

Психологические особенности детей с ОВЗ

1. Умственно отсталые дети

Специфика нарушений состояния психического здоровья у умственно отсталых детей характеризуется в первую очередь тотальным недоразвитием высших корковых функций, инертностью психических процессов, тотальным недоразвитием познавательной деятельности при выраженном стойком дефиците абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения.

Осознание дефицитарности интеллектуального развития умственно от-талых детей является психотравмирующим фактором для их родителей. Это может приводить к актуализации своеобразной психологической защиты, проявляющейся в эмоциональной отчужденности, дистанцированности от ребенка. Ребенок начинает восприниматься, как носитель иных, не свойственных данной семье качеств («Он не такой, как все», «Он не похож на нас, значит, он чужой»). Родители умственно отсталых детей чрезвычайно боятся и стыдятся диагноза, поставленного их ребенку. Они используют все возможности для его изменения на другой, по их мнению, более приемлемый и «щадящий» (ранний детский аутизм, детский церебральный паралич и др.).

Выделяют ряд особенностей в поведении родителей, воспитывающих проблемных детей:

- неумение создавать ситуацию совместной деятельности,
- неэмоциональный характер сотрудничества,
- неадекватность родительской позиции по отношению к ребенку,
- неадекватный стиль воспитания,
- недостаточная потребность в общении с ребенком,
- низкая социальная активность.

В связи с этим специалисты подчеркивают необходимость включения родителей умственно отсталых детей в коррекционно-воспитательный процесс, разрабатывают приемы и методы психокоррекционной помощи. Следует отметить, что среди родителей детей с умственной отсталостью высок процент лиц, имеющих интеллектуальные нарушения. Это значительно снижает возможности семьи по созданию реабилитационных условий, обеспечивающих оптимальное развитие умственно отсталого ребенка.

2. Дети с детским церебральным параличом

Детский церебральный паралич (ДЦП) проявляется прежде всего в двигательных расстройствах. При одних заболеваниях больше страдают руки, при других - ноги. Нарушения движения могут носить односторонний характер. Может выявляться недостаточность тонких дифференцированных движений пальцев рук. У некоторых детей при достаточном объеме движений, при нормальном мышечном тоне отмечаются нарушения, которые носят название апраксии (неумение выполнять целенаправленные практические действия, движения). Такие дети с трудом осваивают навыки одевания, раздевания, застегивания пуговиц, зашнуровывания ботинок, затрудняются в конструировании из кубиков, палочек и т. д. В ряде случаев двигательная недостаточность проявляется в нарушениях равновесия и координации движений. При некоторых формах заболевания затруднено выполнение всех произвольных движений главным образом из-за насильственных, непроизвольных движений - гиперкинезов. В связи с ограниченной подвижностью мышц языка и губ, насильственными движениями в дыхательной и артикуляционной мускулатуре (в мышцах лица, языка) часто нарушается звукопроизношение.

Интеллект ребенка может соответствовать возрастным нормам, при этом эмоциональная сфера остается несформированной. При психическом инфантилизме отмечаются следующие особенности поведения: в своих действиях дети руководствуются в первую очередь эмоцией удовольствия, они эгоцентричны, не способны продуктивно работать в коллективе, соотносить свои желания с интересами окружающих, во всем их поведении присутствует элемент "детскости". Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы могут сохраняться и в старшем школьном возрасте. Они будут проявляться в повышенном интересе к игровой деятельности, высокой внушаемости, неспособности к волевому усилию над собой. Такое поведение часто сопровождается эмоциональной нестабильностью, двигательной расторможенностью, быстрой утомляемостью.

В одном случае это будет повышенная возбудимость. Дети этого типа беспокойны, суетливы, раздражительны, склонны к проявлению немотивированной агрессии. Для них характерны резкие

перепады настроения: они то чрезмерно веселы, то вдруг начинают капризничать, кажутся усталыми и раздражительными.

Другую категорию, напротив, отличает пассивность, безынициативность, излишняя застенчивость. Любая ситуация выбора ставит их в тупик. Их действиям свойственна вялость, медлительность. Такие дети с большим трудом адаптируются к новым условиям, тяжело идут на контакт с незнакомыми людьми. Им свойственны различного рода страхи (высоты, темноты и т.д.). Эти особенности личности и поведения гораздо чаще встречаются у детей, больных ДЦП.

