



Представництво благодійної організації
«Надія і житло для дітей» в Україні

РЕФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ ОПІКИ НАД ДІТЬМИ

ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ ПОТРЕБ ДИТИНИ В ІНТЕРНАТНОМУ ЗАКЛАДІ



за сприяння Представництва
Дитячого Фонду ООН в Україні (ЮНІСЕФ)

КИЇВ 2006

Проведення комплексної оцінки потреб дитини в інтернатному закладі

Ю. Алімова, О. Безпалько, І. Зверєва, О. Карагодіна, А. Кукуруза, Г. Мозгова,
І. Никонова, Г. Пилягіна, Г. Постолук, І. Черниш;
За заг. ред. О. Карагодіної. – К.: Видавництво ПП «Март», 2006. – 130 с.

Група авторів:

Алімова Юлія Анатоліївна

психолог Харківського обласного спеціалізованого будинку дитини №1, волонтер Благодійного фонду “Інститут раннього втручання”

Безпалько Ольга Володимирівна

доцент кафедри соціальної педагогіки Національного педагогічного університету
ім. М.П. Драгоманова, кандидат педагогічних наук

Зверєва Ірина Дмитрівна

головний науковий співробітник Інституту проблем виховання АПН України, доктор педагогічних наук

Кукуруза Ганна Володимирівна

провідний науковий співробітник, керівник групи психології розвитку Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, президент Благодійного фонду “Інститут раннього втручання”, кандидат психологічних наук

Карагодіна Олена Геннадіївна

завідувачка кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці і соціальних відносин ФПУ,
доктор медичних наук

Мозгова Галина Петрівна

старший науковий співробітник Українського науково-дослідного Інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, кандидат медичних наук

Никонова Ірина Юріївна

старший психолог гімназії №178 м. Києва

Пилягіна Галина Яківна

завідувачка сектору агресології Українського науково-дослідного Інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, доктор медичних наук

Постолук Галина Іванівна

директор ПБО “Надія і житло для дітей” в Україні

Черниш Ірина Володимирівна

керівник проектів деінституалізації ПБО “Надія і житло для дітей” в Україні

Будь-яка частина цієї публікації може бути вільно відтворена за умови відповідного посилання

Публікація підготовлена в рамках проекту співпраці між Представництвом Дитячого Фонду ООН в Україні (ЮНІСЕФ) і Представництвом благодійної організації “Надія і житло для дітей” в Україні NGO/2005/036 “Розробка механізмів деінституалізації дітей на основі комплексної індивідуальної експертної оцінки соціального стану і потреб дітей, а також складання планів розвитку кожної дитини в сімейних формах виховання”.

Координатори проекту:

від Представництва ЮНІСЕФ — **Андрій Гайдамашко**, керівник проектів з питань захисту дітей
від Представництва благодійної організації “Надія і житло для дітей” в Україні — **Галина Постолук**, директор,
Ірина Черниш, керівник проектів деінституалізації.

Перелік скорочень

БД	будинок дитини (діти віком від народження до 4 років)
ДБЗТ	дитячий будинок змішаного типу (діти віком від 3 до 15 років)
ДДБ	дошкільний дитячий будинок (діти віком від 3 до 7 років)
ЕЕГ	електроенцефалографія
КТ	комп'ютерна томографія
МКХ-10	міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
РЕГ	реоенцефалографія
УЗД	ультразвукове дослідження
ЦНС	центральна нервова система
ЧАЕС	Чорнобильська атомна електростанція

Зміст

Передмова	4
Методологічні засади оцінювання потреб вихованців інтернатних закладів	8
Методи оцінювання фізичного здоров'я вихованців інтернатних закладів та їх потреби у загальномедичній допомозі	13
Дослідження стану психічного здоров'я дітей дошкільного та шкільного віку	19
Соціальний компонент потреб дітей дошкільного та шкільного віку	32
Дослідження психологічного розвитку дітей дошкільного та шкільного віку та їх потреби у психологічній допомозі	45
Комплексне дослідження стану вихованців будинку дитини	63
Післямова	76
Додаток А. Карта соматичного обстеження дитини	78
Додаток Б. Зразок протоколу оцінювання стану психічного здоров'я дитини	81
Додаток В. Інструментарій вивчення соціального компоненту потреб дітей дошкільного та шкільного віку	83
Додаток Г. Інструментарій дослідження психологічного розвитку дітей дошкільного та шкільного віку	98
Додаток Д. Дані комплексної експертної оцінки стану дитини та індивідуальний план роботи з нею (приклад)	115

ПЕРЕДМОВА

Реформування державної системи опіки над дітьми. Проведення комплексної оцінки потреб дитини в інтернатному закладі.

Одним із пріоритетних векторів сучасної соціальної політики є покращення становища дітей, забезпечення їх прав, особливо права на виховання у сім'ї. Тому реформування державної системи опіки над дітьми є надзвичайно актуальним для України. На жаль, останніми роками спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей, залишених без батьківського піклування, а найпоширенішою формою їх влаштування, як і за старої радянської системи, є виховання у закладах інтернатного типу.

Численні дослідження психологів, педагогів, дефектологів підтверджують, що у таких закладах неможливо забезпечити всі необхідні умови для соціалізації дитини. Так, переважна більшість вихованців закладів інтернатного типу відстає у фізичному, емоційному, інтелектуальному розвитку від однолітків, які виховуються у сім'ях; має незадовільний стан здоров'я. Серед негативних проявів інтернатного виховання - нехтування особистісними особливостями дитини, нерозвиненість її соціальних, комунікативних навичок, втрата зв'язків з родинним оточенням, труднощі подальшої адаптації в суспільстві, неготовність до самостійного життя тощо.

Ці факти свідчать про необхідність розвитку нових форм влаштування дитини у сім'ю. На жаль, нині в Україні інститут прийомних сімей, дитячі будинки сімейного типу ще перебувають на стадії становлення.

Не на належному рівні і соціально-педагогічна робота з кризовими сім'ями, спрямована на попередження переходу дітей до державної системи опіки: втручання державних служб відбувається переважно на етапі, коли вже необхідно вилучати дітей із сім'ї у зв'язку із загрозою їх життю та здоров'ю.

Проте варто зазначити, що протягом останніх двох років в Україні здійснені окремі кроки щодо запровадження ефективних механізмів захисту дітей, які потребують державної опіки. Свідченням цього є прийняття низки законодавчих документів:

- Закон України „Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування” (2005 р.);
- Указ Президента України „Про першочергові заходи щодо захисту дітей” (липень 2005 р.);
- Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Державної програми подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006-2010 роки” (травень 2006 р.);
- Розпорядження Кабінету Міністрів України про схвалення Концепції Державної програми реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (травень 2006 р.).

Окрім цього, створено Державний департамент усиновлення і захисту прав дитини у

структурі Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту. Кабінетом Міністрів України затверджені нові нормативи грошового утримання дітей, переданих на виховання в прийомні сім'ї і дитячі будинки сімейного типу. Питання опіки і піклування над дітьми переведено до компетенції одного органу місцевої влади – служби у справах неповнолітніх.

Прийняті законодавчі документи, створення нових державних структур визначають орієнтири реформування державної системи опіки над дітьми на найближчі десять років. Цей процес передбачає дослідження проблем діючої системи закладів інтернатного типу для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, проведення адміністративних змін, впровадження нових підходів до фінансування таких закладів, застосування нових технологій роботи з дітьми та сім'ями.

Звичайно, це складний і тривалий процес, який вимагає коштів, кваліфікованих спеціалістів, змін в свідомості людей, зламу стереотипів, використання досвіду інших країн, які вже пройшли цей етап в своїй історії. Важливим ресурсом реформування державної системи опіки над дітьми є досвід і напрацювання вітчизняних та міжнародних громадських організацій в межах пілотних проектів, які передбачають розробку і впровадження нових ефективних механізмів захисту і реалізації прав дітей.

Представництво благодійної організації „Надія і житло для дітей” в Україні впродовж восьми років розвиває програми, спрямовані на влаштування дітей, позбавлених батьківського піклування, в сім'ї українських громадян, створення дитячих будинків сімейного типу, попередження відмови матерів від новонароджених дітей, створення центрів матері і дитини, апробацію механізмів деінституалізації дітей.

Набутий нами досвід дав можливість втілити новий проект „Розробка механізмів деінституалізації дітей на основі комплексної індивідуальної експертної оцінки соціального стану і потреб дітей та індивідуальних планів опіки кожної дитини” у партнерстві з Представництвом Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ), за підтримки Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту.

Складання плану опіки кожної дитини забезпечить збір необхідних відомостей про особливості розвитку дитини, її першочергові потреби, з урахуванням яких має бути організована життєдіяльність у прийомній сім'ї, дитячому будинку сімейного типу чи педагогічна діяльність фахівців інтернатних закладів. Поширеною і помилковою є практика, за якої доля дитини - її місце проживання, позбавлення сім'ї, призначення опікунів, усиновителів, влаштування в той чи інший заклад - вирішується без урахування її потреб і особистої думки дитини.

Тому довгострокові цілі проекту полягають у: розширенні можливостей влаштування дітей в сім'ї українських громадян (повернення дітей в біологічні сім'ї, під опіку родичів, усиновлення, створення прийомних сімей, дитячих будинків сімейного типу); забезпеченні індивідуального підходу до виховання дітей в закладах інтернатного типу.

Для реалізації проекту було обрано три заклади, розташовані в різних областях України:

Будинок дитини для дітей з ураженням центральної нервової системи, розташований в обласному центрі (обласний рівень підпорядкування). На момент проведення дослідження в закладі перебувало 99 дітей віком від народження до 4 років.

Дитячий дошкільний будинок, розташований в обласному центрі (обласний рівень підпорядкування). На момент проведення дослідження в закладі перебувало 77 дітей віком від 3 до 7 років.

Дитячий будинок змішаного типу, розташований в районному центрі (районний рівень підпорядкування). На момент проведення дослідження в закладі перебували 43 дитини віком від 3 до 15 років.

Стратегія впровадження проекту передбачала наступні кроки:

- формування територіальних робочих груп учасників;
- збір і аналіз інформації щодо закладів;
- створення групи експертів (психолог, психіатр, педіатр, соціальний педагог), формулювання технічного завдання;
- створення інструментарію експертної оцінки для кожної вікової групи дітей;
- підготовка та проведення підготовчого тренінгу для персоналу;
- дослідження в пілотних закладах;
- складання соціальних історій кожної дитини, яка перебуває у закладі;
- відвідини біологічних родин дітей, які перебувають у закладах;
- аналіз усієї зібраної інформації;
- упорядкування індивідуальних планів опіки кожної дитини;
- вироблення стратегії забезпечення індивідуальних потреб кожної дитини.

Робота за проектом розпочалася у грудні 2005 року і завершилася у червні 2006 року. Ускладнення в реалізації проекту виникли в зв'язку з обмеженим ресурсом часу, оскільки методики вимагали проведення тривалого включеного спостереження за дітьми.

Серед інших труднощів варто зазначити відсутність напрацьованого інструментарію, необхідної інформації про дітей в їх особових справах, зокрема щодо стосунків з батьками, родичами вихованців.

Уся зібрана під час експертної оцінки інформація була опрацьована і подана у вигляді кінцевого „продукту” – індивідуального плану опіки кожної дитини. Він охоплює такі сфери як фізичний розвиток дитини, стан її фізичного та психічного здоров'я, особистісні характеристики, у тому числі особливості емоційно-поведінкових реакцій, комунікативні особливості (взаємодія з однолітками та дорослими), пізнавальні здібності та інтелектуальний розвиток, побутові навички та настанови, зв'язки з біологічною родиною, визначення важливих соціальних контактів. У ньому також подано необхідні рекомендації щодо задоволення потреб дитини та вирішення її нагальних проблем.

Варто зауважити, що оцінка навчально-виховної роботи у пілотних закладах не була метою проекту. В центрі уваги були 215 дітей з конкретними іменами, особливостями та непростими дитячими долями. Проте можна зробити деякі узагальнення щодо перебування дітей у пілотних закладах. Більшою чи меншою мірою в усіх трьох закладах задовольняються вітальні

потреби дітей (їжа, одяг, житло), у той час як потреби вищого порядку (емоційна прихильність інших, потреба у схваленні та підтримці, спілкуванні з дорослими та однолітками, набуття різного соціального досвіду тощо) задовольняються частково або ж зовсім не задовольняються. Хоча саме ці потреби часто мають вирішальний вплив на психо-емоційний та соціальний розвиток дитини.

Безперечно велике значення мають професійні і моральні якості персоналу закладів, їх особисте ставлення до виконання своїх обов'язків. Дещо краще в цьому плані виглядають заклади для дітей молодшого віку. На нашу думку, варто було б зосередити зусилля як працівників цих закладів, так і відповідних державних структур (служб у справах неповнолітніх, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді) на роботу з біологічними сім'ями дітей, влаштування їх в сім'ї усиновителів, прийомні сім'ї з тим, щоб не допустити їх перехід до інтернатних установ іншого типу і поглиблення наслідків депривації дітей. На жаль, на сьогодні такої співпраці немає, і діти продовжують переміщатись з одного закладу в інший, отримуючи нові психологічні травми.

У закладі, де перебувають діти старшого віку, наслідки педагогічної занедбаності, недостатньої уваги до особистісного зростання вихованців, переважання групових форм роботи над індивідуальними проявляються яскравіше. Це обумовлено нестачею кваліфікованих працівників через низьку оплату праці, небажання працівників підвищувати рівень своєї професійної компетентності, запроваджувати різноманітні індивідуальні форми роботи з дітьми.

Пропонований посібник містить сконцентровану інформацію про проведену в межах проекту роботу: опис процедури проведення експертної оцінки і використаних методик, висновки і приклади індивідуальних планів роботи з дитиною. Просимо взяти до уваги, що наведена схема оцінки потреб дітей не є єдино правильною чи вичерпною, а насамперед першою спробою комплексного, певною мірою наукового, підходу до цього процесу, яка була обмежена у часі. Ми сподівемося, що ті, хто професійно працюють з дітьми, знайдуть у посібнику чимало корисного для своєї повсякденної роботи.

Представництво благодійної організації „Надія і житло для дітей” в Україні і надалі працюватиме над удосконаленням розроблених механізмів експертної оцінки та індивідуальних планів з тим, щоб зробити їх більш зручними і ефективними в практичному застосуванні. Будемо вдячні читачам за побажання та пропозиції, які можна надіслати за адресою: 04107, м.Київ, вул.Багговутівська, 4, оф.57 або електронною поштою: office@hopeandhomes.org.ua

Галина Постолук

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОЦІНЮВАННЯ ПОТРЕБ ВИХОВАНЦІВ ІНТЕРНАТНИХ ЗАКЛАДІВ

Проект дослідження потреб вихованців інтернатних закладів побудований з урахуванням кількох аспектів проблеми реформування сучасної державної системи опіки та піклування, а саме:

а) для успішної реалізації реформи інтернатних закладів необхідне попереднє оцінювання стану та потреб вихованців цих закладів;

б) за усвідомлення необхідності реформування системи інтернатних закладів на користь створення можливостей виховання дітей в сімейних формах, не розроблено інструментарію та процедури оперативного оцінювання стану та потреб дітей, що перебувають в установах інтернатного типу;

в) реформування системи інтернатних закладів вимагатиме певного часу та ресурсів; отже поряд зі створенням умов для всиновлення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, або для їх виховання в прийомних сім'ях чи дитячих будинках сімейного типу необхідно спрямувати зусилля на покращення якості життя вихованців дитячих будинків.

Таким чином, мета проекту – визначити потреби вихованців інтернатних закладів у загальномедичній, психіатричній, психологічній та соціально-педагогічній допомозі, що спрямована на підвищення рівня їх соціально-психологічної адаптації та їх подальшу соціалізацію.

Для реалізації мети дослідження виокремлено такі завдання:

1) розробити інструментарій комплексного дослідження потреб вихованців інтернатних закладів трьох типів;

2) розробити процедуру дослідження потреб вихованців інтернатних закладів;

3) визначити потреби вихованців інтернатних закладів у загальномедичній, психіатричній, психологічній та соціально-педагогічній допомозі;

4) розробити рекомендації щодо індивідуального супроводу кожної дитини, спрямованого на підвищення рівня її соціально-психологічної адаптації та сприяння подальшій соціалізації.

Як випливає з мети дослідження, проект передбачає комплексне оцінювання стану дітей-

вихованців інтернатних закладів і розробку плану втручання, спрямованого на задоволення їх потреб, зумовлених особливостями їх „життєвої ситуації” (особистої історії, розвитку та виховання, особистісних та інтелектуальних характеристик, здібностей, уподобань та інтересів, комунікативних навичок, наявності вад фізичного та психічного здоров’я, соціальних навичок та ін.). Власне, предмет оцінювання – „потреби” – являє собою те, що в деяких розробках визначається як „проблеми” або „життєвий простір” дитини, досліджуваний задля „вибору способів дії щодо підтримки дитини й родини”.¹

Оскільки оцінювання потреб вихованців дитячих будинків здійснюється в межах проекту, спрямованого на реалізацію ідеї реформування інтернатних закладів, у кожному випадку планується розгляд питання про принципову можливість інтеграції дитини в сім’ю (через налагодження стосунків з біологічними батьками або іншими родичами, сприяння всиновленню, влаштування в дитячий будинок сімейного типу та ін.). Однак, цей етап проекту не передбачає розробки конкретних кроків щодо інтеграції дітей в прийомні (або „замінні”) сім’ї і обмежується попереднім оцінюванням готовності дитини до проживання в сімейному оточенні або її настанов на повернення до біологічних батьків.

Як зазначено вище, при розробці дослідження потреб вихованців дитячих будинків враховувався той факт, що, попри існування загальнодержавної програми реформування системи опіки та піклування, обстежені діти ще деякий час перебуватимуть в установах інтернатного типу. Отже, розробники дослідження мали на меті напрацювати такі рекомендації з індивідуального супроводу кожної дитини, що орієнтовані на ресурси цих установ, але водночас спрямовані на підготовку дитини до всиновлення, повернення до біологічної родини або іншого виду інтеграції в сім’ю. Водночас з огляду на значущість сімейного оточення як найбільш природного чинника виховання та соціалізації дитини, завдання „підвищення рівня соціально-психологічної адаптації та сприяння подальшій соціалізації дитини” передбачає надання переваги перспективі інтеграції в сім’ю.

Розробляючи інструментарій оцінювання потреб, ми орієнтувалися на кілька критеріїв, а саме: а) обрані методики мають бути валідними та надійними, тобто науково обґрунтованими і перевіреними на практиці, і дійсно дозволяти досягти поставленої мети; б) мають бути

1. Polkowski T. Indywidualny plan pracy z dzieckiem i rodzina: Metoda i jej praktyczne zastosowanie w warunkach instytucji opiekuńczo-wychowawczej. – Warszawa: Towarzystwo NASZ DOM, 2005. – 54 s.

„економними”, тобто надавати можливість отримати вичерпну інформацію за якомога менших витрат часу; в) повинні бути відносно нескладними щодо отримання та інтерпретації даних, отже придатними для подальшого використання дослідниками, які мають невеликий досвід розв’язання подібних завдань.

Особливості процедури дослідження зумовлені тим, що воно спрямоване на оцінювання кількох аспектів статусу і, відповідно, потреб вихованців інтернатних закладів (Рис.1).



Рис. 1. Комплексна оцінка поточного стану вихованців інтернатних закладів і визначення їх потреб

Задля такої комплексної мети використано принципи мультидисциплінарного підходу, що передбачає об’єднання зусиль фахівців кількох спеціальностей на всіх етапах дослідження – від планування оцінювання до розробки рекомендацій щодо супроводу кожної дитини. До багатопрофільної команди дослідників увійшли експерти чотирьох спеціальностей: педіатрія, психіатрія, психологія і соціальна педагогіка. Остаточному визначенню плану та процедур оцінювання передував ознайомчий візит команди експертів до кожного інтернатного закладу. Важливою складовою планування дослідження, оцінювання потреб та складання індивідуальних планів роботи з дитиною було залучення до цього процесу місцевих соціальних працівни-

ків, вихователів, адміністрації дитячих будинків, шкільних вчителів – це дозволило отримати необхідні для розробки програми дані, а також коригувати дослідницьку програму вже в процесі її реалізації.

Розв’язання певної проблеми силами мультидисциплінарної команди зазвичай потребує модерації процесу. Модератором роботи експертів в цьому проекті виступав фахівець з клінічної психології та психотерапії, обізнаний з принципами соціальної роботи. Такий вибір був зумовлений нашим розумінням психологічного стану дитини як інтегральної складової дослідження, оскільки саме на особистісному рівні сфокусовані ті проблеми, на які ми плануємо впливати (Рис. 2).

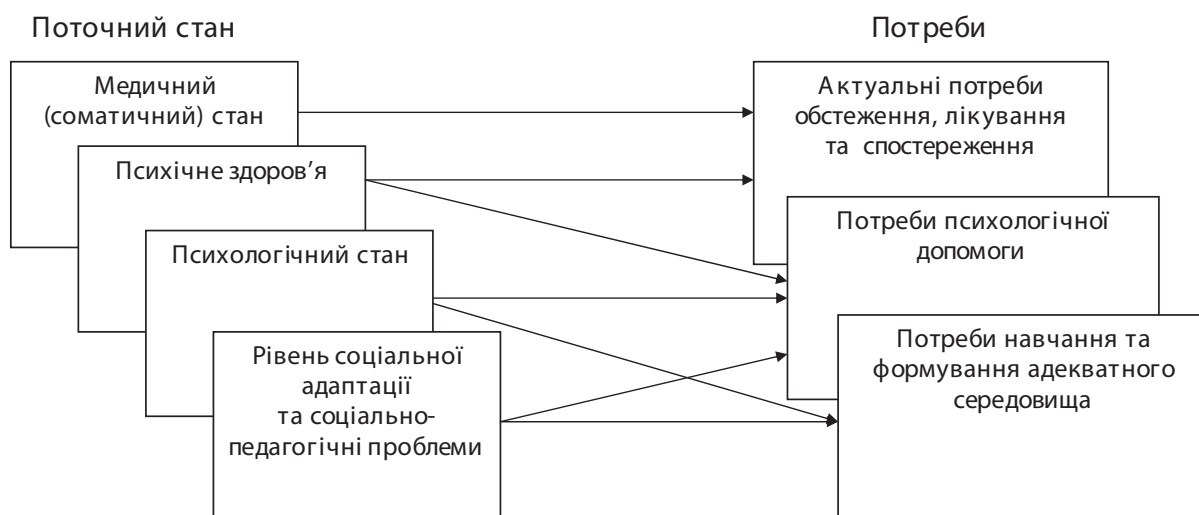


Рис. 2. Комплексна оцінка проблем або „життєвого простору” дитини

Окрім об’єктивної ситуації кожної людини (її життєвих обставин, стану фізичного та психічного здоров’я) істотним є визначення її суб’єктивного ставлення до цієї ситуації, а також оцінка її власного репертуару реакцій на життєві труднощі, індивідуальних ресурсів опору і розвитку. Таким чином, блок психологічної діагностики ми розглядали як центральну ланку дослідження, щільно пов’язану з рештою його аспектів. Це означає, що і методи, і процедура психологічної діагностики мали спрямовуватися на отримання даних, необхідних для педіатричного, психіатричного і соціально-педагогічного висновків, а також на їх доповнення й ін-

тегрування. Індивідуальні плани роботи з дитиною теж розроблялись експертом-модератором на основі проміжних висновків та рекомендацій, сформульованих кожним фахівцем. Кінцевий „продукт” проекту – рекомендації щодо роботи з кожною дитиною – остаточно визначалися після колективного обговорення планів.

Отже, процедуру оцінювання потреб вихованців інтернатних закладів у комплексній допомозі можна представити таким чином:

- накопичення, структурування та попереднє оцінювання „об’єктивної” інформації (знайомство з документацією – справами вихованців, добір необхідної інформації з різних джерел, здійснюване соціальними працівниками на місцях);
- налагодження контакту з адміністрацією та працівниками закладів, оцінювання мікро-соціального середовища вихованців (під час попереднього візиту експертів до інтернатного закладу);
- індивідуальне обстеження дітей групою експертів (із залученням до обстеження за необхідності вихователів або місцевих соціальних працівників);
- обробка отриманих даних та формулювання діагностичних висновків кожним експертом; попереднє обговорення отриманих результатів у дослідницькій групі;
- розробка індивідуальних планів роботи з дитиною експертом-модератором; обговорення планів групою експертів та їх коригування;
- остаточне формулювання рекомендацій щодо індивідуального супроводу кожної дитини; презентація рекомендацій персоналу інтернатних закладів та їх обговорення.

Хоч дослідницька група працювала як єдина команда, робота кожного експерта мала певну специфіку. Особливі завдання, інструментарій та процедури окремих напрямів дослідження описані нижче.

МЕТОДИ ОЦІНЮВАННЯ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНЦІВ ІНТЕРНАТНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ЇХ ПОТРЕБИ У ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ

Здоров'я дитини можна охарактеризувати як стан її життєдіяльності, що відповідає біологічному віку, гармонійній єдності фізичних та психологічних характеристик і зумовлює адекватний розвиток адаптаційних і компенсаторних можливостей дитячого організму в процесі його росту.

У повсякденній практиці лікарі-педіатри користуються уніфікованою оцінкою стану здоров'я дітей, і це дозволяє виділити певні групи дитячого населення, що потребують специфічної медичної допомоги та (або) диспансерного нагляду. Визначення стану фізичного здоров'я дітей постійно доповнюється та модифікується. Сучасне тлумачення поняття „здоров'я” не обмежується відсутністю фізичних захворювань або вад. Нині неможливо зрозуміти та визначити якість здоров'я людини без урахування її соціального стану, чинників природного середовища та психологічного оточення. Вплив цих факторів протягом життя змінюється. Так, у перші місяці життя дитини стан її фізичного здоров'я здебільшого зумовлюють біологічні та мікросоціальні фактори, а в наступні вікові періоди – комплекс біологічних, макросоціальних, соціально-гігієнічних, психологічних і – за наявності певного захворювання – медико-організаційних чинників.

Вплив біологічних та соціально-гігієнічних факторів на процес формування здоров'я дитини зазвичай реалізується на рівні сім'ї. Саме сприятливе сімейне середовище забезпечує гармонійний розвиток дитини, збереження її здоров'я, а за необхідності – компенсацію його тимчасових порушень або сталих вад. Окрім належних соціально-економічних та культурних умов, чи не найважливішим чинником підтримки здоров'я дитини є її виховання відповідно до принципів усвідомленого батьківства. Усвідомлене батьківство – це сукупність батьківських якостей, почуттів, знань та навичок, що стосуються виховання і розвитку дитини з метою забезпечення процесу формування здорової та зрілої особистості. Отже, дослідження стану фізичного здоров'я та потреб дітей, що позбавлені батьківської опіки та піклування, базува-

лося на такій гіпотезі: збереження та відновлення фізичного стану вихованців інтернатних закладів потребує створення середовища, наближеного до умов виховання в сім'ї.

Процедура та методи дослідження. Добираючи методи дослідження вихованців інтернатних закладів, ми виходили з необхідності оцінювання параметрів їх зростання та розвитку. Зростання – це зміна розмірів тіла чи окремих його частин. Розвиток – поступова диференціація органів та тканин, а також функціональні зміни, що відбуваються внаслідок біологічного вдосконалення будови організму під впливом багатьох факторів.

Етапи розвитку дитини

А. Внутрішньочеревний:

- фаза ембріонального розвитку (до 2–3 місяців);
- фаза плацентарного розвитку (від 3 місяців до народження).

Б. Позачеревний:

1. Період новонародженості (неонатальний):

- ранній неонатальний період (від народження до 7 днів);
- пізній неонатальний (від 8 до 28 днів).

2. Період грудного віку (від 1 до 12 місяців).

3. Переддошкільний період (від 1 до 3 років).

4. Дошкільний період (від 3 до 6–7 років).

5. Молодший шкільний період (від 6–7 до 11–12 років).

6. Старший шкільний вік від 12 до 17–18 років).

Оцінювання зростання та розвитку, а також наявних порушень фізичного здоров'я дозволяє сформулювати:

- клінічний діагноз;
- рекомендації щодо необхідного додаткового обстеження та лікування дитини;
- експертний висновок щодо подальшого ведення (супроводу) дитини в інтернатному закладі чи в інших умовах догляду та виховання.

Процедура експертної оцінки стану фізичного здоров'я передбачає:

1. Збирання анамнезу (бесіда з дитиною та дорослими, які доглядають за дитиною, вивчення медичної документації).

2. Клінічне дослідження:

- огляд
- пальпація
- перкусія
- аускультация

3. Аналіз даних лабораторних та інструментальних досліджень.

Клінічне дослідження проводиться у спеціально пристосованому приміщенні (кабінеті медичної сестри або лікаря). Необхідний інструментарій: кушетка; простирadlo; фонендоскоп; спирт (для протирання мембрани фонендоскопа); вата; одноразові шпателі; ліхтарик; апарат Ріва – Роччі (для вимірювання артеріального тиску).

