

6. Якобсон П.М. Психологические проблемы мотивации поведения человека. – М.: Просвещение, 1969. – С. 8.

УДК 376.2: 159.922.73

ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Кротенко В. І.

кандидат психологічних наук, доцент

Поліщук А.С.

Інститут корекційної педагогіки та психології

НПУ імені М.П. Драгоманова

У статті розглядаються особливості емоційного розвитку підлітків з обмеженими можливостями опорно-рухового апарату, знання яких є однією з умов проведення ефективної корекційної роботи з дітьми даної категорії.

The article deals with the features of emotional development of teenagers with the locomotorium disabilities. These knowledge are necessary for effective correctional process.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, емоційна сфера, емоційна збудливість, психічний інфантилізм, рухова активність, підвищена стомлюваність.

Keywords: child's cerebral palsy, emotional sphere, emotional excitability, mental infantilism, physical activity, enhanceable fatigue.

Останнім часом в сучасній міжнародній корекційній педагогіці і психології окреслюється коло питань, які присвячені вивченню особливостей емоційного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату у підлітковому віці. Вивченням проблеми тривалий час займались: В.В.Іпатова, О.В.Крижко, І.Ю.Левченко, І.І.Мамайчук, О.В.Романенко та ін. Незважаючи на великий прогрес сучасної теоретичної і практичної медицини, багато захворювань залишаються невиліковними, наслідки їх є стійкими та стають причиною інвалідності хворих. До цих захворювань належать і дитячі церебральні паралічі (ДЦП).

Актуальність проблеми зумовлюється тим, що особистість дитини з дефіцитарним типом дизонтогенезу, потребує врахування внутрішніх детермінант психічного розвитку. Особливої вагомості це набуває у підлітковому віці, який правомірно вважається своєрідним підсумком попередніх стадій розвитку самосвідомості. В межах емоційно-ціннісної складової самосвідомості особистості підлітка інтенсивно розвиваються власна незалежна система еталонів самоставлення, самооцінювання, самоцінності, проте, складний комплекс психогенних факторів (продовжена психічна травматизація у зв'язку з усвідомленням „особливого фізичного статусу“, сенсорна, соціальна і емоційна депривація, умови неправильного виховання) породжують психологічну напругу, незадоволеність собою, соціально — психологічну дезадаптацію, що складає негативну основу для формування позитивного емоційно — ціннісного компоненту самосвідомості підлітка з церебральним паралічем.

У цьому зв'язку головною метою даної роботи є висвітлення особливостей емоційного розвитку дітей підліткового віку з обмеженими можливостями опорно-рухового апарату, та врахування їх в процесі реабілітації, що дасть змогу реалізувати потенційні можливості дитини.

Своєрідність емоційної сфери хворого на церебральний параліч обумовлена органічним ураженням центральної нервової системи, зокрема, нерівномірним та уповільненим дозріванням лобних ділянок кори головного мозку, астенізованістю. Крім того, рухові недоліки обмежують можливості дитини у пізнанні навколишнього світу та спілкуванні, що тягне за собою низку негативних соціальних впливів на розвиток її емоційно-вольової сфери: переживання з приводу фізичного недоліку, ізоляція від оточення ровесників, особливості ставлення навколишніх до неї, як до хворої, неповносправної.

Психодіагностика емоційної сфери дітей з церебральним паралічем виявляє високі показники емоційної нестабільності, що свідчить про невірноваженість, емоційну нестійкість, легку збудливість, підвищену лабільність.

Психологічні дослідження хворих на ДЦП вказують на недостатній розвиток вольових якостей у цієї категорії дітей (І.Ю.Левченко); недостатньо сформовану функцію контролю поведінки (В.Літл, Е.Флауер).

Варіативність та мультифакторність виникнення емоційних порушень при ДЦП обумовлює необхідність

їх подальшого вивчення з метою своєчасного попередження та корекції. У контексті дослідження особистості дітей з церебральним паралічем значне місце займає з'ясування специфічних особливостей їхніх уявлень про власні емоційні риси, оскільки в основі включення механізмів свідомої саморегуляції лежить суб'єктивна індивідуально-особистісна оцінка природних та соціальних впливів.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є збірним терміном для групи захворювань, які проявляються в першу чергу порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Церебральний параліч спричиняється порушенням розвитку мозку або пошкодженням однієї чи декількох його частин, які контролюють м'язовий тонус та моторну активність (рухи). Перші прояви ураження нервової системи можуть бути очевидними вже після народження, а ознаки формування ДЦП можуть виявлятися ще в грудному віці. Діти з церебральними паралічами переважно відстають у своєму моторному розвитку і пізніше досягають таких віх моторного розвитку як перевертання, сидіння, повзання та хода.

