

УДК 159.9:64.042.1:649.1-056.24

Радченко Марина

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА БАТЬКАМ ДІТЕЙ ІЗ ВАДАМИ РОЗВИТКУ В КОНТЕКСТІ ХРОНІЧНОЇ ЕКСТРЕМАЛЬНОСТІ

У статті розглянуто наслідки психотравмувального впливу хронічної екстремальної ситуації на психіку та стан здоров'я батьків дітей із вадами розвитку. Надано рекомендації щодо врахування специфічних особливостей цієї категорії дорослих у процесі психокорекційної роботи з ними.

Тільки екстремум визначає якості особистості.
Г. Мир

Вступ

Загальний морально-психологічний стан українського суспільства, що переживає глобально-історичні посттравматичні синдроми (посттоталітарності, постколоніальності та постгенцидності), апріорі не може бути здоровим і збалансованим. Цей стан позначається на соціально-психологічній ситуації найуразливіших груп, до яких належать і батьки дітей із вадами розвитку. Їм доводиться відчувати надвисокий психотравмувальний тиск як внутрішній, зумовлений безвихіддю суб'єктивної життєвої ситуації, її екзистенційними сенсотворчими тупиками, так і зовнішній, спричинений об'єктивними хибами суспільства, де принаймні останні 80 років культура ставлення до інвалідів не належала до соціальних та моральних пріоритетів. За ці роки було втрачено гуманні народно-релігійні традиції сприйняття інваліда як важливого індикатора

морального здоров'я спільноти й соціуму, чинника громадського й індивідуального милосердя. Багато людей відчуває або невмотивований страх перед самим фактом інвалідності, «інакшості» свого співгромадянина, або агресивне неприйняття його як своєрідного «порушення» норми, відхилення від того ідеального, говорячи мовою Гегеля «Das Sollen», того, що повинно бути. Тобто інвалід сприймається як своєрідний порушник нормального порядку речей у світі, як аномальність, а його батьки - як винуватці такої аномальності.

Отже, члени такої родини перебувають під впливом подвійного тиску проблем, пов'язаних як зі станом здоров'я дитини, так і з специфікою соціально-психологічної ситуації, в якій вони опинилися. Наслідки такої психотравмувальної ситуації, яку ми розглядаємо як екстремальну, не можуть не відбиватися на стані здоров'я самих

батьків і в багатьох випадках призводять до виникнення у них різноманітних соматичних порушень. У цьому контексті набуває особливої актуальності проблема дослідження специфіки ситуації хронічної екстремальності, в якій опінуються батьки дітей із вадами розвитку, та її психотравматичних наслідків, а також використання отриманих результатів для побудови ефективної психокорекційної роботи з ними.

Тому метою статті є виявлення наслідків пролонгованого стресу в батьків дітей з особливими потребами та врахування їх специфіки в процесі активного соціально-психологічного навчання спеціалістів, що працюють з такою категорією дорослих.

Визначення критеріїв екстремальності та методів допомоги

Проблема поведінки людини в змінених (екстремальних) кризових станах є однією з центральних у психології і вимагає мультидисциплінарного підходу до її вирішення. Усе ще залишається недостатньо з'ясованим термінологічний аспект цієї проблеми. Так, серед дослідників немає єдності у визначенні чітких критеріїв, що відокремлюють екстремальну ситуацію від звичайної. Популяризація теорії стресу Г. Сельє сприяла тому, що екстремальними почали вважати всі ситуації, у яких потрібна напруга фізіологічних чи психічних процесів. Деякі дослідники, виділяючи тривіальні, альтернативні (рівнобіжні), важкі, критичні й екстремальні ситуації, відносять до останніх такі, котрі «характеризуються обмеженнями в часі, відсутністю напрацьованих рішень, важкоприступністю чи відсутністю засобів, невизначеністю в ідентифікації причин і прогнозі наслідків, побудовою самої моделі ситуації з різним ступенем адекватності, що утрудняє вибір дії» [8, 120].