Методика клінічного обстеження дитини

№	Органи та системи	Метод	Приблизний час бстеження (хв.)
1.	Шкірні покрови	Огляд, пальпація	2
2.	Підшкірна клітковина	Огляд, пальпація	2
3.	Лімфатичні вузли	Огляд, пальпація	2
4.	М'язова система	Огляд, пальпація	2
5.	Кістково-суглобна система	Огляд, пальпація, антропометрія	5
6.	Органи дихання	Огляд, пальпація, перкусія, аускультация	10
7.	Серцево-судинна система	Огляд, пальпація, перкусія, аускультация	8
8.	Кров та кровотворення	Огляд, пальпація	2
9.	Система гемодинаміки	Аускультация	5
10.	Травна система	Огляд, пальпація, перкусія	10
11.	Сечова система	Огляд, пальпація, перкусія	5
12.	Ендокринна система	Огляд, пальпація	5
13.	Статева система	Огляд, пальпація	2
Анамнестичні дані			20
Аналіз даних лабораторних та інструментальних досліджень			10
Всього			90

Дані обстеження фіксувалися у розробленій нами карті (Додаток А).

Результати дослідження стану фізичного здоров'я вихованців інтернатних закладів.

У дитячому будинку змішаного типу (ДБЗТ) ми оглянули 43 дитини віком від 3 до 15 років. У 13,9% обстежених дітей виявлено затримку фізичного розвитку, розвиток решти дітей відповідав віковим нормам. За результатами експертної оцінки 18,1% дітей є соматично здоровими, решта 81,9% обстежених страждає на різні соматичні захворювання (Табл. 1).

Таблиця 1

Найбільш поширена соматична патологія дітей у ДБЗТ

Патологія	Частка дітей (%)
Хронічний тонзиліт	37,2
Дисплазія щитоподібної залози	32,5
Хронічний холецистит	16,2
Дискінезія жовчовивідних шляхів	18,1
Вегето-судинна дистонія	13,9

На нашу думку, наявність низки соматичних порушень в обстежених дітей пов'язана з чинниками зовнішнього середовища, адже вони проживають у радіаційно контрольованому районі. До цієї категорії слід віднести вегетативні та гормональні порушення, гіперплазію лімфоїдної тканини, імунні та метаболічні зсуви.

Таке припущення узгоджується з численними даними з наукової літератури. Бурхливий розвиток цивілізації, особливо в останні десятиріччя, призвів до глобального погіршення екологічної ситуації. В Україні екологічне неблагополуччя значно обтяжено наслідками трагедії на Чорнобильській атомній електростанції. Дія різних чинників забруднення навколишнього середовища, а нерідко їх поєднаний вплив, значно порушили екологічну рівновагу в системі “людина – довкілля”. Особливою групою ризику при цьому стали діти, що пов'язано з незрілістю компенсаторно-приспосувальних та захисних механізмів дитячого організму до негативної дії екологічних чинників. Підтвердженням цього є той факт, що у промислово розвинених регіонах нашої країни, де стан довкілля особливо незадовільний, спостерігається погіршення

демографічної ситуації та підвищення показників дитячої захворюваності.

Органи й тканини людини розрізняються за ступенем чутливості до радіонуклідної дії. Найбільш чутливої до радіаційного впливу є щитоподібна залоза, отже після аварії на ЧАЕС зафіксовано значне збільшення різних патологічних станів цього ендокринного органу. Моніторинговими дослідженнями японських вчених встановлено, що патологічні зміни щитоподібної залози у дітей, які постійно мешкають в радіаційно контрольованих районах, спостерігається не лише під час накопичення в її тканині радіоактивного йоду, але й протягом усього післяаварійного періоду. Це особливо характерно для дітей, які зазнали поєднаного впливу негативних факторів – дії малих доз радіації на тлі ендемічного дефіциту йоду.

Після аварії збільшення окремих хвороб у дітей було зумовлене певними імунологічними порушеннями, що на кожному етапі мали характерні особливості. Так, через 5–6 років після аварії у дітей спостерігалися зміни Т-клітинної ланки імунітету, які супроводжувалися значним зменшенням рівня Т-клітин у периферичній крові, порівняно з дітьми з “умовно чистих” районів. Через 10–12 років після аварії у дітей з районів радіаційного контролю було визначено подальше зниження рівня Т-клітин крові, ступінь якого залежав від щільності забруднення місцевості цезієм. Такі характерні зміни стану імунної системи зумовлюють підвищення частоти різних хронічних захворювань зі стійким перебігом, низькою чутливістю до лікування, а також піддатливістю хворих вірусним та бактеріальним інфекціям і вираженою дезадаптацією. Це пояснює дані, отримані нами в процесі оцінювання стану фізичного здоров'я вихованців ДБЗТ.

Виходячи з результатів дослідження, ми рекомендуємо загалом таке: 1) диспансерний нагляд спеціалістів згідно з наявними порушеннями фізичного здоров'я (отоларинголога, ендокринолога, терапевта); 2) харчування з підвищеним вмістом вітамінів та рибних продуктів; 3) профілактика та компенсація йодного дефіциту (введення до раціону продуктів з підвищеним вмістом йоду – морської капусти, йодованої солі); 4) заняття з фізичного виховання у підготовчій групі. Однак в окремих випадках необхідним є невідкладне цілеспрямоване втручання, обумовлене наявністю певної соматичної патології. Так, при обстеженні хлопчика С. 13-ти

років в нього виявлено скарги на біль та обмеження рухів у колінному суглобі, втомлюваність, періодичне підвищення температури тіла. У минулому хірург висунув припущення про туберкульозну природу враження колінного суглобу. Діагностовано ювенільний ревматоїдний артрит, артрит колінного суглобу (туберкульозної етіології?), хронічний ринотонзиліт. З урахуванням затримки фізичного розвитку дитини, поганого самопочуття, відсутності даних лабораторних досліджень рекомендоване негайне стаціонарне обстеження та лікування.

Слід особливо зазначити необхідність у покращенні забезпечення ДБЗТ медикаментами і потребу вихованців у постійному супроводі лікаря-педіатра: його функції полягають не лише в оперативній діагностиці та лікуванні гострих станів, а й у виконанні плану диспансерного нагляду, його корекції за змін фізичного стану. Отже, доцільно рекомендувати введення в штат ДБЗТ педіатра.

У дошкільному дитячому будинку (ДДБ) обстежено 73 дитини віком від 3 до 7 років. Залежно від віку вихованці будинку розподілені на чотири групи: молодшу, середню, підготовчу та старшу. Окремо виділено 2 групи спеціального призначення (для дітей з ураженнями центральної нервової системи та вадами психофізичного розвитку).

У 2,7 % обстежених дітей діагностовано затримку фізичного розвитку, розвиток решти дітей відповідає віковим нормам. Серед вихованців дитячого будинку 45,2% осіб є соматично здоровими, у 54,8% дітей виявлено різні соматичні розлади (Табл. 2).

Таблиця 2

Соматичні розлади вихованців дошкільного дитячого будинку

Патологія	Частка дітей (%)
Опорно-рухового апарату	39,7
Органів зору	12,3
Сечостатевого апарату	12,3

Як свідчать дані табл. 3.2, найбільш поширеною є патологія опорно-рухового апарату, 34,5% якої становить плоскостопість і 5,4% – порушення постави. Серед вад зору найчастіше зустрічаються косогляд та астигматизм. Вади сечостатевого апарату представлені водянкою

яєчка та фімозом.

Причиною виникнення вказаної вище патології, ймовірно, є спадковий фактор. Ця патологія найбільшою мірою піддається корекції. Діти повинні перебувати під наглядом вузьких спеціалістів і з часом мають можливість позбутись виявлених вад.

Слід зазначити, що загалом стан здоров'я дітей у цьому інтернатному закладі є кращим порівняно зі станом здоров'я вихованців ДБЗТ. На наш погляд, це пов'язано, принаймні, з двома факторами: 1) більш сприятливими екологічними умовами; 2) вищим рівнем кваліфікованої медичної допомоги, адже в дитячому будинку постійно працює лікар-педіатр.

Підводячи підсумок проведеного оцінювання стану фізичного здоров'я та потреб у медичній допомозі вихованців інтернатних закладів, доцільно наголосити на ролі стресогенних факторів у виникненні та підтримці перебігу захворювань. Дитячий організм у процесі росту особливо чутливий до стресових ситуацій. Досвід вилучення з сім'ї та специфічні умови перебування в інтернатному закладі є постійно діючими стресорними факторами для дітей, позбавлених батьківської опіки та піклування. Тому важливий напрям їх оздоровлення – створення умов виховання, наближених до сімейних.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Оцінка стану психічного здоров'я має неабияке значення для визначення актуальних потреб. У певних випадках супровід дитини вимагає зрушення акцентів до вирішення її актуальних психіатричних проблем. Наприклад, за наявності психічних розладів, що потребують негайного спеціалізованого втручання та подальшого медичного нагляду, неможливо зосередитися на розв'язанні завдань навчання чи загального розвитку. Важливим моментом оцінки психічного стану дитини є визначення можливості її повернення у сім'ю, адже наявність виражених психічних розладів або порушень психічного розвитку може вимагати перебування дитини у спеціальних закладах.

Важливим аспектом медичного догляду за дитиною є не лише її однократне обстеження, а

й періодичне комплексне оцінювання її стану в межах комплексного медико-психологічного супроводу.

Загальні вимоги до експертної оцінки стану психічного здоров'я дитини та основні етапи діагностичного обстеження. Насамперед, на підставі загальних відомостей про дитину слід проаналізувати відомі анамнестичні дані. Вивчення історії життя дитини є важливою передумовою розуміння виникнення та розвитку наявних психічних розладів. Пильну увагу необхідно приділяти випадкам фізичного та психологічного насильства над дитиною, особливо за умов її перебування у несприятливому середовищі. Важливими анамнестичними даними є відомості про відсутність адекватної опіки з боку батьків чи осіб, що виховували дитину – брак достатнього харчування, особливо в період від народження до трьох років. Обстеження дітей молодшого віку потребує діагностики органічних уражень центральної нервової системи, часті причини яких – тривалі, неліковані хронічні запальні захворювання та черепно-мозкові травми. Для оцінки ризику ранніх проявів невротичних розладів або розладів особистості слід звернути увагу на характер стосунків у родині, наявність алкоголізму, наркотичної залежності чи істотних відхилень поведінки у батьків (схильність до насильства, соціальних девіацій), їх фізичну немічність, а також раннє сирітство. Ці анамнестичні дані мають неабияке значення як для діагностичної оцінки психічного стану дитини, так і для планування заходів терапевтичної корекції виявлених розладів.

Наступним кроком визначення психічного стану є ретельний аналіз наявної медичної документації. Найбільш важливим такий аналіз є для дітей наймолодшого віку, зокрема немовлят. Принципи мікропсихіатрії вимагають виявлення ознак неврологічного дефіциту, генетично або хромосомно обумовлених розладів, порушень ферментативного обміну, оцінки ознак та характеру наслідків травм, отриманих дитиною у період пологів (наприклад, це стосується дитячого церебрального паралічу чи гідроцефалії тощо), а також хронічних запальних та інших розладів у ранньому періоді.

Варто зауважити, що найбільш адекватною формою оцінки стану психічного здоров'я дитини є комплексне психолого-психіатричне дослідження. Такий підхід набуває особливого значення за оцінювання стану дітей віком до 7 років. Його процедура детально обговорювати-

меться нижче.

Оцінка поточного стану дитини передбачає діагностику проявів того чи іншого психічного розладу, його ступеня, тривалості та особливостей. До основних проблем психічного здоров'я дитини належать: дизонтогенез (порушення розвитку); розумова відсталість; затримка психофізичного розвитку; розлади органічного генезу; педагогічна занедбаність; аутичні розлади; інші порушення психологічного розвитку; поведінкові та емоційні розлади, що розпочинаються у дитячому або підлітковому віці; зловживання або синдром залежності від психоактивних речовин; розлади шизофренічного спектру; афективні (емоційні) розлади; невротичні та особистісні розлади; агресивна чи аутоагресивна поведінка; відхилення, пов'язані з насильством по відношенню до дитини. На основі проведеного психіатричного обстеження визначається необхідність призначення додаткових параклінічних (зокрема, лабораторних, інструментальних) досліджень задля уточнення оцінки психічного стану дитини та характеру психічних порушень. Найчастіше у таких випадках призначаються – крім загальносоматичних діагностичних процедур – електроенцефалографія (ЕЕГ) та ультразвукове дослідження (УЗД) судин головного мозку, може виникнути необхідність проведення комп'ютерної томографії (КТ) тощо.

На основі результатів психолого-психіатричного та додаткового параклінічного обстеження можна сформулювати рекомендації щодо поліпшення стану психічного здоров'я дитини. Зокрема, це стосується необхідності психіатричного чи психотерапевтичного лікування, організації реабілітаційних заходів, подальшого медичного догляду, змін у вихованні та навчанні. На підставі проведеної оцінки визначається прогноз щодо майбутнього розвитку дитини за умови виконання наданих рекомендацій.

Інструментарій оцінки стану психічного здоров'я дитини як спосіб такого діагностичного обстеження є її важливою складовою. Найзручнішим методом психіатричної діагностики є клінічна співбесіда. Розмова з дитиною у вільній, емпатичній формі дозволяє знизити рівень її емоційного напруження, страху перед незнайомою людиною, наснажити дитину на виконання тестових завдань, передбачених комплексним психолого-психіатричним дослідженням. За формою така клінічна співбесіда є напівструктурованим клінічним інтерв'ю, спрямованим на виявлення ознак психічних розладів. Певна структурованість такої взаємодії надає мож-

ливість формалізувати процес оцінки, особливо в умовах обстеження численної групи дітей. Напівструктуроване клінічне інтерв'ю можна відтворити в інших дослідженнях, якщо в дослідницькій команді працюватиме психіатр. Змістовною основою клінічного інтерв'ю є класифікація психічних і поведінкових розладів міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10, розділ V (F) – психічні і поведінкові розлади)², що містить основні діагностичні критерії визначення наявності чи відсутності будь-яких психічних розладів. У процесі психіатричної діагностики, на нашу думку, найбільшу увагу слід приділяти відповідності ступеня розвитку дитини її віку. Іншою гіпотезою, що слугувала основою розробки протоколу психіатричного обстеження (Додаток Б), було припущення про наявність у вихованців дитячих будинків переважно проявів органічних уражень нервової системи; розладів невротичних чи особистісних та пов'язаних з браком батьківської опіки та піклування (зокрема, з фізичним та психологічним насильством, занедбаністю), а також з особливістю впливів середовища інтернатного закладу. Однак, ми не виключали можливості виявлення й інших психічних розладів, зокрема, психотичних та хімічної залежності, але виходили з того, що такі порушення мали бути діагностовані раніше. У процесі оцінки стану психічного здоров'я вихованців дитячих будинків ми використали принципи „багатовісьового” підходу.³ Це важливо для визначення загального стану і якості життя дитини, адже вісі МКХ-10 визначають не лише клінічні психопатологічні синдроми (вісь I), а й власне специфічні розлади психічного розвитку (вісь II), рівень інтелектуального розвитку (вісь III), соматичні хвороби, що часто сполучаються з психічними та поведінковими розладами (вісь IV); супутні аномальні психосоціальні ситуації (вісь V) і загальну оцінку порушень психосоціальної продуктивності (вісь VI) як узагальнене відображення ступеня задоволення потреб дитини з точки зору її розвитку та наявного стану психічного здоров'я. Цей підхід якнайкраще відповідає принципам комплексної оцінки стану дітей, передбаченої метою проекту.

Відповідність ступеня розвитку дитини до її віку, а також наявність і вираженість порушень психічного розвитку оцінювалася на основі вивчення низки характеристик її психічного ста-

2. Классификация психических и поведенческих расстройств.

Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.

3. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. Клинические описания и указания по диагностике. – М.: Смысл, СПб: Речь, 2003. – 407 с.

ну. Ми досліджували рухову активність (у томі числі розвиток дрібної моторики); розуміння мови й мовленнєвий розвиток (у томі числі граматичні та лексичні характеристики мовлення, здатність до розуміння та переказу сюжетних малюнків тощо); сенсорний розвиток (розуміння інструкцій та якість їх виконання, відтворення кольору й форми); образотворчу діяльність; особливості гри і дій з предметами, а також конструктивну діяльність; побутові навички (охайність, здатність самостійно одягатися, їсти). Ці дані мають значення для безпосередньої оцінки ступеня розвитку психічної діяльності дитини, її потреб та шляхів їх задоволення, а також надають можливість визначатися із сферою порушень психічної діяльності та застосовувати діагностичні критерії певного психічного розладу.

Інтерв'ю починалося зі знайомства, зокрема запитань про прізвище, ім'я, вік, характер стосунків з дітьми та дорослими (“Чи є в тебе друзі? Хто саме?” “Хто твої вихователі?” “З ким з них ти товаришуєш?”), ставлення до перебування у будинку, до навчання (у старших вікових групах). Таке спрямування бесіди надало можливість: а) дібрати загальну інформацію про дитину; б) встановити з нею тісніший контакт, зняти її емоційну напругу, в) зробити попередні діагностичні припущення. Ми переконалися, що значні труднощі спілкування з дослідником в обох дитячих будинках мали лише діти з психопатологічними порушеннями різного генезу та ступеня вираженості. Отже, початок клінічного інтерв'ю у формі бесіди без прямих діагностичних запитань є найбільш вдалим для налагодження контакту з дитиною. Це також важливо і для формування запитань, що спрямовані на виявлення певних психічних розладів. Після закінчення такої „вступної частини” можна безпосередньо переходити до окремих тестів чи запитань, що стосуються визначення проявів конкретних психопатологічних порушень.

Якщо в процесі інтерв'ю виявлено ситуацію, яка є травматичною для дитини, послідовність запитань та спрямування бесіди слід змінити: необхідно зосередитися на емоційному стані дитини, прояснити причини, характер, дійових осіб травматичної події. Вочевидь, якщо йдеться про стосунки з однолітками в групі, то дитина може приховувати причини конфлікту та кривдника, побоюючись покарання, ostracizmu або інших негативних для себе наслідків. Власне, найважливіше у обговоренні з дитиною такої ситуації – зниження рівня її емоційного напруження, винайдення певного „ключового моменту”, що може стати відправною точкою

прояснення ситуації та пошуку виходів з неї. Наприклад, при обстеженні дітей у ДБЗТ у дівчини 15 років було виявлено тривожно-фобічну симптоматику субклінічного рівня, пов'язану з напруженими стосунками у колективі між дівчатами. У даному випадку, коли дівчина категорично відмовлялася розповісти про зміст та дійових осіб конфлікту (зі зрозумілих причин, щоб будь-яка виявлена експертами інформація не могла їй зашкодити пізніше), ми обрали тактику невідкладного психотерапевтичного втручання, спрямованого на прояснення ресурсів близького майбутнього цієї дівчини. Проведення інтерв'ю було затримано такою розмовою. Клінічне інтерв'ю та інші етапи комплексного психолого-психіатричного обстеження було здійснено лише після поліпшення емоційного стану дитини. В іншому випадку невідкладна психотерапевтична підтримка була потрібна двом дівчинкам 12 та 10 років, які не вповні пристосувалися до умов перебування в інтернатному закладі. Більшу частину огляду було відведено проясненню можливостей пристосування дитини до нових обставин життя, меншу – отриманню інформації за допомогою передбачених діагностичних запитань та спеціальних методик дослідження.

Крім того, важливо розуміти, що у дітей переважно молодшого віку, у яких на початку інтерв'ю виявляються тяжкі розлади психічної діяльності (що суттєво заважають подальшому проведенню огляду і тестуванню), його продовження за стандартною процедурою втрачає сенс. Може виникнути потреба у достроковому припиненні обстеження, якщо дитина не здатна виконувати тестові завдання. У такому випадку інтерв'ю доцільно проводити з урахуванням наявних можливостей дитини та спираючись на відомості працівників інтернатного закладу про особливості поведінки та певних характеристик розвитку такої дитини. Це найбільш важливо для дітей молодших вікових груп (до 7 років), насамперед за наявності загальної затримки розвитку чи тяжкої затримки розвитку мовлення. Наприклад, слід брати до уваги відомості про конкретні вміння дитини (правильно одягатися, самостійно їсти), її поведінку і особливості спілкування у колективі, інші дані, що допомагають визначити дійсний рівень розвитку дитини. Так, один з досліджених нами вихованців – хлопчик 5 років – за суттєвої затримки мовлення (брак здатності до вербальної комунікації), виявив достатній рівень розвитку інших сфер психічної діяльності (сенсорної, рухової, навичок). Цей приклад демонструє важливість

всебічного аналізу поведінки та можливостей дитини, без надмірної акцентуації на розвитку когнітивного чи вербального інтелекту.

Попри наведені приклади вимушеного „відхилення” від попереднього плану інтерв'ю, можна сподіватися на те, що в більшості випадків огляду великої групи дітей розроблена нами процедура дослідження може бути дотримана у повному обсязі.

Результати оцінювання стану психічного здоров'я вихованців дитячих будинків. До особливості дитячого будинку для дітей дошкільного віку слід віднести його розміщення в обласному центрі. Це надає можливість отримувати адекватну медичну допомогу та мати достатнє матеріальне забезпечення (одяг, іграшки, устаткування) і кваліфікований персонал. Серед вихованців виділено дві групи (загалом 20 осіб) дітей з розладами психічного розвитку та психічними порушеннями. Одна дитини з цієї категорії має прояви легкої розумової відсталості, у 4-х виявлено затримку загального психічного розвитку, яка межує з легкою розумовою відсталістю. Решта дітей з груп спеціального призначення має затримку загального психічного розвитку (тяжкого ступеня – 8 дітей, середнього – 12 дітей). У цих групах у переважній більшості дітей (18 осіб) зафіксовано затримку загального психічного розвитку на тлі проявів органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС). У 9 дітей таке ураження мало вроджений характер. У дітей з органічним ураженням ЦНС була пов'язана затримка фізичного розвитку (6 осіб), денний та нічний енурез (6 осіб), в більшості випадків – часткова затримка рухового та мовленнєвого розвитку. Значна частина дітей цих груп потрапила до інтернатного закладу з будинку дитини – імовірно, це теж негативно позначилося на їх розвитку. Аналізуючи ці дані, слід зазначити, що діти з найтяжчими психічними розладами були зосереджені в цих групах, що має значення для організації ретельного нагляду з дітьми, а також пильної уваги до них. І тільки у цих дітей ми бачили такі значні розлади психіки. Але треба пам'ятати, що саме ці діти і потребують найбільшої уваги з боку медичного персоналу, індивідуальної підтримки та навчання, оскільки від цього залежить динаміка їх подальшого розвитку. Що можна віднести до рекомендацій щодо нагляду та допомоги цим дітям. Ці діти потребують обов'язкового ретельного інструментального дослідження задля прояснення характеру органічних уражень (електроенцефалографічне дослідження, за необхідності – комп'ютерна томографія тощо),

можливо - лікування та подальшого медичного нагляду. Ми не мали змоги призначати лікування дітям без наявних даних дослідження. Лише в двох випадках у дітей з розладами сну та поведінки нами було відкориговане лікування.

З решти дітей (52 особи) у 25 дітей психічних розладів не виявлено: розвиток 23 вихованців відповідав віковій нормі, показники стану ще двох дітей відповідали нижній межі психофізичного розвитку. Загальну або часткову затримку психофізичного розвитку було діагностовано у 23 вихованців груп загального призначення: в 17 випадках – відставання розвитку легкого ступеня, у 6 – середньої тяжкості. У 9 дітей було зафіксовано гармонійну форму психофізичного інфантилізму, а ще у 13 – певні ознаки такого порушення розвитку. Тільки у 6 дітей з цих груп ми бачили ознаки часткової (у 2-х випадках – загальної) затримки психічного розвитку на тлі проявів органічного ураження ЦНС. Тільки у трьох дітей ці ураження супроводжувалися наявністю нічного енурезу. Найчастіше часткова затримка психічного розвитку була пов'язана із порушеннями мовлення, що не набувало ознак вираженого розладу.

За адекватної логопедичної корекції та психолого-педагогічної підтримки позитивна динаміка такого порушення у цих дітей гарантована. У цьому інтернатному закладі клінічні прояви невротичних розладів ми виявили лише у двох дітей. У першому випадку це була дівчинка 4-х років з хронічним посттравматичним стресовим розладом внаслідок тривалого психологічного та фізичного насильства, якого вона зазнавала у власній родині. Дівчинка перебувала в інтернатному закладі протягом 2-х місяців і значно змінила на краще спілкування з дітьми та вихователями завдяки змінам у житті. Це демонструє, що інколи перебування в інтернатному закладі є єдиним способом збереження психічного і навіть фізичного здоров'я дитини. Дівчинка була під особливим наглядом вихователів та психолога закладу і на момент огляду не потребувала невідкладного психотерапевтичного втручання. У другому випадку у дівчинки 6 років було зафіксовано соціально-тривожний розлад дитячого віку з проблемами в поведінці. Для успішного дослідження нами було змінено процедуру, бо, незважаючи на відповідність віковій нормі психофізичного розвитку, внаслідок особливостей розладу ця дівчинка відмовилася вступати в контакт. Тоді початок інтерв'ю було переведено в гру з іншими дітьми та з нею, що допомогло успішно його завершити через деякий час. Такі діти, безумовно, потребу-

ють ретельного подальшого медико-психологічного і педагогічного нагляду та індивідуальної психотерапевтичної підтримки.

Аналізуючи результати експертної оцінки стану психічного здоров'я дітей в ДБЗТ, по-перше, слід враховувати особливості цього закладу, розташованого у районному центрі. Йому бракує організаційних ресурсів обласного центру – насамперед, можливостей надавати вихованцям адекватну медичну допомогу. Важливим, з точки зору регулярного медичного нагляду за дітьми, є те, що в ДБЗТ немає власного лікаря – лише медична сестра, яка не може виконувати діагностично-лікувальні заходи. Крім того, у цьому інтернатному закладі немає психолога.

Лише в 13 з обстежених 43 вихованців ми не виявили жодних ознак психічної патології. У переважної більшості дітей (28 осіб, 67%) нами було зафіксовано наявність специфічного розладу, пов'язаного із затримкою психічного розвитку внаслідок ранньої депривації та педагогічної занедбаності. Особливістю цього розладу є його безумовна зворотність (важлива позитивна динаміка) за адекватної психолого-педагогічної допомоги. Брак такої допомоги зумовлює високий ризик негативної динаміки психічного стану з формуванням далі, насамперед, розладів пристосування та хронічних афективних розладів. Лише у 6 з цих 28 дітей затримка розвитку була сполучена з органічним ураженням ЦНС. Отже частка вихованців ДБЗТ з вираженими органічними розладами чи порушеннями психічного розвитку була суттєво меншою у порівнянні з дитячим будинком для дітей дошкільного віку. Це пов'язано з тим, що таких дітей шкільного віку виховують у спеціальних закладах. Загалом органічне ураження нервової системи було діагностовано у 7 вихованців ДБЗТ, серед яких 1 дитина мала ознаки розумової відсталості (хлопчик 9 років виявив порушення абстрактного мислення, брак соціальних знань; ходячи до школи, він не мав належних навичок читання, письма та лічби). На наш погляд, це свідчить про необхідність змін в організації психолого-педагогічного супроводу дітей в цьому закладі. За нашими спостереженнями, персонал закладу спрямовує основні зусилля на дотримання вихованцями режиму, запобігання відкритим конфліктам, асоціальній поведінці тощо і не приділяє належної уваги психологічному розвитку дітей.

Тільки у трьох вихованців ми зафіксували ранній психофізичний інфантилізм, в 4-х випадках було виявлено значне відставання у фізичному розвитку, пов'язане з проблемами життя у

родині (брак належного харчування, догляду, захворювання у ранньому віці та ін.). Такі особливості розвитку дітей спричиняють їх надмірну вразливість до психічних травм і зумовлюють високу імовірність виникнення психічних розладів. Однак запобігання ним пов'язане з пильним психолого-педагогічним супроводом та підтримкою таких дітей.

Нами було виявлено лише два випадки змішаного розладу емоцій та поведінки (у хлопчика 13 років і дівчинки 11 років). Невротичний розлад з депресивно-дисфоричними симптомами у хлопчика виник на тлі тяжкої комбінованої соматичної патології, за відсутності адекватного лікування. Змішаний розлад емоцій та поведінки з тривожно-депресивними проявами виник у дівчини на тлі сполученої психотравмуючої ситуації. Дитина влаштована в заклад після смерті батька, яку тяжко переживала (реакція горя). Перебуваючи у ДБЗТ протягом двох місяців, вона мала ознаки розладу пристосування, що майже завжди виникає при суттєвій зміні життя у дитини. Ситуацію ускладнювала наявність логоневрозу, адже заїкання ускладнювало спілкування з дітьми та дорослими і спричиняло тривожні побоювання. У цьому випадку ми зустріли виражену емоційну напруженість на початку спілкування і спробу відмовитися від обстеження. Отже, певний час було виділено на те, щоб прояснити причини такої поведінки та надати невідкладну психотерапевтичну допомогу. Ми спостерігали подібні ознаки психологічної дезадаптації і розладу пристосування (субклінічний рівень тривожно-фобічної симптоматики) у дівчини 12 років, що перебувала в ДБЗТ протягом 1,5 місяців. Вона також потребувала психотерапевтичного втручання.

Слід зазначити, що порівняно з ситуацією в дошкільному дитячому будинку, у даному закладі специфічним підґрунтям для виникнення невротичних реакцій чи інших емоційно-поведінкових розладів були складні групові стосунки вихованців. Описаний вище випадок дівчинки 15 років, у якої на момент огляду було виявлено ознаки гострої психологічної дезадаптації з вираженими протестно-тривожними симптомами внаслідок напружених стосунків (змагання за вплив серед дівчат старшого віку), є доволі показовим. На нашу думку, це типова ситуація для підлітків у закритих колективах, що за недостатньої уваги з боку персоналу може призвести до формування виражених невротичних розладів і проблем адаптації.

