



Особливості розвитку людини з різними психофізичними порушеннями

1. Особливості розвитку людини з порушеннями інтелекту і психічними захворюваннями
2. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями опорно-рухового апарату
3. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями слуху
4. Особливості розвитку людини з порушеннями зору

1. Особливості розвитку людини з порушеннями інтелекту і психічними захворюваннями



Як правило, психічні хвороби обумовлені патологією головного мозку й проявляються у вигляді розладів психічної діяльності. Причини виникнення психічних захворювань бувають внутрішньо обумовлені (ендогенні) і зовні обумовлені (екзогенні). Перші визначаються в основному конституціонально-генетичними факторами - це, наприклад, шизофренія й маніакально-депресивний психоз. Другі ж обумовлені впливом зовнішнього середовища - як наприклад, алкогольні або інфекційні психози, травматична епілепсія й таке інше. Коротко зупинимося на характеристиці таких порушень інтелекту та психічних захворювань, як епілепсія, олігофренія, шизофренія.

1. Епілепсія - це хронічне захворювання, що характеризується наявністю епізодично виникаючих розладів в свідомості, настрої. Захворювання в більшості випадків приводить до поступової зміни особистості і своєрідному зниженню інтелекту. Радикального методу лікування епілепсії не існує, але в цей час за допомогою медикаментозних засобів можна домогтися припинення припадків в 60-80 % випадків.

Характерна ознака епілепсії - раптовий судорожний припадок. Припадки бувають різних типів, але в основі кожного з них лежить аномальна й дуже висока електрична активність нервових кліток головного мозку, внаслідок якої виникає розряд. Відмічено, що іноді за пару днів до припадку з'являються передвісники у вигляді поганого самопочуття, дратівливості, головного болю і т. д. Під час припадку епілептик непритомніє, падає, у нього починаються судоми, зіниці очей не реагують на світло. Тривалість припадку - 3-4 хвилини. Частота припадків може бути різною: від щоденних до одного-двох разів на рік. Бувають і припадки, що не супроводжуються судомою, а короткочасною втратою свідомості.

Епілептичний синдром ("симптоматична епілепсія" деяких авторів - Х.Г.Ходос) спостерігається при пухлинах головного мозку, енцефалітах, гіпертонічній хворобі й церебральному атеросклерозі, хронічних психічних захворюваннях на віддалених етапах їхньої динаміки, паразитарних захворюваннях головного мозку, хромосомних хворобах. У страждаючих на епілепсію дітей на тлі температури припадки можуть почастішати (це буває й у дорослих) або з'явитися вперше. На припадки епілепсії вказують: їхня багаторазовість, повторення при кожному підйомі температури, поява при невисокій температурі (нижче 38°), вік старше трьох, чотирьох років. Епілептичні реакції особливо легко виникають при підвищеній судорожній готовності. Їхнє повторення може привести до формування епілепсії. Викликаними є також припадки "рефлекторної" епілепсії. Поява припадку пов'язане із сенсорними подразниками. Характер останнього відображається в назві приступів. Аудіогенні припадки провокуються раптовими акустичними стимулами, фотогенні - оптичними. Припадки можуть з'являтися під впливом тактильних, пропріоцептивних і вісцеральних стимулів (дотик до тіла, різкий рух, біль). Ритмічно повторювані подразники також можуть привести до припадку (мелькання вагонів зустрічного поїзда, електричних стовпів, смуг "зебри" на пішохідних ділянках дороги; зображень на телеекрані - "телевізійна епілепсія"). Припадки провокуються іноді складними, але строго певними діями (так, припадки у хворого виникають щораз, коли він підходить до раковини, включає кран, і коли вода починає текти, непритомніє). Іноді припадки бувають у зв'язку з бурхливими емоціями - афект-епілепсія. Імовірно, подібні з останніми припадками, пов'язані зі сприйняттям музики - музикогенна епілепсія.

З погляду патопсихології, зміни особистості, що відзначаються, за епілептичним типом - це сповільненість всіх психічних процесів, схильність до застрягання на деталях, неможливість відрізнити головне від другорядного, напади розладів настрою. Самооцінка звичайно завищена, рівень інтелекту коливається від відносної норми до олігофренії. При епілептичних змінах особистості (з 5-6 років) характерні упертість, схильність до застійних емоцій, важко переносять зміни в образі життя, цінують стабільність у всьому. Результатами хвороби

є слабкість комбінаторних здібностей, погіршення відтворення минулого досвіду. Хворі довго пам'ятають образи, мстять за неї. Характерний карикатурний педантизм в поведінці. Істотною ознакою епілептиків є інфантилізм, що виражається в незрілості думок та ін. Обличчя цих хворих малорухливе, маловиразне, мімічні реакції бідні, у них спостерігається скупа стриманість в жестикуляції. Позитивними якостями особистості дітей є наполегливість, працелюбність та акуратність.

Характеризуючи особливості особистості та поведінки дітей-епілептиків, С.Я.Рубінштейн зазначає, що деколи у них замість припадку виникають "еквіваленти" - стани зміненої свідомості. Під час цих станів діти можуть бігти, лізти з вікон, схопити важки предмет та вдарити кого-небудь. В дитячому колективі треба слідкувати за можливою двоякістю поведінки дитини (шанобливість до сильних та деспотичність до слабких).

2. Олігофренія - одна з груп розумової відсталості, різна за етіологією і патогенезом хворобливих змін, об'єднаних загальним клінічним проявом недорозвинення головного мозку. Олігофренія характеризується природженим або придбаним в ранньому дитинстві (до 3 років) загальним психічним недорозвиненням. Підвищенню числа розумово відсталих сприяє такий чинник, як жіночий алкоголізм і куріння під час вагітності.

Як зазначають В.М.Синьов, М.П.Матвєєва, О.П.Хохліна та інші вчені, олігофренія визначається не етіологічними чинниками, а раннім впливом цих чинників на мозок. Тобто дуже різноманітні спадкові, вроджені, набуті шкідливості в пренатальний та ранній постнатальний періоди зумовлюють загальний психічний недорозвиток.

При олігофренії спостерігається стійке недорозвинення психіки, що проявляється не тільки у відставанні від норми, але й у глибокій своєрідності. Діти з олігофренією здатні до розвитку, але воно здійснюється уповільнено, атипічно. Вони становлять значну частину розумово відсталих. Менша за чисельністю група - особи, у яких розумова відсталість виникла після трьох років. У результаті травм головного мозку, різних захворювань (менінгіту, енцефаліту, менінгоenceфаліту) відбувся розпад уже сформувалися психічних функцій. Ці стани називають деменцією.

З урахуванням клініко-генетичних особливостей олігофренію розділяють за етіологією на 4 групи:

1. Олігофренія унаслідок спадкових захворювань (генні, хромосомні). Генні виникають унаслідок ендогенних дій у вигляді дефектів обміну речовин. При хромосомних захворюваннях (синдром Дауна) етіологічними чинниками є: вік матері 35-45 років, підвищена іонізуюча радіація, вірусна інфекція, інтоксикації (7-15 % всіх випадків).

2. Олігофренія унаслідок дії шкідливих чинників в період внутріутробного розвитку складає 70 % всіх випадків. До таких чинників відносять інфекції (краснуха, грип); біологічну несумісність крові матері і дитини (резус-конфлікт); ендокринні порушення (кретинізм); родові ускладнення (вузький таз, передчасне отходження вод, аноксія).

3. Олігофренія унаслідок дії шкідливих чинників в постнатальний період. До них відносять: перенесені в ранньому дитинстві ускладнення грипу, корі, краснухи і ін. (менінгіт, енцефаліт).

4. Олігофренія як наслідок негативних психосоціальних впливів (сімейні умови в ранньому дитинстві).

Класифікація олігофренії за ступенем прояву має практичне значення для визначення можливості навчання, рівня соціальної адаптації. Виділяють 3 ступені розумової відсталості: дебільність, імбецильність, ідіотія.

