МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Соціально-психологічнареабілітаціядітейалкоголезалежнихбатьків

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка 231-М групи

Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійної (наукової)
програми Психологія
Ілона УЛІМОВА

Керівник: к.психол.н.
Олена ТАНАСІЙЧУК

Рецензент:к.психол.н., доцентка
ІннаЧУГУЄВА

Івано-Франківськ-2022

З М І С Т

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ З АЛКОГОЛЬНО-ЗАЛЕЖНИХ РОДИН 8

1.1. Алкогольна залежність батьків та її наслідки на психічний розвиток дітей 8

1.2. Медико-соціальні аспекти впливу алкоголізму на дітей 14

1.3. Вплив родини на формування аддиктивних механізмів 21

Висновки до розділу 1 25

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО І ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬСЯ В РІЗНИХ УМОВАХ МІКРОСОЦІУМУ 27

2.1. Характеристика контингенту емпіричного дослідження і методів психологічної діагностики 27

2.2. Особливості дітей із сімей алкоголіків та благополучних сімей 34

2.2.1. Аналіз самопочуття, активності та настрою досліджуваних 34

2.2.2. Особливості емоційної сфери дітей, що виховуються у різних умовах мікросоціуму. 37

Висновки до розділу 2 44

РОЗДІЛ 3.ЗАГАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОДИН АЛКОГОЛІКІВ 46

3.1. Поняття соціально-психологічної реабілітації дітей із алкогольно-узалежнених родин 46

3.2 Психологічні основи соціальної реабілітації 53

3.3. Практичні рекомендації для психологів 55

3.4 Визначення ефективності корекційно-розвиваючої програми 57

Висновки до розділу 3 60

ВИСНОВКИ 62

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 64

ДОДАТКИ 68

Додаток А. «Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету» 69

ВСТУП

Актуальність даної роботи визначена необхідністю особистісної й соціальної адаптації дітей, батьки яких уживають спиртне, тим самим заважаючи власним дітям повноцінно розвиватися, навчатися, одержувати різні рівні освіти, займатися улюбленим хобі, створювати власні родини і загалом – жити щасливим життям. Саме тому, надання соціально-психологічної підтримки таким дітям, допомога у їхній реабілітації, успішному розвитку, як інтелектуальному, так і емоційному, – полягає урозробці технології адаптації дітей з неблагополучних родин (а всі питущі родини без винятку можна віднести до неблагополучного) і є нагальною та актуальною.

Процеси, яківідбуваються в нашій країні, гуманізація суспільних відносин та дитино-центрованість, – повиннізумовлюватинові, інноваційні та самостійні напряминадання соціально-психологічної допомоги тапідтримки родинам, які потрапили або хронічно перебувають у скрутному стані, небезпечному, першою чергою для дітей, що виховуються у складних життєвих умовах. При цьому, на сьогодні спостерігається тенденція «виключення» неблагополучних родин із загального пристосувального контексту, що здобуває особливий зміст в умовах економічної, соціальної та політичної нестабільності. Означена ситуаціяпояснюєтьсязростаннямкількості таких родин, незадовільним функціонуванням системи їх соціального захисту й психологічної підтримки. До родин алкогольно-залежнихпереважно застосовують заходи адміністративного впливу аборобота із цими родинами і їх дітьми має, у найкращому разі, епізодичний, але не систематичний характер і виражається у вигляді перевірок умов життя та показових благодійних акцій.

Розробка проблем запобігання виникненню вад особистісного розвитку дітей з алкогольноузалежнених сімей в українській психології знаходиться на початковому етапі. Більш докладно її досліджують за кордоном. Питання,

пов’язані з подоланням адиктивної поведінки дітей із узалежнених сімей, розв’язувалися у роботах С.Л.Перрі, Р.Тітча, С.А.Джонсона, Є.Мелібурди та інших.

Сучасні українські психологи, педагоги та медики внесли значний вклад у вивчення даної проблеми. В.С.Братусь, В.Д.Москаленко, Л.В.Рязанова, О.М.Маслюкова та інші вивчали властивості особистості, що виховується у алкогольноузалежненій сім’ї, та спадкові вади дітей, що народилися від батьків-алкоголіків.

В.С.Хомік, С.В.Дворяк, В.М.Синицький та інші вивчали шляхи та методи прилучання дітей до алкоголю та наркотиків; І.А.Белінська досліджувала типи відхилень у розвитку особистості підлітків із алкогольно-узалежнених сімей, Н.Ю.Максимова розпочала дослідження впливу неадекватного сімейного виховання на виникнення адиктивної поведінки неповнолітніх та корекції рольових позицій дитини із узалежненої сім’ї.

Таким чином, проведений аналіз дозволяє стверджувати, що тема даної роботи **«Соціально-психологічна реабілітація дітей з родин алкоголіків»** є актуальною та нагальною.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота написана в межах тематичного плану кафедри психології, факультету психології, історії та соціології Херсонського державного університету «Соціально-психологічні виміри становлення та розвитку особистості» (державний реєстраційний номер 0119 U 101096).

Мета дослідження: визначити найбільш характерні психічні й особистісні зміни у дітей з родин алкогольно-залежнихтаз’ясувати особливості соціально-психологічної допомоги цій категорії дітей.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати літературу із проблем алкоголізму батьків і їх впливу на психічний та особистісний розвиток дітей і визначити основні напрямки вивчення таких дітей.

2. Дослідити особливості психічного і особистісного розвитку дітей із родинах алкоголіків.

3. З’ясувати особливості соціальної-психологічної роботи з дітьми, один або обоє батька яких страждають на алкоголізм.

Предмет дослідження: психічні й особистісні відхилення в дітей з родин алкоголіків і їхньої зміни під впливом соціально-психологічної реабілітації.

Об'єкт дослідження: діти з родин алкоголіків, включені в соціально-психологічний реабілітаційний процес.

Для розв’язання поставлених завдань використовувався комплекс **методів**: теоретичний аналіз досліджуваної проблеми на базі вивчення психологічної літератури, бесіди, спостереження та психодіагностичні методики. Кількісний аналіз результатів проводився за допомогою математико-статистичного методу обробки емпіричних даних.

Наукова новизна одержаних результатів. Уточнено, специфіку та наслідки впливу алкогольної залежності батьків на психічний розвиток дітей, медико-соціальні аспекти впливу алкоголізму на дітей, вплив родини на формування аддиктивних механізмів. З’ясовано загальні аспекти проблеми соціально-психологічної реабілітації дітей з родин батьки яких страждають на алкоголізм.

Практична значущість дослідження полягає у поглибленні розуміння впливу алкоголізму батьків на психічний стан дітей, в обґрунтуванні психодіагностичного дослідження дітей із сімей алкоголіків, в узагальненні досвіду соціально-психологічної реабілітації дітей батьки яких зловживають алкоголем.

Наукові результати можуть бути використані у практичній діяльності центрів соціальних служб для молоді, шкільних та практичних психологів.

Апробація роботи. Матеріали кваліфікаційної роботи доповідались на XLIX Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки в країнах Європи та Азії».

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано статтю, що вміщена у збірник матеріалів XLIX Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки в країнах Європи та Азії».

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел і додатків. Основний зміст роботи викладений на 62 сторінках друкованого тексту і вміщує9 таблиць та 2 рисунки. Список використаних джерел нараховує 62роботи класичних та сучасних дослідників.

РОЗДІЛ І
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ З АЛКОГОЛЬНО-ЗАЛЕЖНИХ РОДИН

1.1. Алкогольна залежність батьків таїї наслідки на психічний розвиток дітей

Шеренг дослідників (А..Є.Айвазова, Б.С.Братусь, В.Д.Москаленко, О.А.Портнов, І.М.Пятницька, К.С.Сборщикова, І.В.Ярославцев та інші) зазначають, що алкоголізм – це патологічна пристрасть до алкоголю, якаформується прийого постійному вживанні, що зумовлює втрату людиною соціально значущих духовних та фізичних якостей[1; 11; 30; 40; 43; 47; 62]. І.А. Белінська вважає, що необхідність профілактичної та реабілітаційної роботи з алкоголізмом у нашій країні й у світі здобуває все більшу актуальність [5]. На її думку, це зумовлено тим, що:«захворювання завдає шкоди не тільки здоров'ю питущого, але і є комплексною проблемою, що вміщуєнизку аспектів: соціальний, економічний, виховний, правовий, психологічний»[5, с. 83].В.Г.Панок наголошує:«особливу тривогу викликає проблема сімейного алкоголізму. Серед причин розлучення в економічно розвинених країнах алкоголізм одного з батьків досягає 60-80% випадків. В Україні половина розлучень відбувається за ініціативи жінок у зв'язку з алкоголізмом чоловіка»[35, с. 7].

Дослідники (І.А.Белінська, І.А.Горьковая, Ц.П.Короленко, Н.Ю.Максимова, С.В.Толстоухова, К.С.Сборщикова та інші) відзначають, що хронічна, травмуюча психіку ситуація в родині негативно впливає на психосоматичне здоров’яяк дітей, так і дорослих членів сім’ї [5; 15; 20; 25; 47].Н.Ю.Максимова зазначає: «У таких родинах складається обстановка, що робить неможливим повноцінне виховання й навчання дітей: постійні скандали, брутальність, насильство з боку батьків, відсутність взаєморозуміння – все це зумовлюєрозумову обмеженістьта

психофізичненедорозвинення дітей»[26, с. 37].При цьому, дослідниця акцентує увагу на тому, що випадки, коли уалкогольно-залежних народжуються діти з нормальним психічним розвитком, є не є аргументом щодо нешкідливості алкоголізму батьків, а є лише свідченням того, що фактор алкоголізму діє в сукупності із значною кількістю інших факторів[26, с. 38].

Окрім того, В.І.Аліпов та В.В.Крохов зазначають:«детальний аналіз особливостей розвитку цих так званих «нормальних дітей» показує наявність у них відхилень в емоційно-вольовій і особистісній сферах. Майбутнім батькам треба знати, що епізод уживання алкоголю (наприклад, матір'ю під час вагітності) може зіграти фатальну роль у розвитку дитини. Цей випадок може виявитися тією єдиною краплею, що переповняє посудину й дає можливість вилити неблагополучний вантаж спадковості або виявиться іншою несприятливою передумова розвитку»[2, с. 14].

Незважаючи на велику розмаїтість напрямків і характер психічного й фізичного розвитку дітей, що виховуються в алкогольно-узалежнених родинах дослідники відмічають наявність загальних закономірностей.

Насамперед, як відзначають В.І.Аліпов, В.В.Крохов, І.А.Горьковая,О.М.Маслюкова, І.В.Ярославцев та інші алкоголізм батьків зумовлює різні соматичні патології, передчасніпологи, затримки у психофізичному розвитку дитини, поведінкові та психічні розлади тощо [2; 15; 27; 62].Так, В.І.Аліпов та В.В.Крохов зауважують, що ці діти страждають на різні психосоматичні захворювання та характеризуються низьким темпом психофізичного розвитку. Також, дослідники відмічають: «У деяких випадках алкоголізм одного з батьків призводить до народження дитини з різними каліцтвами. У медицині є спеціальний термін для позначень порушень у дітей алкоголіків – «алкогольнаембріопатія»:грубі пороки розвитку систем організму плода Для цього стану характерні недорозвинення або неправильний розвиток окремих частин тіла, уроджені пороки серця,

дефекти у будові верхньої й нижньої щелепи, зорові аномалії, неправильний розвиток суглобів»[2, с. 15].

І.В.Ярославцев звертає увагу на те, що діти матерів-алкоголічок привертають до себе увагунизькою вагою та ростом, які не відповідають віковим нормам та маленьким розміром голови. Науковець відмічає: «Дисфункція нервової системи виявляється вже з перших днів і місяців життя у формі специфічної затримки психомоторного розвитку»[62, с. 45].

В.Д.Москаленко зазначає, що 40-60% дітей алкоголіківстраждають на розумову відсталість. Дослідник звертає увагу на те, що:«Ознаки цього дефекту проявляються у всіх сферах психічної діяльності дитини, у тому числі в емоційно-вольової. Діти погано оцінюють ситуацію та не спроможні до змінення своєї поведінки враховуючи її обставини, тобто діють шаблонно»[30, с. 17].Автор відмічає, що у значної частина цих дітейемоції нестійкі та поверхневі, занадто навіювані, часто відсутня критичність свого стану та дій. Незважаючи на те, що рівні розвитку психічних функцій при олігофренії знаходятьсяу прямій залежності від виразності патології, можливості соціальної адаптації такої дитини у значній мірі визначаються умовами навчання й виховання[30].

В.Г. Панок описує, що: «Порушення розумового розвитку дітей, батьків, що страждають алкоголізмом, можуть бути обумовлені не тільки олігофренією, але й затриманим темпом розвитку центральної нервової системи. У цих випадках діти, хоча й не є розумово відсталими, але за темпом свого психічного розвитку відстають від своїх однолітків, що розвиваються нормально. Ця група дітей у вітчизняній літературі позначаються як діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР), у яких відмічається відставання в розвитку таких розумових операцій, як аналіз, порівняння, синтез»[35, с. 57].

На думку науковців (С.В.Березін,К.С.Лісецький, Л.І.Божович, В.Ю.Зав’ялов, Н.Ю.Максимова, В.Д.Москаленко та інші)посиленню або появі відхилень у поведінці дітейсприяє відсутність виховання та

дисфункційнеабо деструктивне виховання[6; 9; 17; 26; 31]. Зокрема,В.Ю.Зав’ялов до такого виховання відносить випадки, коли батьками, що ведуть аморальний спосіб життя, фактично не виконуються батьківські обов’язки щодо дитини; дитина є непотрібною тапостійноспостерігає приклади насилля, жорстокості тазловживання речовинами з боку дорослих[17].

Така спадковість і соціальна ситуація розвитку дитини (недолік турботи й пещення, життя в стані постійного страху та непередбачуваність у поведінці батьків) провокують формування специфічних рис характеру, які детермінуються травматичним досвідом, сильними негативнимиемоціямита внутрішнім конфліктом, які виникають у відповідь на дію зовнішній стресових факторів. Н.Ю.Максимова вважає, що внутрішній конфлікт є наслідок виникненняу дитини амбівалентнихемоцій та почуттів до близьких людей.На її думку при сімейному алкоголізмі амбівалентні почуття у дитини є характерними. Це може бути подвійне ставлення до питущого батька або матері або сполучення образи, гніву та любові до батьків у дітей, що знаходяться у інтернатах та дитячих будинках [26].

Спираючись на дослідження науковців (І.А.Белінська, М.Бітті, Н.Ю.Максимова, В.Д.Москаленко, В.Г.Панок, І.М.Пятницька, К.С.Сборщикова та інші) виокремимо те загальне, що характерно для дітей алкоголіків у аспекті становлення їх характеру як вплив сполучення вроджених і зовнішніх впливів[5; 8; 25; 31; 35; 44; 47].К.С.Сборщиковата А.В.Теренковідмічають, щохарактерною рисою дітей,батьки яких страждають на алкоголізм,є вразливість, надчутливість [47. с. 9]. Така чутливість(є різновидом довгострокової емоційної пам'яті) фіксаціїпобудована на неприємних подіях та почуттях. Дитина довго пам'ятає образу, приниження, страх, тощо і частоповертається у своїх переживанняхдо минулого. Іншими словами, дитина живе у «там та тоді» і для неї складно у своїх діях та вчинках спиратися на «тут та зараз»[47. с. 9].