Порівнюючи стан психічного здоров'я дітей у двох досліджених нами інтернатних закладах,

ми виявили певні тенденції динаміки психічного розладу, пов'язаного з затримкою психічного розвитку внаслідок ранньої депривації та педагогічної занедбаності. Можна стверджувати, що спектр проявів цього розладу був ширшим у вихованців ДБЗТ, особливо в тих, чий соціальний досвід був значно обмеженим. На перебіг розладу значною мірою впливали ставлення персоналу та шкільних педагогів. Виявилось, наприклад, що діти, які відпочивали в іспанських сім'ях, могли надавати приклади спілкування іспанською мовою, але були не здатні пригадати жодного англійського слова або виразу, що вони вивчають у школі. За словами вчителя, "діти за психічним станом не в змозі вивчати іноземну мову". Як бачимо, стигматизація вихованців інтернатних закладів, брак спеціальних програм їх навчання, „відірваність” навчання від проблем реального життя негативно позначається на психічному розвитку дітей.

Дані, отримані в результаті експертної оцінки стану психічного здоров'я вихованців інтернатних закладів, надають можливість сформулювати загальні та конкретні *рекомендації*. Загальні рекомендації можуть бути основою профілактики проблем психічного здоров'я чи поліпшення психічного стану дитини з психічними розладами в будь-якому інтернатному закладі. Конкретні або ситуативні рекомендації стосуються планів роботи з окремими дітьми (поліпшення психічного здоров'я окремих дітей в досліджених нами дитячих будинках).

До загальних рекомендацій щодо задоволення потреб психічного здоров'я дітей ми можемо віднести таке.

1. Створення та впровадження індивідуальних програм психологічного супроводу вихованців інтернатних закладів має посісти найперше місце серед задоволення їхніх потреб. Актуальною проблемою поліпшення психічного здоров'я дітей, які виховуються в дитячих будинках, є забезпечення їм доступу до якісної психотерапевтичної та психіатричної допомоги.

2. Діти з ознаками затримки психофізичного розвитку (як загального, так і часткового) та органічним ураженням нервової системи потребують ретельного та послідовного обстеження, подальшого адекватного лікування і постійного психіатрично-психологічного нагляду. Це особливо важливо для дітей молодшого віку, коли адекватне психіатричне, психотерапевтичне та психологічне втручання може мати значний позитивний ефект. В обстежених нами закладах діти оглядаються психіатром лише двічі на рік, і медичний персонал не має змоги ко-

ригувати призначену терапію. Тому доцільно запровадити спільні огляди педіатра, психіатра і психолога, в процесі яких слід розробляти комплексні плани лікування та медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями ЦНС та затримкою психофізичного розвитку.

3. Діти з ознаками невротичних, поведінкових порушень або специфічних проблем психологічного розвитку мають отримувати адекватну психіатричну, психотерапевтичну та психологічну допомогу, що за сучасних умов є проблематичним. Це завдання є важливим для дітей будь-якого віку, але воно має певні вікові особливості. Для дітей молодшого віку найчастіше проблеми пов'язані з порушеннями психофізичного та психологічного розвитку, тоді як у дітей шкільного віку на передній план виходить можливість формування невротичних та інших емоційно-поведінкових розладів на тлі порушення стосунків у колективі, патологічного перебігу пубертатного кризу тощо. Адекватне втручання при таких порушеннях є важливим тому, що для дітей є типовим швидке закріплення патологічних форм поведінки (наприклад, агресивно-протестних реакцій, що формуються на основі вираженої тривожно-фобічної симптоматики) та хроніфікація невротичних розладів.

4. Переважна більшість вихованців інтернатних закладів має ознаки затримки психічного розвитку внаслідок депривації та педагогічної занедбаності в ранньому віці. Вони потребують застосування спеціальних розвивальних програм та психолого-педагогічного втручання, спрямованих на компенсацію вад розвитку. Дітям дошкільного віку необхідні індивідуальні заняття, насамперед, з мовленнєвого, сенсорного та моторного розвитку. Окрім занять з логопедом, розвитку мовлення сприятиме заохочення дитини до повторення речень та слів вихователя, вдосконалення вимови в процесі гри. Вправами на розвиток сенсорної та рухової сфери є таке: вихователь водить рукою дитини, викреслюючи окремі прості фігури – круг, квадрат; діти разом з вихователем малюють фарбами, ліплять, складають пазли. Доцільно поєднувати маніпулювання іграшками, гру з нескладними вправами з розвитку мовленнєвої сфери: вихователь заохочує чітко називати іграшки, створювати коротенькі історії про них через запитання, закінчення речень про іграшку, переказ прочитаних казок чи мультфільмів тощо. Найважливішим у такому “педагогічному” спілкуванні є особиста взаємодія з дитиною, створення теплої, емоційно насиченої контакту, атмосфери зацікавленості та взаєм-

ної довіри. Психолого-педагогічна робота з дітьми, в яких є вади психофізичного розвитку або органічні враження ЦНС, будується на таких самих принципах, але потребує більшого проміжку часу і повільного просування від простих до складніших завдань. Ці діти вимагають постійного заохочення, підтримки та наснаги. Слід зазначити, що такі мікро-втручання мають певний психотерапевтичний характер.

Для дітей шкільного віку доцільно запровадити бесіди соціально-педагогічного спрямування, заохочувати їх до самостійного читання, переказу прочитаного у групі або групових дискусій на будь-які конкретні соціальні теми з обов'язковою підтримкою та заохоченням такої роботи. З такою метою доцільно використовувати навчальні програми чи науково-популярні фільми, читати дітям різноманітну літературу (відповідну до віку), спонукати їх до обговорення побаченого та почутого. Усі види активності, що сприяють розширенню світу дитини за межі інтернатного закладу, збагаченню її соціального досвіду, слугуватимуть за побіганням психічних розладів.

Конкретні рекомендації щодо ведення окремих випадків сформульовані в процесі взаємодії з іншими експертами дослідницької групи. Однак, загальні рекомендації є тим тлом, що необхідне для підвищення якості життя кожного вихованця обстежених нами закладів.

Ми вважаємо, що дотримання цих рекомендацій дозволить:

- максимально ефективно організувати роботу з всебічного психічного і психологічного розвитку дитини;
- забезпечити задоволення її потреб у психо-соціальному й особистісному становленні;
- спрогнозувати і створити максимально комфортні умови життя для дитини в інтернатному закладі з оцінкою можливості її повернення у сім'ю та подальшого виховання.

СОЦІАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ ПОТРЕБ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Загальна характеристика методики оцінювання соціального компоненту потреб вихованців дитячих будинків. У сучасній парадигмі соціального виховання однією з основних характеристик особистості є сформованість у неї навичок соціальної компетентності.

Життєві навички соціальної компетентності – це базис адаптивної та позитивної поведінки дитини, що дозволяють їй адекватно виконувати норми та правила, прийняті в суспільстві, оптимально адаптуватися до різних соціальних умов. На сьогодні світовою психолого-педагогічною спільнотою визначені такі базові навички соціальної компетентності дитини:

- комунікація з однолітками та дорослими;
- самостійне прийняття рішень;
- самоконтроль емоційного стану;
- розпізнавання та вибір позитивних цінностей.

Відносна замкнутість державних закладів опіки, перебування дитини в обмеженому комунікаційному просторі, необхідність постійного дотримання чіткої регламентації часового розпорядку в інтернатному закладі, отримання дитиною необхідного для її життєдіяльності мінімуму (їжа, одяг, шкільне приладдя тощо), відсутність у вихованців закладу досвіду участі в різних сферах суспільного життя знижують адаптаційний потенціал особистості, провокують до пристосуванства, формування споживацької позиції, не створюють умов для розвитку навичок прийняття дітьми самостійних відповідальних рішень. Досить часто відбувається деформація соціального досвіду дитини, адже умови виховання дітей інтернатних закладів в системах „дорослий-дитина”, „дитина-дитина” за низкою показників помітно поступаються позиціям їх однолітків у сім’ї.

Основними потребами розвитку дитини нині вважають здоров’я, освіту (рівень інтелектуального розвитку дитини, доступ до книг, розвиток інтересу до навчальних предметів, позитивний досвід щодо досягнення певних завдань), емоційний та поведінковий розвиток (рівень самоконтролю, відповідність емоційних реакцій до певної ситуації, виявлення емоцій в стосунках, у першу чергу до батьків або до тих, хто опікується дитиною, до інших людей,

характер її прив'язаностей, адаптація до змін, реакція на стрес), самосвідомість (сприйняття себе як особистості, власний образ, самоповага, позитивне ставлення до себе – свого віку, статі, релігії, фізичного здоров'я, сексуальної орієнтації, національної належності), відносини з сім'єю і суспільством (розвиток співчуття і здатності до формування прив'язаності, дружба з ровесниками, важливі в житті дитини люди), соціальний образ (розуміння дитиною того, як її зовнішній вид, поведінка, фізичні або розумові вади сприймаються оточенням, включаючи відповідність одягу віку, статі, релігії, традиціям; особиста гігієна, прийняття рекомендацій дорослих щодо її зовнішнього виду), уміння і навички самообслуговування (рівень розвитку самостійності, уміння одягатися, їсти, вміння самостійно вирішувати побутові проблеми).

Базуючись на сказаному, доцільно визначати в процесі вивчення та експертної оцінки такі складові соціальної компетентності дитини, які згруповано у кілька основних блоків.

Навички самообслуговування:

- дотримання гігієнічних норм;
- вміння самостійно одягатися;
- турбота про зовнішній вигляд;
- догляд за особистими речами;
- вміння користуватися столовими приборами;
- вміння готувати їжу;
- вміння користуватися побутовими електроприладами.

Особливості взаємодії з:

- біологічними батьками;
- родичами;
- дітьми різних вікових груп;
- педагогами та іншими дорослими закладу.

Навчальна діяльність:

- ставлення до навчання;
- показники успішності;
- відповідність навчальних досягнень до можливостей дитини.

Самоконтроль емоційного стану:

- типові емоційні реакції дитини;
- особливості емоційних реакцій у стресових ситуаціях;
- адекватність емоцій дитини певній ситуації.

Коло захоплень та інтересів дитини:

- участь у різних виховних заходах, що проходять в закладі;
- способи проведення вільного часу;
- улюблена справа;
- відвідування гуртків, секцій.

Рівень наявності чи сформованості певних зазначених складових соціальної компетентності дитини є її адаптаційним потенціалом та своєрідним індикатором для оцінки можливостей щодо перебування в інших соціальних середовищах, відмінних від умов закладу державної системи опіки.

Процедура експертної оцінки. Для об'єктивного визначення сформованості у дітей різних навичок соціальної компетентності потрібний певний час. Це обумовлено кількома чинниками.

1. На сьогодні у соціально-педагогічній практиці відсутні стандартизовані форми оцінки соціальних якостей дитини, на відміну, наприклад, від тестових процедур у психології.
2. Навички проявляються у поведінці дитини. Тому, щоб мати повну картину щодо сформованості певної навички, необхідно спостерігати за поведінкою дитини у різних життєвих ситуаціях.
3. До визначення особливостей сформованості окреслених навичок та вмінь дитини потрібно залучати кілька осіб, щоб уникнути феномену „суб'єктивізму” в оцінці потреб дитини.

Виходячи з зазначеного вище, ми пропонуємо з метою забезпечення об'єктивної оцінки навичок соціальної компетентності дитини, яка перебуває в закладах державної системи опіки, запровадити наступну технологію оцінки соціальних потреб дитини:

- сформувати мультидисциплінарну команду фахівців;
- ознайомити її членів із завданнями, процедурою експертної оцінки та бланками фікса-

ції результатів спостереження;

- проводити включене спостереження членами мультидисциплінарної команди не менше двох місяців;
- психолог/соціальний педагог закладу або залучений експерт аналізує та систематизує результати спостереження та проводить індивідуальну бесіду з дитиною;

На підсумковому етапі роботи психолог/соціальний педагог закладу або залучений експерт розробляє паспорт соціальних умінь дитини, в якому дає загальну оцінку сформованості в неї досліджуваних навичок соціальної компетентності і визначає необхідні послуги для подальшого розвитку, а саме:

- базовий рівень догляду (задоволення фізичних потреб дитини, необхідний медичний догляд, стоматологічна допомога й профілактика, забезпечення їжею, житлом, особиста гігієна);
- створення безпечних умов для життя і розвитку (захист від небезпеки, небезпечних контактів з дорослими або іншими дітьми, попередження самотравмування);
- душевне тепло (задоволення емоційних потреб дитини, розвиток значущості власної особистості, позитивного прийняття расової, соціально-культурної належності; розвиток стабільних, теплих відносин з „важливими” дорослими; прояви емоцій, повага, схвалення, заохочення);
- стимуляція розвитку (допомога в освіті, інтелектуальному розвитку шляхом стимуляції розумових здібностей; розвиток навичок спілкування, інтересу до ігрової діяльності; забезпечення умов перебування у школі або інших навчальних закладах);
- керівництво, порада, визначення необхідних кордонів (допомога в розвитку умінь та навичок щодо управління власними емоціями і поведінкою – демонстрація і моделювання позитивної поведінки, взаємодія з іншими людьми; формування здатності протистояти негативному впливу);
- стабільність (забезпечення стабільних умов розвитку дитини і позитивних взаємовідносин з людиною, яка безпосередньо опікується дитиною. Неперервність зв'язків, постійна турбота й прояв душевного тепла до дитини протягом тривалого часу, стабільність в прояві

реакцій на схожі події в житті дитини, її поведінку. Необхідна динаміка реакцій (від рівня розвитку дитини). Забезпечення контакту з членами сім'ї, іншими важливими в житті дитини людьми).

Розробляючи зміст бланків спостереження, слід враховувати:

- тип закладу, в якому перебуває дитина;
- вік дитини;
- посади спеціалістів у складі мультидисциплінарної групи.

Інструментарій та процедура вивчення соціального компоненту потреб вихованців ДБЗТ. Розробляючи інструментарій для вивчення потреб дітей, які проживають у цьому інтернатному закладі, ми брали до уваги той факт, що діти навчаються у загальноосвітній школі, тому певну частину дня проводять поза межами дитячого будинку. До складу мультидисциплінарної команди були включені два вихователя від кожної групи, які переважно працюють з певною групою дітей, соціальний педагог дитячого будинку, класний керівник, соціальний педагог загальноосвітнього закладу. Було розроблено окремо бланки спостережень для працівників дитячого будинку та педагогів загальноосвітнього закладу (Додатки В1, В2).

Заповнені бланки спостережень аналізувалися та узагальнювалися експертом. Після цього експерт складав перелік можливих запитань для індивідуальної бесіди з дитиною. Наводимо орієнтовний перелік таких питань.

Питання для дітей віком 6-11 років

1. Чим більше за все ти любила/єш займатися?
2. Що, на твою думку, ти вмієш робити найкраще?
3. Що, на твою думку тобі не вдається робити добре, чому?
4. Чи важливо для тебе, що кажуть про тебе інші діти та дорослі?
5. Як ти реагуєш на те, що про тебе кажуть?
6. Як ти думаєш, чи потрібні дитині друзі?
7. Хто твої друзі?
8. Чому ти дружиш з ними?
9. Чи сварився ти з іншими дітьми? Чому?

10. Як ти поводишся, коли тебе хтось кривдить, чи несправедливо сварить?
11. Чому ти найбільше радієш?
12. Що тебе найчастіше засмучує?
13. Чи подобається тобі ходити до школи?
14. Які твої улюблені навчальні предмети?
15. Які предмети тобі важко готувати, чому?
16. Якби в тебе була чарівна паличка, які три бажання ти хотів би здійснити?

Питання для дітей віком 12-16 років

1. Чим більше за все ти любила б займатися?
2. Що, на твою думку, ти вмієш робити найкраще?
3. Що, на твою думку, тобі не вдається робити добре, чому?
4. Чи подобається тобі гарно виглядати?
5. Що ти робиш для того, щоб бути гарним?
6. Чи важливо для тебе, що кажуть про тебе інші діти та дорослі?
7. Як ти реагуєш на те, що про тебе кажуть?
8. Чи маєш ти друзів?
9. Чому ти дружиш з ними?
10. Хто з дорослих є важливим в твоєму житті?
11. Чи сварився ти з іншими дітьми? Чому?
12. Як ти поводишся, коли тебе хтось кривдить чи несправедливо сварить?
13. Що в собі тобі найбільше подобається?
14. Що ти вважаєш в собі, у власній поведінці тобі потрібно змінити на краще?
15. Чому ти найбільше радієш?
16. Що тебе найчастіше засмучує?
17. Які твої улюблені навчальні предмети?
18. Які предмети тобі важко готувати, чому?
19. Чи хотів би ти щось змінити в своєму житті?
20. Як ти уявляєш своє самостійне життя після дитячого будинку?

Після закінчення такої підготовчої роботи експерт проводив індивідуальну бесіду з дитиною, складав паспорт соціальних умінь дитини та формулював рекомендації щодо задоволення її потреб.

Інструментарій та процедура вивчення соціального компоненту потреб вихованців дитячого будинку для дітей дошкільного віку. Оскільки в дошкільному дитячому будинку діти живуть невеличкими групами (10–14 осіб), з кожною із яких працюють чотири постійні вихователі, то до складу мультидисциплінарної команди нами були включені по двоє вихователів від кожної групи та психолог, які заповнювали бланки спостереження окремо на кожну дитину (Додатки В3, В4).

Заповнені бланки оброблялися незалежним експертом, який узагальнював отриманий матеріал, визначав навички, сформованість яких потребує детальнішого уточнення, та складав перелік питань для індивідуальної бесіди з кожною дитиною.

Після бесід з дітьми експерт складав паспорт соціальних умінь дитини і формулював рекомендації щодо задоволення потреб дітей.

Подаємо зразок такого паспорту.

Сидоренко Іван Сидорович

Дата народження: 11 травня 2000 р.

Вік: 5 років 10 місяців.

У будинку з 30. 09. 2004 р. Батьки позбавлені батьківських прав. Сестри перебувають в іншому інтернатному закладі.

Оцінювані параметри соціальної активності дитини	Може	Може не завжди	Не може
Користується душем, самостійно витирає тіло рушником	+++		
Чистить зуби самостійно	+++		
Миє руки з милом самостійно	+++		
Самостійно одягається та роздягається	+++		
Пере невеличкі особисті речі (носові хусточки, шкарпетки)	+++		
Намагається дбати про свій зовнішній вигляд, бути охайною	++	+	

Тримає свої речі в порядку, не розкидає їх	+	++	
Самостійно застеляє своє ліжко	+++		
Правильно користується столовими приборами (ложкою, виделкою, чашкою)	+	++	
Виконує нескладні доручення дорослого: • охоче • недбало, поволі	+	+	
Взаємодія з іншими: • ініціює дружні стосунки з іншими • підтримує дружні стосунки з більшістю дітей • кривдить інших • ділиться з іншими іграшками, їжею	+++ +++ +++	++	
Під час конфліктних ситуацій • поводить себе агресивно (б'ється, лається, кусається) • не може себе захистити, плаче, шукає захисту в дорослих • вміє відстояти свою позицію без надмірних проявів агресії	+	++	
Розуміє необхідність певних правил та обмежень	+++		
Оцінює свої вчинки адекватно (вдала чи ні певна справа, була слухняна чи ні, вчинила добре чи погано тощо)	++	+	
На обмеження чи покарання реагує • агресивно • пригнічено • байдуже	+	++ ++	
Переважно грається • одноосібно • бере участь у колективних іграх	+++		
Співчуває іншим, підтримує їх	++	+	
Схильна до істеричних реакцій			+++
Переважно пасивна, пригнічена			+++
Часто виявляє дратівливість, гнів або роздратування		++	+
Дуже неспокійна, непосидюча		++	+

Примітка: значком + позначені результати оцінки представниками мультидисциплінарної команди (двох вихователів та психолога).

Висновок: Хлопчик уміє виконувати основні гігієнічні процедури (вимити обличчя, руки, тіло, ноги, органи виділення, почистити зуби). Самостійно користується основними гігієнічними засобами (милом, рушником, зубною щіткою, гребінцем, носовичком). Потребує розвитку навичок охайності та догляду за власними речами.

Добре сформовані побутові навички (вигирання пилу, підмітання).

Полюбить виконувати різні доручення, чергувати. Доброзичливий, активний, щирий. Намагається бути поблизу дорослих. Доцільно підтримувати тактильний контакт з дитиною (брати за руку, гладити по голівці, обіймати тощо).

Серед ігрових видів діяльності надає перевагу розвиваючим іграм: складанню пазлів та конструктору.

Знає більшість букв, рахує в межах 10. Розрізняє основні кольори. Пише кружечки та палички завеликі, не зовсім правильної форми, тому доцільно продовжувати формувати навички письма.

Може адекватно себе оцінити (під час письма коментував, що в нього „не вийшло”). Після помилки стає невпевненим, втрачає інтерес до роботи. Тому доцільно працювати над формуванням вольових якостей.

Фонетична та лексична компетентність не відповідають віковій нормі. Мова недостатньо чітка, словниковий запас децю обмежений, тому доцільно працювати з логопедом над розвитком мовлення та чіткістю звуковимови.

Результати оцінювання соціальних потреб вихованців ДБЗТ. На підставі аналізу результатів включеного спостереження, індивідуальних бесід з дітьми, які перебувають в дитячому будинку, розмов з вихователями та соціальним педагогом ми визначили низку соціальних потреб дітей, які перебувають у цьому закладі.

Переважно діти не відчують гострої нестачі у задоволенні базових потреб: в їжі, одязі, меблях, необхідному обладнанні. Проте варто зауважити, що в одній кімнаті живе до 20 дітей, що не дає можливість дитині реалізувати потребу мати свій особистий простір, що, в свою

чергу, веде до порушення її особистісних кордонів. Постійне перебування серед значної кількості людей негативно впливає на психологічний стан дитини, призводить до психологічного перевантаження та провокує агресивні реакції дитини як закономірний результат її боротьби за особистий простір. Тому адміністрації дитячого будинку варто звернути увагу на перепланування великих кімнат, особливо тієї, в якій живуть старші дівчата, і створити умови для проживання дітей по троє-четверо осіб.

Досить позитивним є той факт, що діти відвідують загальноосвітню школу, яка розташована неподалік дитячого будинку. Це дає їм можливість розширити свої соціальні зв'язки та спілкуватися з однолітками, які проживають у сім'ях. Переважна кількість дітей має добрі стосунки з однокласниками та вчителями. Проте є діти, які в силу своїх психологічних особливостей порушують правила внутрішньошкільного розпорядку та заважають вчителям проводити уроки. Посередніми та незадовільними є успіхи дітей у навчанні. За оцінками вчителів, чверть дітей потребують індивідуальної форми навчання. Невисокі показники вихованців дитячого будинку у навчанні пояснюються кількома причинами. У переважної більшості дітей не сформовані довільні процеси, не всі діти, особливо молодшого віку, готові до соціальної ролі школяра, у більшості відсутня позитивна мотивація до навчання, до школи вони ходять тому, що „набридає весь час сидіти в будинку”, „на окремих уроках цікаво розказують”, „в школі є друзі”, „в школі проводяться цікаві заходи”.

Майже всі опитані адекватно оцінюють свої навчальні успіхи. На запитання „Як ти навчаєшся?” зазвичай відповідали „так собі”, „не дуже добре”, „погано” і пояснювали це тим, що вчитися їм важко.

Діти, які перебувають в будинку, переважно проживали у сільській місцевості, багато з них не відвідувало школу певний час, тому їм складно наздогнати ровесників. У школі вимогливі викладачі, тому більшості вихованців дитячого будинку, які не звикли систематично працювати, навчання дається важко.

Варто зауважити, що і на підготовку домашніх завдань більша частина дітей витрачає дуже мало часу. Якщо виникають певні труднощі при підготовці уроків, наприклад, з математики та фізики, діти переписують готові розв'язки з посібників, а то й зовсім не готують уроки.

Подібна ситуація й з англійською мовою. Усі опитані діти зазначали, що в них є проблеми з цим предметом, хоча діти, які їздили на відпочинок до Іспанії, непогано говорять іспанською.

Досить тривожним є той факт, що у більшості дітей спостерігається не сформованість образу „Я”. На запитання „Що в тобі є доброго, чим ти можеш пишатися?” переважна більшість опитаних не могла відповісти. Натомість про свої недоліки діти говорили без затримки. Педагогічному персоналу будинку та загальноосвітньої школи варто звернути на це увагу і активно застосовувати методи позитивного підкріплення в роботі з такими дітьми.

У переважної більшості дітей сформовані навички самообслуговування. Проте все ж хлопці менш охайні, ніж дівчата. У будинку необхідно створити спеціальну кімнату, де діти могли би прати свої речі та прасувати їх. Варто зауважити, що діти, які жили в іспанських сім'ях, більш самостійні та мають кращий адаптаційний потенціал у порівнянні з дітьми, які не виїздили за кордон.

Не всі діти, особливо молодші підлітки, можуть доцільно використати гроші, які вони отримують від родичів. Переважно вони витрачають їх на солодощі, дівчата на косметику, прикраси. На запитання „Як ти будеш розподіляти кошти, коли житимеш самостійно?” діти частіше відповідали, що будуть витрачати на їжу та одяг. При цьому вони майже не називали такі статті витрат, як транспорт, побутові послуги, оплата рахунків тощо.

На жаль, можна констатувати, що отримання дітьми необхідного для їх життєдіяльності мінімуму гальмує формування активного ставлення особистості до життя, провокує схильність до пристосуванства і споживацької позиції, заважає розвитку навичок прийняття самостійних відповідальних рішень. Оскільки діти живуть на повному державному утриманні, їм досить важко зорієнтуватися, яким чином правильно та економно скласти свій бюджет. Отже, необхідне проведення спеціальних занять, особливо для випускників, що сформувати необхідні самостійні побутово-економічні навички.

Під час розмов із випускниками дитячого будинку було з'ясовано, що їм притаманне звужене бачення життєвих перспектив, вони дуже обмежені у самостійному професійному виборі, готові йти вчитися в ті заклади, куди їм допоможе влаштуватися адміністрація будинку. Лише один з опитаних прагне вчитися в технічному ліцеї м. Києва, проте й він досить непевно гово-

рять про свої можливості. Загалом, діти не готові до самостійного життя, думки про майбутнє викликають в них непевність та тривогу. Більшість випускників, особливо дівчата, мають бажання ще рік чи два побути у дитячому будинку.

Під час розмов із дітьми ми також виявили, що у них досить обмежене коло пізнавальних інтересів. Лише поодинокі діти читають щось поза програмою, більшість дітей, навіть старших, говорить, що любить читати казки, проте зазнають труднощів при спробі переказати їх зміст. Старші вихованці не обізнані на сучасних суспільних та політичних подіях. Серед телепередач, які дивляться діти, переважають серіали, бойовики, мультфільми. Жоден з опитаних дітей не назвав пізнавальних передач, як-от „LG-еврика”, „Найрозумніший”, „У світі тварин” тощо. Тому педагогічному персоналу слід приділяти посилену увагу формуванню у дітей пізнавальних інтересів, спонукати їх до змістовного дозвілля, окрім малювання, вишивання та гри у футбол.

Таким чином, проведена нами оцінка потреб дітей, які перебувають в дитячому будинку, дають підстави констатувати, що дефіцит адекватного спілкування з дорослими та дітьми призводить до надмірної конфліктності, емоційної нестриманості, агресивних спалахів, підвищеного конформізму вихованців, прагнення перекласти відповідальність за своє життя на інших.

Постійне перебування дітей в обмеженому комунікаційному просторі, необхідність постійно дотримуватися жорсткого часового розпорядку в закладі, отримання дитиною необхідного для її життєдіяльності мінімуму заважають формуванню активного ставлення особистості до життя, провокують схильність до пристосуванства, формування споживацької позиції, не створюють умов для розвитку навичок прийняття самостійних відповідальних рішень у дітей, проектування власних майбутніх життєвих перспектив.

Результати оцінювання соціальних потреб вихованців дошкільного дитячого будинку.

В дитячому будинку створено сприятливе середовище для життя та розвитку дітей. Діти належно харчуються; спальні, ігрові кімнати, кімнати для занять обладнані відповідно до стандартних вимог дошкільних закладів. У більшості дітей досить добре сформовані навички самообслуговування (вміння застелити ліжко, самостійно їсти, допомагати накривати на стіл, прибирати посуд після їжі, мити руки з милом, чистити зуби, витиратися рушником, само-

стійно одягатися, витирати пил, замінювати підлогу тощо). Педагогічний персонал значну увагу приділяє формуванню цих навичок. В подальшому доцільно виховувати у дітей акуратність та вміння доглядати за власними речами.

Природне середовище в дитячому будинку представлено в основному кімнатними рослинами та ігровими майданчиками і територією навколо будинку, що не можна вважати достатнім для набуття дітьми елементарних уявлень про довкілля.

Предметно-ігрове середовище в дитячому будинку можна оцінити як розвиваюче, оскільки в кожній групі є телевізор та відеомагнітофон для перегляду мультиплікаційних фільмів, значна кількість дидактичних ігор, конструкторів, пазлів, м'яких іграшок та інших ігрових атрибутів. Варто зазначити, що педагогічний персонал докладає багато зусиль для інтелектуального розвитку дітей.

