

ОСОБЛИВОСТІ ШКІЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ З ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРО-ОРГАНІЧНОГО ТА СОМАТОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

У статті розглядається проблема шкільної тривожності у молодших школярів з ЗПР. Приводяться дані дослідження шкільної тривожності за допомогою "Тесту шкільної тривожності Філіпса".

Ключові слова: затримка психічного розвитку, шкільна тривожність.

В статье рассматривается проблема школьной тревожности у младших школьников с ЗПР. Приводятся данные исследования школьной тревожности при помощи "Теста школьной тревожности Филлипса".

Ключевые слова: задержка психического развития, школьная тревожность.

Постановка проблеми. Сьогодні існує багато перешкод на шляху успішного оволодіння знаннями та навичками як у загальноосвітній школі, так і в школі інтенсивної педагогічної корекції дітьми з затримкою психічного розвитку. Передусім вони стосуються особливостей інтелектуального та психічного розвитку дітей даної категорії. Серед них – проблема шкільної тривожності, яка супроводжує дитину протягом усього періоду навчання в школі та може стати суттєвим фактором у незасвоєнні шкільної програми.

Не дивлячись на те, що тривожності присвячена значна кількість робіт, ця проблема не втрачає своєї актуальності, оскільки тривожність є значущим фактором для розвитку психосоматичних відхилень і нерідко служить причиною виникнення стресових станів. З тривожністю можуть бути пов'язані причини виникнення шкільних неврозів, утруднення інтелектуальної діяльності, зниження розумової працездатності.

Аналіз літератури. У даний час ряд авторів (І.В. Дубровіна, А.М. Прихожан і ін.) пишуть про тенденцію збільшення числа тривожних дітей, відмінних підвищеним неспокоєм, невпевненістю, емоційною нестійкістю [6]. Ці факти свідчать про необхідність профілактичних засобів, перешкоджаючих формуванню у дітей негативних рис характеру, розвитку психосоматичних захворювань, учбових неврозів, зниженню самооцінки, виникненню труднощів в навчанні. Особливої уваги вимагають діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР), оскільки вони зазнають набагато більше труднощів під час вступу до школи, що природно викликає неадекватний рівень тривожності.

Особливості тривожності як характерної риси осіб з ЗПР дотепер не виступали як предмет спеціального дослідження, хоча у ряді робіт

(Г. Грібанова) в тій чи іншій мірі торкнулася дана проблема [2]. Є ряд досліджень, що стосуються особливостей тривожності у молодших школярів із ЗПР (Н. Елісєєв, Д. Ісаєв) [5].

В сучасній українській корекційній педагогіці за основу диференціації ЗПР прийнята класична модель, яка була запропонована К. Лебединською. За цією класифікацією виділяється чотири форми затримки психічного розвитку: гармонійний інфантилізм (ЗПР конституційного походження), ЗПР соматогенної, психогенної та церебрально-органічної форми походження.

ЗПР соматогенного походження обумовлена тривалою соматичною недостатністю різного генезу: хронічними інфекціями і алергічними проявами, природженими і придбаними вадами розвитку соматичної сфери, в першу чергу серця. Під впливом загального захворювання організму відбувається ослаблення функції мозку. Хронічні захворювання порушують тонус судин, які живлять мозок, що причиняє кисневе голодування. Окрім того, різноманітні токсичні речовини, які утворюються під час хвороби, отруюють ще не сформований і недостатньо стійкий до подібного впливу дитячий мозок.

ЗПР церебрально-органічного походження найчастіше спостерігається серед форм затримок. Вона вважається найбільш стійкою і складною, оскільки виникає внаслідок ураження головного мозку дитини.

В той же час, спостереження Т. Ілляшенко, Н. Бастун, Т. Сак свідчать про те, що лише у 20% слабовстигаючих першокласників йдеться про зниження інтелектуальних можливостей, тобто, про межову розумову відсталість. У більшості ж з них затримка психічного розвитку має більш локальний характер і, не зачіпає мисленнєвого потенціалу в цілому. Але у подальші роки навчання, якщо дитині не буде надана необхідна корекційна допомога, вона втратить сенситивний період, який для пізнавальної та емоційно-вольової сфери в основному припадає на дошкільний та молодший шкільний вік. Наслідком цієї втрати є зниження якості інтелектуальної діяльності в цілому та наближення до стану межової розумової відсталості [3, с. 41-42].