В.Д. Москаленко та ін. дослідники відмічають, що характерним для дітей із сімей алкоголіків є складність ідентифікувати та виразити свої почуття, ізоляція від власних почуттів[35].Зумовлено це тим, що дитиназ народження вона відчуває дисонанс між поведінкою батьків і їх запевненнями, що «усе нормально», «нічого поганого та страшного не відбувається». Дитина привчаєтьсявласні переживання тримати у собі та не реагувати на почуття інших. На думку автора: «Особливо важко діти переживають образу, отриману від батьків, які в стані алкогольного сп'яніння ображають, загрожують побоями або навіть погрозами убити їх. Але діти ні батькам, ні в середовищі однолітків ніколи не говорять про свої страждання,адже цілком природно для дітей пишатися своїми батьками»[35, с. 23].В.Д. Москаленко зауважує, навіть усвідомлюючи, що їхні родини невигідно відрізняються від інших, але ж однаково починають захищати свою родину. «Всі негативні сильні переживання вони міцно тримають у собі, адже переконані, що те про що не висловлено вголос, того не існує. Збереження цього «великого секрету» є більше важливим, чим розповісти про свої почуття»[35, с. 24].

Також діти з алкогольних родин мають внутрішню нестійкість, обумовлену наявністю важкопоєднаних, амбівалентних почуттів і переживань, підвищеною тривожністю. Остання,детермінується, на думку В.Д.Менделевича, підвищеною емоційною чутливістю, дитячим травматичним досвідом, якийпідвищує емоційність, та/або трансляцією тривоги і занепокоєння з боку батьків, нерозв'язністю якоїсьжиттєво важливої ситуації для дитини, блокуванням їїбазових потреб, бажань, інтересів [28].

Думку В.Д. Менделевича у своєму дослідженні розвиває В.І. Шебанова, яка зазначає: «специфічний досвід переживання безпорадності, який у поєднанні з внутрішньою фіксованістю на почуттях незадоволеності (як перманентної особистісної кризи та перманентного хаосу), не дозволяє набути необхідні навички диференціації власних потреб

(не тільки харчових, але й особистісних) і гальмує природний процес досягнення автономності, що створює сприятливі умови для актуалізації проблемних стратегій поведінки» [58, с. 60].

К.С.Сборщикова та А.В.Теренко вважають, що це положення ускладнюється тим, що діти не можуть через свій обмежений і вже деформований досвід, умови виховання істосунки у родині емоційновідреагувати нервово-психічне напруження, що накопичується. Авторки зазначають, що: «Коли довгостроково діючий стрес перевершує пристосувальні можливості дітей, не дає їм виразити себе, вчасно відреагувати емоції, що виникають у травматичнійситуації, це знижує здатність адекватно сприймати себе, знижує самооцінку, формує непевність у своїх силах та можливостях, страхи та тривогу, почуття безпорадності й безсилля…. розвиток ідей самознищення, неповноцінності, нездатність бути собою серед інших»[47, с. 12].

Всі ці порушення приводять до різних форм специфічної поведінкиу дітей. Зокрема, О.М. Маслюкова виокремлює наступні форми поведінки дітей алкоголіків. Насамперед це реакції протесту: «… виникають при наявності алкоголізму одного з батьків. Дитина стає грубою, неслухняною, прагне все зробити на зло. Поряд з активними реакціями протесту можуть спостерігатися пасивні реакції, коли дитина йде з дому, боїться батьків і не вертається, а потім поступово починає уникати спілкування й з однолітками. На цьому тлі в дитини легко виникають невротичні розлади: порушення сну, нестійкість настрою. Можуть спостерігатися тіки, заїкання, енурез. Більш різким проявом пасивного протесту є спроби самогубства, в основі яких надмірно виражене почуття образи, бажання помститися, налякати. У деяких випадках ці спроби мають демонстративний характер»[27, с. 34].

Іншою формою специфічноїповедінки удітей з алкогольно-узалежнених сімей є імітаційна поведінка. Дослідниця зазначає, що : «У дітей у силу їх загальної невротизації, підвищеної сугестивності, емоційно-вольової нестійкості є підвищена схильність до виникнення соціально-

негативних форм імітаційної поведінки (лихослів'я, хуліганські вчинки, дрібне злодійство, бродяжництво тощо)»[27, с. 35].

На нашу думку, вищеозначене переконливо доводить важливість ролі близького оточення у попередженні порушень поведінкитавідхилень характеру у дітей алкоголіків. Адже всі вищеозначені порушення можуть стати підґрунтям для формування стійких патологічних властивостей особистості, якізумовлять її соціальну дезадаптацію.

1.2 Медико-соціальні наслідки впливу алкоголізму батьків на дітей

О.А.Портнов у своїй монографії зазначає, що щеу 1915 р. Піроговська нарада лікарів прийняла резолюцію про шкоду алкоголю, у якійзазначено: «...немає жодного органа в людському тілі, який би не піддавався руйнівній дії алкоголю»[40, с. 15].Отже, уже в ті роки було достатньо фактів, що підтверджували: «вживання спиртних напоїв завдає шкоди здоров'ю, але ще більше вони шкодять майбутньому потомству»[40, с. 15].Насьогодні є значна кількість як наукових досліджень, так і публіцистичної літератури, яку присвячено проблемі алкоголізму та його впливуяк на організм людини, так і на різні сфери її життя. На нашу думку, всі ці дослідження й публікації мають на меті профілактику й зменшення поширення алкоголізму серед населення.

В.І.АліповтаВ.В.Корховзаймаючись проблемоюдії алкоголю на жіночий організм, і потомство зазначають:«при регулярному прийомі алкоголю ризик виникнення алкогольної ембріопатії(ушкоджень) плода збільшується до 30%, а в матерів, які страждають на алкоголізм значущо зростає ймовірність загибелі дитини при пологах, ризик пізнього викидня, гіпоксії плода»[2, с. 54]. Також цими вченими було виявлено: «у 54% випадків діти алкоголіків пізно починають ходити й говорити, в 30% - відстає фізичний розвиток, гальмування розумових здатностей - в 15% випадків, в33% дітей відзначається затримка психічного розвитку. При сімейному

алкоголізмі 64% дітей страждають олігофренією й розумовою відсталістю, 32% епілепсією, 27% - неврозами»[2, с. 68].

П.П.Короленкота В.Ю.Зав’яловдосліджуючи проблему алкоголізмуу своїх працяхз’ясовували вплив алкоголізму на взаємодію у родині та вплив на розвиток дитини[19]. Ці автори погоджуються з лікарямиЮ.Б.Лісіциним та М.Я.Копит у твердженні:«у родинах, де чоловік випиває незначну кількість спиртного (2-3 рази в тиждень впродовж 4-5 років) народжуються діти з виразними ознакам відставання психіки. Якщо ж таке вживання алкоголю триває 8-10 років, то розумове відставання дітей у цій родині настільки глибоко, що вони не можуть навчатися у звичайній школі»[21, с. 48]. Алкоголізм батьків може зумовлювати не тільки різні форми розумової відсталості, але інші психічні захворювання дітей. Наприклад, батьки-алкоголіки відзначені в 60% дітей, що страждають епілепсією. Є дані, що смертність дітей, породжених алкоголіками, дорівнює 10% , а в дітей, що вижили, часті судорожні припадки, енурез (триваючий і в старшому віці), каліцтва й схильність до різних внутрішніх хвороб[21].Означені дослідницькі результати поставили перед вченимипитання дослідження механізму впливу алкоголю на організм дитини через організм батьків. Зокрема, Т.А.Немчін та С.В.Цицарєв, досліджували вплив алкоголю на репродуктивну функцію жінок та чоловіків, шляхи проникнення алкоголю до плода та порушення, які він зумовлює[33]. Ці автори, погоджуючись із іншими дослідниками (В.І.Аліпов, В.В.Корхов, П.П.Короленко, Н.Ю.Максимова, В.Д.Москаленко та інші), стверджують, що алкоголь є найсильнішою речовиною, що особливо активно діє в період з 1 по 8 тижні вагітності, коли формуються основні органи зародка. Пояснюється це тим:«плацентав цей період виявляється неспроможною виконати свою роль захисту плода проти низкинезнайомих,нових для неї речовин, до числа яких належать деякі лікарські засоби, та особливо алкоголь»[33, с. 27]. Даний факт вчені пояснюють тим, що плацента та її функції формуються задовго, перше ніж у людини зав'язуються відносини з алкоголем[2; 20; 26; 31; 33].

Т.А.Немчіним та С.В.Цицарєвимтакож встановлено, що алкоголь, по-перше, легко проникає через плаценту до плода, по-друге, ушкоджує її й через ці ушкодження до безпомічного організму, який на перших етапах формування спрямовуються шкідливі збудники різних хвороб. Саме через ціосновні причини, у питущих батьків народжуються діти з дефектами розвитку[33].

На даний час дослідженню впливу сімейного алкоголізму на психічний розвиток присвячено кілька фундаментальних дослідженьпсихіки дитини, перекрученої алкоголізмом батьків (А.Є.Айвазова, Н.Ю.Максимова, О.М.Маслюкова) [1; 26; 27].

Дослідження особливостей формування мови, граматичних конструкцій, спілкування з однолітками, мислення проведені О.М.Маслюковоюявили значущі відхилення на всіх вікових етапах у психічному розвитку дітей, батьки яких страждають на алкоголізм[27].

Психіатр В.В. Ковальов на основі свого досвіду й спостереження за поведінкою дітей з родин алкоголіків виокремлює три групи розладів:

«1) непатологічні форми порушень поведінки, пов'язані із психічноюдеривацією та відсутністюжиттєвого досвіду;

2) патологічні, пов'язані з порушенням діяльності центральної нервової системи під впливом сполучення з біологічною недостатністю й неправильними формами виховання;

3) компенсаторні й гіперкомпенсаторні порушення поводження, що мають вторинний характер і визначають прагнення дитини пристосуватися до своєї неспроможності» (за Н.Ю.Максимовою) [26, с. 243-252].

Непатологічні форми порушень поводження мають ситуаційний характер, тобто виникають у відповідь на ту або іншу ситуацію і відрізняються короткочасністю й нестійкістю проявів, відсутністю порушень соціальної адаптації й соматовегетативних розладів (немає порушення серцевої діяльності, частішання пульсу, порушень подиху, посиленого потовиділення, змін фарбування шкірних покривів, тощо).

Особливістю цих форм поведінки є їх спрямованість на особу, що викликала у дитини конфліктне переживання. Виявляється у бажанні досадити цій особі,брутальній поведінці з нею.

Іноді ці непатологічні форми поводження при відсутності правильних виховних заходів можуть приймати затяжний плин, що приводить до порушень соціальної адаптації. У цих випадках їхня структура ускладнюється, і до них приєднуються різні соматовегетативні порушення у вигляді серцебиттів, посиленої пітливості, насильницького кашлю, блювоти, тощо; тоді реакції протесту здобувають вже патологічний характер.

Н.Ю. Максимова зазначає, що найбільш частими патологічними формами поведінки дітей, батьки яких страждають на алкоголізм, є:«рухове розгальмування, підвищена афективна збудливість, схильність до істеричних реакцій»[26, с. 47]. Зокрема, дослідниця зазначає, що компенсаторні й гіперкомпенсаторні форми підведення спрямовані на: «приховання від оточуючих деякі слабких сторони своєї особистості. Крім того, вони можуть бути засобом «психологічного захисту» особистості від переживань власної неповноцінності. Наприклад, діти-сироти часто уявляють собі, що вони знайшли своїх батьків, або хто-небудь із вихователів, що проявляють найбільшу увагу до них, є їхньою матір'ю або родичкою»[26, с. 52].

Також авторка звертає увагу, що у випадку виразності внутрішніх конфліктних переживань компенсаторні форми поведінки можуть проявлятися як показна бравада, порушення шкільної дисципліни тощо. Так, дівчатау цих ситуацій можуть говорити про те, що вони «вже тривалий час живуть статевим життям», а хлопці– «що вони палять, вживають алкоголь, наркотики, пов'язані з різними угрупованнями» тощо. Подібні реакції є характерними для підліткового віку, коли починає зростатипотребау завоюванні відсутнього авторитету. [26, с. 53].

А.Є.Лічко та В.С.Бітенський наголошують на тому, що при сімейному алкоголізмі відхилення психічного розвитку дітей зумовлюють порушення процесуадаптації до школи. Перебування у школі для більшості з них,це

тягар, для навчання їм доводиться прикладати значні зусилля. Діти набридають однокласникам своїм розгальмуванням і пустотливістю. Особистість цих дітей формується дисгармонійно в них відсутня цілісність переживань, внутрішня непевність у собі часто сполучається з підвищеною самооцінкою, зовнішня байдужність до оточуючих з надмірної вразливістю. У хлопчиків спостерігається прагнення до онанізму[23].

С.В.Березін, А.Є.Лічко, В.Д.Москаленко, В.Г.Панок, І.М.П'ятницька ті інші зазначають, що особи із зазначеними формами порушення поводження є«групою ризику» відносно алкоголізації та токсикоманії [6; 23; 31; 35; 43].

Початковий період алкоголізації в них часто супроводжується проявам бравади в сполученні з некритичністю, відсутністю статевого контролю й у ряді випадків – з розгальмуванням потягів. В.Д.Москаленко зазначає: «Подібні сполучення, як призводять до більш вираженої особистісної патології, до соціальної дезадаптації. Поглиблення соціальної дезадаптації підсилює тяжіння до алкоголю, за допомогою якого підліток шукає «вихід» з постійно виникаючих конфліктних ситуацій. Таким шляхом починає формуватися психічна, а потім і фізична залежність від алкоголю із проявами абстинентного синдрому»[29, с. 75]. Отже, можемо зробити висновок, що підвищення рівня соціальної дезадаптованості зумовлює детермінацію механізму саморозвитку алкоголізму як хвороби.

Н.Ю.Максимова та С.В.Толстоухова, вивчаючи психіку дітей і навіть онуків алкоголіківвиокремили основні риси, властиві дітям із сімей алкоголіків[25]. Першою чергою авторки відмічають низьку самооцінку. На їх думку, виховання та розвиток дитини в умовах емоційної зневаги,у найкращому разі, суперечливого виховання, детермінує низьку впевненість у собі, своїх можливостях та силах.

Також Н.Ю.Максимова та С.В.Толстоухова підкреслюють, що самооцінка дітей із сімей алкоголіків зумовлена тією роллю, яку вони відігравали у своїх родинах[25].Дослідниці виокремлюютьчотири групи ролей дітей із сімей алкоголіків. Стисло охарактеризуємо кожну групу:

1) «герой родини»– характеризується постійним прагненням«героя» подобатисятаотримати схвалення від значущих інших, особливо в родині. Орієнтується переважно на зовнішні оцінки, оцінка власних можливостей – низька. Саме тому, ці діти концентруються на тому, щоб робити усе ідеально та відповідати за що відбувається.

2) «козел відпущення»– характеризується частими проявами деструктивної поведінки на тлі низької самооцінки. Внаслідок внутрішніх конфліктівта незадоволення собою, стосунками з оточуючими та життям загалом часто ображають та скривджують інших. Часто висловлюють, що вони хочуть бути іншими ніж їх батьки, але фактично є їх віддзеркаленням.

3) «загублена дитина»– страждає від постійної самітності, відчуття неадекватності у порівнянні з іншими. Їх низька самооцінка та чутливесвітосприйняття зумовлює соромливість та труднощі комунікації. .

4) «фамільний талісман»– постійно прагне привернутиувагу до себе гумором, ніжністю, хворобливістютощо [25].

Н.Ю.Максимова та С.В.Толстоухова також виокремлюють характерні особливості алкогольно-узалежненої родини[25]. Першою рисою є фокусування на зовнішньому оточенні.Алкогольні родини виношують думку, що якщо виждати достатній час, те все встане на свої місця без вживання певних заходів. Постійне життя в атмосфері стресу, коли превалює почуття безпорадності, зумовлює думки про те, що не треба що-небудь змінювати, тому що ні до чого кращого це не приведе. Щодня діти алкоголіків оцінюють по вчинках, думках, почуттях інших. Ця особливістьдетермінована тим, що сімейний моральний клімат у родинах алкоголіківзначною мірою залежить від особливостей поведінки алкогольно-узалежненого члена родини (що він/вона робив, робить зараз та буде робити). Постійний фокус уваги на зовнішньому оточенні у таких родинах формуєсхильність дітей жити реакціями на оточуючий світ, вони щиро помиляються, думаючи, що коли «обстановка» зміниться, у них теж усе буде добре[25]. Третьою характерною рисоює алекситимія – неможливість

ідентифікувати та виразити свої почуття. Це зумовлено тим, що у дітей із алкогольних родин відсутня можливість спостерігати приклади вираження почуттів устосунках своїх батьків. Вони можуть точно знати, щоповинні почувати і навіть як реагувати при цьому, але у самі не відчувають цих переживань або не в змозі упоратися з власними переживаннями[25].

