

Тема 7. Особливості розвитку, навчання і виховання особистості при порушеннях інтелекту, ЗПР, відхиленнях емоційно-вольової сфери та соціальної поведінки

План

Діти з відхиленнями емоційно—вольової сфери та соціальної поведінки.

1. Види порушень емоційно-вольової сфери.
2. Реактивні стани та конфліктні переживання особистості. Психопатичні форми поведінки. Характерологічні акцентуації.
3. Девіантна поведінка дітей та підлітків, її біопсихічні та соціальні детермінанти. Адаптивна поведінка дітей та підлітків.
4. Психічні стани учнів та їх вплив на навчальну діяльність, поведінку і формування характеру.
5. Дитячий аутизм.

Ключові поняття: реактивні стани, конфліктні переживання особистості, психопатія, девіантна поведінка, характерологічні акцентуації, дитячий аутизм.

Знати: види порушень емоційно-вольової сфери (реактивні стани та конфліктні переживання особистості, психопатичні форми поведінки, характерологічні акцентуації, девіантну, адаптивну поведінку учнів, дитячий аутизм) їх особливості та врахування при організації педагогічної взаємодії з дітьми

Вміти: враховувати порушення емоційно-вольової сфери дошкільників при налагодженні педагогічної взаємодії

Завдання для самостійної роботи.

1. Скласти рекомендації батькам та вихователям щодо попередження відхилень в емоційно-вольовій сфері (неврастенія, аутизм, гіперактивність та інше).

Література:

1. Синьов В.М., Коберник Г.М. Основи дефектології: Навч. посібник. – К.: Вища школа, 1994. с. 105-116 (законспектувати).
2. Колишкін О.В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта». – Суми: Університетська книга, 2012.
3. Миронова С.П. Основи корекційної педагогіки. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені І. Огнієнко, 2010.

Місце емоційних порушень у психічному розвитку дитини є одним з ключових аспектів його життя, внаслідок того, що дані порушення позначаються на його відношенні до своїх батьків і до оточення, в загальному. На сьогоднішній день спостерігається тенденція до зростання емоційних порушень у дітей, у вигляді зниженої соціальної адаптації та схильності до агресивної поведінки.

Причини

Існує безліч причин виникнення емоційних розладів у дитини, тому батькам слід бути особливо уважними при прояві різних патологічних ознак. Як правило, фахівці встановлюють остаточний діагноз при реєстрації 3 ознак емоційної нестабільності.

Найбільш поширені причини емоційних порушень наступні:

- фізичні особливості, з урахуванням перенесених захворювань в дитячому періоді;
- гальмування психічного і розумового розвитку;
- неправильне виховання дитини в дошкільний період;
- неправильне харчування, а саме недостатнє надходження необхідних речовин, що значно позначається на розвитку малюка.

Також дані перераховані вище причини поділяють на дві великі групи:

Біологічні.

В дану причинний групу включається характерний тип нервової системи. Наприклад, при наявності синдрому дефіциту уваги, у дитини може виникати патологічний процес у головному мозку, які формуються в результаті важкого перебігу вагітності і пологів його матері.

Соціальні

Дана група обумовлює процес взаємодії дитини з іншими людьми і навколишнім середовищем. Наприклад, якщо у дитини вже є певний досвід спілкування з віковою групою людей, своїми однолітками і першочерговим для нього групою – сім'єю, то в деяких випадках така соціалізація може йому нашкодити.

Якщо дитина постійно зазнає заперечення з боку дорослих, то він несвідомо починає витісняти отриману інформацію, яка надходить з навколишнього середовища. Поява нових переживань, які не збігаються з його концептуальною структурою, починають сприйматися їм негативно, що в підсумку формують для нього певний стрес.

При відсутності розуміння з боку однолітків у дитини формуються емоційні переживання (гнів, образа, розчарування), які характеризуються гостротою і тривалістю. Також постійні конфлікти в сім'ї, вимоги до дитини, відсутність розуміння його інтересів, також викликає емоційні порушення в психічному розвитку дитини.