Порушення емоційно-вольової сфери дитини підліткового віку найчастіше проявляються підвищеною емоційною збудливістю в поєднанні з вираженою нестійкістю вегетативних функцій, загальною гіперестезією, підвищеною виснажливістю нервової системи. Крім підвищеного емоційного збудження можна також спостерігати стан повної байдужості. Можливі й інші емоційно-вольові порушення: слабкість вольових зусиль, несамостійність, виникнення катастрофічних реакцій при, так званих, фрустраційних ситуаціях.

Фобічний синдром, чи синдром страхів, також є характерним для багатьох підлітків з церебральним паралічем. Підвищена вразливість в поєднанні з емоційною збудливістю і афективною інертністю створює благоприємний фон для виникнення неврозів страху. Страх може виникати навіть під впливом незначних психогенних факторів - незнайомої ситуації, розлуки з близькими, появою нових облич.

Особливості формування особистості та емоційно-вольової сфери у дітей з діагнозом ДЦП можуть бути обумовлені двома факторами: біологічними особливостями, пов'язаними з характером захворювання; соціальними умовами – впливом на дитину родини і педагогів. Інакше кажучи, на розвиток і формування особистості дитини, з одного боку, істотно впливає його надзвичайний стан, пов'язаний з обмеженнями рухів і мови; з іншого боку – ставлення родини до хвороби, атмосфера, що оточує дитину. Тому завжди потрібно пам'ятати про те, що особистісні особливості дітей, які страждають на ДЦП, – результат тісної взаємодії цих двох факторів. Варто відзначити, що батьки, при бажанні, можуть пом'якшити фактор соціального впливу. Особливості особистості дитини з аномаліями розвитку, у тому числі ДЦП, пов'язана, у першу чергу, з умовами її формування, які значно відрізняються від умов розвитку нормальної дитини.

Для більшості дітей із ДЦП характерна затримка психічного розвитку по типу так званого психічного інфантилізму. Під психічним інфантилізмом розуміємо незрілість емоційно-вольової сфери особистості дитини. Це пояснюється уповільненим формуванням вищих структур мозку (лобові відділи головного мозку), пов'язаних з вольовою діяльністю. Інтелект дитини може відповідати віковим нормам, при цьому емоційна сфера залишається несформованою. В основі психічного інфантилізму лежить дизгармонія дозрівання інтелектуальної та емоційно-вольової сфери при переважній незрілості останньої

При психічному інфантилізмі відзначаються такі особливості поведінки: у своїх діях діти керуються в першу чергу емоцією задоволення, вони егоцентричні, не здатні продуктивно працювати в колективі, співвідносити свої бажання з інтересами навколишніх, у всій їхній поведінці присутній елемент «дитячості». Ознаки незрілості емоційно-вольової сфери можуть зберігатися в старшому шкільному віці. Вони будуть проявлятися в підвищеному інтересі до ігрової діяльності, високій сугестивності, нездатності до вольового зусилля над собою. Така поведінка часто супроводжується емоційною нестабільністю, руховим розгальмуванням, швидкою стомлюваністю. Ігрова діяльність залишається бідною і одноманітною. В багатьох випадках незрілість дизгармонічна, поєднується з егоцентризмом, схильністю до резонерства, ранніми проявами сексуальності.

«Афект неадекватності» при невропатичному варіанті психічного інфантилізму у підлітків проявляється у різних формах. Одна з них – реакції протесту. Для таких реакцій характерна певна вибірковість та направленість. Зазвичай переважають реакції пасивного протесту. Вони проявляються у відмові від їжі, від спілкування з конкретними особами, у втечах з дому чи школи. Значно рідше результатом протесту буває суїцидальна поведінка, або лише в думках і уявленнях, або в суїцидальних діях. Така поведінка не несе за собою планування – не обдумується, виникає раптово, імпульсивно, несподівано для оточуючих.

Незважаючи на перераховані особливості поведінки, емоційно-вольові порушення можуть проявлятися по-різному.

В одному випадку це буде підвищена збудженість. Діти цього типу неспокійні, метушливі, дратівливі, схильні до прояву немотивованої агресії. Для них характерні різкі перепади настрою: вони то надмірно веселі, то раптом починають вередувати, здаються втомленими і дратівливими.

Іншу категорію, навпаки, вирізняє пасивність, безініціативність, зайва сором'язливість. Будь-яка ситуація вибору ставить їх у кут. Їхнім діям властива млявість, повільність. Такі діти дуже важко адаптуються до нових

умов, важко йдуть на контакт із незнайомими людьми. Їм властиві різного роду страхи (висоти, темряви тощо). Ці особливості особистості та поведінки набагато частіше зустрічаються у дітей, хворих на ДЦП.