1. Дебільність - незначний ступінь розумової відсталості. Ця категорія осіб становить більшість серед страждаючих на розумову відсталість (70-80 %). Вони як правило пізніше починають ходити, говорити, у більш пізній термін опановують навички самообслуговування. Вони мало цікавляться навколишнім: не досліджують предмети, не прагнуть довідатися про них у дорослих, байдужі до процесів і явищ, що відбуваються у природі й соціальному житті. До кінця дошкільного віку їхній активний словник бідний. У молодшому дошкільному віці в них переважають безцільні дії з іграшками, до старшого дошкільного віку з'являються предметно-ігрові дії.

Діти-дебіли здатні до цілеспрямованих видів діяльності, можуть передбачати наслідки своєї активності, якщо зробити їх предметом усвідомлення. Проте досить часто під впливом нагальних потреб вони виявляються схильними до імпульсивних необдуманих вчинків. Емоційно-вольова сфера у дітей-дебілів первинно збережена. Тому вони у доступних їхньому розумінню ситуаціях діють адекватно. Проте характерними при дебільності є незрілість, інфантильність емоцій, слабкість волі, знижена спроможність докладати вольові зусилля.

Якщо в дитячому садку дитина не отримала спеціальної педагогічної допомоги, то виявляється не готовою до шкільного навчання. Часто діти з незначною розумовою відсталістю виховуються в умовах масового дитячого садка, але потрапляючи в загальноосвітню школу, вони відразу ж зазнають значних труднощів у засвоєння навчальних предметів. З віком ці діти до моменту випуску зі школи за своїми психометричними та клінічними проявами мало чим відрізняються від дітей, які нормально розвиваються.

2. Імбецильність є помірним ступенем розумової відсталості. Імбецильність, за міжнародною класифікацією, поділяється на легку та виразну. Це порушення виявляється в ранні періоди розвитку дитини. Опановують ходьбу діти після трьох років. Мова з'являється до кінця дошкільного віку і являє собою окремі слова, рідко фрази. Істотно страждає моторика, тому навички самообслуговування формуються із працею й у більш пізній термін. Пізнавальні можливості різко знижені: грубо порушені відчуття, сприйняття, пам'ять, увага,

мислення. Основною рисою, характерною для осіб даної категорії, є нездатність до самостійного понятійного мислення. Наявні поняття носять конкретний побутовий характер, діапазон яких дуже вузький. Ці діти цілком здатні опанувати навичками спілкування, соціально-побутовими навичками, грамотою. У той же час вони не можуть вести самостійний спосіб життя, мають потребу в опіці. У дошкільному віці діти можуть відвідувати спеціальні дитячі садки для дітей з порушенням інтелекту, а у 7-8 років вони можуть бути прийняті в спеціальні (корекційні) школи.

Як зазначають В.М.Синьов, М.П.Матвєєва, О.П.Хохліна: "Діти-імбецили є дуже вразливими. Їхні емоції характеризуються полярністю, реактивністю та лабільністю. Відносна збереженість їхнього афективного життя виявляється в чутливості до оцінки іншими людьми. Власна самооцінка у них є неадекватно завищеною: себе вони вважають найкращими. Імбецили так само, як і ідіоти, схильні до "польової поведінки", проте у них уже досить часто виявляються й інші форми активності, наприклад, імпульсивні акти, які здійснюються під впливом безпосередніх потреб індивіда і не передбачають свідомої постановки мети, планування, аналізу засобів та можливих наслідків".

3. Ідіотія - найважчий ступінь розумової відсталості. Діагностика цих грубих порушень можлива вже на першому році життя дитини. Серед численних ознак особливо виділяються порушення статичних і моторних функцій: неадекватна реакція на крутіння пізніше поява навичок стояння, ходьби, слабкий інтерес до навколишніх об'єктів і гри.

Поведінку ідіотів називають польовою, оскільки вона повністю залежить від зовнішніх стимулів, не підлягає усвідомленню та не має конкретних цілей. У деяких випадках при ідіотії спостерігається парадоксальне збереження окремих психічних функцій та здібностей. На тлі глибокої інтелектуальної неповноцінності може спостерігатися вражаюча механічна пам'ять, музичні та інші здібності тощо.

У дорослих різко порушені процеси пам'яті, сприйняття, уваги мислення, знижені пороги чутливості. Їм недоступно мислення про навколишнє, мова розвивається вкрай повільно й обмежено або не розвивається взагалі. Повільно й важко формуються елементарні навички самообслуговування.

Розглянемо класифікацію психічного недорозвитку Д.М.Ісаєва, який виділяє чотири основні форми: астенічну, атонічну, дисфоричну та стенічну.

1. Астенічна форма характеризується неглибоким порушенням інтелекту. У структурі інтелектуального дефекту в дітей спостерігається порушення шкільних навичок, які діагностуються, як правило, на початку шкільного навчання. У ранньому дитинстві й у дошкільні роки батьки таких дітей не помічали відставання в їхньому розумовому розвитку. У більшості з них спостерігалися недорозвинення мови й емоційно-вольова нестійкість. У структурі інтелектуального дефекту цієї групи дітей переважали недорозвинення зорово-просторових функцій, труднощі встановлення послідовних умовиводів у розповідях, знижений рівень узагальнень.

2. Атонічна форма. Поряд з інтелектуальною недостатністю різного ступеня глибини в дітей із цією формою психічного недорозвинення спостерігається аспонтанність, бідність, невиразність емоцій. Це проявляється в зниженій потреби в емоційних контактах і міжособистісних комунікаціях. Окрім того, на тлі розумової відсталості в дітей цієї групи спостерігається виражена нездатність до психічного напруги, що проявляється в надмірному відволіканні, у руховому занепокоєнні і таке інше.

3. При дисфоричній формі психічного недорозвинення в дітей на тлі розумової відсталості спостерігається виражена афективна напруженість.

4. Стенічна форма психічного недорозвинення характеризується нерівномірним розвитком інтелектуальних, мнемічних і емоційно-вольових процесів. У хворих яскравіше виражені й стійкі спонукання й потяги, що сприяє формуванню в них завзятості в подоланні виникаючих перешкод.

Характеризуючи загальний психічний розвиток розумово відсталих дітей можна відмітити, що недорозвинення пізнавальної діяльності пов'язане з дефектами мови, що виражається в обмеженні активного словника в порівнянні з пасивним. Пасивна увага більш підлягає зберіганню, ніж активна і довільна. Механічна пам'ять задовільна в порівнянні із смисловою пам'яттю. Недостатність мови, емоцій, пам'яті виявляється менше, ніж недорозвинення мислення. Недорозвинення пізнавальної діяльності приводить до специфічних порушень вольової сфери особистості в цілому. Особливістю емоційної сфери є недорозвинення складніших диференційованих емоцій.

Розкриваючи особливості психомоторики дітей-олігофренів можна зазначити, що тип рухової недостатності при різних клінічних формах олігофренії неоднаковий і залежить від багатьох чинників: місця ураження мозку, рівня інтелекту і таке інше. Зрозуміти особливості порушення психомоторики глибоко розумово відсталих дітей можливо, опираючись на рівневу теорію організації руху М.А.Бернштейна. Рухові прояви глибоко розумово відсталих дітей відображають недостатність психологічної організації рухів. Особливо виражена недостатність у другій сигнальній організації рухів. Слово не несе значеннєвого навантаження, не є регулятором рухової діяльності. Недостатність значеннєвого предметного рівня організації рухів викликає компенсаторне виконання рухового акту на більш збереженому просторовому рівні. Порушення в основних рухових актах

(ходьба, біг, стрибки і т. д.) характерні для розумово відсталих дітей дошкільного і шкільного віку. Неправильна хода (дискоординація ніг і рук, скутість, неритмічність, зайві рухи) відмічена у 40-50 % олігофренів. Порушення бігових вправ (неузгодженість рук і ніг, нерівномірність рухів за амплітудою, зайве обертання тулуба, скутість плечового поясу) відмічені у 50-60 %. Невміння стрибати на одній і двох ногах відмічено у 90-100 %. Спостерігаються ускладнення при повзанні, лазінні, метанні. Порушення дрібної моторики особливо характерне при олігофренії, оскільки проєкційна зона руки в корі головного мозку займає найбільшу площу.