Визнаючи найбільшу обґрунтованість у контексті умов існування батьків дітей-інвалідів останньої точки зору, будемо вважати одним із основних критеріїв екстремальності невизначеність, відсутність чи недостатність інформації, необхідної для задоволення потреб. Теоретичним підґрунтям цього положення може бути інформаційна теорія П. Симонова, відповідно до якої «сила та якість людських емоцій визначаються силою потреби та оцінкою можливостей її задоволення у конкретній ситуації», а «емоція стає негативною за умов непоінформованості або інформації, недостатньої для задоволення потреб, досягнення цілей» [3, 120–121]. Фактично всі події людського життя відбуваються саме за схемою: «виклик - відгук». Але є виклик ординарного характеру, виклик на рівні життєвої норми й виклик екстраординарний, що несе в

собі величезний потенціал стресу і психотравми та виходить за межі нормального людського досвіду. Подібні ситуації зазвичай називають екстремальними. Тому одним з адекватних варіантів тлумачення екстремальності будемо вважати її протилежність звичайному, нормальному, звичному для певної спільноти.

До ситуацій, які характеризуються хронічною екстремальністю, тобто постійним впливом стресора, дослідники відносять, наприклад, аварію на ЧАЕС, яку Г. Кукуруза називає «хронічною стресовою ситуацією», результатом якої є «перенапруження, демобілізація механізмів адаптації, психічна дезадаптація, яка супроводжувалась зниженням загального рівня продуктивності психічної діяльності, підвищеною тривожністю, дратівливістю, почуттям приреченості» [4, 1]. Такою ж можна вважати і ситуацію батьків дітей з особливими потребами. За результатами дослідження, проведеного Л. Шипициною, «всі обстежені жінки вважають свою родину незвичайною, "особливою", віддаленою від повсякденних проблем» [15, 231].

Але слід зазначити, що увага дослідників до феномену дистресу як постійного способу буття людей і груп, які виховують дітей із вадами розвитку, є, на наш погляд, абсолютно недостатньою, про що свідчить і таке спеціалізоване видання, як «Психологія екстремальних ситуацій» [8], де практично не згадується вищезазначена ситуація тривалого стресу, постійної, протягом багатьох років, екстремальності.

Виникнення соматичних захворювань, що продукуються наявністю шокowego чи пролонгованого стресів, широко обговорюється в наукових колах (В. Вишневський, Б. Воскресенський, 1985; Б. Лебедев, 1979; Р. Майрамян, 1976; Т. Паронянц, 2004; В. Ткачева, 2004; А. Черкашин, 1995; Л. Шипицина, 2002 та ін.). Однак вітчизняні вчені приділяють недостатньо уваги дослідженню наслідків впливу пролонгованої екстремальної (критичної) ситуації на стан здоров'я батьків дітей із вадами розвитку в контексті побудови комплексної психокорекційної допомоги такій категорії дорослих.

Аналіз відповідної літератури дає можливість визначити три основні напрями психологічної допомоги батькам дітей з особливими потребами: сімейна, індивідуальна і групова психотерапія [11, 102]. В межах групової психотерапії особливого значення набувають тренінги із мамами, що постійно перебувають із дітьми. Ці тренінги повинні формувати позитивне бачення ситуації, підвищувати стресостійкість та самооцінку.

Однак яку б методику ми не обирали, головне завдання у запобіганні й подоланні наслідків незвичайних ситуацій полягає у розвитку у дорос-

лих навичок використання власних ресурсів у процесі вирішення важких ситуацій, оволодіння вміннями, які дозволяють переводити негативну енергію стресу у власний творчий потенціал [1, 105].

Метод кольорових виборів як ефективний спосіб діагностики емоційних станів

У психологічній літературі майже відсутні дослідження особистісних якостей батьків дітей з особливими потребами. Специфіка соціальної ситуації, в якій опинилися такі батьки, вивчалась виключно у контексті психокорекційної роботи з дітьми-інвалідами. Усе це зумовило необхідність проведення дослідження соціальної ситуації та особистісних утворень батьків дітей із вадами розвитку, що виділяють їх із загального ряду та відрізняють від батьків, які виховують повноцінних дітей.