Четвертоюхарактерною рисоює значна складність попросити інших про надання допомоги. Пояснюється це тим, що одним з основних симптомів алкоголізму є заперечення, і відповідно, прагнення приховати факти вживання алкоголю та пов'язаних із цим сімейних проблем є характерним для алкогольних родин. Саме тому, ці діти, як би важко їм не було приховують труднощі, які у них є і не просять про допомогу. Діти із сімей алкоголіків з раннього дитинства привчаються самостійно вирішувати проблеми та піклуватися про себе. Саме тому, навіть, у дорослому віці, вони не сподіваються, що у іншихє бажання надати їм допомогу, а самі – нездатні попросити про допомогуу інших. Водночас самі відчувають обов'язок допомагати іншим, навіть якщо інші на це не заслуговують або у цьому відсутня необхідність [25].

Останньою характерною рисою, на думку дослідниць є екстремальне мислення. Вони зазначають: «Наша здатність приймати рішення розглядати альтернативи й відповідно діяти у важких ситуаціях залежить більшою мірою від прикладів, які ми бачили у своїх родинах»[25, с. 83].Родини алкоголіків, фактично постійно відчувають стрес, і, відповідно,це зумовлює характерні для них способи подолання стресу. На думку Н.Ю.Максимової та С.В.Толстоухової: «… коли певна ситуація неминуча, то процес ухвалення рішення й наступних дій, головним чином, зводиться до пошуку винного, а потім спостерігається або надмірна активність, або майже повна пасивність»[25, с. 85].

Отже, результати дослідження Н.Ю.Максимові та С.В.Толстоуховоїдозволили виокремити вищеозначені основні риси, властивим дітям з родин алкоголіків. Стаючи дорослими, вони не можуть

позбутися від цих рис, і їх емоційна сфера, що сформувалася викривлено, накладає свій відбиток на появу низки проблем, детермінованихнизькою самооцінкою, труднощами у стосунках, незнанням мови почуттів тапідвищеною чутливістю, яка часто виявляється у дратівливості. Все це у комплексі перешкоджає нормальному входженню, у доросле життя.

1.3 Вплив родини на формування аддиктивних механізмів

Родина – це найперший інститут соціалізації дитини. Ю.В.ТеудертаП.І.Сідороввідмічають:«У родині... діти опановують абеткою людського спілкування, через яку осягають алгебру взаємин»[54, с. 16-19]. Функціональне призначення родини містить у собі важливі складові. Чим більше функцій задовольняється у родині, тим більший рівень задоволеності внутрішньо-сімейнимистосунками [54, с. 16-19]. На думку науковців (В.Д.Москаленко, К.С.Сборщикова, Ю.В.Теудер, П.І.Сідоров, В.Я.Титаренко, І.В.Ярославцев та ін.) дисфункціональні родини, зокрема – родини, де один або обоє батька страждають алкоголізмом, руйнують не тільки відносини, але й особистісні властивості. Схеми поводження, засвоєні в таких родинах, не можуть сприяти зміцненню цілісності особистості дитини й адекватному сприйняттю себе й інших людей. Для дітей з подібних родин ускладнені такі значимі для особистості процеси як прийняття об'єктивної складності оточуючого світу, повноцінна адаптації до умов, що змінюються, уміння приймати на себе відповідальність і робити вибір[29; 47; 54; 55; 62].

Функції родини – це «сфери життєдіяльності родини, безпосередньо пов'язані із задоволенням певних потреб її членів»[55, с. 46]. В.Я.Титаренко виокремлює наступні функції родини: «виховна, господарська, емоційна, функція духовного спілкування, функція первинного соціального контролю, сексуально-еротична функція»[55, с. 48-54].

Також, на думку авторки, функції родини можуть змінювати своюзначимість та зміст при зміненні соціальних умов[55, с. 57].Дослідниця

відмічає, що порушення реалізації означених функцій відбувається під впливом різних факторів: особистісні особливості членів родини, низький рівень довіри й взаєморозуміння, умови життя, неповний склад родини, недостатній рівень знань і навичок у культурі взаємин і вихованні дітей тощо[55, с. 58-69].В контексті розгляду проблемиаддиктивної поведінки особливу значущість здобуває емоційна функція, що реалізується в задоволенні потреб членів родини в емоційній підтримці, визнанні, повазі, психологічному захисті. Порушення емоційної стабільності сприяє розвитку підвищеної тривожності, появі різних страхів, у тому числі страху перед дійсністю,втраті почуття безпеки та формуванню недовіру до оточуючих.

Загальновідомим є факт, що ще у пренатальному періоді дитина реагує на змінення емоційного стану матері. Б.С.Братусь, П.І.Сідоров, І.А.Горьковая, Н.Ю.Максимова, В.Д.Менделевіч, Е.Г.Ейдеміллер та інші відзначають, що емоційні розлади матері можуть впливати на ступінь стійкості адаптаційних процесів як до моменту народження, так і до наступної взаємодії з навколишнім середовищем[12; 15; 26; 28; 60]. Дестабілізації емоційного стану сприяють різні фактори: переживання із приводу небажаної вагітності, хронічні стреси, часті короткочасні стреси,підвищений тривожності матері під час вагітності та різні страхи, що виникають під час перебігу вагітностітощо. Необхідною основою є формування першої прихильності матері та дитини. Вона відіграє детермінуючу роль у розвитку дитини і формуванні їїстосунків як з членами родини, так і з соціумом загалом. Ю.В.Теудер та П.І.Сідоровстверджують, що перші півтори години після народження є найбільш критичним період для успішного вибудовування стосунків прихильності та формування довіри між батькамита дитиною. «В цей проміжок часу, немовлязнаходиться у стані максимальної сприйнятливості, що значною мірою визначає глибину й силу прихильності між матір'ю й дитиною»[54, с. 18].

Прояв батьками байдужності, відкидання, ворожість, неповага, пред'явлення завищених вимог, систематичні покарання дитини– все це може

сприяти формуванню у дитини базової ворожості стосовно батьків, відстороненості від найближчих людей, відсутністю довіри до них. Але ж саме ці фактори характерні для родин, де один або обоє батька страждають на алкоголізм. Подібне ставлення до батьків у якісь моменти може переноситися на ставлення до інших дорослих або оточуючихзагалом. Відсутність довірчих стосунків значущо ускладнює процес соціалізації дитини. І.В. Ярославцев відмічає: «якщо людина в дитинстві не навчився довіряти, їй важко створити близькі стосунки з людьми. Вона ризикує потрапити в зачароване коло ізольованості»[62, с. 150]. Довіра у дитини починає підвищуватися тоді, коли вона бачить та відчуває, щооточуючі переймаються її проблемами, коли у складних обставинах дитина знаходить підтримку (а не гіперопіку, яка позбавляє ініціативи). Дитині також важливо бути впевненою у тім, що вонаважлива для оточуючих (перш за все для рідних) як «співдіяч»у багатьох важливих подіях. Дитині необхідно бути впевненою, щоїї потреби, бажання,думки та інтереси враховуються оточуючими.

Особливої уваги на думку А.Є.Айвазової, М.Бітті, М.Я.Копит, Н.Ю.Максимової та інших заслуговує проблема *созалежності*[1; 8; 18; 26]. Родини з аддиктивнимибатьками продукуютьлюдей двох типів: аддиктів і тих, хто піклується про аддиктів.

Н.Ю. Максимова описує: «Члени родини навчаються мові аддикції і коли приходить час утворювати власні родини, вони шукають людей, які говорять із ними на однійаддиктивній мові. Такий пошук відповідних людей відбувається не на рівні свідомості. Він відбиває більш глибокий емоційний рівень, тому що ці люди пізнають те, що їм потрібно. Батьки навчають дітей своїм стилям життя в системі логіки, що відповідає аддиктивному миру. Цьому сприяє емоційна нестабільність[26, с. 79].

На думку дослідниці важливий аналіз особливостей людей, що перебувають у близьких відносинах з аддиктами[26, с. 81]. Авторка пише: «Ми звикли вважати, що аддикт негативно впливає на тих людей, які

перебувають поруч із ним. Але інша сторона цього явища полягає в тім, що ці люди можуть впливати на аддикта певним чином, сприяючи аддикції, провокуючи її, заважаючи корекції цієї аддикції. Тут ми виходимо на проблему созалежності. Созалжнимиє люди, що створюють сприятливі умови для розвитку аддикції. Аддиктивною недугою уражена родина в цілому. Кожний член родини відіграє конкретну роль, допомагаючи зловживанню. Виховуючи дітей поряд з аддиктом, созалежні передають дітям свій стиль, закладають у дітей незахищеність і схильність до аддикції»[26, с. 82].

Також, як аддикт здобуває сверхзаклопотаністьаддиктивним агентом, також созалежна людина усе більше фокусується на аддикті, його поведінці, уживанні нимаддиктивногоагентатощо. Отже, соаддиктпочинає змінювати власну поведінку відповідно стилю життя аддикта. Трансформація поведінкивміщує у себе: контроль над кількістю та частотою випитого, контроль щодо проведення часу та виконання тих чи інших доручень, контроль щодо соціальних контактів, особливо з особами, які теж маютьаддиктивні проблеми. Созалежний намагається будь-яким чином зберегти«спокій та мир» у родині, ізолює себе від зовнішньої активності, фіксується на аддиктіта його стилі життя. Н.Ю. Максимова описує наступні риси, характерні для созалежності: «- комплекс відсутності чесності (заперечення проблем, проекція проблем на когось, зміна мислення настільки виражена, що воно носить характер надцінних утворень); - нездатність розпоряджатися своїми емоціями здоровим образом (нездатність виразити свої емоції, постійне придушення емоцій, заморожені почуття, відсутність контакту із власними почуттями, фіксація на якійсь одній емоції (образа, помста, тощо) і невміння відволіктися від неї); - нав'язливе мислення (формально-логічне мислення, створення формули й підпорядкування всього цій формулі); - дуалістичне мислення (так чи ні без нюансів); - зовнішня референція (спрямованість на інших); - низька самооцінка; - прагнення зробити враження, створити враження, управляти враженнями, заснованими

на почутті сорому; - постійна тривожність і страх; - часті депресії тощо»[26, с. 83-86].

Основною метоюсозалежних є визначити те чого хочуть інші люди та дати їм те, чого вони хочуть. Фактично у таких стосунках вони задовольняють свою значущість, для них це їх успіх. Вони не уявляють собі життя наодинці із собою. Созалежні намагаються контролювати ситуацію та маніпулювати іншими. Для них важливо відчувати, що вони незамінні. Часто грають роль страждальців та мучеників. Страждають заради того, щоб сховати проблему для блага людей. Созалежні рятують аддиктів від покарання, приховують що відбувається, начебто нічого не відбувається, тим самим лишаю аддикта всякої відповідальності за своє поводження.

Висновки до розділу 1

Узагальнено, що алкоголізм це патологічна пристрасть до алкоголю, яка формується при його постійному вживанні, що зумовлює втрату людиною соціально значущих духовних та фізичних якостей.

Відзначено, що хронічна, травмуюча психіку ситуація в родині негативно впливає на психосоматичне здоров’я як дітей, так і дорослих членів сім’ї, яка узалежнена від алкоголю.

При сімейному алкоголізмі відхилення психічного розвитку дітей зумовлюють порушення процесу адаптації до школи. Перебування у школі для більшості з них, це тягар, для навчання їм доводиться прикладати значні зусилля. Діти набридають однокласникам своїм розгальмуванням і пустотливістю. Особистість цих дітей формується дисгармонійно в них відсутня цілісність переживань, внутрішня непевність у собі часто сполучається з підвищеною самооцінкою, зовнішня байдужність до оточуючих з надмірної вразливістю.

Особистісними особливостями дітей із алкогольних сімей є фокусування на зовнішнє оточення, почуття безпорадності, нездатність ідентифікувати свої почуття, нездатність просити про допомогу, екстремальне мислення.

Стаючи дорослими, діти не можуть позбутися від цих недоліків, і їх емоційна сфера, що перекручено сформувалася, накладає свій відбиток на появу низки проблем, детермінованих низькою самооцінкою, труднощами у стосунках, незнанням мови почуттів та підвищеною чутливістю, яка часто виявляється у дратівливості. Все це у комплексі перешкоджає нормальному входженню, у доросле життя.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО І ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬСЯ В РІЗНИХ УМОВАХ МІКРОСОЦІУМУ

2.1 Характеристика контингенту емпіричного дослідження і методів психологічної діагностики

Базами нашого дослідження були:Краківський соціально-реабілітаційний центр соціальної допомоги родині і дітям «Нове життя» таDona. FundacjaSzkolna. Szkołapodstawowa, м. Краків. Вибірку нашого дослідження склали60 дітей молодшого шкільного віку від 7 до 10 років. З яких 30 виховувалися у алкогольноузалежнених сім'ях (з центру «Нове життя»), а 30 у благополучних (з школи Дона, м.Краків).

У теоретичній частині роботи ми з'ясовували психологічніособливості дітей із сімей алкоголіків. Нами узагальнено, уявлення дітей із сімей алкоголіків щодо себе, своїх можливостей, здібностей, якостей, ставлення до себе, самовідчуття і прийняття себе значущо відрізняються від їх однолітків із благополучних сімей. Виходячи з цього для вивчення психологічних особливостей дітей, що виховуються у різних мікросоціальних умовах нами були застосовані наступні методики:

1. Методика Самопочуття, активність, настрій (САН)[14; 32]. Можна припустити, що діти з питущих родин мають не тільки зазначені вище соціальні проблеми й складності із соціальною адаптацією, але в них є значні проблеми зі здоров'ям, які ускладнюють їх нормальне існування. Проблеми зі здоров'ям дітей із сімей алкоголіків можна пояснити: бідним раціоном харчуванням, відсутністю належного контролю щодо особливостей та відповідностей їх розвитку з боку батьків, відсутністю постійного медичного контролю за ними з боку лікарів, внаслідок невиконання батьками у повному обсязі медичних обстежень дитини. На нашу думку це пов'язано з відсутністю в батьків цих дітей так званого саногеного мислення. Завдяки обробці результатів дослідження ми зможемо рекомендувати більш ефективні методики психологічної корекції та соціального патронажу для роботи з дітьми алкоголіків.

2. Шкала особистісної і ситуативної (реактивної) тривожності Ч.Спілбергера – Ю. Ханіна [32; 45]застосовувалася нами з метою виявлення рівня особистісної та ситуативної тривожності у досліджуваних.

3.«Неіснуюча тварина» – проективна методика дослідження особистості, запропонована М.З. Друкаревіч[14; 32; 45], відноситься до числа поліінформативних проективних методик. Нами вона використовувалася для вивчення домінуючого життєвого стилю дитини – його провідного типу світовідчуття, світосприймання, світорозуміння й реагування. Необхідність цього випливає із задач нашого дослідження, а саме вивчення психологічних особливостей, дітей із сімей алкоголіків. На нашу думку результати будуть істотно різнитися з результатами із однолітків, з благополучних родин.

В основі методики лежить теорія психомоторного зв'язку, яка зазначає, що актуальний стан психіки відбивається в моториці домінантної руки, яка малює, що фіксується у вигляді графічного сліду руху, тобто в малюнку. Коли реальний рух з якоїсь причини не здійснюється, то у відповідній групі м'язів «підсумується» напруга енергії, необхідної для здійснення цього руху. Наприклад, образи й подання, що викликають страх, стимулюють напругу у м'язах рук (щоб ударити або заслониться) та в групах ножної мускулатури (щоб утекти від небезпеки). Коли дитина часто відчуває агресивний стан, тривогу, страх, то нагромадження енергії нездійсненого руху проявляється в судорожному, високому тонусі м'язів руки, що малює. На малюнку це відбивається у вигляді різко продавленої лінії (жирна з натиском), що видна навіть на звороті аркуша.