Таким чином, ядерним симптомом при психічному недорозвитку є порушення мислення, яке негативно впливає на розвиток всіх інших психічних функцій.

3. Шизофренія - психічне захворювання, що протікає зі швидкими або повільними змінами особистості, такими як зниження енергетичного потенціалу, що прогресує, інтровертованість, емоційне збідніння, викривлення психічних процесів.

Хвороба може початися в будь-якому віці, але частіше це відбувається в 15-25 років, і чим раніше це проявляється, тим більш несприятливий її прогноз. Відповідно до статистики, біля 60 % відсотків хворих непрацездатні. Існує багато форм шизофренії, наприклад, шизофренія з нав'язливостями, з астено-іпохондричними проявами (психічна слабкість із хворобливою фіксацією на стані здоров'я), паранойяльна шизофренія (стійке систематизоване марення переслідування, ревнощів, винахідництва й таке інше), галюцінаторно-параноїдна і таке інше.

При шизофренії виражене порушення сприйняття, мислення, емоційно-вольової сфери. Часто хвороба приводить до розриву колишніх соціальних зв'язків, зниженню психічної активності, значної дезадаптації хворих у суспільстві. У хворих шизофренією відзначається зниження, притуплення емоційності, стан апатії (тобто байдужність до всіх явищ життя). Хворий стає байдужним до членів родини, втрачає інтерес до навколишнього, втрачає диференційованість емоційних реакцій, у нього з'являється неадекватність у переживаннях. Має місце порушення вольових процесів: зниження вольового зусилля, що доходить до хворобливої безвільності. Мислення хворих на шизофренію відносно зберігає формально-логічні зв'язки, але відбувається перекручування процесу узагальнення в сполученні з порушеннями послідовності й критичності мислення. Також у них відзначається порушення актуалізації минулого досвіду. Тому для мислення шизофреніків характерні розпливчастість, примхливість.

Говорячи про особливості психіки дітей-шизофреніків, С.Я.Рубінштейн виокремлює розлади мислення, що посилюються та притуплення почуттів. Думки та міркування дітей відрізняються вигадливим, зарозумним характером. Вони рідко мають друзів, іноді погано відносяться до свої батьків, не реагують на добре відношення вчителя.

Таким чином, основними особливостями психіки дітей-шизофреніків є розлади мислення та емоційна тупість.

2. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями опорно-рухового апарату



До порушень опорно-рухового апарату (ОРА) відносять поліомієліт, дитячий церебральний параліч, ампутацію кінцівок, хребтово-спинальну травму і таке інше. Суттєве значення у психології осіб з даними вадами має група інвалідності. Так, наприклад, С.М.Попов виділив психологічні особливості осіб з порушеннями ОРА залежно від групи інвалідності:

1. Інваліди I групи з дитинства - психологічно найменш сприятливий контингент. Самооцінка їх низька, відношення до людей суперечливі. З одного боку, їм властива емоційна незрілість, з іншою - їх обтяжує положення опікуваних.

2. Інваліди II групи з дитинства відрізняються відносною психічною стабільністю. У них вище, ніж у інших інвалідів, самооцінка; вони відчують себе

найбільш особистісно сильними, найменше виражена депресивність. У цієї категорії інвалідів міжособистісні відносини взагалі стабільні і благополучні, вони не виглядають відгородженими, ізольованими від інших людей. Ці інваліди краще уловлюють нюанси взаємин з оточуючими, найбільш пластичні в спілкуванні. Правда, за цим зовнішнім благополуччям стоїть, як показали дослідження, індиферентність, байдужість до оточуючих, недостатня емоційна включеність у взаємини з товаришами. Характерною для них є установка на своєрідну співпрацю з інвалідами інших нозологій, розподіл на "своїх" та "чужих", причому "чужі" свідомо оцінюються нижче, ніж інваліди зі "своїм" захворюванням. Така установка, звичайно, ускладнює спілкування.

3. Інваліди III групи з дитинства унаслідок порушень опорно-рухового апарату, здавалося б, через незначність вираженості дефекту повинні найкращим чином пристосуватися до життя в суспільстві. Проте насправді все це є прямо протилежне: у цих інвалідів виявляється значна психологічна дезадаптація, їх

самооцінка суперечлива. Зовні, на усвідомленому рівні вона завищена, проте це лише компенсація глибоко лежачого, неусвідомленого почуття неповноцінності, відмінності від інших. Їх загальне відношення до оточуючих більш негативне, ніж у інвалідів I і II групи з дитинства. При цьому їх міжособистісне сприйняття найменше диференційоване, вони менш пластичні в міжособистісних контактах. Таке психологічне неблагополуччя інвалідів III групи з дитинства пояснюється їх невизначеним, "проміжним" положенням між хворими і здоровими людьми.

4. Особливу категорію складають інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату, придбаними в дорослому віці. Ці люди пережили кризу, деформацію звичних відносин з навколишнім світом. У них, як і у інвалідів III групи з дитинства, загальне відношення до оточуючих негативне, ніж у інших категорій інвалідів. Особливо складні і суперечливі їх відносини з близькими людьми. Насторожує в них їх пасивність, невіра в можливість що-небудь змінити.

Коротко зупинимося на характеристиці деяких порушень опорно-рухового апарату.

1. Поліомієліт - захворювання, що викликається вірусом, який вражає сіру речовину спинного мозку, і одержало назву від локалізації запального процесу в передніх рогах спинного мозку. Проте при поліомієліті страждають також ядра стовбура, кора великих півкуль, підкіркові утворення, мозочок, м'які мозкові оболонки.

Вірус потрапляє в організм людини через брудні руки, заражені харчові продукти, мухи також можуть переносити вірус. Існує певна сезонність захворювання - переважно літній період. Хворіють переважно діти перших років життя.

Клінічно поліомієліт виявляється млявими паралічами. Характерна надзвичайна мозаїчність і асиметрія ураження. При двосторонньому паралічі або парезі зміни звичайно більш виражені з одного боку. При поліомієліті дитина має рухові розлади, найбільш виражені в проксимальних відділах кінцівок. Активні рухи дитина виконає прикладаючи значні зусилля, амплітуда їх звичайно обмежена через м'язову слабкість. Відзначаються дряблість, гіпотрофія й гіпотонія м'язів, зниження або відсутність сухожильних рефлексів, спостерігається різке порушення опорної функції ніг. Хворі не можуть стояти, ходити або роблять це зі значними зусиллями. Завдяки тотальній імунізації дітей спалахи захворювання зараз відсутні, а одиничні випадки протікають атипово.

2. Ампутація - це операція видалення периферичного відділу кінцівки. Термін ампутація частіше застосовується щодо операції з видалення частини кінцівки при перетині її між суглобами.

Ампутацію роблять при повному або частковому відриві кінцівки; важких ушкодженнях, пов'язаних з розривом головних судин, нервів, роздробленням великої кількості кісток, м'язів; при гангрені кінцівки, відмороженнях і інших захворюваннях, а також при злоякісних новоутвореннях (саркома, рак).

Вивчаючи особливості Я-концепції дорослих інвалідів О.І.Купрева, у своєму дослідженні, дійшла до наступних висновків:

1. У віддаленому періоді після ампутацій кінцівок фізичний дефект впливає на "Я-концепцію", а саме: спричиняє розвиток негативного самоставлення, неприйняття власного "Я", зниження рівня самоповаги, самоінтересу, що виявляється у компенсаторно завищеній самооцінці. У молодих інвалідів зазнає змін, перш за все, емоційно-оцінкова складова "Я-концепції", що виявляється у зниженні аутосимпатії, негативному самоставленні та підвищеному самозвинуваченні. У інвалідів старшого віку найістотніші зміни відбуваються у когнітивній складовій "Я-концепції".

2. У інвалідів, які знаходяться у віддаленому періоді після ампутацій превалюють дезадаптивні гомогенні типи ставлення до власного фізичного дефекту: анозогнозичний - ігнорування, заперечення, активне відкидання думок про наявність та наслідки фізичного дефекту; ергопатичний - відхід від дефекту в роботу, надцінне, стенічне ставлення до неї, та змішані типи ставлення до власного фізичного дефекту. Поєднання протилежних станів (анозогнозії, іпохондрії, тривожності, дисфорії) у змішаних типах ставлень свідчить про суперечливість структури особистісних ставлень.

