлучення чи відмова від дитини, а можливо, і те й інше. Лише завдяки індивідуальній екстреній психологічній допомозі, що стала реальною за підтримки "групи зустрічей" та соціального супроводу, прийомна сім'я зберегла і сімейний союз, і попередила виникнення нового стрес-чинника для дитини – наступної переміни її місця проживання.

Таки чином, життєво важливому етапу створення прийомної сім'ї – приходу дитини – має передувати кропітка робота соціальних працівників та психологів щодо визначення рівня готовності потенційних прийомних батьків вирішувати ті життєві проблеми, з якими

прийде новий вихованець. З метою встановлення прогнозу щодо індивідуального досвіду дитини та його психологічного впливу на неї соціальні працівники, підбираючи кандидатів на прийомну сім'ю, для кожної конкретної дитини, мають користуватись **критеріями IV осі з DSM-III-R** Довідника, а для уточнення необхідного резерву для родини – її аналогом, створеною нами в результаті проведених досліджень та спостережень **таблицею “факторів ризику”**.

* * *

Влаштування прийомної дитини в прийомну сім'ю передбачає три діагностичних етапи:

1. **Визначення факторів ризику дитини**, тобто соціально психологічних особливостей її розвитку, які потребують спрямованої уваги прийомних батьків та спеціалістів;

2. **Уточнення необхідного ступеня готовності сім'ї** до прийняття конкретної дитини.

3. **Проведення взаємодобору** прийомної сім'ї та дитини.

Таблиця “факторів ризику” дитини допомагає об'єктивно (зробити конкретною, та зручною для користування) проводити діагностику стресогенних та травмуючих чинників, яких зазнала прийомна дитина.

На професійному рівні діагностику та взаємодобір може здійснювати соціальний працівник на етапі створення прийомної сім'ї.

ІІІ. ПРИЙОМНА СІМ'Я – УРОК З ПІДГОТОВКОЮ

А що ж дорослі? Чи відчують вони себе готовими зробити крок назустріч? Чи не злякаються, стикнувшись з незвичною глибиною втрати та болю, чи готові вони пройти через людські страждання і вивести дитину на шлях до людського щастя? Реальне життя складніше, ніж написано у книгах. Дослідження допомагають досягнути реалії життя, уявити реальні проблеми, з якими приходять у сім'ю прийомна дитина.

Чи зможемо ми зрозуміти один одного, стоячи по різні сторони річки?... а може, так і залишимося стояти кожний на своєму березі: тільки ми, дорослі, на соціально схвальному боці, завжди відчуючи себе правими, а вони, діти, – на іншому...

І що ми, дорослі, бачимо з свого берегу?..

Приймне батьківство – потреба чи необхідність?

Як кожна людина, так і група людей мають певну систему потреб, які розвиваються під впливом оточуючого середовища. Що таке потреба? Психологія вважає потребу таким динамічним психічним станом особистості, коли певні предмети і явища є необхідною умовою її існування. Тобто об'єктивна необхідність перетворюється у потребу і відображається на психічному стані людини.

Дослідження засвідчило, що приймне батьківство є процесом задоволення потреб. Даний феномен виявився властивим людській спільноті і його рівень коливається від мінімального до пропорційно зростаючого при сприятливій соціальній політиці, а також, як зафіксувала історія, в період загального лиха (наприклад Велика вітчизняна війна 1941-1995 рр.). Тривалість функціонування прийомних сімей, досвід життя яких покладено в основу цієї книги (від 1 до 4-10 років), свідчить про природність та життєздатність зазначеного феномена – готовність опікуватися біологічно нерідною дитиною.

Що ж саме спонукає людей брати в свої сім'ї дітей, які втратили піклування біологічних батьків? Які саме потреби та мотиви є рушійною силою створення прийомної сім'ї, які саме психічні стани виникають в житті самої дитини і в структурі стосунків сім'ї внаслідок входження і подальшого проживання в ній прийомної дитини? Виявлення всіх спонукальних чинників допоможе кандидатам у приймне батьківство в прийнятті рішення про створення прийомної сім'ї, а також соціальним працівникам у соціальному супроводі. ***Знання прийомних батьків та соціальних працівників специфіки функціонування прийомних сімей сприятимуть передбаченню та попередженню можливих стресових ситуацій в прийомній сім'ї та особистісній самореалізації прийомних батьків і дитини, адекватному задоволенню їхніх основних потреб, а також відповідному здійсненню соціального супроводу.***

Методом анкетування, співбесіди, тестування, проведення фокус-груп та інтерв'ювання ми вивчали даний процес в групі з 76 осіб віком від 24 до 63 років, що представляли 55 сімей. В основному вибірка складалася з працюючих людей, без вираженого домінування якоїсь соціальної групи, і мала відносно однакові характеристики за гендерними ознаками. Різниця була тільки за кількістю шлюбів та дітей. Стаж подружнього життя респондентів становив від 1 до 25 років. Сім'ї проживали як

розширеною родиною, так і окремо від батьківської. Половина кандидатів зазначила важливу роль в їхньому житті релігії, з них частина виявила високорелігійні погляди.

Із усіх кандидатів, які висловили бажання взяти в свою родину дитину-сироту, більше половини створили прийомні сім'ї. Інші за різних причин були неготові до подібного рішення. Хоча життєві обставини і потреби майбутніх прийомних батьків різні, життєві ситуації, які спонукали до створення прийомних сімей, були такі:

- власне бажання і спроби взяти на виховання біологічно нерідних дітей;
- близька присутність знедоленої дитини, яка або зазнала жорстокого ставлення з боку рідних батьків, або втратила їх за трагічних обставин;
- запровадження в Україні експерименту зі створення сімейної форми заміщувальної опіки для дітей, позбавлених батьківського піклування, – прийомної сім'ї.

Під час дослідження кандидати у прийомні батьки назвали такі мотиви, що спонукали їх підтримати програму надання опіки дитині-сироті через влаштування її в прийомну сім'ю:

- бажання реалізуватися в дітях, передати їм свої погляди на життя: *“Я буду виховувати прийомну дитину по-своєму, бо мого сина виховувала свекруха”*;

- бачення сенсу життя в турботі про дітей: *“Саме діти дають відчуття наповненості життя”, “Сім'я без дітей, що дерево без листя”, “Хочу наповнити своє життя змістом”*;

- прагнення мати велику сім'ю: *“Не вистачає біля мене дітей”, “Найбільше щастя – мати багато дітей”*;

- бажання дати дитині щасливе дитинство: *“У мене було щасливе дитинство, а дехто з дітей зараз його не має”, “Інтернат не замінить сім'ю”, “Хочу зробити дитину щасливою”, “У мене трагічно загинув батько. Я й досі ношу ту пустоту. Це дуже важко та боляче. Я сама відчула, як важко жити без сім'ї”*;

- бажання зробити добру справу – допомогти конкретній дитині: *“Як я її побачила, то вирішила все зробити, щоб їй допомогти”, “Я сама виросла в інтернаті. У цих дітей немає пристойного майбутнього. Я хочу допомогти цим дітям”*;

- бажання, щоб діти мали батьків, які їх розуміли б, любили, піклувались про них та щоб діти росли людяними і чуйними: *“Мати хвилювалася за мене лише на фізичному рівні: щоб я був здоровий і не голодний”, “Батьки цікавилися лише моїми оцінками, а що я відчуваю – це їх не турбувало”, “Я бачив, як люди різали вени, тому, що вважали, що їх*

життя нікому не потрібне...”, “Я завжди ставлю себе на місце тих, хто приходить до мене по допомогу. Прийомних дітей я зможу зрозуміти, а отже - допомогти”;

- страх за дитину: *“У мене нікого не залишилось, лише я та мій 3-річний син. А я дуже хворію. Що буде з моїм сином?”;*

- любов до дітей: *“Я їх зацілювала б, особливо – маленьких”.*

Як бачимо, мотиви нібито й різні, проте їх об’єднує одне: співпереживання за долю дитини, прагнення та готовність допомогти, тривожність і страх, розуміння власної соціальної відповідальності, відчуття свого енергетичного потенціалу, прихильність до дитини, потреба захищати та турбуватися про неї, самоствердження в батьківських ролях, гуманність.

Всі кандидати на прийомне батьківство розподілилися на дві групи: „А” – ті, хто пройшов тренінг перед початком створення сім’ї, і „Б” – які пройшли тренінг вже після прийняття рішення взяти дитину-сироту в їхню родину і впродовж тривалого часу реально опікуються нею. Нам важливо було узагальнити свідчення цих груп, щоб визначити ефективність проведення спеціальної підготовки батьків для виконання батьківських ролей опіки та піклування.

Яскрава і характерна риса кандидатів на прийомне батьківство – *альтруїзм*. У більшості їхніх сімейних історій були відмічені випадки альтруїстичних вчинків: прийняття дітей в сім’ю, створення будинків для знедолених, допомога дітям у скрутні для всіх часи війни чи голодомору, копання криниці для всього села тощо. Називались також конкретні ситуації, що підштовхнули до переосмислення деяких моментів, наприклад, перегляд фільму “Ісус Христос”, страждання матері з причини неспроможності виносити дитину (через викидні) тощо.

Можна припустити, що подібні факти з життєвого досвіду опитуваних при відповідних умовах ставали мотивами-стимулами, на підсвідомому рівні впливали на важливі рішення, в тому числі і на рішення стати прийомними батьками. Прагнучи зміцнити сімейні стосунки, захистити їх від негативного впливу зовнішніх обставин, прихід дитини у сім’ю вважався майбутніми прийомними батьками бажаним і таким, що сприяв би збереженню цілісності родини:

“...дім стане світлішим, ми станемо дружнішими, веселішими, добрішими, щасливішими”;

“...у дітей з’являться брати і сестри, у нас - діти...”.

З появою нової дитини батьки пов'язували покращення мікроклімату у сім'ї: *“У нас будуть радість, щастя, ми знову відчуємо себе молодими...”*. Прийомні батьки зазначали, що навіть сама присутність прийомної дитини підвищує в них настрій, спонукає їх до активних дій, спрямованих на добро, породжує у них почуття гордості, відчуття рідності, підвищує значущість та відповідальність за своїх та прийомних дітей – *“наше життя набуває сенсу”*. **Тож бажаною перспективою поставало перед кандидатами прийомне батьківство.**

Прийомна сім'я – урок, до якого слід готуватися

Очікування, інтереси батьків значною мірою залежать від їх інформованості про майбутні функції як прийомних батьків. Результати опитування кандидатів на прийомне батьківство групи „А” і групи „Б” (див. вище) виявили деякі відмінності як в кількісному, так і в якісному значенні щодо очікуваної та реальної ситуації батьківства.

Як засвідчують отримані результати, прихід дитини у сім'ю супроводжується почуттям *напруження*. Воно передує входженню дитини в родину і спостерігається впродовж всього адаптаційного періоду її перебування в прийомній сім'ї. Але цей стан лише частково усвідомлюється батьками і проявляється у відповідних висловах: *“коли прийшла дитина, ми відчували якесь напруження”*, *“ми почали весь час думати як і що ми робимо”*, *“відчували відповідальність”*. В обох групах стала напруженість розуміється як зростання згуртованості родини: *“стали рідними”*, *“всі об'єдналися навколо дітей”*, *“відчували повноту сім'ї”*.

Однак прийомні батьки групи „А”, зазначаючи загальне піднесення і зростання позитивних переживань, відчували і зростання напруженості, але були готові сприйняти і проаналізувати відмінну реальну ситуацію від очікуваної. Подібне осмислення робило їх *“спокійнішими та організованішими”*, здатними адекватно реагувати на нагальні потреби.

Прийомні батьки групи „Б” в більшій мірі віддавалися всеохоплюючому почуттю радості і менше усвідомлювали підвищення напруженості в сімейних взаєминах. Оцінюючи відповідність реальної ситуації очікуваній, вони користувалися здебільшого моральними показниками: *“ми стали дружнішими і добрішими”*. Для цієї групи характерне недостатнє усвідомлення можливих втрат та нагальних потреб.

Отже, прийомні батьки, які пройшли тренінгову підготовку до приходу дитини у сім'ю, керуються не лише почуттями та емоціями, а й виявляють здатність,

готовність усвідомлювати та аналізувати реальні (як бажані, так і небажані) ситуації, що виникають в адаптаційний період функціонування прийомної сім'ї.

Та все ж таки, прийомні батьки не одразу зрозуміли доцільність та ефективність спеціальної підготовки. Батьки вказали, що в проблемних ситуаціях вони розраховували на підтримку перш за все близьких: родичів, друзів, а також на консультації та допомогу спеціалістів. Більша частина прийомних батьків підтвердила, що звертання по допомогу в більшості випадків до лікаря, інтернатських працівників, а також до психолога та соціального працівника було для них ефективним. Проте в усіх наведених висловлюваннях вибір спеціаліста не завжди піддавався критичному аналізу доречності та адресності звертання, а мотивувався, як правило, міркуваннями власного досвіду.

“Я був впевнений, що найкращу консультацію мені нададуть саме працівники інтернату.”; “Ми без роздумів звернулися в клініку серцево-судинної патології, де був поставлений діагноз старшому синові. І нам не відмовили. Хоч наші побоювання і не підтвердились, та і запереченими зовсім не були. В консультації нам призначили дату наступного обстеження.”

Ця родина мала трагічний досвід втрати доньки з причини невчасно встановленого діагнозу серцевої патології. Тож, щоб не зазнати подібної травми, родина була налаштована сприймати недомагання дитини саме з позиції найбільшої небезпечності – що і несе по своїй суті серцева патологія. Тож звертання до клініки було зумовлене не реальною небезпекою, а страхом нової втрати.

У таких випадках соціальному працівнику не потрібно відмовляти батькам в обстеженні, а навпаки підтримати їх і самому бути присутньому при його проведенні. Об'єктивне ставлення соціального працівника до ситуації хворобливого стану дитини та уважне – до батьківських турбот сприятиме конструктивній взаємодії, а для дитини – своєчасному усуненню проблем із здоров'ям.

Форма тренінгової підготовки кандидатів на створення прийомної сім'ї та психологічна консультативна допомога була невідома батькам і сприймалася обережно, інколи з підозрою. Після першого ознайомлення з такою формою допомоги значна частина прийомних батьків визнала її прийнятною та ефективною для себе: *“Ми були здивовані, що за такий короткий час можна обговорити і розв'язати такі складні проблеми”, “Я не думала, що про це взагалі можна говорити”.*

Подальша практика роботи підтвердила цей висновок: здатність до осмислення батьківської поведінки у взаємодії з прийомною дитиною краще виявляли прийомні батьки, які були готові до вирішення проблем прийомної дитини, тобто респонденти групи „А”. Це доводить, що підготовка в формі тренінгу, що здійснювалась до створення прийомної сім’ї, є ефективною і сприяє спочатку *осмисленому прийняттю рішення* кандидатами на прийомне батьківство, а в подальшому – *свідомому виконанню батьківських ролей заміщувальної опіки*.

Дім засяяв радістю, а далі що?

Отже, дитина прийшла у сім’ю і прийомні батьки самовіддано виявляють готовність реалізувати свої виховні функції. Незалежно від ситуацій і мотивів створення прийомних сімей, батьки обох наших груп орієнтовані на виховання прийомної дитини, сприяння її зростанню як соціально адаптованого індивіда, здатного керувати своїм життям, долати труднощі та *“протистояти злу”*. Батьки вважають найважливішим для цього процесу наявність як у себе, так і у дітей позитивних загальнолюдських якостей: людяності, доброти, щирості у стосунках, працьовитості, а також розвиток вольових рис – стриманості, впевненості, цілеспрямованості, самостійності. Прийомні батьки “бачать” в майбутньому своїх прийомних дітей вихованими, порядними, чесними та добрими, щасливими, розумними, самостійними.

Якими ж шляхами йдуть прийомні батьки до своєї мети, над чим працюють в першу чергу? Як правило, перш за все це – здоров’я і навчання. Дорослим досить чітко вдається визначити необхідні конкретні заходи та профілактичні засоби щодо розв’язання конкретних проблем із здоров’ям дитини, засвоєнням нею шкільної програми, про що свідчать висловлювання самих батьків:

“Щоб він міг осилити необхідний обсяг знань, я повинна врахувати його фізичні можливості – а це значить, виконувати кожний день процедури із загартовування”;

“Моя дружина три місяці щоденно займалась з ним, щоб він міг навчатися в ліцеї. Зараз він виконує програмні вимоги майже з усіх предметів”;

“Щоб у дитини було менше проблем із шкільною адаптацією, ми переговорили з директором і узгодили свої дії по реалізації процесу шкільного навчання.”

Всі батьки вказували на необхідність попередньої спеціальної роботи з прийомними дітьми, їх підготовки до вимог шкільного навчання (*пreedукація**), а також постійного

уважного ставлення (особливо впродовж першого та другого років проживання дитини в прийомній сім'ї) до стану здоров'я дітей (*проходження реабілітації*).

Порівняння даних анкетування дорослих з аналізом документів, що фіксували розвиток дітей, підтвердило, що прийомні батьки чітко визначають об'єктивні проблеми прийомних дітей: загальні проблеми зі здоров'ям; труднощі з оволодінням шкільною програмою; наслідки пережитої депривації – наявність у дітей стереотипних рухів, руйнівних звичок (биття головою), страхів, розладів тривожності, енурезу, функціональних розладів основних систем організму тощо. У своїх висловлюваннях батьків чітко простежується зацікавленість розвитком здоров'я і розумових здібностей дітей, *а об'єктивне сприйняття ситуації дозволяє їм реагувати на її зміни та коригувати розвиток та навчання дитини.*

„...Щоб покращити мовний розвиток, ми оформляємо Катю в логопедичний садок”;

„...Зараз ми настроєні на успішне навчання, щоб мати змогу поступити до вузу”.

Вибір вище зазначених пріоритетів не випадковий. Він зумовлений соціальними установками: *освіта* сприяє самореалізації дитини у суспільстві, а *здоров'я* є необхідною запорукою цього. Такими ж критеріями батьки керуються і у вихованні власних дітей. Однак, плануючи майбутнє прийомної дитини, вони інколи забувають, що освіта не є самоціллю, а лише способом формування особистості. І в даному випадку не слід забувати про можливість і здібності дитини, а також патогенність та відстроченість впливу травмуючих подій, яких зазнала дитина до її влаштування в прийомну сім'ю, що і повинно регламентувати зусилля батьків (а також вчителів) стосовно адекватності навчальної навантаженості прийомної дитини.

Маючи досвід виховання власних дітей, батьки здебільшого не усвідомлюють індивідуальну важливість для становлення особистості „дитини без сім'ї” розв'язання конкретних (незначних, на погляд дорослих) проблем. Адже, згадаймо, що в майбутньому усі батьки „бачать” своїх дітей перш за все гармонійно розвиненими особистостями.

Мета програми підготовки до прийомного батьківства – ознайомити з проблемами, з якими доведеться стикнутися прийомним батькам в ситуації створення прийомної сім'ї, щоб вони усвідомлювали усю повноту свого завдання стосовно виховання, навчання та соціалізації дітей, позбавлених опіки біологічно рідних батьків.

Прийомні батьки часто налаштовані на *стимулювання залежної поведінки* у дітей. Вони радіють, коли “дитина знаходиться вдома”, “*проявляє слухняність*”, “*прагне поділитись своїми враженнями*”, “*коли гуляє з моєю рідною донькою*”, “*біжить до бабусі*”, “*турботливо говорить до мене*”, “*коли радіє сам, тому, що зробив*”, „коли в нього все ладиться” (хоча відсоток таких висловів не є домінуючим).

Якщо ж діти проявляють незацікавленість спілкуванням з прийомними батьками, у тих, відповідно, виникають негативні емоції. Батьки про це говорять так: “я *серджусь*, коли прийомна дитина не виконує обов’язки; „...не прислуховується до моїх порад; ...коли дитина не стримана в поведінці; ...коли робить не так, як треба; ...нагадує мені про мої обіцянки” тощо.

Отже, умовою для налагодження стосунків між дітьми і батьками є *слухняність* дітей. Дитяча правдивість, щирість і відвертість, як свідчать наші дослідження, важливі для прийомних батьків, оскільки створення в сім’ї відповідного клімату довіри, відвертості та щирості вони вбачають результатом своїх планомірних цілеспрямованих зусиль.

Опитуванням також встановлено, що, як правило, відправною точкою для прийняття виховних рішень є орієнтація прийомних батьків на *власну оцінку ситуації та власний життєвий досвід*. За умови дитячої правдивості і щирості дорослі, з висоти свого батьківського бачення, здебільшого намагаються самі визначати пріоритетність підтримки висловлюваних дитиною думок і бажань. Але без попереднього ознайомлення (під час тренінгу) з травмуючими факторами досвіду “дітей без сім’ї” і не маючи власного досвіду подібних переживань та їх конструктивного вирішення батьки інколи не можуть адекватно розставити акценти своєї уваги в ситуації різноплановості дитячих бажань та тих реальних потреб, що стоять за ними.

Так, батьки групи „Б” більш схильні сприймати дитячі проблеми як певні труднощі, перешкоди, які слід долати. Оскільки діти, що втратили батьківське піклування, мають чимало фізичних і психологічних ускладнень в розвитку, то у прийомних батьків за такої орієнтації є широке поле для застосування своїх зусиль. А наявність підвищеної емпатійності і співпереживання дітям-сиротам у разі відсутності тренінгової підготовки зумовлює переважаючу фіксацію уваги на хворобливому та проблемному стані дитини: батьки роблять все, щоб дитина „не повторила долю своєї матері”, „щоб не хворіла”, тим самим концентруючись саме на цих проблемах і не допускаючи їх вилучення із актуальної

зони розвитку дитини. Внаслідок чого і створюється парадоксальна ситуація – чого не бажаю, до того і прямую...

У групі „А” орієнтація батьків на позитивні зрушення, які сталися в дітях під час їх перебування в прийомній сім’ї, все ж таки домінує над попередньо висловленими побоюваннями. Батьки групи „А” зазначають більшу сконцентрованість уваги на змінах розвитку дитини: „бачу в ньому зміни на краще”, „радію, коли в чомусь досяг успіхів”, що, в свою чергу, підсилює впевненість прийомних батьків в правильності обраного шляху: „я залишилась прийомною матір’ю лише тому, що бачила позитивні зрушення в дитині”.

Незважаючи на відмінності підходів, прийомні батьки займають активну виховну позицію, при цьому видимі проблеми розвитку дітей є домінуючими в полі їх уваги і сприймаються об’єктом реалізації власних умінь і навичок як можливість задоволення своїх батьківських настанов. Ця якість є необхідною і важливою в ситуації створення прийомних сімей для дітей-інвалідів, коли концентрація уваги на вирішення об’єктивних проблем кожного виду інвалідності сприяє розширенню можливостей соціалізації дитини та набуттю нею здатності до самостійного життя.

У нашій же ситуації надмірна сфокусованість на специфічності та переобтяженості розвитку “дітей без сім’ї” не тільки не вирішуватиме їхніх проблем, а навпаки поглиблюватиме, тобто призведе до зворотного ефекту - обмежить можливості соціалізації дитини. Тут важливі зважені дії та поміркованість батьків. ***Орієнтація батьків на позитивні зрушення в розвитку дитини – це орієнтація на радість та позитивні моменти життя.***

Особистість виховує особистість

Основним інструментарієм, яким користуються прийомні батьки у вихованні прийомних дітей, є повчання, настанови, пояснення. Проте не лише прямий виховний вплив батьків формує поведінку дитини, вона засвоюється більше через наслідування авторитетних для дитини дорослих під час спілкування з ними, результативність якого залежатиме і від особистих вражень та переживань батьків із їхнього дитинства. Характерним є висловлювання однієї з прийомних матерів: „У моєї матері було найстрашніше покарання – її образа на нас. Ми боялися образити маму. Я теж виховую у дітей потяг та бажання бути зі мною. Повага – це найпростіший і найвагоміший зв’язок між людьми, а образа – це кінець поваги”.

Психологи вважають: “Якщо у дитини немає прихильності та тісної залежності від своїх батьків, то в неї буде мало можливостей та бажання наслідувати і адекватно сприймати їхні норми поведінки”⁹. Коли дитина позбавлена можливості відчувати позитивні сторони своєї приналежності до “найрідніших” через відсутність ніжної турботи з боку одного чи обох батьків або близьких родичів, то це, штовхаючи її на пошуки більш авторитетних дорослих, може провокувати розвиток почуття ворожості та агресивності, що (замикаючи порочне коло) заважає відновити так необхідні і бажані, стійкі та теплі емоційні зв’язки. На думку Е.Еріксона: “Особистість унікальна, її кризу можна розв’язати тільки шляхом нових ідентифікацій”¹⁰.

Отже, бажання прийомних батьків стати авторитетом для прийомних дітей може розглядатися життєво необхідною умовою для формування особистості прийомної дитини. Але постає питання стосовно значущості для прийомної дитини її біологічних батьків.

Звідси стають зрозумілими переживання батьків та їх прагнення, щоб прийомні діти якомога швидше “забули своє минуле”, їхнє побоювання щодо того, як довго триватиме період очікувань дитини на повернення “блудної матері”, якими будуть наслідки трагічної втрати матері, чи зможуть діти взагалі пережити її смерть і *сприйняти нову сім’ю як свою*. Біологічна сім’я бачиться членами нової родини перепоною в інтеграційних процесах новоствореної прийомної сім’ї.

Як же треба реагувати на біологічну сім’ю:

- як на додаткові труднощі?
- як на перепону до створення нових ідентифікацій прийомної дитини?
- як на чи реальність дитячого життя, яку потрібно приймати такою, якою вона є?

Дослідження показали, що всі три варіанти ставлення мають (або кожний окремо, або всі разом) своє місце в життєдіяльності прийомної сім’ї.

Аморальний спосіб життя біологічних родичів дитини чи їх психосоматичний стан є об’єктивними чинниками, які потребують перш за все від служби соціального супроводу їх вирішення, регламентуючи та обумовлюючи зустрічі прийомної дитини з біологічними родичами.

⁹ Бандура А., Уолтерс Р. Подростковая агрессия. Изучение влияния воспитания и семейных отношений /Пер. с англ. Ю. Бранцевой и Б. Красовского. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО Пресс, 1999. – С. 38.

¹⁰ Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Прогресс, 1996. – С. 97.

Так, біологічній матері, яка перебувала на обліку в міліції, було заборонено зустрічатися з дитиною поки вона не припинить аморальний спосіб життя. Таким чином, дитина та її нова сім'я були захищені від непередбачених візитів та асоціальних впливів матері, яка займалась проституцією.

Психологи зазначають, що **зріла ідентичність** – “відчуття індивідуального самототожнювання” неможлива без урахування наступності та цілісності¹¹. Ідентичність – умова психічного здоров'я. Щоб людина реалізувалася в житті, вона повинна пройти ряд ідентифікацій: ототожнити себе з батьками, своєю статтю¹², вибраною соціальною та професійною роллю. Сформована **цілісна ідентичність** дозволяє молодій людині визначити своє основне завдання – вибір життєвого шляху та самовизначення в ньому. Коли людині не вдається усвідомити свій життєвий шлях та своє місце в світі, вона відчуває себе ніби «загубленою», тоді ми говоримо про явище “дифузної, розмитої ідентичності”¹³.

Уникнення прийомними батьками болючих тем з минулого дитини теж створює перепони на шляху формування цілісної ідентичності дитини. Відсутність інформації про минуле, незрозуміння дитиною його травмуючого змісту або якщо дорослі уникають пояснень, може викликати у дітей дезорієнтацію та страх перед невідомим, вони починають фантазувати та домислювати.

Інколи прийомні діти важко сприймають нове місце свого проживання, і тоді мріють повернутися до звичних (хоча для нас вони класифікуються як жорстокі, непридатні до життя), відчуваючи привабливість для себе звичного способу життя або щоб вплинути на своїх біологічних батьків, сестер та братів, навчити їх жити по-іншому – “урятувати їх”.

Лише на основі реальності, не ховаючись за ілюзорне бачення світу, можна перекинути надійний міст між минулим, яке змінити вже не в наших силах, і майбутнім прийомної дитини.

Ситуація: дівчинка віком до одного року втратила матір, батько, поїхавши на заробітки, не повернувся. До шести років дівчинка проживала у рідного діда, хоча виховувала дитину практично сусідська сім'я, оскільки дід не ставився до дитини відповідально через свою схильність до алкоголю.

Переймаючись долею дитини в період її вступу до школи, подружжя взяло дитину в свою родину (створили прийомну сім'ю). Деякий час, зважаючи на близьке проживання

¹¹ Кон И.С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989. – С. 91.