Крім показників психомоторного зв'язку, тлумачення малюнка проводиться й стосовно простору. Аркуш паперу, на якому досліджуваний малює, символізує собою модель простору. Простір, у свою чергу тісно пов'язаний з емоційним фарбуванням переживання й тимчасовим періодом (сьогоденням, минулим і майбутнім), а також з тенденцією людини діяти або міркувати. Тому розташування малюнка на аркуші паперу дає можливість визначити життєвий стиль дитини, який визначає тип її світовідчування.

Наприклад, якщо малюнок розташований у нижній частині аркуша й голова зображеної на ньому істоти повернена вліво, те це говорить про нерішучість, відсутність прагнення самозатверджуватися, небажанні активно діяти для реалізації своїх планів, тенденції до рефлексії, міркуванням, низькій самооцінці, непевності в собі. Голова, повернена вправо, - свідчить про стійку тенденцію до діяльності. Голова в положенні «анфас» (спрямована на що малює), трактується як егоцентризм.

Тематично тварини, зображені дітьми, діляться на тих, яким загрожують, що загрожують і нейтральних. Це відношення до власної персони й до свого «Я», подання про своє положення у світі, як би ідентифікація себе по значимості. У цьому випадку тварина, що малюється - представник того, хто малює.

Важливим інформативним параметром виступає величина зображуваної істоти, контур її фігури, особливостей частин тіла, особливо голови.

Оскільки наше дослідження спрямоване на вивчення психологічних особливостей дітей, те особливо важливими інформативними параметрами для нас виступали наступні критерії:

Показники агресивності.

Ступінь агресивності виражається кількістю, розташуванням і характером гострих кутів. Прямі символи агресії: пазурі, дзьоб і зуби.

Показники психологічного захисту.

Агресивні форми захисту: ікла, зуби, роги, шипи, пазурі, голки, дзьоби тварини, а також кількість і розташування гострих кутів, виступів на малюнку.

Побоювання й підозрілість: щити, заслони, подвоєння ліній.

Тривожні форми захисту: затемнення, забруднення ліній контуру.

Спрямованість захисту визначається відповідно до її просторового розташування. *Верхній контур* – проти старших за віком, що мають реальну можливість зробити примус. *Нижній контур* – захист проти глузувань

нижчестоящих, молодших, однолітків. *Бічні контури*: недиференційоване побоювання, готовність до постійного самозахисту.

Показники астенізованості, низької енергетики, депресивності.

Слабка лінія, переважний напрямок ліній зверху долілиць, дрібні малюнки, малий обсяг деталей фігури, заповнення контуру.

Показники стану тривожності.

Розташування малюнка в лівій нижній частині аркуша; маленькі малюнки, розташовані в лівому верхньому куті; коливні, переривчасті лінії, з острівцями, несполучені кути; різко продавлені лінії, видимі зі зворотної сторони аркуша; наявність штрихування усередині контуру фігури і її деталей.

Показники неадекватної самооцінки.

Положення малюнка ближче до верхнього/нижньої частини аркуша (чим ближче тим більше виражена). Положення до верхнього краю аркуша трактується як висока самооцінка, як невдоволення своїм положенням у соціумі, недостатністю визнання з боку оточуючих, як претензія на просування й визнання, тенденція до самоствердження. Положення малюнка у нижній частині - зворотна тенденція: непевність у собі, низька самооцінка, пригніченість, нерішучість, незацікавленість своїм положенням у соціумі, визнанні, відсутність тенденції до самоствердження[45].

При інтерпретації виявлених показників важливо спиратися не на прояви одиничних символів, а на їхнє сполучення, що значно інформативніше. При обробці даних фіксується скільки ознак того або іншого симптому присутні у малюнку. Ці результати заносяться до протоколу обстеження (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Протокол обстеження за методикою*«Неіснуюча тварина»*

Параметри (критерії оцінки)	Характер і кількість симптомів в Малюнку	Усього
1. Агресивність		
2. Психологічний захист		
3. Низька енергетика, депресивність		

4. Тривожність		
5. Неадекватна самооцінка		

Загальний принцип оцінки:

– якщо в малюнку дитини виявлено більше половини ознак (від 3 до 5), то можна говорити про можливу дезадаптацію (МДА),
– якщо присутні всі ознаки - це свідчить про дезадаптацію (ДА).

Важливими інформативним параметрами виступали також ім'я й відповіді щодо способу життя тварини.

Техніка проведення: дитині пропонували аркуш паперу й кольорові олівці. Аркуш паперу давали в руки, для того щоб вона сама визначала у якій площині їй малювати.

Інструкція: «Придумай і намалюй неіснуючу тварину якої немає й ніколи не було в природі. Цю істоту ти повинен придумати сам, вона не повинна бути персонажем з казки або мультику. Придумай також для неї неіснуюче ім'я. Розкажи про її спосіб життя: 1) Де живе ця тварина? 2) Яке в неї житло? 3) З ким вона живе (поодинці, з родиною, із чередою)? 4) Чим вона харчується, що любить і не любить їсти? 5) Чи є в неї друзі, хто вони? 6) Чи є в неї вороги, хто вони? 7) Як твоя тварина поводиться при небезпеці, наприклад, якщо на неї нападають? 8) Чим вона любить і чим не любить займатися? 9) Що їй потрібно для повного щастя? 10) Як вона проводить свій день?) 11) Чи подобається вона тобі?

4. Методика вивчення реакцій фрустрації С. Розенцвейга (дитячий варіант) призначена для діагностики рівня фрустраційної толерантності й спрямованості агресивних тенденцій[14; 45].

При вивченні психологічних особливостей дітей із алкогольноузалежнених сімей ми виходили із припущення про те, що в процесі соціалізації у індивіда формуються певні поведінкові навички, які можуть проявлятися у різних по напрямку й типах фрустраційних реакціях. Якщо досліджуваних виявляє тенденцію вороже реагувати на більшість

стимульних ситуацій, то це може свідчити про домінування агресивного типу реагування в ситуаціях фрустрації.

Стимульний матеріал методики представлений 24 малюнками, на яких зображені особи, що перебувають у фруструючих ситуаціях перехідного типу – ситуації-перешкоди (егоблокінгові) та ситуації-обвинувачення (суперегоблокінгові). Персонаж ліворуч говорить певні слова; персонаж праворуч повинен дати відповідь, що прийшла на розум. Оцінка відповідей здійснювалася з погляду двох критеріїв: напрямку реакції та її типу. По *спрямованості* реакції підрозділяються на екстрапунітивні, інтрапунітивні, імпутивні.

Екстрапунітивні реакції спрямовані на оточуючих у формі підкреслення ступеня фрустрації, знаходження її зовнішньої причини або вимоги до кого-небудь вирішити дану ситуацію.

Інтропунітитиві реакції спрямовані суб'єктом на самого себе. Досліджуваний оцінює фруструючу ситуацію як сприятливу, приймає провину на себе або бере відповідальність за виправлення ситуації.

При *імпунітивних реакціях* ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, переборне згодом або при взаємній домовленості; обвинувачення оточуючих або самого себе відсутні.

По *типу* реакції підрозділяються на:

- *перешкоджено-домінуючі*(тип реакцій «з фіксацією на перешкоді), при яких у відповідях досліджуваного ситуація всіляко підкреслюється, інтерпретується свого роду як благо або описується як така, що не має серйозного значення (OD);
- *самозахисні*(тип реакцій «з фіксацією на самозахисті»), спрямовані на захист свого «Я», при яких досліджуваний засуджує кого-небудь або заперечує свою провину, ухиляється від докору (ED);
- *необхідно-завзяті* (тип реакцій «з фіксацією на задоволенні потреби»), при яких відповідь досліджуваного спрямована на вирішення проблеми у

формі вимоги допомоги від інших осіб, або досліджуваний сам береться за вирішення ситуації, або вважає, що час і хід подій приведуть до її виконання (NP).

Окрім типу й спрямованості реакцій методика дозволяє визначити *ступінь індивідуальної адаптації дитини* до свого соціального оточення шляхом обчислення коефіцієнта соціальної адаптації – GCR (при цьому використовувалася таблиця стандартних відповідей для дітей).

Крім того, методика дозволяє також обчислити *індекси У.Раухфляйша (U.Rauhfleisch, 1971,)* а саме:

- індекс спрямованості агресивності (E/I), що відбиває в якому співвідношенні перебувають «деструктивна агресія» і самокритика досліджуваного;
- індекс трансформації агресивності (E/e) вказує на співвідношення між агресивністю, спрямованою прямо на фруструючу особу й агресивністю, представленої в інших формах, які зводяться звичайно до прохання про допомогу із зовнішнього миру;
- індекс рішення проблем або індекс самостійності (i/e), характеризує співвідношення між ступенем претензій, які ставляться перед зовнішнім миром з метою рішення своєї проблеми й ступенем власної ініціативи [14; 45].

Зазначені змінні є досить показовими індивідуальними характеристиками особистості, і їх врахування було важливе для вивчення особливостей поведінки дітей у ситуаціях, пов'язаних з появою труднощів, перешкод, що перешкоджають досягненню мети.

Для визначення відмінностей у психологічних особливостях дітей із сімей алкоголіків та благополучних сімей, ми застосовували t-критерій Стьюдента. Це дозволило нам зробити порівняння вибіркових даних, які належали до двох вибіркових сукупностей та прийняття подальшого рішення щодо того чи наявна статистично достовірна різниця між цими даними[14].

2.2. Особливості дітей із сімей алкоголіків та благополучних сімей

2.2.1. Аналіз самопочуття, активності та настрою досліджуваних

Тестування за допомогою методики «САН» проводилося тричі; при аналізі результатів нами використовувався середній показник для кожного обстежуваного. Результати застосування методики «САН» показали (табл. 2.2), що у обстежуваних дітей із СА, по-перше, знижений (у порівнянні з дітьми із БС) компонент настрою, по-друге, самопочуття, по-третє, активність. Удітей із БС найбільш високим виявився показник самопочуття. Це може бути пояснено відсутністю сімейних проблем, що мають місце у дітей із сімей алкоголіків.

Таблиця2.2

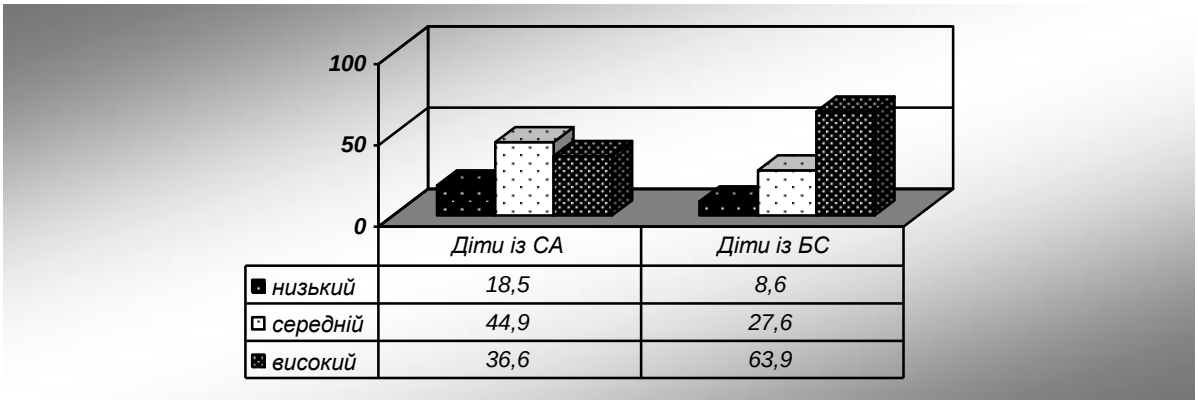
Середніпоказникирезультатівтестування за методикою «САН»

Фактори	Діти із СА	Діти із БС
Самопочуття {С}	3,7	4,5
Активність {А}	3,9	3,8
Настрій {Н}	2,3	3,5

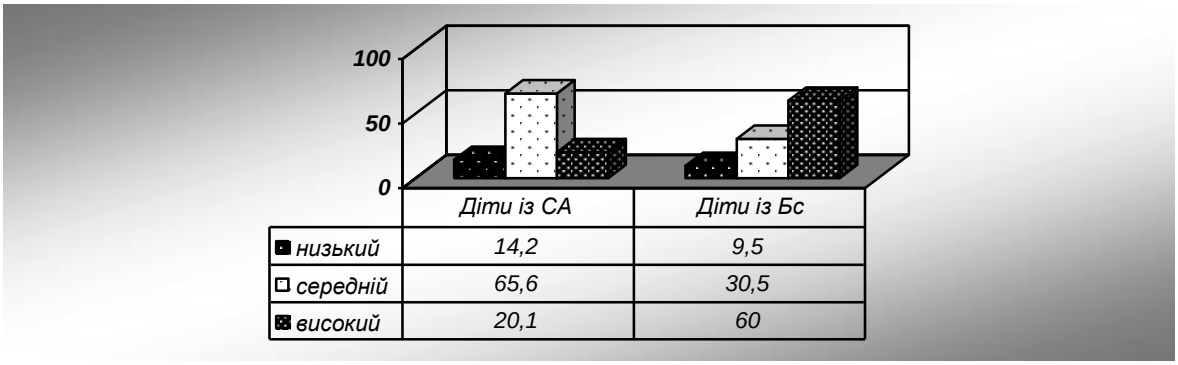
При аналізі показників кожного з факторів в досліджуваних групах був виявлений ряд закономірностей (табл. 2.3).

Так, по фактору «Самопочуття»у дітей із СА, у порівнянні з дітьми із БС, достовірно більша кількість дітей показали результат, нижчий від нормативного – відповідно, 18,5% та 8,6%. Тоді як високий результат за даним параметром у групідітей із СА був виявлений у достовірно меншій кількості випадків у порівнянні дітьми із БС – 36,6% та 63,9%, відповідно (рис. 2.1-а). Це можна пояснити наявністю цілого ряду невротичних та психоемоційних порушень, що мають місце у дітей із алкогольноузалежнених сімей.

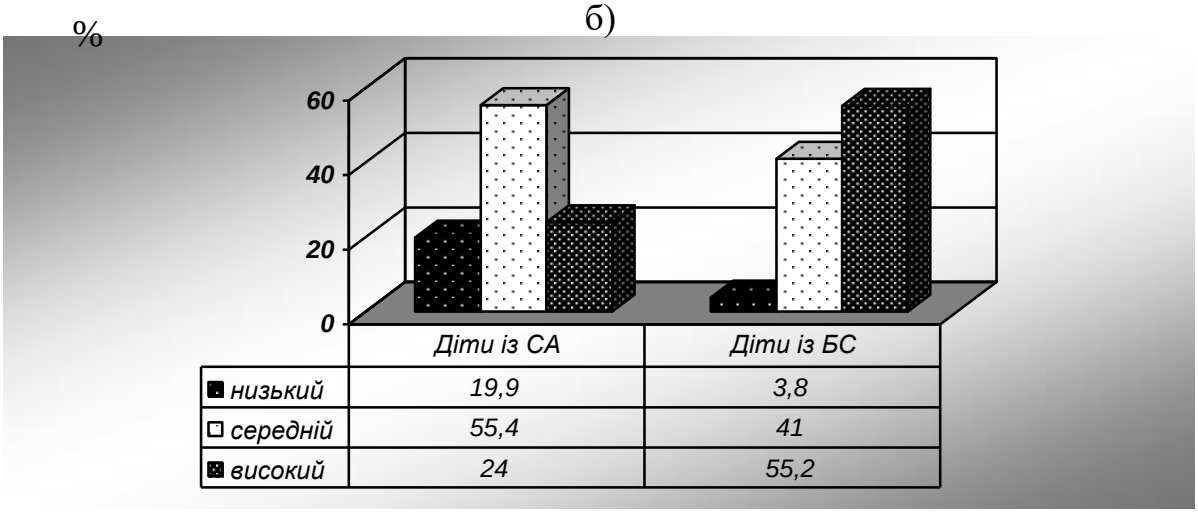
%



а)



б)



в)

Рисунок. 2.1. Відображення отриманих результатів за методикою «САН» :

а) самопочуття, б) активність, с) настрій.