В свою чергу, К. Лебединська відзначає, що у дітей із ЗПР церебрально-органічного генеза, як правило, спостерігається ряд енцефалопатичних розладів. Неврозоподібні явища, патогенетично пов'язані з церебрастенічним ґрунтом: тривожність, боязливість, схильність до страхів темноти, самотності, іпохондричним (за здоров'я своє і близьких); нав'язливі рухи, переважно в м'язах нижньої половини лица, ший, плечей, пов'язані з м'язовою дистонією; неврозоподібне заїкання; неврозоподібний енурез. Афективні порушення, в той же час, виявляються в невмотивованих коливаннях настрою: дисфоричному перебуванні – зниженому настрої зі злісністю, недовірливістю, схильністю до агресивних розрядів; ейфоричному перебуванні – підвищеному настрої з елементами настирливості, безцільної метушливості [1].

Окрім цього, заслуговує на увагу робота Т. Ілляшенко та М. Рождественської, в якій вони окремо виділяють затримку психічного розвитку, ускладнену неврозоподібним станом [4].

Неврозоподібні прояви у дітей із затримкою психічного розвитку дуже різноманітні. Вони можуть виявлятися і у відмові від їжі (анорексія), і в нервовому блюванні, в заїкуванні, нічному і денному нетриманні сечі, вимушених рухах, страхах, істеричних реакціях, нав'язливих потягах, уявленнях, діях. Розвиток неврозів найчастіше спостерігається внаслідок психічних травм, несприятливих умов життя й виховання: пияцтво батьків, тривалі конфлікти, сварки в сім'ї, неправильне виховання.

Одна й та сама причина по-різному впливає на різних дітей. Це залежить і від віку, і від загального й психічного стану дитини. У молодших школярів має значення не тільки сила подразника, а й його новизна, раптовість. У дітей старшого віку причини неврозів різноманітні: важка ситуація в сім'ї, розлучення батьків, поява в сім'ї мачухи чи вітчима, невдачі в навчанні, конфлікти з учителями, друзями.

Ослабленість після перенесених захворювань, фізична й психічна перевтома, неповноцінне харчування сприяють розвитку неврозоподібних станів у дітей із затримкою психічного розвитку. Тривалість хворобливого стану різна: кілька місяців чи кілька років – залежно від особливостей захворювання конкретної дитини, вчасно поставленого діагнозу, лікування й відповідної організації навчання і виховання.

Мета статті. Розглянути специфіку шкільної тривожності в молодших школярів з затримкою психічного розвитку соматогенного та церебрально-органічного походження.

Виклад основного матеріалу. У даний час проблема тривожності у дітей з ЗПР недостатньо досліджена, хоча вивченню особливостей цих дітей відводиться чимало місця в науковій літературі. У зв'язку з цим є доцільним комплексне вивчення проблеми тривожності у молодших школярів з ЗПР

Коло досліджень, присвячених вивченню тривожності дітей в нормі і при певній патології, з кожним роком значно розширюється. Разом з тим, специфіка прояву тривожності в соціально значущих і фрустраційних ситуаціях дотепер не стала предметом спеціального дослідження. Збільшення числа дітей із ЗПР, потребуючих в корекції емоційно-вольової сфери, і необхідність єдиного підходу до оцінки тривожності, з усією очевидністю висувають як проблему дослідження вивчення тривожності у даної категорії дітей, адекватних способів їх реагування в різних ситуаціях, що дозволяють підвищити успішність навчання, рівень самооцінки, формувати ефективні навички спілкування з оточуючими людьми.

У фрустраційних ситуаціях діти з ЗПР можуть проявляти неадекватно низьку тривожність на відміну від однолітків, які розвиваються нормально. Це негативно позначається на відносинах з оточуючими людьми і є перешкодою для шкільної і соціальної адаптації.

Перебування в стані тривожності у молодших школярів з ЗПР і їх відношення до фрустраційних ситуацій має специфічні особливості, обумовлені структурою дефекту. Виражена структура дефекту не дозволяє без організованої психологічної корекції реалізувати потенційні можливості дітей в процесі навчання і виховання. Перебування в стані

тривожності в значній мірі уповільнює темп інтелектуального і психічного розвитку, що, у свою чергу, негативно позначається на особових проявах учнів із ЗПР.

Стан тривожності у молодших школярів з ЗПР виявляє тенденцію залежності від мікросоціальних і мікропедагогічних умов життєдіяльності дитини. Формуючись під впливом несприятливих чинників, особова тривожність у дітей і підлітків з ЗПР може усугубляти дефект, ускладнювати їх інтеграцію в суспільство, адаптацію до життя.

У дітей із затримкою психічного розвитку достатньо легко виникають і часом довго утримуються немотивовані страхи, тривога. Страхи бувають властиві й здоровим дітям – це захисна реакція на небезпеку. В дітей же з затримкою психічного розвитку постійна готовність для страхів. Це пов'язано з тим, що їх нервова система ослаблена і в них легко виникають гальмівні процеси, а це – фізіологічне підґрунтя для реакції страху. Крім того, ці діти гірше орієнтуються в навколишньому середовищі, для них більше, ніж для здорових дітей, різних непояснених явищ, що можуть лякати їх. У силу інертності нервових процесів стан страху, тривоги залишається надовго. Приводом для виникнення страху можуть бути різні залякування.