3. У внутрішній картині дефекту молодих інвалідів 20-35 років переважає афективно-емоційне ставлення до власного фізичного дефекту, тоді як у інвалідів у віці 36-50 років у суб'єктивній картині дефекту превалює раціональна оцінка дефекту. Вищий рівень тривожності спостерігається у групі молодих інвалідів 20-35 років.

4. Для досліджуваних з фізичним дефектом типовими є істотні проблеми в сфері міжособистісних стосунків. Схильність ворожо сприймати навколишніх людей, перевага неконструктивних типів міжособистісних взаємодій, значна ідеалізація близьких людей посилює їх орієнтацію в міжособистісних стосунках на вузьке коло значущих людей. Це в багатьох випадках призводить до соціальної ізоляції, відмежування від соціального оточення та втрати навичок конструктивної взаємодії з ним.

На думку Н.Д.Лакосиної та Г.К.Ушакова, людина, що втратила руку або ногу, страждає від того, що на її дефект звертають увагу навколишні. У неї рідше, ніж при іншій патології виникає почуття відрази до себе. Такі люди стають уразливими, дратівливими, чутливими, страшаються з'являтися на людях, різко обмежують контакти з навколишніми, нерідко міркують про самогубство. У випадках шкірних змін і деформацій обличчя в пацієнтів до перерахованих психологічних проявів приєднується почуття сорому, бридливості й побоювання, що навколишні стануть уникати їх у силу страху заразитися.

3. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - це непрогресуюча рухова неповноцінність, викликана аномальним розвитком або пошкодженням несформованого головного мозку. Дитячий церебральний параліч - це швидше характерний тип порушень нервово-м'язового розвитку, чим хвороба.

Основу клінічної картини ДЦП становлять рухові розлади - паралічі, насильницькі рухи, порушення координації рухів. Порушується онтогенетична послідовність рухового розвитку, активується патологічна тонічна рефлекторна активність, що приводить до підвищення м'язового тону й формуванню патологічних поз. Розпадається формування механізмів підтримки рівноваги при стоянні й ходьбі, формується патологічний руховий стереотип, неправильні установки тулуба, кінцівок, а пізніше - контрактури й деформації.

Причини (25 %) пов'язані з генетичними недоліками розвитку (наприклад, мутації, хромосомна аберація). Причини (50 %>) пов'язані з недоношеністю, травмами або ятрогенними наслідками (лікарська помилка). Причини (5 %) обумовлені інфекціями. Етіологія 20 % випадків залишаються невідомими. Ймовірно, що багато випадків дитячого церебрального паралічу спричинені "набором" багатьох несприятливих чинників. Дитячий церебральний параліч - це лише одна з декількох неповносправностей, які можуть спричинятись пошкодженням або вадою центральної нервової системи. До інших неповносправностей належать епілептичні приступи, розумова відсталість, сенсорні порушення та інші прояви. Рухова неповносправність часто домінує, привертаючи увагу і приховуючи непорушені розумові здібності у осіб з дитячим церебральним паралічем.

Таким чином, в основі характеристики порушень даної категорії осіб лежать різноманітні розлади рухового апарату, спричинені недорозвиненням чи ушкодженням центральної нервової системи.

Детальніше розглянемо особливості психічного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату на прикладі ДЦП. Порушення розвитку психічних функцій дітей із ДЦП складне та різноманітне, часто обумовлюється часом, ступенем та локалізацією мозкового ураження. При цьому захворюванні не існує чіткого взаємозв'язку між важкістю рухових та психічних порушень, так важкі рухові розлади можуть бути поєднані із затримкою психічного розвитку. Окрім порушення в моторному розвитку дитини можуть спостерігатися й мовленнєві та сенсорні дефекти. Однак важливу роль у генезі психічних порушень грають ступінь обмеження діяльності, особливості соціального та в першу чергу сімейного оточення. Дитячий церебральний параліч має різні форми, коротко розкриємо їх (класифікація форм за К.О.Семеновою):

1. Спастична диплегія - найбільш поширена форма ДЦП, відома під назвою хвороби чи синдрому Літтля. При даній формі в значній мірі уражені ноги, однак дитина може навчитися частково обслуговувати себе. Також у дітей спостерігається затримка психічного розвитку, 30-35 % дітей страждають розумовою відсталістю в ступені не різко вираженої дебільності. У 70 % - спостерігаються мовленнєві розлади у формі дизартрії.

2. Геміпаретична форма - у 80 % випадків розвивається у дитини в ранній постнатальній період. При даній формі уражена одна сторона тіла: ліва при правосторонньому ураженні мозку та права при ураженні переважно лівої півкулі. Найчастіше при даній формі важче уражається верхня кінцівка. У 25-30 % дітей спостерігається дебільність, у 40-50 % - вторинна затримка розумового розвитку.

3. Гіперкінетична форма - у дитини спостерігається гіперкінези, м'язова ригідність шиї, тулуба, ніг. Не дивлячись на важкий руховий дефект та обмежену можливість самообслуговування, рівень інтелектуального розвитку при даній формі ДЦП, вище ніж попередні. У 10 % випадків спостерігається туговухість.

4. Подвійна геміплегія - найбільш важка форма ДЦП. Окрім важких рухових порушень (ураження нижніх та верхніх кінцівок), спостерігаються важкі мовленнєві порушення, виражене зниження інтелекту.

5. Атонічно-астатична форма - зустрічається значно рідше інших форм, характеризується зниженням м'язового тону, порушенням координації рухів, рівноваги. Спостерігається недорозвинення мовлення та інтелекту.

Ряд таких російських вчених як, С.П.Дуванова, Н.Б.Трофімова, Н.М.Трофімова, Т.Ф.Пушкіна виділили особливості структури інтелектуального дефекту при ДЦП:

1. Нерівномірно знижений запас відомостей та уявлень про навколишній світ. Це обумовлено декількома причинами:

1) змушена ізоляція, обмеження контактів дитини з однолітками й дорослими людьми у зв'язку із відсутністю або труднощами пересування;

2) утруднення пізнання навколишнього світу в процесі предметно-практичної діяльності, пов'язане із проявом рухових розладів;

3) порушення сенсорних функцій.

2. Нерівномірний, дисгармонійний характер інтелектуальної недостатності, тобто порушення одних інтелектуальних функцій, затримка розвитку інших і збереження третіх. Мозаїчний характер розвитку психіки пов'язаний з раннім органічним ураженням мозку на ранніх етапах його розвитку. Несформованість вищих коркових функцій є важливою ланкою порушень пізнавальної діяльності при ДЦП. У деяких дітей розвиваються переважно наочні форми мислення, в інших, навпаки, особливо страждає наочно-дійове мислення при кращому розвитку словесно-логічного.

3. Виразність психоорганічних проявів - сповільненість, виснаженість психічних процесів, труднощі переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, зниження обсягу механічної пам'яті. Велика кількість дітей відрізняється низькою пізнавальною активністю, що проявляється у відсутності інтересу до завдань, слабкій зосередженості, повільності й зниженої переключаємості психічних процесів. Низька розумова працездатність частково пов'язана із церебральним синдромом, що характеризується швидко наростаючим стомленням при виконанні інтелектуальних завдань. Найбільше чітко воно проявляється в шкільному віці при різних інтелектуальних навантаженнях.