Таблиця2.3

Розподіл показників за факторами (методика «САН») (%)

Фактор	Діти із СА	Діти із БС

	високий	середній	Низький	високий	середній	низький
С	36,6	44,9	18,5	63,9	27,6	8,6
А	20,1	65,6	14,2	30,5	60,0	9,5
Н	24,7	55,4	19,9	55,2	41,0	3,8

Аналогічні дані були отримані при тестуванні дітей за фактором «Активність». Високий бал був виявлений у 20,1% дітей із СА та 30,5% у дітей із БС; низький – у 14,2% та 9,5%, відповідно (рис. 2.1-б). Проте виявлений великий відсоток досліджуваних із середніми і високими показниками активності – 85,7% дітей із СА та 90,5% у дітей із БС – показує, що віковий період, в якому знаходяться діти обох груп, є періодом соціальної і творчої активності. Тому завданням фахівців, насамперед, психологів та соціальних працівників, є допомога дітям у адаптації до існуючих життєвих умов, розширення діапазону особистісного і ситуативного реагування, формування адекватних форм поведінки, щоб зберегти та підвищити самооцінку дітей, їх відповідальність за вчинки, надати їй можливість реалізувати свій потенціал у всіх сферах життєдіяльності.

За фактором «Настрій»досліджувані діти в обох групах показали високі результати (рис.2.1-в). Так, нормативні показники і вищі бали були виявлені у 80,1% обстежених дітей із СА та 96,2% дітей із БС, що корелює з високим рівнем активності дітей. Однак, у групідітей із СА, у порівнянні з дітьми із БС вірогідно більша кількість досліджуваних показала низькі результати по даній шкалі – відповідно 19,9% та 3,8%. На наш погляд, це свідчить про менш оптимістичний погляд щодо своїх перспектив у дітей із СА у зв'язку сімейною травматичною ситуацією, і ставить завдання корекційної роботи з даною категорією.

2.2.2. Особливості емоційної сфери дітей, що виховуються у різних умовах мікросоціуму

У підрозділі 2.1 обґрунтовуючи методики нашого дослідження ми з'ясували, тривожністьвпливаєна поведінку людини та її ставлення до себе. З метою діагностики рівня тривожності досліджуваних ми застосували опитувальник Ч.Спілбергера-Ю.Ханіна.

При застосуванні опитувальника, первинної обробки результатів ми отримали розподіл данихпредставлений у табл.2.4.

Таблиця 2.4

Показники рівня тривожності дітей із сімей алкоголіків та із благополучної сім'ї

Показники	Діти із СА	Діти із БС	
	X	X	p
Особистісна тривожність	3,7 ± 1,4	2,7 ± 3,1	P≤0,05
Ситуативна тривожність	2,6 ± 1,5	1,7 ± 2,7	P≥0,05

Примітки: де, Діти із СА – діти із сім'ї алкоголіків

Діти із БС – діти із благополучної сім'ї

Аналіз результатів дослідження показав, длядіти із алкогольноузалежненої сім'ї характеризуються більшимрівнем тривожності, як особистісної, так і ситуативної. З таблиці 2.4 видно, щопоказник рівня особистісної тривожності загалому групі – високий. Отже, більшість досліджуваних дітей цієї групиєвисокотривожними, схильнимибачити загрозищодо свого «Я» (ставленні до себе, рівня домагань, самооцінки тощо) у різноманітних життєвих ситуаціях. Відповідно, що при такому сприйнятті оточуючого світу вони реагують на це виразним станом тривожності.

З таблиці 2.4 видно, щоситуативна тривожність у дітей із алкогольноузалежненої сім'ї виражена на середньому рівні, що свідчить про те, що деякі ситуації та життєві обставини переносяться ними спокійно, але є ті ситуації на які вони реагують підвищеним рівнем тривоги, напруженням, відчувають неспокій та розпач.

Як бачимо з таблиці 2.4 у досліджуваних дітей з благополучних сімей особистісна тривожність на середньому рівні виразності, а ситуативна – на низькому. Отже, деякі дітиз благополучної родини також, як дітиіз сімей алкоголіківудеяких ситуаціях та життєвих обставинах відчувають загрозу

щодо свого «Я», себе, самоповаги, самооцінкитощо. При цьому, вони більш впевнені у собі та у значно меншій кількості ситуаційвідчувають тривогу та напруження.

Дані «симптомокомплексів» (Агресивність, Психологічний захист, Депресивність, Тривожність, Неадекватна самооцінка) на основі проективної методики **«Неіснуюча тварина»**представлені в табл.2.5.

Таблиця 2.5

Симптомокомплекси тесту «Неіснуюча тварина» у дітей із сімей алкоголіків та дітей із благополучних родин

Статистичні значення	Симптомокомплекси (показники)									
	Агресивність		Психологічний захист		Низька енергетика, депресивність		Тривожність		Неадекватна самооцінка	
	Діти із СА	Діти із БС	Діти із СА	Діти із БС	Діти із СА	Діти із БС	Діти із СА	Діти із БС	Діти із СА	Діти із БС
$\bar{X}$	10,43	8,12	13,64	9,87	2,04	0,86	8,93	7,23	0,67	0,72
σ	0,87	1,24	1,41	1,32	0,36	0,27	0,43	0,87	0,56	0,34
P	$P \leq 0,05$		$P \leq 0,05$		$P \leq 0,05$		$P \leq 0,05$		$P > 0,05$	

Примітка: де: діти із СА – діти із сімей алкоголіків,
діти із БС – діти із благополучних сімей

Як видно з дані таблиці 2.5, у дітей із сімей алкоголіків, симтомокомплекси тесту: «Агресивність»«Психологічний захист», «Низька енергетика, депресивність», «Тривожність» мають більше високі показники (на достовірному рівні значущості; $p \leq 0,05$).

На основі контент-аналізу наративів (мовленнєвих повідомлень) дітей, зокрема, розповідей про спосіб життя неіснуючої тварини, виокремлено три тематичні категорії тварин: «очікуючі погрозу», «загрозливі» і «нейтральних». Їхній кількісний розподіл представлений у табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Тематичні категорії тварин на основі контент-аналізу розповідей про спосіб життя «Неіснуючої тварини» у %

Тип тварини	Діти із СА	Діти із БС	P
«Очікуючи погрозу»	48	42	P > 0,05
«Загрозливі»	31	15	P ≤ 0,05
«Нейтральні»	21	43	P ≤ 0,05

Примітка: де: діти із СА – діти із сімей алкоголіків,
діти із БС – діти із благополучних сімей

Наведемо кілька прикладів:

«очікуючі погрозу»:

«Його кличуть Закаюл. Живе на вулиці. Його вороги - люди. Друзів у нього немає. Живе він сам. Йому ніхто не потрібний. Він хоче бути взагалі один на всій Землі» (хлопчик, 8 років, СА);

«Голасі живе в норі. Він живе сам по собі. Їсть звірів, друзів у нього немає. Якщо на нього нападають, то бореться скільки це можливо, а якщо бачить, що битва може бути програна, то тікає» (дівчинка, 8 років СА);

«Протозавр живе один серед каменів. Харчується чим прийде: і тваринами, і рослинами. Друзів у нього немає. Його вороги такі ж, як він. Вони взагалі їдять один одного. Тому краще не ходити, а сидіти в засідці, щоб тебе не з'їли» (хлопчик, 8 років СА).

«Її кличуть Урлитка, живе у воді. Вона дуже добра, з нею всі дружать. Ворогів у неї ні, вона дуже любить дітей. Любить їсти шоколадне морозиво. Якщо на неї нападають, то вона лякає очами, а якщо це не допомагає, то кусає гострими зубами» (дівчинка, 8 років, БС).

«Це Віка. Вона живе у полі. Її краще не торкати, вона цього не любить і може вкусити. Також не можна торкати її яйця, тому що вона їх дуже охороняє. Всі її родичі народжуються відразу більших розмірів, як дорослі. Віка дуже любить їсти траву, а потім народжувати дітей. Дуже не любить, коли її торкають» (дівчинка, 9 років, БС).

«загрозливі»:

«Це Людожер. Друзів у нього немає. Живе на самоті в пустелі. Він харчується людьми, і п'є кров» (хлопчик, 9 років, СА).

«нейтральні»:

«Його кличуть Норвук. Живе він один і увесь час шукає собі друга. Отут він не знайшов друга і йому стало дуже смутно, тому він захотів їсти. Харчується він листами з дерев. Коли він підійшов до дерева, там було багато опалих листів. Поки він їв, то побачив друга й вони пішли гуляти» (дівчинка, 9 років, СА).

Якісний і кількісний аналіз результатів по даному тесті свідчить про те, що діти із СА вірогідно частіше очікують погрозу від оточуючого їх миру, що й підготовляє позицію захисту у вигляді агресії.

Важливу інформацію про особливості фрустраційної толерантності дітей із СА ми також одержали на основі даних методики **вивчення фрустраційних реакцій С.Розенцвейга.** Дана методика дозволила оцінити відповіді досліджуваних з погляду двох критеріїв: спрямованості агресивних тенденцій і типу агресивних реакцій. Усереднені дані представлені у табл. 2.7 та рис. 2.2.

Аналіз результатів за даним тестом дозволив установити, що в обох досліджуваних групах переважають самозахисні реакції з екстрапунітивною спрямованістю (Е-Типу). Однак у дітей із СА їх значення вірогідно вище ніж у дітей із БС (13,21 проти 11,43; $p<0,05$). Крім того, діти із СА вірогідно частіше прибігають до реакцій «фіксації на самозахисті» - ED (9,87 проти 8,21; $p<0,05$).

Таблиця 2.7

Усереднені значення показників типів і спрямованості реакційза методикою Розенцвейга ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показник	Діти із СА	Діти із БС	P
E’	3,46 ± 0,32	3,86 ± 0,28	≥ 0,05
E	6,54 ± 0,44	5,43 ± 0,36	≤ 0,05
E	3,21 ± 0,21	2,14 ± 0,16	≤ 0,05
E	13,21 ± 0,37	11,43 ± 0,48	≤ 0,01
I’	1,43 ± 0,22	1,47 ± 0,19	≥ 0,05
I	2,01 ± 0,26	1,94 ± 0,15	≥ 0,05
I	0,63 ± 0,12	2,19 ± 0,26	≤ 0,01
I	4,07 ± 0,32	5,60 ± 0,24	≤ 0,05
M’	2,64 ± 0,24	3,85 ± 0,27	≤ 0,05
M	1,32 ± 0,21	0,84 ± 0,13	≤ 0,05
M	2,76 ± 0,18	2,28 ± 0,16	≥ 0,05
M	6,72 ± 0,25	6,97 ± 0,19	≥ 0,05
OD	7,53 ± 0,44	9,18 ± 0,32	≤ 0,01
ED	9,87 ± 0,34	8,21 ± 0,29	≤ 0,05
NP	6,60 ± 0,36	6,61 ± 0,33	≥ 0,05
GCR	44,82 ± 0,46	52,67 ± 0,54	≤ 0,01

Характерним патерном поводження у ситуаціях фрустрації є:

для дітей із СА: E(13,21)>M (6,72)> I (4,07); ED (9,87) > OD (7,53) > NP (6,6);

для дітей із БС:E(11, 43)>M (6,97)>I (5,6); OD (9,18) > ED (8,21) > NP (6,61).

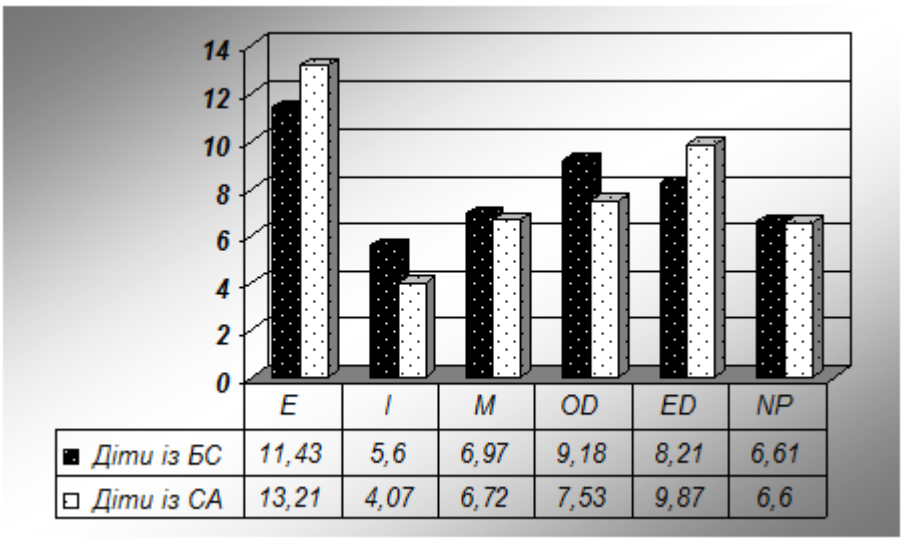


Рис. 2.2.Усереднені показники тесту Розенцвейга дітей із сімей алкоголіків і дітей із благополучних сімей

Отриманий профіль фрустраційної толерантності дозволяє сказати, що у структурі фрустраційних реакцій дітей із СА переважає тип реакцій, пов'язаних «з фіксацією на самозахисті» (ED). Це говорить про те, що

головну роль у поведінці досліджуваних грає захист самого себе, свого «Я». При цьому агресія спрямована на оточуючих людей (або навколишні предмети) у формі осуду зовнішньої причини фрустрації. Досліджуваний або ганьбить, засуджує когось, або виправдує свої дії, намагаючись зм'якшити свою провину. Оскільки показники ED і E у дітей із СА вище, ніж у дітей із БС, а показник I нижче, це свідчить про те, що ці діти спрямовані на оточуючих, покладають на іншу особу обов'язки вирішити ситуацію конфлікту, тому відмова іншої особи від допомоги найчастіше сприймається ними як психотравмуюча ситуація. Це вказує на те, що вони практично у будь-якій ситуації фрустрації схильні «звалювати» відповідальність за конфлікт на іншу особу, обвинувачувати у своїх невдачах оточення. Внаслідок чого вони як би «шукають конфлікт», «організовуючи» його, оскільки це дозволяє їм «розряджатися» і знижувати рівень тривоги.

На відміну від дітей із СА діти із БС «застряють» на труднощах фрустраційної ситуації (OD > ED), що може свідчити про недостатню рухливість мотивів поводження. Крім цього, діти із БС частіше схильні брати відповідальність за рішення фруструючої ситуації на себе. У той же час, наявність зворотного кореляційного зв'язку інтрапунітивних реакцій з показником тривожності (r = -0,5) свідчить про те, що зниженню рівня тривожності сприяє домінування почуття провини й каяттів совісті.

Коефіцієнт соціальної адаптивності (GCR) (див. табл. 2.7) у дітей із СА значущо нижче ($p < 0,01$), ніж у дітей із БС, що свідчить про недостатню пристосованість дітей із СА до свого оточення, про наявність частих конфліктів різного роду.

Крім цього нами були проаналізовані значення, отримані по індексах Раухфмейша, середні значення індексів Раухфмейша представлені в табл.2.8.

Таблиця 2.8

Середні значення індексів Раухфмейша досліджуваних

Індекси Раухфмейша	Діти із СА	Діти із БС	P
Спрямованості агресії (E/I)	4,52 ± 0,41	2,63 ± 0,32	≤ 0,01

Трансформації агресії (E/e)	2,03 ± 0,39	2,51 ± 0,33	≥ 0,05
Рішення проблем (i/e)	0,21 ± 0,28	1,02 ± 0,43	≤ 0,01

Аналіз значень індексів Раухфмейша показав, що в дітей із СА вірогідно вище, у порівнянні з дітьми із БС «індекс спрямованості агресії» ($p< 0,01$), і в той же час вірогідно нижче «індекс рішення проблем» ($p < 0,01$).