Класифікації емоційних порушень і їх симптоми

Складність у виявленні емоційно-вольових порушень спричинило те, що у ряду психологів сформувалися різні погляди на дані види порушень. Наприклад, вчений-психолог Р. Сухарева зазначала, що емоційні порушення

в молодшому шкільному віці, нерідко спостерігається у дітей страждаючих на неврастенію, що виділялося його надмірною збудливістю.

Інше уявлення про цих порушеннях мав психолог Ю. Міланич. Він встановив, що до емоційно-вольовим порушень відносяться 3 групи емоційних розладів:

- Гострі емоційні реакції, які характеризуються фарбуванням певних конфліктних ситуацій, що проявлялося в агресії, істерії, реакції страху або образи;

- Стан підвищеної напруженості – тривога, боязкість, зниження настрою.

- Дисфункція емоційного стану, що виявляється в різкому переході від позитивних емоційних явищ до негативних і також в зворотному порядку.

Однак найбільш докладну клінічну картину емоційних розладів склала Н.І. Костеріна. Вона поділяє емоційні розлади на 2 великі групи, які характеризуються підвищенням рівня емоційності і відповідно його зниженням.

Ейфорія, яка характеризується неадекватним підвищенням настрою. Дитина в цьому стані, як правило, володіє підвищеною імпульсивністю, нетерплячістю і прагненням до домінування.

Дисфорія – протилежна форма ейфорії, що характеризується проявом таких емоцій як: злість, дратівливість, агресивність. Є різновидом депресивного синдрому.

Депресія – патологічний стан характеризується проявом негативних емоцій і поведінкової пасивності. Дитина в даному стані відчуває пригнічений і тужливий настрій.

Синдром тривоги – стан, при якому дитина відчуває безпричинне занепокоєння і виражене нервово напруження. Виражається в постійній зміні настрою, плаксивості, відсутності апетиту, підвищеної чутливості. Найчастіше цей синдром переростає у фобію.

Апатія – важкий стан, при якому дитина відчуває байдужість до всього, що відбувається навколо, а також характеризується різким зниженням ініціативних функцій. Більшість психологів стверджує, що втрата емоційних реакцій поєднується із зниженням або повною втратою вольових спонукань.

Паратамія – характерне розлад емоційно фону, при якому переживання однієї конкретної емоції супроводжується зовнішніми проявами абсолютно протилежних емоцій. Найчастіше відзначається у дітей, що страждають на шизофренію.

Друга група включає в себе:

Синдром гіперактивності та дефіциту уваги, виділяється такими симптомами як рухова дезорієнтація, імпульсивність. З цього випливає, що ключові ознаки цього синдрому – це відволікання і надмірна рухова активність .

Агресія. Дане емоційний прояв сформована як частина риси характеру або як реакція на впливи навколишнього середовища. У будь-якому випадку перераховані вище порушення потребують корекції. Однак перед тим як

корегувати патологічні прояви, в першу чергу виявляється головна причина захворювань.

Відхилення в розвитку дітей, шкільна неуспішність, негативні зміни в поведінці можуть бути пов'язані з важкими психічними переживаннями дитини. Звичай далеко не кожне з них призводить до порушення нормального розвитку. Тут багато залежить від вагомості та гостроти тієї ситуації, яка може спричинити лив, що травмує, психіку дитини, тривалості такого впливу, загального стану здоров'я дитини, її віку, індивідуальних особливостей.

Якщо ж ті або інші несприятливі ситуації, які важко переживає дитина, викликають у неї тимчасові нервово-психічні розлади, що не пов'язані з органічними або функціональними порушеннями центральної нервової системи, то такі розлади визначаються як *реактивні стани*. Ці стани виникають як *невротичні реакції* на надсильні для психіки подразники та виявляються по-різному: у вигляді *загальної депресії* — пригніченого етапу, при якому все уявляється в похмурих кольорах; у *психомоторному збудженні*, коли дитина стає розгальмованою, метушливою, робить безцільні рухи, здійснює невмотивовані вчинки; у *розладах свідомості* за типом сутінкових етапів, що проявляється у раптовому, несподіваному більш чи менш тривалому запамороченні свідомості та веде до порушення орієнтування в оточенні, здійсненні дій та вчинків, яких дитина не усвідомлює й згодом не може про них згадати.