Но есть ряд качеств, характерных для обоих типов развития. В частности, детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата мучают ночные кошмары, они тревожно спят, с трудом засыпают.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью. Отчасти, это можно объяснить эффектом компенсации: двигательная активность ребенка ограничена, и на фоне этого органы чувств, напротив, получают высокое развитие. Благодаря этому они чутко относятся к поведению окружающих и способны уловить даже незначительные изменения в их настроении. Однако эта впечатлительность зачастую носит болезненный характер; вполне нейтральные ситуации, невинные высказывания способны вызывать у них негативную реакцию.

Повышенная утомляемость - еще одна отличительная особенность, характерная практически для всех детей с ДЦП. Некоторые дети в результате утомления становятся беспокойны: темп речи ускоряется, при этом она становится менее разборчивой; наблюдается усиление гиперкинезов; проявляется агрессивное поведение - ребенок может разбрасывать находящиеся поблизости предметы, игрушки.

Еще одна область, в которой педагоги могут столкнуться с серьезными проблемами - это волевая активность ребенка. Любая деятельность, требующая собранности, организованности и целенаправленности, вызывает у него затруднения. Как уже отмечалось ранее, психический инфантилизм, свойственный большинству детей с ДЦП, накладывает существенный отпечаток на поведение ребенка. Например, если предложенное задание потеряло для него свою привлекательность, ему очень сложно сделать над собой усилие и закончить начатую работу. Все это приводит к тому, что ребенок растет безынициативным, неуверенным в своих силах и возможностях, робким. Он смиряется со своей болезнью и не стремится к самостоятельности. Он заранее рассчитывает на то, что окружающие все сделают вместо него. Со временем ребенок привыкает к такому положению вещей, находит его удобным. А отсюда и появляется ярко выраженный эгоцентризм, стремление манипулировать людьми.

Доминирующим стилем воспитания в семьях, в которых растут дети и подростки с детским церебральным параличом, является гиперопека. Этот тип взаимоотношений проявляется в чрезмерной родительской заботе о ребенке, в необычайной ему преданности. Такое отношение к ребенку сопровождается возникновением у родителей эмоционально-волевых проблем (тревожности, фрустрированности), матери фиксируются на физической и психической беспомощности их детей. Известно, что такая модель воспитания приводит к психопатическому развитию личности больного ребенка, формирует в нем эгоцентрические установки, отрицательно сказывается на становлении чувств ответственности и долга.

Как правило, родители, проявляющие этот стиль воспитания, снижают свою трудовую и социальную активность. Среди семей, воспитывающих детей с двигательной патологией, существуют и такие, в которых имеет место эмоциональное отвержение больного ребенка, проявляющееся в жестоком обращении (пример: ребенок, прикрепленный цепью к собачьей будке). Причем модель семейного воспитания часто зависит от психологических особенностей самих родителей, их ценностного отношения к ребенку и культурного уровня.

3. Дети с аутизмом.

Аутизм - тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию.

Поведение детей с аутизмом характеризуется жесткой стереотипностью (от многократного повторения элементарных движений, таких, как потряхивания руками или подпрыгивания, до сложных ритуалов) и нередко деструктивностью (агрессия, самоповреждение, крики, негативизм и др.).

Холодность и безразличие аутичных детей даже к близким часто сочетаются с повышенной ранимостью и эмоциональной хрупкостью. Дети пугаются резких звуков, громкого голоса, малейших замечаний в свой адрес, что особо затрудняет их взаимодействие с близкими и требует постоянного создания специальных условий для их жизнедеятельности. Особая недостаточность энергетического потенциала ребенка травмирует личность родителя, повышает его собственную ранимость и часто превращает родителя в эмоционального донора. Обычно на ситуацию «удержания» аутичный ребенок реагирует отчаянным сопротивлением, воспринимая такое «лишение свободы» как витальную опасность.

Уровень интеллектуального развития при аутизме может быть самым различным: от глубокой умственной отсталости до одаренности в отдельных областях знаний и искусства; в части случаев у детей с аутизмом нет речи, отмечаются отклонения в развитии моторики, внимания, восприятия, эмоциональной и других сфер психики. Более 80% детей с аутизмом - инвалиды.

Каким бывает аутизм?

Синдром Каннера. Для синдрома Каннера в строгом смысле слова характерно сочетание следующих основных симптомов:

- 1) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;
- 2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- 3) недостаточность коммуникативного использования речи;
- 4) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- 5) страх изменений в окружающей обстановке ("феномен тождества", по Каннеру);
- 6) непосредственные и отставленные эхоталии "граммофонная или попугайная речь";
- 7) задержка развития "Я";
- 8) стереотипные игры с неигровыми предметами;
- 9) клиническое проявление симптоматики не позднее 2-3 лет.