Таким чином, порівняльне експериментальне дослідження емоційних особливостей реагування й соціальної адаптації дітей молодшого шкільного віку двох досліджуваних груп (із алкогольноузалежнених родин та із благополучних родин) виявив:

- у дітей із СА вірогідно частіше ($p< 0,05$) зустрічаються реакції захисного типу, що не дають можливості знайти конструктивне рішення й опанувати ситуацією. Саме такого типу поводження, відповідно до традиційної інтерпретації тесту Розенцвейга, свідчить про «слабість особистості», що виражається у твердій прихильності до ситуації, невмінні емоційно відволіктися від «фрустратора», нездатності взяти на себе відповідальність за рішення, прагнення перекласти цю відповідальність на оточуючих. На це також указує низький показник «індексу самостійності»;
- більш низький рівень соціальної адаптованості дітей із СА, що проявляється у недостатній пристосованості до свого соціального оточення й частих конфліктах при спілкуванні;
- більш виражена соціальна дезадаптація в дітей із СА, ніж у їх однолітків з БС.

Отримані результати свідчать про те, що вживання у алкогольноузалежнених родинах істотно впливає на формування соціальної дезадаптації (зниження фрустраційної толерантності, підвищення вимогливості до оточуючих, низьку вимогливість до себе, недостатність способів самостійного рішення проблем).

Висновки до розділу 2

1. Підбиваючи підсумок аналізу можливостей підібраного нами комплексу методик, відзначимо, що вони цілком відповідають основним

вимогам психодіагностичних досліджень і поставленим нами завданням. Зокрема, вони спрямовані на виявлення психологічних і особистісних особливостей дітей з родин алкоголіків. Установлення різниць між дітьми з родин алкоголіків при порівнянні з них з дітьми із благополучних родин, дозволить виявити особливості розходжень у їх психологічних і особистісних проявах та врахувати їх при соціально-психологічній реабілітації дітей.

2. Аналіз емпіричних результатів дослідження молодших школярів з родин алкоголіків дозволив виявити характерні психологічні й особистісні особливості, які полягають у наступному:

- низькі показники самопочуття, що пояснюється наявністю цілоїнизки невротичних та психоемоційних порушень, які мають місце у дітей із алкогольноузалежнених сімей.

- середні показники активності та високі настрою, але у порівнянні із однолітками з благополучних родин показники по цим обом факторам були знижені, що свідчить про менш оптимістичний погляд щодо своїх перспектив у дітей із СА у зв'язку сімейною травматичною ситуацією, і ставить завдання корекційної роботи з даною категорією.

- високий рівень тривожності в сполученні з почуттям конфліктності, незахищеності й емоційного дискомфорту в родині, комплексом неповноцінності, непевності у власних силах, низькій енергетиці, агресивності, низьким рівнем фрустраційної стійкості.

- оточуючий світ сприймається ними частіше як загрозливий для них, або як такий де вони можуть погрожувати комусь, і значно менше як нейтральний.

- у профілі фрустраційної толерантності дітей із сімей алкоголіків значущо переважає тип реакцій, зв'язаних «з фіксацією на самозахисті» (9,87 у дітей ізСА проти 8,21 у дітей із БР; $p<0,05$). У сполученні з більше високим значенням екстрапунітивних реакцій (13,21 проти 11,43) це дозволяє сказати, що упаттерні поводження цих дітей головну роль грає захист самих себе,

свого «Я». При цьому агресія спрямована на оточуючих людей або предмети у формі активного пригнічення та заперечення своєї провини, залучення ресурсів інших людей і перекладання на них відповідальності за вирішення проблем

РОЗДІЛ 3
ЗАГАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОДИН АЛКОГОЛІКІВ

3.1 Поняття соціально-психологічної реабілітації дітей із алкогольно-узалежненихродин

Соціально-психологічна реабілітація дітей – це комплекс заходів, що спрямовані на формування різних компетентностей, зокрема, поведінкита навичок комунікації в суспільстві, при цьому ці компетентності дітей повинні відповідати очікуванням суспільства. Як зазначають Р.Баркер, Л.Г.Гуслякова, О.І. Холостова,Т.І.Соловников, Т.В.Шеляг та інші, здійснення соціальної реабілітації дітей з родин алкоголіків повертає їм соціальне достоїнство (тобто усвідомлення людиною своєї значущості,цінності, необхідності та визнання цього іу інших людей). На цьомуґрунті формується відповідальність людини до себе, до своєї поведінкитавчинків [4; 16; 36; 50; 56].

Питаннями соціальної реабілітації дітей із алкогольноузалежнених родин почали займатися відносно нещодавно (П.Д.Павленок, О.Г.Бондар, О.І.Холостова, С.К.Терешнікова, В.І.Мітрохін та ін.)[38; 39; 51; 53; 56]. М.В.Фірсов зазначає:«Лише декілька десятиліть тому робота з дітьми з родин алкоголіків полягала у тому, що батьківабо лікували від алкоголізму, або їх позбавляли батьківських прав, а дітей відправляли в дитячі будинки й інтернати,де забезпечували їхжиттєво важливі потребита навчали»[57, с 19]. Також, дослідник звертає увагу на те, що мало уваги приділялося тому, що діти з алкогольних родин через несприятливі умови виховання або відсутності такого, входять у доросле життя зовсім непідготовленими, не можуть адаптуватися в групі однолітків і зазнають значних труднощів у комунікації [57, с 19]. Це призвело перегляд поглядів щодо роботи з дітьми алкоголіків і усвідомленнянеобхідності комплексноїроботи з ними, з обов'язковимврахуванням їх психічних особливостей [57, с 19].О.М.Маслюкова, В.Д.Москаленко, Ю.І.Нікітін, Т.В. Шеляг,В.В.Лебединський ті інші вважають, що корекція нервово-психічних порушень у дітей з алкогольних родин припускає проведення лікувально-оздоровчих і психолого-педагогічних заходів[3; 27; 29; 34; 59; 61].

Безперервність реабілітаційно-корекційного процесу забезпечується наступністю у роботі різних служб і установ, у яких перебуває дитина.

Особливо важлива роль належить спеціалізованому доглядутаколекційному розвиткуу ранньому віці, коли має місце найбільш інтенсивний психічний розвиток дитини, а провідною діяльністюдля становлення психіки, – є ігрова діяльність та спілкування з дорослими. Отже, основою, реабілітаційно-корекційного та виховного процесу є організація емоційно позитивного оточення[12; 36; 42; 46; 48; 52].

Б.С.Братусь та П.І.Сідоров та інші наголошують:«комплексна лікувально-корекційна робота вміщую організацію правильного режиму, повноцінного харчування, фізичного виховання, стимуляцію психічного розвитку, логопедичну роботу, медикаментозне лікування й психотерапію[12, с. 26].

Всі ці заходи повинні бути індивідуальні з урахуванням фізичного віку й нервово-психічного стану дитини.

Необхідно звертати увагу і на оформлення приміщення, у якому перебуває дитина. У спеціальних дитячих установах, куди попадають діти батьків, що страждають хронічним алкоголізмом, мають значення навіть такі деталі, як фарбування стен, розцвічення штор, оформлення ігрових кімнат тощо.

Н.Я. Копит та П.І. Сидоров відмічають:«Для дітей раннього віку необхідні яскраві, великі, легкі пластмасові іграшки, а також іграшки середньої величини, які легко можна взяти в руку й з якими можна робити різні маніпуляції. Важливо, щоб у дитини було постійне місце для сну, прийому їжі, а пізніше – для особистих речей» [18, с. 34].

Н.Ю. Максимова, С.В. Толстоуховата ін. відмічають, щопроведення спеціальних музичних занять здійснює сприятливий вплив на психічний стан дітей. Музика заспокоює дитину, викликає в неї позитивні емоції сприяє розвитку її мови[25, с. 154].

На думку О.М. Маслюковоїосновним завданням психолого-педагогічних заходів є попередження труднощів навчання та порушення поведінки, а також відхиленьособистісногорозвитку цього контингенту

дітей[27, с. 62]. Дослідниця пише: «Всі психолого-педагогічні впливи мають не тільки профілактичну, але й лікувально-корекційну спрямованість.Необхідними умовами успішності всієї психолого-педагогічної роботи є її системність і регулярність» [27, с. 64].

Окрім того, О.М.Маслюкова відмічає:«перш ніж проводити психолого-педагогічну корекцію, треба мати уявлення про особливості фізичного й нервово-психічного стану кожної дитини, її сімейне оточення»[27, с. 71]. Також на її думку важливо виявляти здібності, схильності та інтереси дитини.

На думку авторки особливої увагипотребує визначення рівня розумового розвитку дітей. Спираючись на досвід своєї роботи вона зазначає, що часто діти залкогольно-узалежненихсімей, особливо при наявності в них педагогічної занедбаності,внаслідок значної нестачі спілкування з дорослими, при первісному обстеженні можуть справляти враження розумово відсталих[27, с. 74]. Однак, як зазначає О.М. Маслюкова: «Правильний педагогічний підхід до цих дітей, проведення спеціальних корекційних занять у сполученні з медикаментозним лікуванням дають позитивні результати, що говорить про відсутність у них розумової відсталості. Наявні ж труднощі у навчанні та поведінці пов'язані із затримкою психічного розвитку по типу інфантилізму, але не з розумовою відсталістю»[27, с. 74-75].

Таким чином, важливо диференціювати розумову відсталість від інших форм інтелектуальних порушень у цих дітей, що часто вимагає тривалого спостереження за нимипід час процесу проведення корекційно-педагогічних заходів. Украй відповідально це зробити до початку їх навчання у школі. Несформованістьнизки компонентів, які становлять готовність до шкільного навчання, визначає споконвічнітруднощі у навчанні упереважної більшостіцих дітей. Це, з одного боку, може обумовити постановку неправильного діагнозу розумового розвитку, а з іншого боку – викликати у дитини негативне ставлення до школи, щозумовить погіршення її психічного

стану загалом. Отже, одним із важливих завдань при роботі з цими дітьми є поглиблена діагностика їх психічного розвитку та підготовка до навчання в школі.

В.Д.Москаленко зазначає, що діти з родин хворих алкоголізмом навіть при мінімальних ознаках органічнихвідхилень центральної нервової системи внаслідокглибокої педагогічної занедбаності вже у дошкільних освітніх закладах часто викликають негативні реакції відоточуючих[30]. Не маючи уявлення про правила поведінки за столом, у ігровій кімнаті та у інших повсякденних ситуаціях, ці діти викликають до себе негативне ставлення однолітків. Тільки терпляче, доброзичливе відношення до цих дітей, кількаразовий показ, повторення й пояснення того, як треба виконати ту або іншу дію, як поводитися в тієїчи іншої ситуації, дозволить попередити відхилення їх психічного та особистісногорозвитку.

Уранньому віці особливо необхідний розвиток сенсорних процесів, тому що нормальний психічний розвиток можливий тільки при наявності інформації, що йде ззовні. Світ, що оточує дитину, повинен бути насичений звуками (особливо звуками людської мови), предметами різних розмірів, форм, функціонального значення, різнокольоровими фарбами, смаками тощо.

В.Д. Москаленко зазначає:«Серед різноманітних видів сенсорної інформації важливе місце займає інформація, сприймана на слух. При сучасному рівні розвитку інформаційних технологій одним з аспектів корекційної роботи може бути відтворення записів спокійних мелодійних пісень, текстів казок, коротких розповідей у кімнаті, де грають діти»[29, с.67]. Також на думку дослідниці позитивну роль з метою закріплення необхідних умовних зв'язківу ранньому віці грає сполучення певноїдії із щодня повторюваною приємною мелодією або звуками співу птахів (наприклад, ранком при пробудженні, перед зарядкою, тощо), енергійного маршу при підготовці до прогулянки тощо [29, с.68].

Окрім того, авторка зауважує, що у дітей повиннабути можливість спостерігати різноманітні явища, як у взаємодії та взаєминах людей між

собою та з іншою живою природою, так і у неживій природі (різні природні явища: дощ, мороз, жара тощо). При цьому, на її думку, важливу роль мають емоційні впливи на дитину. Елементами цих впливів є інтонації голосу, міміка, жести, форми реагування дорослого на правильніта неправильні, гарніта поганівчинки дитини[29, с.70-72].

На думку В.В.Лебединського, головним критерієм правильного корекційного підходу є стан психологічного, а для дітей молодшого віку – психофізіологічного комфорту[61]. При цьому автор зазначає: «для створення комфортного психічного стану дитини зовсім немає необхідності йти у неї на приводу й догоджати їй» [61, с. 123]. У випадку неправильної поведінки дитини рекомендується застосовувати наступні прийоми: перемикання й відволікання уваги від конфліктної ситуації на нейтральну або ту, що приносить задоволення[61].

Для доведення ж до свідомості дитини неправильності її вчинку можна використовувати оцінку поводження іншої дитини або казкового персонажа, героя мультфільму, тощо в аналогічній ситуації. Причому як гарний, так і поганий учинок персонажа в цій же ситуації, при правильному й доступному поясненні його вихователем, збагачує соціальний досвід дитини й дозволяє їй засвоїти поняття про те, «що таке добре й що таке погано»[37].

Наочний приклад відіграє величезну роль у вихованні й навчанні дітей. Але з формуванням мови не менш, а іноді й більше істотний вплив на розвиток робить слово.

Значнаувагау системі роботи з дітьми, батьки яких страждають алкоголізмом, приділяється у психотерапії.Психотерапія– є комплексним впливом на психіку людини з метою усунення хворобливих переживань і зміненняставлення до себе, свого стану таоточуючого середовищ[46]. Психотерапія дитячого віку має свої специфічні особливості, у ній велика увага приділяється прийомам відволікання й перемикання[60]. Важливим завданням психотерапії дітей батьків, які страждають на алкоголізм, є розвиток у них соціальних, трудових і етичних установок та інтересів, а

такожвпевненості у собі та своїх можливостях. Психотерапія та психолого-педагогічна корекція дітей тісно взаємозалежні та складають сутністьреабілітаційної роботи[27; 29; 36; 38; 42].

В.А. Рязанцев, К.С.Сборщикова, А.В.Теренко, Е.Г.Ейдеміллер таін. зазначають, що здійснення процесу психотерапії відбувається у декілька етапів. На першому етапі встановлюється контакт із дитиною, на другому розкривається сутність її конфліктних переживань. Особливістю третього етапу єзастосування різних технік та прийомів, що спрямовані на допомогу дитині усвідомити та відреагувати негативні емоції та почуття. Зважаючи на вік дитиниобираються найбільш оптимальні техніки та методи психотерапії[46; 47; 60]. Г.Л.Лендретзазначає: «з дітьми дошкільного віку широко застосовується ігрова психотерапія, з молодшими школярами використовується також і малювання, а з дітьми старше 10 років підключається планомірне проведення спеціальних бесід. Корисним є також прийом психотерапевтичної ляльковоїдраматизації»[24, с. 46].

О.М.Маслюкова вважає, що всі прийоми психотерапії з дітьми 5,5-6 років і більше обов’язково супроводжуються роз'яснюючоюпсихотерапією. Дитині логічно обґрунтовано пояснюють причини їїскладних взаємин з однолітками тавчителями, обговорюють із нею різні життєві ситуації задля розвитку можливостідитини адекватно оцінити себе, свій стан та взаємодію з оточуючими[27].

На думку дослідниці при психотерапевтичній роботі з підлітками, з алкогольноузалежненихродин необхідно обговорення наступних проблем: «У чому сенс життя; що може принести задоволення в житті, чому одні люди йдуть по шляху самопожертви й самовіддачі, а інші – споживання й користі; чому одні здатні на подвиг, а інші на злочин тощо» [27, с. 76]. Обговорення цих питань припускає більшу просвітню роботу, викликану необхідністю як ліквідації пробілів у знаннях таких підлітків, так і розвитку їхньої самосвідомості[27]. При індивідуальних бесідах психотерапевт звичайно з'ясовуєсистему цінностей підлітка, його інтереси, рівні самооцінки та

домагань тощо. Надалі проводиться робота з вироблення адекватної самооцінки, формуванню домагань у соціально значущихвидах діяльності, зміні ціннісних орієнтації, нормалізаціїстосунків підлітків з оточуючими однолітками та дітьми [27].