Одного разу виникнувши, страхи можуть поширюватися. Так починається тривалий неврозоподібний стан з вираженими страхами. Переживання страху, тривоги пригнічує дитину, робить її невпевненою в собі, безпорадною. Діти починають тривожно сприймати такі факти й слова, яким за інших обставин могли б і не надати ніякого значення. Так, почувши про чийось смерть, дитина відчуває загрозу і для себе. В момент страху дитина блідне, тремтить, покривається потом.

У здорових дошкільників нерідко виникає страх самотності. Вони не відходять від матері, всюди за нею ходять, плачуть, коли вона йде з дому. З віком це проходить. У дітей же із затримкою психічного розвитку страх розлучення з матір'ю буває вираженим під час вступу до школи.

Діагностичним експериментом було охоплено 18 учнів з діагнозом затримка психічного розвитку церебрально-органічного та соматогенного походження (10 та 8 відповідно) перших-других класів в віці 8-10 років. Діагностика молодших школярів з ЗПР проводилася індивідуально з кожним учнем за модифікованою методикою Бімена Філіпса. Це було пов'язане з кількома причинами, однією з котрих була можливість спостереження за респондентом. Тестування проводилося в позаурочний час в приміщенні спального корпусу школи-інтернату. Час на опитування кожного учня не обмежувався, але, як правило, процедура займала 10-15 хвилин.

Під час дослідження вдалося виявити кілька характерних рис, які притаманні дітям з тією чи іншою формою дизонтогенезу. Наведемо кілька прикладів.

Респондент 1. Дівчина, 8 років, ЗПР церебрально-органічного генезу.

Загальний рівень тривожності – нормальний

Дівчина навчається в школі перший рік, до цього перебувала з

родичами. Словарний запас обмежений, під час спілкування з іншими (як дорослими, так і однолітками) сором'язлива.

Під час проведення тестування часто перепитувала експериментатора, інколи довго замислювалася над запитанням. За критеріями “Переживання соціального стресу” та “Фрустрація потреби в досягненні успіху” мають рівень тривожності в межах норми.

Респондент 2. Дівчина, 7 років, ЗПР церебрально-органічного генезу.

Загальний рівень тривожності – нормальний

Загальний рівень шкільної тривожності школярки становить лише 37,24% (19 неспівпадань). Зацікавленість в навчанні дівчина не проявляє, на уроці не може себе контролювати (може з нічого розсміятися, закричати). Спостерігається явна гіперактивність. За фактором “Страх не відповідати очікуванням оточуючих” усі відповіді співпали з ключем (0 невірностей). Лише за фактором “Страх самовираження” має підвищений рівень тривоги. Усі інші показники відповідають нормі.

Респондент 3. Дівчина, 8 років, ЗПР соматогенного генезу.

Загальний рівень тривожності – високий

Може по хворобі пропустити близько половини занять в чверті. Інфантильна, виглядає молодше свого віку. Рівень загальної тривожності підвищений. Має низькі рівні тривожності за факторами “Переживання соціального стресу”, “Фрустрація потреби в досягненні успіху”. В той же час перевірка знань викликає підвищену тривогу.

Респондент 4. Дівчина, 8 років, ЗПР соматогенного генезу.

Загальний рівень тривожності – високий

Ведуча діяльність – ігрова. Має високі рівні тривожності за факторами “Переживання соціального стресу”, “Страх самовираження”. У класі займається за індивідуальною програмою, у зв'язку із частими хворобами. Має максимальну тривожність за фактом самовираження.

Респондент 5. Хлопець, 7 років, ЗПР соматогенного генезу.

Загальний рівень шкільної тривожності – підвищений. До експериментатора був відкритим, проявляв зацікавленість в опитуванні, намагався зазирнути в протокол. Проте, за фактором “Страх самовираження” має 100 % рівня тривожності, що свідчить про психологічне витиснення цієї позиції. Має високий рівень тривожності за фактором “Фрустрація потреби в досягненні успіху”.

Серед усіх опитаних дітей нормальний рівень тривожності (за Б.Філіпсом) мали лише діти з церебрально-органічною формою, а найбільш високий рівень був притаманний учням з соматогенною формою ЗПР (40% високий рівень і 60% – підвищений).

В нашому дослідженні ми спробували з'ясувати, які характерні риси прояву шкільної тривожності спостерігаються у дітей з різними формами затримки психічного розвитку. Таким чином було охоплено 8 дітей з соматогенною формою, та 10 – з церебрально-органічною. Процентне співвідношення рівнів тривожності у дітей з ЗПР за клінічними групами наведено в таблиці 1.