Для дітей із церебральним паралічем характерні розлади емоційно-вольової сфери. Емоційні розлади при різних формах ДЦП проявляються по-різному. На думку, Е.С.Калижнюк та В.В.Ковальова, це можуть бути важкі негрозоподібні порушення та психопатоподібні порушення на фоні органічного ураження ЦНС, які нерідко проявляються при спастичній диплегії та геміпаретичній формі ДЦП. Також І. І.Мамайчук зазначає, що у дітей та підлітків із ДЦП можуть спостерігатися емоційні розлади у зв'язку з наявністю фізичного дефекту, вихованням по типу гіпер опіки чи ранньої соціальної та психічної деривації. Як зазначають С.П.Дуванова, Н.Б.Трофімова та інші вчені, емоційні розлади у одних дітей проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, руховому розгальмуванні, в інших - у вигляді загальмованості, сором'язливості, боязкості. Схильність до коливань настрою часто поєднується з інертністю емоційних реакцій. Так, почавши плакати або сміятися, дитина не може зупинитися. Підвищена емоційна збудливість нерідко поєднується із плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, реакцією протесту, які підсилюються в новій для дитини обстановці та при стомленні. Іноді відзначається радісний, піднятий настрій зі зниженням критики (ейфорія).

У дітей з церебральним паралічем своєрідна структура особистості. Достатній інтелектуальний розвиток часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Вчені О.М.Мастюкова та К.О.Семенова вважають, що найбільш характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного психічного інфантизму.

За своєю структурою цей інфантизм ближче усього до так званого органічного поряд з рисами психіки, які властиві дітям більш молодшого віку (егоцентризм, лабільність, недостатня глибина емоцій, підвищена сугестивність і залежність від навколишніх), у цих дітей виявляються більш виражені порушення інтелектуальної діяльності з інертністю психічних процесів і недостатністю логічного мислення. Поряд з рисами незрілості в окремих судженнях та інтересах можуть відзначатися елементи солідності, розважливості. Поряд з перевагою ігрових інтересів можуть мати місце розгальмування та патологія потягів.

Досліджуючи особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем О. В. Романенко виявила, що своєрідність формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем обумовлена особливостями взаємодії трьох основних факторів: по-перше, біологічним чинником, оскільки при дитячому церебральному паралічі порушується інтеграція сенсорної інформації, що поступає ззовні та зсередини та інтерпретується мозком. Це стає перешкодою при формуванні різного виду уявлень, що складають Я-образ особистості. По-друге, функціональним чинником, що визначається мірою дефіцитарності рухової сфери, обмеженістю можливостей хворої дитини до активного пізнання оточуючого світу та її взаємодії з нею. По-третє, соціальним чинником, що поєднує в собі як психотравмуючий характер спілкування з соціумом, так і особливості реагування на свій фізичний дефект, його суб'єктивну значущість для дитини. У ході дослідження вона дійшла висновку, що у школярів з церебральним паралічем відмічається більш низький ступінь розвитку когнітивного компоненту Я-образу порівняно зі здоровими однолітками. Це проявляється у сповільненій динаміці формування понять, що складають Я-образ особистості, у неадекватності їх розуміння, слабкій узагальненості та диференційованості. Причинами когнітивної спрощеності Я-образу є як недостатність умов для повноцінного розвитку внаслідок рухового дефекту, так і захисно-компенсаторне витіснення травмуючого для особистості усвідомлення власних якостей.

Таким чином, дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що веде не тільки до рухових порушень, але і визиває затримку чи патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху, зору і таке інше. У дітей з церебральним паралічем достатній інтелектуальний розвиток часто супроводжується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Усе це свідчить про своєрідний дисгармонійний психічний розвиток дитини з ДЦП.

Нерідко для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату характерна слабка пізнавальна активність, яка частково обумовлена недостатністю комунікаційних функцій. Особливо гостро постає ця проблема в підлітковому віці, оскільки фізичні та мовленнєві дефекти перешкоджають підлітку з обмеженими можливостями повноцінно спілкуватися з однолітками. На думку Т.Скрипник, у розвитку особистості дитини з обмеженими можливостями є два типи перешкод. Перший тип - це певні фізичні, фізіологічні чи психічні розлади дитини, другий - вторинні явища, такі як власна неповноцінність, відчуженість.

Взагалі класифікуючи комунікативні бар'єри, які перешкоджають успішному спілкуванню Б.Д.Паригін виділяє два види соціально-психологічних бар'єрів: 1) внутрішні бар'єри особистості, які пов'язані з такими утвореннями, як норми, установки, цінності, а також з особистісними особливостями - ригідність, конформність і

таке інше; 2) бар'єри, причина яких - поза особистістю: незрозуміння зі сторони іншої людини, дефіцит інформації і так інше.

Л.Е.Орбан-Лембрик виділяє макро- та мікробар'єри комунікації. Макробар'єри пов'язані із зовнішнім середовищем, у якому здійснюється комунікативний процес, і виявляються в інформаційному перевантаженні, розмаїтті носіїв, перевантаженні інформацією, що призводить до знецінення її змісту, вмінні користуватися інформацією. Мікробар'єри - це специфічні комунікативні бар'єри. Причинами їх виникнення можуть бути особливості інтелекту тих, хто спілкується; неоднакове знання предмета розмови; різні лексикон і тезаурус (сукупність понять з певної галузі знань); відсутність єдиного розуміння ситуації спілкування; психологічні особливості партнерів; соціальні, політичні, професійні, релігійні відмінності тощо. Ці бар'єри залежать від індивідуальних особливостей учасників комунікації, від умінь співрозмовників перекодувати думки в слова, слухати і концентрувати увагу. Причини комунікативних бар'єрів, вважає Л.Е.Орбан-Лембрик, можуть приховуватися в змістових і формальних характеристиках самого повідомлення (фонетичних, стилістичних, семантичних), а також у логіці побудови, то є потреба розглянути такі бар'єри детальніше. Логічний бар'єр виникає коли партнери не знаходять спільної мови. Фонетичний - перешкода, яка створюється особливостями мови того, хто говорить, виникає тоді, коли учасники комунікативного процесу розмовляють різними мовами й діалектами, мають суттєві дефекти мови та дикції, перекручену граматичну побудову висловлювань. Семантичний бар'єр з'являється через відсутність збігу в системах значень партнерів з комунікації - тезаурусах, тобто лінгвістичного словника мови, з повною смисловою інформацією. Цей бар'єр - є по-перше, проблема жаргонів і сленгів, по-друге, він викликається обмеженням лексиконом у одного з співрозмовників, по-третє, його причинами можуть бути соціальні, культурні, психологічні, національні, релігійні, професійні, групові та інші особливості спілкування. Стилiстичний бар'єр виникає в разі невідповідності стилю мови комунікатора й ситуації спілкування або стилю мови й актуального психологічного стану реципієнта. Він може виникнути й за умови, коли форма комунікації та її зміст не відповідають одне одному, також коли інформація передається науково-канцелярським стилем, який зрозуміліший під час читання й утруднений у слуховому сприйнятті.

Б.Поршнев виокремлює три форми комунікативних бар'єрів: уникання, авторитет, незрозуміння. Уникання - втекти від небажаної інформації та її впливу можливо як фізично, так і психологічно. Другий бар'єр - авторитет передбачає, що інформація потрапляє до свідомості, але на цьому шляху вона суттєво знецінюється через суб'єктивне зниження авторитетності її джерела, тобто, зрештою, стає ненадійною й малозначущою. Незрозуміння, як комунікативний бар'єр, є найтоншим способом знизити вплив інформації шляхом її перекручення до невпізнання, надання їй нейтрального смислу.

Щодо бар'єрів взаєморозуміння Є.І.Головаха та Н.В.Паніна виділяють інтелектуальні, емоційні, естетичні та мотиваційні бар'єри. Звертаючи увагу на естетичний бар'єр, який з'являється при першому контакті, тобто зовнішній вигляд, манера поведінки, стиль одягу і так інше. Інтелектуальний бар'єр може виникати в результаті різної швидкості протікання інтелектуальних процесів в процесі спілкування. Якщо висловлювання співрозмовника не торкаються власних потреб партнера по спілкуванню, то така ситуація спричиняє мотиваційний бар'єр. Емоційний бар'єр взаєморозуміння може виникати внаслідок антипатії до співрозмовника, небажання заглиблюватися у його проблеми та співчувати йому.