Т.Ю.Андрущенко, Г.В.Бурменська, Н.І.Єсінова та інші вважають, що на основі даних, які отриманіпід час діагностики дитини та бесіди з батьками та/або вихователями складається програма надання психологічної допомоги. Метою програми єдопомога дітям усвідомити тавідреагувати переживання, які перешкоджають їхньому нормальному самопочуттю та спілкуванню з однолітками. Першою чергою, це переживання, які виникаютьвнаслідокнепевності в собі,тривоги, страхів, образ,труднощіву спілкуванні, нездатності контролювати свої почуття[37].

Корекція поведінки, на думку Г.Л.Лендрет, може успішно здійснюватися в процесі гри[24]. Гра являє собою природний вид творчості дітей, у якому відбивається тамоделюєтьсянавколишня дійсність. Під час гри дитина може відреагувати свої почуття, пред’явити свої бажання, побачити новий досвід соціальної взаємодії, розширити коло спілкування, здобути нові знання та уміння. Крім цього, через гру, дитині можливо усвідомити недоліки свого характеру й знайти оптимальні шляхи рішення проблемних або конфліктних ситуацій [24].

Науковці-практики відмічають, що застосування музичних композиційстворює сприятливий фон для інших видів психотерапії. Зокрема, музика під час арт-терапії та ігрової терапії сприяє більш швидкій нормалізації психо-емоційного стану дитини та нівелюванню її травматичних, конфліктних почуттів[24; 37].

Отже, найбільш ефективними напрямами у реабілітаційній роботі з дітьми, із сімей алкоголіків є такі, які припускають активну, діяльність, що програється зовні, самою дитиною. Гра, малювання, ліплення, спів, і інші форми роботи дитини дозволяють їй винести у ззовні об'єкти самопізнання.

Крім цього, значний акцент необхідно робити на задоволення сенсорних відчуттів дитини та розвитку її мови.

3.2 Психологічні основи соціальної реабілітації

Вище відзначалося, що дуже часто алкоголізм та інші аддиктивні проблеми стають сімейною традицією. У родинах алкоголіків панує правило, що зводиться до відмови, принципу «ніяких розмов». Внаслідок чого діти з таких сімей часто не усвідомлюють, що відбувається в них у родині. Тому не дивно, що вони у всім обвинувачують себе. Переважні почуття, які відчувають ці постійне замішання тривоги, страху, гніву, образита любові до батьків[25; 26; 62].

На думку Н.Ю.Максимової, дітям із сімей з алкогольною залежністюнеобхідно надавати інформаціющодо впливу алкоголю та інших наркотичних речовин на організм людини, пояснювати що це хвороба, яку необхідно лікувати [26].Отримавши інформаціющодо заперечення, провали пам'яті, рецидивитаособливості зцілення, діти можуть не тільки зрозуміти, що відбувається в них у родині, але йусвідомити, що вони не повинні звинувачувати за це себе, що вони не можуть усе змінити на краще. Дослідниця наголошує на важливостінаданням цієїінформації дітям, з врахуванням їх віку, щоб вони не були більше вражені, обтяжені й не випробовували б замішання. Окрім того, авторка вважає, що дітям із сімей алкоголіків необхідно знати наступні постулати: «Алкоголізм – це хвороба. Ти не можеш поліпшити положення, що створилося. Ти гідний того, щоб тобі допомогли. Ти не один. Є надійні люди й організації, які можуть допомогти. Є надія»[26, с. 203].

А.Є.Лічко, Н.Ю.Максимова, В.Г.Панок, П.Д.Павленок, К.С.Сборщиковата інші вважають, що діти із алкогольноузалежнених сімейскладають групу підвищеного ризику щодо поведінкових та емоційних проблем. Саме тому необхідно формувати різні життєві навички, за

допомогою яких вони будуть вирішувати різні проблеми. Зокрема, деякі діти зіштовхуються з важкими ситуаціями, які пов'язані з випадками побиттями у родині, занедбаністю та іншими проблемами [22; 25; 35; 38; 47].

А.С.Сорвінау своєму дослідженні виявила різні аспекти, які дозволять дітям відчути свої сили та розвинути гнучкість поведінки. Зокрема, автора виокремлює:

- автономіюта незалежність;
- соціальну орієнтаціюта соціальні навички;
- спроможність брати на себе відповідальність та враховувати інтереси іншої людини;
- навички саморегуляції, які дозволяють впоратися з емоційно небезпечними життєвими ситуаціями;
- спроможністьконструктивновирішувати складні життєві ситуації;
- спроможністьотримувати на позитивну увагу з боку інших
- спроможність зберігати оптимістичний погляд на життя;
- установлення близького зв'язку з іншими людьми[49].

На думку дослідниці, навіть якщо діти із сімей алкоголіків і повернуться у родини з активноюаддикцією, завдякирозвитку вищеозначених якостейвони будуть більш підготовлені до конструктивного реагування на різні проблеми, з якими їм доведеться зіштовхуватися[49].

Незважаючи на те, що точна, підходяща для конкретного дитячого віку інформація й навчання навичкам безмежно допомагають дітям, найважливішим дарунком є ті встановлені зв'язки й прихильність, які вони здобувають через здорові відносини з іншими людьми. Через порушені обіцянки, брутальні словата погрози жорстокого ставлення до них діти, що виховуються у багатьох родинах алкоголіків, засвоюють правило «Дорослим вірити неможна», авідчуження та мовчання можуть супроводжувати їх впродовж всього їх життя.

Отже, уреабілітаційно-корекційній роботі психолога процес вибудовування довірчих стосунківєнайважливішим. По мірі розвитку

терапевтичного процесу слова психолога починають здобувати вагомість і дитина починає зважати на них. Завдяки подальшій роботі дитина може усвідомити та впевнитися у власних сильних сторонах та розвинути гнучкість поведінки.

3.3. Практичні рекомендації для психологів

Т.Ю.Андрущенко, Г.В.Бурменська, Н.І.Єсінова та інші вважають, що психологи, що працюють із дітьми алкоголіків, особливо повинні піклуватися про те, щоб вони:«змогли встановити позитивні взаємини з іншими людьми та щоб вони були впевнені у власних здібностях і у власній цінності» [37, с. 123].Також на їх думку необхідно коригувати почуття безпорадності та неповноцінності, що дозволить не тільки підняти рівень їх самооцінки та самоповаги, але й дозволить у подальшому встановлювати позитивні стосунки з іншими[37, с. 125].

Вищеозначене перегукується і з працями інших психологів-практиків. Зокрема, К.С. Сборщикова, А.В. Теренко та ін. вважають, що однією з особливо важливих мішеней корекційної роботи психолога, що працює цією категорією дітей є розвиток здатностівстановлюватита підтримувати теплі позитивні стосунки з іншими [47, с. 20]. При цьому вони відмічають, що цілком вірогідно, що в багатьох дітей, що знаходяться на соціально-психологічній реабілітації можуть бути відсутні бажані взаємини з їхніми однолітками або з дорослими. Для більшості дітей із сімей алкоголіків характерною є проблема«соціальної відчуженості». Особливістю їх стосунків з іншими людьмиє поверхневість, а число й інтенсивність їхніх контактів з іншими людьми є обмеженою. Тому необхідно спиратися на вже існуючі стосунки, щоб сприяти їх трансформації у більш міцні, теплі та глибокі, що у подальшому дозволить їм формувати нові соціальні зв'язкибез тривоги та побоювання [47].

Дослідниці акцентують увагу на тому, що: «Незважаючи на те, що психолог підкреслює важливість розвитку нових зв'язків, звичайно необхідно проаналізувати поточніта минулі стосунки з батьками. Наприклад, клієнт може перейти від відносин, що характеризувалися крайнім хвилюванням і любов'ю, до відносин, які характеризуються розпачем і гіркотою. Надто важливо допомогти дітям алкоголіків правильно ставитися до батьків» [47, с.21]. Адже це тістосунки, уникнути яких вони можуть дуже рідко, поза залежністю від їхнього віку або від того, чи покинули вони будинок.

Однак психолог не повинен прагнути до досягнення батьками клієнта тверезості й не повинен зосереджувати уваги на тім, щоб змінити батьків. Психолог, що працює тільки із клієнтом, а не з родиною клієнта, повинен піклуватися про фізичний таемоційнийстан клієнта. Частина реабілітаційної робота психолога в такій ситуації повинна вміщувати у себе навчанню клієнта тому, жити власним життямз батьками-алкоголіками. З огляду на це, необхідностворити такі умови, щоб клієнт обговорював власні почуття щодо цієї ситуаціїта про себе особисто, а не зосереджувався тільки на обговоренні своїх батьків-алкоголіків. Важливим є прагнення психолога допомогти дитині встановити більшу кількість корисних і здорових взаємин у родині зі своїми рідними та близькими, а також з людьми поза родиною.

Взаємини з людьми поза родиною можуть також створити структуру для виживання клієнта й для росту клієнта як особистості. Стосунки з однолітками відіграють важливу роль у здоровому особистісному розвитку дитини. Отже, одним із завдань психолога у реабілітаційній роботі є навчання та розвиток навичок встановлення стосунків з однолітками та вирішення різних конфліктів ситуацій конструктивним шляхом.

Діти, що ростуть у родині алкоголіка, часто переконані, що вони не мають ресурсів або методів для зменшення пиятик або бійок свого батька. Це переконання, про відсутність почуття контролю, і безпорадності може перейти на інші аспекти життя, включаючи навчання в школі, хобі, встановлення стосунків тощо.

Одна зі стратегій при роботі з дітьми алкоголіків полягає удопомозі їм усвідомити, що вони не в змозі змінити чужу поведінку, вплив якої їм можливодоведеться переносити. Однак вони можуть навчитися стримувати своє особисте поводження, досягнення й почуття. Якщо психолог допоможе клієнтові розвити почуття самовладання над власним життям, воно буде сприяти відкриттю клієнтом того, що він – це особистість із правильними і цінними почуттями, якостями і здібностями. При роботі над почуттям безпорадності, розвиток у клієнта почуття цінної самобутності зумовлює пошук та активізацію у нього внутрішніх ресурсів. Завдяки цим ресурсам діти усвідомлюють, що вони не можуть стримувати поведінку своїх батьків та не несуть відповідальності за неї, однак вони можуть визначати власні емоції та власну поведінку.

Інакше кажучи, важливо, щоб у дітей із сімей алкоголіків, розвивати почуття особистої відповідальності за те, що з ними відбудеться. Зауважимо, що, достатньо часто діти алкоголіків впевнені в тому, що їхнє нещастя або щастя – це результат чужої поведінки. Саме тому, наголошує В.А. Рязанцев: «психолог не повинен допускати того, щоб клієнт замість того, щоб як і раніше покладати всю відповідальність за свої проблеми на батьків, тепер би став покладати відповідальність за своє щастя на психолога» [46, с.72].

Отже, узагальнюючи всі вищенаведені рекомендації доходимо до висновку, що особливістю соціально-психологічної допомоги дітям із сімей алкоголіків є: усвідомлення ними своїх почуттів та бажань, розвиток навичок саморегуляції емоціями та поведінкою у різних життєвих, у том числі і складних ситуаціях; встановлення теплих, позитивних стосунків з іншими людьми (як однолітками, так і дорослими); розвиток почуття впевненості в собі та своїх силах.

3.4 Визначення ефективності корекційно-розвиваючої програми

Корекційна робота з дітьми з родин алкоголіків проводилася психологом Краківського соціально-реабілітаційного центру соціальної допомоги родині і дітям «Нове життя» у період червня по вересень 2022 року. Крім того з цими дітьми також працював соціальний працівник и фізичний реабілітолог, таким чином з ними проводилася вся необхідна соціально-психологічна реабілітація.

Вся робота зі зміцнення фізичного й психічного здоров'я дітей проводилася в тісному контакті з батьками (або бабусями): проводилися лекції про особливості й розвиток особистості молодшого школяра, особливості алкогольно залежної родини, впливі алкоголізму батьків на розвиток дитини, давалися практичні ради й рекомендації з поліпшення дитячо-батьківських відносин. З метою досягнення максимального корекційного ефекту діти залучилися до занять тільки за умови позитивного емоційного відношення з боку дитини.

До кінця тренінгових занять, у дітей стали помітні успіхи в оволодінні соціальними вміннями, комунікативними навичками, елементарними техніками ауторелаксації, саморегуляції й самоконтролю. Однак не можна було ігнорувати результат дії звичайного ходу розумового й соціального розвитку дітей, що лежить за межами тренінгового впливу. Тому з метою підтвердження ефективності корекційно-розвиваючої програми та всієї соціально-психолгічної реабілітації ми зробили порівняльний аналіз результатів по методу двох груп (контрольної й експериментальної). У якості контрольної групи ми обрали дітей з благополучних сімей з школи Дона, м.Кракову, а у якості експериментальної дітей з алкогольноузалежнених родин, які проходили соціально-психологічну реабілітацію у центрі «Нове покоління». На нашу думку результати діагностичного дослідження після проведення соціально-психологічної реабілітації у цих групах повинні по більшості показників статистично не відрізняться.

Контрольне психодіагностичне дослідження було проведено по ряду найбільш значимих характеристик. Серед них: шкала методики самопочуття,

активність, настрій («самопочуття» - V1, «настрій» - V2; особистісна тривожність - V3 - по опитувальнику тривожності Ч. Спілберга-Ханіна; агресивність - V4, низька енергетика, депресивність - V5, тривожність - V 6 - за методикою «Неіснуюча тварина»; коефіцієнт соціальної адаптивності (GCR) - V7, індекс спрямованості агресії - V8, індекс рішення проблем - V9 - по тесту рисункової фрустрації Розенцвейга (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Динаміка значимих показників

(результати формуючого експерименту)

Групи	До тренінгу								
	V1	**V2**	**V3**	**V4**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V9**
Е	3,7	2,3	3,6	10,43	2,04	8,93	44,82	4,52	0,21
К	4,5	3,5	2,8	8,12	0,86	7,23	52,67	2,63	1,02
Р	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,01	P < 0,01	P < 0,01
Групи	Після тренінгу								
	V1	**V2**	**V3**	**V4**	**V5**	**V6**	**V7**	**V8**	**V9**
Е	4,3	3,4	3,0	9,21	1,42	7,86	48,35	3,47	0,52
К	4,7	3,3	2,9	8,34	1,18	7,15	53,12	2,76	1,11
Р	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P < 0,05	P > 0,05	P < 0,05

Де: Е – експериментальнагрупа, К – контрольнагрупа.

Значимість розходжень визначалася на основі t-критерію Стьюдента для залежних вибірок. Вірогідність розходжень між результатами предтесту й післятесту при $p < 0,05$.

Тестові виміри проводилися у два етапи: на початку тренінгу (на «вході» - результати предтесту) і наприкінці тренінгу (на «виході» - результати післятесту). При цьому нас цікавило в першу чергу якість зрушення, тобто як і передбачалося, діти експериментальних груп (у порівнянні з дітьми контрольних груп) мили практично однаковірезультати. Дані за результатами предтесту й післятесту представлені в табл. 3.1. Як видно з представлених результатів всі показники крім коефіцієнту соціальної адаптивності та індексу рішення проблем за тестом рисуночної фрустрації Розенцвейга після тренінгу у дітей із сімей алкоголіків та дітей благополучних сімей стали статистично нерозрізнені. Таким чином, у цілому,

то час, у ході якого проводився тренінг, у рамках соціально-психологічної реабілітації, позитивно відбився на особистісному росту молодших школярів.