З дітьми проводяться заняття згідно з програмою дитячого садка. Більше 80% дітей знають основні кольори, вміють пояснити призначення багатьох предметів, коротко описати сюжетний малюнок, швидко скласти пазли, зробити нескладні завдання на класифікацію, порівняння, узагальнення.

Варто зазначити високий рівень підготовленості до школи дітей старшої групи. Усі вони добре читають, знають цифри та розв'язують приклади, рахують у прямому та зворотному порядку у межах 20, пишуть друкованими літерами. Проте під час бесіди з дітьми старшої групи, близько 25% опитаних дітей незважаючи на високий рівень підготовленості не хочуть іти до школи. Це пов'язано з тим, що дітям потрібно переходити до школи-інтернату, а вони не хочуть полишати вихователів та своїх сестер і братів, які також перебувають у цьому будинку. Взагалі перехід старших дітей, які звикли до своїх вихователів та певного ритму життя, до нового закладу викликає у них почуття страху і є психотравмуючим фактором.

Більше половини дітей в будинку мають проблеми зі звуковимовою, майже у 30% дітей кількісна та якісна характеристика активного словника нижча за вікову норму, тому доцільно більше уваги приділяти розвитку мовної компетентності дітей молодшої та середньої групи, більше часу відводити на індивідуальні заняття з логопедом.

Соціальне середовище дитячого будинку не можна вважати задовільним, оскільки діти пе-

реважну більшість часу перебувають в замкненому просторі і спілкуються з одними і тими ж дорослими. Саме тому значне навантаження в цій ситуації падає на вихователів, які мають поєднувати дуже важливі для соціального становлення особистості дошкільника функції: партнера по спілкуванню, довіреної особи, постачальника нової інформації, експерта і психотерапевта, який має визначати, що й чому дало збій у психіці дитини і вчасно допомогти їй.

Середовище розвиває, якщо надає дитині можливість обстежувати, досліджувати, експериментувати, раціоналізувати, робити щось по-своєму. Режим обумовлює одноманітність життя дітей у закладі, що стоїть на заваді соціального пізнання, зменшує здатність їх інтеграції до соціуму. Педагогічному персоналу необхідно забезпечити умови для соціального розвитку вихованців, тобто гармонійного поєднання в дитині прагнень з одного боку, „бути однією з багатьох”, а з іншого – вирізняти себе з-поміж інших. Тобто поєднувати тенденції до типізації життя за груповим стандартом зі здатністю дитини відстоювати свою індивідуальність, не розчинятися в групі однолітків.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЇХ ПОТРЕБИ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДОПОМОЗІ

Загальна характеристика блоку методів психологічної діагностики. Спрямованість, зміст та обсяг психологічної діагностики обумовлені:

а) метою та завданнями проекту, б) форматом проекту.

Формат проекту визначає деякі особливості методології психологічного дослідження статусу та потреб вихованців інтернатних закладів:

1. Оскільки дослідження є мультидисциплінарним, психологічний блок має органічно поєднуватися з іншими складовими: психологічна діагностика має надавати необхідні дані для психіатричного і соціально-педагогічного висновків та їх доповнювати.

2. Оскільки проект передбачає оцінювання психологічного статусу дітей різних вікових категорій – від немовлячого до юнацького віку – необхідно використати широкий спектр мето-

дик, відповідних до таких розбіжностей.

3. Як зазначено вище, план дослідження має бути порівняно нескладним і придатним для перетворення на алгоритм розв'язання аналогічних завдань у майбутньому.

4. За достатньої глибини, психологічне обстеження не повинне бути обтяжливим для дитини (надто тривалим і виснажливим).

5. Дослідження є „пілотним”, окрім отримання конкретних даних щодо психологічного статусу вихованців інтернатних закладів та їх потреб у психологічній допомозі, воно передбачає апробацію психодіагностичного інструментарію, визначення його відповідності до завдань проекту.

6. Важливою складовою дослідження є оцінка ставлення вихованців інтернатних закладів до їх біологічних сімей. Таке діагностичне втручання може бути психологічно небезпечним для дитини, оскільки ймовірно торкатиметься болісних проблем та спогадів. Отже, слід дібрати методи діагностики, що дозволяють розв'язати це завдання за реальних умов дослідження в найменш травматичний для дитини спосіб.

З урахуванням цих міркувань визначено загальний план, процедуру та конкретні методики обстеження вихованців інтернатних закладів трьох типів. У цьому розділі ми охарактеризуємо психологічний блок оцінювання проблем та потреб вихованців двох інтернатних закладів: дитячого будинку (вихованці віком від 3 до 7 років) і дитячого будинку змішаного типу (вихованці віком від 7 до 15 років). Особливості діагностичного підходу до оцінювання стану дітей раннього віку (від 0 до 3 років) розглядатимуться окремо, оскільки воно потребує застосування комплексної методики визначення показників їх статусу, в якій недоцільно виділяти окрему „психологічну” складову.

Психологічне обстеження дітей в дитячих будинках двох типів (вікова категорія від 3 до 15 років) дозволяє сформулювати план психологічного втручання, що охоплює такі аспекти супроводу дитини:

- розвиток окремих складових інтелекту;
- корекція особливостей поведінки, емоційного реагування;
- формування соціальних навичок та просоціальних настанов;

– потреби у психологічній (у тому числі психотерапевтичній) допомозі.

Всі пункти цього переліку перетинаються з завданнями та висновками соціально-педагогічного та психіатричного обстеження, тобто відбивають той факт, що оцінювання психологічного статусу дитини має здійснюватися на основі мультидисциплінарного підходу.

Процедура дослідження. Психологічне дослідження вихованців дитячих будинків двох типів складається з таких етапів:

1. Вивчення документації (в тому числі, соціальних історій).
2. Збирання „об’єктивних” даних шляхом опитування вихователів.
3. Обстеження вихованців, що, залежно від віку та індивідуальних особливостей дитини, здійснюється в один або два прийоми (орієнтовна тривалість кожної зустрічі 40 – 60 хвилин).
4. Обробка, інтерпретація результатів та формулювання висновків.

Спілкування з дітьми формалізується на основі структурованого інтерв’ю. Після налагодження контакту можна починати працювати з діагностичними методиками, які слід використовувати в послідовності „від простих до складних”. Важливо підтримувати дитину в процесі дослідження, хвалити її за виконання завдань. У разі, коли дитина відмовляється працювати за якоюсь методикою, можна повернутися до неї пізніше. Якщо дитина молодшого віку є надто розгубленою або стривоженою, доцільно долучити до розмови з нею вихователя. Інколи діти молодшого віку почуваються комфортніше і краще працюють в присутності інших вихованців. Орієнтовну послідовність запитань структурованого інтерв’ю та діагностичних методик наведено в Додатку Г1.

Загалом *обстеження вихованців дитячого будинку змішаного типу віком від 7 до 15 років* спрямоване на оцінювання двох аспектів психологічного статусу – інтелектуального та особистісного.

Для діагностики передумов інтелекту та соціального інтелекту використано стандартизовані традиційні методики, в тому числі субтести методики дослідження інтелекту Векслера. Для визначення коефіцієнта інтелектуальності для дітей віком до 8 років застосовано тест „Намалюй людину”, для дітей від 8 років – матриці Равена.

Для дослідження характерологічних особливостей дітей молодшого шкільного віку обрано

тест кольорових виборів Люшера в модифікації Л.М. Собчик, методика дослідження самооцінки за Дембо-Рубінштейном, для дітей підліткового віку (від 12 років) поряд з тестом кольорових виборів – модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру підлітків (за А.Є. Лічко, в модифікації С.І. Подмазіна), а для дітей віком 8–12 років – опитувальник „Шістнадцять особистісних факторів” Р. Кеттела.

Для аналізу актуальних проблем дітей та їх ставлення до батьківської сім’ї окрім структурованого інтерв’ю використано проєктивну методику „Три дерева”, яка надає широкі можливості для обговорення емоційно значущих міжособистісних (насамперед, сімейних) стосунків і, водночас, є відносно безпечною.

Відомості, отримані при безпосередньому контакті з дітьми, потребують доповнення об’єктивними даними. Для їх збирання та структурування розроблено спеціальний опитувальник для вихователів (див. Додаток Г2). Перелік методик дослідження дітей шкільного віку наведено нижче.

Методики обстеження дітей молодшого шкільного віку (7–10 років)

№	Сфера, методики	Приблизний час обстеження (хв.)
	Інтелектуальний розвиток та рівень загальної підготовки	
1.	Тест „Намалюй людину” (для дітей до 8 років)	10
2.	Матриці Равена (для дітей від 8 років)	30
	Пам’ять, увага, мислення, мовлення	
3.	Субтест Векслера „Шифрування”	5
	Дослідження слухової пам’яті	5
4.	Класифікація предметів	До 10
	Методика „Вилучення зайвого” (від 8 років)	До 10
5.	Субтест Векслера „Кмітливість”	12–15
6.	Складання розповіді за серією малюнків (визначення осмислення та розуміння)	10
	Особистість	
7.	Визначення потреб і мотивації за „Тестом кольорових виборів” Л.Собчик	5
8.	Дослідження самооцінки за Дембо-Рубінштейном	5
9.	Проективна методика „Три дерева”	15
	Загалом	80–100

Методики обстеження дітей підліткового віку (11–15 років)

№	Сфера, методики	Приблизний час обстеження (хв.)
	Інтелектуальний розвиток та рівень загальної підготовки	
1.	Матриці Равена	30
	Пам'ять, увага, мислення, мовлення	
2.	Дослідження слухової пам'яті	5
3.	Методика „Вилучення зайвого”	До 10
4.	Складання розповіді за серією малюнків (визначення осмислення та розуміння)	10
5.	Субтест Векслера „Шифрування”	5
6.	Субтест Векслера „Кмітливість”	12–15
	Особистісні характеристики	
7.	Дослідження самооцінки за Дембо-Рубінштейном	5
8.	Проективна методика „Три дерева”	10
9.	Визначення потреб і мотивації за „Тестом кольорових виборів” Л.Собчик	5
10.	Методика ідентифікації акцентуації характеру у підлітків (МПДО) – від 12 років. „Шістнадцять особистісних факторів” Р. Кеттела (8–12 років).	30
	Загалом	90–100

Бланки реєстрації даних обстеження за окремими методиками і загальний бланк реєстрації результатів психологічного обстеження наведені в Додатку Г3.

Обстеження вихованців дитячого будинку для дітей дошкільного віку (3–7 років)

спрямоване на діагностику орієнтування (складових аутоідентифікації), рівня пізнавальних здібностей та показників інтелектуального розвитку, характеристик уваги, пам'яті, рівня мовного та моторного розвитку. У процесі спілкування з дитиною оцінюється також її емоційний стан та особливості реагування на ситуацію обстеження. Обсяг дослідження, добірка методик, а також застосування стимульного матеріалу визначаються віком дитини (див. Додаток Г4). Так, для дослідження передумов інтелекту та соціального інтелекту дітей віком від 5 років можна використовувати субтести методики дослідження інтелекту Векслера. Для визначення коефіцієнта інтелектуальності тест „Намалюй людину” можна пропонувати дітям віком від 3,5 років, однак, у нашому дослідженні це завдання були здатні виконати навіть не всі п'ятирічні.

Для аналізу ставлення дітей дошкільного віку до батьківської сім'ї, оцінки уявлення дітей про структуру сім'ї, особливості внутрішньосімейних стосунків використано проєктивну методику „Малюнок сім'ї тварин”. Можливість її застосування теж обмежується віком дитини (як правило, вона доступна дітям, не молодшим за п'ять років), рівнем її моторного та мовленнєвого розвитку.

Для збирання об'єктивних даних про вихованців дитячого будинку також використано опитувальник для вихователів. Наведений в Додатку Г2 перелік запитань для вихователів в цьому випадку доповнений ще двома характеристиками: „надмірно прив'язаний до певної речі (іграшки, якогось іншого предмету)” і „не може заснути або заспокоїтися без певної речі (іграшки, якогось іншого предмету)”, які відбивають особливості емоційного стану дитини, її прихильність до „перехідного об'єкту”, що компенсує брак близьких стосунків, захисту та турботи з боку значущого дорослого.

Зразки протоколів дослідження дітей дошкільного віку наведено в Додатку Г4.

Результати оцінювання психологічного статусу та потреб у психологічній допомозі вихованців ДБЗТ. Результати апробації психодіагностичного комплексу і процедури його використання свідчать про відповідність інструментарію завданням проєкту.

Варто зазначити, що необхідними передумовами продуктивного психологічного обстеження є позитивне ставлення персоналу дитячого будинку до тестування і здатність експериментатора до встановлення тісного емпатійного контакту з кожною дитиною. Підтримка персоналу сприяє створенню позитивного настрою у дітей, а також необхідна в роботі з тими вихованцями, що мають надто високий рівень тривожності, є неконтактними, лякливими.

Емпатія, приєднання до дитини через прояв зацікавленості її потребами, переживаннями, особистою історією, гнучке пристосування процедури тестування до конкретного випадку – особливо в тому, що стосується травматичного досвіду дитини, при збереженні формальних рамок і вимог процедури діагностики забезпечило отримання максимально повних даних при мінімальній травматизації дітей.

Як зазначено вище, оцінювання психологічного статусу і потреб дітей здійснювалось як „прямими”, так і „непрямими” способами. Окрім визначеного комплексу психологічних ме-

тодик, інформація про психологічний стан дитини отримувалася з опитувальників, що містили дані спостережень за дитиною і заповнювалися вихователями, з інтерв'ю з дитиною, зі спостережень за поведінкою в ситуації психологічного обстеження. Різноманітність даних, їх порівняння і аналіз дозволили скласти максимально повну картину внутрішнього стану дитини з його протиріччями та конфліктами і, відповідно, найбільш адекватно визначити шляхи задоволення її потреб, окреслити зони її найближчого розвитку та напрям її психологічної підтримки.

Майже всі підібрані методики виявилися адекватними з точки зору інформативності і придатності для застосування. Винятком є опитувальники (для ідентифікації типів акцентуацій характеру підлітків і „Шістнадцять особистісних факторів” Р. Кеттела). До продуктивної роботи з ними були здатні лише соціально зрілі діти з достатніми показниками інтелектуального та мовленнєвого розвитку. В процесі тестування опитувальники було замінено на Рисуночний тест Вартегга. Ця проєктивна методика є валідною, інформативною, може використовуватися для дітей різних вікових категорій і різного інтелектуального рівня, викликає мінімум опору. Але інтерпретація її результатів вимагає значних витрат часу і спеціальної підготовки. Порівняння даних, отриманих за допомогою Тесту Вартегга і Тесту кольорових виборів Люшера, показало, що вони дають приблизно однотипні результати, доповнюючи один одного. Тому для досягнення поставлених завдань можна обмежитися лише Тестом кольорових виборів, а Тест Вартегга може бути рекомендований як допоміжний метод для розв'язання окремих особливо складних діагностичних ситуацій.

Психологічне обстеження проводилося в основному індивідуально. Всі спроби застосування групових методів виявилися невдалими. Це стосується як опитувальників, так і виконання рисуночних тестів. Труднощі дітей в заповненні опитувальників можна пояснити їх недостатнім словниковим запасом, швидким виснаженням від монотонної роботи, недостатніми вмотивованістю та уважністю, низьким загальним інтелектуальним рівнем. Часті звернення до експериментаторів під час виконання рисуночних тестів за роз'ясненням та емоційним підкріпленням свідчать про несаможиттєвість, емоційну залежність, зумовлену тривалою емоційною депривацією.

Результати оцінювання інтелектуального розвитку вихованців ДБЗТ. Дослідження пам'яті дозволяє стверджувати, що в основному цей психічний процес у дітей є нормально розвиненим. Це свідчить про здатність до накопичення досвіду і використання його в майбутній діяльності, наявність передумови мисленнєвої діяльності.

Розвиток мислення більшості вихованців дитячого будинку відповідає нормам молодшої вікової категорії. Проте тут виявлено значні розбіжності. Близько чверті дітей (10 осіб) мають показник невербального інтелекту, який відповідає віковій нормі, в шести дітей інтелектуальний коефіцієнт трохи нижчий за вікову норму, в решти – є низьким і відповідає оцінкам „слабкі розумові здібності” та „розумова відсталість”. Проте суб'єктивна оцінка дітьми власного інтелектуального потенціалу не завжди збігається з їх реальним потенціалом (8 дітей з достатнім рівнем інтелекту оцінюють свої інтелектуальні здібності вкрай низько). Це може свідчити як про низьку продуктивність, так і про відсутність або обмеженість видів діяльності, в якій вони могли б досягти успіху. Низька оцінка власних здібностей, як правило, заважає їх реалізації, адже брак впевненості в собі гальмує ініціативу або заздалегідь націлює людину на поразку.

Іншим чинником, що може призводити до низької продуктивності і, відповідно, до низької оцінки власних здібностей, є брак розвитку якостей уваги (концентрації, розподілу, переключення), сприйняття, зорово-рухової координації, швидкості формування нових навичок, здатності до інтеграції зорово-рухових стимулів. Тільки 7 дітей з достатнім інтелектуальним розвитком виявили добрі показники розвитку уваги. Загалом в групі обстежених цей показник є значно нижчим за норму. Імовірно, навколишнє середовище вихованців дитячого будинку є надто статичним, одноманітним, бідним на стимули і види діяльності, отже, воно не вимагає від дітей розвитку зазначених адаптаційних механізмів.

Дещо кращими є результати дослідження розвитку соціального інтелекту – в середньому по групі його показник відповідає нижній границі норми. Це свідчить про те, що діти в цілому вміють будувати висновки на основі набутого життєвого досвіду, „здорового глузду”, який відбиває поєднання інтелектуальних оцінок та емоційних реакцій. Очевидно, розвитку цього аспекту соціальної компетентності сприяє навчання вихованців інтернатного закладу в масовій школі, спілкування з “домашніми” дітьми та відвідування їх родин, перебування в літ-

ніх таборах, поїздки за кордон тощо. Спілкування поза межами дитячого будинку навчає дітей будувати стосунки з соціумом. Однак, третина дітей має вкрай низькі показники соціального інтелекту: це відбиває їх несаможиттєвість, брак ініціативи та здатності до прийняття рішень в нових життєвих ситуаціях, отже, можна спрогнозувати їх погану адаптацію до реального світу в майбутньому.

У більшості обстежених дітей виявлено низькі показники розвитку абстрактного мислення. Вони функціонують переважно на рівні конкретного мислення, не відрізняють суттєве від другорядного, не здатні до узагальнень та висновків. Відомо, що пізнання загального є необхідною передумовою будь-якої цілеспрямованої діяльності, відтак абстрактне мислення є джерелом адекватного аналізу життєвої ситуації, використання набутого досвіду, формування продуктивних поведінкових стратегій тощо. Брак здатності до абстракції має негативно позначитися на адаптації дітей до зовнішнього середовища, відмінного від середовища дитячого закладу, зокрема, внаслідок їх неспроможності переносити набутий досвід на незнайомі ситуації.

Попри недостатньо розвинуте абстрактне мислення, близько 80% обстежених дітей можуть відобразити смисловий зв'язок між статично представленими фрагментами ситуацій, приділяючи однакову увагу суттєвому і другорядному. Таким чином, у більшості дітей розвинута здатність до розуміння причинно-наслідкових зв'язків і відображення їх через мову.

Результати вивчення інтелектуального розвитку вихованців ДБЗТ свідчать про таке. З одного боку, в дітей виявлено дисгармонійність розвитку передумов інтелекту. З іншого боку, для них характерний брак розвитку саме тих складових інтелектуальної діяльності, що є основою формування адаптаційних механізмів і уможливають успішність переходу від бідного стимулами, прогнозованого і стабільного середовища дитячого закладу до різноманітного, погано структурованого, незнайомого „зовнішнього світу”, який вимагає аналізу ситуації, формування нових навичок та швидкого засвоєння незвичних видів діяльності.

Результати оцінювання емоційного стану. Загалом вихованці ДБЗТ – привітні, емоційно адекватні діти. Проте вивчення їх емоційного стану виявило наявність певних проблем. Найбільш поширена – емоційна нестабільність з тенденцією до зростання тривоги в ситуації випробування. Підвищений рівень ситуаційної тривожності мають більшість обстежених.

Значна кількість є емоційно незрілою, багатьом з них притаманна песимістична оцінка власних життєвих перспектив, або навпаки, схильність до інфантильних фантазій, завищений рівень домагань. У цих дітей фрустрована потреба в теплих міжособистісних відносинах, вони відчують себе самотніми, є емоційно залежними, занепокоєними, дратівливими, що може негативно впливати і на здатність до концентрації уваги.

Самооцінка більшості дітей неадекватна, часто надто занижена, що, як зазначено вище, має негативно впливати на продуктивність діяльності і на подальшу адаптацію до соціуму.

Виходячи з загальних характеристик емоційної сфери обстежених, можна зробити висновок, що діти емоційно не готові до самостійного вирішення життєвих проблем, можуть мати проблеми як щодо соціалізації, так і у предметній діяльності, їх здатність до адаптації значно знижена. Притаманний багатьом дітям негативізм стане на заваді кооперації з іншими, прийняттю підтримки та допомоги. З іншого боку, емоційна незрілість, залежність робить їх вразливими до впливу авторитетних, старших або фізично сильніших осіб.

Результати оцінювання ставлення до сімейної ситуації. Вибір Тесту “Три дерева” для дослідження уявлення дітей про сім’ю і власне місце в системі сімейних відносин виявився вдалим. По-перше, тест є інформативним, відповідає меті й завданням дослідження. По-друге, він є простим і доступним для виконання всіма дітьми. І, по-третє, цей тест найменшою мірою фруструє дітей, для яких аналіз стосунків з сім’єю є травматичним. Звичайно, інтерпретація його результатів вимагає спеціальної підготовки і практики. Але навіть поверховий аналіз малюнку, спостереження за дитиною під час малювання і розмова з нею надають змогу отримати інформацію щодо ставлення дитини до власних близьких, загального розуміння суті сімейних відносин і свого місця в системі сім’ї.

Виявлено, що лише п’ятеро дітей мають адекватне, сформоване уявлення про сім’ю як єдину цілісну структуру, що складається з батьків (мати, батько) і самої дитини. Навіть якщо ставлення цих дітей до біологічних батьків забарвлене негативними емоціями, вони внутрішньо налаштовані на життя в сімейному оточенні і здатні до створення в майбутньому власної сім’ї.

Більше третини дітей не ідентифікують на малюнку жодного з батьків, кілька згадують

лише одного – батька або мати. Це свідчить про прагнення уникнути негативних емоційних переживань, пов'язаних з батьками. Також більше третини дітей не вводять в склад сім'ї самих себе, що вказує не тільки про відсутність відчуття єдності, але й про актуальне переживання самотності, образи на те, що від них відмовилися, їх покинули. Про невдоволення власною сім'єю свідчить і наявність в багатьох малюнках осіб, що не належить до батьківської сім'ї. Багато дітей вводять до складу сім'ї лише братів або сестер. Така особливість малюнків може відбивати, з одного боку, дистанційованість від батьків, а з іншого – пошук “замінюючих” осіб, які могли б або вже компенсують дефіцит емоційної батьківської підтримки.

Як змістовні, так і формальні характеристики малюнків (розміщення дерев на аркуші, їх контури, особливості ліній та кольорів, наявність додаткових деталей) дозволяють констатувати ворожість, залежність, інфантильне ухилення від реальності, відчуття неадекватності й безвиході, часто з тенденцією відкидати негативні емоції, схильність до депресивних реакцій, брак стабільності, пов'язані з сім'єю в цілому або з кимось з її членів.

Особливості ставлення дітей до власних батьківських сімей і сім'ї як такої свідчать про те, що, за невеликим винятком, для них це є проблемною, конфліктною зоною. За цих обставин можна припустити викривлення стосунків в їх власних сім'ях у майбутньому, а також значне ускладнення адаптації в разі повернення до батьківської сім'ї, всиновлення або спроби інтеграції до будь-якої іншої „замінної” сім'ї.

Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити висновок, що в основній масі вихованці будинку мають недостатній рівень інтелектуального, соціального та емоційного розвитку. Це унеможливило успішне розв'язання тих проблем і завдань, з якими вони зустрінуться поза межами інтернатного закладу. Задля підвищення рівня їх особистісної та соціальної компетентності можна рекомендувати таке.

1. Особливості інтелектуального розвитку вихованців ДБЗТ вимагають застосування особливих корекційних підходів, відмінних від традиційних. Ці діти виховуються в бідному на стимули середовищі, що обмежує набуття конкретного досвіду як основи мисленевого розвитку, і не надає змоги перевірити сформовані поняття через предметну (і комунікативну) діяльність. Тому, застосовуючи традиційні методи розвитку окремих інтелектуальних складових,

основний акцент необхідно зробити на створенні багатого пізнавального середовища. Для цього бажано максимально розширити сферу предметної діяльності, що має забезпечити різноманітність стимулів, надати дітям можливість розширити набір діяльнісних стратегій, набутти корисних для подальшого життя навичок, знайти свою професійну нішу, досягти успіху і через це скоригувати самооцінку. Важливо, щоб така діяльність була якнайтісніше пов'язана з життєзабезпеченням самої дитини і її середовища, мала для неї практичне значення. Це може спонукати дітей і до росту старанності в навчанні, оскільки вони зможуть усвідомити його прикладну значущість.

2. Оскільки більшість дітей пережили психологічні травми, що не втратили актуальності, вони потребують психологічної допомоги, спрямованої на пропрацювання внутрішніх конфліктів, емоційну підтримку, особистісний розвиток. За сучасних умов майже нереально розраховувати на постійний психологічний супровід кожної дитини. Тому доцільне використання різноманітних комбінованих варіантів психологічної допомоги. Наприклад, для окремих дітей індивідуальне психокорекційне (психотерапевтичне) втручання є особливо важливим, але і таким дітям показано залучення до групової роботи, зокрема, тренінгів особистісного росту, розвитку комунікативних вмінь тощо. Дуже корисним була б організація груп підтримки для випускників закладу, і, з іншого боку, залучення найбільш успішних випускників до роботи в групах вихованців. Доцільним є залучення до роботи волонтерів (наприклад, в якості тренерів груп соціальних навичок, життєвого самовизначення за методикою „рівний – рівному”).

3. Адекватний розвиток дітей може бути забезпечений тільки за реорганізації системи їх життя з максимальним наближенням до умов сімейного виховання. Проте просте переміщення дитини в сім'ю не забезпечить розв'язання її проблем. Зміна обстановки завжди викликає стрес, є травмою. У більшості дітей з сім'єю пов'язані болісні переживання, вони мають досвід дисгармонійних відносин, що негативно позначиться на адаптації до нового сімейного оточення. Тому майже всі діти в ДБЗТ потребують спеціальної підготовки до влаштування в ту чи іншу сімейну форму. Тренінги „сімейних відносин” мають бути спрямовані на розвиток емпатійних здібностей, вміння безпечно проявляти емоції, ідентифікувати та вербалізувати

власні бажання. Такі тренінги мають бути щільно пов'язані з розвитком просоціальних настанов, набуттям соціальних навичок. Діти з вираженими порушеннями емоційного стану, що мають „невідреагований” ранній травматичний досвід, потребують індивідуальної допомоги психолога або психотерапевта.

Рішення про вибір адекватної конкретній дитині сімейної або „замінної” структури слід приймати індивідуально. Окрім того, в період адаптації необхідно забезпечити психологічний супровід дитини та її прийомних батьків (або усиновителів).

Результати оцінювання психологічного статусу та потреб у психологічній допомозі вихованців дитячого будинку для дітей дошкільного віку. Основна проблема, яка постала перед нами в процесі обстеження дітей віком 3–7 років, – багато дітей не змогли виконати завдання, орієнтовані на їх вік. У більшості випадків це було пов'язано з недостатнім розвитком дрібної моторики, браком здатності до інтегрованого сприйняття і відтворення об'єкту, недостатнім розвитком мовлення.

Проведена апробація всього діагностичного комплексу довела його відповідність поставленим завданням. Комплексна оцінка даних, отриманих у процесі тестування, інтерв'ю та спостереження, дозволила визначити певні „механічні» навички дітей щодо виконання окремих завдань, набуті в результаті попереднього спрямованого тренування, які спотворюють реальні показники розвитку передумов інтелекту (зокрема, пам'яті, уваги, зорово-моторної координації). Так, якщо дитина демонструє задовільні показники готовності до навчання в школі (а саме на це спрямоване тренування окремих психічних функцій), її психічні процеси не завжди добре інтегровані і, відповідно, їй може бракувати здатності до використання набутих навичок в практичній діяльності.

Дещо іншу тенденцію було виявлено в процесі оцінювання мовленнєвого розвитку вихованців ДДБ. При виконанні тестових завдань значна кількість дітей продемонструвала недостатній рівень розвитку мовлення, розуміння логічних зв'язків, бідний словниковий запас. Однак, розмовляючи на близькі їм теми, діти могли спілкуватися значно активніше, будуючи достатньо складні речення, демонструючи загальну обізнаність і здатність до розуміння певних складних, доволі абстрактних понять. Схоже, що навчальна діяльність і „внутрішня реаль-

ність” багатьох дітей дещо не співпадають. Тому при дослідженні мовленнєвого розвитку важливе поєднання тестових завдань і вільного спілкування. Таким чином, розроблений комплекс дослідницьких методів не варто вважати надмірним, адже окремі його методики дозволяють отримати об’єктивну (необхідну і достатню) інформацію.