Зупинимось детальніше на тих бар'єрах, які більш характерні для підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату. Інтелектуальні бар'єри можуть виникати внаслідок різного інтелектуального рівня партнерів і також різних типів інтелекту. Загальний рівень інтелектуального розвитку деяких підлітків із фізичними вадами нижче ніж у здорових. Наприклад, О.М.Мастюкова та К.О.Семенова вважають, що характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного психічного інфантилізму. У цих дітей спостерігаються більш виражені порушення інтелектуальної діяльності з інертністю психічних процесів і недостатністю логічного мислення.

На наявність естетичного бар'єру вказує І.О.Трухін, що може вставати на шлях взаєморозуміння між підлітком із фізичними вадами та його однолітками. Відомо, що в підлітковому віці важливого значення набуває власний зовнішній вигляд та його співрозмовника, також особливості мови та манери поведінки. А зважаючи на те, що для підлітків цієї категорії порушень характерно наявність зовнішньо вираженого фізичного дефекту, то цей бар'єр в даному віці набуває особливого значення.

Мотиваційний бар'єр - це такі обставини, які роблять спілкування нецікавим або непотрібним, наприклад неприємною темою розмови для підлітків з фізичними дефектами може виступати стан та перспективи здоров'я, зовнішній вигляд, потенційні можливості і так інше. Т.О.Власова, вказує на те, що бідність морального досвіду дітей з церебральним паралічем затримує формування усвідомлення мотивів поведінки, адекватної оцінки наслідків своїх вчинків.

Під емоційним бар'єром розуміють небажання спілкування внаслідок антипатії до партнера. На думку Є.П.Мешеніної, для дітей з церебральним паралічем характерні різні психоемоційні розлади, які проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, підвищеної чуттєвості до звичайних подразників навколишнього оточення. О.М.Мастюкова вважає, що підвищена емоційна збудливість може супроводжуватися з порушеннями

поведінки у вигляді афективних вибухів, іноді з агресивними проявами. Як зауважує, Т.О.Власова, незрілість емоційно-вольової сфери дітей в старшому шкільному віці перешкоджає соціальній адаптації. Ознаки цієї незрілості проявляються в інтересі до ігрової діяльності, слабкості вольового зусилля. Всі ці емоційні особливості підлітка можуть бути причиною негативного ставлення його до однолітків.

Говорячи про комунікативні бар'єри, які негативно впливають на розвиток особистості підлітків із фізичними вадами та ґрунтуючись на поглядах таких вчених як І.О.Трухін, Є.І.Головаха, Н.В.Паніна та інших можна виділити наступні основні комунікативні бар'єри (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Комунікативні бар'єри підлітків із фізичними вадами та сфери їх прояву

По-перше, естетичний бар'єр, який проявляється у наявності фізичних вад підлітка. Зовнішнє вираження фізичного дефекту спричиняє виникнення психологічного відчуження у спілкуванні та взаємодії, як зі сторони дорослих так і зі сторони однолітків підлітка. Оскільки підлітковий період характеризується підвищеною чутливістю до будь-яких фізичних, особливо зовнішнє виражених недоліків. Власний фізичний дефект підліток негативно переживає у кілька разів сильніше, ніж у будь-який інший віковий період. По-друге, інтелектуальний, у дітей із фізичними вадами можливі різноманітні інтелектуальні порушення від легких до важких форм. Чим важче те чи інше інтелектуальне порушення, тим більше ускладнюється або порушується комунікативний процес. По-третє, різні мовленнєві дефекти, такі як, дизартрія, брадилалія і таке інше, можуть виникати внаслідок органічних, психогенних чи соціально-психологічних причин, що виражаються у мовленнєвому бар'єрі. Вищенаведені комунікативні бар'єри певним чином взаємопов'язані між собою. Деякі фізичні вади можуть спричиняти мовленнєві дефекти, наприклад коли параліч уражає центральний чи периферичний відділ мовленнєвого аналізатора. Інтелектуальні порушення, у свою чергу, також визивають фізичні та мовні розлади.

Комунікативні бар'єри виникають в основних сферах розвитку особистості, а саме в сім'ї, школі та групі однолітків. Наявність хворої дитини в сім'ї спричиняє порушення механізмів її функціонування. Наприклад, поява неповної сім'ї, частіше всього це відсутність батька або виховання дитини бабусею, неадекватний стиль виховання і таке інше. Також збільшення сімейних конфліктів, які виникають на ґрунті проблем хворої дитини.

Ж.М.Глозман вказує на те, що негативний досвід спілкування формує в дитині неадекватний інтегральний образ світу людських відносин внаслідок депривації потреби в спілкуванні, що створює домінантне вогнище порушення в психіці дитини. Особливо гостро така домінантність повинна виявлятися при наявності в дитини психічних травм, при вкрай несприятливому досвіді спілкування в родині.

Часто комунікативні бар'єри порушують та ускладнюють спілкування з однолітками. Зовнішні фізичні недоліки, інтелектуальні відхилення та мовні дефекти обмежують та деформують процес спілкування підлітка з однолітками, значно зменшують кількість товаришів та друзів. Коло інтересів та рівень знань здорових дітей і дітей із фізичними вадами в підлітковому віці дещо різняться. Для підлітків із фізичними вадами характерна певна інфантильність, здорові підлітки з часом починають втрачати інтерес у спілкуванні з ними та формується своєрідна соціальна ізоляція. Вплив системи спеціальних закладів на особистісний розвиток підлітків із фізичними вадами. Спеціальні навчальні заклади здебільшого є закритого типу, що знов обмежує спілкування зі здоровими однолітками. Навчання в цих закладах настільки змінене, що не завжди відповідає звичайним умовам життя людини.

Вважаємо за доцільне більш детально зупинитися на аналізі такої сфери впливу комунікативних бар'єрів, як спілкування з групою однолітків, так як спілкування є провідною діяльністю особистості підліткового віку.

Дослідження, які були проведені в Швеції та Канаді на початку 60-х років минулого століття показали, що обмежений характер спілкування дітей з проблемами зі своїми однолітками корелював зі ступенем замкнутості сім'ї, а також зі ступенем вираження відхилень у розвитку дитини. Одна із причин виникнення цих обмежень є порушення спілкування дітей із фізичними вадами зі здоровими. Дана причина є досить складною та неоднозначною із-за порушення мови у деяких підлітків та викривлення невербальних засобів їх спілкування. Таким чином, процес розвитку комунікативних якостей підлітка з фізичними вадами у порівнянні зі здоровими дітьми буде досить різнитися. Це підтверджує і дослідження О.М.Усанової, яка виділяє відмінності, що можуть виникнути в мікросоціумі дитини з відхиленнями в порівнянні зі здоровими дітьми. А саме, перше коло мікросоціуму - сім'я, у проблемної дитини може бути пустим (неповна сім'я, батьки з девіантною поведінкою і

таке інше) частіше, ніж у здорового. Друге коло - друзі, для проблемної дитини має багато обмежень. Третє коло - діти зі суспільних груп, значно вужче ніж у здорових, особливо для дітей з важкими вадами. Четверте коло - дорослі, які допомагають дитині, є найбільш наповненим, тому що, ці діти потребують допомоги дорослих, а саме лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників та інших. Таким чином, можна сказати що, основна особливість моделі мікросоціума дитини з обмеженнями в тому, що спілкування з однолітками має тенденцію до скорочення, а з дорослими - до розширення. Вважаємо, що цей факт своєрідно, а інколи і негативно, впливає на розвиток комунікативних якостей підлітків із фізичними вадами.

О.М.Мастюкова також вказує на те, що однією з причин порушень спілкування у дітей з відхиленнями у розвитку може бути настанова батьків на ізоляцію дитини від колективу здорових однолітків. Тому важливо, щоб батьки розширювали коло спілкування дитини.