¹² Говорун Т., Кікінежді О. Стать та сексуальність: психологічний ракурс. - Тернопіль: Навч. кн. – Богдан, 1999.

діда, дівчинка “відчувала себе метеликом, що порхав” від прийомної сім’ї до діда і назад. (див малюнок). Дід у тверезому стані заманював дитину подарунками, обіцяв забрати до себе і турбуватися про неї, але, випивши, забував про її існування.

Примусове обмеження зустрічей з дідом вирішило ситуацію на краще: зустрічі були дозволені на території прийомних батьків тільки у тверезому стані дідуся, а також обмежувались часом. Бажання дідуся побачити онучку сприяло дотриманню цих правил і наповнило його стосунки з дитиною позитивно-емоційним змістом. Таким чином, для дитини були збережені стосунки з ріднею, причому вона була захищена від патологічного впливу.

Травмуючі ситуації, що мали місце в біологічній родині дитини і збереглися в її минулому досвіді, можуть або “мучити” прийомних дітей і додавати проблемності в їхньому розвитку, або мобілізувати їх до дій. Ми повинні з розумінням ставитися до “дітей без сім’ї” і пам’ятати, що психологічні травми легко не забуваються, і минуле не можна відрізати як окрасць хліба. **А побудові ідентичності особистості дитини сприяє сама особистість батьків, їхня готовність до створення близьких та довірливих стосунків.** Але шлях цей пролягає через усвідомлення власних бажань та готовність до прийняття і осмислення минулого дитини, що і має на меті програма тренінгу¹⁴.

Чи повинні прийомні батьки зберегти зв’язки з біологічною родиною дитини?

Упереджене ставлення стосовно біологічної рідні може ускладнити процес пристосування дитини до нової сім’ї, викликати низку пов’язаних з цим проблем.

Розуміння минулого дитини, можливість з’ясувати ситуацію та відкрито розібратися в її складностях допомагає вирішити проблему і налагодити так бажані щирі стосунки в прийомній сім’ї. Наводимо вислів прийомної матері щодо вирішення цієї проблеми:

“Інколи ми відвідуємо рідну бабусю дівчаток. Спочатку я дуже хвилювалася перед такими зустрічами, а потім і я, і діти заспокоїлися. Ми впевнились, що нам краще разом, а туди, до бабусі, ми ходимо лише в гості. Це і її влаштовує - вона інколи також хоче бачить своїх онучок. Без таких зустрічей ми б не зрозуміли їх необхідність для всіх нас. При іншому рішенні дівчатка, можливо, самі б тікали до бабусі, як це раніше було в інтернаті і яка їх знову (в який вже раз) повертала до інтернату. Цей процес був би

¹³ Еріксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Прогресс, 1996.

¹⁴ Див.: Методичний посібник по проведенню тренінг-курсу для соціальних працівників з питань підбору, підготовки та соціального супроводу прийомних батьків /О.О.Яременко, Н.М.Комарова, Г.М.Бевз, Л.С.Волинець та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 128 с.

безкінечний, він забирав би всі наші сили, які потрібно віддати дітям, а не гонкам за ними”.

“Ми поїхали, щоб познайомитися з бабусею нашого майбутнього прийомного сина і поговорити, щодо її планів. З розмови ми зрозуміли, що рідні батьки хлопчика за 4 роки його проживання в інтернаті як і раніше не виказують бажання змінити свій асоціальний спосіб життя, а бабуся займається онуками доньки і не прагне приймати участь у вирішенні долі свого онука - дитини старшого сина. Цією зустріччю сфера можливих наших контактів з біологічною сім'єю майбутньою прийомною дитиною була визначена і відтепер не викликала у нас ніяких сумнівів, вагань та домислів. Тоді ми і прийняли рішення взяти хлопчика в нашу сім'ю”.

Такі зв'язки сприяють як визначенню і збереженню родинних стосунків, так і прийняттю важливих в житті дитини рішень:

“Мати інколи заходила до нас, щоб відвідати Таню та “попросити на хліб”, тобто на випивку. Я одного разу запросила її до хати поїсти і пожурила, що не влаштовується на роботу, не допомагає доньці, на що отримала відповідь: “Як не платила, так і не буду платити аліменти, а от Таня вже незабаром сама мені буде їх сплачувати”. Цей випадок призвів до прийняття рішення про позбавлення біологічної матері її прав на дитину, щоб в подальшому юридично захистити Таню від можливих зазіхань “горе матері”.

“А от все, що стосується бабусі Тані, ми зберігаємо. Світла про неї пам'ять залишилася у всіх односельчан. Вона ветеринаром була – нікому в своїй допомозі не відмовляла. Скільки бабуся прожила, ото стільки і щастя було у малої дитини. А з її смертю все добро пішло прахом, а дитину мати оформила до інтернату розумово відсталих дітей – щоб не заважала.”

Стосунки прийомної дитини з біологічними батьками та родичами є надбанням її минулого життя. Потреба у підтриманні таких стосунків має визначатися соціальними працівниками та прийомними батьками з врахуванням позитивного впливу на розвиток дитини.

Місток між минулим та майбутнім, між батьківським та дитячим досвідом буде міцно побудований, якщо прийомні батьки будуть:

- підтримувати емоційні зв'язки з біологічною родиною дитини;

- сприяти збереженню у дитини почуття вдячності людям, які були їй близькі в попередньому місці проживання;
- давати пояснення змінам, що надасть змогу дитині відчувати себе причетною до вирішення її життя;
- прагнути заповнити дитячі „пустоти від втрат” турботою про неї;
- розділяти почуття неминучості втрат;
- навчитись уважно слухати.

Прийомна сім'я повинна чуйно ставитися до минулого дитини і сумісно із службою соціального супроводу визначати доречність та характер стосунків із її біологічними родичами.

* * *

Створення прийомної сім'ї можна розглядати як реалізацію глибинних потреб особистісного та соціального зростання прийомних батьків, як результат їх налаштованості на емпатійне ставлення до дітей та допомогу їм.

Як правило, на ранніх етапах розвитку прийомної сім'ї мотивація прийомного батьківства складається стихійно, під значним впливом емоційно-психологічних станів подружжя. Тренінгова підготовка сприяє осмисленню прийомними батьками власних почуттів і дій, а в подальшому - регуляції процесу створення та функціонування прийомної сім'ї.

Ті прийомні сім'ї, які пройшли тренінг після приходу дитини у сім'ю, важче адаптуються до проблемних ситуацій розвитку дитини, сприймають їх реальними перешкодами на шляху соціалізації, схильні до переоцінки власних можливостей та очікувань, виявляють відсутність адекватних реакцій у разі фрустрації як своїх потреб, так і потреб дитини.

Розвиток прийомної сім'ї відбувається відповідно до потреб всіх її членів в тому числі і прийомної дитини. Успіх формування новоствореної прийомної сім'ї залежить від залучення батьків до здобуття психологічних знань стосовно нормативних та специфічних (дітей, що зазнали втрат в біологічних родинах) особливостей розвитку дітей.

Особистість прийомних батьків та їх бажання стати значущими для прийомних дітей є важливою умовою для формування ідентичності дитини. При цьому слід враховувати і реальність власного життя, і реальність життя прийомної дитини, що особливо важливо на перших етапах становлення прийомної сім'ї. Переміна місця

проживання дитини завжди несе в собі травму розлучення з близькими та втрату звичного. Щоб полегшити цей процес розлуки та побудови нових стосунків, слід відмежовувати власний досвід та досвід дитини, власні та дитячі очікування.

IV. ПЕРШІ ЗМІНИ, ЯКІ ВОНИ?

Дослідження засвідчило, що процес інтеграції прийомної дитини в сім'ю, відбувається перш за все через актуалізацію різних її потреб та інтересів, що базуються в *минулому досвіді дитини*.

Діти, що зазнали деприваційних впливів та пережили фрустрацію базових потреб у сім'ях біологічних батьків, особливо гостро відчують зміни в емоційно-потребовій сфері, що настають з їх приходом в прийомну сім'ю. Задоволення-незадоволення потреби в афіліації (у відчутті любові до себе, прихильному ставленні) є однією з тих, які первинно визначають характер всіх інших дитячих потреб.

У полі нашої уваги було 29 прийомних дітей віком від 1,5 до 17 років. Віковий діапазон від 5 до 17 років охоплював 18 дітей. Робота в основному велася із зазначеною групою дітей. Щодо прийомних дітей раннього віку, то нами було проведено короткотривалі повторювальні спостереження за їх розвитком (фізичним та психічним), проаналізовано самозвіти батьків та результати двох медичних обстежень (на час входження в прийомну сім'ю і по завершенню першого року проживання в ній). Дослідженням у прийомних сім'ях було також охоплено 17 біологічно рідних дітей цих сімей віком від 6 до 18 років, щоб встановити, як вони відреагували на прихід в їхню сім'ю нового члена родини і чим різняться їхні потреби, інтереси. Оскільки віковий діапазон значущих потреб дітей мав свої межі, їх зміст ми виявляли за частотою прояву потреби та її інтенсивністю (силою) в тій чи іншій ситуації сімейного функціонування. Отримані дані були порівняні з даними контрольної вибірки (54 дитини пропорційно-відповідних за віком дітям експериментальних груп).

В одній ірландській казці мовиться про хлопчика, який разом з батьком вирушив будувати палац для короля. Коли наприкінці першого дня вони, втомлені, підійшли до підніжжя гори, батько попросив свого малого сина: "Перенеси мене через гору". "Що ви, татку, - запротестував хлопчик, - я ж менший і так вже втомився, що не зможу її і сам

перейти". Батько сказав на те, що вони, в такому разі, мусять повертати додому. Наступного дня все повторилось. Коли ж на світанку третього дня вони стали знову лаштуватися в дорогу, хлопчик поскаржився матері. Вона ж йому порадила: "Коли попросить тебе батько перенести його через гору, то ти, рухаючись вперед, почни розказувати йому ті казки, які я розповідала тобі перед сном". Так і сталось. Коли гора залишилась позаду, батько мовив до сина: "От ти й переніс нас через гору, синку".

Гора в ситуації прийомної сім'ї – це ті проблеми, яких вона не очікувала або які стали занадто великими. Налаштованість один на одного і радість спілкування не дозволяють труднощам поставати горою. А чи в казці була та гора на шляху до палацу?

Сім'я – це спочатку мама, а шлях до людей показує батько

Дослідження виявило деякі відмінності у сприйманні дітьми батька та матері. Третина прийомних дітей прямо виявляла почуття задоволення, "радість" та "щастя" від спілкуванням з обома прийомними батьками. Емоцію радості викликала близька присутність прийомної матері та активна взаємодія з нею: "я радію, коли мама приходить", "бере мене з собою" тощо. У своїх висловах прийомні діти виказують турботу про матір, про її добрий настрій та здоров'я, а також тішаться, коли вона "щаслива", "весела та усміхнена", що сприймається дитиною як ознака безпеки. Можна дійти висновку, що увага матері до прийомної дитини є умовою задоволення потреби дитини в **афіліації*** (любові та прихильному ставленні), **безпеці та захисті**. Навіть сама фізична **присутність матері** визнається значущою майже всіма прийомними дітьми, що супроводжується появою у них позитивних емоцій: "я радію за маму", "я радію, коли вона приходить", "коли вона поруч", „здорова“, „цікавиться моїми справами“. І навпаки, її відсутність викликає негативну реакцію. Виявилось, що навіть незначна напруженість, невдоволеність у голосі матері сприймається прийомними дітьми як несприятлива тривожна ознака: "я злюсь, коли вона не так говорить", а також, „коли мами немає“, "коли вона іде кудись". Ця тенденція була відмічена в поведінці третини прийомних дітей і виявилася зовсім не актуальною для біологічно рідних дітей. Пояснення цьому одна із рідних доньок дає таке: „Я знаю, вона (мати) трішки посердиться, а потім усе рівно дасть дозвіл.“

Слід зазначити, що при визначенні побудників вияву позитивних емоцій від спілкування з матір'ю діти посилаються передусім на підтримку їхнього "Я": "жаліє

мене”, “хвалить”, “любить”, “говорить, що я молодець” тощо. Тож сферу своїх емоційних станів та переживань більшість прийомних дітей співвідносить перш за все з прийомною матір’ю. Можливість поділитися з нею інтересами, переживаннями є бажаною і залишається значущою для прийомної дитини незалежно від її віку. А бажання довести їй свою прихильність переборює будь-які “не хочу”.

Так, наприклад, щоб приготувати для “бусі” її улюблений напій, двоє прийомних синів (хлопчики 8 та 10 років) біжать наввипередки з усіх сил і ладні без принуки працювати з кавомолкою, перетираючи зерна. Буся також складає перспективні плани з врахуванням дитячих бажань: “Спочатку побудуємо сарай для птиці, посадимо город, а потім приступимо до спортмайданчика. Ремонт хати почекає”.

Дослідження засвідчило, що у прийомних дітей у ситуації їх входження в нову родину починає **відновлюватись почуття довіри до світу. Вирішальна роль у формуванні цього почуття належить встановленню довірливих стосунків між прийомною матір’ю та дитиною.**

При оцінці ж чоловічої, батьківської ролі, фактором задоволення потреб є сама його присутність удома, його добрий настрій та готовність до взаємодії; особлива радість для дитини, коли він перебуває в “доброму гуморі”, „сміється”, “обіймає, хвалить, грається зі мною”, „коли у нього добрий настрій”; “катає на мотоциклі”, “погоджується зі мною”. **Авторитет батька** виявився надзвичайно значимий для прийомних дітей, що вони не допускають ніякої критики його дій. На запитання стосовно співвіднесення власних бажань і батьківських вимог хлопчик 11 років відповів: „Тато сказав так зробити... і все тут!” Батько виступає гарантом впевненості дитини у соціальній стійкості сім’ї, виступає джерелом знання про світ, техніку, сприяє створенню у них соціально корисних орієнтацій та розширенню власних перспектив. Діти вказують на свою зацікавленість в бесідах саме з батьком, що проявляється в розмовах про життя та орієнтири в ньому, можливість „безпечних мрій” з ним про майбутнє: „з татом я можу говорити про все”, „ми як почнемо фантазувати, то не можемо зупинитися”, „він мене не відганяє від себе, коли щось майструє і не примушує щось робити.”

Тож, мати дає можливість дитині відчувати інтимні стосунки людської любові, а батько - соціальну захищеність та відкриває шлях до людського суспільства. В народі кажуть: “до людей – по розум, до матері – по серце”, а „сім’я без батька - як хата без даху.”

Вся сім'я вмісті – так і душа на місці...

Отже, *спілкування з матір'ю* задовольняє більшою мірою потребу безпеки та сприяє відновленню довіри до світу, а *спілкування з батьком* – потребу взаємодії та схвалення. Материнське доброзичливе ставлення є для дитини умовою відчуття своєї самоцінності, а увага батька – важливим чинником у пізнанні та освоєнні нового, в розвитку умінь через спільну діяльність та підтримку самостійних зусиль дитини. Позитивний фон психологічної атмосфери сім'ї (доброзичлива мати та спокійний, врівноважений батько) виступає необхідною передумовою задоволення соціогенних* потреб дитини, відчуття нею радості життя, що, згідно з дослідженням, асоціюється у дітей *з прийомними батьками*.

Як у рідних, так і в прийомних дітей виявились домінуючими мотиви реалізації інтересів у родинному колі, спрямованість на спілкування з батьками: *“хотілось би обняти батька, діда та бабу”*; *“виговорити, що наболіло на душі”*, а також встановити стосунки з однолітками: *“побігти до подруг, бо в нас не можна гуляти через бабину сварливість”* тощо. При цьому вияви бажань, оцінкових суджень прийомних дітей були більш конкретними та здебільшого ситуативно детермінованими.

Виявилося, що сім'я для прийомних дітей постає і приймається ними через батьківські фігури і саме цим вона (як форма проживання дитини-сироти) може сприяти відтворенню втраченої у неї (внаслідок ранньої травмованості) довіри до світу. Значущість прийомних батьків для прийомної дитини проявляється перш за все в її бажанні поріднитися з новою сім'єю та постійному прагненні *отримувати підтримку і підтвердження цінності* свого існування від дорослих членів родини, особливо – від прийомних батьків. У ситуаціях же невпевненості прийомних дітей у зацікавленості ними з боку дорослих (прийомних батьків) виникають протилежні - негативні емоції. Хоча в більшості випадків прийомні діти виказують *посилену орієнтованість* в своїх діях та вчинках на особистість прийомного батька, ніж прийомної матері, та все ж таки саме з нею вони в першу чергу готові поділитися своїми почуттями, а вже потім - із батьком. Прагнення до ідентифікації* з прийомними батьками яскраво простежується на дитячих малюнках сім'ї, за тестом “Кінетичний малюнок сім'ї” та підтверджуються даними шкал соціальної дистанції.

Батьки, у свою чергу, теж виявляють готовність ділити з дитиною різні види діяльності, особливо жінка-мати виказує схильність до встановлення близьких стосунків як з рідною, так і з прийомною дитиною. Чоловіки, виказуючи належну увагу дітям, все ж таки більше схильні розділяти інтереси в усіх сферах життєдіяльності сім'ї саме із своїм шлюбним партнером – дружиною. Жінка, таким чином, виступає фактором підтримки сімейної активності чоловіка.

Тож сім'я сприймається дитиною перш за все через особистість батьків. А їх значущість для прийомної дитини забезпечує прийняття нею нових і, можливо, незвичних умов сімейного проживання.

Що очікують прийомні діти від нової сім'ї?

Прийомні діти добре пам'ятають свій перший прихід у сім'ю, особливо свої бажання в ті хвилини. Більшість із висловлених прагнень були по-дитячому безпосередні: *“мені зразу захотілось піти на балкон і подивитись, який має вигляд все, що знаходиться внизу”, “щоб мені купили морозиво”, “щоб у мене був справжній м'яч”, “кросівки з ліхтариком”* тощо.

Входження в прийомну родину сприймалось дітьми як розширення своїх можливостей: *“зразу захотілось поїхати кудись”, “десь побувати”, “когось відвідати”*. Прийомні діти прямо вказували на покращання свого становища з приходом у нову сім'ю, значно вище оцінювали свої можливості в ній у порівнянні з попереднім своїм життям. Зафіксовані позитивні емоції входження в родину: *“хотілося швидше прийти додому – в нову домівку”, “стати їх сином”*, а в майбутньому - зберегти зв'язок з прийомною сім'єю. Разом з тим не зникає бажання відтворити (знайти, розшукати, повернути) свою біологічну родину (матір, брата, сестру).

Тож прийомні діти вважають прийомну сім'ю найкращим місцем для себе, а в майбутньому (в дорослому віці) вони також сподіваються постійно мати з нею зв'язок і залишатись її *“рідною дитиною”*. Дослідження показують, що прийомні діти сприймають нову сім'ю передусім місцем **для задоволення власних потреб та розширення можливостей**, реалізації інтересів передусім розважального характеру.

Також діти сприймають нову сім'ю **як спрямовуючу силу** щодо їхнього навчання, а прийомних батьків тими, хто може надати їм орієнтири життя. Значущість допомоги батьків саме у сфері навчання є вагомою та бажаною для прийомних дітей, хоча готовність

до співпраці знаходиться в іншій сфері – сфері емоційних почуттів та готовності ділитися ними, що криє в собі деякі труднощі внаслідок невизначеності пріоритетів.

Виявлено, що протягом тривалого часу після взяття дитини в прийомну сім'ю (навіть більше року) значна частка дитячих інтересів продовжує залишатися поза межами нової родини або несе в собі ознаки фрустрації та конфліктності. Хоч прийомні діти, на відміну від дітей контрольної вибірки, сприймають свою сім'ю як більш сприятливу та неворожу для себе, все ж таки показники їх тривожності дещо підвищені. А тестова шкала „Конфліктності в сім'ї” вказує, що більша частка прийомних дітей ситуацію сімейного проживання відчують як конфліктну для себе. До цього можуть призводити реальні труднощі в процесі взаємоузгодження різного досвіду (частіше протилежного) прийомної дитини і членів прийомної сім'ї стосовно уподобань, звичок, інтересів тощо.

Налагодження так необхідних для спільного проживання стосунків взаємодовіри утруднюється ще і тим, що прийомні діти (на відміну від власних дітей прийомних батьків) з меншою готовністю та бажанням поділяють сферу своїх інтересів з членами нової родини, з обережністю сприймають прояви з боку дорослих зацікавленості їх внутрішнім світом.

Існує багато причин, чому діти перший час, після їх взяття в прийомну сім'ю виказують неготовність відкрити свій внутрішній світ. „Діти без сім'ї” можуть бути надто травмованими, слабо розвинутими в розумовому плані, скутими у вербальних* проявах або надмірно імпульсивними. Інші - відчувати вагання, щоб не створити собі і своїм близьким ще більше проблем. Деякі діти можуть звинувачувати себе в тому, що сталося в їхніх сім'ях, намагаючись дати пояснення асоціальної поведінці своїх біологічних батьків. Тож спроби дорослих встановити щирі та довірливі стосунки з „дітьми без сімей” можуть розцінюватися останніми (відповідно до їх попереднього досвіду) як загрозові для виживання. Ця небезпека для них вже знайома: вони пам'ятають, як у відповідь на свою безпосередність і щире відкритість до „близьких” зазнавали нехтування, принижень, та жорстокого ставлення, аж до насилля. Відчуваючи свою знеціненість, страх перед невідомістю, яку приховує в собі чергова зміна місця перебування, діти з міркувань безпеки можуть „замкнутися”. Тепер ми можемо зрозуміти і обґрунтувати обережність прийомних дітей.

Прийомні батьки, зі свого боку, теж не завжди виказують схильність враховувати і розуміти наслідки особистісного розвитку „дітей без сім'ї”, що сягають своїм корінням в досвід попереднього їх проживання та стосунків з оточуючими.

Хто сиротою не бував, той не наплакувався...

Ми вже зазначали, що батьки при виборі стратегії спілкування з дитиною теж, як правило, спираються на *власний життєвий досвід*: наявні професійні уміння роботи з дітьми-сиротами, педагогічний досвід, досвід виховання власних дітей, інтуїцію, а також особистісні смисли, які вони виробили у своєму житті і тепер бажають передати дітям.

Уміння батьків узгоджувати власний досвід з дитячим сприятиме налагодженню стосунків у прийомній сім'ї.

У більшості випадків батьки усвідомлюють, що врахування вікових потреб дитини, її інтересів та уподобань може стати перехідним містком між минулим дитини та її теперішнім життям. Та все ж таки щирі зізнання батьків свідчать, що на практиці таке врахування не просто реалізувати. І ціна таких зусиль для прийомних батьків інколи може бути значною.

Наводимо вислів прийомного батька в подібній ситуації: *“Мене в житті вчили лише мої власні спроби. Це єдиний шлях опанування життя. Сьогодні, наприклад, ми “загубили” досить значну суму грошей, але отриманий урок син (прийманий) запам'ятає на все життя. Коли він знову потрапить у подібну ситуацію, згадає не мої розумні слова, а свій досвід. А це найважливіше у житті”*.

Ще деякі приклади досвіду батьків стосовно врахування інтересів та особливостей прийомних дітей:

“Він любить танці, а також для нього важливо мати вільний час. Саме через це я можу достукатись до його серця”;

“Все нове викликає в Андрія опір або агресію. Ми про все з ним говоримо. Я розповідаю йому своє розуміння і бачення речей, а він своє. А на це потрібен час”;

“Аня надзвичайно чутлива. (Вона повністю втратила зір два роки тому.) Я стала її очима – про все те, що я бачу, все кажу їй, а вона розповідає мені про свій світ. Це надзвичайно цікаво - подивитись на світ людини, який вона прагне відтворити в своїй уяві. В її мозку відбуваються інколи незрозумілі для мене та надзвичайно цікаві речі. Ми разом намагаємося їх осмислити і дати їм назву”.

Отже виявлення та врахування раніше набутих дітьми особливостей, потребує від прийомних батьків як часу, так і матеріальних та духовних затрат.

Аналіз показав, що інтегрованість дитини в нову сім'ю найкраще реалізується через значущі для дитини сфери: перш за все *сферу інтересів*, а потім - *розваг* і зовсім не набувається через сферу побуту. Якщо порівняти, наскільки в полі зору батьків представлені сфера інтересів дітей та сфера дозвілля, то можна відзначити досить великий відсоток другої та відносно малий – першої, що однаково стосується як власних дітей, так і прийомних. Це вказує на те, що батьки в спілкуванні з дітьми вибирають більше дієві сфери: навчання (про яке ми писали раніше), розваги та побут. Врахування сфер інтересів та емоційних станів, побудники яких кореняться в попередньому досвіді дитини, і взаєморозуміння щодо яких відбувається в основному через спілкування та бесіди, виявилось найбільш проблемними для батьків.

Слід зазначити, що активна задіяність *побутової сфери* з метою адаптації прийомної дитини в нову сім'ю може нести ознаки *прихованої конфліктності*. Порівняння даних шкал соціальної дистанції батьків та дітей дало змогу розвіяти міф про господарсько-побутову функцію сім'ї як провідну сферу інтеграції дитини в сімейне життя. Хоча побутова сфера відіграє значну роль у близькості прийомної дитини до прийомних батьків (навіть у порівнянні з їх власними дітьми) все ж вона не є емоційною та значущою для сімейного спілкування у порівнянні з іншими сферами названими вище. Участь дитини в спільному веденні домашнього господарства, як засвідчило дослідження, може бути адекватно реалізована лише опосередковано через встановлення довірливих відносин у спілкуванні, через співпереживання емоційних станів а також через дитячі інтереси та розваги.

У ракурсі вищевказаного можна сказати, що успішній інтегрованості дитини у нову сім'ю буде сприяти: врахування специфічності набутих у попередньому досвіді інтересів дитини, здатність батьків враховувати та підтримувати емоційні стани дитини. Але саме представленість інтересів дитини в прийомній сім'ї та конструктивна налаштованість на них членів прийомної сім'ї виявилась, за даними дослідження, найпроблемнішою як для батьків, так і для дітей.

Як поведуть себе рідні діти, коли членами сім'ї стають прийомні?

Цікаво, що прийомні діти, як правило, займають в сім'ї більш близькі позиції до прийомних батьків, ніж власні діти, і відтак користуються більшою увагою в усіх сферах життєдіяльності. Наші дослідження засвідчують, що батьки, сприймаючи усіх своїх дітей як самоцінність, все ж таки більшу зацікавленість демонструють у проведенні вільного часу з прийомними дітьми і схильні в більшій мірі співпереживати їх емоційним станам, надавати саме їм допомогу у навчанні.

Подана нижче таблиця наочно відображає рівень уваги батьків до власних і прийомних дітей.

Розподіл “посиленої уваги” батьків по всіх сферах діяльності дітей
(відсоток відносно загального рівня уваги прийомних батьків)

| Сфера діяльності / Об'єкт уваги батьків | Побут | Дозвілля | Інтереси | Навчання | Емоційний стан |
|---|-------|----------|----------|----------|----------------|
| Власні діти | 6 | 29 | 6 | 6 | 3 |
| Прийомні діти | 10 | 33 | 14 | 21 | 7 |

З приходом прийомної дитини в сім'ю як батьки, так і їхні рідні діти, активізують свою життєдіяльність, спрямовуючи її головним чином на нового члена сім'ї: *“хотілося все йому показати”*, *“захотілося погратися з нею”*, *“я зразу побігла за іграшкою”* та ін. Прихід прийомної дитини в сім'ю супроводжувався у рідних дітей генералізованим почуттям радості: *“зразу стало веселіше”*, *“з'явилося свято”* тощо. Разом з тим, виникають роздуми та прогнозування стосовно можливостей прийомної дитини, особистісних її характеристик: *“а чи буде йому цікаво грати в футбол?”*, *“хотілося, щоб він був розумним”* та ін.

Та впродовж першого року проживання прийомної дитини в сім'ї, як засвідчили спостереження, власні діти поступово (непомітно на перших порах для себе) втрачають звичну для них батьківську увагу, навіть територія їхніх володінь у квартирі зменшується. Тож незабаром, перші радісні почуття та очікування стосовно змін, пов'язаних з приходом друга - прийомної дитини, змінюються відчуттям вимушеного обмеження, ревнощами, що може навіть спонукати рідних дітей прийомних батьків до зухвалої поведінки.

Так, з приходом двох прийомних близнят у сім'ю, старші діти почали пропускати уроки, влаштовувати неузгоджені з дорослими прогулянки на природу.