Як і при проведенні дослідження в ДБЗТ, передумовою успішної роботи була підтримка персоналу, що сприяла створенню теплої дружньої атмосфери, позитивного настрою дітей на плідну співпрацю. Дуже важливими для розуміння психологічного, зокрема, емоційного, стану дітей, виявилися результати спостережень, зафіксовані в опитувальниках для вихователів. Особливо потрібною ця інформація була при дослідженні дітей, що мають порушення мовленнєвого розвитку. Цінні дані вдалося отримати в ході інтерв’ю з самими дітьми. Це підтверджує висновок про адекватність даного психодіагностичного комплексу як комбінації різних засобів отримання інформації.

Обстеження здійснювалось у великій кімнаті, де одночасно працювали кілька експертів. Тестування проводилося з кожною дитиною індивідуально. Проте діти охоче виконували окремі завдання (наприклад, малювали) в малих групах і легко переходили від одного фахівця до іншого.

Результати оцінювання інтелектуального розвитку вихованців ДДБ. При вивченні інтелектуального розвитку вихованців інтернатного закладу більший акцент було зроблено саме на дослідженні характерних особливостей їх інтелектуальної сфери, ніж на відповідності-невідповідності середньостатистичним нормам. Ми намагались оцінити, як специфічність (зокрема, „штучність”) середовища впливає на їх інтелектуальний розвиток. Виявлено, що показники інтелектуального розвитку більшості обстежених дітей є нижчими за вікові норми. Такі дані можна пояснити кількома факторами. В деяких випадках це – наслідок педагогічної занедбаності, тривалої емоційної та соціальної депривації, в інших – результат перенесених травм, що гальмують загальний розвиток дитини. Водночас актуальна життєва ситуація (збіднене стимулами, одноманітне, надто „захищене”, штучне середовище) теж є чинником порушення інтелектуального розвитку, адже діти позбавлені можливості набувати навичок пристосування до вимог оточення, що змінюється.

Рівень інтелектуального розвитку дітей є різним в різних групах. Так, на відміну від показників молодших дітей, більшість показників передумов інтелекту у вихованців старшої і підготовчої груп наближаються до норми. Такі дані пояснюються послідовною та наполегливою психолого-педагогічною роботою персоналу дитячого будинку. Водночас, це свідчить і про те, що в сприятливих умовах значна кількість дітей, котрі мають інтелектуальні вади, можуть надолужити відставання у розвитку.

Здебільшого діти добре розуміють інструкції, можуть виконати нескладні завданнями. Проте вже при дослідженні самоідентифікації дітей, їх орієнтованості у власній особистості виявлено брак їх обізнаності. Так, значна кількість дітей, особливо молодшого віку, не знають свого віку (частіше вказують молодший, зрідка – старший вік), в окремих випадках є проблеми зі статевою ідентифікацією. Багато дітей не можуть назвати пору року або формально повторюють завчену інформацію, не вміючи її пояснити.

Діти називають предмети повсякденного вжитку, але близько 40% з них не розрізняє основних кольорів. У значної кількості дітей не сформована просторова орієнтація. Але, в той же час, у більшості за даними тестування сформована така базова категорія мислення як „предмет–система предметів”. Така розбіжність може бути пояснена або результатами тренування, або розвитком окремих (вибіркових) вмінь за незалучення інших в повсякденному житті.

Дисгармонійність розвитку спостерігається і в процесі дослідження моторики. Діти значно краще виконують комплексний тест на визначення особливостей уваги, що потребує розвитку зорово-моторної координації (субтест “Кодування” Векслера), але не виконують відповідного до вікових норм копіювання простих фігур, багато з них не можуть зробити елементарних малюнків.

Значні розбіжності отримані і при дослідженні особливостей уваги. За даними спостереження, більшість дітей здатні зосередитися, у них непогано розвинута довільна увага. Про достатньо або навіть добре розвинуту увагу свідчать і результати тестування розподілу та переключення уваги. Але у тих же дітей при дослідженні особливостей слухової пам’яті виявляється не тільки зменшений обсяг оперативної пам’яті, але й брак розвитку активної уваги. Навіть за відповідних вікових нормам результатів дослідження передумов інтелекту проблем-

ною зоною значної кількості дітей є низький розвиток невербального інтелекту (цей аспект інтелектуальної діяльності характеризується як здатність “створювати порядок з хаосу на основі узгодження індивідуальних потреб з об’єктивними вимогами реальності”)⁴.

Про дисгармонійність розвинення мислення свідчать і дані дослідження мовлення як символічного засобу відображення реальності, причинно-наслідкових зв’язків між подіями. Переважній більшості дітей важко зрозуміти і відтворити сюжет за статичною картинкою або серією картинок, виділити головні та другорядні деталі ситуації. Багато дітей мають недостатній словниковий запас, будують прості речення, оперують переважно конкретними поняттями. Брак здатності до розуміння логіки подій простежується і в багатьох розповідях в процесі інтерв’ю.

Рівень розвитку соціального інтелекту в різних групах є різним. Якщо в підготовчій і в старшій цей показник в середньому наближається до норми, то в інших групах є значно нижчим за вікову норму. Це свідчить про важку адаптацію до соціуму, брак здатності до використання досвіду з опорою на здоровий глузд. Більшості дітей бракує важливого для життя в соціумі поняття власності, що може негативно вплинути на їх подальшу соціалізацію.

Отже, розвиток пізнавальних функцій вихованців дитячого будинку є дещо викривленим, дисгармонійним. Очевидно, таке порушення пов’язане з особливістю чинників зовнішнього середовища, адже, наприклад, затримка моторного розвитку може спричинятися бідністю предметної діяльності, що гальмує формування зорово-моторної координації та вдосконалення дрібної моторики. Вади мовлення зумовлені браком емоційно насиченої, особистої комунікації дітей з дорослими, завдяки якій діти розвивають мовленнєві навички. Мізерність подій в житті дітей не вимагає від них розв’язання життєвих проблем через мовлення. Недостатньо для його розвитку і мовленнєвих стимулів, в тому числі і літературних (діти знають дуже мало казок, відчувають труднощі при їх переказі).

Результати оцінювання емоційного стану. В основній масі вихованці дитячого закладу – привітні, емоційно адекватні діти, здатні до співпраці, емоційного резонансу. Як зазначено вище, емоційні розлади виявлено лише в одиничних випадках. Основними емоційними проблемами цих дітей є інфантильність, виражена емоційна залежність, лабільність, що є наслід-

4. Холодная М.А. Психология интеллекта: парадоксы исследования. – Томск: Изд-во Томского ун-та, М.: Изд-во «Барс», 1997. – 392 с.

ком ранньої емоційної депривації і перенесених психологічних травм. За даними інтерв'ю, більшість обстежених потребують психологічної допомоги. Проте значна частина дітей самостійно долає проблеми відчуження і браку емоційної підтримки через утворення і використання “перехідного” об’єкту та допоміжних об’єктів – дорослих з їх оточення. Дуже важливо, що діти мають змогу використовувати такий механізм подолання (наприклад, мати власні іграшки, класти їх у ліжко тощо).

Результати оцінювання ставлення до сімейної ситуації. Варто зазначити, що негативний ранній досвід сімейних відносин є для дітей тією основою, на якій будуватимуться їх комунікації у власній майбутній сім’ї та зовнішньому світі. Тривала емоційна депривація, фрустрація основних, в тому числі й емоційних, потреб, насильство гальмують особистісний розвиток, залишаючи дітей на інфантильному, емоційно залежному рівні. Особливо небезпечним для більшості дітей є порушення стосунків з матір’ю, що негативно впливає на формування прив’язаностей і, в свою чергу, може в майбутньому призвести до формування різноманітних девіацій.

Ставлення до сім’ї у більшості дітей є емоційно суперечливим. З одного боку сім’я, навіть така, що відторгла дитину, ідеалізується: дитина прагне від неї захисту і підтримки. З іншого боку, ставлення до сім’ї в цілому та до окремих її членів негативно забарвлене.

Хаотичність сімейної ситуації породжує плутанину, розмитість особистісних кордонів (це проявляється, зокрема, в порушенні аутоідентифікації, нерозумінні поняття власності), брак усвідомлення суті сімейних відносин і ролей, притаманних членам сім’ї. Часто діти розуміють сім’ю лише як діадні відносини “дорослий (без статевої ідентифікації) – дитина”. Деякі діти, навпаки, вводять в склад сім’ї кілька батьків та сторонніх осіб. Значна кількість дітей зовсім не розуміють, що означає поняття “сім’я”. Про відсутність інтерналізованого образу сім’ї свідчать і результати аналізу ігор, адже вихованці дитячого будинку дуже рідко грають у сюжетні ігри, що відтворюють сімейну взаємодію.

Таким чином, у більшості вихованців дитячого будинку деформоване уявлення про сім’ю, внутрішні об’єкти або несформовані, або є нестабільними, конфліктними чи небезпечними та агресивними. Діти почуваються травмованими, покинутими. Психологічні потреби, що мають

задовольнятися в сім'ї, фрустровані. Попри намагання персоналу будинку компенсувати брак близьких стосунків і створити теплу, домашню атмосферу, лише незначна кількість вихованців частково компенсує цю недостатність.

Із загального аналізу результатів оцінювання психологічного статусу та потреб вихованців дитячого будинку у психологічній допомозі впливають такі рекомендації.

1. Вихованці дитячого будинку – це діти з особливою особистою історією, що ростуть і розвиваються в штучному, стимульно і емоційно збідненому середовищі. Тому для сприяння їх загальному розвитку не варто обмежуватися традиційними методиками, розрахованими на дітей, які виховуються в сімейному оточенні. Задля надолуження відставання та компенсації дисгармонії психологічного розвитку їм потрібне багатше, насичене предметною діяльністю та емоційно значущими подіями середовище. Важливо залучати дітей до посильної участі в забезпеченні їх життєдіяльності, до спільної діяльності з дорослими. За умов позитивної емоційної підтримки це надасть їм можливість перейняти окремі поведінкові моделі і стратегії, розвинути абстрактне мислення та мовлення. З іншого боку, необхідно докласти зусиль до розширення світу дітей за межі інтернатного закладу.

2. Акцент психологічного втручання має бути зміщений з розвитку передумов інтелекту на корекцію емоційних травм і компенсацію наслідків тривалої фрустрації. Для цього можуть використовуватися різноманітні підходи. Однак, найбільш доцільним в індивідуальній корекційній роботі є використання психоаналітично орієнтованих методів. При цьому особливу увагу бажано приділяти дітям з порушеннями мовленнєвого розвитку: для них відсутність розуміння з боку оточуючих є додатковим джерелом фрустрації, зростання тривожності. Методами вибору є пісочна, ігрова або арт-терапія.

3. Компенсація дефіциту раннього досвіду гармонійних сімейних стосунків необхідна не лише для забезпечення нормального функціонування дитини в майбутньому, а й для її підготовки до всиновлення. Для розв'язання цих завдань слід спиратися на системний підхід, що скеровує застосування різноманітних методів сімейної терапії, впровадження рольових сімейних ігор у виховну діяльність і дозвілля, створення умов для ігор з ляльками і, звичайно, участь дорослого в цих іграх. Дуже важливим є і добір відповідної літератури, фільмів тощо.

Оскільки багато дітей перебувають в будинку разом зі своїми братами та сестрами, бажано сприяти формуванню „особливих” (дбайливих, емоційно теплих) стосунків між ними.

4. Нагальні завдання розвитку дітей в дитячому будинку вимагають певних змін у професійній позиції персоналу. Функція вихователя щодо дітей, які живуть в сім'ї, полягає, головним чином, у навчанні усталеним нормам і правилам соціуму. Емоційну підтримку, прийняття, формування відчуття психологічної безпеки дитині забезпечують її батьки. В умовах дитячого будинку таку батьківську позицію має перебрати його персонал.

5. Переорієнтація діяльності персоналу з „суто виховної” на „емоційно-розвивальну” вимагає спеціальної підготовки. Особливо це стосується напряду роботи психолога, що має зосередитись на терапевтичному або корекційному втручанні та розробці комплексних програм підтримки і розвитку дитини, отже виступати „модератором” загального розвивально-виховного процесу.

КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВИХОВАНЦІВ БУДИНКУ ДИТИНИ

Для організації ефективної допомоги депривованій дитині молодшого віку і сім'ї, що візьме її на виховання, необхідно провести комплексне дослідження потреб дитини, розробити програми когнітивного, рухового і соціального розвитку, потрібні рекомендації для батьків чи інших дорослих, що доглядають за дитиною. Кваліфікована медико-психолого-педагогічна допомога особливо ефективна у перші роки життя дитини, вона надає можливість частково чи повністю компенсувати виявлені відхилення у розвитку. До завдань дослідження належить також розробка плану соціальної опіки дитини і прогнозування її здатності до життя в сім'ї і суспільстві.

Програма експертної оцінки нервово-психічного розвитку дитини раннього віку. Розвиток нервової системи дитини – складний процес, в основі якого лежить генетична програма і різноманітні впливи середовища на дитину у перші роки життя. Внутрішньоутробний і постна-

тальний розвиток нервової системи дитини обумовлений поступовим, поетапним включенням еволюційно більш молодих відділів головного мозку, об'єднанням різноманітних регулюючих центрів і провідних шляхів у функціональні системи, що призначені для забезпечення життєво важливих функцій. Кожна нервово-психічна функція має свій оптимальний віковий період становлення, із завершенням якого функція може не розвинутиися або сформуватися неповноцінно, тому так важливе динамічне спостереження і корекція комплексу реабілітаційних заходів. Отже, експертна оцінка нервово-психічного розвитку дитини раннього віку являє собою визначення відповідності ступеня її розвитку до певних усереднених вікових норм. **Процедура дослідження** полягає у наступному.

1. Збирання анамнезу: детальне вивчення даних анте-інтранатального періоду (аналіз медичної документації, що відбиває особливості стану дитини з моменту її народження до моменту обстеження. Бесіда з персоналом).

2. Клінічне дослідження:

- огляд;
- оцінка рухової активності;
- оцінка рефлекторної сфери (безумовні рефлекси);
- оцінка стану черепних нервів;
- оцінка м'язового тону (сили);
- проведення координаційних проб.

3. Аналіз лабораторних та інструментальних даних.

4. Психодіагностичне дослідження. Інтегральна програма експертної оцінки розвитку дитини, що виховується в умовах будинку дитини, включає діагностику емоційного стану, когнітивного, рухового та мовленнєвого розвитку, навичок самообслуговування, навичок комунікації, гри, засвоєння соціальних правил і норм поведінки (соціальної компетентності).

Такі аспекти дослідження надають можливість максимально повно визначити ступінь розвитку дитини і її потреби у комплексній допомозі.

Експертне психологічне оцінювання здійснювалося в три етапи:

- 1) спостереження за поведінкою дитини у звичному для неї середовищі з метою отриман-

ня даних, що сприяють розумінню поведінки не лише дитини, а і дорослих, які за нею доглядають;

- 2) опитування персоналу про особливості поведінки дитини у різних ситуаціях;
- 3) тестування дитини в присутності співробітника групи, що добре її знає.

Тестування тривало в середньому від 45 до 60 хвилин. Для тестування застосовано низку валідних та надійних методик, апробованих у дослідженнях, що проводилися раніше.

Методики психологічного обстеження дітей раннього віку.

I. Шкали KID<R> та RCDI-2000.

Оцінка розвитку дітей проводилася з використанням русифікованих версій шкал KID<R> і RCDI-2000, розроблених Г. Айртоном (США) і адаптованих та рестандартизованих у Санкт-Петербурзькому Інституті раннього втручання. Дані тестування є кількісними характеристиками рівня розвитку дитини.

Участь дорослих (батьків або осіб, які їх замінюють) в оцінюванні забезпечує найбільш повні й надійні дані про поведінку дитини. Сама процедура дослідження організує дорослих, привертає їхню увагу до поведінки дитини, породжує зацікавленість, спонукає більше займатися дитиною. Це корисно для дітей, що розвиваються відповідно до віку, а також слугує передумовою успішності спеціальних розвиваючих занять із дитиною, яка відстає у розвитку.

Шкала KID<R> призначена для комплексної оцінки психічного й рухового розвитку дітей від 2 до 16 місяців на основі відповідей батьків або тих, хто повсякденно доглядає за дитиною. Твердження опитувальника описують різноманітні типові форми поведінки дитини, які легко спостерігаються дорослими: рухи частин тіла, прийом їжі, участь в одяганні, прояви емоцій, уваги, допитливості, кмітливості, наслідування, розуміння простих вказівок, вокалізація та перші слова, контакт із дорослими й т. і.

Пункти шкали KID<R> віднесені до 5 емпірично виділених областей розвитку: когнітивної, рухової, мовної, області самообслуговування й соціальної. Для кожного аспекту розвитку є пункти різного ступеня складності, що відповідають нормам для дітей перших 1,5 років життя.

Показники розвитку соціальної сфери є дуже важливими для діагностики психологічного

статусу, проте, оригінальний варіант методики призначений для дослідження дітей, що зростають у сім'ях, і багато її пунктів не підходять для тестування дітей, котрі виховуються у будинку дитини. Але дані щодо ступеня соціального розвитку є дуже важливими для створення програми адаптації дитини при поверненні в сім'ю. При вивченні особливостей соціальної сфери в умовах дитячого будинку психолог звертає увагу на формування таких показників як “виокремлення знайомих дорослих”, “диференціація знайомих і незнайомих людей”, “формування прихильності до дорослих, що здійснюють догляд”.

Згідно з дослідженнями М.І. Лисіної та С.Ю. Мещерякової, для дитини перших місяців життя потреба у спілкуванні є однією із провідних потреб. Спілкування не виникає одразу після народження дитини, воно складається поступово і з'являється до початку другого місяця життя у всіх дітей із збереженою нервовою системою за нормальних умов виховання. Період новонародженості виступає як підготовчий етап до спілкування, протягом якого немовля вчиться виокремлювати знайомого дорослого. Поява посмішки у відповідь на впливи дорослого означає формування ситуативно-особистісного спілкування. Ситуативно-особистісне спілкування вважається сформованим, коли в поведінці немовляти є такі ознаки: погляд в очі дорослого; реакція на впливи дорослого – посмішка; ініціюючі посмішки, рухливе пожвавлення з вокалізацією (спроби привернути увагу дорослого шляхом демонстрації своїх вмінь і здібностей); прагнення продовжити емоційний контакт з дорослим (виражається у готовності немовляти змінити власну поведінку відповідно до поведінки дорослого).

У другому півріччі життя провідною стає предметно-маніпуляційна діяльність. Спілкування втрачає своє виключне самодостатнє значення і починає обслуговувати предметно-маніпуляційну діяльність. Перехід дитини до нової форми діяльності супроводжується явними змінами у поведінці. Попереднє суто емоційне спілкування не влаштовує дитину. В процесі предметно-маніпуляційної діяльності і ситуативно-ділового спілкування дитина засвоює специфічні маніпуляції з предметами, а потім і культурно-фіксовані дії, опановує прості вміння і навички, вчиться діяти за зразком. Вона починає розуміти мову і навчається вимовляти перші слова.

Ми застосували шкалу KID<R> для обстеження вихованців будинку дитини віком від 2 до 16 місяців, а також старших дітей (віком до 20 місяців) зі значними порушеннями розвитку.

Для оцінки рівня розвитку дітей від 15 місяців до 3,5 років використовувався опитувальник для батьків RCDI-2000. Провідними навичками, що свідчать про необхідність переходу на методику RCDI, є: у руховій сфері – навички самостійного ходіння, в мовленнєвому розвитку – поява перших слів, копіювання складів і односкладових слів, диференціювання назв знайомих предметів, у когнітивному розвитку – поява соціальних дій з предметами (початок сюжетно-відображувальної гри), у навичках самообслуговування – формування вміння самостійно їсти і пити із чашки.

Основні принципи шкал KID<R> й RCDI-2000 аналогічні. Пункти RCDI-2000 віднесені до шести емпірично виділених областей, дві з яких (соціальна та самообслуговування) точно відповідають однойменним шкалам KID<R>. Руховій шкалі KID<R> відповідають дві окремі шкали – окремо оцінюється область великих рухів і тонка моторика. Це ж стосується й оцінки розвитку мовної сфери: в RCDI-2000 окремо досліджується активне мовлення дитини та розуміння зверненої мови. На відміну від KID<R> в RCDI-2000 немає окремої шкали оцінки когнітивного розвитку. За RCDI-2000 діагностика рівня розвитку хлопчиків і дівчаток здійснюється окремо, оскільки в деяких показниках розходження між дітьми різної статі є досить значними.

Наявна у нас версія шкал KID<R> і RCDI-2000 дозволяла здійснювати комп'ютерну обробку результатів дослідження. За кожною шкалою визначався умовний вік дитини, що порівнювався з фізіологічним. У результаті психодіагностики ми отримували: а) перелік навичок і вмінь, яких дитина не має, проте вони є перспективними для її розвитку; б) перелік навичок, якими дитина володіє. За результатами діагностики складалась індивідуальна програма розвитку дитини.

II. Опитувальник емоційного розвитку і невротичних порушень, розроблений психологами Харківського обласного спеціалізованого будинку дитини №1. Ця методика використовувалась у двох модифікаціях: для дітей раннього віку (від 0 до 1,5 років) і молодшого дошкільного віку (від 1,5 до 4 років). Опитувальник дозволяє виявляти емоційні і невротичні порушення, характерні для дітей, які виховуються в закритому дитячому закладі. На основі одержаних даних можна надати рекомендації з розвитку особистості та подолання в дитини

емоційних порушень. Опитувальник складається з кількох розділів, зміст яких охарактеризований нижче.

1. Диференціація крику-плачу. Основою початкової комунікації дитини, що передую мовному спілкуванню, є крик-плач немовляти. Це перші сигнали, які дитина подає матері, спосіб спілкування зі світом. Крик-плач немовляти має певні етапи розвитку. Спочатку це сигнали дискомфорти станів. У віці 12-13 тижнів крик-плач немовля змінюється на прохання. Диференціація крику-плачу можлива лише за наявності емоційної прихильності між дитиною і дорослим, що її доглядає. Здатність дорослого розпізнавати сигнали немовляти у перші місяці її життя прямо корелює із показниками подальшого психічного розвитку дитини.

В умовах повної материнської депривації спостерігається недиференційований крик-плач. Диференційований крик-плач вирізняється наявністю інтонаційної виразності, специфічного сигнального значення пауз і модуляцій. Для недиференційованого крику-плачу характерна відсутність зазначених ознак і генералізований характер голосової реакції: висока інтенсивність, супутнє рухове збудження, вегетативні реакції у вигляді гіперемії (почервоніння) шкіри. Недиференційований крик-плач необхідно відрізняти від паталогічних форм крику-плачу, що спостерігаються при соматоневрологічних захворюваннях раннього віку (Табл. 4). Це „псевдоаліментарний” крик-плач (зустрічається при функціональних розладах харчової поведінки), коликоподібний, крик-плач при органічних захворюваннях мозку (гіпертензивно-гідроцефальний синдром, декомпенсована гідроцефалія та ін.).

Таблиця 4

Диференціація крику-плачу

(за Б.Е. Микиртумовим А.Г. Кошавцевим, С.В. Гречаним)

Крик-плач	Інтенсивність	Характер	Час доби
Недиференційований	Виражена	Тривалий, без пауз.	Не залежить від часу доби
Псевдоаліментарний	Напружений, підсилюється при неадекватних реакціях дорослих	Нагадує „наполегливе прохання їжі”, проте більш інтенсивний	Не залежить від часу доби

Колікоподібний	Гучний, пронизливий	Нападоподібний, з почерговими періодами „загасання-підсилення”, під час якого дитина „заходиться у галасі”	Вечірній
При гіпертензивно-гідроцефальному синдромі	Гучний, напружений, з відтінком роздратування	Тривалий, монотонний, „на одній ноті”	Нічний; крик сполучений з інверсією сну

2. Особливості сну. Порушення сну у дітей раннього віку є найбільш поширеною психічною патологією і завдає найбільших труднощів дорослим, що доглядають дитину. Передумовою для виникнення порушення сну у ранньому віці слід вважати органічні ураження мозку та гострі і хронічні психотравми. Розлади сну можуть тривати доволі довго.

3. Харчова поведінка. Для дітей будинку дитини характерними є знижена вага і непропорційний фізичний розвиток. Дослідження свідчать: депривовані діти не набирають вагу перш за все з психологічних причин, а не через недостатнє годування чи специфічні інфекції. При вивченні особливості харчової поведінки лікарі і психологи звертають увагу на відсутність апетиту, вибірковість в їжі, регургітаційний і „жувальний” розлад („жулька”, мерицизм), нервову анорексію у немовлят (інфантильна анорексія), вживання в їжу неїстівних речовин. Також слід зазначити надзвичайний апетит, відсутність відчуття насиченості дітей-сиріт. В основі подібного порушення лежить відсутність емоційних зв’язків між дитиною і дорослим.

4. Паталогічні звички. До паталогічних звичних дій відносяться смоктання пальців, обкусування нігтів (оніхофагія, що зустрічається після 8 місяців), допідліткова мастурбація, висмикування волосся (трихотіломанія), ритмічне розгойдування головою і тулубом (яктація). Поява паталогічних звичних рухів у дітей-сиріт у більшості випадків пов’язана з материнською депривацією. Найбільш розповсюдженні паталогічні звички – це яктація (розгойдування тулубом чи головою) та смоктання пальців і частин одягу. В умовах сімейного виховання за виконання рекомендацій психолога і невролога паталогічні звичні дії є зворотними.

5. Емоційні і поведінкові реакції. У даному розділі описуються характерні емоційні і поведінкові особливості маленьких дітей – переважні характеристики настрою та поведінки (наприклад, врівноважена, життєрадісна, апатична, капризна), схильність до агресії і аутоагресії, страхи, злість, підвищена емоційна збудливість, рухова розгальмованість та ін.

6. Формування прихильностей. Показник наявності чи відсутності прихильності є одним із найбільш значущих в оцінці емоційного розвитку маленьких дітей. Дитячо-материнська прив'язаність характеризується наявністю надійних і стійких стосунків між дитиною і дорослим, який за нею доглядає. Ознаками надійної прив'язаності є таке:

- об'єкт прив'язаності може краще за інших заспокоїти дитину;
- дитина звертається за втіхою до об'єкту прив'язаності частіше, ніж до інших дорослих;
- в присутності об'єкту прив'язаності дитина рідко відчуває страх.

Якщо первинний об'єкт прив'язаності забезпечує дитині безпеку, надійність і впевненість у захисті, то дитина в подальшому буде здатна налагоджувати стосунки з іншими людьми. Відсутність чи недостатність батьківської підтримки у ранньому віці може призводити до вираженого порушення психічного і фізичного розвитку дитини. Різноманітні варіанти порушення прив'язаності суттєво впливають на весь подальший розвиток дитини, відбиваються на характері взаємовідносин дитини з навколишнім світом.

При вивченні формування прихильності немовлят будинків дитини звертається увага на виокремлення дитиною знайомих дорослих, диференціювання „своїх і чужих”, формування прихильності до працівника групи, реакція на візити біологічних чи прийомних батьків. Для більш дорослих дітей визначають не лише наявність прив'язаності до дорослого, а і ставлення до інших дітей. Особливий інтерес складають також спогади дітей про сім'ю, наявність фантазій, що виправдовують їх перебування в будинку дитини (характерні для дітей старше 3-х років). Дослідження прив'язаності дитини, яка виховується в умовах закритого дитячого закладу, важливе для прогнозування процесу її адаптації до сімейного середовища в разі переміщення у замінну сім'ю. У дитини, що має прив'язаність до будь-кого з працівників БД, імовірно швидше компенсуються порушення емоційного розвитку при поверненні в родину.

В опитувальнику емоційних порушень і невротичних тенденцій для дітей старших за 1,5

роки є додаткові розділи: формування навичок охайності (нетримання сечі і калу вдень і вночі) – для дітей старше 3-х років; особливості пізнавальної активності (допитливість, ініціативність, порушення уваги, відсутність інтересу, страх зробити помилку на заняттях).

Результати оцінювання психологічного статусу вихованців будинку дитини.

Дослідження особливостей розвитку дітей раннього віку, що виховуються у будинку дитини, за методиками KID<R> і RCDI-2000 виявило затримку у формуванні навичок в різних сферах у 100% обстежених. Відставання у розвитку пов'язане з наслідками психічної депривації, порушеннями органічного і генетичного характеру.

У дітей першого року життя за допомогою шкали KID<R> виявлено викривлення психічного розвитку, відставання формування низки найважливіших навичок. Отримані нами дані збігаються з результатами аналогічних раніше проведених досліджень. Так, у немовлят віком 2-6 місяців без вираженої соматичної та неврологічної патології знайдено незначне відставання у формуванні зорових, слухових, рухових реакцій. Немовлята у цьому віці досить швидко фіксують увагу не обличчі дорослого, у багатьох після нетривалої мовної стимуляції можна викликати гуління. Дитина дивиться на рот дорослого, намагається копіювати його звуки. Проте у дітей, старших за півроку, спостерігається так званий феномен “згасання розвитку”. Виявляється затримка розвитку зорових і слухових диференціацій, навичок дій з предметами, на тлі загальної затримки рухового розвитку спостерігається відставання у розвитку пасивного і активного мовлення.