Але є низка якостей, характерних для обох типів розвитку. Зокрема, у дітей, які страждають на порушення опорно-рухового апарату, часто можна спостерігати розлади сну. Їх мучать нічні кошмари, вони тривожно сплять, важко засинають.

Багато дітей відрізняються підвищеною вразливістю. Часто це можна пояснити ефектом компенсації: рухова активність дитини обмежена, і на тлі цього відчуття, навпаки, отримують високий розвиток. Завдяки цьому вони чуйно ставляться до поведінки навколишніх і здатні вловити навіть незначні зміни в їхньому настрої. Однак ця вразливість найчастіше носить хворобливий характер; цілком нейтральні ситуації, невинні висловлювання здатні викликати в них негативну реакцію.

Підвищена стомлюваність – ще одна відмінна риса, характерна практично для всіх дітей із ДЦП. У процесі корекційної та розвивальної роботи, навіть за умови високого інтересу до завдання, дитина швидко втомлюється, стає плаксивою, дратівливою, відмовляється від роботи. Деякі діти в результаті стомлення стають неспокійними: темп мовлення прискорюється, при цьому вона стає менш розбірливою; спостерігається посилення гіперкінезів; проявляється агресивна поведінка – дитина може розкидати предмети, що знаходяться поблизу, іграшки. Ще один напрямок, у якому батьки можуть зіткнутися із серйозними проблемами, – це вольова активність дитини. Будь-яка діяльність, що вимагає зібраності, організованості та цілеспрямованості, викликає в неї труднощі. Як ми вже відзначали раніше, психічний інфантилізм, властивий більшості дітей із ДЦП, накладає істотний відбиток на поведінку дитини.

Дослідження проблеми емоційного розвитку дітей з ДЦП потребує визначення факторів, що впливають на волю дитини. Розрізняють такі фактори впливу на вольову активність дитини: зовнішні, до яких належать умови і характер захворювання, ставлення навколишніх до хворої дитини; і внутрішні, такі, як відношення дитини до самої себе та до власної хвороби.

Слабкість волі у більшості дітей, які страждають на ДЦП, прямо пов'язана з особливостями виховання. Дуже часто у родині, де виховується хвора дитина на ДЦП можна спостерігати таку картину: увага близьких зосереджена винятково на її хворобі, батьки проявляють занепокоєння з кожного приводу, обмежують самостійність дитини, побоюючись, що вона може поранитися або впасти, бути неспритною. У такій ситуації сама дитина неминуче буде надмірно неспокійною та тривожною. Навіть немовлята тонко відчувають настрій близьких та атмосферу оточуючого їх простору, які повною мірою передаються дітям. Ця аксіома є вірною для всіх дітей – і хворих, і здорових. Що ж говорити про дітей, які страждають на порушення опорно-рухового апарату, яких відрізняє підвищена вразливість і гострота почуттів?

Або ще одна картина: нещасна мати, яка, піклуючись про дитину, забуває про своє власне життя і стає заручницею хвороби. Вона виглядає втомленою і нещасною. Але будь-якій дитині потрібна щаслива мати, здатна віддавати любов і тепло, а не своє здоров'я і нерви. У хворої дитини така потреба у тисячу разів вища.

Отже, цілком очевидно, що підлітки з церебральним паралічем знаходяться в особливих соціально-психологічних умовах, які сприяють емоційній напруженості та ведуть до розвитку тривожності. Це значною мірою також обумовлюється особливостями емоційно-вольової сфери хворих дітей – підвищеною емоційною лабільністю, вразливістю, сенситивністю. Якщо у здорових учнів підліткова тривожність має також і позитивний, мотивуючий характер, то у хворих на ДЦП внаслідок недостатніх умов для внутрішніх можливостей самопізнання, порушення провідних форм діяльності, вимушеного пристосування до соціуму, неприйняття з боку здорових ровесників відбувається накопичення негативного емоційного досвіду, що породжує невпевненість у собі, спонукає до постійного очікування несприятливих прогностичних оцінок, веде до подальшого закріплення тривожності в структурі особистості та гальмує її прогресивний розвиток.

Все це призводить до того, що дитина росте безініціативною, невпевненою у своїх силах і можливостях, боязкою. Вона підкорюється своїй хворобі і не прагне самостійності; заздалегідь розраховує на те, що навколишні все зроблять за неї. Згодом дитина звикає до такого стану речей, знаходить його зручним. А звідси з'являється виражений егоцентризм, прагнення маніпулювати людьми.