При реактивних станах у дитини можуть виникнути безпідставні страхи, тривожність, іноді елементи замареного ставлення до дійсності, висловлювання, що не відповідають реальності та непіддатні корекції, тимчасові випадіння тих або інших функцій: глухота, мутизм — припинення мовного спілкування (мовчання) як невротична реакція на той чи інший подразник, занадто сильний для ослаблених кіркових клітин. З реактивними станами пов'язане також виникнення заїкання.

Реактивні стани можуть бути спричинені різними обставинами. До причин, що травмують психіку дитини, належать *енурез* (нетримання сечі), який виникає у фізично ослаблених та нервових дітей внаслідок потрясіння, переляку, тривалої психічної напруженості або соматичного захворювання, що виснажує організм. Дорікання, глузування, образи з боку дорослих та інших дітей викликають у дитини, яка страждає на енурез, почуття власної неповноцінності, боязливості, замкненості або агресивності, озлоблення.

Інші дефекти — *фізичні* (косоокість, кульгавість, горбатість та ін.) або *нервові* (заїкання, тики) — також можуть вкрай негативно відбитися на характері та поведінці дитини, особливо при неправильному, нетактовному ставленні з боку навколишніх. У дітей виникають різні небажані реакції, боязнь спілкування, бажання ходити до школи, роздратованість, упертість, що, в свою чергу, може призвести до

зниження цінності, до нових дорікань, які ще більше посилюють невротичні прояви у характері та поведінці.

Педагог повинен знати, що невротичні реакції часто виникають у сором'язливих, несміливих, невпевнених у собі дітей. Педагоги та батьки повинні уважно і тактовно ставитися до дітей з невротичними рисами характеру і відповідними проявами у поведінці, схильністю до реактивних станів. Треба насамперед опиратися на наявні в них позитивні риси та можливості, уважно і докладно з'ясувати справжні причини порушення поведінки, максимально усувати ситуації, травмують психіку. Необхідна велика роз'яснювальна робота з іншими членами дитячого колективу, в якому перебуває така дитина. В ряді випадків важливою є кваліфікована допомога дитині з боку лікаря-психоневролога. Порушення психічного розвитку у дітей можуть бути пов'язані також із внутрішніми тяжкими *конфліктними переживаннями*, коли у свідомості дитини виникає і гостро відчувається суперечливе ставлення до близьких людей або до ситуацій, що мають для неї велике особисте значення.

Такі внутрішні конфлікти мають соціальний характер і виникають у тих випадках, коли переживання дитини тривалі, важкі, коли вона постійно думає про цей нерозв'язний для неї конфлікт. За таких умов конфліктне переживання захоплює дитину цілковито, витісняючи інші інтереси та потреби, стає нібито центром всього її психічного життя.

У ряді випадків конфліктне переживання не тільки відчутно позначається на характерологічних якостях дитини та її поведінці, викликаючи двоїстість, суперечливість, грубість, замкненість, негативізм, роздратованість, підозрілість, а й може гальмувати розумовий розвиток.

Виникнення тяжких конфліктних переживань у дітей найчастіше пов'язане з несприятливою атмосферою в сім'ї (*гострі та постійні конфлікти між батьками, розпад сім'ї, поява мачухи чи вітчима*). Нерідко причиною таких переживань є зловживання батьків алкоголем та пов'язане з цим вкрай несприятливе для виховання суперечливе (від пестощів до жорстокості) ставлення до дитини.

Конфліктні переживання дітей можуть бути зумовлені її травмуючими ситуаціями, що складаються у школі. Наприклад, у свідомості дитини стикаються дві протилежні тенденції — з одного боку, вона любить навчання, товаришів, а з іншого — уникає школи, тому що вчителі їй постійно й необгрунтовано дорікають, скаржаться батькам, які, у свою чергу, карають її, тощо.