Після закінчення тренінгу ми разом із працівниками центра, батькамита шкільними учителями продовжували спостерігати за поводженням дітей під час уроків, на змінах і в групах продовженого дня. У ході спостереження відзначалося істотне зниженнякількості агресивних проявів у дітей, що прийняли участь у тренінгових групах. Учителі відзначали, що учні навчилися менш агресивно реагувати на дражніння, більш витримано сприймати фрустраційні ситуації. Крім того, діти стали з більшим розумінням ставитися до почуттів і вчинків інших дітей, зросла їхня готовність до колективних форм діяльності.

Узагальнення всіх отриманих результатів формуючого експерименту підтверджують можливість соціально-психологічної реабілітації в молодших школярів з алкогольно залежної родини.

Висновки до розділу 3

Комплексна соціально-психологічна реабілітаціявміщує організацію:повноцінного харчування, правильного режиму дня, фізичнихнавантажень, корекційно-розвивальну роботу з розвитку психічних функцій та особистісного розвитку, психотерапію, логопедичну роботу,імедичне лікування за необхідністю.

Основним критерієм правильного корекційного підходу є стан психологічного, а для дітей молодшого віку – психофізіологічного комфорту. У випадку неправильної поведінки дитини рекомендується застосовувати наступні прийоми: перемикання й відволікання уваги від конфліктної ситуації на нейтральну або ту, що приносить задоволення

Психотерапія дитячого віку має свої специфічні особливості, у ній велика увага приділяється прийомам відволікання й перемикання. Важливим завданням психотерапії дітей батьків, які страждають на алкоголізм, є розвиток у них соціальних, трудових і етичних установок та інтересів, а також впевненості у собі та своїх можливостях. Психотерапія та психолого-

педагогічна корекція дітей тісно взаємозалежні та складають сутність реабілітаційної роботи.

Особливістю соціально-психологічної допомоги дітям із сімей алкоголіків є: усвідомлення ними своїх почуттів та бажань, розвиток навичок саморегуляції емоціями та поведінкою у різних життєвих, у том числі і складних ситуаціях; встановлення теплих, позитивних стосунків з іншими людьми (як однолітками, так і дорослими); розвиток почуття впевненості в собі та своїх силах.

Ефективність корекційноїроботи, що проводилася у соціально-реабілітаційному центрі «Ровесник» визначалася по методу порівняння двох груп (контрольної й експериментальної). Отримані результати по групах (до й після закінчення тренінгу), свідчать про позитивний вплив психокорекційних занять. Підтвердженням є значиме зниження показників: тривожності, агресивності,індексу спрямованості агресії. Підвищилися самопочуття, активність, настрій, енергетика, коефіцієнт соціальної адаптивності, індекс рішення проблем.До кінця тренінгових занять, у дітей стали помітні успіхи в оволодінні соціальними вміннями, комунікативними навичками, елементарними техніками ауторелаксації, саморегуляції й самоконтролю.

ВИСНОВКИ

Узагальнено, що алкоголізм сьогодні є не тільки чисто медичною, але й загально-соціальною проблемою сучасного суспільства. Відображено, що значною мірою від зловживання спиртним дорослими страждають їх діти. Це зумовлено тим, що ситуація в родині, де один або обидва батьків страждають на алкоголізм, оказує психотравмувальний вплив на психіку дитини.

Проаналізовано, що родинахузалежнених на алкоголізмне можливе повноцінне виховання й навчання дітей: постійні скандали, негативне ставлення до дитини, включаючи акти прямого насильства, – негативно впливають на її розумовий, психофізичний та особистісний розвиток, а також на проектування дитиною моделі сімейних стосунківсвоїхбатьків на своє майбутнє сімейне життя.

Визначено, що для раннього виявлення особливостей психічного та особистісного розвитку дітей із родин алкоголіків рекомендується досліджувати: самопочуття, активність, настрій дітей, особливості відносин у родині та сприймання досліджуваними сімейної ситуації, особистісну та ситуативну тривожність, домінуючий життєвий стиль дитини, що обумовлю тип світосприймання, фрустраційну стійкість. Із цією метою пропонується комплекс психодіагностичнихметодик: «Самопочуття, активність, настрій», шкала особистісної і ситуативної тривожності Ч. Спілберга-Ю.Ханіна, «Неіснуюча тварина», «Тест вивчення реакцій фрустрації Розенцвейга».

Досліджено особливості психічного та особистісного розвитку дітей із сімей алкоголіків у порівнянні з їх однолітками із благополучних сімей та виявлені істотні відмінності у самопочутті, активності, настрою, тривожності, агресивності, конфліктності, негативному світосприйманні між даними групами дітей.

Визначено, що основу девіацій у світосприйманні та світорозумінні у дітей із сімей алкоголіків складають травматичні переживання та травматичні установки, які є наслідком неблагополучних відносин у родині.

Особистісний смисл агресивного реагування у фрустраційних ситуаціях у дітей із родин алкоголіків складається у самоствердженні, яке має своєю метою компенсацію неповноцінності, зовнішнє ствердження цінності свого «Я».

Результати дослідження підтвердили необхідність психокорекційного впливу у межах соціально-психологічної реабілітації дітей із сімей алкоголіків.

З’ясовано, що соціально-психологічна реабілітація дітей – це комплекс заходів, які спрямовані на формування різних компетентностей, зокрема, поведінки та навичок комунікації в суспільстві, при цьому ці компетентності дітей повинні відповідати очікуванням суспільства. Соціально-психологічна реабілітація дітей з родин алкоголіків повертає їм соціальне достоїнство (тобто усвідомлення людиною своєї значущості, цінності, необхідності та визнання цього і у інших людей).На цьому ґрунті формується відповідальність людини до себе, до своєї поведінки та вчинків

Показано, що значна увага у системі роботи з дітьми, батьки яких страждають на алкоголізм, приділяється у психотерапії. Важливим завданням психотерапії дітей батьків, які страждають на алкоголізм, є розвиток у них соціальних, трудових і етичних установок та інтересів, а також впевненості у собі та своїх можливостях. Психотерапія та психолого-педагогічна корекція дітей тісно взаємозалежні та складають сутність реабілітаційної роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айвазова А.Е. Психологическиеаспектызависимости. СПБ.: Речь, 2018. 117 с.
2. Аліпов В.І., Корхов В.В Алкоголізм та материнство. К.: Фенікс, 2019. 382 с.
3. Антологія соціально-психологічної реабілітації: В 5 т. / Сост. М.В.Фірсов. К.: НВФ СПТ, 2017. 637 с.
4. Баркер Р. Практика соціальної роботи. К.: Інприкс, 2020. 411 с.
5. Белінська І.А. Специфіка розвитку особистості підлітків в узалежнених від алкоголю сім'ях.*Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки*. 2021. Т.1,ч.1. С. 81-84.
6. Березін С.В., Лисецький К.С., МотингаІ.А. Психологія раннього алкоголізму: феноменологія, діагностика, реабілітація.Дніпро: Лідас, 2017. 235 с.
7. Берн Э. Игры, в которыеиграют люди. Люди, которыеиграют в игры. СПб.: Питер, 2016. 365 с.
8. Бітті М. Алкоголік уродині, або Подоланнясозалежності. К.: Либідь, 2018. 196 с.
9. Божович Л.И. Личность и ееформирование в детскомвозрасте. М.: Владос, 2018. 386 с.
10. Бодалёв А.А. Личность и общение.М.: Владос, 2015. 298 с.
11. Братусь Б.С. Психологічний аналіз зміносбистості при алкоголізмі. К.: Фенікс, 2004. 196 с.
12. Братусь Б.С., Сидоров П.І. Психологія, клініка та профілактика раннього алкоголізму. К.:Фенікс, 2005. 244 с.
13. Бурлачук Л.Ф. Дослідження особистостіу клінічної психології. К.: Вища шк., 1979. 174 с.
14. Бурлачук Л.Ф. Психодіагностика особистості. К.: Здоров'я, 1991. 168с.
15. ГорьковаяІ.А. Порушення поведінки у дітей із семей алкоголіків*Науковий*

вісник Сіверщини. *Серія : Психологія*. 2020. № 1. С. 47-59.

16. Гуслякова Л.Г., ХолостоваО.І. Основи теоріїсоіальної роботи. К.: Академвидав, 2017. 432 с.
17. Зав'ялов В.Ю. Психологічні аспекти формування алкогольної залежності. К: Фокус, 2018. 295 с.
18. Копит Н.Я., Сидоров П.І. Профілактика алкоголізму. К.: Червона калина, 2019. 215 с.
19. Короленко П.П., Зав'ялов В. Ю. Особистістьта алкоголь.Днепр: Дніпро, 2017. 237 с.
20. Короленко Ц.П. Аддиктивноеповедение. Общая характеристика и закономерностиразвития. *Обозрениепсихиарии и медицинской психологи.* 1991. №1, С.8-15.
21. Лісіцин Ю.Б., Копит Н.Я. Алкоголізм: соціально-гігієнічні аспекти. К.: Дія, 2015.275 с.
22. Личко А.Е., Александров А.А., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я.Озерецковский С.Д. Подростки с повышенным риском алкоголизации: к проблемепсихопрофилактикиалкоголизма.*Лечение и реабилитациябольныхалкоголизмом.*Под ред. И.В.Бокий, Р.А.Зачепицкого. Л.: Медициена 1977.С. 102-134.
23. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковаянаркология.Ленинград: Медицина, 1991.301 с.
24. Лэндрет Г.Л. Игроваятерапия: искусствоотношений. М.: Академия, 2019. 386 с.
25. Максимова Н.Ю., Толстоухова С.В. Соціально-психологічний аспект профілактики адиктивної поведінки підлітків та молоді. К.: Аспект, 2014. 208 с.
26. Максимова Н.Ю. Психологія адиктивної поведінки. К.: КНУ, 2002. 308с.
27. МаслюковаО.М. Профілактика та корекція порушень психічного розвитку дітей при сімейному алкоголізмі. К.: Дія, 2021.294с.
28. Менделевич В.Д. Психологиядевиантногоповедения. М.: МЕДпресс, 2011.

427 с.

29. Москаленко В.Д. Програма соціально-психологічної реабілітаціїзродинами, хворих на алкоголізм. К.: Дія, 2021. 235 с.
30. Москаленко В.Д. Діти хворих алкоголізмом (віквід 0 до 18 років). К.: Дія, 2020. 168 с.
31. Москаленко В.Д. Чи можливо передбачити алкоголізм? Способидіагностикитакорекціїфакторів ризику. К.: Дія, 2019. 165 с.
32. Немов Р.С. Психология: в 3 кн. 5-е изд. М.: Владос, 2015. Кн.2: Возрастнаяпсихология. 640с.
33. Немчін Т.А., Цицарєв С.В. Особистість та алкоголізм.К.: Дія., 2019.191 с.
34. Нікітін Ю.І. Профілактика та лікування алкоголізму. К.: Фокус, 2020. 178 с.
35. Скривджені діти. Аналіз проблеми. За ред. В.Г. Панка. К.: Ніка-Центр,2002. 345 с.
36. Соловников Т.І. Соціально-психололгічна реабілітація. К.: Інфо-центр,2020. 275 с.
37. Основывозрастно-психологическогоконсультирования: Учебно-методическоепособие для студентов фак. психол. гос. ун-тов. Сост. Т.Ю. Андрущенко, Г.В. Бурменская, Н.И. Есинова и др. Под ред. А.Г. Лидерса. М.: МГУ, 2011. 280 с.
38. Основысоциальнойработы: Учебник.Отв. ред. П.Д.Павленок. М.: ИНФРА-М, 2001. 322 с.
39. Професійнадіятельність соціального працівника: зміст, функції,особливості організації.За ред. О.Г.Бондарь. К.: Арена, 2011. 176 с.
40. ПортновО.А. Алкоголізм: діагностика, корекція, профілактика. К.: Логос, 2018. 271 с.
41. Практикум по социально-психологическомутренингу. Под.ред.Б.Д. Парыгина. СПб.: Питер, 2017. 436 с.

42. *Профілактика наркотизації: збірник інформаційних, теоретичних та методичних матеріалів з проблем девіантної поведінки підлітків і молоді.*Заг. ред. Н.Ю. Максимової. К.: КНУ імені Тараса Шевченка, 2014. 126 с.
43. ПятницькаІ.М. Зловживання алкоголем тапочатковастадія алкоголізму.К.: Форум, 2018.285 с.
44. ПятницькаІ.М. Клінічна наркологія.К.: Ніка-Центр, 2015. 350 с.
45. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В 2 кн. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Владос, 2008. Кн.2: Работа психолога с детьми исовзрослыми. Коррекционныеприемы и упражнения. 480 с.
46. Рязанцев В.А. Психотерапія та деонтологія при алкоголізмі. К.: Либідь, 2015. 244 с.
47. Сборщикова К.С., Теренко А.В. Розвитокдитиниуродині з алкогольною залежністю: можливості психокорекціїта реабілітації. *Науковий вісник Сіверщини. Серія : Психологія.*2020. №10.С.8-21.
48. Солод В.К. Зміст та організація діяльностітериторіальних центрів соціальноїдопомогидорослимта дітям.*Практична психологія та соціальна робота*. 2014. №9. С. 13–29.
49. Сорвіна А.С. Специфіка соціальної роботиз різними групами населенняПрактична психологія та соціальна робота. 2014. №11. С. 23–39.
50. Соціальна робота з родиною.За заг. ред. Т.В.Шеляг. К.: Дія, 2019. 187 с.
51. Соціальна робота з дорослими та дітьми. За заг. ред. О.І.Холостової. К.:Дія: 2020. 247 с.
52. Танкевич С.В. Соціально-психологічна реабілітація дітей із алкогольно-узалежнених родин: теорія та практика.*Практична психологія та соціальна робота*. 2014. №10. С. 30–49.
53. Теорія та методика соціальної роботи. Заг ред. С.К.ТерешніковоїК.: Академвидав, 2002. 452 с.
54. Теудер Ю.В., Сідоров П.І. Впливродина на ставлення дітей довживання алкогольних напоїв. *Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-Хмельницький*

державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди. Додаток 4 до Вип. 31, Том ІІІ (11): Тематичний вип. «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». Відп. ред. І. П. Маноха. К. : Гнозис, 2014. Вип. 7. С. 16–20;

55. Титаренко В.Я. Родината формуванняособистості. К.: Фокус, 2017.351с.
56. Соціально-психологічнареабілітація. Заг. ред. В.І.Мітрохіна. К.: Дія, 2019. 365 с.
57. Фірсов М.В. Соціальна робота в Україні: історія, теорія, практика. К.: Логос, 2019. 215 с.
58. Шебанова В.І. Трансформації особистісної ідентичності у осіб з негативним тілесним досвідом. *Сучасна психологія: теорія і практика : матер. міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 27–28 березня, 2015 року). Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2015. С. 56–60.
59. Шеляг Т.В. Толерантностькак принцип социальнойработы // Российский журнал социальнойработы. - 1995.- № 2. – С. 24 – 41.
60. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейнаяпсихотерапия. СПБ.: Питер,2020. 432 с.
61. Эмоциональныенарушения в детскомвозрасте и иххоррекция. Под ред. Лебединского В.В. М.: Владос. 2013. 431 с.
62. ЯрославцевІ.В. Алкоголь тародина. К.: Форум, 2017. 426 с.

Додаток А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, УлімоваІлона, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традиційуніверситету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні йполітичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

- не поширювати неправдиву та компрометуючуінформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
- не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг абоздійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальнідомагання;

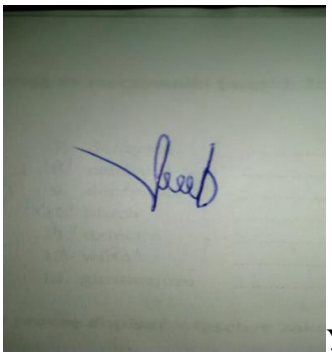
– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базіуніверситету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов’язаних з діяльністюуніверситету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров’ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.



20.09.2021		УлімоваІлона
(дата)	(підпис)	(ім’я, прізвище)