В іншому випадку, рідна донька прийомних батьків відмовилась відвідувати дитсадок. У неї збільшилась кількість простудних захворювань. Вона лягала в ліжку і казала, що вона маленька і хвора і їй потрібно лікувати. Слід зазначити, що в дану родину була взята дівчинка (1,2 року), яка мала цілу низку медичних діагнозів і потребувала особливого догляду.

Зменшення уваги батьків до власних дітей може призводити також і до позитивних результатів.

Наприклад, з приходом прийомних дітей мати стала менше приділяти уваги дорослому синові (28 років), якого особливо опікала після смерті чоловіка. Активізація природного сепаративного процесу (відособлення від материнської опіки) в даному випадку сприяла влаштуванню власної долі молодого чоловіка. Через рік він створив власну сім'ю і зажив самотійним життям.

Чи можна прогнозувати розвиток прийомної сім'ї?

Яким буде майбутнє прийомне батьківство? Що може виступати критерієм його успішності чи неуспішності? Дослідження показують, що таким **критерієм** є зміст батьківських настановлень подружжя, їх ціннісні орієнтації, вміння контролювати власні дії, та емпатійність ставлення до дітей, а **стабілізуючою основою** - узгодженість подружньої пари. Адже однією з причин сімейних дисгармоній є неадекватне сприйняття мотивів поведінки партнера, приписування один одному інших намірів.

Методика проведених нами досліджень включала бесіди з кандидатами в прийомні батьки та їх тестування в тому числі за методиками: „Вихід із важких життєвих ситуацій”, РСК Дж. Роттера¹⁵ та ціннісні орієнтації М.Рокича; та запитальник емпатійних тенденцій А. Меграбяна і Н. Енштейна¹⁶; PARY – вимірювання батьківських настановлень та реакцій Е. Шефера¹⁷. Останій тест є багатомірним за кількістю параметрів. Тому обробка його здійснювалась методом факторного аналізу. В результаті зіставлення отриманих даних були встановлені чинники, які зумовлюють формуюче сприяння успішності-неуспішності прийомного батьківства.

¹⁵ Р.С.Немов. Психология: Кн. 3: Психодиагностика. –М.: Гуманит. Изд.центр ВЛАДОС,1998. – С. 480, 483.

¹⁶ Практическая психология для преподавателей / Под. ред. М.К.Тутушкиной .Инф. изд. дом «Филинь» 1997 - С. 69.

І якір, і вітрила, а найголовніше – вправний капітан

Першим фактором, що вказує на батьківські настановлення, є здійснення ними *функції соціального контролю* над дитиною. Його крайні полюси – надмірний, авторитарний контроль і, як його протилежність, – повна відсутність контролю над дитиною. Для більшості батьків вплив на дітей виявився дуже важливим. Для прийомних дітей він теж має вагоме значення, оскільки сприяє формуванню у них соціально-прийнятних, співвіднесених з батьківськими, моральних оцінок подій та вчинків, ціннісних життєвих орієнтацій. Щоб забезпечити свій вплив на дитину, батьки вдаються до різних і не завжди адекватних засобів, як-от:

- недопущення зовнішніх впливів на сім'ю: *„Нам не потрібна Ваша допомога, ми самі розберемося.”*, або *„Я турбуюсь про дитину – і цього досить”*;
- заохочення залежності дитини і спрямування її центрованості на сім'ю: *„Сім'я – це твій дім, тільки тут тобі буде добре.”*, *„Тільки ми можемо тебе зрозуміти.”* ;
- заохочення активності дитини через недопущення її бездіяльності, що виявляється в прагненні максимально завантажити дитину корисними, на погляд батьків, справами. В результаті таких дій, як правило, поведінка дитини засуджується, а зразок бажаної не надається;
- прагнення знати все (і навіть більше) про своїх дітей: *„Я знаю, що ти там замислив.”*;
- нав'язування почуття провини за свою батьківську жертвовність шляхом пригноблення волі, сексуальності та агресивності дитини. Обереігаючи дитину від зворотної агресії з боку оточуючих, батьки вимагають від дитини стримувати власні негативні почуття, не даючи при цьому зразка для соціально-прийнятного виказування наявного невдоволення або агресії.
- недопущення критики батьківських позицій, навіть до застосування засобів суворості: *„Мені не личить так балуватися з дитиною, вона вже не маленька!”*.

Такий різноманітний спектр впливу вказує на небажаність для батьків ситуації втрати свого авторитету і свідчить про почуття відповідальності чоловіків та жінок за долю дитини, що активізує їх на пошук усіх можливих методів, які забезпечили б реалізацію делегованої їм виховної функції щодо дітей-сиріт.

¹⁷ Е.И.Рогов. Настольная книга практического психолога в образовании. М.: Владос, 1995. - С. 338.

Крайні позиції батьківського впливу (навіть по відношенню до рідних дітей): жорсткий, тотальний контроль, який проникає у всі сфери життя дитини, чи його протилежність – ліберальний (майже відсутній контроль) зазнають певної критики спеціалістів, бо вони не сприяють становленню дитячої особистості. Такі крайні види контролю можна порівняти з *якорем*, який тримає корабель біля берега, оберігаючи його від бурхливих хвиль зовнішнього світу, та *вітрилами*, що кличуть корабель удалечінь, не виказуючи турботи про безпеку і напрямок плавання. Проте ми добре знаємо, що кораблю потрібні і якір, і вітрила. А найголовніше для нього – це вмілий, вправний і мудрий капітан (*розвинута особистість*).

Наше дослідження показує, що *батьківський вплив потрібно зважено збалансовувати через прийняття прийомної дитини такою, якою вона є*. А стиль та зусилля прийомних батьків необхідно співвідносити з віком та розвитком дитини.

Так, прямі батьківські вказівки щодо бажаної дитячої поведінки виявилися більш адекватними для дітей молодшого віку, які ще „не освоїли своєї бухти – сім’ї”. Щодо „дітей без сім’ї” (враховуючи ситуацію їх розвитку), то цей віковий ценз може бути продовженим і на підлітковий вік. *Проте не слід забувати, що надмірний контроль батьків все ж таки обмежує свободу, а отже й активну позицію дитини в процесі її соціалізації.*

Із хати світу не оглянеш

(активність – пасивність батьків в соціалізації дитини)

Коли дитина маленька для її розвитку надзвичайно важливою є турбота про неї дорослих. Та, підростаючи, дитині необхідно навчитися жити в світі самостійно. Для цього необхідні дві речі: створення батьками зони комфорту, де дитина відчувала б себе захищеною, та навчіння її долати перешкоди на шляху свого зростання.

Первинною зоною комфорту маленької дитини є тепло материнських грудей та лагідність її рук, потім – близькі люди: батько, брати та сестри, бабуся та дідусь; далі – родинний дім. Водночас важливо забезпечити належне використання дитиною простору цієї комфортної зони для свого розвитку. Турботлива материнська й родинна опіка дає час дитині набратися сили, щоб здійснити перші свої самостійні кроки в житті, здолати перші перешкоди, починаючи з порога батьківської хати, який вона мусить *навчитись переступати самостійно*. Підростаючи, дитина все більше стає здатною активно та самостійно освоювати світ і за межами батьківського дому, віддаляючись від комфортної

сфери батьківського піклування та впливу. Бо „з хати світу не оглянеш.” І скільки того світла, що з вікна видно, і хіба достатньо його для дитини (молодої людини), щоб знайти своє місце в світі та реалізуватися в ньому?

Батьки ж інколи, турбуючись про безпеку дітей, надаючи лише тепло родинного дому і не навчаючи їх самостійно долати труднощі, обмежують їхні можливості ознайомлення зі світом, а слідом – і реалізації в ньому. Якщо діти в сприятливому для розвитку родинному середовищі не набули досвіду подолання маленьких перешкод (попередньо завбачливо усунених турботливою батьківською рукою), тоді в дорослому віці навіть посильні для них труднощі виростають перед ними нездоланими перешкодами.

У здійсненні соціалізації дитини мудрість батьків полягає в балансуванні між їх активною і пасивною позиціями в процесі набуття дитиною навичок соціального життя, що можна виразити такою фразою: „ Я тобі допомагаю, але не роблю за тебе”.

У ситуації „дітей без сім’ї” перед прийомними батьками стоїть задача складніша: створюючи для прийомної дитини зону комфорту не обмежувати при цьому їх зростаючу соціальну активність. Адже в прийомній сім’ю приходять діти як правило старше грудного віку, можливості яких в самостійному освоєнні світу більші, але ***при відсутності досвіду тепла комфортної та сприятливої зони для власних проявів.***

Прийомні батьки щиро докладають зусиль, щоб дати „дітям без сім’ї” те, чого їм бракувало раніше: материнське тепло, батьківську ласку, родинний дім. Та співпереживаючи долі дітей, вони не завжди здатні адекватно оцінити ситуацію їх розвитку. Міра емпатії прийомних батьків, як правило, не співвідноситься ними з потребою та віком самих дітей. Вона здебільшого залежить від індивідуальних особливостей самих батьків: їх бажання турбуватися про дітей, мірою соціальної самореалізації і навіть їх віковим діапазоном. Так, батьки старшого віку активніші у своїй турботі оберіганні дітей, спрямуванні їхньої поведінки. А молодші, навпаки, дозволяють більше активності самим дітям.

Тож прийомним батькам у соціалізації „дітей без сім’ї” важливо пам’ятати про співвіднесення вікових можливостей самих дітей та їхньої набутих за час сирітства особливостей з власною активністю у виявах турботи. При входженні молодших дітей в прийомну сім’ю батьки мають більше часу, щоб разом пройти з дітьми шлях від створення родинного дому до виходу в світ. Для старших же дітей, які не зазнали в дитинстві

родинного тепла, важливо вдало поєднати створення зони комфорту родинного дому з відкриттям дверей та доріг у широкий світ.

Тож ставлення батьків до соціалізації дитини та вибір у цьому процесі своєї позиції (активної чи пасивної, такої, що пригнічує волю дитини, чи поступливої тощо) буде сприяти, чи заважати на шляху до самостійного життя.

Троянда під ковпаком

(навчіть пташку літати і випустіть її з гнізда)

У казці Сент-Екзюпері Маленький Принц старанно оберігав свою троянду від баранчика і тримав її під ковпаком. Така турбота викликає у нас лише почуття схвальності та захоплення. Не відразу приходить, а може й зовсім не прийти думка про те, що та троянда і була такою тендітною та манірною через постійне оберігання її від навколишнього світу і його, часом, жорстокого впливу (в особі „баранчика”, який хотів її з’їсти). Хоча троянді були дані природою колючки, Маленький Принц не навчив її ними користуватися та й не повідав, що баранці взагалі-то, не такі вже й любителі троянд. Виходить, обережне ставлення було не причиною, а наслідком його бажання виказувати свою турботу троянді. А що значила ця турбота для троянди?...

Буває подібним чином будується і позиція батьків, які часто перебільшують загрозу навколишнього оточення щодо своїх дітей, і тому завищують чинники, які б вказували на життєву необхідність їхньої турботи. Інколи їхні тривожність і страх зростають через власну розгубленість, безпорадність перед соціумом. У таких ситуаціях батьки (частіше матері), боячись “загрозливого” соціального оточення і не бажаючи відпускати дорослих дітей “у вирій”, навіть згодні допустити з їх боку критику своєї позиції. Останнє є позитивним чинником, оскільки означає відсутність авторитаризму і готовність до плюралізму думок, та вибраний для цього момент не викликає схвалення - адже доросла пташка повинна вилетіти з гнізда, щоб розпочати самостійне життя, і цей виліт слід готувати з раннього дитинства і стимулювати в юнацькому віці...

Виказуючи боязнь завдати дитині якої-небудь шкоди, оберігаючи їх від труднощів (ковпак для троянди), батьки намагаються якомога довше тримати дітей у сім’ї. Благополуччя дитини часто розглядається батьками через призму досвіду власної спроможності реалізуватись як в соціальному, так і в сімейному житті. Дослідження засвідчило, що, при високій значимості сімейного життя та його пріоритетності для прийомних батьків, прагнення до “громадського визнання” та високих “соціальних

домагань” не займають таких же значимих позицій в їх житті, а інколи навіть ігноруються. Тож відчуваючи вдоволеність стосовно реалізації своєї сімейної спрямованості, батьки інколи не мають власного досвіду самореалізації в соціальному і в професійному плані.

За наявності у прийомних батьків власних проблем соціальної та професійної самореалізації їх батьківська крайня позиція – сприймання соціуму як небезпечного для дитини та наголошення на сприятливості бажаного сімейного оточення може підсилюватися підпорядкуванням власного, батьківського “Я” дитячому. Проте згадаймо, що для «дітей-без сім’ї» батьківські фігури є ключовими - тими, що не лише відкривають для дитини сімейне життя, а й забезпечують їй підтримку й орієнтири при виході у „світ”. Цей шлях долається успішно завдяки не підпорядковувачим, а паритетним стосункам.

Подружні стосунки – гніздечко для дитячої душі

Важливим чинником прийомного батьківства виступає налагоджене *внутрішньосімейне спілкування*. В ситуації створення прийомної сім’ї факторами ризику як для чоловіків, так і для жінок виявилися подружні конфлікти, причиною яких можуть бути: роздратованість жінки через сімейні клопоти, посилення непередбачених вимог до соціальної ролі чоловіка, неухважність чоловіка до жінки і навпаки, недостатність виконання чоловіком господарсько-побутової функції в сім’ї, обмеженість жінки лише сферою домашніх турбот і неможливість її самореалізації в соціальному плані.

У разі виникнення подружніх конфліктів створюється дистанція між батьками та дітьми, яка може призводити або до уникнення батьків спілкування з дитиною, або до створення „коаліції” разом з нею „для війни” з другою своєю половиною. У процесі таких непорозумінь дитина втрачає для батьків риси унікальності і оцінюється лише як об’єкт впливу. Вона, зберігаючи соціальний статус сім’ї, підтримує ілюзію сімейної цілісності та закріплює в ній роль і місце головної фігури - піклувальника дитини, яким може бути як мати, так і батько.

Та з цих пір сім’я стає вже не здатною до власного розвитку і створення сприятливих умов для повноцінного становлення дитини. Тоді радощі сім’ї покидають її, залишаючи лише турботи, турботи, турботи... При цьому статусна роль фігури піклувальника (в нашому дослідженні в основному це материнська фігура, хоча є також і батьківська) внаслідок розширення владних повноважень та підвищення відповідальності залишається неврівноваженою аналогічною позицією подружжя, що може означати

приховану готовність до ще більшої завантаженості додатковими обов'язками основної батьківської фігури.

А куди ж поділась радість подружнього життя, радість спілкування, виконання соціальних ролей чоловіка та жінки? Залишилися лише батьківські ролі... Що ж батьки, виступаючи лише в батьківській ролі, можуть передати своїм та прийомним дітям? Уміння бути батьками? Так, це великий дар! Але є ще одна важлива сторона нашого життя – це особиста. Що за люди – батько і мати? Як вони реалізують себе в різних сферах життя? Саме виконання батьками соціальних ролей є школою, зразком і колискою перспектив дитячого особистісного становлення. А виконання батьківських функцій є вдалим інструментом у цьому процесі.

Пам'ятаєте? „Сім'я – це спочатку мати, а батько введе у світ; та найкраще, коли ми разом...”

Тож першим чинником, який відіграє позитивну роль у створенні та врівноваженні подружніх стосунків, досягненні в них гармонії є **комунікація**: в родинних стосунках, між самим подружжям, батьками та дітьми, під час вирішення питань самореалізації. батьків - соціальної та сімейної.

Розвинутість комунікативних умінь (уміння слухати, ведення переговорів, прийняття оптимальних рішень в конфліктних ситуаціях, навички саморозкриття, схильності до емпатії), буде сприяти збалансованому функціонуванню сімейної системи: вмінню утримувати оптимальну дистанцію близькості-віддаленості в міжособистісних стосунках, здатності сім'ї зберігати свою унікальність, готовності до перерозподілу сімейних ролей та обов'язків, гнучкості в їх виконанні. В таких ситуаціях у чоловіка-батька не буде виникати вагань стосовно того, чи пригорнути доньку-підлітка, а чи навмисно уникати задоволення її природного прагнення відчувати тепло і надійність батьківських обіймів – чоловічих та без підозри в сексуальному змісті. У свою чергу в підтриманні сімейної гармонії можуть виникнути серйозні проблеми тоді, коли сімейні ролі та правила надто чітко розподілені і незмінні, а контролююча функція жорстко закріплена за одним членом родини.

Другим важливим чинником налагодження сімейних стосунків у новоствореній прийомній сім'ї є **визнання та підтримка пріоритетності основної фігури** заміщувальної опіки (якою може бути як мати, так і батько), щоб не потрібно було гаяти часу та сил на боротьбу і відстоювання особистісної важливості обраного напрямку життя

і його значення для дитини-сироти. Та все ж таки це перший крок, за яким має йти уміння налагодити партнерські стосунки, щоб узгоджено спрямовувати свої зусилля у виховному процесі.

Ситуація: батько ініціював створення прийомної сім'ї. Мати активно включилась у виховний процес. Проте через деякий час зростаюча конфліктність у подружніх стосунках досягла рівня розірвання шлюбу.

Причина: а) за батьком не була визнана та закріплена пріоритетність рішення створення прийомної сім'ї. б) не визначивши через комунікацію своєї ролі у виховному процесі кожен з батьків рухався у своєму напрямку: мати спрямовувала свої зусилля на здійснення відтворюючого навчання, щоб підготувати дитину до вступу в ліцей; а батько, хоч однозначно не перечив методам впливу матері, однак свій виховний вплив здійснював децю по-іншому. Неузгодженість позицій та виховних впливів призвело до сімейної кризи (а можливо ситуація створення прийомної сім'ї поглибила вже існуючі між подружжям проблеми?). Наочно таку сімейну взаємодію можна так зобразити:

Малюнок 1

Малюнок вказує на поєднуючу роль прийомної дитини між батьками. Відсутність прямої комунікації подружжя „посилює” позицію дитини, надаючи їй пріоритети для маніпулювання батьками на свій розсуд.

Створений конфлікт не піддається вирішенню ніякими зовнішніми засобами: ні територіальним відмежуванням, ні уникненням сімейних негараздів через посилення професійної діяльності, ні залученням „третьої сторони” для підкріплення правильності своїх дій. Розвиток даного конфлікту можна зупинити лише в тому разі, якщо подружжя відчує себе готовим сісти за стіл переговорів. Тоді взаємодія в сім'ї буде мати такий вигляд:

Малюнок 2

Зв'язки між членами родини будуть здійснюватися в такій взаємодії безпосередньо, а не через третю особу.

Впливовою на ефективність функціонування прийомної сім'ї є також сприятлива державна соціальна політика. Вона допомагає прийомним батькам відчувати соціальну

значущість обраного ними шляху не лише на особистісному рівні, а й на державному. Визнання значення соціальної ролі прийомного батьківства в межах родини і в межах держави є тими умовами, які створюють сприятливе підґрунтя і в сім'ї, і в державі для розвитку інституту прийомної сім'ї. Та все ж таки адекватна реалізація допомоги дитині-сироті та гарантування її достатньої тривалості (чи тимчасової, чи постійної - по досягненню дитиною повноліття), можлива лише за встановлення паритетних стосунків як і на рівні сім'ї, так і на рівні держави.

Визначеність основних орієнтирів спрямованості, взаємозамінність, гнучкість, та взаємоузгодженість є основними засобами побудови „сімейного корабля”. А сприятлива соціальна політика зменшує перешкоди на шляху його руху.

Що робить корабель міцним?

Перш за все, міцним корабель роблять ціннісні орієнтири подружжя.

Схожість основних життєвих цінностей (термінальних), лежить, як правило, в основі створення кожної життєздатної сім'ї. Дослідження засвідчило, що для подружжя майбутньої прийомної сім'ї неодмінною домінантою в рангу життєвих цінностей є саме сім'я, добробут усіх її членів, а також власний розвиток і творча самореалізація. А самі життєві позиції та досвід подружніх взаємостосунків набуваються кожним з подружжя здебільшого в прабатьківських родинах (тобто в родинах, з яких вони походять).

Чоловіки та жінки зі схожими термінальними цінностями та подібним досвідом сімейних стосунків в прабатьківських родинах мають, фактично, однаковий ***„генеральний план”*** побудови власної сім'ї. Один в одному вони знаходять і підтримку, і підтвердження правильності своєї життєвої позиції. Дослідженням відмічається, що принцип тотожного відтворення батьківського шлюбу по чоловічій лінії (теорія „дублікатів”) є превалюючим у побудові шлюбу створених прийомних сімей. Це означає, що „генеральний план” чоловіка не зустрічає опору з боку дружини і приймається нею „до виконання”. Так був прийнятий та узгоджений напрям руху більшістю із „сімейних кораблів” наших прийомних сімей (ми зазначаємо лише домінуючу тенденцію, не вдаючись до аналізу індивідуальних варіантів). Дане твердження не заперечує можливість існування інших моделей побудови міцного корабля.

Також дослідження засвідчило, що вибір ***способу та засобів дії*** (інструментальних цінностей) у різних життєвих ситуаціях, зокрема у вихованні дитини, стають надзвичайно

важливими вже в перші дні існування прийомної сім'ї. Для всіх сімей завжди існують складнощі в набутті навичок сімейного спілкування, конструктивного вирішення побутових та соціальних проблем, виходу із критичних ситуацій. А в ситуації прийомної сім'ї ці уміння стають надзвичайно важливими. Тренінг здатний за короткий час озброїти подружжя умінням конструктивного виходу із щоденних проблемних ситуацій. Але тренінг – це лише школа плавання”. “Пливти” все ж таки майбутній сім'ї потрібно буде самотійно.

Схожість інструментальних цінностей робить сім'ю динамічнішою і стабільнішою, готовою до подолання труднощів. Тому нам приємно відмітити високий (майже тотожний) показник сумісності саме за інструментальними цінностями серед чоловіків і жінок – подружжя прийомних сімей. (це ще одна модель побудови міцного корабля, тільки іншого рівня).

При цьому перевага надається батьками таким цінностям, які базуються, перш за все, на власній відповідальності, чесності, вихованості, життєрадісному ставленні, а також сприйнятті та розумінні інших, що загалом можна інтерпретувати **як домінування цінностей спілкування та альтруїстичної спрямованості**. Вісь їхніх домінуючих ціннісних орієнтацій розташовується у сфері сімейного оточення і спрямована на забезпечення добробуту інших (що також оцінюється умовою власного благополуччя). Ілюстрацією такої спрямованості можуть слугувати слова прийомної матері: *“Не можна бути щасливим, коли біля тебе хтось страждає”*.

Однак слід відмітити небезпечність надмірного альтруїзму. Похвальні на перший погляд твердження: *“Ми живемо тільки заради дітей”*, *“Я б усе віддала своїй дочці, тільки б вона була щасливою”*, засвідчують підвищену жертвовність, яка насправді може означати соціальну нездатність батьків, або відсутність інших (також необхідних для повноцінності життя) соціальних і особистісних пріоритетів та цілей. “Віддавання” себе повністю без залишку призводить до вичерпування життєвих сил і зрештою до спустошення. Чи не доводилось нам чути про “невдячність” дітей? Систематично практикуючи лише навички “отримання”, діти таким чином і стають тими невдячними та егоїстичними.

Отже, альтруїзм має бути гармонійним, допомога - затребуваною, підтримка - своєчасною і відповідною, дії - компетентними.

Ми повинні пам'ятати, що допомога дитині-сироті та її виховання – процес довготривалий. В ситуації прийомного батьківства *стійкість бажання* створити прийомну сім'ю слід теж розглядати однією з важливих характеристик стабільності „сімейного корабля”.

Чи однаковим є шлях чоловіків та жінок до створення прийомної сім'ї?

Жінкам характерний тісний зв'язок між сферою сімейних стосунків та сферою досягнень особистої самореалізації, де виховання дитини сприймається як найбільша цінність і навіть мета у житті. Дослідження засвідчило, що сімейне життя розглядається жінкою бажаною перспективою, яку вона прагне “будувати” у відповідності до власних уподобань і цінностей. Жінкам також властива гнучкість у розподілі уваги між різними сферами діяльності, зокрема в поєднанні: “сім'я - робота”.

Для чоловіків стабільність бажання реалізувати себе в батьківстві визначається наявністю у них внутрішньо зумовленої відповідальності за результати своєї діяльності. Зовнішні, соціальні фактори (переміна місця роботи, зміна начальства, проблеми колегіального спілкування чи навіть зміни політичних ситуацій) оцінюються ними відповідно до власної життєвої позиції, яка створюється впродовж усіх років життя і слугує основою для прийняття рішень. Для таких чоловіків сім'я як цінність є можливістю розвивати і реалізовувати такі загальнолюдські почуття, як любов, взаєморозуміння, терпіння, допомога і піклування про інших. Тому можна сказати, що такі чоловіки стають гарними сім'янинами і батьками, ніж чоловіки, які більше залежать від зовнішніх, соціальних факторів, а отже й відповідальність за результати своєї діяльності в різних сферах (професійній, сімейній тощо), як правило, покладають саме на зовнішні обставини, а не беруть на себе.

Дослідження встановило, що чоловіки в більшій мірі, ніж жінки, орієнтовані на створення містка між внутрішнім, сімейним життям і зовнішнім - соціальним. Виробничі відносини, сфера досягнень, сімейні стосунки (згідно даних тесту РСК) виявилися настільки взаємопов'язаними, що удачі, чи невдачі в одній сфері провокують відповідний їх розвиток і в іншій, а одночасне виникнення негараздів в обох сферах життєдіяльності може призвести до проблем із здоров'ям. Сприятлива ж сімейна атмосфера, як встановило дослідження, забезпечуватиме, з одного боку, зростання здатності чоловіків до

адекватності в сприйнятті реальних досягнень та невдач, збереження їх здоров'я, а з іншого – до успішності в професійній самореалізації.

Вищевказані чинники - *сімейна орієнтація, емпатійне ставлення до дітей, сумісність термінальних та інструментальних цінностей створюють фундамент для тривалого виконання батьківських функцій* –, гарантують, мов компас, сімейному “кораблю” правильність курсу та здатність його дотримуватися. Труднощі, які неодмінно виникатимуть у процесі життєдіяльності сім'ї, мов непогода, вимагатимуть від сімейного “корабля” додаткової витривалості. Тому надзвичайно важливою особистою якістю як чоловіків, так і жінок є *здатність до подолання життєвих негараздів* та наявність гнучких адекватних засобів вирішення різноманітних життєвих питань.

Основним таким засобом – інструментом, про що вже згадувалося, є *комунікативні уміння* подружжя: готовність висловити і обґрунтувати свою позицію, поділитись побоюваннями і переживаннями, вислухати партнера і об'єктивно зважити його позицію. Готовність усіх членів родини до взаємодії не допускає замикання сімейної системи лише у своїх рамках, сприяє поглибленню усвідомлення не лише сімейних, а й соціальних, зокрема професійних обов'язків, виробляє уміння їх ефективно узгоджувати і тим самим досягати успіху у виконанні відповідних ролей як у сімейному, так і професійному колі.

Дослідження також засвідчило, що *лише повна сім'я може адекватно здійснювати виховний вплив на дитину*. При відсутності одного з батьків завантаженість на функціонуючу батьківську фігуру буде зростати, що може позначитись як на здоров'ї самого піклувальника, так і провокувати відхилення в здійсненні виховної функції.

Так, наприклад, чисто жіноче виховання має тенденції до завищення самозначущості дитини, розвитку жертвовності та страху за неї, зростання невдоволеності жінки сімейним станом і, як результат, утруднення взаємин між матір'ю та дитиною, а також виникнення перешкод на шляху її соціалізації.

Чоловіче ж виховання, як правило, не заглиблюється у вирішення безлічі поточних побутових та особистісних проблем дитини, чим обумовлюється зростання необхідності перекладання їх на жінку, яка в даному контексті сприймається лише в ролі домогосподарки. Це призводить до обмеження в очах дитини як зразків для статеворольових ідентифікацій, так і повноцінного набуття нею досвіду сприймання та виконання різних соціальних ролей.

Прийомна сім'я – це живий організм, в якому час від часу можуть відбуватися (мати місце) як позитивні, так і негативні процеси. Успішність перебігу адаптації членів прийомної сім'ї (батьків до дітей, дітей до батьків) залежить від розуміння батьками потреб прийомної дитини та усвідомлення можливих труднощів.

Для прийомних дітей першою сходинкою до повернення у дитинство (що було скалічене ранніми травмами втрат) і вивільнення від пут попереднього досвіду є емоційне спілкування з прийомною матір'ю. Роль батька надзвичайно важлива для майбутньої соціалізації дитини – “виведення її у світ, до людей”.