У немовлят, що перебувають у БД з перших місяців життя, спілкування з дорослими є неповноцінним. Їх контакти з дорослими є нетривалими і недостатньо емоційно насиченими, вони не орієнтовані на підтримку ініціативи дитини – все це призводить до дефіциту спілкування. Комплекс пожвавлення виражений слабо, виникає повільно, він позбавлений різноманітних проявів, притаманних здоровим дітям, і за ініціативи дорослого швидко згасає.

Виявлені нами ознаки регресу психічного розвитку дітей віком від 6 місяців, що пов'язаний з депривацією, можна звести до такого переліку:

- 1) небажання ініціювати контакт з дорослим;
- 2) відсутність позитивних емоційних проявів – посмішок, мімічних реакцій, рухової актив-

ності у відповідь на появу дорослого;

3) перевага негативних емоцій;

4) порушення зорової фіксації (дитина відмовляється дивитися в очі дорослому);

5) відсутність слухової зосередженості (не прислухається до голосу дорослого);

6) відсутність деяких поведінкових навичок (хапання і утримання іграшок, багатьох маніпуляцій з предметами, розглядання декількох об'єктів).

У дітей, що мають неврологічні і соматичні проблеми, темп розвитку уповільнюється ще більшою мірою, їх „фактичний вік”, як правило, значно відрізняється від фізіологічного.

Як зазначено раніше, результати дослідження за допомогою шкали KID<R> свідчать про нерівномірність розвитку когнітивних, мовних і рухових навичок у немовлят без вираженої сомато-неврологічної патології. Наприклад, сформована якась складна навичка, проте відсутні навички, типові для немовлят молодшого віку. Подібна нерівномірність розвитку дітей, що ростуть в сприятливому сімейному середовищі, трактується зазвичай як наслідки органічного ураження мозку. Для немовлят будинків дитини подібні порушення свідчать, насамперед, про депривацію. Існує висока ймовірність того, що в умовах сімейного виховання подібна нерівномірність розвитку зникне. Значне відставання за всіма показниками тесту (руховий, когнітивний, мовний, соціальний розвиток і навички самообслуговування) характерно для депривованих дітей із середнім і тяжким ступенем неврологічної патології, генетичних порушень. Прогноз їх подальшого розвитку на даному віковому етапі невизначений. Для розуміння перспектив подальшого розвитку та розробки програм реабілітаційних заходів необхідне регулярне спостереження у невролога і психолога, динамічне тестування дітей групи ризику кожні три місяці.

До факторів, що сприяють депривації дітей в дослідженому нами будинку, слід віднести перевантаженість груп (у групі може бути до 30 дітей). За таких умов працівники будинку орієнтовані лише на фізіологічний догляд, і не здатні приділити увагу психічному розвитку дитини. При дослідженні дітей усіх груп чітко виявилася така тенденція: багато дітей фізіологічно готові засвоїти певні навички, але в групі бракує умов для їх формування. Наприклад, у дитини практично сформований щипковий захват, проте у неї немає досвіду гри з дрібними предмета-

ми, відсутня зорова фіксація на предметах (дитина не відокремлює поглядом горошинку).

В умовах будинку дитини діти обмежені у просторі (частіше за все немовлята грудної групи знаходяться в ліжечках чи в невеликих манежах з м'яким покриттям), відтак у них своєчасно не формуються навички загальної моторики. Особливо страждають навички сидіння і повзання.

Правильно вибудована система реабілітаційних і абілітаційних програм дозволяє (див. Додаток Д) навіть в умовах будинку дитини частково компенсувати виявлені відхилення у розвитку. Це має полегшити процес адаптації дитини до проживання в родині.

Для покращення показників когнітивного, рухового розвитку дітей на першому році життя доцільно:

- зменшити навантаження персоналу, створити умови для зменшення груп;
- ввести нові ігрові посібники, сенсорні та підвісні іграшки, розвивальні центри (різноманітні коробки і пляшки для вкладання і перекладання предметів);
- ввести до спілкування дитини з дорослим ігри “пошук частково і повністю схованих предметів”, гру “викидання предметів”;
- створити умови для сприйняття дитиною предметів на площині (робота з предметною картинкою, розглядання книжок і фотографій);
- використовувати вправи із дзеркалом (дорослий підносить дитину до дзеркала, привертає її увагу до свого та її відображення);
- запровадити роботу з олівцем (малювання каракулів), ігрові дії з дрібними предметами (захвати “грабелями”, щипковий захват);
- організувати в групі зони для рухового розвитку немовлят.

На особливу увагу заслуговує питання розвитку дітей з вираженою патологією ЦНС. Вони потребують створення емоційно і сенсорно збагаченого середовища (створення ігрових зон і зон, де можна рухатися, забезпечення спеціальними іграшками, наприклад, для дітей з вадами зору). Не зважаючи на обмеження в інтелектуальному і руховому розвитку, багато з цих дітей здатні навчатись, і їх варто переводити у звичайні групи (особливо це стосується дітей із синдромом Дауна).

Для підвищення рівня професіоналізму персоналу будинку, зацікавленості працівників щодо розвитку вихованців доцільно періодично надавати їм можливість працювати з тестами KID<R> та RCDI-2000.

Досліджуючи дітей віком 1,5–3,5 роки за допомогою шкали RCDI-2000, ми виявили, що порушення психічного розвитку більшою мірою виражені в тих дітей, які з перших місяців життя знаходяться в будинку дитини, менше виражена затримка в розвитку у дітей, які нещодавно потрапили до закладу. На другому і третьому році життя для депривованих дітей характерні занижена допитливість, відставання у розвитку мовлення, затримки у розвитку ігрової діяльності, несформованість самостійності як властивості особистості. Діти часто є нечутливими до зразків діяльності, що демонструє дорослий, неадекватно ставляться до оцінки дорослого (похвала погано ідентифікується, зауваження слабо змінюють поведінку).

Чим старшою стає депривована дитина, тим більш помітні негативні зміни в її розвитку. У цих дітей не просто затримується формування характерних для їх віку форм спілкування і взаємодії з дорослими, а й розвиваються принципово нові механізми, з допомогою яких вони пристосовуються до умов довкілля. Це відбувається як внаслідок втрати ранніх емоційних зв'язків з батьками, так і внаслідок того, що життя в закритому дитячому закладі не вимагає від дитини таких функцій, як наділені у „звичайному” житті.

У дослідженому нами інтернатному закладі для дітей 1,5–3,5 років проводяться групові навчальні заняття та індивідуальні заняття з логопедом і дефектологом. У результаті багато дітей до 3-х років володіють сенсорними еталонами (колір, форма, розмір), у них сформоване фразове мовлення, наявні початкові узагальнення. Проте спостереження за розвитком дитини у збідненому середовищі вказує на те, що для розвитку креативності мислення набагато більше значення мають такі види діяльності як конструювання, робота з пазлами, складачками, малювання.

Дані, отримані за допомогою опитувальника емоційних особливостей і невротичних тенденцій, свідчать про збільшення порушень в емоційній сфері у зв'язку з тривалістю перебування дитини у закритому дитячому закладі. У багатьох вихованців БД виявлені ознаки підвищеної емоційної збудливості (капризування, плаксивості, зниження настрою). Порушення сну

проявляються складністю засинання, неспокоєм під час денного і нічного сну із частими прокиданнями; розлади харчування – частими відригуваннями, малим збільшенням ваги тіла за нормального і навіть підвищеного апетиту, втратою відчуття насиченості під час вживання їжі. Опитування персоналу щодо особливостей дитячого крику-плачу виявило, що співробітники будинку дитини не можуть ідентифікувати дитячих сигналів, схильні відповідати, що плач вихованців „без особливостей”. Таку відповідь варто трактувати як недиференційований вид плачу, що характерний для депривованих дітей.

У вихованців БД виявлено підвищену схильність до виникнення страхів. Діти надчутливі до нового, змін оточуючого середовища. Більше половини обстежених дітей мають паталогічні звички. Здебільшого для них характерна яктація (розгойдування головою і тулубом) і смоктання пальця та частин одягу. Часто смоктання пальцю поєднується з яктацією. Інші види паталогічних звичних дій не виявлені. Основна причина формування подібних порушень – психічна деривація. В умовах сімейного виховання при виконанні рекомендацій психолога і невролога паталогічні дії компенсуються.

Дані, отримані за допомогою психологічного тестування, свідчать про негативні тенденції розвитку вихованців зі збільшенням терміну їх перебування в БД. Важливий фактор, що в даному разі спричиняє відхилення в психічному розвитку маленьких дітей – неповноцінне спілкування з дорослими, пов’язане з перебуванням у великій групі, орієнтацією персоналу на фізіологічний догляд, чітко визначеним регламентом життя дітей і діяльності персоналу.

Узагальнюючи результати дослідження, слід зазначити таке:

- основним завданням спеціалістів, які працюють з вихованцями будинків дитини, – зменшити термін перебування дитини в інтернатному закладі, сприяти її влаштуванню в сім’ю. За умов сімейного виховання переважна більшість дітей раннього віку має шанс компенсувати наявні порушення психічного розвитку;
- на початкових етапах реформування системи інтернатних закладів доцільно запровадити співробітництво працівників будинків дитини і служб раннього втручання, реалізацію спільних міждисциплінарних програм розвитку дітей раннього віку;
- впровадження програм, спрямованих на подолання чинника депривації, потребує іс-

тотних організаційних змін в роботі будинків дитини, а також підвищення кваліфікації персоналу;

— нові принципи роботи вимагають від персоналу ставлення до вихованців як до суб'єктів соціально-емоційної взаємодії, а не об'єктів медичних чи педагогічних маніпуляцій; перехід до таких принципів роботи потребує психологічної підтримки (супроводу) персоналу.

ПІСЛЯМОВА

Виховання дитини поза сім'єю негативно впливає на розвиток її особистості на всіх вікових етапах. Негативні наслідки соціальної та емоційної депривації особливо виражені у ранньому віці. Чим раніше діти зазнали соціально-психологічної депривації, тим більшим є ризик вад психологічного розвитку та порушень психічного здоров'я. З подорослішанням дитини, яка виховується в „штучному”, збідненому стимулами середовищі інтернатного закладу, її психологічні проблеми та труднощі адаптації стають дедалі більш помітними. Проведене дослідження переконливо доводить той факт, що наявна система інтернатних закладів не здатна забезпечити гармонійного розвитку дітей і потребує докорінного реформування.

Подолання наслідків депривації і поліпшення психічного здоров'я цих дітей можливе лише за реорганізації їх життя з максимальним наближенням до умов сімейного виховання. Проте просте переміщення дитини в інше середовище (дитячий будинок сімейного типу або прийомну сім'ю) не забезпечить розв'язання її проблем. З одного боку, така зміна може бути надто травматичною для дітей, які мають досвід дисгармонійних сімейних стосунків. З іншого боку, потенційні усиновителі або вихователі дитячих будинків сімейного типу наражаються на небезпеку зустрітися з надто „складними” дітьми, виховання яких становитиме для них постійне джерело стресу. Тому перспективна стратегія реформування системи інтернатних закладів має передбачати розробку та впровадження програм підготовки до всиновлення. Такі програми повинні спиратися на результати комплексного оцінювання потреб вихованців дитячих будинків, що сприятимуть плануванню найбільш адекватних способів дії щодо підтримки дитини та її

сімейного оточення.

Автори сподіваються на те, що використання пропонованих методик оцінювання стану і потреб вихованців інтернатних закладів слугуватиме реалізації ідеї реформи на користь інтеграції дітей в прийомні (або „замінні”) сім’ї. Водночас, ми наголошуємо на необхідності пошуку ресурсів принципової зміни змісту та організації діяльності співробітників дитячих будинків. Нагальні завдання компенсації соціально-психологічної депривації і емоційних травм вихованців вимагають переорієнтації професійної позиції персоналу з „суто виховної” на „емоційно-розвивальну”. На початковому етапі реформи важливо впровадити принципи дії мультидисциплінарної команди, керованої метою комплексного корекційного втручання. Перехід до такого стилю роботи потребує спеціальної професійної підготовки і заходів профілактики емоційного „вигоряння” персоналу інтернатних закладів.

ДОДАТОК А

Карта соматичного обстеження дитини

П.І.Б. _____

Вік _____ дата народження _____

Народився доношеним (так, ні) _____ маса _____ зріст _____

Вагітність _____ перебіг: токсикоз I чи II половини, загроза зриву, АТ, набряки, анемія, ОРВІ, ангіни, загострення хронічних процесів, паління, інші шкідливі звички _____

Пологи _____ перебіг: стимуляція, асфіксія, травма, жовтяниця фізіологічна, патологічна, інші особливості _____

Вигодовування: природне до _____, змішане до _____

Щеплення: терміни _____, реакції _____

Особливості захворювань: вперше захворів на (що, коли) _____

частота захворювань (за рік) _____ тяжкість: легка, середня, тяжка, температурна реакція від _____ до _____

Перенесені захворювання (вік): кір _____ краснуха _____ скарлатина _____

вітр. віспа _____ епід. паротит _____ вірусний гепатит _____

кишкові інфекції _____ ОРВі _____ бронхіт _____ пневмонія _____

ангіна _____ отит _____ стоматит _____ стрептодермія _____

інші _____

Приймав лікування (як часто, яке):

Антибіотики _____, сульфаніламідні _____

жарознижуючі _____, антигістамінні _____

Анамнез:

ЕКД: висип на щоках, тілі, себорея, „географічний” язик, алергічний риніт, кон’юктивіт та інше _____

НАД: легка збудливість, звична рвота, запах ацетону, гиперкінези та інше _____

ЛГД: збільшення тимуса, збільшення (стійке) лимфатичних вузлів, хронічний тонзиліт, аденоїдит (компенсов., субкомпенсов., декомпенсований)

адено- _____, тонзило- _____, аппендэктомія _____

В анамнезі алергічні реакції на _____

Об'єктивні дані: вага _____, зріст _____, пульс _____, АТ _____, ЧД _____

Шкірні покрови – тілесного кольору, чисті, бліді, сухі, вологі, підсилення судинного малюнку, телеангіоектазії, гіперпигментація, депігментація;

тіні під очима, носогубний трикутник іктеричний, цианотичний, блідий).

Видимі слизові _____, зуби _____, зів _____

мигдалики _____ I, II, III ст.(рихлі, ін'єковані, цианотичні),

язик (вологий, сухий, обкладений – злегка, помірно, густо; кольор – білий, сірий, жовтий);

лімфовузли (одиначні, множинні, ступінь I, II, III):

підчелюстні, шийні, пахові, інші _____; щитоподібна залоза _____

Грудна клітина _____, порушення осанки : сколіоз, лордоз, кіфоз.

Легені: перкуторно _____, аускультативно _____

Серце: тони достатньої звучності, злегка послаблені, послаблені, шум _____

границі серця (ліва, права, верхня) відповідають віковій нормі, розширені

Живіт (активно напружує, м'який); печінка _____, селезінка _____

Сечовиведення _____

исновок невропатолога:

Висновок ЛОР – лікаря:

Висновок хірурга:

Висновок стоматолога:

Параклінічні дослідження, аналізи :

- кров:

- сеча:
- кал:
- зіскоб на ентеробіоз:
- флюорографія:

Діагноз :

Рекомендації для уточнення діагнозу :

Лабораторні методи дослідження:

- розгорнутий аналіз крові, група крові та резус-фактор, час звертання крові, подовженість кровотечі, біохімічні дослідження крові, цукор крові, ферменти підшлункової залози в крові;
- аналіз сечі за Нечіпоренко, аналіз сечі за Зимницьким, ферменти підшлункової залози в сечі;
- мікроскопічне та хімічне дослідження калу, бак. посів калу;

Інструментальні методи дослідження :

- спірометрія, спірографія, бронхоскопія;
- електрокардіографія, кардіоінтервалографія, УЗД серця;
- езофаго-, гастродуоденоскопія, УЗД черевної порожнини, УЗД жовчного міхура з пробним сніданком;
- УЗД нирок;
- ректороманоскопія.

Консультації спеціалістів: пульмонолог; кардіолог; нефролог; гастроентеролог; дерматолог; інфекціоніст; інші спеціалісти _____

Підсумковий діагноз :

Рекомендації щодо ведення дитини:

- режим:
- рекомендації щодо дієти:
- фізичні навантаження:
- медикаментозне лікування та інші лікувальні заходи:
- оздоровчі заходи.

ДОДАТОК Б

Зразок протоколу оцінювання стану психічного здоров'я дитини

ФІО	Вік
Олександрова Олександра Олександрівна	5р. 7міс.

ПОКАЗНИКИ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТИНИ ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

1. Рухи: є **незначні порушення, зменшений обсяг – немає цільоспрямованої рухової поведінки, виключаючи окремі життєві потреби (туалет)**
- 1.1 Дрібна моторика: є **значні порушення, недорозвинення – не може виконувати завдання**
2. Активна мова та Спілкування: є **значні порушення, недорозвинення – активно не розмовляє**
- 2.1 Граматика: є **значні порушення, недорозвинення – може рідко вимовляти окремі слова**
3. Сенсорний розвиток: є **значні порушення, недорозвинення – не розуміє багато завдань, але реагує на звернення**
- 3.1 Відтворення форми, кольору: є **значні порушення, недорозвинення – не розуміє завдань**
- 4.1 Емоційний розвиток: є **значні порушення – емоції збіднені, гіпомімічна, динаміка емоцій не зрозуміла, усмішка не відповідає обставинам**
5. Гра: є **незначні порушення, зменшений обсяг – пересуває предмети, немає цільоспрямованої поведінки у грі, сюжетної гри**
- 5.1 Конструктивна (образотворча) діяльність: є **значні порушення – не може скопіювати основні фігури (не розуміє завдання), не здатна малювати**

6. Навички: є **незначні порушення, зменшений обсяг**

6.1 В одяганні: є **значні порушення, брак навичок**

6.2 В харчуванні: є **незначні порушення, зменшений обсяг – у їжі дуже неохайна, потребує допомоги**

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ НА МОМЕНТ ОБСТЕЖЕННЯ

Прояви дізонтogeneзу	так	Ознаки затримки психофізичного розвитку на тлі вираженого психоорганічного синдрому	
Прояви затримки фізичного розвитку	так	легка	
Прояви затримки психічного розвитку	так	загальна	тяжка
Прояви розумової відсталості	так?	легка розумова відсталість?	

ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК ЩОДО СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ НА МОМЕНТ ОБСТЕЖЕННЯ

А. Визначення загального стану психічного здоров'я дитини на момент огляду

Відповідність розвитку до віку:	відставання у розвитку тяжкого ступеня
Наявність та характер порушень:	F 06.81 – виражений психоорганічний синдром, F 70.0?

Б. Рекомендації щодо задоволення потреб дитини

Потреби подальшого клінічного дослідження	так
---	------------

Які конкретно: **у 6-7 років- дообстеження, за необхідності - лікування**

Потреби щодо подальшої психотерапевтичної допомоги дитині	так
---	------------

Якої конкретно: **індивідуальний супровід**

Потреби щодо педагогічного втручання	так
--------------------------------------	------------

Якого конкретно: **додаткове індивідуальне навчання**

ДОДАТОК В

Інструментарій вивчення соціального компоненту потреб дітей дошкільного та шкільного віку

В1. Бланки спостережень дитини 6-11 років

Бланки для працівників дитячого будинку

Прізвище, ім'я дитини _____

Вік _____

Вміння самообслуговування

Зміст уміння	Може самостійно	Може самостійно, але іноді потребує допомоги й контролю	Не може, потребує постійної допомоги та контролю
Прибирання ліжка			
Прибирання кімнати, свого робочого місця			
Виконання ранкових та вечірніх гігієнічних процедур: <ul style="list-style-type: none"> • вмивання • чищення зубів • миття ніг 			
Прання невеличких особистих речей (носових хусточок, шкарпеток тощо)			
Користування душем			
Вміння одягатися			
Турбота про свій зовнішній вигляд			
Вміння користуватися столовими приборами (виделкою, ложкою, чашкою)			

Особливості взаємостосунків з дітьми та дорослими

Характеристики	Може	Ні
<i>Переважає спілкується:</i> <ul style="list-style-type: none"> з однолітками молодшими дітьми старшими дітьми дорослими 		
<i>Вміння налагодити контакт з іншими:</i> <ul style="list-style-type: none"> ініціює дружні стосунки з іншими (ровесники, старші, молодші) підтримує дружні стосунки не підтримує контактів з іншими кривдить слабших, знущається з інших прагне керувати іншими ділиться з іншими речами, їжею 		
<i>Ставлення до персоналу:</i> <ul style="list-style-type: none"> ставиться з повагою, охоче виконує доручення старших поводиться зухвало, брутально щодо дорослих не виявляє особливих емоцій під час спілкування з дорослими, покірливо виконує доручення старших 		
<i>Під час конфліктних ситуацій:</i> <ul style="list-style-type: none"> поводиться агресивно (б'ється, лається) не може себе захистити, плаче, шукає захисту в інших вміє відстояти свою позицію без надмірних проявів агресії 		

Емоційний розвиток

Характеристики	Може	Може не завжди	Не може
Стримує свої дії та емоції у певній ситуації			
Розуміє необхідність певних правил та обмежень			
Емоційно реагує на схвалення			
На обмеження чи покарання реагує: <ul style="list-style-type: none"> агресивно пригнічено байдуже 			

Співчуває іншим, підтримує їх			
Схильна до істеричних реакцій			
Приховує своє невдоволення			
Поводиться зухвало			
Часто занепокоєна та неспокійна			
Виявляє дратівливість, гнів або роздратування			
Дуже неспокійна, непосидюча			

Коло захоплень та інтересів дитини

Характеристики	Так	Ні
<i>Участь у різних заходах, які проводяться в будинку чи школі:</i> <ul style="list-style-type: none"> • активна при підготовці та проведенні заходів • не виявляє активності під час підготовки та проведення • бере участь, тому що примушують дорослі 		
<i>Відвідує гуртки та секції (якщо так, вкажіть які саме)</i>		
<i>У вільний час надає перевагу:</i> <ul style="list-style-type: none"> • читанню • майструванню • перегляду телевізора • байдикуванню • інше, що саме 		
Має особисті захоплення та уподобання (якщо так, вкажіть які)		

Бланки для педагогів загальноосвітнього закладу

Прізвище, ім'я дитини _____

Вік _____

Клас _____

Особливості взаємостосунків з дітьми та дорослими

Характеристики	Може	Може не завжди	Не може
<p><i>Переважно спілкується:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • з однолітками • молодшими дітьми • старшими дітьми • дорослими 			
<p><i>Вміння налагодити контакт з іншими:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ініціює дружні стосунки з іншими (ровесники, старші, молодші) • підтримує дружні стосунки • кривдить слабших, знущається з інших • прагне керувати іншими • ділиться з іншими речами, їжею 			
<p><i>Ставлення до персоналу:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ставиться з повагою, охоче виконує доручення старших • поводить зухвало, брутально щодо дорослих • не виявляє особливих емоцій під час спілкування з дорослими, покірливо виконує доручення старших 			
<p><i>Під час конфліктних ситуацій:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поводить з агресивно (б'ється, лається) • не може себе захистити, плаче, шукає захисту в інших • вміє відстояти свою позицію без надмірних проявів агресії 			

Навчальна діяльність дитини

Характеристики	Самостійно	Іноді потребує допомоги й контролю	Потребує постійної допомоги та контролю
Відвідує школу			
Готується до занять			
<i>Відповідність навчальних успіхів до рівню розвитку та здібностей дитини:</i> <ul style="list-style-type: none"> • відповідає повністю • рівень здібностей дає змогу вчитися краще • не відповідає 			
<i>Рівень засвоєння дитиною навчальної програми:</i> <ul style="list-style-type: none"> • повністю засвоїла навчальну програму • так, майже засвоїла • засвоїла дуже мало з навчальної програми • не справляється з навчальною програмою 			

Емоційний розвиток

Характеристики	Може	Може не завжди	Не може
Стримує свої дії та емоції у певній ситуації			
Розуміє необхідність певних правил та обмежень			
Емоційно реагує на схвалення			
На обмеження чи покарання реагує: <ul style="list-style-type: none"> • агресивно • пригнічено • байдуже 			
Співчуває іншим, підтримує їх			
Схильна до істеричних реакцій			

Приховує своє невдоволення			
Поводиться зухвало			
Часто занепокоєна та неспокійна			
Виявляє дратівливість, гнів або роздратування			
Дуже неспокійна, непосидюча			

В2. Бланки спостережень дитини 12-16 років

Для працівників дитячого будинку

Прізвище, ім'я дитини _____
Вік _____

Вміння самообслуговування

	Може самостійно	Може самостійно, але іноді потребує допомоги й контролю	Не може, потребує постійної допомоги та контролю
Навички гігієни відповідають віку дитини (уміння чистити зуби, приймати душ, дотримуватися гігієни під час менструацій)			
Пере та прасує свої речі			
Прибирає кімнату, миє посуд			
Дбає про свій зовнішній вигляд			
Догляд за своїми особистими речами (одягом, взуттям, підручниками тощо)			
Приготування нескладної страви			
Розподіл грошей, вміння робити покупки			
Користування необхідною побутовою технікою			
Переміщення вулицею, користування громадським транспортом			
Користування послугами установ (пошта, лікарня, кінотеатр тощо)			

Які навички необхідно розвивати.....

Особливості взаємостосунків з дітьми та дорослими

Характеристики	Може	Може не завжди	Не може
<i>Переважно спілкується:</i> <ul style="list-style-type: none"> з однолітками молодшими дітьми старшими дітьми дорослими 			
<i>Вміння налагодити контакт з іншими:</i> <ul style="list-style-type: none"> ініціює дружні стосунки з іншими (ровесники, старші, молодші) підтримує дружні стосунки з більшістю дітей має труднощі у спілкуванні з іншими дітьми користується популярністю серед дітей кривдить слабших, знущається з інших прагне керувати іншими ділиться з іншими речами, їжею 			
<i>Ставлення до персоналу:</i> <ul style="list-style-type: none"> ставиться з повагою, охоче виконує доручення старших поводиться зухвало, брутально щодо дорослих не виявляє особливих емоцій під час спілкування з дорослими, покірливо виконує доручення старших 			
<i>Під час конфліктних ситуацій:</i> <ul style="list-style-type: none"> поводиться агресивно, (б'ється, лається) не може себе захистити, плаче, шукає захисту в інших вміє відстояти свою позицію без надмірних проявів агресії 			
<i>Ставлення до осіб протилежної статі:</i> <ul style="list-style-type: none"> має добрі стосунки з представниками протилежної статі агресивна до представників протилежної статі виявляє підвищений сексуальний інтерес, неприродний для віку 			

Які ще особливості взаємодії з іншими притаманні дитині.....