Синдром Аспергера. Как и при синдроме Каннера, определяют коммуникативные нарушения, недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, отличающие таких детей от сверстников. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает внутренней логики.

У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчивы, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией.

В отличие от других случаев аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Во внешнем виде обращает на себя отрешенное выражение лица, что придает ему "красивость", мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Выразительных мимических движений мало, жестикуляция обеднена. Иногда выражение лица сосредоточенно-самоуглубленное, взгляд направлен "внутрь себя". Моторика угловатая, движения неритмичные, с тенденцией к стереотипиям. Коммуникативные функции речи ослаблены, а сама она необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос звучит то тихо, то режет слух и в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечаются тенденция к словотворчеству, неспособность к автоматизации навыков и их реализации вовне, влечение к аутистическим играм. Характерна привязанность к дому, а не к близким.

Синдром Ретта. У детей с синдромом Ретта на фоне тотального распада всех сфер деятельности наиболее длительно сохраняются эмоциональная адекватность, привязанности, соответствующие уровню их психического развития. В дальнейшем развиваются тяжелые двигательные нарушения, глубокие расстройства статики, утрата мышечного тонуса, глубокое слабоумие.

Атипичный аутизм. Для атипичного аутизма характерно:

- достаточно отчетливые нарушения социального взаимодействия,
- ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение,
- тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет.

Чаще возникает у детей с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи или с умственной отсталостью.

Существуют определенные симптомы, часто появляющиеся в аутизме, но не считающиеся основными для постановки диагноза. Однако, они заслуживают внимания, это – гиперактивность (особенно в раннем детстве или подростковом возрасте), слуховая гипер и гипочувствительность и различные реакции на звук (четко проявляются в особенности в течение первых 2-х лет жизни), гиперчувствительность к прикосновению, необычные привычки при приеме пищи, включая приемы непищевых продуктов, нанесение себе повреждений, заниженная болевая чувствительность, агрессивные проявления и перемены настроения. Они встречаются, по меньшей мере, у 1/3 людей, имеющих это расстройство.

4. Дети с задержкой психического развития, осложненной выраженными нарушениями поведения.

ЗПР - обратимое замедление темпа психического развития, обнаруживаемое при поступлении в школу. Выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, низкой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости интеллектуальной деятельностью. Ребенок с ЗПР отличается от ребенка с умственной отсталостью сообразительностью в пределах имеющихся знаний. Дети с задержкой психического развития имеют более благоприятный прогноз на будущее, чем другие дети с проблемами в развитии. Возможная «обратимость» возникших нарушений в случае проведения соответствующих коррекционных мероприятий предопределяет временный характер трудностей и делает этих детей одной из перспективных для сознания родителей категорий.

Психологические особенности личности младшего подростка с ЗПР

Развитие мышления, памяти, внимания, восприятия, речи, эмоционально-волевой сферы личности происходит замедленно, с отставанием от нормы. Ограничения психических и познавательных возможностей не позволяют ребёнку успешно справиться с задачами и требованиями, которые предъявляет ему общество.

Неспособность к устойчивой целенаправленной деятельности, преобладание игровых интересов и игровой мотивации, неустойчивость и выраженные трудности при переключении и распределении внимания, неспособность к умственному усилию и напряжению при выполнении серьёзных школьных заданий, недоразвитие произвольных видов деятельности быстро приводят к школьной неуспеваемости у таких детей по одному или нескольким предметам.

В основе школьных трудностей этих детей лежит не интеллектуальная недостаточность, а нарушение их умственной работоспособности. Это может проявляться в трудностях длительного сосредоточивания на интеллектуально-познавательных заданиях, в малой продуктивности деятельности во время занятий, в излишней импульсивности или суетливости у одних детей и заторможенности, медлительности – у других; в замедлении общего темпа деятельности.

В структуре нарушения при ЗПР нет тотальности в недоразвитии всех высших психических функций, имеется фонд сохранных функций. Поэтому дети с ЗПР способны воспринимать помощь взрослых и могут осуществить перенос показанных способов и приёмов умственных действий на новое, аналогичное задание.