На перших порах „замкненість” прийомної дитини не повинна засмучувати прийомних батьків. „Квітці, що потерпіла від негоди, потрібен час, щоб розкритися назустріч сонцю”. Шлях до душі прийомної дитини лежить через урахування її особистісних та вікових потреб, набутих у попередньому досвіді. Цей шлях буде надійнішим, якщо пролягатиме через сферу емоційних стосунків, певнішим, якщо враховуватиме дитячі інтереси, багатим на здобуття та ефективнішим завдяки встановленню батьками чітких орієнтирів у навчанні. Надмірне заглиблення у сферу розваг збіднить, зробить поверхневим, а домінування побуту - конфліктним. Батькам же слід провести дитину через всі шляхи.

Для прийомної дитини надзвичайно важливою є ідентифікація себе як члена нової сім'ї, відчуття приналежності до родини і залежності від неї. Проте надмірне захоплення батьків своїм впливом і контролем над дитиною може завадити її успішній соціалізації. Батьківська позиція у соціалізації дитини повинна бути активною, узгоджуватися з віковими нормами розвитку дитини, полягати перш за все у навчанні “пташки літати” і наданні їй можливості для самостійного тренування.

Гармонійні стосунки між подружжям є запорукою успішної інтеграції прийомної дитини в сім'ю.

При здійсненні підготовки кандидатів в прийомне батьківство психологам і соціальним працівникам слід враховувати, що міцність майбутньої прийомної сім'ї можна прогнозувати, спираючись на сумісність термінальних та інструментальних цінностей, узгодженість загальножиттєвого та сімейного досвіду, отриманого у батьківських родинах. Здатність прийомних батьків до виконання батьківських функцій гарантується наявністю у них внутрішньо обумовленого почуття відповідальності (інтернальний локус контролю),

таких особистих якостей, як уміння долати життєві труднощі, схильності до емпатії та готовність до набуття комунікативних навичок партнерської взаємодії.

Держава виступає гарантом та повноцінним партнером прийомної сім'ї через соціальну політику, фінансову підтримку та допомогу (організація соціального супроводу) і відстежує ефективність діяльності цього важливого інституту підтримки та соціалізації дітей, які не мають можливості виховуватися у рідній сім'ї.

V. УРОК РОЗПОЧАВСЯ

Ми спостерігали та досліджували зміни у функціонуванні вже створених прийомних сімей. Згадайте оптимістичні вислови прийомних батьків, які оцінювали прихід прийомної дитини у сім'ю: *“Наш дім засяяв радістю”*. Сам факт створення прийомної сім'ї означав для них задоволення потреби в розширенні сім'ї, бажання піклуватись про дітей тощо.

Атмосфера в новоствореній сім'ї

Відомо, що сім'я реагує на будь-які зміни як цілісна система. В новій сім'ї з приходом прийомної дитини виникають нові потреби та інтереси, задоволення яких вимагає часом напружених психологічних зусиль. Чи готова до них сім'я? Адже в народі кажуть: „У дощ хати не криють, а коли ясно, й сама не тече...” Звичайний ритм життя сім'ї не включає “антистресової програми” (адже „небо ясне”).

Входження дитини в сім'ю – це перш за все зміни. І добре, коли “дах міцний” і його не слід крити. А якщо – ні? Тоді неготовність сім'ї до зміни умов свого життя, труднощі, що виникають при цьому, можуть призвести до напруження та стресу.

З допомогою методики “Типовий сімейний стан” Е.Ейдемільера та В.Юстицькиса¹⁸ були проведені дослідження змін психологічних станів членів прийомної сім'ї після трьох та шести місяців проживання в їхній сім'ї прийомної дитини. Подібне ж дослідження було виконано серед сімей, які не брали на виховання дітей-сиріт (контрольна вибірка), щоб установити, наскільки зміни, які виникли в прийомній сім'ї, пов'язані саме з входженням до неї прийомної дитини, а не з дією інших чинників. Результати зіставлення даних дослідження розглядаються в цьому розділі книги.

Створення та функціонування прийомної сім'ї, особливо в період адаптації, супроводжувалось посиленними емоційними переживаннями кожного її члена. Ці

¹⁸ Э.Эйдемиллер В.Юстицкис Психология и психотерапия семьи. – СПб.: «Питер», 1999. – С. 554.

переживання можуть сягати індивідуальної межі стресостійкості кожного члена родини, або й навіть перевищувати її, спричиняти патологічний розвиток сімейних стосунків.

За даними дослідження лікарів Холмса і Раге (США) у відповідних умовах стресове навантаження на рівні 150 балів означає 50% вірогідності виникнення у людини якихось хвороб, а при 300 балах ця вірогідність збільшується до 90%. Тож, користуючись методикою Холмса і Раге „Визначення стресостійкості і соціальної адаптації”¹⁹, ми виміряли навантаження, якого зазнають батьки тих прийомних сімей, у котрих діти проживають уже тривалий час (від 2-х до 10 років), а також здійснили психодіагностичні зрізи: в рік, що передував створенню прийомної сім’ї, в рік її створення та по завершенню першого року її існування. Отримані дані були також порівняні з даними проведеного аналогічного вимірювання в контрольній вибірці.

Дослідженням було доведено: прихід прийомної дитини в сім’ю спричиняє ланцюг перемін і виступає для неї стресором. Рівні стресових навантажень прийомної сім’ї за рік до її створення, на початку її існування та впродовж наступних років мають тенденцію до зростання і вже не понижуються до своїх початкових показників (див. дод. 3). Виявилось, наприклад, що рік входження дитини в прийомну сім’ю характеризується подіями, які збільшують стресогенне навантаження членів сім’ї на **219 балів**. Таке збільшення вже само по собі потенційно може стати причиною виникнення стресової ситуації – адже воно означає 70% вірогідності розвитку хвороб. А загальне стресове навантаження прийомної сім’ї в перший рік її існування **перевищує в 2-3 рази** навантаження сімей, які не виказали бажання взяти на виховання дитину-сироту. З поданої нижче таблиці 1 видно, які саме переміни в перший рік існування прийомної сім’ї спричиняють ріст її стресового навантаження.

Таблиця 1

| Життєві події (за шкалами Холмса і Раге) | Навантаження (в балах) |
|--|------------------------|
| Зміни кількості членів сім’ї, що проживають разом, переміна характеру та періодичності зустрічей з іншими членами родини | 15 |
| Переміна індивідуальних звичок щодо сну, порушення сну | 16 |
| Переміна соціальної активності | 18 |
| Переміна звичок щодо проведення відпочинку, відпустки | 19 |

¹⁹ Практическая психодиагностика Методики и тесты: Уч.пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАМ-М», 2000. - С. 149.

| | |
|---|-----|
| Відмова від певних індивідуальних звичок, зміна стереотипів поведінки | 24 |
| Переміна умов життя | 25 |
| Проблеми з родичами | 29 |
| Посилення конфліктних стосунків подружжя | 35 |
| Переміна фінансового стану | 38 |
| Сумарне навантаження | 219 |

Прийомні батьки також зазначили, що з часом вплив вказаних чинників дещо зменшується. Та все ж таки тривалий термін проживання прийомної дитини в сім'ї (більше 2-х років) не послаблює напруження деяких аспектів сімейного життя подружжя. Таблиця 2 ілюструє переміни тривалої дії, що призводять до стресових навантажень у прийомній сім'ї.

Таблиця 2

| Життєві події (за шкалами Холмса і Раге) | Навантаження (в балах) |
|---|------------------------|
| Переміна звичок щодо проведення відпочинку, відпустки | 19 |
| Відмова від певних індивідуальних звичок, зміна стереотипів поведінки | 24 |
| Переміна фінансового стану | 38 |
| Переміна умов життя | 25 |
| Переміна характеру та частоти зустрічей з іншими членами родини | 15 |
| Сумарне навантаження | 121 |

Як бачимо, тривале проживання прийомної дитини в сім'ї збільшує фон психологічного навантаження на **121 бал.** Якщо порівняти навантаження прийомної сім'ї в перший рік її існування (219) і в наступні роки (121), то можна сказати, що в сім'ї **відбуваються процеси пристосування до ситуації підвищеного рівня функціонування:** прискорення ритму життя, збільшення щоденного фізичного та емоційного навантаження, зростання відповідальності. А при появі додаткових сімейних чи особистих труднощів її показники можуть легко досягнути межової зони, де ризик розвитку травм, хвороб та інших кризових явищ сягатиме 90%. Даний факт може стати однією з причин розвитку деструктивних змін у житті членів прийомної сім'ї, зокрема батьків, зменшити тим самим їхню здатність виконувати батьківські функції.

А що в такій ситуації робити прийомній дитині, „коли дах у хаті тече?” Знову змінювати своє місце проживання, втрачати близьких людей?... Саме з цих причин набуває першочергового значення організація належного **соціального супроводу** створених прийомних сімей. Збереження прийомною сім'єю резервності свого стану означає, що прийомна дитина нарешті отримає постійне сімейне оточення, а сім'я згуртується та реалізує свої прагнення – надати домівку дитині-сироті.

Прагнучи створити прийомну сім'ю, батьки інколи не передбачають тих змін, яких може зазнати устрій їхнього сімейного життя. А сприймаючи їх як щось випадкове і несподіване, чи взагалі ігноруючи їх існування, батьки тим самим лише послаблюють свою здатність переборювати стреси, якими неодмінно супроводжуються переміни.

Ми можемо долати перешкоди, коли здатні їх побачити. І лише в такому разі зможемо вчасно запросити допомогу. Тренінг, а в подальшому соціальний супровід допоможуть прийомним батькам реально виявити та проаналізувати зміни в сім'ї, які відбулися внаслідок розширення її складу, а отже - в подальшому упоратися з ними. Стосовно ситуації прийомного батьківства народна приказка „не винось сміття з хати” втрачає свою мудрість. Бо як вчасно „не вивезеш разок, то буде цілий візок”. Виконуючи соціальну роль сім'ї заміщувальної опіки стосовно дитини-сироти (а не лише власної сім'ї), прийомним батькам потрібно бути особливо уважним до себе. Відстежуючи всі сімейні зміни, бути готовими до їх аналізу і вжиття відповідних запобіжних заходів, а не збирати всі прикрощі до купи, аж поли не стане вже сил їх стерпіти.

Тож батьки повинні знати, що прихід прийомної дитини в сім'ю – це і радість, і переміни. Уявлення про них надасть тренінгова підготовка, а виявити їх та подолати без зайвих витрат допоможуть соціальний супровід та консультації у спеціалістів.

Зміни бажані і небажані

Отже, прихід прийомної дитини в сім'ю спричиняє в ній зростання кількості стресогенних життєвих подій. Такими подіями можуть бути: зміна розкладу дня, перестановка меблів у квартирі, непорозуміння з сусідами та друзями, посилення конфліктності в подружжі, а також з родичами. Ускладнювати наявну ситуацію можуть ще й непередбачувані події – смерть близьких членів родини, рецидиви хронічних хвороб, травматизація тощо.

Для прикладу, простежимо травматичні події в житті однієї прийомної сім'ї. За півтора року існування сім'ї подружжя пережило такі події: смерть трьох близьких членів родини, рецидив хвороби у старшої дочки, який поставив перед сім'єю проблему її можливої інвалідизації, рецидив хвороби у прийомної матері, що призвів до її місячної госпіталізації. Загальна стресова характеристика сім'ї за методикою Холмса і Раге перевищувала на той час 500 балів.

У житті іншої сім'ї обмежені житлові умови, неочікувані події (смерть двох близьких людей) підвищили стресогенність та конфліктність в сім'ї. Показники стресової характеристики прийомного батька цієї сім'ї мали таку динаміку: в рік, що передував створенню прийомної сім'ї, – 25 балів, у рік створення прийомної сім'ї – 95 балів, у перший рік проживання дитини в прийомній сім'ї – 378 балів. Як видно з прикладу, для чоловіка-приймного батька, початковий індивідуальний “стресовий фон” досить низький – 25 балів. Його стрибок до 378 балів (що становить 90% вірогідності виникнення захворювання) не міг не позначитись на фізичному та психічному стані, а також на ефективності виконання ним сімейних ролей, в тому числі і батьківських, що й поставило питання про здатність даної прийомної сім'ї взагалі продовжувати своє функціонування.

Тож і прийомним батькам, і соціальним працівникам слід розуміти, **що в ситуації створення прийомної сім'ї немає дрібниць**: навіть відсутність в домі вільного місця для розміщення меблів для дитини може спричинити непередбачені наслідки. Реальна оцінка соціальним працівником спільно з кандидатами наявних у них умов для розміщення дитини є важливим етапом підготовки до прийняття рішення про створення прийомної сім'ї.

Підвищення сімейного навантаження життєвими подіями несе також і позитивні зміни в родину. Дослідженням встановлено, що в процесі функціонування прийомного батьківства на фоні зростання загальної стресової навантаженості членів сім'ї спостерігається активізація певних їхніх соціогенних потреб. Зростає почуття успіху, бажання розширити свої знання – особливо у жінки-матері як основної батьківської фігури, підвищується роль батька в сім'ї, а також значущість професійного самовизначення – особливо у чоловіків. Можна зазначити, що у прийомних батьків із створенням прийомної сім'ї відновлюються прагнення та спроби самореалізуватися в соціальній сфері життя. Але слід пам'ятати, що ці приємні переживання теж потребують додаткових зусиль і затрат енергії.

Отже, прихід прийомної дитини в сім'ю переживається і *як стрес, і як опір стресові*. Зростання активності батьків як у соціальному відношенні, так і в напрямку посилення уваги до сімейного життя та професійного функціонування сприяє розширенню меж функціонування сім'ї, сфери допустимих контактів, що робить сімейну систему більш гнучкою та здатною до змін у нових умовах життєдіяльності.

Батьки прийомної сім'ї, як господарі власного “корабля”, повинні передбачати зміни, які на них чекають, “прорахувати” запас міцності свого „корабля”. Тож немає сумніву, що для успішного подолання прийомними батьками „стресових порогів” їм слід оволодівати конструктивними стилями реагування на типові і нетипові ситуації.

Роль соціального супроводу при створенні прийомної сім'ї полягає в тому, щоб попередити батьків про зміни, яких їм слід очікувати, а в ситуації її функціонування - стати батькам підтримкою у важких для них моментах освоєння виконання нової соціальної ролі – прийомної опіки. Як показали наші спостереження і дослідження, психологічні знання прийомні батьки можуть отримувати в групах-зустрічей з обміну досвідом. Завдання спеціалістів-психологів, що проводять такі зустрічі, полягає в тому, щоб, спираючись на внутрішні психологічні ресурси родинного життя, підтримувати, розвивати та розширювати їх за рахунок досвіду тих, хто вже пройшов через перші сімейні зміни, які настають з приходом до неї нового члена – прийомної дитини.

Зміни відбулися... Хто їх відчув і усвідомив

Зміни у звичному функціонуванні сім'ї несуть за собою і зміни в психологічному стані кожного члена родини за параметрами: вдоволеність-невдоволеність, радість-розчарування, напруження-розслаблення тощо.

Усвідомлення свого стану є важливим чинником в ситуації створення прийомної сім'ї. Прихованість стану незадоволеності сімейними стосунками небезпечна тим, що сприяє зростанню фрустрації, яка може підвищити ймовірність емоційних “вибухів”, розвитку депресивних станів у членів родини. Адже розвиток патогенної сімейної ситуації може виникнути не стільки в результаті різниці між очікуваннями прийомних батьків (чи одного з них) та реальним функціонуванням прийомної сім'ї, скільки через низький рівень усвідомлення цієї різниці, про що вже згадувалося.

Хоча прихід прийомної дитини в сім'ю є бажаним, він все ж таки призводить до перебудови сімейної системи, на що кожний із її членів реагує по-своєму. Дослідження зафіксували статеві відмінності щодо сприйняття цих перемін.

Прихід прийомної дитини в сім'ю спричиняє посилення уваги до загальносімейних проблем, а також підвищує рівень навантаження, позбавляє можливості членів родини розслабитись, відчувати себе вільно, розкуто, що особливо характерно для *жінки-матері*, яка веде домашнє господарство і доглядає за дитиною. Виявилося, що саме жінка в більшій мірі зазнає впливу змін звичних умов життя, сімейних негараздів та збільшення кількості турбот, що в результаті й підвищує рівень її нервово-психічного напруження.

Стосовно *батьків-чоловіків*, то, хоч напруження і сприймається ними як небажане, вони розцінюють його все ж таки як підтвердження свого значення в сім'ї та можливості реалізуватися в ролі батька. Однак чоловіки більшою мірою усвідомлюють зростання рівня тривоги, що може бути реакцією як на стан свого прихованого нервово-психічного напруження, так і на стан дружини, переобтяженої сімейними турботами. Значення ж дружини для чоловіка, як засвідчило дослідження, у сім'ї є першорядним.

Хоч з приходом у сім'ю прийомної дитини включеність батька у вирішення сімейних завдань і зростає, та все ж таки у чоловіків з посиленням стану тривожності може підвищуватися невпевненість у своїй потрібності і важливості в новому сімейному оточенні, аж до переживання своєї неспроможності впливати на хід подій. Причиною цього може бути саме зменшення уваги дружини до чоловіка внаслідок її переключення на прийомну дитину. Спочатку бажана для чоловіків ситуація входження прийомної дитини в сім'ю починає перемежовуватися невідомими та неочікуваними для них чинниками, до яких вони реально, як правило, не готові.

Виявлені нами тенденції змін в сімейних станах чоловіків та жінок – подружжя прийомної сім'ї є взаємопов'язаними і можуть спричиняти небезпеку розвитку патологічної сімейної ситуації.

Результати дослідження відкривають деякі подробиці етапів розвитку прийомного батьківства:

1. за рік до створення прийомної сім'ї - спостерігалось невдоволення жінки мірою участі чоловіка в сімейному житті;
2. у перший рік існування прийомної сім'ї - взаємне синхронне відчуття „бажаної навантаженості”, включеності подружжя в загальну справу – створення прийомної сім'ї;
3. за існування прийомної сім'ї від 2-х і більше років відмічаються тенденції неврівноваженості батьківських позицій - чоловіка та жінки подружжя:

- вже після першого року існування прийомної сім'ї чоловіки починають відчувати небезпечність для них, з одного боку, бажаної, з іншого – переобтяжливої ситуації прийомного батьківства, що може призвести до внутрішнього конфлікту: з одного боку – бажання навіть розірвати шлюбні стосунки, з іншого – неможливість зважитись на це через цінність сім'ї. Вказаний конфлікт може бути причиною розвитку невротичних станів;

- відчуття основною батьківською фігурою (як правило, нею виступає мати) себе як активного соціального суб'єкта. Дослідження засвідчило зростання соціальної активності жінки - прийомної матері, а також наявність відчуття успіху в здійсненні нею наміченої справи. Тож підвищення стресового навантаження жінки мобілізує та концентрує її сили навколо досягнення поставленої мети - допомога дитині-сироті. Важливість обраного напрямку життя, відчуття власної самореалізації забезпечують включення механізмів здорового захисту від надмірного психічного та фізичного перенапруження, що спричиняється у жінки при створенні прийомної сім'ї.

Цілком зрозуміло, що ні надмірне фізичне та психологічне перевантаження, ні невротизація, ні розлучення подружжя не є бажаним варіантом в ситуації тривалого функціонування прийомної сім'ї.

Спершу нібито всім відомі ситуації виховання дітей, а також ті можливі проблеми, що виникають в сім'ях, в процесі функціонування прийомної сім'ї обертаються до прийомних батьків дещо іншими, невідомими сторонами. До цього їм потрібно бути готовими, щоб реагувати адекватно. Тому *участь обох батьків у тренінгу є обов'язковою умовою* при підготовці подружньої пари до створення прийомної сім'ї.

Отже, встановлено, що в ситуації прийомного батьківства сім'я стикається з достатньою кількістю патогенних чинників, що без сімейних традицій комунікації та сприятливих зовнішніх умов (підтримуючої соціальної політики, налагодженого соціально-психологічного супроводу, можливості отримання кваліфікованої консультативної допомоги тощо) їй важко зберегти сім'ю в резервному стані. *Саме перебування сім'ї в резервному стані та його збереження є необхідною умовою повноцінного функціонування інституту прийомного батьківства.*

* * *

Загальний характер життєдіяльності подружжя в умовах прийомної сім'ї тісно пов'язаний з розумінням ним основ функціонування такої сім'ї, осмисленням власної виховної діяльності.

Ще раз підкреслимо, що створення і функціонування прийомної сім'ї – надзвичайно складний процес. Подружжя оволодіває новими принципами, і даний процес характеризується підвищенням тривожності, психічним і фізичним напруженням, невдоволеністю сімейним життям, зниженням рівня стресостійкості, наслідком чого може бути підвищена травматизація, соматичні порушення, вразливість, активізація різноманітних засобів психологічного захисту.

З приходом прийомної дитини в сім'ю стресогенне навантаження прийомних батьків різко зростає і, хоч згодом (через рік) воно послаблюється, та остаточно ніколи не зникає. Навантаження зумовлює зниження опірності стресам, з одного боку, та, з іншого, стимулює включення життєстверджуючих механізмів.

У перший рік існування прийомної сім'ї обидва подружжя активно беруться до виконання своїх батьківських обов'язків, та в наступний рік підвищення навантаження дасться взнаки, на що чоловіки і жінки реагують по-різному.

„Ліки” від стресу слід шукати в сімейних традиціях комунікації на зразок „чашечки чаю, коли діти сплять”, чи відвідування групи „зустрічей”, на яких прийомні батьки можуть обговорити нагальні питання. Соціальний супровід бере на себе частину проблем, які потрібно вирішити в ситуації заміщувальної опіки, розвантажуючи тим самим сім'ю від непрямих турбот і витрат (оформлення документів дитини, медичного обстеження тощо).

Враховуючи вищесказане, можна підкреслити важливість *організації належного соціально-психологічного супроводу створених прийомних сімей*. Його ефективність буде визначатися в першу чергу саме фактом збереження сім'ї, а в подальшому сприятиме розв'язанню основного завдання прийомної сім'ї – *надання домівки прийомній дитині та попередження перемін місця її проживання*.

VI. МИ ВАШІ ДІТИ, АЛЕ МИ - ІНШІ

Для прийомних дітей сім'я передусім виступає засобом відтворення втраченої довіри до світу, що проявляється в бажанні поріднитися з сім'єю, постійному прагненні прийомної дитини отримувати підтримку і підтвердження своєї значущості від дорослих членів родини, особливо прийомних батьків.

Прийомні діти, на відміну від “домашніх дітей”, позитивно оцінюють директивний стиль батьків у спілкуванні з ними. Директивні форми спілкування прийомні діти сприймають передусім ознакою зацікавленості їхнім життям. Та все ж таки встановлено, що домінування у батьків авторитарного стилю спілкування призводить до підвищення тривожності у прийомних дітей у сприйнятті сімейної ситуації, що, у свою чергу, спричиняє розвиток внутрішньої конфліктності, породжує сумніви щодо очікуваних оцінок: “коли я спілкуюсь з прийомними батьками, я думаю, що говорити”, “...я відчуваю дискомфорт”.

“Яке мені діло до всіх? Я не такий як всі. Мені цього не втерпіти...”, - сказав Гекльберрі Фінн, після втечі від удови, яка із вдячності за його вчинок вирішила піклуватися про нього.

Батьківські вимоги, вказівки та спроби регламентувати дитячу поведінку сприймаються прийомними дітьми як *обмеження їхнього звичного способу життя*. Що супроводжується зростанням у них напруження, яке призводить або до реакцій протесту, або до розвитку підпорядкованого, завбачливого ставлення і упереджених спонук *„чинити так, щоб не порушити з ними (батьками) добрих стосунків...”* Прийомні діти так про це кажуть: *“мені не подобається, коли мене кличуть щось робити”, “...прибирати”, “...уроки вчити”* тощо.

Соматичне відчуття комфорту-дискомфорту слугує їм “вмикачем”, як правило генералізованих, всеохоплюючих реакцій вдоволення-невдоволення: *„Я злюсь, коли мене будят вранці”, „...коли мене „виводять із себе”, „ щось питають, коли мені не хочеться говорити”* тощо. У висловах прийомних дітей простежувалася відсутність диференційного ставлення до батьківських вимог, нездатність відмежувати самі вимоги від батьківської особи, чого не можна сказати про рідних дітей.

Третина біологічно рідних дітей допускає висловлювання свого незадоволення батьківськими вимогами і виказує здатність вступити в дискусію з цього приводу: *“вона неправа, а кричить”, “вони мене не розуміють”, „хоч мати і не згодна сьогодні зі мною, та завтра ми знову повернемося до цієї розмови.”* Переживання рідними дітьми фрустрації бажань, на відміну від прийомних, пов’язується з власними мотивами поведінки: *“щось не виходить, як хотілось би”, “настрою немає”* тощо, а також із зовнішніми перешкодами, які обмежують самореалізацію дитини: *„я злюсь, коли мені не*

вірять”, „коли робиться не так, як хотілось би” тощо. Подібні висловлювання зовсім не спостерігаються серед вибірки прийомних дітей, що може вказувати на слабкість структури їхнього “Я”. Про що свідчить і низька толерантність* „дітей без сім’ї”, щодо фрустраційних впливів (переживання з приводу виникнення небажаних перепон).

Найкращим виходом із ситуацій фрустрації є здатність до її аналізу та пошук шляхів її вирішення. Інші ж реакції вказують на відсутність у дитини адекватних засобів її вирішення і вимушену мобілізацію організму до захисту від надмірного перенапруження, обумовленого ситуацією фрустрації. Як засвідчило дослідження, саме такі реакції превалюють у прийомних дітей у початковий період їх проживання в прийомній сім’ї. Часом навіть будь-які найпростіші вимоги батьків прийомні діти сприймали як обмеження їхньої дії, на які вони, як правило, реагували крайніми проявами: чи афективними реакціями протесту, чи відсутністю будь-яких емоцій (за чим стоїть вироблена дитиною адаптаційна самозаборона на будь-яке обговорення та оцінку вимог значимих дорослих - батьків, вчителів).

Досвід раніше пережитих деприваційних обмежень в реалізації як матеріальних, так і соціогенних потреб розвиває у прийомних дітей таку силу спонукань, яка часто затьмарює соціальні норми та моральні перестороги на шляху досягнення бажаного. Результати дослідження засвідчують більш рельєфні ознаки прагматичного ставлення до життя у прийомних, ніж у рідних дітей прийомної сім’ї. Так, майже половина прийомних дітей виказує бажання придбати речі, привабливість яких визначається не їх функціональним призначенням, а критерієм величини, новизни, престижності, як-то: “мати новий футбольний м’яч”, “хочу новеньку іграшкову машину”, “велику іграшку”; “бажаю мати коня”, “купити BMW”; а також в отриманні нових вражень, серед яких найчастіше зустрічається прагнення до подорожей: “бажаю подорожувати”, „поїхати на море”, “поїхати в Артек” тощо. Слід також відзначити, що виявлені дитячі реакції мали також здатність змінюватися відповідно до змін ситуації.

Самі прийомні батьки, у свою чергу, вказують, що вони також відчувають дискомфорт, коли не можуть впоратися з повторюваними проявами дитячої агресивності. Третина батьків відмітила, що вони не раз спостерігали неадекватні для дитячого віку реакції та “неприродну дитячу поведінку”; впертість прийомних дітей, їх небажання дотримуватися загальноприйнятих вимог, погрози дітей та їх надмірні афективні реакції,

що мали місце в різних ситуаціях функціонування прийомної сім'ї і які, в кінцевому рахунку, доводили батьків до відчаю.

Так, наприклад, прийомна дівчинка 10 років, після свого піврічного проживання в прийомній сім'ї, сказала в емоційному пориві, що уб'є прийомних батьків. Даний факт примусив батьків переосмислити власні дії, стиль спілкування, а також подумати над тим, що для них значить прийомна дитина: що вони бажать для неї, а що – для себе.

В іншому випадку прийомна донька висловила такі думки: „Я думала, що жити в сім'ї – це просто рай. А насправді, в сім'ї ти - як на долоні: все про тебе знають, про все треба розказувати, відповідати... Це – спершу напружувало мене, було незвично, а особливо важко було до цього звикнути. Інколи навіть хотілося повернутися назад, в інтернат. Я ж там 8 років прожила, там все звичне, там у мене друзі...”.

Тож рання травмованість дітей втратою батьківської опіки загострює емоційну вразливість дитини у переживанні ситуацій будь-яких обмежень (фрустраційних), підвищує тривожність, активізує захисні форми поведінки, загострює відчуття власної неповноцінності, підозріло-ворожого ставлення до найближчого оточення. Згадайте, що ми говорили раніше: навіть короткий деприваційний досвід, який проходить без явних уражень, залишає назавжди свою мітку – підвищену чутливість до фрустрацій та підвищену вразливість в несприятливих життєвих ситуаціях.