Як зазначає, Т.С.Баранова, група однолітків - це той індикатор, той соціалізуючий фактор, коли вже стає ясно, яким шляхом піде підліток - соціалізації чи десоціалізації. Спілкування з тими, хто володіє таким же, як у нього, життєвим досвідом (другом), дає можливість підлітку дивитися на себе по-новому. Саме через дружбу він засвоює риси високої взаємодії людей: співробітництво, взаємодопомога, ризик заради іншого і таке інше. Дружба в цьому віці, завдяки прагненню підлітків до взаємної ідентифікації підвищує конформність у взаєминах. На жаль, більшість підлітків із фізичними вадами позбавлені повноцінного спілкування, яке має викривлений характер. В перспективі повноцінне спілкування з однолітками в підлітковому віці набагато суттєвіше для збереження психічного здоров'я, ніж такі фактори, як розумовий розвиток, шкільна успішність чи взаємини з педагогами.

Одним із завдань корекційної роботи шкільного психолога є формування комунікативних якостей підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату. Розкриваючи основні комунікативні якості особистості в межах спілкування як цілісної системи ми базувалися на поглядах В.О.Лабунської, Л.Е.Орбан-Лембрик. Основні комунікативні якості особистості схематично зображено на рис. 2.2.

По-перше, експресивно-мовленнєві якості, які передбачають наявність і характер вербальних та невербальних проявів. Наприклад, візуальний контакт, експресія обличчя, проксемика, такесика і таке інше. По-друге, соціально-перцептивні якості, які представляють собою шаблонність сприйняття партнера, оцінка його почуттів та настрою, співвідношення дій і вчинків партнера з його особистісними якостями і таке інше. По-третє, інструментальні вміння та навички партнерів в організації взаємодії, наприклад,



Рис. 2.2. Основні комунікативні якості особистості

невміння партнера вчасно вийти із спілкування, аргументувати свої зауваження та побажання, прагнення зайняти в спілкуванні головну позицію, робити висновки про партнера на основі його зовнішності, відношення партнерів один до одного, а також уявлення про такі характеристики спілкування як кількість партнерів, їх вік, стать, соціальний статус і таке інше. Сукупність вищенаведених комунікативних якостей спілкування і їх особливості складають той чи інший "портрет партнера спілкування".

Таким чином, чітке усвідомлення та виділення комунікативних бар'єрів підлітків із фізичними вадами дозволяє шкільному психологу враховувати їх в своїй подальшій роботі з даною категорією осіб. Чим більше тих чи інших комунікативних бар'єрів виникає в процесі розвитку особистості підлітками із фізичними вадами, тим організованіше та цілеспрямованіше повинна бути корекційна робота шкільного психолога.

3. Соціально-психологічні особливості людини з порушеннями слуху



Слух відіграє важливу роль у розвитку людини. Слухом називається здатність організму сприймати й диференціювати звукові коливання за допомогою слухового аналізатора.

Втрата слуху, навіть часткова, створює бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, зтримує розвиток особистості. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особи, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати музику.

Причини порушення слуху:

1. Вроджені: токсикоз вагітності, вірусна інфекція матері, травматичні пошкодження плоду, вроджена деформація слухових кісточок, недорозвиток слухового нерву, аклюзія (недорозвинення внутрішнього вуха), відсутність барабанної перетинки, атрезія (зарощування зовнішнього слухового проходу) і таке інше.

2. Придбані (до трьох років): різні захворювання - менінгіт, енцефаліт, пневмонія, свинка, запальні захворювання носа і носоглотки, неврит слухового нерва, грип та його ускладнення; механічні травми голови - забиті місця, удари, впливи зверхсильних звукових подразників.

У інвалідів з порушенням слуху і мови можливі наступні порушення основних функцій організму: порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі); порушення статодинамічних функцій; порушення сенсорних функцій (тобто слуху).

Інвалідам з порушенням функцій слуху найбільш значущим є обмеження здібності до спілкування. Здібність до спілкування - здібність до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки і передачі інформації. Спілкування здійснюється за рахунок засобів комунікації.

Основою класифікації є наступні критерії: ступінь втрати слуху, час втрати слуху, рівень розвитку мови (Р.М.Боскіс). Відповідно до цих критеріїв виділяють наступні групи дітей.

1. Глухі (ті, хто не чує). До них відносять дітей зі ступенем втрати слуху, що позбавляє їх можливості природного сприйняття мови й самостійного оволодіння нею. Серед них виділяють:

- ранооглохлі. У цю групу входять діти, що народилися з порушеним слухом або втратили слух до початку мовного розвитку або на ранніх його етапах. Звичайно зберігаються залишки слуху, що дозволяють сприймати сильні різкі звуки;

- пізнооглохлі. Це діти, у яких тією чи іншою мірою збереглася мова, діти втратили слух у тому віці, коли вона вже була сформована. Головним завданням у роботі з ними є закріплення вже наявних мовних навичок, запобігання мови від розпаду й навчання читання з губ.

2. Туговухі (ті, хто погано чує). Це діти із частковою слуховою недостатністю, що ускладнює мовний розвиток, але зі здатністю до самостійного нагромадження мовного запасу за допомогою залишкового слуху.

Термін "глухий" застосовується тільки до тих, хто не сприймає ніякі звуки. У людей, страждаючих глухотою з дитинства, мова не розвивається, унаслідок - глухонімота.

У психічному розвитку дітей з порушеним слухом виділяють дві (за І.М.Соловйовим) характерні закономірності. Перша з них полягає в тому, що через порушення слуху обсяг зовнішніх впливів на глуху дитину обмежений, взаємодія із середовищем збіднена, спілкування з оточуючими людьми ускладнено, у той час як необхідною умовою успішного психічного розвитку всякої дитини є значне зростання кількості, розмаїтості й складності зовнішніх впливів. Внаслідок цього обмеження психічна діяльність такої дитини спрощується, реакції на зовнішні впливи стають менш складними й різноманітними, система міжфункціональної взаємодії змінена. Спостерігається нерозмірність у розвитку наочно-образного й словесно-логічного мислення (превалює перше); письмова мова в обох формах - імпресивній (читання) і експресивній (письмо) - здобуває більшу роль у порівнянні з усною. Друга закономірність - відмінності в темпі психічного розвитку в дітей з порушеннями слуху в порівнянні з дітьми, які нормально чує. Вчений шлях психічного розвитку дитини з порушеним слухом представляв у такий спосіб: розходження в психічній діяльності між дитиною, яка чує й глухою дитиною, незначні на початкових етапах онтогенезу, потім зростають протягом наступного часу. Так відбувається до певного етапу, коли внаслідок систематичного сурдопедагогічного впливу розходження перестають наростати й навіть зменшуються. Чим кращі умови, тим швидше й значніше зближається розвиток дитини з порушеним слухом з розвитком дитини, яка нормально чує.

Відчуваючи потребу в спілкуванні з оточуючими, глухі користуються міміко-жестикуляторною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації. Як певна база для розвитку мислення й засіб спілкування, міміко-жестикуляторна мова не може повністю замінити словесну мову - могутній фактор розвитку психіки дитини. Функції її в спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти міміко-жестикуляторну мову й використовувати її для передачі своїх думок може лише людина, яка володіє системою її знаків. У спілкуванні глухих зі спеціально підготовленими людьми, які чує, використання міміко-жестикуляторної мови вкрай обмежене. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування в них словесної мови.

Отже, провідним обмеженням осіб з порушеннями слуху є обмеження здатності до повноцінного спілкування, тому становлення міжособистісних відносин для даної категорії осіб і суспільства в цілому набуває особливого значення. Як зазначає Т.Г.Богданова, для формування у них міжособистісних відносин необхідні спеціальні умови зі сторони дорослих - батьків і педагогів, при цьому важливі два взаємопов'язаних процеса: з однієї сторони, необхідно, щоб діти засвоїли норми та правила поведінки, які необхідні при спілкуванні з іншими людьми, з другої сторони, слід навчити їх розпізнавати особистісні якості, виконання чи невиконання норм і правил в реальному процесі спілкування, надавати їм оцінку.

Проблеми соціально-психологічної адаптації глухих осіб до оточуючого середовища, можуть спричинити появу вторинних дефектів.

Так, це призводить до появи у них таких особистісних рис, як ригідність, егоцентризм. Відсутність внутрішнього контролю, імпульсивність, сугестивність, більш високий рівень агресивності в поведінці, менше, чим у чуючих, прагнення до співпраці, емоційна незрілість. При цьому у жінок з порушеннями слуху відмічається більша, ніж у нечуючих чоловіків, емоційна стабільність, кмітливість, сумлінність, менша, чим у них, підозрілість, наполегливість, схильність до ризику.