Важливість виховної позиції батьків стосовно дітей із ДЦП підтверджує й той факт, що діти з високим рівнем вольового розвитку є вихідцями із благополучних, у розумінні психологічного клімату, родин. У таких родинах батьки не зациклені на хворобі дитини. Вони стимулюють і заохочують її самостійність у межах допустимого, намагаються сформуванати у дитини адекватну самооцінку. Їх ставлення до дитини можна виразити формулою: «Якщо ти не схожий на інших, це не означає, що ти гірший».

Не можна залишати поза увагою і ставлення до хвороби самої дитини. Очевидно, що і на неї істотно впливає атмосфера, яка склалась в родині. Дослідження І.І.Мамайчук та І.Ю.Левченко показали, що усвідомлення дефекту у дітей із ДЦП проявляється до 7-8 років і пов'язано з їхніми переживаннями з приводу недоброзичливого ставлення до них з боку навколишніх і обмеженням спілкування. На сформовану ситуацію діти

можуть реагувати по-різному: або дитина замикається в собі, стає надмірно боязкою, ранимою, прагне до самоти, або стає агресивною, легко йде на конфлікт.

Нелегке завдання формування у дитини ставлення до власного фізичного дефекту знову ж таки лягає на плечі батьків. Очевидно, що цей непростий період розвитку вимагає від них особливого терпіння і розуміння. Не можна зневажати і допомогою фахівців. Приміром, переживання дитини з приводу своєї зовнішності цілком реально перебороти завдяки добре поставленій психологічній роботі з нею.

Таким чином, особливості розвитку особистості, і, зокрема, емоційно-вольової сфери дитини з ДЦП багато в чому залежать не тільки від специфіки захворювання, але у першу чергу від ставлення до дитини батьків і близьких. А тому не варто вважати, що причиною всіх невдач і складнощів виховання є недуга дитини. Повірте, у ваших руках достатньо можливостей для того, аби зробити зі свого малюка повноцінну особистість і просто щасливу людину.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Абрамович-Лехтман Р.Я Психологическая помощь детям с церебральным параличом // Лечебная помощь детям с церебральным параличом: Труды НИИ им. Г.И.Турнера. – Л., 1962. – с.109-139.
2. Мерзликина О.А., Ковинько М.С., Гузий О.В. Коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата подростков 15-17 лет с последствиями ДЦП, средствами физического воспитания // Современные научно-методические разработки в физическом воспитании студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, 2001. – С. 38-40.
3. Детский церебральный паралич как медико-социальная проблема //К.А.Семенова, В.П. Пекур, Э.С. Калижнюк// Материалы III Всесоюз. науч.-практ. Конф.по неврологии и психиатрии детского возраста. – Ташкент, 1984.
4. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. – К.: "Вища школа", 1987.
5. Демчук С., Мерзликіна О. Основні напрямки корекційної роботи щодо формування рухової функції дітей, хворих дитячим церебральним паралічем // Молода спортивна наука України: Зб. наук. статей в галузі фізичної культури та спорту. – Львів: ЛДІФК, 2000. – Випуск 4. – С. 283-285.

УДК 376

ОСОБЛИВОСТІ ВІДТВОРЮЮЧОЇ УЯВИ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ УЧНІВ СТАРШИХ КЛАСІВ

Кузнецова М.С.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

У даній статті проводиться аналіз результатів експериментального дослідження, присвяченого виявленню особливостей репродуктивної уяви учнів старших класів допоміжної школи.

В даній статті проводиться аналіз результатів експеримента, присвяченого вивченню особливостей репродуктивного уявлення учнів старших класів допоміжної школи.

In this article is analysed results of the experiment, that dedicated to study of the particularities of reproducing imagination of mentally handicapped children.

Ключові слова: відтворююча уява, географічний матеріал, розумово відсталі діти.

Ключевые слова: географический материал, репродуктивное воображение, умственно отсталые дети.

Key words: geographical material, mentally handicapped children, reproducing imagination.

Проблема розвитку уяви дітей з розумовою відсталістю – одна з актуальних та маловивчених в сучасній корекційній психопедагогіці. Актуальність даного питання пов'язана з тим, що все більше вчених наголошують на важливій ролі уяви у різних видах діяльності, а зокрема у розвитку та навчанні дітей (Л.К.Балацька, Л.С.Виготський, Б.Н.Зальцман, А.В.Петровський, І.В.Страхов та ін.).

Останнім часом ця проблема стала однією з найважливіших і у корекційній психопедагогіці. Це