Що може допомогти дітям конструктивно долати фрустраційні ситуації? І як довго прийомні діти будуть відчувати сімейну ситуацію проживання як обмеження?

По сходах – у світлий дім

Вчені (Д.Боулбі, М.Ейнсворт, С.Мещерякова, М.Лісіна)²⁰ зазначають, що прихильність та здатність до встановлення близьких стосунків є фундаментальними характеристиками здорового розвитку людини.

Мінливість та численність соціального оточення в інтернатних установах, ***відсутність ключової фігури***, яка виказувала б турботу про дитину, несе в собі нестабільність, створюючи тим самим несприятливі умови для емоційного розвитку дитини та формування прихильності,* більш того - провокує руйнацію природного потягу дитини до створення близьких стосунків. ***Світ перед „дітьми без сім'ї” постає як небезпечний та ненадійний.*** Тож умовою фізичного та психічного виживання „дітей без

сім'ї" стає вимушене їх озброєння (агресія) або відмова від боротьби (підкорення свого „Я” іншим). Формування таких реакцій є руйнівним: у першому випадку – для оточуючих (а можливо і для себе внаслідок аутоагресії*), в другому – для себе.

Науковці свідчать, що в основі формування деструктивних дій лежать дефекти становлення „Я” – сплутаність, невизначеність, нестійкість власних уявлень про себе, що весь час є джерелом дискомфорту. Перепони до формування власного „Я” створюються в ситуаціях, коли відсутні зовнішні заходи, які б підтримували та підказували форми бажаної поведінки дитини, сприяли регуляції супутніх її емоційних реакцій. Як правило „діти без сім'ї” не знали таких впливів, що створило проблеми з формуванням у них внутрішнього плану діяльності. В таких випадках агресія чи покора (як сформовані внаслідок недовіри до світу реакції) керують поведінкою дітей, а не внутрішні цінності та уявлення.

Втрачена довіра до світу, що розвивається внаслідок материнської депривації, найскладніше компенсується і піддаються відтворенню. Вирішальне місце в цьому процесі належить перш за все *спілкуванню*. В даному випадку питання довіри до світу розв'язується через створення постійної можливості до адекватного спілкування з прийомними батьками, в природному лоні сімейного середовища проживання.

Формуванню базової довіри до світу у маленької дитини сприяють два моменти – це материнська *турбота* та її *постійність*. Надання її дітям старшого віку, в досвіді яких тяжіє втрата опіки біологічних батьків, повинно відбуватися відповідно (адекватно) до вікового їх розвитку та згідно з характеристиками сирітського статусу.

У нашій книзі ми дуже часто використовуємо слово „адекватність”: адекватність у здійсненні виховних впливів, здійсненні процесів спілкування, соціалізації дітей та адекватність щодо дитячого досвіду тощо.

У ситуації „дітей без сім'ї” слід опиратися на реальну ситуацію розвитку дитини-сироти в кожному окремому випадку та планувати відтворюючі заходи адекватно: до соціального сирітського статусу дитини та відповідного йому індивідуального розвитку, досвіду та очікувань. У даному випадку ми не можемо орієнтуватися на соціально прийнятні еталони і правила, загальноствановлені вікові норми розвитку дитини, тому що їх застосування не буде відповідати ситуації розвитку „дітей без сім'ї” і не може слугувати критерієм для оцінки їх розвитку і досягнень.

²⁰ Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия: уч. пос. Ред-сост. В.С. Мухина. М.: Просвещение 1991. 223 с.

Відмічаючи зміни в розвитку прийомної дитини, їх слід оцінювати, порівнюючи лише з її попередньо зафіксованим станом. Така оцінка буде об'єктивною та адекватною. Вона буде: *визначати критерії змін* (тобто показники необхідної висоти сідців для зручності руху); слугувати *показником ефективності роботи прийомної сім'ї*, тим самим позитивно сприяти розвитку особистості прийомної дитини та надавати можливість сім'ї відчувати успіх маленьких кроків по сідцях змін до відновлення довіри до доброти людських взаємин. Як кажуть в народі : „Не будеш покvapний – не будеш утратний”.

Чужа ласка – сироті великдень

Діти, що не мали у своєму досвіді ні турботи, ні тим паче її постійності, весь час прагнуть до компенсації втрат, яких вони зазнали. Так, дослідження зафіксувало у більшості прийомних дітей недиференційований потяг до встановлення близьких контактів з різними людьми, а також психологічну готовність прийомних дітей до подільності “Я” з будь-яким дорослим, у відповідь на виказану увагу.

Через 6 місяців проживання в прийомній сім'ї семирічна дівчинка заявила: „Я у Вас трішки пожила, а тепер я буду жити у тьоті-Валі. Ви можете йти додому - я в неї залишусь.”

Даний факт вступає в суперечність з дітоцентричними настановленнями прийомних батьків, викликаючи у них почуття розчарування, відчаю та ревнощів.

Прийомна мати в наведеному прикладі так відреагувала на слова доньки: *“Скільки я для неї робила, а наша знайома сьогодні дала їй цукерку і донька сказала, що тепер піде жити до неї. І це все із-за однієї цукерки! А я їй вже 6 місяців свій час віддаю, все забула заради неї. І от тобі дяка.”*

Це може також спонукати прийомних батьків і до неадекватних, непродуманих заходів.

Так, надзвичайна контактність прийомного хлопчика 4 років (саме поверховість спілкування та його налаштованість на отримання задоволення) вступила в конфлікт з релігійними батьківськими настановленнями і зумовила негативну оцінку емоційної відкритості дитини. Через півроку проживання хлопчика в прийомній сім'ї батьки помітили, що характер поведінки дитини змінився, - він став більш замкнутим, підозрілим, неконтактним. Така “неприродна дитяча поведінка” стурбувала батьків

більше, ніж попередня спонтанність його поведінкових проявів, що примусило їх звернутися за порадою до лікаря, соціального працівника та вчасно скоректувати контакти з сином.

У даному разі ми бачимо дію механізму налаштованості дитини на увагу дорослого: в першому випадку на будь-кого з оточення (що зумовило актуалізацію спонтанних дитячих реакцій до розширення своїх контактів); а при проживанні в прийомній сім'ї – на батьків (що спричинило стримування природної активності хлопчика). Орієнтація на дорослих була вирішальною у визначенні поведінки хлопчика, яка була спрямована виключно на отримання максимальної кількості „погладжування” з боку значущих дорослих, як у першому, так і в другому випадку.

Тож **брак прихильності** у „дітей без сім'ї”, що розвинувся в них унаслідок тривалого незадоволення потреби в “центральному об'єкті”, стимулює їх до різних компенсаторних форм активності, що мало місце у поведінці прийомних дітей на початкових етапах їх проживання в сім'ї. Розуміння ж прийомними батьками специфіки потреб депривованої дитини сприяє адекватному вирішенню проблеми браку прихильності.

Саме значущість для прийомних дітей їхніх прийомних батьків надає останнім ознак „центрального об'єкту”, що сприяє відтворенню втраченої довіри до світу, забезпеченню розвитку у прийомної дитини так необхідної і важливої в житті впевненості спочатку в силі та життєздатності близьких людей (прийомних батьків), а вже потім і в своїх власних.

Отож прийомним батькам слід:

- пояснювати дітям своє бачення світу, даючи простір для дитячих фантазій;
- прагнути створити такі умови свого життя, щоб максимально часу прийомні батьки могли займатись спільною діяльністю разом з дітьми, спілкуючись при цьому;
- не дивуватися, коли діти будуть виказувати бажання весь час „прилипати” до вас або проситися увечері та вранці до вас у ліжко. Все це прояви процесу відновлення довіри до світу і готовності дитини через створення теплих довірливих стосунків з прийомними батьками повірити в можливість безпечності свого існування в світі.

Не та сирота, що рідні не має, а та сирота, що долі не знає...
(входження дітей в сім'ю)

Наукові дослідження вказують, що навичка пристосування прийомних дітей в обмежених умовах життя не створює підґрунтя дитині для пристосування в сприятливих – сімейних умовах. Переміна місця проживання становить небезпеку для „дітей без сім’ї” (особливо для особистості „добре пристосованого” типу) саме через руйнацію вже налагоджених емоційних зв’язків, встановлених попереднім досвідом життя.

Так, наприклад, листування впродовж 3-х місяців 15 річної прийомної доньки з “чужим” дорослим – працівником інтернату викликало сумніви у прийомних батьків щодо їх авторитету, а також „істинності” причин листування. Бесіди з прийомною дитиною, а також поїздка та зустріч з адресатом допомогла прийомним батькам з’ясувати мотиви взаємозацікавленості.

Особистість дівчинки, згідно з типологією деприваційної особистості Лангмеєра та Матейчека, можна співвіднести з “добре пристосованим типом”. Діти вказаного типу “знаходять своє місце” в інтернатному закладі, “прилипаючи” до когось. Саме з цієї причини їхня поведінка не носить провокуючого характеру. У разі зміни оточення і місця проживання прихильне ставлення до людей попереднього оточення зберігається у дітей в силу своєї емоційної навантаженості та життєвої значимості (бо саме ці зв’язки допомогли вижити в несприятливих умовах).

*Коли в 6 років дівчинка потрапила до інтернату, в неї стався істеричний напад на грані втрати свідомості, що в подальшому медики діагностували як прояви енцефалопатії. Можна припустити, що даний випадок (соматизація психічних проблем) надав дівчинці можливість “пристосуватися” до інтернатних умов життя, чому також сприяло і знаходження для себе об’єкта „прилипання” – водія медичної служби інтернату. Після переїзду в прийомну родину і виявлення істинності природи „нападів” - істеричної, єдиною із **раніше напрацьованих успішних форм отримання уваги та підтримки емоційного комфорту** у дівчинки залишилося листування, припинення якого могло завдати ще одної травми.*

*Та саме розуміння мотивів поведінки прийомної доньки допомогло батькам розв’язати дану проблему – **налагодити поступовий перехід до повноцінних емоційних контактів**, що були довгий час у стані компенсаторного заміщення. Різка ж заборона листування могла б стати на заваді взаєморозумінню між батьками та прийомною дитиною, не вирішивши при цьому основної проблеми – збереження емоційного комфорту дитини та встановлення адекватності її соціальних контактів. Батьки зрозуміли, що*

зруйнувати старе – це не вирішити нічого, якщо поступово йти шляхом заміни одних напрацьованих форм поведінки на інші, більш адекватні, то це дасть належний результат **ресоціалізації прийомної дитини**.

Дослідженням встановлено, що **проходження адаптаційного періоду** та розвитку у дитини відчуття нової сім'ї як своєї (**інтегрованість** дитини в сім'ю) є важливим показником ефективності роботи прийомної сім'ї, а також безпеки її подальшого функціонування. В результаті дослідження ми ідентифікували такі параметри здорового пристосування дитини до умов проживання в новій сім'ї:

- набуття значущості для дитини прийомних батьків та членів нової сім'ї;
- ідентифікація себе як члена родини;
- включеність прийомної дитини в заняття сім'ї, усвідомлення їх важливості для функціонування родини.

Як скоро нова сім'я стає своєю для прийомної дитини?

На різних етапах формування прийомної сім'ї життєві потреби набуває для дитини різної особистісної значущості.

На перших етапах (перші три місяці) проживання дитини в прийомній сім'ї найбільше її запитів зосереджується на задоволенні **біологічних потреб** (в їжі, одязі, теплі, власному спальному та робочому місці), а також в придбанні іграшок та інших бажаних речей. При цьому батьки виступають для дитини в ролі тих, хто повинен задовольняти ці потреби: *“коли я спілкуюсь з прийомними батьками, я зразу прошу їсти”, “я прошу”, “я наполягаю”* тощо. За результатами опитування пріоритетними і найбільш бажаними у задоволенні потреб прийомної дитини є вживання їжі, гуляння, катання, малювання.

Спрямовуюча роль батьків по відношенню до прийомних дітей у цей період виявляється прийнятною за умови докладання спеціальних зусиль з метою зниження тривожності дитини через підвищення уваги до її інтересів, розширення сфери її волевиявлення у функціонуванні родини. **В цей період батькам слід спрямовувати свою увагу на заповнення “душевної пустоти” дитини турботою про неї.** Інколи діти своєю поведінкою виводять близьких оточуючих із рівноваги: діти лаються, бруднять одяг, не хочуть сприймати поради, не дотримуються особистої гігієни.

Перший крок до встановлення стосунків – це створення атмосфери довіри, щоб дитина могла розкрити свої істинні почуття та бажання (інколи не усвідомлені нею і не такі вже неймовірні, як спершу вони здавалися батькам). У перший період „**відтавання**”

дітей батькам слід утримуватися від контролю над дітьми в режимі „всевидячого ока”, незважаючи на те, що вони вже впродовж 3-х місяців:

- не можуть наситися їжею (*„Особливо прийомній доньці подобався борщ. Ми його варили і на сніданок, і на обід, і на вечерю. Мені здавалося що я вже борщу наймся на цілий рік наперед”*);

- весь час прагнуть вияву вашого прихильного до них ставленням (і котрий уже раз уможуються біля вас у ліжку, незважаючи на ревності ваших власних дітей);

- постійно нав’язуючи себе всім оточуючим (близьким і не дуже знайомим), забираючи ваш час та гроші;

- жадібні діти нерідко крадуть, інші ховають харчі під матрац, кожного разу забуваючи про них, аж поки терпкий запах не вимусить вас зробити генеральне прибирання в дитячій кімнаті.

Батькам у цей період слід набратися терпіння і замість того, щоб ховати все в квартирі, замикати продукти на ключ і постійно робити зауваження, необхідно **зосередити увагу на перших, ще слабких паростках бажаних змін у дітях**; поступово привчаючи їх користуватися всім, що є в квартирі. Пам’ятайте, крок за кроком, не минаючи ж одного шабля, потрібно рухатися разом з дітьми.

Прийомні діти повинні звикнути до думки, що їм не потрібно нишком задовольняти свої потреби та бажання, що це можна зробити відкрито і в той час, коли це їм буде зручно. Зробити прозорим ваше спілкування допоможе ось така фраза: *„Ти можеш їсти стільки, скільки захочеш”, або „Тобі потрібно щось брати з собою в постіль, щоб вночі поїсти?”*

Аналіз дитячих малюнків (за параметрами тесту КМС) вказав на залежність рівня тривожності дитини від її віку та терміну перебування в прийомній сім’ї. Чим менша дитина та термін її перебування в новій сім’ї, тим більше вона відчуває тривогу і напруження. Даний факт пов’язаний з мірою “зовнішньої стимуляції”, якої зазнає дитини в перші дні перебування в прийомній сім’ї, і того необхідного часу, який потрібний, щоб сприйняти і усвідомити в повному обсязі: закони сімейного життя, взаємодію її членів, права та обов’язки свої та інших членів у сім’ї тощо.

Як виявилось, діти дошкільного віку можуть повністю сприйняти прийомну сім’ю лише наприкінці першого року проживання в ній. Дослідженнями вченого-фізіолога М.Щелованова²¹ доведено існування і важливість для розвитку мозку такої норми як обсяг

²¹ Щелованов Н.М., Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста в детском учреждении. - М.: Медгиз, 1949.

достатності зовнішніх вражень. Недостатність їх спричиняє розвиток деприваційної ситуації. В той же час надмірність інформації зумовлює ріст тривожності внаслідок неспроможності дитини сприйняти та зрозуміти її з причини відсутності адекватного досвіду та деприваційних порушень.

Про неспроможність дітей сприйняти цілісно нову ситуацію свого проживання засвідчили малюнки прийомних дітей до 7 років, виконані ними після 3-х та 6-ти місяців проживання в прийомній сім'ї: на них зовсім не було зображено людей. Лише на спеціальне прохання на одному малюнку була намальована дівчинка - рідна старша сестра прийомної дитини, яка разом з нею була взята в прийомну сім'ї: *„Вона – лиса, бо в неї були воші і її постригли”*, а на другому – прийомний батько та сам автор, в якого у той час болів великий палець ноги: *„Ось який в мене палець”*.

Малюнок “Тепло батареї”

Малюнок “Дитина”

В основному ці перші дитячі малюнки нібито *передавали емоції дітей*: “тепло батареї”, “яскрава пляма півня”, “коти”, “квіти”, “сердечка”, “ряд кущів”, „розпухлий палець”, „переживання ситуації, коли постригли волосся”. Отримані дані можна інтерпретувати як неспроможність дитини сприйняти та адекватно зрозуміти нове середовище, що переживається і зображається як множинність недиференційованих зовнішніх об’єктів, як домінуючий емоційний фон наявної ситуації.

Малюнок “Квіти”

Малюнок “Сердечка”

Малюнок “Кущі”

Тож сприймання сім'ї та її оточення відбувається відповідно до наявного активу можливостей дитини-сироти та її здатності до переробки та утримування інформації в полі свого контролю. Чим менша дитина, тим менше у неї в резерві таких можливостей. А в ситуації деприваційних уражень ця здатність зовсім буде незначною.

Тож у початковий період проживання прийомної дитини в сім'ї не слід розширяти коло її спілкування. Чим менша дитина, тим вужчим повинне бути коло її оточення і тим довший період воно таким повинно утримуватися.

Це вказує на необхідність посиленої уваги прийомних батьків до внутрішнього світу „дітей без сім'ї”, а також на недоцільність поквапливого включення дитини з перших днів її перебування в прийомній сім'ї в макросоціум.

Прийомним батькам не слід показувати прийомну дитину всім своїм знайомим як експонат музею, а також прагнути за короткий час ознайомити її з усіма історичними місцями вашого міста чи села показати всі видовища та розваги.

Пам'ятайте, дитина прийшла у вашу сім'ю. Тож і почніть її ознайомлювати саме з нею: з тими, з ким їй доведеться спілкуватися щоденно, з обладнанням її куточка, кімнат, особливо кухні, а основне - налагодьте з нею довірливі стосунки. Потім, по мірі зростання інтересу та потреб, можна розширити коло ознайомлень та знайомств. Прагніть узгоджувати свої дії з прийомною дитиною (а не догоджати одне одному) ***і рухатися вперед, по мірі ваших сумісних успіхів.***

На „малюнках сім'ї” прийомні діти-дошкільнята вперше ***усвідомлено*** зобразили всіх членів прийомної сім'ї вже аж після річного терміну свого проживання в прийомній родині.

Малюнок “Сім'я”

Малюнок “Велика сім’я”

Хлопчики - прийомні діти багатодітних родин, на останніх своїх малюнках зобразили всю свою нову родину: в першому випадку – 8 осіб, в іншому – 7 осіб. На одному із малюнків навіть видно спроби надати членам сім’ї якихось індивідуальних ознак: у мамі – червоного кольору сукні, а у сестри – бантики тощо.

Лише тоді, коли прийомні батьки відчують, що прийомна дитина сприймає нову сім’ю як свою вони можуть більш активно залучати її до спільних сімейних справ, суспільних заходів: сходити разом в гості, відвідати цирк тощо.

Отже, ми можемо сказати, що процес інтеграції дитини дошкільного віку в нову родину відбувається впродовж усього першого року проживання дитини в прийомній сім’ї. Стосовно дітей підліткового віку, то він, за свідченням самих прийомних дітей, завершується дещо пізніше – після півторарічного проживання в сім’ї і має зворотню спрямованість: від прийняття родини на когнітивному (який опирається на знання, пізнання) рівні до емоційно-емпатійного.

Прийомна мати розповіла про те, як її прийомна донька через піврічного терміну проживання в сім’ї, залишилась наодинці вдома здійснювала екскурсії по квартирі. Спочатку ознаки такого ознайомлення були відмічені на кухні. Коли вони були помічені і в житлових кімнатах, тоді мати вирішила стати гідом доньки.

Ми, як дорослі, повинні пам’ятати: для відчуття себе в безпеці кожна людина повинна бути ознайомлена із своєю територією проживання. Та ніхто не може сказати, коли дитина буде готова до адекватного сприймання такої інформації і в якому обсязі її слід подавати. Добре, коли ми уважні до психологічного простору дітей і можемо вчасно відстежити потрібний для цього момент та адекватно на нього відреагувати, як це демонструє попередній приклад.

Тепер ми разом...

У процесі подальшого перебування в родині на перший план виходять **соціогенні потреби**, які спочатку пов'язуються з дозволом вийти за межі будинку: „я радію, коли на вулицю пускають”, а також з можливістю встановлення тривалих емоційних стосунків з членами родини, що сприймаються такими перш за все через **набуття досвіду тілесних контактів**: „я радію, коли лоскочуть”, “балуються”, “коли мама бере до себе в ліжку і ми можемо про щось пошепотіти” тощо.

Тож подальший розвиток прийомної сім'ї йде у напрямі формування у дитини стійких соціогенних спонукань, закріплення потреби в афіліації (потреба в любові і прихильності), в емоційній підтримці, а також у досягненні успіхів, у пізнанні нового, в соціальній ідентифікації, у враженнях тощо. Згідно з результатами тесту “Незакінчене речення”, діти більш глибоко починають **усвідомлювати себе членами родини**, диференціювати свої бажання, вчать співвідносити їх з очікуваннями батьків, отримуючи від них бажане схвалення: «*Буся вважає, що я можу грати, як Андрій Шевченко. Я вже тренуюсь.*»

Хоча у мріях прийомні діти прагнуть стати самостійними, прискорити свій перехід до дорослого життя, та все ж таки, простежується їх налаштованість на **фіксацію обсягу наданої їм уваги** та міру зацікавленості ними з боку дорослих, а також домінування у них орієнтованості на психологічний стан дорослих у ситуаціях вибору лінії поведінки. Пам'ятаєте, ми вже говорили про налаштованість дітей на батьків, спрямовуюча роль яких може бути прийнятною для „дітей без сім'ї” навіть трішки більше, ніж це визначають вікові норми, тобто залишається прийнятною і після досягнення дитиною підліткового (див. розділ V).

Чим триваліше перебування дітей у прийомних сім'ях, тим більше починають виступати **моральні мотиви людської поведінки**: “щоб ніхто нікого не зраджував”, “щоб усе було чесно”, “щоб були здорові”, “щоб не хворіли батьки”, “щоб мирно жили”, “щоб було всім добре”; а також застереження, що відштовхуються від протилежного: “добре тоді, коли не сваряться”, “не сердяться” тощо.

Стосовно рідних дітей, то в їх мріях більше домінували альтруїстичні установки: “допомагати іншим”, “поставити на ноги менших дітей”. Вищевказаний факт можна інтерпретувати як підтвердження раніше виявленої загальної орієнтації прийомної родини на альтруїзм, допомогу, що підсилюється ще й відповідними стійкими настановленнями, в яких висловлюється співчуття знедоленим дітям, котрі втратили батьківське піклування та

пережили життєві негаразди. Цікавим виявився факт відсутності висловлювань у рідних дітей стосовно власної професійної самореалізації, а от стосовно прийомних дітей відповідні вислови були нами зафіксовані: „вона спортсменкою стане”, „їй обов'язково потрібно вчитися на кухаря-кондитера, бо вона готує краще мами.”

Також у висловлюваннях прийомних дітей починають проявлятися мотиви самостійності та відповідальності, **відчуття своєї причетності до ведення домашніх справ**: „люблю прибирати, коли нікого немає вдома”, „робити все сама”. Прояви самореалізації прийомних дітей в сім'ї відмічають навіть рідні діти прийомних батьків: „Тая (прийомна донька) це краще за всіх зробить, у неї талант” тощо. Пам'ятаєте ми говорили про те, що налаштованість дітей на участь у господарсько-побутових справах досягається лише через спілкування та встановлення довірливих стосунків. Наведені вислови дітей якраз і засвідчують те, що шлях інтеграції дитини в сім'ю ішов саме таким чином і, як правило, в такій послідовності: через **довіру, спілкування, включення дитячих інтересів в родинні справи, розваги та побут**, що в результаті і забезпечило **успішну адаптацію прийомної дитини до нових, родинних, умов її проживання**.

Тоді “і в сироти на подвір'ї сонце засвітить”, **коли вона не лише буде юридично оформлена в прийомну сім'ю, а й відчує себе повноправним її членом**.

Допоможемо один одному відчинити двері з минулого в майбутнє

Минуле дитини здебільшого сприймається прийомними батьками як табу, гіркий спадок, якого вони намагаються позбутися, уникаючи згадок про нього самі і відвертаючи увагу дитини. Проте, за такого розуміння минуле дитини (а це все ж таки частина її життя, її пам'яті, частка її самої) стає схожим на зачинені двері, заборонену річ або територію. *Казки різних народів мудро попереджають про те, що може статися, коли герой натикається на таку заборону: він втрачає спокій, доки не відкриє таємницю. Тоді й розбивається передчасно Яйце-Райце чи відмикаються без дозволу сьомі двері палацу Кошія Безсмертного. Ці мудрі, символічні попередження слід враховувати у ставленні до минулого дитини, яке не обійти, не обминути. Бо воно в ній самій.* Можна лише з відвертістю та турботою до дитини відчинити ці двері разом, і пильно подивитись у вічі тому, що, є страшним і непосильним для прийомної дитини, і, можливо, вже раніше пережитим Вами – прийомними батьками. У двох сили більше перебороти страх і не заплющити очі перед реальними речами життя. Пам'ятаєте, ми вже казали: побачити - це значить мати можливість розібратися і адекватно вирішити ситуацію. І тоді не потрібно

вже буде, як це довелося в казці, “зносити десять пар чобіт, сорочок”, щоб повернути те, що дороге та близьке дитині.

Наявний травматичний досвід прийомної дитини опосередковує сприйняття нової сім'ї. Чим менший ступінь інформованості дитини про її минуле, тим вища її невизначеність щодо сприйняття нової структури сімейних стосунків.

Тільки збереження минулого дитини, відреагування, усвідомлення та переосмислення нею травматичного досвіду може створити надійне підґрунтя для адекватного сприйняття нового середовища і здатності до повноцінного в ньому проживання.

Але слід також зауважити, що надмірність інформації (про що вже зазначалося вище), а також неспроможність дитини сприйняти та зрозуміти її з причин наявних деприваційних порушень та відсутності адекватного досвіду, некоректність її подачі, відсутність близьких, які б допомогли дитині пережити втрату, можуть спричинити у дитини ріст тривожності, призвести до невротичних розладів. Про це свідчать дитячі малюнки: два спарених будинки як єдиний; будинок із окремими входами для себе і прийомної сім'ї; автобус, в якому не вистачає місця всім членам родини; або: без попередньої бесіди про її біологічну родину дитина уникає будь-якого відображення родини прийомної (в розмові або на малюнку).

Малюнок „Автобус”

Подаємо короткий опис історії прийомної дитини – дівчинки 6 років, яка на своєму малюнку зобразила два будиночки як спарений один.

Малюнок “Два будинки”

Коли дівчинці виповнилося 2 роки, її батьки загинули в автомобільній аварії. Даний факт старанно приховувався від дитини цілий рік. Через хворобу бабусі, яка важко переживала смерть сина і не могла турбуватися про онучку, дівчинку передавали то одним родичам, то в іншим, не прояснюючи їй при цьому справжньої причини таких дій. Довготривалість для дівчинки ситуації невизначеності спричинила зупинку в розвитку та хворобливість. Оформлення дитини до прийомної сім'ї, що проживала неподалік, було зумовлено неспроможністю бабусі забезпечити догляд за нею (дівчинці на той час виповнилося 5,5 років). Бабуся у своїй розповіді відмітила: „Коли ми через рік сказали їй всю правду, то ніби „простирадло з вікна спало”: вона і їсти стала добре, і запитання про смерть уже не ставила, і нібито заспокоїлася. Все стало на свої місця.”

Тривале проживання в конфліктній ситуації невизначеності, знайти вихід з якої дитина самотійно не могла, та подальше передавання її „з рук в руки” призвели до розвитку порушень невротичного характеру, що і демонструє малюнок.

Відсутність достовірної інформації про смерть батьків, неоднозначна поведінка близьких родичів, тривале перебування в стресовій ситуації невизначеності не сприяло вмиканню природних для дитини раннього віку здорових захисних механізмів (витіснення, подавлення, заміщення)²². Дитячий малюнок демонструє нам картину розщеплення²³, механізм якого хоч і допоміг дитині вижити в ситуації осмислення надмірних для неї переживань, та для подальшого життя він несе більше деструкції, ніж конструктивних виходів із важких життєвих ситуацій. На час проведення дослідження дитина потребувала термінового призначення психотерапевтичного лікування.