У дослідженні, яке проводилось у процесі групової тренінгової роботи, брало участь 80 осіб - батьки дітей із вадами розвитку (40) та батьки здорових дітей (40). Першу (основну) групу склали члени 4 батьківських організацій (Спілка матерів «Сонячний промінь», БТ «Голосієво», громадська організація «Родина», Центр соціалізації молоді з функціональними обмеженнями), а також батьки, які відпочивали у літньому таборі «Берегиня». Всі вони мають дітей з особливими потребами віком від 7 до 14 років, які відвідують денні центри, створені на базі зазначених вище організацій. У другу (контрольну) групу входили співробітники, що працюють у батьківських організаціях (соціальні, музичні працівники, логопеди, психологи, масажисти, технічний персонал тощо), та мають дітей, які навчаються в загальноосвітніх середніх школах.

За результатами анкетування, яке проводилось на першому тренінговому занятті (тренінг складався із 7 занять по 4 години кожне), 28 членів основної групи мають середню спеціальну, вищу та незакінчену вищу освіту. На момент народження дитини всі родини були повними. За віковими ознаками найбільшу групу становили батьки, що належать до вікової категорії «рання зрілість» (25-35 рр.) - це 16 респондентів. Другу за чисельністю групу становили так звані «молоді» батьки (вікова категорія - «молодість») - 11 батьків. До третьої групи (середня зрілість) входили 10 членів родин. Найменшу групу становили батьки та члени родини, що належать до вікової категорії «пізня зрілість» (45-60 років) - це 2 респонденти. Була одна родина, де проблемну дитину виховують родичі, яким більше 60 років. Отже, більшість батьків - представників основної групи народили дитину у зрілому репродуктивному віці, оптимальному для її народження.

Відповідно, в контрольній групі були отримані такі дані: респондентів із спеціальною, вищою та незакінченою вищою освітою - 32; до вікової категорії «рання зрілість» належить 18 респондентів, «молодість» - 12, «середня зрілість» - 8, «пізня зрілість» - 2. Отже, вікові характеристики батьків та їхніх дітей, а також рівень освіченості в основній та контрольній групах майже збігаються.

З метою визначення особливостей емоційного стану, в якому перебувають батьки дітей-інвалідів (наявності чи відсутності внутрішнього психологічного конфлікту, рівня тривожності тощо), а також його психосоматичних наслідків, була використана проективна методика «Модифікований восьмикольоровий тест Люшера» (в модифікації Л. Собчик) із використанням методу кольорових виборів (російською: метода цветовых выборов - МЦВ).

За процедурою тестування випробуваному пропонується вибрати з розкладених перед ним таблиць найприємніший колір. Відстань між кольорними таблицями повинна бути не меншою, ніж 2 см. Обраний еталон прибирається зі столу чи перевертається кольором униз. При цьому дослідник записує номер кожного обраного кольорового еталона. Запис іде зліва направо. Номери, привласнені кольорним еталонам, такі: 0 - сірий, 1 - темно-синій, 2 - синьо-зелений, 3 - оранжево-червоний, 4 - жовтий, 5 - фіолетовий, 6 - коричневий, 7 - чорний. Щораз випробуваному варто запропонувати вибрати найбільш прийнятний колір із тих, що залишилися, поки всі кольори не будуть відібрані. Через дві-п'ять хвилин, попередньо перемішавши їх, кольорні таблиці потрібно знову розкласти перед випробуваним в іншому порядку і повторити спочатку усю процедуру вибору, зауваживши, що дослідження не спрямоване на вивчення пам'яті і кольори можна вибирати заново, як заманеться. (Друга спроба робиться для одержання надійніших результатів, оскільки вона більш безпосередня і невимушена).

Номери кольорних виборів розбиваються на так звані функціональні пари, яким дається певна інтерпретація залежно від їхньої позиції й сполучення кольорів [9, 7-10]. Розподіл функціональних значень починає підкорятися іншим правилам, якщо кожен з основних кольорів посідає одну з трьох останніх позицій ряду й потреба, яку символізує цей колір, розцінюється як незадоволена, тобто є джерелом стресу. Тоді і він сам, і кольори, що розташовуються праворуч від нього, означають неприйняття і позначаються додатковим знаком А - anxiety (тривога). Компенсація тривоги визначається характерною кольору, що знаходиться на першій позиції. Проблема, із якою пов'язана емоційна на-

пруженість, виявляється співвідношенням кольорів, позначених як «тривога» і «компенсація». Зазвичай кількість розглянутих проблем не обмежується зіставленням діаметрально протилежних пар, а зростає за рахунок перебирання всіх можливих сполучень «тривоги» і «компенсації» [9, 12–14].