**Співвідношення рівнів тривожності дітей з
ЗПР за клінічними групами**

Форма затримки психічного розвитку	Процентне співвідношення загальної кількості	З них за рівнем тривожності	
ЗПР соматогенного походження	44,4%	нормальний	0%
		підвищений	60%
		високий	40%
ЗПР церебрально-органічного походження	55,6%	нормальний	50%
		підвищений	40%
		високий	10%

Аналізуючи дані, отримані під час дослідження ми можемо констатувати, що переважна більшість дітей з затримкою психічного розвитку соматогенного генезу мають підвищений та високий рівні шкільної тривожності. В уповільненні темпу психічного розвитку цих дітей значна роль належить стійкій астенії, що знижує не лише загальний, але й психічний тонус. Нерідко має місце і затримка емоційного розвитку – соматогенний інфантилізм, обумовлений низкою невротичних нашарувань – невпевненістю, боязливою, примхливістю, пов'язаними з відчуттям своєї фізичної неповноцінності, а іноді індукованими і режимом певних обмежень і заборон, в якому перебуває соматично-ослаблена або хвора дитина. Згідно таблиці, можна констатувати, що одна половина дітей цієї клінічної групи належить до високого рівня, інша – до підвищеного рівня тривожності. Жодна дитина не відповідає нормальному рівню тривожності.

Якщо ж казати про дітей із церебрально-органічною затримкою, то в цьому випадку більшість дітей мають занижений рівень шкільної тривожності (менше за 40). В той же час є окремі діти у яких показник тривожності сягає близько 70% відповідей. Це можна пояснити тим, що у дітей з ЗПР церебрально-органічного генезу, як правило, спостерігається ряд енцефалопатичних розладів, а також неврозоподібні явища, патогенетично пов'язані з церебрастенічним ґрунтом. Так, до нормального рівня тривожності можна віднести 50% респондентів, 40% учнів мають підвищений рівень тривожності, а 10% – високий.

Висновки. Таким чином, можна констатувати, що значна кількість дітей з ЗПР соматогенного походження усвідомлює свою відповідальність за процес навчання, інколи неспроможність до навчання на тому рівні, якого потребує вчитель. У зв'язку з частими хворобами та особливостями нервової системи такі діти відрізняються підвищеним та високим рівнем шкільної тривожності. Перебуваючи в стані постійного емоційного незадоволення, без потрібної психолого-педагогічної підтримки, стан дитини в більшості випадків може погіршуватись. Це, в свою чергу, негативно впливатиме на подальше навчання та розвиток особистості такої дитини, бо призводить до виникнення неврозоподібних станів та неврозів.

Діти з ЗПР церебрально-органічного походження не розуміють вимог навчально-виховного процесу. Навчання не сформоване в них як ведуча діяльність. В своїй більшості діти даної категорії відстають від своїх однолітків з іншими формами затримки психічного розвитку. При цьому,

відсутність відповідальності за освітній процес з їхнього боку негативно відображається на становленні особистості в цілому та на процесі навчання зокрема. Таким дітям потрібна кваліфікована допомога колекційного педагога та спеціального психолога.

Виходячи з отриманих даних психолого-педагогічна допомога з корекції та подолання тривожності потрібна дітям з соматогенною формою затримки психічного розвитку, як для групи, яка найбільш уразлива до порушень емоційно-вольової сфери.

Список використаних джерел

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. – М.: Педагогика, 1982. – 128 с.
2. Грибанова Г.В. Психологическая характеристика личности подростков с ЗПР // Дефектология. – 1986. – № 5. – С. 13-20
3. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання / За ред. Т. Д. Ілляшенко, Н. А. Бастун, Т. В. Сак. – К.: ІЗМН, 1997. – 128 с.
4. Затримка психічного розвитку в дітей: метод. рекомендації. / укл. Т.Д. Ілляшенко, М.В. Рождественська. – К.: ІЗМН, 1996. – 96 с.
5. Исаев Д.Н., Елисеев Г.Н. Опыт применения тестов тревожности и невротизма в изучении детей с задержкой психического развития // Дефектология. – 1999. – № 4. – С. 27-31.
6. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 192с.

In this article is examined the problem of school anxiety for children with delay of psychical development. These researches over of school anxiety are brought by means of "Fillip's test of school anxiety".

Keywords: delay of psychical development, school anxiety.

Отримано 13.11.2012

УДК 37.013.77

Е.А. Николаева

УЧЁТ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

У статті розглядаються особливості латеральної організації дітей молодшого шкільного віку. Описуються можливості організації процесу навчання дітей з опорою на їхній латеральний фенотип і провідну модальність сприймання інформації. Врахування латеральної організації розглядається як умова, яка дозволяє звести до мінімуму труднощі в навчанні дітей з особливими освітніми потребами.