В іншому випадку 8-річний хлопчик зобразив будинок з двома входами: окремо для себе і прийомної сім'ї.

Малюнок “Будинок з двома входами”

²² И.М.Никольская, Р.М.Грановская. Психологическая защита у детей. - СПб.: Речь, 2000. – 507 с.

²³ Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе.- М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – С. 150.

Мати-одиначка залишила свого однорічного сина на сусідів, а сама поїхала на заробітки. Навідавшись через півроку та пообіцявши синові незабаром повернутися вже назавсім, вона „пропала назавжди”. Розшук її не дав ніяких результатів. Свідки казали, що десь бачили її, та ніхто не міг назвати точні координати місця її перебування. Так минуло 9 років. Розмови в домі про біологічну матір не велися. Ця тема ніби була заборонена. Хлопчик гарно навчався, в сім'ї, в якій його залишила біологічна мати, до нього ставилися як до рідного сина. Та на прохання намалювати свою сім'ю послідувала відмова. Коли ж у спонтанно намальованому ним автобусі було запропоновано розмістити свою сім'ю, то, окрім себе, він не намалював спочатку нікого, лише потім згодився намалювати тата та маму. А всі інші – не помістилися, вони були зображені на даху автобуса.

Цей факт ще раз підкреслює важливість збереження минулого дитини, необхідність відреагування, усвідомлення та переосмислення її травматичного досвіду. Лише після цього дитина зможе адекватно сприйняти нове середовище і повноцінно в ньому жити, що і демонструє – **автобус, в якому розмістились всі члени прийомної сім'ї, малюнки сімей, де кожному, в тому числі і собі, було знайдено відповідне місце.**

Малюнок «Автобус з усіма пасажирами – членами прийомної сім'ї»

Малюнок «Вся прийомна сім'я разом за роботою»

Наводимо приклад, як прийомна мати, спираючись на відому казку пояснила 3-річній дитині історію її переходу з інтернату у прийомну сім'ю. При цьому те, що дівчинка не є біологічно рідною для батьків не приховувалося ні від близьких оточуючих, ні від родичів та працівників дитячого садка, який незабаром стала відвідувати дівчинка.

Казка про Катруся

Жила-була дівчинка Катруся. Жила вона з татом та мамою і з собакою Акбаром. Пішла якось вона в ліс та й заблукала. Плаче мама. Плаче тато: “Де наша Катруся?”... А Катруся йшла по лісу, йшла та й натрапила на хатинку. Зайшла вона в хатинку. А там їжа стоїть на столі, ліжко вкрите м'якою ковдрою. Катруся була дуже втомленою. Вона поїла, попила та й лягла спати. А в тій хатині жив ведмідь. Вернувся ведмідь з полювання і побачив Катруся, зрадів: “Тепер у мене будеш жити, їсти варити, в хаті прибирати”. Що тут вдієш? Залишилася Катруся жити у ведмедя. От якось спекла Катруся пиріжки та й каже: “Віднеси ці пиріжки мамі і татові. Тільки гляди, по дорозі не зупиняйся, пиріжки не чіпай. А якщо хочеш, то зараз поїж”. Ведмідь тільки відвернувся, а Катруся тарілку з пиріжками підняла, сама в кошик сіла, а тарілку з пиріжками собі на голову поставила. От ведмідь взяв кошик та й поніс до міста, де мама та тато жили. Несе, несе, та й захотілося йому пиріжка з'їсти, а Катруся йому з кошика кричить: “Не сідай на пеньок, не чіпай пиріжок, неси мамі, неси татові”. Ведмідь як підхопиться та як побіжить. От він прибіг до хати, де жили мама і тато. А там було багато хат – яка із них та, де жили мама та тато Катрусі, він і не знав.. А тут вибіг Акбар, налякав ведмедя. Ведмідь кинув кошик і втік до лісу. Катруся вибралась із кошика та й каже: “Не плачте, мамо і тато, це я – Катруся. Я повернулася до вас!” З тих пір вони жили дружно і щасливо: мама, тато, Катруся і Акбар.

У процесі відреагування та усвідомлення дитиною свого минулого виявилася важливою та ефективною практика створення разом з прийомною **дитиною “Книги її життя”**, зустрічі з біологічною родиною, бесіди з цього приводу, **відсутність “закритих тем”**, пов'язаних з травматичним досвідом дитини, та здатність прийомних батьків приймати і з **повагою ставитися до минулого дитини**, говорити про нього... Для дітей, що зазнали травми, але не пережили, не відреагували її – травмуючі події минулого і надалі залишаються актуальними та реальними. Життєвська мудрість закріпила в народних традиціях способи переживання горя і збереження у людини здатності до життя. А що

робити, коли в час втрати нікого з близьких не було поруч, коли душевні рани з часом так і не загоїлися?

„Діти без сім’ї”, як правило, призвичаїлися до своїх травм і несуть їх за собою по світу, як мішок за плечима. Цей тягар звужує можливості дітей, та зупинитись і перебрати цей мішок їм самотійно не під силу.

Допомогти дитині пережити травму можуть психотерапевтичні заняття із спеціалістом. Релігійна община та віра в Бога також може сприяти відновленню віри дитини в те, що її життя має сенс, що в неї є місце під сонцем і її Бог любить.

У переборенні втрати найбільш ефективною допомогою дитині є гра та супроводжуючі розмови під час неї, будівництво споруд із піску, гра в ляльковий будиночок тощо. Інколи діти не бажають говорити на болючі теми, тоді знову ж гра та спільна діяльність допоможе вам створити та зберегти стосунки довіри між дорослим та дитиною, що були ушкоджені травмою втрати.

Діти будуть менше боятися і будуть більше відкритими, коли те, що з ними сталося, стане для них зрозумілим, а тим паче, коли їм відкриваються різні способи вирішення складних, травмуючих ситуацій, а не лише через звіданий ними страх та агресію. У дорослих є багато способів нагадати та обіграти ситуації втрати: гра, п’еса, пісня або якась діяльність. ***Ніколи зайвими не бувають для дітей, які пережили втрату, повтори про те, що вони не винні в тому, що з ними сталося.***

При здійсненні всіх цих заходів слід пам’ятати, що ***все повинно бути зроблено самою дитиною***. Ви не можете зробити за неї жодного кроку. Дорослі можуть лише слухати, допомагати у вирішенні проблеми, розділивши свій оптимізм з дитиною та віру в її сили.

Прийомні батьки не можуть наполягати, щоб діти думали та робили, як вони. Пережити травму втрати може лише дитина сама. А прийомні батьки можуть лише спрямовувати дітей і, довіряючи, підтримувати. Вони можуть допомогти дитині відкрити важкі двері минулого, щоб побачити шлях і попрямувати ним у майбутнє.

* * *

Діти, що зазнали нехтування з боку дорослих, сприймають обмеження як загрозу для себе, і їх реакції в таких випадках можуть бути непередбачуваними.

Інтеграція дитини в прийомну сім'ю відбувається на протязі всього першого року. Для менших дітей її шлях лежить через встановлення емоційних стосунків, а для старших – через прийняття сім'ї спершу на когнітивному рівні і лише згодом – на емоційному.

Відтворення довіри до світу у „дітей без сім'ї” відбувається через турботу та її постійність з боку значимих дорослих. Потреба в увазі є настільки сильною у таких дітей, що вони прагнуть отримати її різними способами з будь-яких джерел відповідно до індивідуальності кожної дитини.

„Книга життя” дитини не починається з її входження у прийомну сім'ю. Допомога дитині потрібна у тому, щоб обережно відкрити і уважно переглянути попередні сторінки життя, переосмислити їх зміст, що робить дину здатною до написання нових. Інтеграція дитини в нову сім'ю здійснюється через прийняття минулого дитини.

Замість епілогу

Прийомні батьки відмічають, що спілкування з дитиною збагачує їх, відкриває їм скарби взаємин, розширює простір для навчання них самих – дорослих у дітей. Ось вислови прийомних батьків про їх відкриття в спілкуванні з дітьми.

Я навчаюсь у дитини...

. . .як можна зупинити конфлікт,

- *коли моя прийомна дитина, стрімголов біжить до свого друга, забувши про нашу неприємну розмову;*

. . .як можна прощати багато разів,

- *коли вона прощає мені моє ігнорування і знову, і знову розповідає про свої враження;*

. . .як крок за кроком наближатися до цінностей щоденного життя,

- *коли спостерігаю, як дочка з ентузіазмом витирає стіл, що залишили ми неприбраним після сніданку;*
- *коли бачу відгорнутий край ковдри на моєму ліжку, який ніби запрошує мене відпочити;*
- *коли приносить мені пташеня, що випало із гнізда, переживаючи за його долю і ми разом починаємо його вигодовувати;*
- *коли потім з'являється ще пташеня чайки, приноситься їжак....і ми думаємо: „чи не відкрити нам зоопарк?”*

...пам'ятати про своїх близьких,

- *коли мій прийомний син залишив цукерки (а ми свої з'їли), щоб поділитися ними з моїми онучками;*

...додавати грайливості в своє життя,

- *коли бачу приколоті в її волосся чудернацькі речі;*

...дозволити собі робити щось нове, незвичне,

- *коли бачу, як моя донька бере ключ і відкручує гайки на батареях.*

ІСТОРІЇ З ЖИТТЯ ПРИЙОМНИХ ДІТЕЙ

Історія перша: ...наряд міліції привіз хлопчика і дівчинку, котрі були залишені на незнайому жінку

| Факти з анамнезу дитини | | |
|-------------------------|---|---------------------|
| стать | чоловіча (код 4а) | жіноча (код 4б) |
| вік | 2 роки (приблизно встановлений, згідно з аркушами з медичної картки) | |
| соціальний статус | підкидьки | |
| національність | не встановлена | |
| з медичного діагнозу | рахіт, дисбактеріоз, порушення сну, відставання в фізичному, психологічному та мовленнєвому розвитку. | |
| | папілома на скроні | косоокість |
| фактори ризику розвитку | відсутність будь-яких відомостей про біологічних батьків, брак необхідного догляду за дітьми, ознаки депривованості, розлад рухових стереотипів, розлад прихильності, відставання в розвитку. | |
| | аутоагресія (удари головою, що повторюються) | аутоеротичні звички |
| загальний бал ризику | 4,5 | 4 |

Попередня історія: за телефонним викликом наряд міліції з квартири жінки забрав двох дітей - хлопчика і дівчинку. За два дні до цього молода жінка, що назвалась матір'ю дітей, попросила свою сусідку по торгівлі на базарі залишити їх у неї на пару днів. Вона залишила з дітьми вирвані аркуші з медичної картки, де були вказані прізвище та вік дітей. Минуло декілька днів, та мати так і не з'явилась - і господиня квартири викликала міліцію. Діти були доставлені до лікарні, де пройшли обстеження і через деяких час були оформлені до прийомної сім'ї.

Розшук матері не дав ніяких результатів, діти не числилися в картотеці розшуку. За період перебування дітей у лікарні та оформлення на них документів (свідчення про народження, медичних довідок) ними ніхто не цікавився. Оскільки генетичне обстеження не проводилося, то факт біологічного рідства дітей не був встановлений.

Короткий опис стану дітей на час оформлення їх в прийомну сім'ю: Діти самостійно не ходили, нижні частини тіл були розвинені значно слабше за верхні, тіла обох були покриті шрамами від фурункулів. Хлопчик виявляв бажання вступати в контакт з дорослими, використовуючи для цього голосні звуки та окремі слова ("дай"). Дівчинка була пасивною, більшість часу сиділа в ліжку, розгойдуючись, зовсім не виказувала реакцій на звертання до неї, мова - відсутня.

Особливості поведінки дітей, та зміни в їх розвитку після входження їх в прийомну сім'ю:

У дітей спостерігалися очевидні ознаки розладу рухових стереотипів та надмірної тривоги: **дівчинка** себе заспокоювала розгойдуванням тіла – саме у такий спосіб дитина і засинала; **хлопчик** у стані збудження починав битися головою об стінку, що інколи завершувалося зупинкою дихання і посинінням тіла. Вивести дитину із цього стану було дуже складно.

Зміна місця проживання (переїзд з лікарні до прийомної сім'ї), а потім кожне нове освоєння навколишнього: вихід у двір, поїздка в магазин, спроби виїхати із двору супроводжувались у дітей нервовим напруженням та почуттям тривоги. Перший місяць діти боялись випускати одне одного з поля зору, поява незнайомих людей викликала у них підвищену збудливість. У дітей спостерігалися порушення режиму сну – їх просто не можна було вкласти спати в відведений для цього нічний час. Вони присипляли себе стереотипними рухами, вткнувшись носом у подушку.

Як виявилось, дітям був відомий смак лише молока та хліба, від будь-яких інших харчів вони відмовлялися. Діти боялися води, і кожне їх купання супроводжувалося криками протесту...

Прийомна сім'я – багатодітна. В ній утримуються дві кішки та дві собаки. Перші слова, сказані дітьми, були звернені саме до них. Через два тижні проживання в новій сім'ї діти почали виділяти прийомних батьків, виказуючи саме їм свою прихильність, а вже потім – сприймати нових братів та сестер.

Поступово у дітей покращився апетит, вони стали вибирати для себе улюблені страви, вага їх тіла збільшилась. Протягом наступних чотирьох місяців діти все ще демонстрували симптоми розладу тривожності, з страху розлуки (негативно реагували на будь-яке відлучення рідних з дому, а також і самі не любили залишати помешкання). Хлопчик швидше, через півроку, навчився у визначений час лягати спати.

Через шість місяців зменшилась кількість випадків появи стереотипних рухів у дівчинки та биття головою з наступними нападами синюшності у хлопчика, які на кінець першого року проживання в прийомній сім'ї зовсім зникли.

На час повторного обстеження (через півроку проживання в прийомній сім'ї) діти демонстрували розвинуту фразеологічну мову, знали свою родину, відрізняли членів родини від чужих, не виказували боязні, коли хтось із близьких відлучався. На кінець

першого року проживання в прийомній сім'ї хлопчик став відвідувати дитячий садок, до якого швидко адаптувався. Дівчинка пройшла курс лікування з приводу хвороби нирок і теж стала ходити до дитячого садка. Розлуку одного з одним та близькими обоє переносили спокійно. Хоча воду не дуже полюбили, та активного протесту під час гігієнічних процедур вже не виказували.

Задokumentовані показники змін в анамнезі.

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| стать | чоловіча (код 4а) | жіноча (код 4б) |
| вік | 3,5 (встановлений приблизно) | |
| термін проживання в прийомній сім'ї | 1,5 року | |
| проміжний медичний діагноз | сердечна патологія, папілома | запалення нирок |
| остаточний медичний діагноз | здоровий, папілома | здорова |
| психічний розвиток | відповідає дитині 3-річного віку. | |

Потребує подальшого вирішення: уточнення соціального статусу дітей.

Історія друга: *неповнолітня мати народила дитину...*

| Факти з анамнезу дитини | |
|-------------------------|--|
| стать | жіноча (код 2) |
| вік | 1,5 року |
| соціальний статус | соціальна сирота (статус дитини, позбавленої батьківського піклування юридично не визначений) |
| національність | українка |
| з медичного діагнозу | анемія, захворювання кишечника, дисбактеріоз, ексудативний діатез, педикульоз, грибові захворювання, короста, відставання у розвитку. |
| фактори ризику розвитку | неповна сім'я, батько записаний зі слів матері, відсутність належного материнського догляду, випадкові дорослі, що доглядали за немовлям, ознаки депривованості, відставання у фізичному та психічному розвитку. |
| загальний бал ризику | 4 |

Попередня історія (з анамнезом): дитина народилася від нормальної вагітності у неповнолітньої дівчини без реєстрації шлюбу. Спадковість не обтяжена. До трьох місяців мати годувала дитину грудним молоком і доглядала за нею. Обравши своїм заняттям проституцію, молода жінка перестала надавати належну увагу дитині і залишала її з ким доведеться. Внаслідок постійних перемін місця проживання та незадовільних санітарних умов у дівчинки почалися проблеми з кишечником, з'явилися алергія, короста, педикульоз та грибові захворювання. Окрім матері у дівчинки є родичі: дідусь та брат матері, але

вони не брали ніякої участі у долі дитини. Дідусь відмовився займатись як дочкою, так і онукою, яка навіть не прописана на їхній спільній житлоплощі. Дівчинка була доставлена нарядом міліції до лікарні для обстеження, а через місяць була передана в прийомну сім'ю.

Короткий опис стану дитини на час оформлення в прийомну сім'ю: дитина - контактна, емоційна, з бажанням ішла до кожного на руки. Антропометричні дані відповідали віковим нормам, мовленнєвий та емоційно-соціальний розвиток відповідає віковим нормам (дитина користується словами та жестами для виказування своїх бажань, знає частини свого тіла тощо). Розвиток рухів, дрібної моторики зображувальної діяльності та ігрової має невелике відставання: хоча дівчинка їсть самостійно, проте не вміє використовувати предмети в грі, не може, наприклад, з кубиків зібрати башту, скласти мозаїку. Дитина дуже часто перебувала в роздратованому стані, що, скоріше, зумовлювалося її хворобами. В таких станах вона заспокоювала себе ссанням пальчика (аутоеротична звичка).

Особливості поведінки дитини та зміни в її розвитку після входження в прийомну сім'ю:

Прийомних батьків одразу сприйняла як рідних. Внаслідок частотої зміни людей, які доглядали за нею, перехід у прийомну сім'ю не був для дитини травмуючим. Нічний сон дитини був неспокійний з причини дисбактеріозу та хвороб шкіри. В перші дні перебування в родині характерною рисою дівчинки було її постійне бажання їсти, при незадоволенні якого демонструвала істеричні реакції (падала на підлогу і починала кричати).

Дівчинка відразу виявила прихильність до прийомної бабусі, чим викликала ревнотні реакції рідної онуки (дівчинки 5 років). Деякий час у сім'ї точилося змагання за місце біля бабусі. Активність прийомної дитини в добуванні для себе сімейних благ внесла деякі корективи і в поведінку власної: вона стала краще їсти, почала більш активно висловлювати свої бажання, перестала розкидати іграшки (щоб сестра їх не забрала).

Протягом чотирьох місяців нормалізувалася робота кишечника, налагодився сон, очистилася шкіра. Дівчинка набрала вагу. Апетит не зменшився, але став піддаватися корективам. Дитина вирізняє свою сім'ю серед інших людей та надає їй перевагу. У дівчинки розвинулось почуття прихильності до тих, хто турбується про неї. До всіх інших проявляє вибірковий інтерес. Афективні реакції інколи ще мають місце, проте сім'я навчилася їх вчасно гасити. Посилення уваги батьків до власної дочки зняло її ревнісні

реакції щодо прийомної дитини. На кінець першого року проживання в прийомній сім'ї дівчинка стала відвідувати дитячий садок, до якого швидко адаптувалась. У дитини діагностується підвищена вразливість респіраторними захворюваннями.

Задokumentовані показники змін в анамнезі дитини.

| | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| стать | жіноча (код 2) |
| вік | 3 роки |
| термін проживання в прийомній сім'ї | 1,5 року |
| проміжний медичний діагноз | запалення сечового міхура |
| остаточний медичний діагноз | здорова |
| психічний розвиток | відповідає віку дитини |

Потребує подальшого вирішення: збереження майнових (закріплення частини житлової площі біологічної матері за дитиною) та особистих (уточнення можливості подальшої участі матері в вихованні дитини) прав дитини.

Історія третя:

...мати відмовилася від дитини в пологовому будинку і дала згоду на усиновлення хлопчика

| Факти з анамнезу дитини | |
|-------------------------|---|
| стать | Чоловіча (код 16) |
| вік | 4 роки |
| соціальний статус | відмова в пологовому будинку (статус дитини, позбавленої батьківського піклування, юридично не визначений) |
| національність | не уточнена |
| з медичного діагнозу | родова травма (в анамнезі), затримка психофізичного розвитку внаслідок резидуальної енцефалопатії (на зміну місця проживання реагував судомими нападами); порушення координації рухів, відставання в мовленнєвому розвитку, пупкова грижа |
| фактори ризику розвитку | відсутність будь-яких достовірних відомостей про біологічну родину, відмова матері від дитини в пологовому будинку, батько записаний зі слів матері, тривале перебування в інтернаті, затримка в розвитку, ознаки деприваційних порушень. |
| загальний бал ризику | 4 |

Історія дитини (з анамнезом): відомості про батька дитини відсутні. У свідоцтві про народження він записаний зі слів матері. Мати дитини відмовилася від хлопчика зразу після його народження ще в пологовому будинку і написала дозвіл на можливе усиновлення дитини. У матері є ще двоє старших дітей, яких вона виховує сама. Як хлопчику виповнилося 3 роки й 2 місяці його оформили на виховання та постійне

проживання в прийомну сім'ю. Прийомні батьки хотіли взяти в свою сім'ю хлопчика зі світлим волоссям та блакитними очима, та коли приїхали в інтернат – темноволосий хлопчик 3-х років назвав їх рідними і не відійшов від них, доки вони не забрали його до себе. Вихователі характеризували дитину як неспокійну, шкодливу і відмовляли батьків від покvapливого рішення. Коли власні діти познайомилися з хлопчиком, то сказали, що не хочуть іншого братика. Це й допомогло прийняти остаточне рішення. У подальшому прийомні батьки не раз згадували слова виховательки, впадаючи у відчай від поведінки дитини, але ці проблеми ще більше згуртовували родину для їх подолання: “Ці проблеми стимулювали нас до життя, хоча частину його теж забирали”.

Короткий опис стану дитини на час оформлення в прийомну сім'ю: на переїзд до прийомної родини дитина відреагувала судомим нападом. Хлопчик став вимагати від прийомної матері, яку в перший же день він почав називати мамою, постійної присутності біля нього, просив його обнімати, спати з ним уночі, що батьки й робили. Вночі погано спав: прокидався, кричав, ссав палець. Постійно хотів їсти, проте спочатку вмів їсти лише рідку їжу (виявилось, що хлопчик не вмів жувати). Рухи були дуже некоординовані – часто падав. Хлопчик виявився надзвичайно рухливим та активним, але швидко втомлювався, жалівся на болі в ногах. Він швидко звик до всіх членів родини, до сімейного розпорядку.

Особливості поведінки дитини та зміни в її розвитку після входження в прийомну сім'ю: найважчим для родини був перший місяць перебування в ній дитини. Родичі прийомних батьків з насторогою сприйняли появу нового члена сім'ї та невдовзі все ж таки схвалили їх рішення.

Ніякі обмеження в кількості їжі не давали бажаного результату і на кінець року хлопчик набрав 8 кг ваги. Активність хлопчика не зменшувалася, що тримало в постійній напрузі всю сім'ю. Особливо хлопчика цікавило все, що стосувалося техніки (він її просто розкручував). Так, одного разу матір не догледіла, і хлопчик відкрив бампер у машини, що стояла на стоянці. За час перебування в сім'ї дитина почала розмовляти, з'явилася фразеологічна мова, зменшилася втомлюваність, хлопчик перестав жалітися на болі в ногах. Батьки ще інколи беруть дитину з собою в ліжку, судомий напад спостерігався тільки один раз при переїзді на оздоровлення, але для його припинення медична допомога була вже не потрібна.

Дані діагностування: вказують на нерівномірний психічний розвиток дитини. Мовний розвиток в основному став відповідати віку дитини, мова має соціальну

спрямованість, тобто хлопчик може користуватися мовою для задоволення своїх потреб. Дитина яскраво демонструє “чомучкинський” період, що відповідає віковим нормам його розвитку. Паралельно з цим все ж таки продовжують діагностуватися симптоми гіперактивності та дефіциту уваги: нетривкість уваги, імпульсивність та непосидючість у поведінці, а також відмічається нерозвиненість дрібної моторики (дитина не змогла виконати завдання - малюнок).

Задокументовані показники змін в анамнезі дитини.

| | |
|-------------------------------------|---|
| стать | чоловіча |
| вік | 4,7 року |
| термін проживання в прийомній сім'ї | 1,5 років |
| проміжний медичний діагноз | функціональні порушення внутрішніх органів (нирки, шлунковий тракт) |
| остаточний медичний діагноз | здоров |
| психічний розвиток | відповідає віковій нормі |

Потребує розв'язання: уточнення соціального статусу дитини.

Актуальним залишилось проведення обстеження з приводу проблем нерівномірного розвитку, а також потрібно продовжувати відвідування корекційно-розвивальних занять для дітей з проявами гіперактивності.

Історія четверта:

мати на рік віддала дитину в будинок маляти... так і минуло сім літ

| Факти з анамнезу дитини | |
|-------------------------|--|
| стать | жіноча (код 3) |
| вік | 7 років |
| соціальний статус | соціальна сирота, повторне сирітство (статус дитини, позбавленої батьківського піклування, юридично не визначений) |
| національність | українка |
| з медичного діагнозу | отит, гайморит, відставання фізичного розвитку, захворювання кишкового тракту. |
| фактори ризику розвитку | відсутність будь-якої інформації про біологічних родичів, відсутність материнського піклування в немовлятьському віці, батько записаний зі слів матері, перебування в інтернаті більше 3-х років, наявність сексуального травматичного досвіду, часта зміна місць проживання (дім маляти, дитячий будинок, інтернат, сім'я усиновителя, притулок, прийомна сім'я), дія чинника „множинної нерозмежованої доглядаючої особи”. |
| загальний бал ризику | 5 |

Історія дитини (з анамнезом): мати віддала дитину в Дім малютки, з якого, невдовзі, дівчинку перевели до Дитячого будинку. Мати не відвідувала дитину, відомостей про батька, який записаний зі слів матері, не було.

Дівчинка сподобалась заможному чоловікові похилого віку, який її і в дочерив. Його дружина відмовилась стати матір'ю дівчинці, хоча згоду на її удочеріння чоловіком дала. В їхній родині виховувались троє рідних дітей та дві дівчинки, яких удочерили раніше. Як виявилось пізніше, чоловік удочеряв дівчаток для задоволення своїх нездорових потягів. Не витримуючи більше знущань над дітьми і не зважаючи на погрози чоловіка про позбавлення матеріальної підтримки, його дружина заявила на нього в правоохоронні органи. Згодом суд виніс вирок про позбавлення “татуся” волі на 15 років за здійснені злочинні дії за ст.117 ч.4, 118 ч2, 121 Кримінального кодексу України.

Дівчинка проживала в сім'ї усиновителя всього один місяць проте за цей період неодноразово була свідком сексуально злочинних дій усиновителям щодо її старших звідних сестер. Згідно з медико-психологічною експертизою, у дівчинки не виявлено ніяких вагінальних ушкоджень, а також симптомів посттравматичного синдрому. Наявність петінгових контактів не встановлено, а про наслідки споглядання сексуальних домагань усиновителя до зведених сестер експертиза не дала ніяких пояснень.

Після порушення кримінальної справи дівчинку помістили в притулок, а через три місяці оформили в прийомну сім'ю.

Короткий опис стану дитини на час її оформлення в прийомну сім'ю: дитина вразила батьків здатністю усміхатися, контактністю, емоційністю. У свої сім років дівчинка була дуже тендітною, мала вигляд п'ятирічної дитини, була сором'язливою, слухняною, уважною до навколишніх.

Особливості поведінки дитини та зміни в розвитку після входження її в прийомну сім'ю: дівчинка прагнула подобатися як прийомним батькам, так і їхнім друзям. Вона тривалий час була не здатна відчутти різницю між рідною домівкою та двором, товариством вулиці, чим викликала у батьків невдоволення. Вона довго не могла зрозуміти, на кого потрібно орієнтуватися у правилах поведінки. Показовим є такий приклад: після роботи, збираючись додому, співробітниця матері допомагала дівчинці одягнутися, розмовляла з нею і разом з ними вийшла на вулицю. При цьому донька сказала прийомній матері, що вона може їх залишити, бо вона піде з цією жінкою до неї додому. Дівчинка була ладна йти до кожного, хто ставився до неї з лагідністю. Подібних випадків

було декілька. Ситуація ускладнювалась тим, що по-перше, прийомна сім'я була молодою і не мала досвіду виходу з подібних ситуацій, по-друге, у дівчинки було відсутнє почуття вибіркової прихильності. Поєднання вказаних обставин утруднювало процес формування взаємної прихильності членів сім'ї.

Перший час дитина не впускала матір до ванної кімнати під час свого туалету. Існували також проблеми з формуванням санітарно-гігієнічних навичок. Батьки знали „кримінальну історію” дитини і дуже прискіпливо ставилися до будь-яких проявів її ніжності, помилково інтерпретуючи їх як прояви сексуальності. Батьки тривалий час побоювались будь-яких тілесних контактів з прийомною донькою.