Емоційний розвиток

Характеристики	Може	Може не завжди	Не може
Стримує свої дії та емоції у певній ситуації			
Розуміє необхідність дотримання певних правил та обмежень			
Емоційно реагує на схвалення			
На обмеження чи покарання реагує: <ul style="list-style-type: none"> агресивно пригнічено байдуже 			
Співчуває іншим, підтримує їх			
Схильна до істеричних реакцій			
Приховує своє невдоволення			
Поводиться зухвало			
Часто занепокоєна та неспокійна			
Виявляє дратівливість, гнів або роздратування			
Дуже неспокійна, непосидюча			

Коло захоплень та інтересів дитини

Характеристики	Так	Ні
Участь у різних заходах, які проводяться в будинку чи школі: <ul style="list-style-type: none"> активна при підготовці та проведенні заходів не виявляє активності під час підготовки та проведення заходів бере участь, тому що примушують дорослі 		
Відвідує гуртки та секції (якщо так, вкажіть які саме)		
У вільний час надає перевагу: <ul style="list-style-type: none"> читанню майструванню перегляду телевізора байдикуванню інше, що саме 		
Має особисті захоплення та уподобання (якщо так, вкажіть які)		
Має певні плани на майбутнє (які саме)		

Для педагогів загальноосвітнього закладу

Прізвище, ім'я дитини _____

Вік _____

Клас _____

Особливості взаємостосунків з дітьми та дорослими

Характеристики	Може	Може не завжди	Не може
<i>Переважно спілкується:</i> <ul style="list-style-type: none"> • з однолітками • молодшими дітьми • старшими дітьми • дорослими 			
<i>Вміння налагодити контакт з іншими:</i> <ul style="list-style-type: none"> • ініціює дружні стосунки з іншими (ровесники, старші, молодші) • підтримує дружні стосунки з більшістю дітей • має труднощі у спілкуванні з іншими дітьми • користується популярністю серед дітей • кривдить слабших, знущається з інших • прагне керувати іншими • ділиться з іншими речами, їжею 			
<i>Ставлення до персоналу:</i> <ul style="list-style-type: none"> • ставиться з повагою, охоче виконує доручення старших • поводить себе зухвало, брутально щодо дорослих • не виявляє особливих емоцій під час спілкування з дорослими, покірливо виконує доручення старших 			
<i>Під час конфліктних ситуацій:</i> <ul style="list-style-type: none"> • поводить себе агресивно, (б'ється, лається) • не може себе захистити, плаче, шукає захисту в інших • вміє відстояти свою позицію без надмірних проявів агресії 			

<p><i>Ставлення до осіб протилежної статі:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • має добрі стосунки з представниками протилежної статі • агресивна до представників протилежної статі • виявляє підвищений сексуальний інтерес, неприродний для віку 			
--	--	--	--

Які ще особливості взаємодії з іншими притаманні дитині

Навчальна діяльність дитини

Характеристики	Самостійно	Іноді потребує допомоги й контролю	Потребує постійної допомоги та контролю
Відвідує школу			
Готується до занять			
<p><i>Відповідність навчальних успіхів до рівня розвитку та здібностей дитини:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • відповідає повністю • рівень здібностей дає змогу вчитися краще • не відповідає 			
<p><i>Рівень засвоєння дитиною навчальної програми:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • повністю засвоїла навчальну програму • так, майже засвоїла • засвоїла дуже мало з навчальної програми • не справляється з навчальною програмою 			

Емоційний розвиток

Характеристики	Може	Може не завжди	Не може
Стримує свої дії та емоції у певній ситуації			
Розуміє необхідність певних правил та обмежень			
Емоційно реагує на схвалення			
На обмеження чи покарання реагує: <ul style="list-style-type: none"> агресивно пригнічено байдуже 			
Співчуває іншим, підтримує їх			
Схильна до істеричних реакцій			
Приховує своє невдоволення			
Поводиться зухвало			
Часто занепокоєна та неспокійна			
Виявляє дратівливість, гнів або роздратування			
Дуже неспокійна, непосидюча			

В3. Бланк спостережень за дитиною 3–5 років

Прізвище, ім'я дитини _____ вік _____

	Може	Може не завжди	Не може
Користується душем, самостійно витирає тіло рушником			
Чистить зуби самостійно			
Мие руки з милом самостійно			
Самостійно одягається та роздягається			
Знає, які речі їй належать			
Вміє самостійно користуватися столовими приборами (ложкою, виделкою, правильно тримати чашку)			

<p><i>Виконує нескладні доручення дорослого:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • охоче • без особливої старанності 			
<p><i>Спілкується переважно:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • з дорослими • однолітками 			
<p><i>Під час конфліктних ситуацій:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поводить себе агресивно (б'ється, лається, кусається) • не може себе захистити, плаче, шукає захисту в дорослих • вміє відстояти свою позицію без надмірних проявів агресії 			
Може самостійно обирати цікаві для себе види діяльності (малювання, гра, перегляд картинок, телевізора тощо)			
Розповідає про свої враження, певні події тощо дорослому чи іншій дитині			
<p><i>Переважно грається:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • одноосібно • бере участь у колективних іграх 			
<p><i>На обмеження чи покарання реагує:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • агресивно • пригнічено • байдуже 			
Схильна до істеричних реакцій			
Переважно пасивна, пригнічена			
Часто виявляє дратівливість, гнів або роздратування			
Дуже неспокійна, непосидюча			

Любить переважно :

- малювати
- ліпити
- грати
- переглядати картинки
- дивитися телевізор
- інше _____

Які здібності має дитини, що її найбільше цікавить _____

Чи згадує дитина своїх батьків, рідних, говорить про них: **так** **ні**

Якщо так, кого саме _____

Які особливості в поведінці дитини Ви вважаєте за необхідне ще зазначити _____

В4. Бланк спостережень за дитиною 5–7 років

Прізвище, ім'я дитини _____ **вік** _____

	Може	Може не завжди	Не може
Користується душем, самостійно втирає тіло рушником			
Чистить зуби самостійно			
Миє руки з милом самостійно			
Самостійно одягається та роздягається			
Пере невеличкі особисті речі (носові хусточки, шкарпетки)			
Намагається дбати про свій зовнішній вигляд, бути охайною			
Тримає свої речі в порядку, не розкидає їх			
Самостійно застеляє своє ліжко			

Правильно користується столовими приборами (ложкою, виделкою, чашкою)			
<i>Виконує нескладні доручення дорослого:</i> <ul style="list-style-type: none"> • охоче • без особливої старанності 			
<i>Взаємодія з іншими:</i> <ul style="list-style-type: none"> • ініціює дружні стосунки з іншими • підтримує дружні стосунки з більшістю дітей • кривдить інших • ділиться з іншими іграшками, їжею 			
<i>Під час конфліктних ситуацій:</i> <ul style="list-style-type: none"> • поводить себе агресивно (б'ється, лається, кусається) • не може себе захистити, плаче, шукає захисту в дорослих • вміє відстояти свою позицію без надмірних проявів агресії 			
Розуміє необхідність певних правил та обмежень			
Оцінює свої вчинки адекватно (є вдалою чи ні певна справа, була слухняна чи ні, вчинила добре чи погано тощо)			
<i>На обмеження чи покарання реагує:</i> <ul style="list-style-type: none"> • агресивно • пригнічено • байдуже 			

Переважно грається: • одноосібно • бере участь у колективних іграх			
Співчуває іншим, підтримує їх			
Схильна до істеричних реакцій			
Переважно пасивна, пригнічена			
Часто виявляє дратівливість, гнів або роздратування			
Дуже неспокійна, непосидюча			

У вільний час любить переважно :

- малювати
- ліпити
- грати
- переглядати картинки
- читати
- дивитися телевізор
- інше _____

Які здібності має дитини, що її найбільше цікавить _____

Дитина :

- | | | |
|-----------------------------------|------------|-----------|
| • знає букви | Так | Ні |
| • читає | Так | Ні |
| • рахує в межах 10 | Так | Ні |
| • розрізняє основні кольори | Так | Ні |
| • може переказати невеличку казку | Так | Ні |
| • може описати сюжетний малюнок | Так | Ні |
| • пише палички, кружечки, букви | Так | Ні |

Чи згадує дитина своїх батьків, рідних, говорить про них: **так** **ні**

Якщо так, кого саме _____

Які особливості в поведінці дитини Ви вважаєте за необхідне ще зазначити _____

ДОДАТОК Г

Інструментарій дослідження психологічного розвитку дітей дошкільного та шкільного віку

Г1. Приблизні плани інтерв'ю

(з планом застосування діагностичних завдань)

Для дітей дошкільного віку

- Доброго дня, мене звуть Олена, як звуть тебе? Скільки тобі років? *Інші запитання блоку „аутоідентифікація”.*
 - Ми будемо з тобою малювати, грати. Спочатку подивимося малюнки: розкажи, що тут намальовано? *(дослідження загальної обізнаності, далі – завдання блоку „пізнавальні здібності”).*
 - Чи давно ти живеш в дитячому будинку? Що тобі тут подобається? А що не подобається? Що ти любиш робити?
 - Розкажи, будь ласка, що ти робив влітку? *(далі – методики дослідження пам'яті, уваги, здатності до абстрактно-логічного мислення тощо.)*
 - Чи любиш ти слухати, коли тобі читають? Чи є в тебе улюблена казка? Може, ти любиш дивитись мультфільми? Який тобі подобається найбільше? *(Розповідь за сюжетним малюнком).*
 - Чи є в тебе улюблена іграшка? Як ти любиш гратися?
 - З ким ти дружиш?
 - Чи часто тебе сварять або карають вихователі?
 - Чи часто тобі буває сумно? Чи часто ти плачеш? Чому це буває?
- Давай ще трохи помалюємо (проективна методика „Малюнок сім'ї тварин”).*
- Чи приходить до тебе хтось з родичів? Хто саме?
 - Чи є в тебе братик, сестричка?
 - Чи хотів би ти повернутися до дому?
 - Можливо, ти зможеш повернутися до когось з родичів? До кого саме?

Для дітей 7–11 років

Орієнтовний перелік запитань та діагностичних завдань для I зустрічі

- Доброго дня, мене звуть Олена, як звуть тебе?

– Я хочу познайомитись з тобою поближче. Чи згодний ти трохи розповісти про себе? Якщо ти не проти, ми попрацюємо з тобою близько години. Я буду давати тобі завдання, а ти маєш їх виконувати. Сподіваюсь, що тобі буде цікаво (*Тест кольорових виборів*).

– Розкажи, будь ласка, про себе. Скільки тобі років? Чи давно ти живеш в дитячому будинку? Що тобі тут подобається? А що не подобається?

– Що ти любиш робити у вільний від навчання час?

– В якому класі ти навчаєшся? Які в тебе успіхи? Які предмети тобі подобаються більше за все? (*Дослідження самооцінки, пам'яті*).

– Розкажи, будь ласка, як проходить твій день, чим ти займаєшся? (методики „Кодування”, „Кмітливість”, „Класифікація”, „Розповідь за сюжетним малюнком”, дослідження пам'яті).

Орієнтовний перелік запитань та діагностичних завдань для II зустрічі

– Давай ще трохи поговоримо про тебе. Що ти робив влітку? (*Матриці Равена*)

– Ким ти бажаєш стати, коли будеш дорослим?

– Чи любиш ти читати книжки? Які саме?

– Чи багато в тебе друзів?

– Чи тобі трапляється сваритися з товаришами?

– Чи часто тебе сварять або карають вихователі?

– Якщо тобі сумно або ти розлючений, хто тобі може допомогти і як?

– Як ти зазвичай спиш? Чи часто ти бачиш сни? (Проективна методика „Три дерева”)

– Коли ти в останнє бачив когось з родичів? Кого саме?

– Як ти вважаєш, чи можливо тобі повернутися до батьків?

– Можливо, ти зможеш повернутися до когось з родичів? До кого саме?

Для дітей 12–15 років

Орієнтовний перелік запитань та діагностичних завдань для I зустрічі

– Доброго дня, мене звуть Олена, як звуть тебе?

– Я психолог. Мене запросили для того, щоб я тебе обстежила. Вихователь мав повідомити тебе про це обстеження. Я буду ставити тобі запитання і давати завдання. Чи згоден ти зі мною попрацювати? (*Тест кольорових виборів*)

- Розкажи, будь ласка, про себе. Скільки тобі років? Чи давно ти живеш в дитячому будинку? Що тобі тут подобається? А що не подобається?
- Що ти любиш робити у вільний від навчання час?
- В якому класі ти навчаєшся? Які в тебе успіхи? Які предмети тобі подобаються більше за все? (Дослідження *самооцінки, пам'яті*).
- Розкажи, як проходить твій день, чим ти займаєшся (методики „Кодування”, „Кмітливість”, „Класифікація”, „Розповідь за сюжетним малюнком”, дослідження *пам'яті*).

Орієнтовний перелік запитань та діагностичних завдань для II зустрічі

- Давай ще трохи поговоримо про тебе. Що ти робив влітку? (*Матриці Равена*)
- Яку професію ти бажаєш отримати?
- Чи любиш ти читати книжки? Які ти прочитав останнім часом?
- Чи багато в тебе друзів?
- Як ти почуваєшся серед друзів? Чи можеш сказати про себе, що тебе поважають? Чи почуваєшся ти серед друзів лідером? Як ти поводишся, якщо в тебе виникатимуть з товаришами непорозуміння (конфлікти)?
- Якщо тобі сумно або ти розлючений, хто тобі може допомогти і як?
- Чи часто тебе сварять або карають вихователі?
- Чи є в тебе подруга (друг)?
- Як ти уявляєш собі своє доросле життя?
- Чи хотів би ти одружитися?
- Чи хотів би ти мати дітей? Скільки дітей ти хотів би мати?
- Як ти зазвичай спиш? Чи часто ти бачиш сни? (Проективна методика „*Три дерева*”).
- Коли ти в останнє бачив когось з родичів? Кого саме?
- Як ти вважаєш, чи можливо тобі повернутися до батьків?
- Можливо, ти зможеш повернутися до когось з родичів? До кого саме?

Г2. Опитувальник для вихователів

Вельмишановна пані! Вам відомо, у вашому інтернатному закладі проводиться обстеження вихованців з метою розробки заходів, спрямованих на покращення їх соціально-психологічної адаптації. Просимо Вас відповісти на низку запитань стосовно поведінки та проблем дитини.

Відзначте, будь-ласка, **хрестиком ті пункти, що**, на Вашу думку, **стосуються цієї дитини**. Якщо Ви маєте якісь зауваження, внесіть їх у графу „Пояснення”. Додаткові дані можна внести у графу „Примітки”

ПІБ дитини _____

Нині або раніше Ви помічали в дитини	Так	Пояснення, зауваження
Порушення харчування, біль в животі, нудоту, блювоту		
Запори, проноси		
Підвищений або знижений апетит		
Невтримання калу або небажання ходити в туалет		
Невтримання сечі вночі або вдень		
Підвищену рухову активність, непосидючість		
Незграбність, здатність легко поранитись		
Посмикування м'язів обличчя, часте кліпання очима		
Часті скарги на головний біль		
Заїкування		
Запаморочення		
Часте почервоніння обличчя		
Сексуальні проблеми або незвичні схильності		
Схильність смоктати палець		
Кусання нігтів, задирок		
Схильність щось постійно жувати, тримати в роті		
Закручування або виривання власного волосся		
Втомлюваність, підвищену потребу у відпочинку, сні		
Порушення сну, кошмарні сновидіння		
Страх темряви		
Якісь інші страхи (тварин, павуків, висоти та ін.)		
Підвищена чутливість до галасу		
Підвищена чутливість до бруду, надмірна охайність		
Надмірна дисциплінованість, пунктуальність		
Коливання настрою, надмірна чутливість, плаксивість		
Говорить (говорив), що не хоче жити		

Надмірно замкнений, не говіркий		
Тримається осторонь, не має друзів		
Має якісь незвичайні інтереси, хоббі (які саме)		
Покірливий, не може себе захистити		
Часто скражиться на інших, звинувачує їх		
Часто скаржиться на погане самопочуття, кволий		
Безініціативний, байдужий, не має хоббі		
Часто прагне привернути до себе увагу		
Має надмірні зазіхання		
Вважає себе вартим особливого ставлення через певні якості (надто розумний, красивий і т.і.)		
Нестриманий, часто дратується, наражається на сварку		
Прагне керувати іншими, підкорювати		
Кривдить слабших, знущається з інших		
Жорстокий, агресивний		
Жадібний, скнара		
Схильний псувати речі, все ламати		
Брехливий		
Неорганізований, необов'язковий		
Схильний до бродяжництва, втікав з дому, з інтернату		
Недовірливий, підозрілий		
Відбирає в інших речі, краде		
Погано вчиться через те, що не хоче докладати зусиль		
Взагалі не бажає працювати, уникає будь-якої роботи		
Легко підпадає під вплив інших, не має власної думки		
Інші особливості		

Примітки:

Дитина знаходиться в ДБЗТ _____ років.

Зі спілкування з дитиною Вам відомо, що вона:

	Так	Пояснення, зауваження
Легко розповідає про своє минуле		
Уникає розмов про минуле		
Часто згадує про батьків, тужить за ними		
Часто згадує про інших родичів, тужить за ними		
Уникає розмов про батька або мати (<i>кого саме</i>)		
Уникає когось з родичів (<i>кого саме</i>), якщо вони її відвідують		
Після відвідування її родичами не змінюється в поведінці		
Після відвідування її родичами змінюється в поведінці: стає похмурою, замкненою, плаче, стає дратівливою, неспокійною, надмірно веселою, погано спить, більше або менше їсть (<i>вказіть, що саме Ви помічали</i>)		
Хоче повернутися до батьків		
Хоче повернутися до інших родичів		
Хоче, щоб її всиновили		

Вам відомо про цю дитину щось таке, що, на Вашу думку, необхідно врахувати при наданні їй соціально-психологічної допомоги (*необхідне позначте кружечком*):

так, ні

Будь-ласка, вкажіть своє прізвище _____

Дата заповнення: _____

Дякуємо за співпрацю!

ГЗ. Бланк реєстрації даних тестування дітей шкільного віку

ПІ _____ Вік: ____ років ____ місяців

Тест кольорових виборів

КТ=

р.гр.

ВК=

Примітки та висновки:

Бланк реєстрації дослідження слухової пам'яті

Слова	Перша спроба	Друга спроба	Третя спроба	Висновок
1. Гора				Показник короткочасної пам'яті в межах норми (5 та більше слів) Показник короткочасної пам'яті нижчий за норму Показник відстроченого відтворення відповідає нормі (відтворює 5 і більше слів) Показник відстроченого відтворення нижчий за норму
2. Дім				
3. Роза				
4. Нога				
5. Сукня				
6. М'яч				
7. Вікно				
8. Небо				
9. Сіль				
10. Рука				

Підрахунок результату виконання субтесту Векслера 11 „Кодування”

Час заповнення (сек)		Оцінка
Кількість правильних заповнень		
Кількість неправильних заповнень		
Додаткові бали		

Бланк відповідей субтесту Векслера „Кмітливість” (соціальний інтелект)

1		2		3		4		5		Сума	Оцінка
6		7		8		9		10			
11		12		13		14					

Примітки:

Оцінка завдання „Класифікація предметів” (5–7 років):

Для дітей 5–7 років: за кожний правильно класифікований предмет – 1 бал, макс – 9.

Час виконання (сек)		Загальна оцінка (бали)
Кількість правильних виборів		
Кількість неправильних виборів		

Оцінка завдання „Вилучення зайвого” (для дітей 8–10, 11–15 років)

Серія	Термін виконання	+ /–	Примітка
1			
2			
3			
4			
5			

Рівень узагальнення: високий, достатній, низький

Оцінка розповіді за серією малюнків (максимум – 7 балів)

Характеристики мовлення	Побудова речень	Артикуляція
– жваве, без спотикань – достатньо жваве, але є паузи – зі спотиканнями, повільне	Добре структуровані, складні Переважно прості Здебільшого неповні Побудова речень порушена	Чітка вимова звуків Погана артикуляція
Бали	Загальна характеристика (логічність)	Примітка
7	Дуже добре розуміє та відображає смисловий зв'язок всіх складових (окремих малюнків), приділяє увагу головному у сюжеті. Може передати суть сюжету одним реченням (резюме).	

5	Добре відображає смисловий зв'язок між малюнками. Приділяє однакову увагу суттєвому та другорядному.	
3	Може правильно та самостійно виявити смисловий зв'язок лише між двома малюнками. В резюме основну увагу приділено другорядним деталям.	
2	Дитина не змогла знайти смисловий зв'язок між малюнками, описує їх окремо одну від одної.	
0	Дитина не може самостійно скласти розповідь.	

**Бланк реєстрації даних дослідження за модифікованим опитувальником для
ідентифікації типів акцентуацій характеру підлітків
(за А.Є. Лічко, в модифікації С.І. Подмазіна)**

	Номери тверджень (питань)													Σ
Г	1	12	23	34	45	56	67	78	89	100	111	122	133	
Ц	2	13	24	35	46	57	68	79	90	101	112	123	134	
Л	3	14	25	36	47	58	69	80	91	102	113	124	135	
А	4	15	26	37	48	59	70	81	92	103	114	125	136	
С	5	16	27	38	49	60	71	82	93	104	115	126	137	
Т	6	17	28	39	50	61	72	83	94	105	116	127	138	
И	7	18	29	40	51	62	73	84	95	106	117	128	139	
В	8	19	30	41	52	63	74	85	96	107	118	129	140	
Д	9	20	31	42	53	64	75	86	97	108	119	130	141	
Н	10	21	32	43	54	65	76	87	98	109	120	131	142	
К	11	22	33	44	55	66	77	88	99	110	121	132	143	

Бланк реєстрації даних тестування за методикою „Матриці Равена”

А

№ завд.		№ відповіді					№ завд.		№ відповіді							
№	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	7	8	
1							1									
2							2									
3							3									
4							4									
5							5									
6							6									
7							7									
8							8									
9							9									
10							10									
11							11									
12							12									

С**В**

№ завд.		№ відповіді					№ завд		№ відповіді							
№	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	7	8	
1							1									
2							2									
3							3									
4							4									
5							5									
6							6									
7							7									
8							8									
9							9									
10							10									
11							11									
12							12									

Д**Е**

№ завд				№ відповіді							
№				1	2	3	4	5	6	7	8
				1							
				2							
				3							
				4							
				5							
				6							
				7							
				8							
				9							
				10							
				11							
				12							

Г4. Зразки протоколів психологічного дослідження дітей дошкільного віку

Протокол обстеження дитини 3 років
ПІБ _____

Дата _____

Орієнтування (аутоідентифікація)

Як тебе звуть? _____ **Як твоє прізвище?** _____
Скільки тобі років? (відповідає: _____) (вказує пальцями _____)
Ти хлопчик чи дівчинка? _____
Як звуть твою виховательку? _____

Пізнавальні здібності та інтелектуальний розвиток

Пізнавальні функції

Розкажи, що тут намальовано:

Ведро, Пасок (Ремень), Гриб, Чайник, Лавка, Комп'ютер, Яблоко, Дерево, Ножиці, Лампа, Окуляри, М'яч, Велосипед, Гвіздок (Цвях)

Якого кольору?: абажур **жовтий**, яблоко **червоне**, крона **зелена**, м'яч **синій**

Впізнавання предметів домашнього побуту:

Ключ, олівець, годинник, гребінець (окуляри) – (Норма – 3 з 4).

Зорова пам'ять: Чобіт, Коза, Куш (Норма 3 з 3)

Покажи, де в тебе ніс? Де очі? Рот? Вуха? (3 з 4)

Де в тебе права рука? А ліва? *Вказує правильно, вказує неправильно, не розумії завдання*

Покажи, де одна ягідка (мало ягідок)? А де багато? _____

Дитина може використовувати підказку (допомогу), адекватно реагує на підтримку

Намалюй людину (з 3,5 років)

Увага

Дитина здатна зосередитися, добре розвинена довільна увага

Легко відповоликається. Гіперактивна (непосидюча, збуджена, не може всідити на місці).

Елементи „польової” поведінки (хаотична поведінка з неможливістю зосередитися)

Мовний розвиток

Я тобі щось скажу, а ти мені перекажеш:

Маша миє руки. Кішка впіймала мишу. Коля їсть кашу. _____

Ти любиш казочки? Які ти знаєш казочки? (Курочка-ряба, Колобок...)

Оцінка просодики: мова нечітка, із заїкуванням, скандована, монотонна, дитина не вимовляє окремі звуки (р, с, ш та ін.)

Оцінка граматичного оформлення мовлення: мовлення не розвинене: не може побудувати фрази, відповідає окремими словами, будує фрази з 3 слів (іменник, прийменник, дієслово)

Використовує займенники

Сформованість активного словника: *словник бідний, багатий.*

Моторний розвиток

Копіювання: кружечок, квадрат.

Проба на риципрокную координацію: виконує (разом з експериментатором) не виконує.

Може самостійно піднятися та зійти сходами

Емоційний стан та реакція на обстеження

Дитина привітна, емоційно адекватна, зацікавлена.

Швидко пристосовується до ситуації обстеження, охоче виконує інструкції.

Дитина млява, байдужа, не викazuje зацікавлення щодо виконання завдань.

Неохоче виконує завдання. Відмовляється співпрацювати.

Міміка збіднена. Дитина скута, розгублена, тривожна, налякана.

Дитина емоційно неадекватна (раптом сміється, плаче, гнівається).

Протокол обстеження дитини 4 років

Дата _____

ПІБ _____

Орієнтування (аутоідентифікація)

Як тебе звуть? _____ **Як твоє прізвище?** _____

Скільки тобі років? (відповідає: _____) (вказує пальцями _____)

В якій ти групі? _____

Ти хлопчик чи дівчинка? _____

Як звуть твою виховательку? _____

Пізнавальні здібності та інтелектуальний розвиток

Пізнавальні функції

Розкажи, що тут намальовано:

Відро, Пасок (Ремінь), Гриб, Чайник, Лавка, Комп'ютер, Яблуко, Дерево, Ножиці, Лампа, Окуляри, М'яч, Велосипед, Гвіздок (Цвях)

Якого кольору? Абажур **жовтий**, яблуко **червоне**, крона **зелена**, м'яч **синій**

Яка з двох ліній довша? Вказує правильно, вказує неправильно, не розумії завдання

Де в тебе права рука? А ліва? Вказує правильно, вказує неправильно, не розумії завдання

Покажи, де одна ягідка (мало ягідок)? А де багато? _____

Ти вмєш рахувати? Порахуй олівці (до 4–5) _____

Що потрібно робити, коли хочеш спати? (_____)

Що потрібно робити, коли холодно? (_____) **Коли хочеться їсти?** (_____) **Пити?** (_____)

Позитивна оцінка – хоч би 2 правильні відповіді.

Зорова пам'ять: Чобіт, Коза, Куш (Норма - 3 з 3)

Слухова пам'ять: Слухай уважно: я назву тобі кілька чисел, а ти їх потім повториш:

4, 7, 3, 9. (_____) 2, 8, 5, 4 (_____) 7, 2, 6, 1 (_____) Хоч би 1 ряд.

Дитина може використовувати підказку (допомогу), адекватно реагує на підтримку

Тест „Намалюй людину” (з 3,5 років).

Увага

Дитина здатна зосередитися, добре розвинена довільна увага

Легко відповоликається. Гіперактивна (непосидюча, збуджена, не може всідити на місці).

Елементи „польової” поведінки (хаотична поведінка з неможливістю зосередитися)

Мовний розвиток

Я тобі щось скажу, а ти мені перекажеш:

Маша миє руки. Кішка впіймала мишу. Коля їсть кашу.

Ти любиш казочки? Які ти знаєш казочки? (Курочка-ряба, Колобок...)

Оцінка просодики: мова нечітка, із заїкуванням, скандована, монотонна, дитина не вимовляє

окремі звуки (р, с, ш та ін.)

Оцінка граматичного оформлення мовлення: мовлення не розвинене: не може побудувати фрази, відповідає окремими словами, будує фрази з 3 слів (іменник, прийменник, дієслово).

Використовує займенники

Сформованість активного словника: *словник бідний, багатий.*

Моторний розвиток

Копіювання: трикутник, квадрат.

Проба на реципрокну координацію. виконує (разом з експериментатором) не виконує.

Емоційний стан та реакція на обстеження

Дитина привітна, емоційно адекватна, зацікавлена

Швидко пристосовується до ситуації обстеження, охоче виконує інструкції

Дитина млява, байдужа, не виказує зацікавлення щодо виконання завдань

Неохоче виконує завдання. Відмовляється співпрацювати

Міміка збіднена

Дитина скута, розгублена, тривожна, налякана,

Дитина емоційно неадекватна (раптом сміється, плаче, гнівається).

Протокол обстеження дитини 5 років

Дата

ПІБ _____

Орієнтировка (аутоідентифікація)

Як тебе звуть? _____ **Як твоє прізвище?** _____

Скільки тобі років? (відповідає: _____) (вказує пальцями _____)

В якій ти групі? _____

Як звуть твоєю виховательку? _____

Яка зараз пора року? _____

Пізнавальні здібності та інтелектуальний розвиток

Пізнавальні функції

Розкажи, що тут намальовано:

Відро, Пасок (Ремінь), Гриб, Чайник, Лавка, Комп'ютер, Яблуко, Дерево, Ножиці, Лампа, Окуляри, М'яч, Велосипед, Гвіздок (Цвях)

Якого кольору? Абажур **жовтий**, яблуко **червоне**, крона зелена, м'яч **синій**

Покажи, де одна ягідка (мало ягідок)? А де багато? _____

Ти вмієш рахувати? Порахуй від 1 до 10. Якщо не може, то олівці (до 4–5) _____

Де в тебе права рука? А ліва? *Вказує правильно, вказує неправильно, не розумії завдання*

Зорова пам'ять: Чобіт, Коза, Куш (Норма - 3 з 3)

Слухова пам'ять: Слухай уважно: я назву тобі кілька чисел, а ти їх потім повториш:

4, 7, 3, 9 (_____) 2, 8, 5, 4 (_____) 7, 2, 6, 1 (_____) Хоч би 1 ряд.

Кмітливість (субтест Векслера)

1		2		3		4		5		Сума	Оцінка
6		7		8		9		10			

Кодування (субтест Векслера) – 2 хв.

Виконання трьох доручень: Цей ключик поклади на той стілець, потім візьми кубик і принеси його мені (*правильно виконав всі три*).

Тест „Намалюй людину”.

Дитина може використовувати підказку (допомогу), адекватно реагує на підтримку

Увага

Дитина здатна зосередитися, добре розвинена довільна увага

Легко відповолюється. Гіперактивна (непосидюча, збуджена, не може всідити на місці).

Елементи польової поведінки (хаотична поведінка з неможливістю зосередитися)

Мовний розвиток

Ти любиш казочки? Які ти знаєш казочки? (Курочка-ряба, Колобок...)

Розкажи, що тут намальовано, що трапилося? (Сюжетний малюнок).

Розуміє сюжет. Може самостійно скласти розповідь. Може скласти розповідь з підказкою.

Не може скласти розповідь. Не розуміє сюжету.

Мова нечітка, із заїкуванням, скандована, монотонна, дитина не вимовляє окремі звуки (р, с, ш та ін.). Мовлення не розвинене: не може побудувати фрази, відповідає окремими словами.

Будує фрази з 3 та більше слів (іменник, прийменник, дієслово, прикметник, прислівник)

Використовує займенники.

Сформованість активного словника: *словник бідний, багатий.*

Моторний розвиток

Кодування (субтест Векслера).

Проба на реципрокну координацію: виконує (разом з експериментатором), виконує за зразком самостійно, не виконує.

Емоційний стан та реакція на обстеження

Дитина привітна, емоційно адекватна, зацікавлена

Швидко пристосовується до ситуації обстеження, охоче виконує інструкції

Дитина млява, байдужа, не виказує зацікавлення щодо виконання завдань

Неохоче виконує завдання. Відмовляється співпрацювати

Міміка збіднена. Дитина скута, розгублена, тривожна, налякана,

Дитина емоційно неадекватна (раптом сміється, плаче, гнівається).

Малюнок „Сім'я тварин”.