Розглядаючи медико-психологічні аспекти людей з обмеженими можливостями, В.Д.Менделевич звертає увагу на те, що у пацієнтів із приглухуватістю частіше зустрічаються уразливість, підвищена тривожність. Вони стають підозрілими, соромливими, намагаються сховати свій дефект.

Незважаючи на серйозний та різноплановий негативний вплив глухоти й туговухості на розвиток дитини, навіть при найтяжчих ураженнях слухової функції, але при збереженому інтелекті, можливості всебічного розвитку особистості дітей із порушеннями слуху необмежені. Під впливом соціальних факторів (головним чином спеціального навчання), виявляючи наполегливість у подоланні труднощів, викликаних дефектом, люди зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої і суспільної діяльності, в реалізації своїх творчих здібностей.

Таким чином, у формуванні повноцінної, всебічно розвинутої особистості з порушеннями слуху важливе значення набуває позитивний вплив соціальних факторів, особливо в дитячому віці.

4.Особливості розвитку людини з порушеннями зору



Зір відіграє провідну роль в орієнтуванні, пізнавальній та трудовій діяльності людини. За його допомогою сприймаються предмети: розрізняються форми, величини, розміри, відстані, кольори та світлотіні. Через візуальний канал людина здобуває уявлення про себе і світ. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини. Візуальне сприймання людьми одне одного дуже важливе для встановлення міжособистісних стосунків і визначається функціонуванням зорового аналізатора. При порушенні його діяльності у дитини виникають значні труднощі в пізнанні світу та орієнтуванні в ньому, в здійсненні контактів із людьми, що її оточують, у різних видах діяльності.

Причини порушення зору:

1. Вроджені: захворювання й аномалії розвитку органів зору: патологія судинної оболонки, захворювання рогової оболонки ока, вроджені катаракти, глаукоми, окремі форми патології сітківки і таке інше. Аномалії зору також можуть виникнути в результаті зовнішніх і внутрішніх негативних впливів, що мали місце в період вагітності: перенесені матір'ю вірусні захворювання, токсоплазмоз, краснуха й таке інше.

2. Придбані: неврити зорового нерва, глаукома (відшаровування сітківки), механічні травми ока, фізичні перевантаження і таке інше.

Розрізняють хворих з наступними порушеннями зору.

Незрячі - це люди з повною відсутністю зорових відчуттів, або ті, які мають залишковий зір або здатність до світловідчуття.

Абсолютно або тотально незрячі - люди з повною відсутністю зорових відчуттів.

Слабозорі - це люди, гострота зору яких дозволяє розрізняти предмети, контури яких вони бачать нечітко. Головна відмінність даної групи від сліпих: при вираженому зниженні гостроти сприйняття зоровий аналізатор залишається основним джерелом сприйняття інформації про навколишній світ і може використовуватися як провідний у навчальній, професійній та інших видах діяльності.

Залежно від часу настання дефекту виділяють дві категорії дітей:

-сліпонароджені - це діти з уродженою тотальною сліпотою або осліплі у віці до трьох років. Вони не мають зорових уявлень, і весь процес психічного розвитку здійснюється в умовах повного випадання зорової системи;

-осліплі - діти, що втратили зір у дошкільному віці та пізніше.

Найбільш значущим видом обмеження життєдіяльності інвалідів даної категорії - обмеження здібності до орієнтації - здібності визначатися в часі і просторі. Як свідчать дані В.Д.Менделевич, пацієнти з подібними дефектами органів чуттів стають нерішучими, боязкими, залежними від близьких. У них нерідко формуються надцінні ідеї ущербності, що поєднуються з такими якостями особистості як принциповість, справедливість, високий рівень моральних вимог до себе й навколишніх.

Радянський вчений А.Г.Літвак вважав, що складність вивчення психіки сліпих і слабозорих полягає в тому, що в них досить різноманітний характер захворювання й ступінь порушення основних зорових функцій (гострота зору, поле зору й ін.). А.Г.Літвак виділив особливості психічного розвитку сліпої або слабозорої дитини. По-перше, ряд психічних процесів (відчуття, сприйняття) виявляються в прямій залежності від глибини дефекту, а деякі

психічні функції (кольоровідчуття, швидкість сприйняття й ін.) залежать також і від характеру патології; по-друге, є психічні процеси й стани, на які порушення зору роблять опосередкований вплив (наприклад, мислення, розвиток якого до певного моменту залежить від порушень в області сприйняття та уявлення); по-третє, є такі структурні компоненти психіки, які ні від глибини дефекту, ні від характеру патології зору виявляються незалежними (світогляд, переконання, темперамент, за винятком його зовнішніх проявів, моральні риси характеру і таке інше).

Є.А.Клопота досліджуючи особливості переробки інформації й формування просторових уявлень в осіб з порушенням зору прийшов до висновку, що процес розпізнавання образів і обробки інформації у зрячих і тотально сліпих людей ідентичний. Однак, він відрізняється швидкістю й динамікою одержання інформації з навколишнього середовища. Незрячі люди перебувають як би на один крок до "стартової лінії", тобто їм потрібен додатковий час і енергетичні ресурси для розпізнавання й обробки інформації, на основі якої формується образ світу. Високий рівень орієнтації й адекватних уявлень про навколишню дійсність можна досягти шляхом постійного збагачення образів і практичного наробітку навичок ходіння й переміщення в просторі. Необхідно використовували аналізатори, що залишилися, а також тренувати їх.

При порушенні зору виникає ряд вторинних відхилень: відхилення у фізичному розвитку, спостерігається обмеження рухової активності дитини; при значній або повній втраті зору порушуються координація, витривалість, швидкість і ритм рухів та ослабляються пізнавальні процеси. Так на думку, Л.В.Кузнецової, сліпота та глибокі порушення зору викликають відхилення у всіх видах пізнавальної діяльності. Знижується кількість одержуваної дитиною інформації й змінюється її якість. Відбуваються якісні зміни системи взаємин аналізаторів виникають специфічні особливості в процесі формування образів, понять, мови, у співвідношенні образного й понятійного мислення, орієнтуванню в просторі. Значні зміни відбуваються у фізичному розвитку: порушується точність рухів, знижується їхня інтенсивність. Отже, в дитині формується своя, дуже своєрідна психологічна система, якісно й структурно не схожа із системою дитини, яка нормально розвивається.

Дослідження Є.П.Синьової та інших вчених, присвячені вивченню ролі глибини порушення зору у формування особистості показали, що: "... існування інваліда за зором у соціальних групах, об'єднаних за ознакою подібності ушкоджених функцій, якими є колективи спеціальних шкіл-інтернатів, орієнтує його на вироблення в собі складових особистості, що відповідають ціннісним орієнтирам саме цієї групи. Зокрема такими є особливості спрямованості особистості, обмеженої можливостями перцептивного досвіду, та такої, яка протягом шкільного дитинства здебільшого засвоює цінності групи, властиві спеціальній школі-інтернату для дітей з порушеннями зору ".

Аналізуючи особливості розвитку слабозорих дітей, слід вказати, що вони (на відміну від дітей із тотальними порушеннями) не завжди повною мірою усвідомлюють свій дефект.

Аналіз психосемантичних уявлень зрячих і незрячих людей про сліпоту, показав, що у суспільстві досить поширений стереотипний образ "типового сліпого", - образу, який, включаючись у структуру взаємин зрячих і незрячих у соціумі, накладає відбиток на формування їх уявлень один про одного, а також незрячих про себе. Головна особливість цього образу - переоцінка серйозності наслідків дефекту. Іншими словами, зрячій людині соціальна позиція і життя незрячого уявляється більш безнадійною і трагічною, ніж це є насправді. Проте, добре адаптована незряча особистість почуває себе досить упевнено, принаймні у певних галузях життя і діяльності.

Таким чином, провідний вплив на формування повноцінної незрячої особистості надають саме позитивні умови соціального оточення.