На кінець першого року проживання в прийомній сім'ї всі медичні діагнози були зняті, дитина підросла, набрала вагу. Психологічна діагностика показала, що дівчинка розвивається відповідно віковим нормам без відхилень у психосексуальному розвитку. Батькам з цього приводу були надані консультації. Зменшення батьківської тривожності зменшило тривожність у дитини і сприяло нормалізації стосунків у сім'ї. Дівчинка стала поступово довіряти матері і дозволяти їй допомогати в користуванні ванною кімнатою - тим самим були усунені проблеми, пов'язані з гігієною. Батьки не бояться тілесних контактів з дитиною, дівчинка вже виокремлює батьків серед інших та орієнтується на них. Її бажання подобатися всім залишається, проте батьки вже не так емоційно на це реагують. Восени дівчинка пішла в перший клас, із шкільним навантаженням справляється добре, вчитись їй подобається.

Задokumentовані показники змін в анамнезі дитини.

| | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| стать | жіноча (код 3) |
| вік | 4,5 року |
| термін проживання в прийомній сім'ї | 1,5 року |
| проміжний медичний діагноз | хвороба нирок. |
| остаточний медичний діагноз | здорова |
| психічний розвиток | відповідає віковій нормі |

Потребує подальшого вирішення: уточнення соціального статусу та збереження майнових (суд призначив виплату моральної компенсації дитині) прав дитини.

Історія п'ята:
мати продала свою половину хати, та й дочку там забула. . .

| Факти з анамнезу дитини | |
|-------------------------|--|
| стать | жіноча (код 5) |
| вік | 13,5 року |
| соціальний статус | соціальна сирота (статус дитини, позбавленої батьківського піклування юридично не визначений) |
| національність | українка |
| з медичного діагнозу | шлункові захворювання, анемія, виснаження організму, відставання в фізичному розвитку. |
| фактори ризику розвитку | неповна сім'я, бездоглядність дитини, аморальний спосіб життя матері, проблеми психосексуального розвитку. |
| загальний бал ризику | 3 |

Історія дитини (з анамнезом): дівчина – перша дитина в першому шлюбі матері. На час її народження батько мав середню освіту, мати – навчалася на другому курсі вузу, який так і не закінчила. Сім'я оселилася в будинку бабусі, яка утримувала молоду сім'ю. Батьки полюбили погуляти, випити, інколи сварилися і навіть билися, а коли дитині виповнився рік, розлучилися. З часом батько створив нову сім'ю. На даний час він проживає в тому ж населеному пункті в новій родині, в якій вже має двоє дітей, турботи про свого первістка не проявляє.

Після розлучення батьків теплі стосунки залишилися у дівчинки тільки з бабусею. Коли ж старенька померла, дівчинку взяли на виховання дідусь та бабуся по батьківській лінії. Після продажу матір'ю частини будинку, вони вигнали онуку на вулицю. Доля дитини їх більше не переймала: «Без хати, ти нам не потрібна. Іди жити до матері».

Жінка, яка викупила частину будинку, звернула увагу на десятирічну дівчинку, яка виявилась донькою колишньої власниці купленого житла. Дівчинка мала вигляд бездоглядної та голодної. Жінка іноді давала їжу дитині, неодноразово говорила з матір'ю про необхідність догляду за дочкою. Та погоджувалась, але незабаром оформила доньку в інтернат для розумово відсталих дітей, а сусідці сказала, що тепер дівчина навчається в школі-інтернаті для обдарованих дітей. Мати продовжувала вести розпутне життя, пиячила, гуляла. Коли сусідка завершила ремонт і переїхала в дім, вона там інколи зустрічала безпритульну дівчинку – доньку колишньої власниці будинку. Виявивши обман матері щодо навчання дівчинки та порадившись із синами, жінка запропонувала їй перейти жити до них. Вона взяла у матері розписку і забрала дівчинку, якій виповнилося на той час вже 13 років, до себе, а через 3 роки сім'я набула статусу прийомної.

На даний час мати лише інколи навідується до своєї частини будинку, решту часу бомжує, веде аморальний спосіб життя, долею доньки не цікавиться.

Короткий опис стану дитини на час її оформлення в прийомну сім'ю: дівчинка була замкнута, в школі важко налагоджувала стосунки з однолітками. Виявляла агресію якщо їй щось не подобалось. Навчалась самостійно, мала добру пам'ять. Інколи у дівчини спостерігалися афективні реакції у відповідь до вимог прийомних батьків.

Особливості поведінки дитини та зміни в її розвитку після входження в прийомну сім'ю: в перший час перебування в родині найважчим для батьків було заохочення дівчинки до дотримання особистої гігієни. Замість того, щоб прати свої речі, вона їх ховала або викидала. Але водночас дівчинка уважно спостерігала за веденням домашнього господарства та із задоволенням допомагала матері на кухні. Це визначило в подальшому її професійну орієнтацію. Після 9 класів вона пішла навчатися на курси кухарів, по завершенню яких розпочала свій трудовий стаж і підготовку до вступу в технікум за спеціальністю.

Спілкування з прийомними батьками, а особливо з їх старшими синами сприяло поступовому усуненню симптомів агресивної поведінки. Дружба з ними та сімейні традиції спільного проведення вільного часу (кожні вихідні дні знаменувалися виїздом усієї сім'ї на природу – по гриби, та лікарські трави, просто напекти в багатті картоплі тощо) допомогли дівчинці швидко адаптуватись до життя в новій родині.

Задokumentовані показники змін в анамнезі дитини.

| | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| стать | жіноча (код 5) |
| вік | 17,5 року |
| термін проживання в прийомній сім'ї | 4,5 року |
| проміжний медичний діагноз | обстеження не проводилося |
| остаточний медичний діагноз | виразка шлунку |
| психічний розвиток | відповідає віку |

Потребує розв'язання низка юридичних питань щодо успадкування майна. Успадкована власність після смерті бабусі була розділена між матір'ю дівчинки та її братом, який перебував на лікуванні з приводу наркозалежності. На даний час дівчинка має право на прописку, але позбавлена права на власність, тобто вона не має власної житлоплощі.

Історія шоста:
...шосту дитину батьки віддали в дитячий будинок

| Факти з анамнезу дитини | |
|-------------------------|--|
| стать | жіноча (код 8) |
| вік | 3 роки |
| соціальний статус | напівсирота |
| національність | українка |
| з медичного діагнозу | затримка фізичного, психічного та мовленнєвого розвитку, ознаки деприваційного впливу, розлад рухових стереотипів, алергічні висипання на шкірі, дисбактеріоз. |
| фактори ризику розвитку | низька прожиткова спроможність батьківської сім'ї, асоціальний спосіб життя (пияцтво, розпусна поведінка), відсутність контактів з біологічною родиною, часткова відсутність інформації про минуле дитини, рання сепарація з матір'ю (до досягнення дитиною першого року життя), 2,5 року проживання в інтернаті, деприваційні порушення, ознаки значного відставання у розумовому розвитку, які нагадують симптоми олігофренії. |
| загальний бал ризику | 5,5 |

Історія дитини (з анамнезом): дівчинка – шоста дитина в сім'ї, у віці одинадцяти місяців за згодою обох батьків була тимчасово оформлена у державну систему опіки та піклування. Через деякий час мати померла, а розпутний спосіб життя батька призвів до пожежі (згоріла хата). Усі п'ятеро старших дітей невдовзі теж були оформлені до інтернату.

За весь час перебування дівчинки в інтернаті батько її не відвідував, не виявляв бажання брати участь у вирішенні її долі. Коли дівчинці минуло 2,5 року, її взяли на виховання в прийомну сім'ю. Дівчинка „приворожила” прийомних батьків своєю відкритістю, надзвичайною контактністю.

Короткий опис стану дитини на час її оформлення в прийомну сім'ю: відмічалось відставання в загальному фізичному розвитку дитини; відсутність мови; нерозвинутість моторики. Діагностувалися розлад рухових стереотипів (розгойдування тіла, биття головою під час сну, ссання пальчика); недорозвиток дрібної моторики – з напруженням тримала олівець, не складала мозаїку; відставання в освоєнні предметної діяльності- не могла побудувати башту з кубиків, не вмiла гратись ляльками та іншими іграшками, біла та ламала їх. На всіх, хто приходив у групу інтернату, дівчинка позитивно реагувала, ластилася, прагнула сісти на коліна, що було ознакою реактивного розладу прихильності. Хоча в історії розвитку дитини не стоїть діагноз олігофренії, а спеціальна діагностика мозку не вказала на навіність органічних мозкових уражень, проте наявний

рівень розвитку дитини і її зовнішні поведінкові прояви вказують на безпідставність такого припущення або ж засвідчують досить глибоку та ранню депривацію, яка й могла спровокувати значну затримку психічного розвитку.

Особливості поведінки дитини та зміни в розвитку після входження її в прийомну сім'ю:

Дівчинка амбівалентно поводитися з батьками: могла, або вкусити, або підійти погладити та приголубитись. По відношенню до незнайомих - поводи́ла себе по-різному, тонко відчуваючи індивідуальність людини. Якось у гостях дівчинка розплакалась. Тон господині та принесені нею іграшки заспокоїли дівчинку. Іншим разом, коли у гості до сім'ї прийшла більш серйозна жінка (в окулярах, розмовляла як викладач), то дівчинка йти до неї на руки відмовилася, навіть сховалася у своїй кімнаті і не захотіла виходити, хоча жінка намагалася сподобатися, маючи намір стати хрещеною матір'ю дитині.

У квартирі прийомних батьків живуть кішка та собака, для яких дівчинка стала справжнім другом. Дитина має гарні спортивні задатки – гнучке тіло, енергійна. Вона із задоволенням виконує фізичні вправи, перекидається через голову, намагається робити шпагат, чим дуже тішить бабусю.

Через рік проживання в прийомній сім'ї активний словниковий запас став відповідати розвитку 15 місячної дитини (вимовляла 2-3 слова, комбінувала їх, а також використовувала міміку та тональність звуків для виказування своїх бажань), а пасивний збільшився такою мірою, що дівчинка могла легко розуміти мову навколишніх.

Дитина виділяє із оточуючих маму та батька, розуміє, що у неї є дім і родина. Коли кличуть додому, то вона знає, куди треба йти, показує жестами, де тато, мати, баба, знає частини свого тіла, імітує звуками голос тварин, а також пристосувалась до правил та режиму дня сім'ї. Стереотипні рухи (розгойдування тіла та ссання пальця) інколи проявляються. Коли прийомна мати стала брати дитину до себе в ліжко, стереотипні рухи почали зникати, сон дитини став спокійнішим. Діагностика вказує, що поруч з нестійкою увагою та втомлюваністю у дівчинки відмічається легкість у переключенні уваги, готовність до отримання допомоги, а також діагностується здатність до навчання, що є позитивним прогнозом ефективності психокорекційної роботи.

Задokumentовані показники змін в анамнезі дитини.

| | |
|-------------------------------------|---|
| стать | жіноча (код 8) |
| вік | 4,5 року |
| термін проживання в прийомній сім'ї | 1,5 року |
| проміжний медичний діагноз | серцева патологія, запалення нирок, функціональні порушення внутрішніх органів, карієс. |
| остаточний медичний діагноз | карієс |
| психічний розвиток | затримка психічного розвитку, припущення про наявність олігофренії. |

Потребує подальшого вирішення: послідовне здійснення корекційних заходів щодо вирівнювання психологічного розвитку дитини до нормативного. Дитину слід направити на комісію для уточнення діагнозу розумового розвитку.

Терміни, якими ми користувалися

Адаптація (від лат. *adaptare* - пристосовувати) - пристосування до навколишнього середовища як на біологічному рівні, так і психологічному (пристосування людини до існування в суспільстві відповідно до вимог цього суспільства і власних потреб, інтересів та мотивації).

Адекватність (від лат. *adaequatus* – прирівняний, рівний, відповідний) точність і повнота пізнання психічної реальності; відповідність суб'єктивного образу об'єкта його реальному оригіналу. Прикладом неадекватності може бути ілюзія сприймання.

Анамнез (греч. *anamnesis* - спогади) – сукупність відомостей, які повідомляє хворий лікарю і які використовуються при встановленні діагнозу та прогнозу захворювання.

Аутоагресія – деструктивні дії спрямовані на руйнацію себе, як-то повторювальні рухи биття головою дитини раннього віку об стінку.

Афіліація (від англ. *affiliation* – з'єднання, зв'язок) – потреба та прагнення до спілкування, емоційних контактів, любові

Вербальний (лат. *verbalis, verbum* – слово) - словесний, усний.

Госпіталізм – погіршення стану здоров'я під впливом перебування в госпіталях та лікувальних установах... Є наслідком неправильної організації виховання дітей, а саме: результатом обмеження виховання лише вигодуванням та медико-гігієнічним доглядом. Виникає від браку зовнішніх впливів, необхідних для стимулювання та функціонування вищої нервової діяльності дитини. Поруч з проявами **фізичного госпіталізму** відмічаються явища різкого **психічного госпіталізму**: загальна млявість, малорухомість, затримка розвитку рухів, та мови; у дитини превалює емоційно-негативний стан, виникають різні нав'язливі рухи у вигляді автоматичних розгойдувань голови, тіла, рук; спостерігаються прояви різних страхів та явищ, що свідчать не лише про відставання в психічному розвитку, але й про специфічні порушення в ході цього розвитку. В крайніх формах госпіталізм може призвести до серйозних душевних розладів, хронічного інфікування, а інколи і до смерті дитини.

Депресія (від лат. *depression* – пригнічую, придушую) – хворобливий стан пригнічення, безвиході, що виникає як реакція організму на важку життєву ситуацію або внаслідок психічного захворювання.

Депривація (від лат. *deprivatio* - втрата, позбавлятися кого, чого) – ізоляція від зовнішніх подразників. Це психічний стан, що виникає внаслідок таких життєвих ситуацій, в яких суб'єкту не надається можливості для вдоволення деяких його основних (вітальних) психічних потреб у достатній мірі та впродовж достатнього часу. Продовжене перебування в стані депривації може викликати стійкі зміни особистості, сприймання та діяльності індивіда. Внаслідок деприваційного впливу не задовольняються потреби: в необхідній кількості та мінливості стимульного середовища; в безпечних умовах, які б сприяли активному оволодінню середовищем; в емоційному зв'язку з матір'ю (батьком, іншими значущими особами); суспільній самореалізації, що сприяє адекватному оволодінню соціальними ролями та цінностями суспільного життя.

Деприваційна ситуація – це така життєва ситуація дитини, в якій відсутня можливість задоволення найважливіших психічних потреб. Різні діти внаслідок різної конституційної будови та розвитку особистості, потрапляючи в деприваційну ситуацію, будуть

поводитись по-різному і будуть мати різні наслідки її дії. **Ізоляція*** дитини від родини – це деприваційна ситуація, наслідки якої в кожному випадку можуть бути різними.

Деприваційний досвід - досвід переживання деприваційної ситуації, що означає, що кожна наступну подібну ситуацію дитина буде сприймати через призму переживання попередньої. Тобто тип реагування дитини буде зумовлений попереднім досвідом.

Деприваційні наслідки – результат особливої індивідуальної переробки стимульного збіднення, якого досягла дитина в деприваційній ситуації, зовнішній прояв якої (в тому числі і поведінковий) має характерні, специфічні ознаки.

Депривації механізм - це той процес, який характерним чином видозмінює структуру дитячої особистості, що розвивається. Цей процес розпочинається внаслідок браку задоволення основних психічних потреб дитини. **Конфлікт, фрустрація та депривація** нерідко переплітаються між собою. На практиці ці різні психічні стани інколи непросто розвести. **Фрустрація** настає, коли у дитини забирають її улюблену іграшку і дають можливість гратися з тією, яка їй менше подобається. **Депривація** ж виникає, якщо дитині взагалі не надається можливість гратися. Початком деприваційної ситуації може стати продовжена тривалість фрустраційної.

Депривація емоційна – недостатня можливість для налагодження інтимного емоційного ставлення до будь-якої особи чи розторгнення вже створеного подібного емоційного зв'язку.

Депривація ідеаторна – проявляється в загальмованості пізнавальних реакцій як *псевдозатримка* розвитку пізнавальних функцій.

Депривація когнітивна – надмірно змінна та хаотична структура зовнішнього світу без чіткого упорядкування та смислу, яка не дає можливості розуміти, передбачати і регулювати зовнішні події.

Депривація сенсорна – понижена кількість сенсорних стимулів чи їх обмежена змінність та модальність. Таке продовжене та повне виключення всякого сенсорного подразника характеризується низкою психічних чинників: підвищеною потребою в активних рухах та сенсорних враженнях, послабленням здатності до концентрації уваги, порушенням процесу мислення, появою ілюзій і нерідко маячних феноменів.

Депривація індивідуальна – депривація окремих дітей, потреби яких не розвиваються і не задовольняються відповідно діючим культурним моделям, хоча до цих дітей суспільством теж будуть застосовуватись тотожні вимоги і їх поведінка буде оцінюватися за тотожними нормами.

Депривація культурна – дитина, яка проживає в ізоляції від культури сучасного суспільства, наражається на небезпеку, що в неї не виникне потреби жити культурно, тобто потреби в набутті цінностей, що визнаються суспільством. Низький культурний рівень проявів робить її відмінною від інших, внаслідок чого суспільство її не приймає і відштовхує, аж до ізоляції. У період, коли окремі культури розвивались автономно і їх взаємодія був обмежений, культурна депривація не становила такої проблеми, якою вона є у теперішній час, коли вона стосується не тільки певних груп населення, але й цілих популяцій в країнах, що розвиваються, де традиційні культурні моделі поступаються новим моделям виховання дітей. Під час швидких культурних змін **культурну депривацію** також можна шукати в межах однієї культури, що змінюється, тому, що моделі, які збереглися вже не відповідають цінностям та ідеалам. Вони мають змінитися новими, більш адекватними моделями.

Депривація соціальна – обмежена можливість для засвоєння автономної соціальної ролі.

Депривація материнська - розвиток дитини при відсутності матері або особи, що її замінює. Небезпека криється в тому, що у дитини не розвивається здатність встановлювати зв'язки з людьми та суспільством у цілому. Саме тісний та тривалий зв'язок з матір'ю дає дитині відчуття стабільності світу та неперервності власного існування в ньому - „базової довіри” до світу та своїх можливостей реалізації в ньому, що і закладає основи для **розвитку емоційно здорової зрілої особистості**. Встановлення „безпечної прихильності” у дитини раннього віку до близьких формує в подальшому її здатність до утримання тривалих та значимих стосунків. Звичайна сім'я надає гарну можливість для формування фокальної інтенсивної прихильності до осіб, які турбуються про неї (як правило, до матері). Формуються також і інші важливі форми прихильності: до батька, братів та сестер, родичів, а також друзів, коло яких все розширюється по мірі дорослішання дитини. Дитина навчається любити і дорожити своїми рідними, а також засвоює „статеворольові концепції” поведінки чоловіка та жінки, що є важливим для становлення її особистості.

Депривація патернальна - розвиток дитини при відсутності батька. На фоні соціального розвитку, коли чоловіки більше включені в процес догляду за дитиною, його відсутність має більше важких наслідків, ніж раніше, коли основний обсяг роботи з дитиною був виключно жіночою справою. Роль батька в сім'ї забезпечує результативність вирішення процесу соціалізації дитини, входження її в суспільство і засвоєння нею соціальних ролей відносно своєї та протилежної статі. „Материнська турбота забезпечує здатність приймати, а батьківська турбота стимулює до віддачі”. (А.Гремс)

Дисконтинуальне (інтермітуюче) виховання - (від. лат. *intermitto* – перериваю, припиняю) - перерване, уривчасте, те, що перемежується. Є проблемою видатних сімей та таких, де сфера діяльності батьків потребує охоплення всіх їхніх зусиль без залишку. Дана проблема витікає не з браку інтелектуальних та емоційних стимулів, а з „нестачі часу” для дитини, внаслідок чого сім'я, створюючи надмірне стимульне середовище (залучаючи при цьому нянь), все ж таки не в змозі подолати недоліки наявних емоційних та соціальних стимулів.

Дисоціація (від грец *dys* - розлад) – процес розототожнення, розмежування себе з будь-чим. Втрата цілісності самосприймання, заперечення частини себе: особистісної, фізичної, емоційної та за якостями характеру.

Емпатія (від грец. – співпереживання) – позараціональне пізнання людиною внутрішнього світу інших людей, чуттєве осягнення емоційного стану, переживань іншої людини. Як термін ввів в психологію Е. Титченер.

Жорстоке ставлення до дітей – будь-яке *невипадкове нанесення ушкоджень* дитині у віці до 18 років батьками чи особою, що здійснює догляд за дитиною.

Занедбаність – наслідки зовнішніх несприятливих виховних впливів. Хоча занедбаність яскраво проявляється в поведінці дитини, але безпосередньо не приводить до порушення психічного здоров'я дитини – як емоційного так і розумового. Примітивність середовища, відсутність гігієнічних умов, недостатність виховного нагляду, відсутність зразків зрілої гідної поведінки, відсутність орієнтованості соціальної групи на шкільне навчання та обмеженість можливості його отримання – ось основні причини, які приводять до **педагогічної занедбаності дитини**. (Психічно депривована дитина виростає нерідко в зразковому гігієнічному середовищі при ідеальному догляді).

Зловживання дітьми – заподіяння дитині віком до 18 років з боку особи, що несе юридичну відповідальність за здійснення турботи про неї, серйозних фізичних ушкоджень (у тому числі сексуальні зловживання) або створення ситуації ризику їх отримання.

Значущі інші – група людей, чия думка або ставлення до чогось є авторитетними для даного індивіда. Значущість може формуватися в емоційному ставленні до проблеми чи у визнанні та прийнятті інтелектуальної переваги.

Ідентифікація (від лат. *identicus* – однаковий, тотожний) – ототожнення (як правило, неусвідомлене) себе із значущим іншим як зразком на основі емоційного з ним зв'язку. Механізм ідентифікації сприяє формуванню у дитини з раннього віку певних якостей особистості, стереотипів поведінки, статево-рольової ідентичності, ціннісних орієнтацій.

Ідентичність – відчуття самототожності, власної істинності, повноцінності, причетності до світу та інших людей.

Ізоляція – вилучення хворого із сім'ї і суспільства та уміщення його в лікарню для попередження можливих небезпечних дій по відношенню до себе чи оточуючих. **Ізоляція** виникає також унаслідок вилучення дитини з умов необхідного для її розвитку стимульного середовища: предметного – дитина прикута до ліжка, чи суспільного – дитина проживає у віддаленому від цивілізації місці. Ступінь незадоволення основних потреб дитячого розвитку, тобто міра дії ізоляційних факторів, буде визначати ступінь ураженості в розвитку дитячого організму: повної, часткової (предметної, соціальної) чи поєднаної з дією інших чинників.

Інтеріоризація - формування внутрішніх структур психіки шляхом засвоєння структур зовнішньої діяльності.

Інфантильність (від лат. *infantilis* – дитячий) - збереження в психіці та поведінці дорослого індивіда рис, якостей і особливостей, властивих дітям (дитячому віку), затримка в психічному розвитку дитини.

Когнітивний (від англ. *cognition* - знання) той, який опирається на знання, пізнання.

Комунікація (від лат. *communico* - роблю загальним, поєдную; англ. *communicate* - повідомляти, передавати) – спілкування; взаємодія двох та більше людей, в результаті якої відбувається передача інформації, забезпечується та контролюється їх спільна діяльність.

Конфлікт (від лат. *conflictus* – зіткнення) – зіткнення осіб, їх ідей, інтересів, потреб, оцінок, рівня прагнень, домагань тощо. В конфлікті організм спрямовується різнонаправленими силами, що в однаковій мірі його приваблюють; або організм одночасно відчуває амбівалентність у ставленні до однієї наміченої мети, яка одночасно і притягує, і відштовхує його.

Здатність особистості більш-менш успішно діяти в конфлікті та розв'язувати конфліктні ситуації багато в чому визначається умовами її первинної соціалізації. Подальший досвід лише вносить коригуючі впливи, що потребують вже більш значних витрат. Наслідком нерозв'язаного конфлікту може стати **конфронтація**, тобто позиційне протистояння.

Конфронтація (лат. *co* – префікс, що означає об'єднання; лат. *frons* (*frontis*) – лоб, чоло, чільна сторона) - супротивне стояння двох сторін навколо чогось.

Локус (від лат. *lokus* - місце) - місцезнаходження чого-небудь, наприклад контролю власних дій. Схильність людини приписувати відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім силам (екстернальний локус контролю) чи власним зусиллям та вмінням (інтернальний).

Насильство сексуальне – використання дитини для сексуального задоволення дорослого, що завдає шкоди здоров'ю та розвитку дитини (в тому числі емоційному). Формами сексуального зловживання вважаються: зґвалтування, інцест – (зловживання членами родини, передовсім з боку батьків), сексуальні дотики, домагання, непристойне виставляння напоказ, сексуальне зваблення, моральне розбещення неповнолітніх.

Небажані діти – небажаність материнства та неготовність до нього жінки, що створює внутрішні та зовнішні психологічні конфлікти, які вирішуються не на користь дитини. Не знаючи як приласкати дитину, погратися з нею, жінка інколи навіть боїться взяти дитину на руки і розмовляти з нею її мовою (лепетом, мімікою, поглядом, жестом); не виказуючи і не відчуваючи важливості для себе дитини, створює тим самим стресові ситуації як для дитини, так і для себе. Порочне коло посиленням негативного ставлення до дитини замикає нерозуміння матір'ю вимог дитини, сигналів її плачу, що заважає забезпеченню належного догляду і формує хронічну ситуацію прихованого сирітства. Картина сформованої субдепривації дитини дає зсув її розвитку в соціально не вигідному плані, що залишається таким тривалий час. Ситуація небажаних хлопчиків більш переобтяжена різними побічними впливами, ніж дівчаток.

Нехтування – відсутність відповідної батьківської турботи, яка б забезпечувала задоволення основних вітальних потреб дитини (в харчуванні, одязі, притулку) а також ненадання медичного догляду, освіти, захисту та нагляду, зневажливе ставлення до своїх (батьківських) обов'язків.

Паритет (від лат. paritas - рівність) – рівність сторін у їхній взаєминах.

Приховане сирітство – порушення в системі мати-дитина; формується ще на етапі вагітності матері, внаслідок відсутності у неї материнського почуття до дитини, викривленням його чи браку, а в подальшому - через неготовність жінки до виконання материнських функцій.

Повторне сирітство – такий соціально-правовий статус дитини-сироти чи дитини, позбавленої турботи біологічних батьків, при якому дитина в зв'язку із зміною форми влаштування (розусиновлення, припинення опіки чи піклування тощо) знову повертається до інтернатної установи.

Погане ставлення – ставлення, за якого дитина зазнає прикрощів внаслідок недостатнього здійснення та надання з боку батьків або осіб, що їх заміщують, мінімального ступеня турботи.

Покинута дитина – дитина, від якої відмовились, залишили без нагляду, і яка в ранньому віці була позбавлена захисту, фізичної та афективної турботи, необхідної для виживання .

Покинута дитина (морально) – дитина без дисципліни та морального керування суспільством у цілому.

Порушення прихильності – відсутність здатності до створення тривалих та значущих стосунків. Формується внаслідок наявності перешкод до встановлення близьких, ефективних взаємодій із значущими дорослими. Цими перешкодами можуть бути: довготривале перебування дитини в умовах інституціонального утримання, де діє „чинник множинної нерозмежованості доглядаючої особи”, здійснення насильства над дітьми, браку близьких емоційних стосунків з батьками тощо. Такі діти бувають пригніченими, агресивними, лякливими, не здатними до адекватної взаємодії.

Психологічне насилля – хронічні прояви поведінки, через які здійснюється приниження, ображення, знуцання, висміювання дитини.

Психотерапія – комплекс психологічних заходів, спрямованих на підвищення адаптованості індивіда до середовища, інтеграцію та розвиток його здібностей, якостей – тобто корекція особистості клієнта (когнітивної, поведінкової, емоційно-вольової сфер).

Реабілітація (від лат. re – префікс, що означає зворотню дію; від лат. habilitatis – спроможність, придатність) - процес відтворення в правах та можливостях активної діяльності осіб, які пройшли курс лікування.

Реадаптація – процес повторної психологічної адаптації до середовища. Є етапом реабілітації, в якому превалюють психосоціальні методи впливу, що стимулюють людину до діяльності.