На виникнення та якісні характеристики конфліктних переживань впливають індивідуальні особливості психічного розвитку дитини (її вразливість, коло інтересів, система ціннісних орієнтацій, стан нервової системи), умови її виховання в сім'ї та дитячих закладах, стосунки з іншими дітьми та дорослими. Корекційна робота, спрямована на виведення дітей з конфліктної ситуації та подолання недоліків її

поведінки та характеру, що були нею зумовлені, передбачає глибоке вивчення справжніх причин відхилень поведінці, встановлення з дитиною тісного емоційного контакту, усунення чи максимальне послаблення факторів, що травмують психіку, залучення дитини дитячого колективу, цікавої діяльності, яка сприяла розширенню та збагаченню її інтересів. У деяких ситуаціях необхідними є контакт з лікарем, призначення відповідного лікування, оскільки гострота конфліктних переживань може посилюватися внаслідок фізичного та нервового виснаження після перенесеного соматичного захворювання.

Подолання негативних наслідків конфліктних переживань — справа досить нелегка та клопітна, але за умов продуманої та наполегливої психолого-педагогічної роботи небажані відхилення в характері та поведінці таких дітей можуть бути повністю компенсовані, підставою для такого оптимістичного прогнозу є те, порушення поведінки та характерологічні зміни в цієї категорії не пов'язані з грубими структурами змінами особистості, мають не органічний, а функціональний характер, розвиваються на тлі нервової неураженої емоційно-вольової сфери та збереженого інтелекту.

Дитячий аутизм.

Дитячий аутизм є поширеною патологією: 2-4 випадки на 10 000 новонароджених, а з урахуванням легких форм — чотири-вісім на 10 000. Хлопчики хворіють у два з половиною рази частіше, ніж дівчатка. Приблизно 70% аутичних дітей мають недорозвинену розумову діяльність (IQ нижче 70) і 30% — низьку ($1 < i < 50$). Незважаючи на значну поширеність розумової відсталості серед дітей з аутизмом, характер порушення пізнавальних функцій при цьому інший, ніж у неаутичних випадках.

Дитячий аутизм (синдром Каннера) — захворювання, ознаками якого є порушення спілкування дитини з навколишнім світом, насамперед з іншими людьми, мимовільна самоізоляція, що призводить до порушення розвитку емоційної сфери, мови, пізнавальних функцій та поведінки загалом.

Перші ознаки аутизму можуть проявлятися вже в немовлят у вигляді відсутності комплексу поживлення при контакті з матір'ю та іншими близькими людьми. У старшому віці виявами аутизму є "занурення у себе", зниження або повне ігнорування контактів з навколишнім світом. Зовнішній вигляд хворих на аутизм дітей характеризується застиглим виразом обличчя, спрямованим у пустоту або немовби всередину себе поглядом, відсутністю реакції "очі в очі". Однак їм властива підвищена чутливість до світлових, звукових та інших подразників.

Деякі аутичні діти можуть активно уникати однолітків, бути до них байдужими, відчувати страх. Їх ставлення до близьких суперечливе. Хоча вони перебувають у симбіотичній залежності від рідних, такі діти не виявляють належної реакції на їх присутність або відсутність. Вони можуть тривожитися через відсутність матері і при цьому не реагувати на її появу. Інколи хворі недобррозичливі, проганяють матір. Ці форми спілкування можуть чергуватися.

Емоційна сфера хворих на аутизм різноманітна. Одним дітям властивий відносно рівний настрій, інші можуть бути веселі, про що свідчить задоволений вираз обличчя, миттєва усмішка, треті не виявляють ні незадоволення, ні радості

У хворих на синдром Каннера особливо різко змінена ігрова діяльність. Вона нерідко зводиться до одноманітного пересипання, перекладання предметів, постукування ними, торкання ними обличчя, обнюхування, облизування. Звертають на себе увагу то надто швидке пересичення будь-якою грою, то зациклення на одній і тій самій маніпуляції, відсутність сюжетності, ускладнення гри, її стереотипність. Замість гри діти можуть повзати, ходити, іноді підстрибувати, крутитися. Після трьох років така поведінка іноді поєднується зі ставленням до певних предметів (іграшок, стрічок, коліс тощо) як до особливої цінності.