Наслідки впливу пролонгованої стресової ситуації на стан здоров'я та працездатність батьків

Проаналізувавши характеристики, отримані у процесі проведених за методикою кольорових виборів досліджень, членів основної (40 респондентів - батьки дітей із вадами розвитку) та контрольної (40 респондентів - батьки здорових дітей) груп, ми отримали такі результати. 36 респондентів (основна група) продемонстрували високий (порівняно з батьками здорових дітей) рівень тривожності та наявність внутрішнього конфлікту. Із них 11 мають песимістичний прогноз, тобто рівень тривожності підвищується (порівняно з першим вибором). Емоційна напруженість у більшості з них пов'язана з такими проблемами, як чутливість до критичних зауважень та до зовнішніх впливів; вразливість; потреба в особливій соціальній ніші; перевтома, прагнення уникнути збудження і нових зусиль, втеча у світ ілюзій, який більше відповідає власним уявленням і вимогам; незадоволена потреба в любові, теплих стосунках, відчуття, що їх ніхто не розуміє; неспокійні пошуки нових взаємин, що могли б принести радість і спокій; активне відстоювання своєї самостійності, прагнення до незалежності й зміцнення своїх позицій.

Були також визначені психосоматичні особливості, що відображають специфіку соціальної ситуації представників основної групи: це перевтома, перенапруження зусиль (8); порушення часових перспектив: безперспективність, страх перед майбутнім (5); порушення міжособистісних взаємин (5); потреба в особливій соціальній ніші (4). Зазначені вище результати відображені на рис. 1.

Крім того, представників основної групи від контрольної відрізняє «прагнення до спокою» (20 респондентів): порівняно зі «схильністю до емоцій, зв'язку із зовнішнім світом» (24 респонденти контрольної групи).

При визначенні КВБ (коефіцієнт вегетативного балансу) були отримані такі результати: трофотропні тенденції (перезбудження та прагнення до спокою) у батьків дітей з особливими потребами переважають - 25 респондентів. Ерготропні тенденції (готовність до витрат енергії) відповідно демонструють 15 осіб.

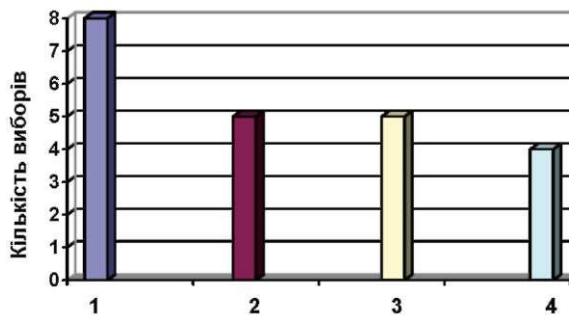


Рис. 1. Характеристика ситуації батьків дітей із вадами розвитку (N = 40): 1 - перевтома; 2 - безперспективність; 3 - порушення взаємин; 4 - потреба в особливій соціальній ніші

Емоційна та психологічна виснаженість батьків дітей-інвалідів проявляється при порівнянні симпатичного та парасимпатичного тону, ерготропних та трофотропних тенденцій, наявних у членів основної та контрольної груп. Отримані дані відображені на рис. 2. Середні показники коефіцієнта вегетативного балансу у членів контрольної групи дорівнюють 0,79 (трофотропні тенденції) та 1,475 (ерготропні тенденції).