Реактивація - забезпечення доступу необхідної кількості стимулів із навколишнього середовища в випадках, коли рання депривація спричинила порушення на рівні основної активності психічних процесів. Тут ефективними є заходи щодо забезпечення умов для розвитку моторики та органів чуття, а також проведення адаптаційної терапії, яка може включати і формакологічний вплив.

Редидактивне навчання – переучування на основі позитивного підкріплення адекватних реакцій та способів поведінки, а також формування нових, більш доцільних і відторгнення небажаних шляхом тренінгу та вправ.

Для цього вибираються прицільні, дозовані стимули, що будуть закріплювати бажану поведінку. Ними можуть бути і спеціально організовані методи навчання: логопедичної спрямованості, рухові вправи, допоміжне шкільне навчання, засвоєння навичок соціальної адаптації.

Реєдукація – переструктурування ставлення дитини до всього соціального, що відбувається в її оточенні.

Ресоціалізація - сприяння включенню дитини в соціальне оточення та допомога їй в оволодінні соціальними ролями. В суспільстві та при допомозі суспільства дитина позбавляється деприваційних наслідків і навчається створювати нові сприятливі соціальні стосунки. Щоб підготувати дитину до більш зрілих соціальних ролей, навчати її самостійності та відповідальності, задоволенні в відпочинку в різних суспільних умовах та готовності до трудової діяльності проведення заходів по ресоціалізації дитини потрібно і будувати в залежності від деприваційного типу особистості.

Сепарація (від лат. separation від separo - відокремлення) – припинення дії специфічних зв'язків, що вже склалися між дитиною і її соціальним оточенням. Подібна ситуація виникає в разі відірваності дитини від тих осіб, які були для неї джерелом емоційного насичення. Дж.Боулбі (1951) найбільш чітко довів, що тривале розлучення дитини з матір'ю або особою, що її замінює, в перші три-п'ять років життя призводить, як правило, до порушень у психічному здоров'ї дитини, наслідки чого можна спостерігати протягом подальшого розвитку її особистості. Сепарація являє собою лише зовнішню сторону тих психологічних впливів, які в перспективі (ближній чи дальній) можуть проявитися. Патогенність цього явища не слід плутати з природною сепарацією дитини від матері, а потім, у процесі її дорослішання та внаслідок розвитку її незалежності і автономії, і від батьківської сім'ї. Розведенню цих понять служить фактор несвоєчасності виникнення патогенної сепарації, коли сепараційна активність ініціюється не дитиною, а життєвими обставинами, що знаходяться поза межами її розуміння.

Соматизація (від грец.- сома, тіло) – перенесення невирішених психологічних проблем на рівень тілесного відреагування. Введений як термін німецьким біологом А.Вейсманом.

Соціалізація (від лат. socialis - суспільний) – процес і результат засвоєння та активного відтворення індивідом соціального досвіду, що здійснюється через спілкування та діяльність; процес поступового включення дитини в суспільне життя.

Соціогенні потреби – потреби в належності до групи людей, самовизначення і самоствердження серед них.

Стиль життя – „це значення, якого людина надає світові і самому собі, її мета, спрямованість її побуджень, а також ті підходи, які вона використовує при вирішенні життєвих проблем.” (А.Адлер)

Толерантність (від лат. tolerans - терплячий) – терпимість до чужих думок і вірувань. Відсутність чи ослабленість реагування на який-небудь несприятливий чинник внаслідок зниження чутливості до його впливу. Наприклад, толерантність до тривоги зовнішнє проявляється в витримці, терпимості до несприятливих впливів без зниження адаптативної* здатності.

Фрустрація (від лат. frustratio – марне сподівання, невдача, обман) – психічний стан, що зумовлений неуспіхом у задоволенні потреби, бажання. Це стан зростаючого емоційно-вольового напруження, **що виникає в конфліктних ситуаціях**, які перешкоджають досягненню мети чи задоволенню потреби і бажань, загрожують людині, її престижу або людській гідності. Цей стан викликає певні типові реакції: переоцінку цілей та бажань, агресію, спрямовану на подолання реальної перешкоди; агресію, спрямовану або на ілюзорного винуватця, або на себе (як-то биття головою у дітей раннього віку або самозвинувачення у підлітків). В ситуації фрустрації не задовольняється вже актуалізована і спрямована до своєї реалізації потреба.

Foster – виховувати, турбуватися, доглядати (за дітьми), навчати, зрощувати, проявляти батьківську турботу.

Fosterage - виховання (як процес) чужої дитини, віддача дитини на виховання; перебування в якості вихованця в чужій сім'ї.

Foster-carer – носій батьківської опіки, вихователь чужої дитини.

Вираженість психосоціальних стрес-чинників у прийомних дітей згідно шкали DSM-III-R

Таблиця 1

| Код П/Д | Код DSM-III-R | Стресові чинники гострих ситуацій, які пережила прийомна дитина | Код DSM-III-R | Стресові чинники хронічних ситуацій, які були присутні в житті дитини більше 6 місяців (до її розміщення в прийомну сім'ю). | Загальний код DSM-III-R |
|---------|---------------|---|---------------|---|-------------------------|
| 1 | 4 | Втрата біологічних батьків, арешт матері | 4 | Експлуатація дитини матір'ю | 4 |
| 2 | 1 | Немає відповідних гострих ситуацій | 3 | Постійні незгоди в родині матері | 3 |
| 3 | 5 | Відсутність батьківської опіки, секс. домагання | 4 | Відмова від дитини матір'ю, часта зміна місця проживання | 4 |
| 4a | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Часта зміна місця проживання | 4 |
| 4b | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Часта зміна місця проживання | 4 |
| 5 | 4 | Розлучення батьків | 4 | Жорстокість матері, відмова батька | 4 |
| 6a | 5 | Смерть батька, бабусі | 4 | Відмова матері, байдужість у ставленні | 4 |
| 6b | 5 | Смерть батька, бабусі | 4 | Відмова матері, байдужість у ставленні | 4 |
| 7 | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Часта зміна місця проживання | 4 |
| 8 | 5 | Смерть матері | 4 | Відмова від дитини | 4 |
| 9 | 4 | Позбавлення батьківських прав біологічних батьків | 4 | Хронічна хвороба батьків (алкоголізм) | 4 |
| 10 | 6 | Смерть батьків | 4 | Інвалідація батька, хронічна хвороба матері (алкоголізм) | 4 |
| 11 | 4 | Позбавлення матер. прав, відсутність батьківської опіки | 4 | Відмова від дитини | 4 |
| 12 | 5 | Смерть матері | - | Інформація відсутня | - |
| 13 | 5 | Смерть матері | - | Інформація відсутня | - |
| 14a | 5 | Смерть батька | 4 | Хронічна хвороба матері (алкоголізм) | 4 |
| 14b | 5 | Смерть батька | 4 | Хронічна хвороба матері (алкоголізм) | 4 |
| 15a | 4 | Відсутність батьківської опіки після грудного віку | 4 | Жорстокість батьків до дитини молодшого дошкільного віку | 4 |
| 15b | 4 | Відсутність батьківської опіки після грудного віку | 4 | Жорстокість батьків до дитини молодшого дошкільного віку | 4 |
| 16 | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Відмова від дитини | 4 |
| 17a | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Відмова від дитини | 4 |
| 17b | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Відмова від дитини | 4 |
| 18a | 5 | Смерть матері | 4 | Відмова батька від дитини | 4 |
| 18b | 5 | Смерть матері | 4 | Відмова батька від дитини | 4 |
| 19 | 5 | Смерть матері | 3 | Постійні незгоди між батьками | 3 |
| 20 | 5 | Вбивство батьком матері | 3 | Постійні незгоди між батьками | 3 |
| 21 | 4 | Відсутність батьківської опіки після грудного віку | 4 | Відмова батьків від дитини | 4 |
| 22 | 6 | Смерть матері, убивство батька | 3 | Постійні незгоди між батьками | 3 |
| 23 | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Відмова батька від дитини | 4 |
| 24 | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Відмова батька від дитини | 4 |
| 25 | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Хронічна хвороба матері (психічна), що загрожує життю | 4 |
| 26 | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Відмова від дитини | 4 |
| 27a | 4 | Ув'язнення матері | 1 | Немає відповідних хронічних ситуацій | 1 |
| 27b | 4 | Ув'язнення матері | 5 | Сексуальне насилля, що повторюється | 5 |
| 28 | 4 | Відсутність батьківської опіки | 4 | Відмова від дитини | 4 |
| 29 | 6 | Смерть обох батьків | 1 | Немає відповідних хронічних ситуацій | 1 |

Показники “факторів ризику” прийомної дитини, зумовлені втратою батьківської опіки

Таблиця 2

| Групи показників факторів ризику Код прийомної дитини | 1 група | | | | | | | | 2 група | | | | Сумарний бал | |
|--|--|---------------|------------------|--------------|-----------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|------------------------|--------------|---------------------------------|
| | Відсутність інформації про минуле дитини | | Смерть батьків | | Втрата матері до 18 місяців | Перебування без сім'ї більше 3-х років | Батько записаний зі слів матері | Асоціальні прояви в біологічній сім'ї | Дериваційний досвід | Відставання у розвитку | | Специфічні особливості | | Проблема особистісного розвитку |
| | Часткова 0,5 бала | Повна 1 б. | Одного 0,5 б. | Обох 1 б. | | | | | | Фізичному 0,5 б. | Психічному 0,5 б. | | | |
| | | | | | 1 б. | 1 б. | | | | | | | | |
| 1 | + | | - | - | - | - | + | + | + | + | + | + | | 5 |
| 2 | - | - | - | - | + | - | + | + | + | + | + | + | | 4 |
| 3 | + | | - | - | + | + | + | | + | + | + | + | | 5 |
| 4a | | + | | | + | | | | + | + | + | | + | 4,5 |
| 4б | | + | | | + | | | | + | + | + | | | 4 |
| 5 | | | - | - | - | | | + | | - | - | + | + | 3 |
| 6a | + | | + | | | | | + | + | + | + | | + | 5 |
| 6б | + | | + | | | | | + | + | + | + | | + | 5 |
| 7 | | + | | | | | | | + | + | + | | + | 4 |
| 8 | + | | + | | + | | | + | + | + | + | | + | 5,5 |
| 9 | + | | - | - | - | + | - | + | + | + | + | | + | 5 |
| 10 | + | | + | | - | + | - | + | + | + | + | | + | 5 |
| 11 | | + | | | | | | | + | + | + | | + | 4 |
| 12 | + | | + | | - | + | + | - | + | | | | | 3 |
| 13 | + | | + | - | - | - | + | - | - | - | - | | | 5 |
| 14a | + | | + | - | + | + | - | | + | + | + | | | 4 |
| 14б | + | | + | - | - | + | - | | + | + | + | | | 3,5 |
| 15a | - | - | - | - | + | - | + | + | + | + | + | + | | 5 |
| 15б | - | - | - | - | + | - | + | + | + | + | + | + | | 5 |
| 16 | | + | | | + | + | | | + | + | + | | | 4 |
| 17a | + | | - | - | - | + | + | + | | | | | | 5 |
| 17б | + | | - | - | - | + | + | + | | | | | | 5 |
| 18a | - | - | + | - | - | - | - | + | | | | + | | 2,5 |
| 18б | - | - | + | - | - | - | - | + | | + | | + | + | 4 |
| 19 | - | - | + | - | + | | - | + | | | | + | + | 4 |
| 20 | - | - | + | - | - | - | - | + | | | | + | | 2,5 |
| 21 | + | | - | - | + | - | + | + | + | | | + | + | 5,5 |
| 22 | + | | | + | - | - | - | + | | | | | + | 2,5 |
| 23 | | + | | | | | | | + | + | + | | + | 4 |
| 24 | | + | | | | | | | + | + | + | + | | 4 |
| 25 | - | - | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | | 5,5 |
| 26 | + | | | - | + | + | | + | + | + | + | + | + | 6,5 |
| 27a | + | | - | - | - | - | | + | | + | + | | + | 3,5 |
| 27б | + | | - | - | - | - | | + | | + | + | + | + | 4,5 |
| 28 | | + | | | + | + | | | | | | + | + | 2 |
| 29 | - | - | | + | - | - | - | - | - | - | - | + | + | 3 |

Примітка: – достовірно встановлено наявність дії чинника; – достовірно встановлено відсутність дії чинника; – відповідної інформації немає

Порівняльний графік стресових характеристик

Рис.1

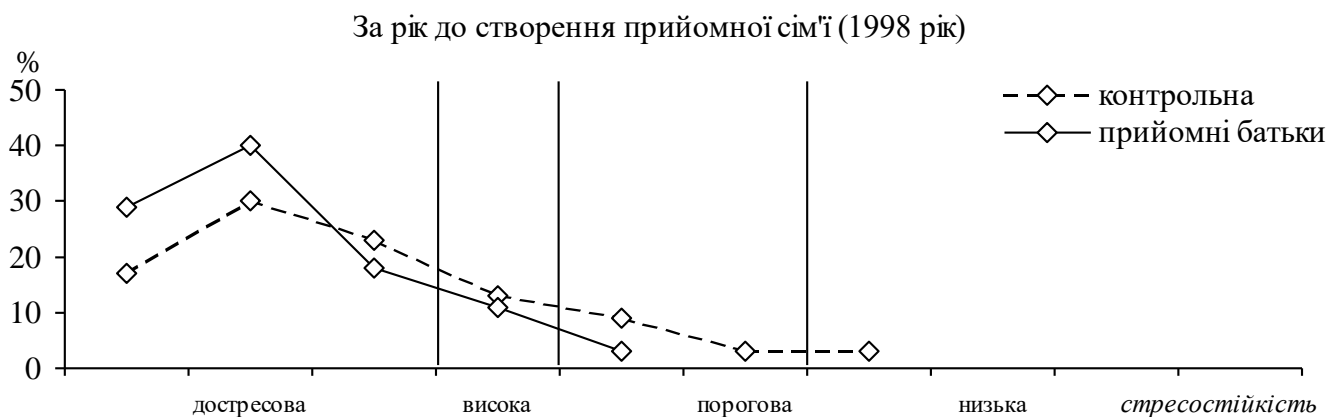


Рис.2



Рис.3

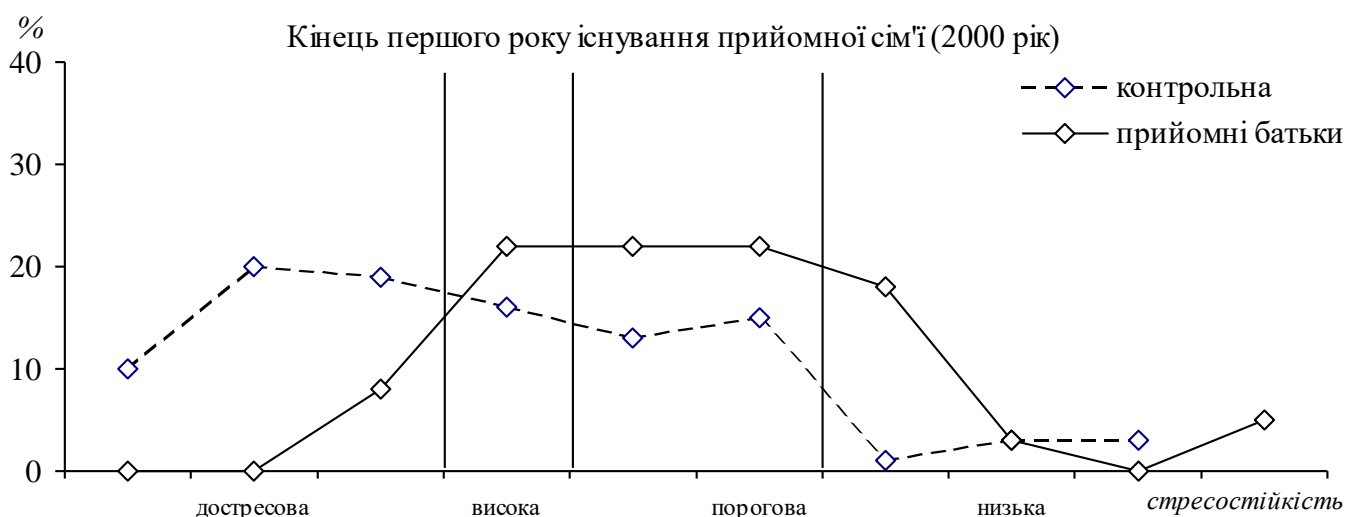


Рис.4

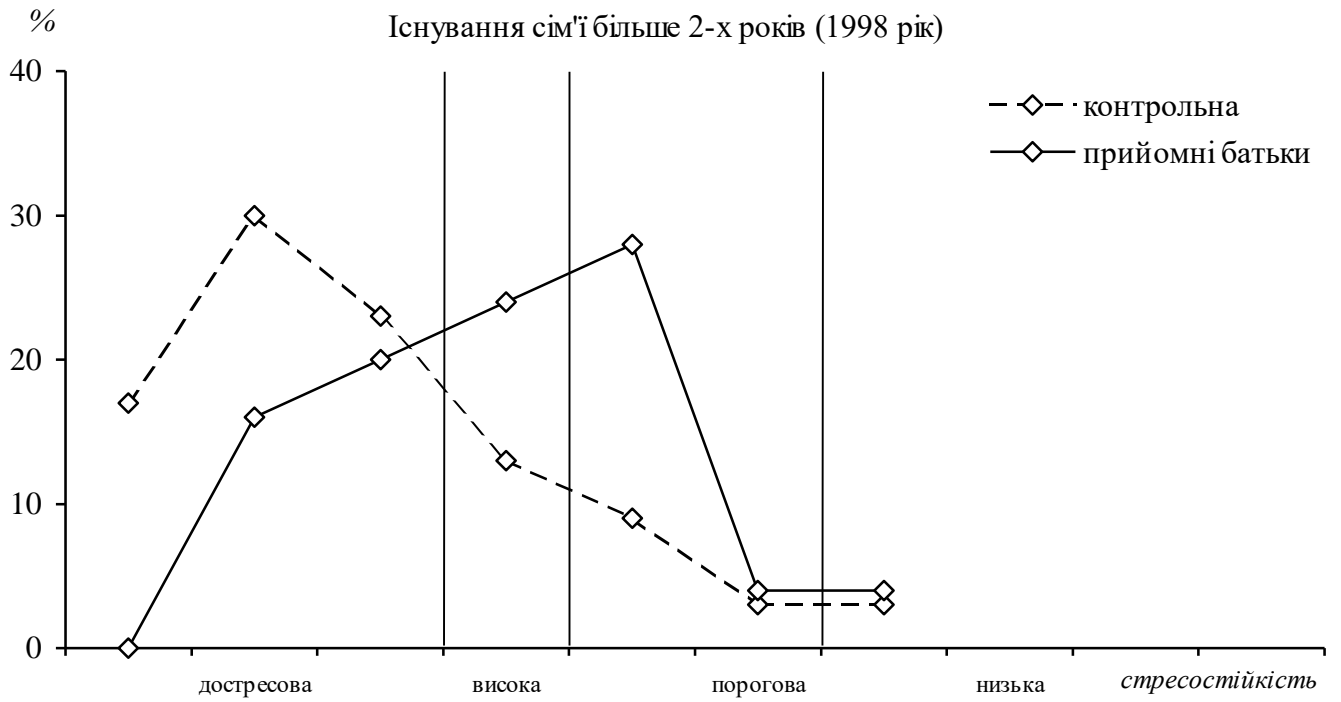
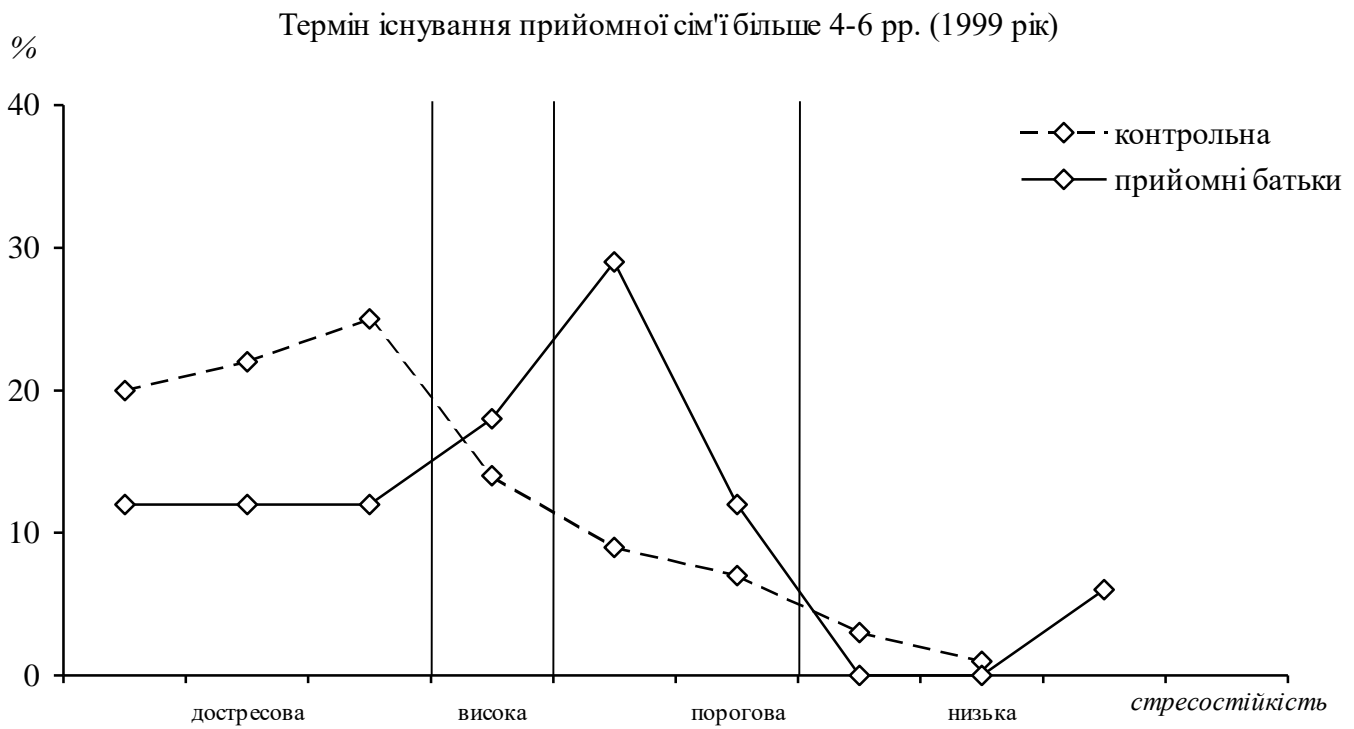


Рис.5



Література, використана для складання словника термінів

1. Асанова Н.К. Психосоциальное развитие младенцев и детей, воспитывающихся в учреждениях: Метод. пособие /Под ред. Н.К.Асановой. – М.: Ин-т детской психотерапии и психоанализа, 1997. – 32 с.
2. Большая медицинская энциклопедия /Гл. ред. акад.А.Н.Бакулев. 2-е изд. – М.: Большая Сов. энцикл., 1958. – Т.8. – 1184 с.
3. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист: зб. док. – К.: „Столиця”, 1998. – Ч. 1. – 248 с.
4. Конфлікти у сумісній діяльності /Г.В.Ложкін, С.В.Сьомін, Т.В.Петровська, О.О.Кисельова. – К.: Сфера, 1997. – 95 с.
5. Короткий психологічний словник /За ред. В.І.Войтка. – К.: Вища шк., 1976. – 191 с.
6. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага: Авиценум, 1984. – 334 с.
7. Медицинский словарь (Oxford). /Пер с англ. – М.: Вече, АСТ, 1999. – Т. 2. – С. 11.
8. Мюллер В.К. Новый англо-русский словарь. Изд. 6-е. – М.: Рус.яз., 1999. – С. 288.
9. Ослон В.Г., Холмогорова А.Б. Проблемы сиротства в России: социально-исторические и психологические аспекты//Семейная психология и психотерапия – 2001. – №1. – С. 5-38.
10. Психологический словарь /Под ред. В.П.Зинченко, Б.Г.Мещерякова. – М.: Педагогика Пресс, 1999. – 440 с.
11. Психология: Словарь /Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр и доп. – М.: Политиздат, 1990. – С. 96.
12. Руководство по предупреждению насилия над детьми: Учеб. изд. /Под ред. Н.К.Асановой. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 512 с.
13. Словник іншомовних слів/ За ред. О.С.Мельничука – К.: Голов. ред. УРЕ АН УРСР, 1975. - 775 с.
14. Словарь практического психолога /Сост. С.Ю.Головин. – Минск: Харвест, 1998. – 800 с.
15. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників /За заг. ред. А.Й. Капської, І.М. Мінчук, С.В. Толстоухової. – К., 2000. – 260 с.

16. Энциклопедический словарь медицинский терминов. В 3-х т. /Гл. ред. Б.В. Петровский. – М.: Большая со. энцикл., 1982. – Т.1. – С. 405.
17. Adler A. What life should mean to you //Ed. By A. Porter. – London: George Allen & Unwin Ltd., 1932. – 300 p.

Методичні посібники з проблем дитячого сирітства (1998-2000 рр.).

1. Методичний посібник по проведенню тренінг-курсу для соціальних працівників з питань підбору, підготовки та соціального супроводу прийомних батьків /О.О.Яременко, Н.М.Комарова, Г.М.Бевз, Л.С.Волинець та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 128 с.
2. Методичні рекомендації соціальним працівникам щодо підготовки прийомних батьків /Н.М.Комарова, Л.С.Волинець, Н.В.Салабай, І.В.Пеша, Г.М.Бевз – К.: “Студцентр”, 1998. – 128 с.
3. Методичні рекомендації соціальним працівникам щодо соціального супроводу прийомних сімей /Н.М.Комарова, Г.М.Бевз, Л.С.Волинець та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 1999. – 103 с.
4. Пеша І.В. Соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (проблеми реформування). – К.: Логос, 2000. – 87с.
5. Прийомна сім'я: оцінка ефективності опіки (методичні рекомендації для соціальних працівників) /О.О.Яременко, Н.М.Комарова, Г.М.Бевз, Л.С.Волинець та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 78 с.
6. Соціальне сирітство в Україні: експертна оцінка та аналіз існуючої в Україні системи утримання та виховання дітей, позбавлених батьківського піклування /Л.С.Волинець, Н.М.Комарова, О.Г.Антонова-Турченко та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 1998. – 120 с.
7. Соціальне становлення дитини у прийомній сім'ї: соціальний супровід: Навч.-метод. посіб. /Л.С.Волинець, А.Й.Капська, Н.М.Комарова, І.В.Пеша, Г.М.Бевз, Л.В.Волинська, О.О.Яременко – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 127 с.

Книги, що стануть в нагоді прийомним батькам

1. *Альберти Р., Эммонс М.* Самоутверждающее поведение. Распрямись! Выскажись! Возрази! /Пер. с англ. М.В. Горшкова. – СПб.: Академический проект, 1998. – 190 с.
2. *Беркли-Ален М.* Забытое искусство слушать. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 256 с.
3. *Болотова Т.Е.* Как помочь себе и своему ребенку. Жила-была психология. – СПб.: „Издательство СОЮЗ”, 2000. – 160 с.
4. Воспитание с любовью и логикой /Пер. с англ. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1995. – 479 с.
5. *Говорун Т., Кікінежді О.* Стать та сексуальність: психологічний ракурс: Навч. посіб. – Тернопіль: Навч. кн. – Богдан, 1999. – 384 с.
6. *Джайнот Х.Дж.* Родители и дети. – М.: Знание, 1986. – 96 с.
7. *Джиннотт Х.* Дети и мы. – СПб.: Кристалл, 1996. – 464 с.
8. *Захаров А.И.* Как помочь нашим детям избавиться от страха. – СПб.: Гиппократ, 1995. – 128 с.
9. *Киосаки Р., Лечтер Ш.* Богатый папа. Бедный папа /Пер. с англ. – К.: Колибри, 2001. – 184 с.
10. *Леви В.* Нестандартный ребенок. – М.: Знание, 1989. – 256 с.
11. *Пезешкян Н.* Торговец и попугай: Восточные истории и психотерапия /Пер. с нем./Общ. ред. А.В.Брушлинского, А.З.Шапиро. – М.: Прогресс, 1992. – 240 с.
12. *Сатир В.* Как строить себя и свою семью /Пер. с англ. – М.: Педагогика-Пресс, 1992. – 192 с.
13. *Фромм Э.* Человек для себя /Пер. с англ. и послесл. Л.А. Чернышевой. – Минск: Коллегиум, 1992. – 253 с.
14. *Черепанова Е.* Психологический стресс. – М.: Академия, 1996. – 96 с.