Мовлення розвивається слабо. Порушені вимова звуків, ритм і темп мовлення, відсутні виразність та інтонаційне забарвлення, жестикуляція, наявне мимовільне беззмістовне повторення слів та фраз, почутих від інших людей, вживання фраз-штампів. Голос то гучний, то несподівано стає тихим, дитина переходить на шепіт. Хворі практично нездатні до діалогу. Дитина позбавлена активного прагнення до засвоєння нових фраз та їх використання.

Однією з особливостей дитячого аутизму є часткове збереження абстрактних способів пізнання дійсності, які полягають у використанні переважно тактильного, нюхового та смакового аналізаторів, зокрема, в первинних орієнтовних реакціях. Однак хворі діти погано розрізняють живі та неживі об'єкти.

Хворим на синдром Каннера властиві негативні реакції на будь-які спроби змінити звичний життєвий стереотип: вивести на прогулянку в нове місце, поміняти одяг, запропонувати нову їжу. Все це незмінно викликає протест, негативне ставлення, примхливість, тривогу. Таке поєднання психічної байдужості та відсталості з надзвичайною чутливістю та емоційною нестійкістю піддається повільному, частковому пом'якшенню, але позбавити дитину від них неможливо.

Етіологія (причини розвитку) раннього дитячого аутизму недостатньо досліджена, але очевидно, що вона гетерогенна. Виявлено, що певну роль у розвитку хвороби відіграють органічні ураження головного мозку, але їх локалізація не відома. Невідомо також, є вони причиною хвороби, провокуючим фактором чи супроводжувальною ознакою.

Можливо, що деяку роль відіграють і психогенні впливи, але вони або є одним із провокуючих чинників, або формують комплекс супровідних ознак як за самого аутизму, так і за вторинної аутизації у дітей з іншими вадами розвитку — сенсорними порушеннями, дитячим церебральним паралічем, деякими мовними розладами (відсутність або обмеження мови, гугнявість, важкі форми заїкання), зрідка — за затримки психічного розвитку.

Роль генетичних чинників у розвитку раннього дитячого аутизму загальноновизнана. Дослідники переконані, що значна частина випадків цієї аномалії спадково обумовлена, що засвідчують численні спостереження.

Зафіксовано випадки аутизму, зумовлені порушеннями кількості хромосом. Достатньо часті поєднання його з генними хворобами (фенілкетонурія, туберозний склероз, нейрофіброматоз та ін.). За даними деяких дослідників, у середньому з чотирьох-п'яти хлопчиків з аутизмом один страждає на синдром Мартіна — Белла.

Про вплив генетичних чинників на розвиток аутизму свідчать і результати досліджень близнюків. Згідно з їх даними, при аутизмі проявляються значні відмінності за конкордантністю між монозиготними та дизиготними близнятами. Для монозиготних конкордантність становить 90—93%, а для дизиготних — лише 0—10%, що вказує на досить значну роль спадкового чинника. Той факт, що конкордантність монозиготних близнят не досягає 100%, свідчить про певний вплив на перебіг хвороби середовищних чинників та вірогідність полі-генного характеру патології (дослідження проводили не на контингенті спеціальних шкіл для аутичних дітей, а охоплювали всіх близнят скандинавських країн).

Механізм успадкування раннього дитячого аутизму не з'ясований, але найвірогіднішим вважають мультифакторний механізм (генний комплекс забезпечує передавання схильності до розвитку патології, але реалізується вона лише за наявності неспецифічного зовнішнього або внутрішнього чинника). Такий підхід дає змогу пояснити зв'язок аномалії з різноманітними зовнішніми чинниками, а також велику кількість клінічних форм синдрому раннього дитячого аутизму. Не з'ясованими є причини зростання кількості хворих у популяціях, незважаючи на те що вони не залишають потомства.

Причини появи дитячого аутизму

Говорячи про причини виникнення патології у дітей треба, мати розуміти, що це суто індивідуально. У цілому можна відзначити декілька найбільш часто зустрічаються причин:

- 1) Спадковий фактор.
- 2) Порушення ЦНС (центральної нервової системи), під час внутрішньоутробного розвитку або при пологах.
- 3) У слідстві перенесеного захворювання в ранньому дитинстві.
- 4) У деяких випадках це може бути прояв хворобливого процесу в організмі дитини. Але незалежно від причин дитячого аутизму, необхідні всі зусилля спрямувати на максимально повну адаптацію дитини в навколишньому світі (соціальну адаптацію).