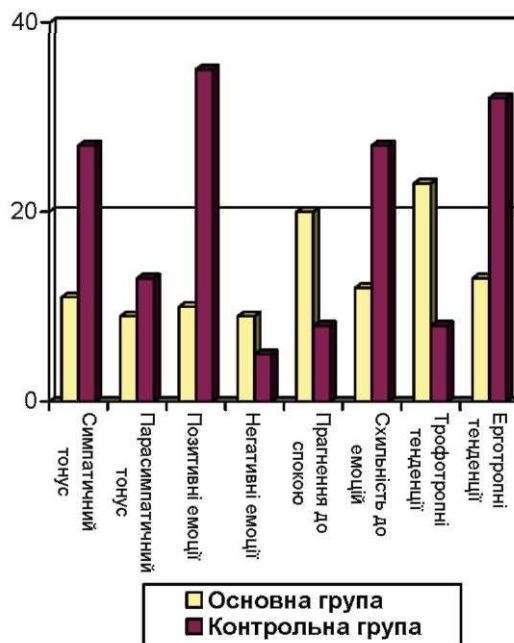


Рис. 2. Вегетативно-емоційний стан респондентів (N основної групи - 40, N контрольної групи - 40)

Таким чином, порівняно із членами контрольної групи батьки дітей-інвалідів відрізняються анаболічними тенденціями - схильністю до накопичення енергії: перевагою негативних емоцій, потребою у спокої, перевагою трофотропних тенденцій (перезбудження), наслідком чого є перевтома, виснаженість та перенапруження зусиль, що позначається на працездатності.

Методика дослідження передбачала визначення у досліджуваних так званої «зібраної робочої групи» кольорів (кольори під номерами 2, 3, 4 у будь-якому порядку). За даними Л. Собчик, зібраність «робочої групи» та її розміщення на початку ряду свідчать про цілеспрямовану активність та гарну працездатність [9, 16]. Якщо робоча група «розбита», то це негативно позначається на працездатності.

«Зібрана робоча група» кольорів була притаманна 16 респондентам із основної групи як при першій, так і при другій спробі вибору кольорів. У той час як у контрольній групі - 24 респондентам.

«Розбиту робочу групу» відмічено у 33 членів основної й у 26 членів контрольної групи. Причому в останній не спостерігається жодного випадку, коли при другій спробі один із кольорів, що входить до «робочої групи», переміщувався у кінець кольорового ряду. Серед членів основної групи таких випадків - 8, що свідчить про виснаженість організму.

У представників основної групи у кінець кольорового ряду найчастіше переміщується червоний колір, що, на думку Люшера, «виявляє фізіологічне та нервово виснаження, зниження сексуального потягу і свідчить про перезбудження та потребу у захисті від збуджуючих факторів» [9, 18]. Спостерігається також відкидання зеленого та жовтого кольорів, що виявляє «неможливість реалізації потреби у збереженні своєї позиції, бажання звільнитися від обмежень» та «розчарування, відчуття нездійсненності надій».

Крім того, при другій спробі вибору кольорів серед членів основної групи «зібрана робоча група» кольорів спостерігалась тільки у п'ятьох випадках (два керівники батьківських організацій, співробітник соціальної служби на керівній посаді, бабуся, а також мати маленької дитини, яка ще має надії на її вилікування).

У контрольній групі «зібрана робоча група» кольорів при другій спробі спостерігається у 13 випадках. «Зібрана робоча група» у першій спробі спостерігається в основній групі у 9 випадках, в контрольній групі - у 16 випадках. В одному випадку (мати проблемної дитини) «зібрана робоча група» посідає три останні місця в ряду, що означає «виражений стрес у зв'язку з блокуванням самореалізації, прагнення переключитися на малозначущі, але такі, що відволікають від проблем, заняття; виражене загальне перенапруження й тенденцію до функціональних порушень у серцево-судинній системі» [9, 88-90]. Дані про стан «робочої групи» відображені на рис. 3.

Отже, як свідчать отримані результати, особливості вегетативно-емоційного стану батьків дітей-інвалідів несприятливо впливають на їхню



Рис. 3. Рівень працездатності та цілеспрямованої активності (N основної групи - 40, N контрольної групи - 40)