Протокол обстеження дитини 6 років

Дата

ПІБ _____

Орієнтування (аутоідентифікація)

Як тебе звуть? _____ **Як твоє прізвище?** _____

Скільки тобі років? (відповідає: _____) (вказує пальцями _____)

В якій ти групі? _____

Як звуть твою виховательку? _____

Яка зараз пора року? _____

Пізнавальні здібності та інтелектуальний розвиток

Пізнавальні функції

Розкажи, що тут намальовано:

Відро, Пасок (Ремінь), Гриб, Чайник, Лавка, Комп'ютер, Яблуко, Дерево, Ножиці, Лампа, Окуляри, М'яч, Велосипед, Гвіздок (Цвях)

Якого кольору? Абажур **жовтий**, яблуко **червоне**, крона **зелена**, м'яч **синій**

Покажи, де одна ягідка (мало ягідок)? А де багато?

Ти вмієш рахувати? Давай порахуємо монетки (13 штук)

Покажи, де в тебе права рука? Де в тебе ліве вухо? Де праве око? *Вказує правильно, вказує неправильно, не розумії завдання*

Зорова пам'ять: Чобіт, Коза, Куш

Слухова пам'ять: Слухай уважно: я назву тобі кілька чисел, а ти їх потім повториш:

4, 7, 3, 9 () 2, 8, 5, 4 () 7, 2, 6, 1 () Хоч би 1 ряд.

Кмітливість (субтест Векслера)

1		2		3		4		5		Сума	Оцінка
6		7		8		9		10			

Кодування (субтест Векслера) – 2 хв. Класифікація.

Кількість правильних виборів		Максимальна кількість балів –9.
Кількість неправильних виборів		

Тест „Намалюй людину”.

Дитина може використовувати підказку (допомогу), адекватно реагує на підтримку

Увага

Дитина здатна зосередитися, добре розвинена довільна увага

Легко відповоликається. Гіперактивна (непосидюча, збуджена, не може всідити на місці).

Елементи „польової” поведінки (хаотична поведінка з неможливістю зосередитися)

Мовний розвиток

Ти любиш казочки? Які ти знаєш казочки? (Курочка-ряба, Колобок...)

Розкажи, що тут намальовано, що трапилося? (Розповідь за сюжетним малюнком.

Розповідь за серією з трьох малюнків).

Розуміє сюжет. Може самостійно скласти розповідь. Може скласти розповідь з підказкою.

Не може скласти розповідь. Не розуміє сюжету.

Мова нечітка, із заїкуванням, скандована, монотонна, дитина не вимовляє окремі звуки (р, с, ш та ін.). Мовлення не розвинене: не може побудувати фрази, відповідає окремими словами.

Будує фрази з 3 та більше слів (іменник, прийменник, дієслово, прикметник, прислівник).

Використовує займенники

Сформованість активного словника: *словник бідний, багатий.*

Моторний розвиток

Кодування (субтест Векслера).

Проба на реципрокну координацію: виконує (разом з експериментатором), виконує за

зразком самостійно, не виконує.

Емоційний стан та реакція на обстеження

Дитина привітна, емоційно адекватна, зацікавлена
Швидко пристосовується до ситуації обстеження, охоче виконує інструкції
Дитина млява, байдужа, не виказує зацікавлення щодо виконання завдань
Неохоче виконує завдання. Відмовляється співпрацювати
Міміка збіднена. Дитина скута, розгублена, тривожна, налякана
Дитина емоційно неадекватна (раптом сміється, плаче, гнівається).
Малюнок „Сім'я тварин”.

Протокол обстеження дитини 7 років

Дата

ПІБ _____

Орієнтировка (аутоідентифікація)

Як тебе звуть? _____ **Як твоє прізвище?** _____
Скільки тобі років? (відповідає: _____) (вказує пальцями _____)
В якій ти групі? _____ **Яка зараз пора року?** _____
Як звуть твою виховательку? _____

Пізнавальні здібності та інтелектуальний розвиток

Пізнавальні функції

Розкажи, що тут намальовано:

Відро, Пасок (Ремінь), Гриб, Чайник, Лавка, Комп'ютер, Яблуко, Дерево, Ножиці, Лампа, Окуляри, М'яч, Велосипед, Гвіздок (Цвях)

Якого кольору? Абажур **жовтий**, яблуко **червоне**, крона **зелена**, м'яч **синій**

Покажи, де одна ягідка (мало ягідок)? А де багато?

Ти вмієш рахувати?

Скільки в тебе пальців на руці? _____

Скільки на іншій? _____

Скільки на двох руках разом? _____

Зорова пам'ять: Чобіт, Коза, Куш

Слухова пам'ять: Слухай уважно: я назву тобі кілька чисел, а ти їх потім повториш:

4, 7, 3, 9, 2 (_____) 2, 8, 5, 4, 1 (_____) 3, 2, 6, 1, 8 (_____) Хоч би 1 ряд.

Розуміння логіко-граматичних співвідношень (з використанням малюнків як стимульного матеріалу)

Хлопчик рятує дівчинку _____

Хлопчик упіймав дівчинку _____

Вантажівка забризкала легкову машину _____

Кмітливість (субтест Векслера)

1		2		3		4		5		Сума	Оцінка
6		7		8		9		10			
11		12		13		14					

Кодування (субтест Векслера) – 2 хв. Класифікація.

Кількість правильних виборів		Максимальна кількість балів –9.
Кількість неправильних виборів		

Тест „Намалюй людину”.

Дитина може використовувати підказку (допомогу), адекватно реагує на підтримку

Увага

Дитина здатна зосередитися, добре розвинена довільна увага
Легко відповолюється. Гіперактивна (непосидюча, збуджена, не може всідити на місці).
Елементи „польової” поведінки (хаотична поведінка з неможливістю зосередитися)

Мовний розвиток

Ти любиш казочки? Які ти знаєш казочки? (Курочка-ряба, Колобок...)

Розкажи, що тут намальовано, що трапилося? (Розповідь за сюжетним малюнком.

Розповідь за серією з трьох малюнків).

Розуміє сюжет. Може самостійно скласти розповідь. Може скласти розповідь з підказкою.

Не може скласти розповідь. Не розуміє сюжету.

Мова нечітка, із заїкуванням, скандована, монотонна, дитина не вимовляє окремі звуки (р, с, ш та ін.). Мовлення не розвинене: не може побудувати фрази, відповідає окремими словами.
Будує фрази з 3 та більше слів. _____

Сформованість активного словника: *словник бідний, багатий.*

Моторний розвиток

Кодування (субтест Векслера).

Проба на реципрокну координацію: виконує (разом з експериментатором), виконує за зразком самостійно, не виконує.

Емоційний стан та реакція на обстеження

Дитина привітна, емоційно адекватна, зацікавлена

Швидко пристосовується до ситуації обстеження, охоче виконує інструкції

Дитина млява, байдужа, не виказує зацікавлення щодо виконання завдань

Неохоче виконує завдання. Відмовляється співпрацювати

Міміка збіднена

Дитина скута, розгублена, тривожна, налякана

Дитина емоційно неадекватна (раптом сміється, плаче, гнівається).

Малюнок „Сім’я тварин”.

ДОДАТОК Д

Дані комплексної експертної оцінки стану дитини та індивідуальний план роботи з нею (приклади)

Приклад 1. Власюк Влас, 11 місяців (БД).

Сфера	Опис	Рекомендації
Емоційні особливості	Є ознаки підвищеної емоційної збудливості. Спокійна, врівноважена поведінка раптом змінюється на капризну. Причину капризної поведінки не завжди вдається встановити. Вночі засинає повільно і з труднощами. Сон неспокійний, переривчастий. Крик-плач характерний для гіпертензивно-гідроцефального синдрому (без визначеної причини, посилений в нічний час). Відгукується на емоційне спілкування з дорослим, швидко виникають позитивні емоційні прояви – усмішка, рухова активність, проте відсутні звукові реакції. Фіксує увагу на обличчі дорослого. Відсутність вокалізації (голосової реакції) при спілкуванні дитини з дорослим слід розглядати як наслідки емоційної деривації. Дуже болісно реагує на припинення спілкування – довго не може заспокоїтися, кричить. Прив’язаність до співробітника групи не сформована.	Необхідно сприяти формуванню надійної прив’язаності до дорослого (емоційна доступність дорослого, спільні ігри і прогулянки, годування і вкладання спати однією людиною, рекомендується заколисування перед сном). Необхідно стимулювати прояв “комплексу пожвавлення”. Забезпечити тактильну стимуляцію (частіше тримати на руках, “материнський масаж”), використовувати рухливі ігри для підняття емоційного тону. Необхідно підтримувати емоційно-позитивну активність дитини – дивитися в очі, викликати посмішку у відповідь. Потрібне збільшення мовного спілкування з використанням різноманітних інтонацій в голосі (багаторазове повторення імені дитини, приговорювання римованих строк, зміна інтонацій, гучності голосу, темпу вимовлення слів і складів, використання “перегукувань”, аукання), надання дитини ініціативи у спілкуванні (паузи 30-40 сек., під час яких дорослий спостерігає за немовлям і очікує від нього активності). У разі тривалого плачу рекомендується заколисувати в повільному темпі на руках чи колясці.

Паталогічні звички	Яктація (розгойдування навколішки) і смоктання пальця.	<p>Особі, що доглядає дитину, слід виявляти більше уваги та турботи, частіше заохочувати. Використовувати ритмічну стимуляцію (гойдалку), ритмічну музику, тривале тримання, “кружляння” на руках, ігри, що передбачають тактильний контакт, відмовитися від покарань, ігнорувати вказану звичку. Рекомендується дотримуватися ритуалу підготовки до сну:</p> <ul style="list-style-type: none"> - купання дитини - можливо, залишати включену нічну лампу - співання колискових, читання коротких віршів - погладжування дитини по голові, рукам, тулубу (“материнський масаж”) повільне заколисування.
<p>Соціальна</p> <ul style="list-style-type: none"> - спілкування з дорослим - ігрова діяльність 	<p>Відповідає 4-5 місяцям</p> <p>Затримка пов’язана з соціальною та емоційною депривацією.</p> <p>„Комплекс поживавлення” збіднений. Слабка зорова фіксація на обличчі дорослого, відсутність вокалізації, слабкі рухові реакції.</p> <p>Засмучується, якщо після спілкування її залишають саму в ліжечку.</p> <p>Вступає в гру з дорослими (викидання іграшок). На своє відображення в дзеркалі реакція слабка.</p>	<p>Рекомендується:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формування прив’язаності (дитина має навчитися виділяти знайомих людей) - необхідно підтримувати емоційно-позитивну активність дитини – тактильна стимуляція (“материнський масаж”) - необхідно формувати спілкування з дорослими на емоційно-діловому рівні (прості ігри “дай-на”, „ладушки”, і “ку-ку”, виймання іграшок з коробки і складання назад, рухливі ігри з м’ячем) - вправи з дзеркалом – для розвитку уявлень дитини про себе (підносити дитину до дзеркала, можна змінювати її зовнішній вигляд, надягаючи різні шапочки) - емоційно насичені ігри

Пізнавальний інтерес	Ще не сформований	Введення до процесу спілкування з дорослим предметів. Яскрава іграшка розташовується між обличчям дорослого і дитини. Іграшку повертають, рухають на різну відстань. Дитина має навчитися довго розглядати іграшку і стежити за її рухом. Потім необхідно лишити немовля наодинці з нею.
Когнітивний розвиток - маніпуляції з предметом - мовлення	Когнітивний розвиток – 6 міс. Мовлення –3. Бере предмет однією рукою, трясє брязкальце, тримає двома руками, перекладає з однієї руки в іншу. Наявне гуління, лепет відсутній. Звуки не копіює. На ім'я не реагує, прості інструкції у формі жесту не розуміє.	<ul style="list-style-type: none"> - Вправи з дзеркалом - вчити грати з двома іграшками - розвивати гру “ладушки”, „ку-ку”, „сорока-ворона” - гра “пошук повністю захованої іграшки” – дорослий ховає під хустинкою цікаву іграшку (вправа розвиває уявлення про об’єкт, при зникненні іграшки – чи зберігає в пам’яті дитина уявлення про предмет) - показувати великі предметні картинки - виділяти своє ім’я - вчити копіювати звуки, спочатку голосні, потім склади „ма”, „да” й ін. <p>З метою контролю динаміки когнітивного розвитку рекомендується тестування за шкалою KID кожні 3 місяці (доки затримка розвитку не буде компенсована).</p>

<p>Рухова сфера - загальна і тонка моторика</p>	<p>Рівень розвитку відповідає – 6-7 міс.</p> <p>Перевертається, сидить погано, проте сідає самостійно, хапаючись за поручні ліжечка. Повзає погано.</p> <p>Дрібна моторика: не намагається схопити дрібні предмети, не рве папір, тримає дві іграшки, проте не грає з ними, маніпуляції з предметами найпростіші (трясе, стукає, тягне до рота).</p>	<p>Необхідно забезпечити руховий і ігровий простір для дитини (в умовах БД дитина частіше за все знаходиться в ліжечку чи маленькому, м'якому манежі):</p> <ul style="list-style-type: none"> – необхідно викласти дитину на килим, - формувати навички повзання і навички сидіння. <p>Не рекомендується:</p> <ul style="list-style-type: none"> - використовувати <u>ходунки</u>; - пропонувати для гри дрібні предмети (намистинки, квасолинки), спочатку з метою безпеки можна для формування щипкового захвату пропонувати родзинки крихти хліба; - вчити виймати предмети з коробок, перекладати їх.; - давати обмацувати різноманітні сенсорні іграшки; - пропонувати для малювання олівець. <p>Задля контролю динаміки рухового розвитку рекомендується тестування за шкалою KID кожні 3 місяці (доки затримка розвитку не буде скомпенсована).</p>
<p>Навички самообслуговування</p>	<p>Охоплює пляшку руками, бере їжу із ложки, відкриває рот, коли бачить ложку. П'є з чашки, яку тримає дорослий.</p>	<p>Рекомендується вчити дитину їсти з ложки, вкладати ложку в руку дитини, за допомогою дорослого підносити ложку до рота дитини, привчати пити з чашки самостійно.</p>
<p>Прогноз</p>	<p>На даному етапі розвитку прогноз когнітивного розвитку не визначений.</p>	<p>Спостереження на тлі виконання рекомендацій, повторне контрольне тестування.</p>

Приклад 2. Іванова Іванна, 2 роки і 4 місяці (БД).

Сфера	Опис	Рекомендації
Фізичний розвиток	Затримка фізичного розвитку	Заняття з фізичного виховання в групі, лікувальна гімнастика та загальний масаж (курсами по 10-12 сеансів двічі на рік), прогулянки на свіжому повітрі.
Календар щеплень	Щеплена за віком	
Фізичне здоров'я	Рахіт (підгострий перебіг); Залізодефіцитна анемія I ст.	Педіатр, гематолог (для визначення поточного стану та профілактичного лікування дитини)
Неврологічний діагноз	Затримка психофізичного і мовного розвитку Примітка: ризик формування неврозу страху.	Обстеження: - для уточнення ступеню ураження ЦНС: сонограма - для з'ясування функціонального стану головного мозку: ЕЕГ Курси відновного лікування: 1) лікувальний масаж: - зміцнення всіх м'язових груп; - розслаблення м'язів голені.
Харчування. Харчова поведінка.	Апетит періодично знижений. Вибірковість в їжі. Зниження апетиту можливо пов'язане з емоційними труднощами (дитина важко адаптується до нових умов, переживає розлуку з близькими)	Не рекомендується наполягати на повному з'їданні порції, дати дитині можливість вибору страв, збільшувати прийом фруктів, улюблених і корисних продуктів харчування. Стіл: загальний з підвищеним вмістом вітамінів.
Особливості сну	Неспокійний сон. Порушення цієї сфери пов'язане з емоційними проблемами (дитина важко адаптується до нових умов, переживає розлуку з близькими). По мірі адаптації до нової ситуації сон поступово стабілізується.	Рекомендується зберігати ритуал підготовки до сну: - купати дитину; - можливо, залишати включеною нічну лампу; - співати колискові, читати короткі вірші - погладжувати дитину по голові, руках, тулубу ("материнський масаж"), повільно заколисувати - показувати дитині свою любов, прищеплювати дитині почуття, що вона потрібна; - давати достатнє рухове навантаження протягом дня; - музичний супровід під час засинання (шум прибою, співи пташок), під час денного сну.

Емоційні особливості	<p>Відзначаються порушення невротичного характеру. Важко адаптується в БД. Напружена. Характерні частий плач, тремтіння при збудженні чи хвилюванні, тривожність. Високий рівень актуалізації страхів: боїться всього нового, чужих людей, відмовляється спілкуватися з деякими працівниками БД. Є ознаки деприваційної депресії (знижений настрій, зниження мовної активності, рухової активності, неспокійний сон, знижений апетит, вибірковість в їжі).</p> <p>Прив'язаність до працівника групи поки не сформована. В ситуації тривалого психоемоційного напруження може сформуватися невроз страху, зрости піддатливість до соматичних захворювань.</p>	<p>Психотравмуюча ситуація – розлука з близькими. За повернення дитини в сім'ю емоційні порушення можуть зберігатися кілька місяців. Дівчинка може “чіплятися” за близьку людину, не відпускати її від себе. Спочатку можливе загострення емоційних порушень – дитині боїться повторення психотравмуючої ситуації. Можливі негативізм, протестні реакції. Рекомендується формування надійної прив'язаності до одного з членів сім'ї (емоційна доступність, спільні прогулянки і ігри, годування і вкладання спати однією людиною). У перші місяці не рекомендується відвідання дитячого садочка, заходів, що пов'язані з великою кількістю людей (необхідно уникати емоційного перезбудження). Рекомендується курс індивідуальної недирективної ігрової терапії з метою корекції страхів, формування впевненості в собі. Рекомендується курс сімейної ігрової терапії з метою формування надійної прив'язаності. Якщо немає можливості відмінити відвідування дитиною дитячого садочку, то сімейна психотерапія обов'язкова. Для стабілізації емоційного фону – ноофен (50-60 днів).</p>
----------------------	--	--

Паталогічні звички	Не виявлені. В ситуації тривалого стресового впливу можлива поява смоктання пальців чи інші шкідливі звички.	З метою профілактики появи паталогічних звичок необхідно дотримуватися рекомендацій щодо стабілізації емоційної сфери.
Соціальний розвиток	Відповідає 1 рік.1 міс. – незначна затримка, що пов’язана з емоційними проблемами. Ігрова діяльність в межах вікової норми: є ігри “понарошку”, зберігає чергу в іграх. Сформована сюжетно-відображувальна гра. До спілкування з дітьми не прагне. Прагне спілкуватися з працівником групи, який може забезпечити емоційний комфорт, бере на руки, заспокоює в ситуації тривоги.	Рекомендується залучати до рухливих ігор, що сприяють покращенню настрою (наздоганялки, ігри з м’ячем, водою, піском, киданням предметів). З метою зняття страху самотності рекомендуються ігри у хованки з дорослим (ховаються почергово дитина і дорослий). Залучати до спільної діяльності з дорослим : невелика допомога в домашніх справах. Постійна похвала дитини за позитивну поведінку.
Пізнавальний інтерес	На даний момент знижений, на заняттях скута. Не виявляє ініціативи, побоюється зробити помилку. Є порушення уваги.	Необхідні похвала, заохочення за найдрібніший прояв ініціативи.
Когнітивний розвиток (розвиток мовлення, розуміння мови)	Розвиток мовлення – 2 роки 2 міс. Розуміння мови – 1 рік 7 міс. Сформовані ключові навички – говорить фразами з 2-3 слів, називає знайомі предмети і дії на картинках, копіює звуки тварин, знає частини тіла, сформоване поняття величини.	Рекомендується формувати ключові навички: - відповідати на запитання “Хто це? Що це? З ким? З чим?” по картинках: - розуміння сполучників “в, на, під” - поняття “вверх-вниз” - поняття “один, багато, всі” - диференціювати основні кольори, визначати за назвою один колір - поняття “хлопчик-дівчинка”. Задля контролю динаміки мовленнєвого розвитку рекомендується тестування за шкалою KID кожні 3 місяці (доки затримка розвитку не буде компенсована).

Загальна моторика	<p>Рівень розвитку відповідає – 2 рокам. Самостійно ходить. Присідає. Короткочасно стоїть на одній нозі. Починає бігати. Самостійно спускається по сходах приставним кроком, лазить на прості споруди на ігровому майданчику. Більш детальну інформацію щодо навичок див.: “Оцінка розвитку дитини за шкалою KID”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Рекомендуються заняття в спортивному куточку групи – 2-чі на день. Приблизний комплекс ЛФК(тривалість заняття – 20 хвилин). <p>Початок заняття: Ходити довільним кроком з підняттям рук: руки вгору – вдих, руки вниз – видих. Ходити „солдатином” - високо по чергово підіймати випрямлені ноги. Біг: Біг по колу зали. Подолання перешкод: Проповзти крізь тунель. Пройти „пагорбами” по кольоровим подушкам, крокуючи по чергово змінюючи ноги (права-ліва). Переступати і переповзати по чергово через валики різної висоти. Спробувати піднятися мотузковими сходами. Стимуляція рефлексогенних зон стоп. Ходьба по „сенсорній доріжці”. (морське каміння різного розміру від 3-5 сантиметрів до 3-5 міліметрів в трьох зонах або рельєфні килимки з різною висотою шипів. Ходіння. Ходіння на носках і п’ятках. Закінчення заняття: Довільне ходіння. - Чергування активної і пасивної ігрової діяльності. З метою розвитку навичок спілкування, стабілізації емоційної сфери рекомендуються спільні рухливі ігри з дітьми, що не мають характер змагань.</p>
-------------------	---	---

Дрібна моторика	Рівень розвитку відповідає 2 рокам 4 місяцям – норма. Сформовані ключові навички: будує башти із кубиків (до 7-8), прості конструкції за зразком. Малює каракулі, копіює кругові, горизонтальні лінії.	Рекомендується формувати ключові навички: - будувати прості конструкції із кубиків по слову, - вкладати прості форми чи фігурки в складній картинці, - розрізня картинка із 2-х частин - копіювати коло, хрест, - проста вправа з протягуванням мотузки, - відкручувати і закручувати кришки від банок і склянок. Задля контролю динаміки розвитку дрібної моторики рекомендується тестування за шкалою KID кожні 3 місяці (доки затримка розвитку не буде скомпенсована).
Навички самообслуговування	Рівень розвитку відповідає – 2 рокам 1 місяцю - у межах норми. Самостійно їсть, миє і витирає руки. Миє обличчя.	Рекомендується привчати диференційовано проситися на горщик („за малим” та „за великим”). Привчати чистити зуби.
Прогноз	За умов виховання в сім'ї прогноз позитивний: нормальний інтелектуальний розвиток, стабілізація емоційної сфери, нормальний руховий розвиток.	Потрібна спеціальна підготовка дівчинки та потенційних усиновителів до всиновлення.

Приклад 3. Василенко Оксана, 15 років і 3 місяці (ДБЗТ).

Сфери оцінки та втручання	Стан на момент обстеження (в т.ч. „проблемні зони”)	Завдання та заходи, спрямовані на розв’язання проблем
Фізичний розвиток	Відповідає віковій нормі	
Стан фізичного здоров'я	У дівчини діагностовано: а) хронічний субкомпенсований тонзиліт; б) дискінезія жовчевивідних шляхів по змішаному типу; в) карієс. Щеплена за віком.	Потребує: а) диспансерного нагляду дільничного лікаря та отоларінголога (з метою визначення поточного стану та профілактичного лікування); б) додаткового обстеження: УЗД черевної порожнини (з метою визначення стану органів травлення); в) огляду стоматолога (з метою санації зубів); г) організації збалансованого харчування з підвищеним вмістом вітамінів й виключенням жирних продуктів, сокогінних приправ (гірчиці, перцю); д) переведення у підготовчу групу фізичного виховання.

Стан психічного здоров'я	Є дані про органічний розлад ЦНС, затримку психічного розвитку	Потребує обстеження (ЕЕГ, РЕГ) з подальшої консультацією психіатра для вирішення питання про доцільність медикаментозного лікування.
Особистісні характеристики (у тому числі особливості емоційно-поведінкових реакцій)	<p>Самооцінка диференційована: неадекватно завищеною є оцінка показника “здоров'я”; висока оцінка “товариськості” явно відповідає положенню Оксани в дитячому оточенні, де вона займає лідерську позицію. Вкрай низькими є оцінки “успішність у навчанні” і “розуму”, що, однак, також відповідає реальному становищу. Дівчина активна, має високий рівень домагань і мотивації досягнень, честолюбна, прагне проявити себе, впливати на оточуючих, при цьому є непослідовною, авторитарною, упертою. За цим, можливо, криється страх перед проблемами, особливо пов'язаними з сімейною ситуацією.</p> <p>Егоцентрична, образлива, нетерпляча – ці особливості реагування можуть негативно впливати на концентрацію уваги, працездатність.</p> <p>Невдоволена собою, власним становищем. Емоційна, прагне контактів, але схильна приділяти занадто багато уваги реакції на себе оточуючих, завищувати ворожість їх ставлення до себе, погано розуміє нюанси, недовірлива, не здатна просити емоційної підтримки. Сексуальність і чуттєвість або витиснені, або сприймаються негативно.</p> <p>За схильністю домінувати, яка часто реалізується через агресію, криється придушена потреба у близьких стосунках, підтримці, захисті з боку авторитетного дорослого (зокрема батька або особи, що візьме на себе його функції), потреба у стабільності, захищеності – потреба „за когось триматися”.</p>	<p>Дуже корисними для дівчини була б участь у “групах зустрічей” або залучення до соціально-психологічних тренінгів, де вона мала б можливість усвідомити особливості власної поведінки, отримати психологічну підтримку, зворотній зв'язок від інших підлітків – учасників групи.</p> <p>Важливим напрямом психологічної допомоги є корекція сприйняття Яною самої себе з формуванням більш позитивного Я-образу.</p>

Комунікативні особливості (взаємодія з дітьми та дорослими)	Схильна до вербальної агресії по відношенню до дорослих та однолітків. Особливо це виявляється, коли дорослі примушують щось робити.	Потребує залучення до тренінгу комунікативних навичок. Це завдання щільно пов'язане з формування навичок контролю власних емоційних реакцій.
Пізнавальні здібності та інтелектуальний розвиток	Показники пізнавальних здібностей та інтелектуального розвитку є нерівномірними: за достатніх показників механічної пам'яті та загальної обізнаності демонструє низькі показники вербального інтелекту, здатності до узагальнення, концентрації уваги та зорово-моторної координації. Показник невербального інтелекту становить 69 балів за шкалою Векслера (при нормі 90-110) і відповідає 9 рокам. Це може бути як наслідком соціально-психологічної довготривалої депривації (через перебування в умовах інтернатного закладу), так і результатом низької мотивованості та (або) високої фрустрації в ситуації тестування.	Потребує розвитку передумов інтелекту (концентрації уваги, формування навичок зорово-моторної координації, розвитку вербального інтелекту).
Побутові навички та навички самообслуговування	Повною мірою володіє навичками самообслуговування, необхідними для її віку. Дбає про свою зовнішність, намагається гарно одягатися та виглядати. З метою покращання своєї зовнішності навіть пофарбувала волосся та придбала косметику.	Необхідним є створення в інтернатному закладі умов, що забезпечують підтримку та розвиток побутових навичок (долучення до організації побуту, облаштування кімнат, території, надання можливості прати, прасувати, брати участь у приготуванні їжі, організації вечірок та ін.) Потребує допомоги щодо формування вмінь правильного користування косметичним засобами.

Навчальна діяльність	У дівчини низька мотивація навчання, вчитися їй не подобається, через це на уроках нудно. Подобаються лише уроки права. Усвідомлює, що вчиться погано, але вважає, що не це в житті головне.	Потребує психолого-педагогічної корекції, спрямованої на формування мотивації до навчання.
Коло захоплень та інтересів	Пізнавальні інтереси досить обмежені. Читати не любить, надає перевагу перегляду серіалів. Іноді вишиває, але не довго, бо „не вистачає нервів”. У вільний час любить гуляти з дівчатами на вулиці.	Потребує психолого-педагогічної корекції, спрямованої на розширення кола інтересів.
Соціальні навички та настанови	Доросле життя уявляє собі неясно, спираючись на загальні стандарти, реальних планів немає.	Потребує розвитку соціальних навичок, допомоги у формуванні найближчих життєвих планів, підготовки до самостійного життя, формування чіткого уявлення про шляхи здобуття професії та розв'язання соціальних проблем.
Особливі проблеми	Палить і не збирається припиняти паління – стверджує, що не може.	Потребує спеціальної допомоги, спрямованої на формування настанови на припинення паління. Необхідним є залучення до програм формування навичок здорового способу життя, а також програм статевого виховання, профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом.
Ставлення до сімейної ситуації	Ставлення до сім'ї є в цілому позитивним, хоч дівчина і сприймає її розрізною, а себе - неприйнятною. Емоційно більш близьким, хоча й більш дисфункційним вважає батька, з яким себе ідентифікує. Вважає за можливе жити з батьком або з сестрою.	Доречним є більш ретельне вивчення сімейної ситуації, сприяння налагодженню тісніших стосунків між дівчиною, її сестрою та батьком, з подальшим визначенням необхідних кроків для об'єднання з близькими.

Í Î ÑÒÓËË

[illegible]

[illegible]

[illegible]