Соціальну взаємодію, взаємовідносини. Симптоми аутизму проявляються в наступному:

Серйозного типу проблеми, що стосуються невербального спілкування. Наприклад, це може стосуватися звички дивитися в очі, приймати певне положення тіла і вираз обличчя.

Відсутність здатності до розвитку дружніх відносин з однолітками.

Брак інтересу для поділу з іншими людьми їх захоплень, задоволення або досягнень.

Відсутність співпереживання. При аутизмі важко розуміти, що відчувають інші люди, чого б це не стосувалося.

Спілкування (вербальне, невербальне). Симптоматика аутизму зводиться до наступного:

Хвора дитина набагато пізніше вчиться розмовляти, а то й зовсім не набуває цього вміння. Так, не розмовляє взагалі близько 40% хворих аутизмом.

Хворому важко починати розмову. При аутизмі його також важко і продовжувати при вже відбувся початку.

Мова використовується стереотипно, з повторами. Хворі аутизмом люди досить часто і з повтором використовують одну фразу (що визначається як ехолалія).

Труднощі в розумінні співрозмовників. Приміром, хворі аутизмом можуть не розуміти того, що людина, з якою вони розмовляють, використовує в розмові гумор.

Симптоми дитячого аутизму

Як визначити, що у дитини дійсно аутизм? Які симптоми дитячого аутизму повинні насторожити батьків і послужити сигналом до відвідування лікаря:

1) Дитина відчуває труднощі в спілкуванні і не може встановити емоційний контакт з навколишнім світом.

2) Виникають проблеми з вираженням своїх власних емоційних станів.

3) Немає розуміння оточуючих його людей.

4) Стереотипність поведінки (розгойдування, взмахівання і потряхивання руками, стрибки, не сприймає і всіляко противиться практично всі нововведень).

5) Порушення мовного розвитку. Навіть при хорошому словниковому запасі та вмінні формулювати думки, дитина не реагує на питання, не задає своїх питань і всіляко уникає розмов.

Дітям з аутизмом властиво неправильне використання займенників. Дитина може називати себе «Він», «Вона», «Ти».

Класифікація МДА

В даний час МДА класифікує за ступенем тяжкості на 4 групи, кожна з яких має свій власний спосіб відгородження від навколишнього світу.

1) Повна відчуженість від всього, що відбувається. При спробах контактувати з дитиною дуже часто відбувається прояв явного дискомфорту. У дитини практично повністю відсутня соціальна активність. дитина дуже важко переносить різні види контактів: погляд очі в очі, тілесні контакти і так далі. Такі діти навіть можуть ігнорувати життєво важливі потреби, наприклад голод.

2) Активне відкидання зовнішнього світу. Для цієї групи людей характерна вибірковість контакту з навколишнім світом. Спілкування зазвичай відбувається з обмеженим колом людей, як правило це батьки, родичі та близькі люди. Також вибірковість проявляється у виборі їжі, одягу і так далі. Порушення звичних умов життя може призвести до афективної реакції, діти часто відчувають почуття страху, яке може викликати напад агресії і може прийняти форму аутоагресії. Але вважається, що діти, які

відносяться до другої групи більш адаптовані до життя, які відносяться до першої групи.

3) Захопленість аутичними інтересами, дітям цієї групи властиво ховатися від навколишнього світу, у своїх власних інтересах. Але їх заняття не носять пізнавального характеру і зазвичай проявляються в стереотіпічній формі, а також можуть носити циклічний характер. Виявляється в розмовах на одну і ту ж саму тему протягом досить тривалого часу. Зображення одного і того ж сюжету часто похмурого, агресивного і страхітливого.

4) Надзвичайна складність в контакті з навколишнім світом. Це найлегший варіант прояви РДА. Дітям цієї групи притаманна підвищена вразливість, а також емоційна вразливість. Такі діти уникають будь-яких відносин, якщо хоч найменшу перепону, є дуже чутливі до чужої оцінки.