працездатність та цілеспрямовану діяльність. Хронічна екстремальна ситуація стає соматогенним та психогенним фактором для організму та психіки батьків, і насамперед матерів. Унаслідок пережитих психотравм у них можуть з'явитися різні соматичні захворювання. Згідно з літературними даними, нашими спостереженнями та результатами досліджень соматичні захворювання у батьків дітей із вадами розвитку мають такі особливості: матері хворих дітей скаржаться на коливання артеріального тиску, безсоння, часті й сильні головні болі, порушення терморегуляції. Чим старшою стає дитина, тобто чим тривалішою є психопатогенна ситуація, тим більшою мірою у деякої частини матерів виявляються порушення здоров'я. Виникають розлади менструального циклу (ранній клімакс); часті простуди й алергія; серцево-судинні та ендокринні захворювання; виражене або тотальне посивіння; проблеми, пов'язані зі шлунково-кишковим трактом. Батьки дітей з особливими потребами часто скаржаться на загальну втому, брак сил, а також відзначають стан загальної депресії й туги. Відчуття страху, невпевненості в собі, різні форми депресій - всі ці хворобливі стани батьків є не тільки реакцією особистості на тривале переживання, а й захисним механізмом їхнього організму.

Психокорекція особистісної деформації батьків дітей-інвалідів

У процесі вибору адекватних психокорекційних методів підтримки та реабілітації родин, де виховується дитина із проблемами розвитку, спеціалісти, які працюють з членами таких родин, повинні взяти до уваги, що хронічна кризова (екстремальна) ситуація, в якій опинились батьки цих дітей, має психотравмувальний вплив на їхній організм, наслідки якого позначаються на їхньому психосоматичному стані. Деформації знаходять прояв на чотирьох особистісних рівнях:

- 1) психологічному (особистісна деформація членів таких родин характеризується наявністю внутрішнього конфлікту, почуттям безперспективності, страхом перед майбутнім, перевагою негативних емоцій, високим рівнем тривожності, чутливості до критичних зауважень та зовнішніх впливів тощо);
- 2) фізичному або соматичному (спостерігаються перенапруження, перевтома, що призводить до різноманітних функціональних порушень серцево-судинної, ендокринної, шлунково-кишкової та інших систем);
- 3) енергетичному (деформації проявляються у фізичному та нервовому виснаженні, зниженні сексуального потягу, схильності до накопичення енергії, потреби у спокої тощо);
- 4) поведінковому (характеризується протестними формами поведінки й висловлювань, схильністю звинувачувати у своїх негараздах оточуючих, імпульсивністю і підвищеною дратівливістю; прагненням забути в напруженій діяльності; метушливою активністю, що спрямована на малопродуктивну діяльність; обмежувальною поведінкою, звуженою вибірковістю контактів; втечею у світ ілюзій, ірреальністю вимог до оточення; стічним відстоюванням своєї самостійності тощо).

В умовах пролонгованого емоційно-соціального стресу ці деформації можуть призвести до розвитку у батьків дітей з особливими потребами різноманітних невротичних станів.

Усі ці особливості батьків дітей із вадами розвитку зумовлюють специфічні вимоги до фахівця, який працює з цією групою дорослих. У контексті звуженої вибірковості контактів батьків дітей із вадами розвитку найбільш ефективну психотерапевтичну підтримку може здійснити, на нашу думку, так названий «свій» керівник групи (тренер, психотерапевт), який був би близький їм за ціннісними орієнтаціями й особистісними проблемами. Звужена вибірковість контактів у своєму вищому прояві може сублимуватися у своєрідний корпоративний «орденський» дух. Не випадково один із варіантів розв'язання назрілої проблеми реабілітації батьків дітей-інвалідів Рівненський обласний центр практичної психо-

логії і соціальної роботи вбачає у створенні творчої групи практичних психологів і соціальних педагогів, до складу яких має входити «майбутній психолог, який належить до категорії людей з особливими потребами» [14, 79].

Переважаючі у представників такої категорії батьків трофотропних тенденції (відповідно до наших досліджень) диктує необхідність використовувати у процесі групової та індивідуальної психотерапевтичної роботи з ними відновлювальну психокорекцію (на відміну від мобілізуючої і раціональної) [10, 6]. З метою залучення вольової сфери батьків нами запропоновано різноманітні завдання, спрямовані на саморозвиток, зміцнення системи особистісного контролю, на зміну застарілих шаблонів поведінки та мислення (заміна ірраціональних думок на конструктивні), набуття навичок контролю та керування психологічними станами (контроль над гнівом та вироблення стійкості до фрустрації). В межах активної релаксації може бути ефективним використання вправ, що допомагають адекватно виражати емоції, почуття, настрої; бібліотерапії, музикотерапії, спеціальних дихальних вправ тощо.

Розуміння особливостей та наслідків хронічної екстремальної ситуації, в якій опинилися батьки дітей із вадами розвитку, та усвідомлення специфіки роботи з ними є запорукою успішної взаємодії спеціалістів (психологів, лікарів, дефектологів, реабілітологів, соціальних працівників тощо) із членами таких родин. Тому важливою складовою їх комплексної реабілітації є робота з вищезазначеною категорією спеціалістів, оскільки тільки адекватний психокорекційний вплив дає можливість реконструювати неадекватні сімейні взаємини, переорієнтувати позиції і погляди батьків на свою дитину, створити необхідні умови для її розвитку, а також підвищити ефективність адаптації в соціумі всіх членів такої родини.

Перспективи подальших розвідок ми вбачаємо у створенні програми тренінгу активного соціально-психологічного навчання фахівців, що працюють із родинами, в яких виховується дитина з особливими потребами.

1. Ващенко І. В. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання: Навч. посіб. / І. Ващенко, О. Антонова. - К.: Знання, 1999. - 289 с.
2. Вишневатский В. А. Некоторые аспекты медико-педагогической работы с родителями больных ДЦП / В. Вишневатский, Б. Воскресенский // Вопросы клинической психиатрии: Тезисы докл. научно-практ. конф. (3-5 окт. 1985 г.). - Кемерово, 1985. - С. 3-6.
3. Козаков В. А. Психология діяльності та навчальний менеджмент: Підручник. У 2 ч. - Ч. 1. Психология суб'єкта діяльності. - К.: КНЕУ, 1999. - 244 с.
4. Кукуруза Г. В. Особливості формування особистості та профілактика психічної дезадаптації у школярів, евакуйованих

з 30-км зони після аварії на Чорнобильській АЕС: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - К., 1996. - 23 с.

5. Лебедев Б. А. Соматопсихические соотношения у больных хронической почечной недостаточностью в процессе лечения гемодиализом // Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях: Тезисы докл. научно-практ. конф. (7-8 мая 1979 г.). - Набережные Челны, 1979. - С. 25-30.
6. Майрамян Р. Ф. Семья и умственно отсталый ребенок: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - К., 1996. - 23 с.
7. Паронянц Т. П. Виникнення і прояв післятравматичних стресових розладів у працівників органів внутрішніх справ в умовах виконання миротворчої місії ООН (на прикладі

- колишньої Югославії): Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - Х., 2004. - 18 с.
8. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. - Мн.: Харвест, 2000. - 480 с.
 9. Собчик Л. Н. МЦВ - метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. - СПб.: Речь, 2001. - 112 с.
 10. Стадник В. А. Розвиток механізмів особистісної корекції емоційної напруженості при діяльності в екстремальних умовах (на прикладі спортивної діяльності): Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - К., 1999. - 19 с.
 11. Тихая Э. В. Коррекция психического развития в процессе обучения младших школьников с аномалиями зрения: Дис. ... канд. психол. наук. - Днепропетровск, 2001. - 160 с.
 12. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. - М.: УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2004. - 192 с.
 13. Черкашин А. І. Формування емоційної стійкості фахівця пожежної охорони до впливу стрес-факторів підвищеної інтенсивності: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - Х., 1995. - 24 с.
 14. Шаргородська С. Проблеми соціально-психологічної реабілітації дітей з особливими потребами та їх сімей (з досвіду роботи творчої групи творчих психологів і соціальних педагогів) // Нова педагогічна думка. - 2003. - № 4. - С. 78-80.
 15. Шипицина Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. - СПб.: Дидактика Плюс, 2002. - 496 с.

Radchenko Maryna

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT TO PARENTS OF CHILDREN WITH PROBLEMS IN DEVELOPMENT

In the paper the consequences of the injuring influencing of chronic extreme situation on a psyche and state of health of parents of children with problems in development are examined. Recommendations present how it is possible to take into account the specific features of this category of adults in the process of correction work with them.