Учебные трудности школьника, как правило, сопровождаются отклонениями в поведении. Из-за функциональной незрелости нервной системы процессы торможения и возбуждения мало сбалансированы. Ребёнок либо очень возбудим, импульсивен, тревожен, агрессивен, раздражителен, постоянно конфликтует с детьми, либо, наоборот, скован, заторможен, пуглив.

У детей с ЗПР не сформирован комплекс умений осознанной саморегуляции познавательной деятельности: они не способны ставить и удерживать цель деятельности; планировать действия, определять и сохранять способ действия, использовать самоконтроль на всех этапах деятельности, осуществлять словесный отчёт о процессе и результатах деятельности; оценивать процесс и результат деятельности.

Дети с ЗПР затрудняются в управлении своими эмоциями. Эмоции не осмысленные и не устойчивые. Ребёнок не способен сочувствовать, сострадать, не умеет понимать чувства других людей, сопереживать им, часто проявляются аффективные и негативистские проявления в поведении; наличие негативных черт характера провоцируют к конфликтам.

Серьёзные ограничения в социально-личностных и учебных возможностях определяют необходимость выделения этих детей в категорию учащихся с «особыми потребностями»,

нуждающихся в специальной коррекционно-педагогической, психологической, медицинской поддержке.

Психологические особенности личности подростка с ЗПР

У подростков с ЗПР отмечается недостаточная познавательная активность, которая, сочетаясь с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Наступающее утомление приводит к снижению работоспособности, что проявляется в трудностях усвоения учебного материала.

Подросткам с данной патологией свойственны частые переходы от состояния активности к полной или частичной пассивности, смене рабочих и нерабочих настроений. Вместе с тем, иногда и внешние обстоятельства (сложность задания, большой объем работы и др.) выводят ребенка из равновесия, заставляют нервничать, волноваться.

Подростки с ЗПР могут допускать срывы в своем поведении. Они трудно входят в рабочий режим урока, могут вскочить, пройти по классу, задавать вопросы, не относящиеся к данному уроку. Быстро утомляясь, одни дети становятся вялыми, пассивными, не работают; другие — повышенно возбудимы, расторможены, двигательны беспокойны. Эти дети очень обидчивы и вспыльчивы. Для вывода их из таких состояний требуется время, особые методы и большой такт со стороны педагога и других взрослых, окружающих подростка с данным дефектом развития.

Они с трудом переключаются с одного вида деятельности на другой.

Наиболее нарушенной у подростков с ЗПР является эмоционально-личностная сфера и общие характеристики деятельности (познавательная активность, особенно спонтанная, целенаправленность, контроль, работоспособность), в сравнении с относительно более высокими показателями мышления и памяти.

Их социальная адаптация больше зависит от влияния окружающей среды, чем от них самих. С одной стороны — они повышенно — внушаемы и импульсивны, а с другой — полюс незрелости высших форм волевой деятельности, неспособность к выработке устойчивого социально — одобряемого жизненного стереотипа к преодолению трудностей, склонность идти по пути наименьшего сопротивления, невыработанность собственных запретов, подверженность отрицательным внешним влияниям. Все эти критерии характеризуют низкий уровень критичности, незрелость, неспособность адекватно оценить ситуацию, а вследствие этого у детей с ЗПР не возникает тревожности.

Также отмечается “психическая неустойчивость” - отсутствие сформированности собственной линии поведения из-за повышенной внушаемости, склонности руководствоваться в поступках эмоцией удовольствия, неспособности к волевому усилию, систематической трудовой деятельности, стойким привязанностям и вторично, в связи с перечисленными особенностями — сексуальную незрелость личности, проявляется в слабости и неустойчивости морально нравственных установок. Подростки с ЗПР характеризуются моральной незрелостью, отсутствием чувства долга, ответственности, неспособности тормозить свои желания, подчиняться школьной дисциплине и повышенной внушаемостью и неправильным формам поведения окружающих.

Школьник с ЗПР легко вступает в конфликтные ситуации, в разрешении которых недостает самоконтроля и самоанализа. Также таких подростков отличает завышенная самооценка, при низком уровне тревожности, неадекватный уровень притязаний - слабость реакции на неудачи, преувеличение удачности.

Таким образом, для этой группы подростков характерно отсутствие учебной мотивации, а непризнание авторитетов взрослых сочетается с односторонней житейской зрелостью, соответственной переориентации интересов на образ жизни, адекватной старшему возрасту.

5. Дети с недостатками речевого развития

У детей с отклонениями в развитии речи можно довольно часто наблюдать переоценку собственных сил и возможностей и своего положения в группе, то есть неадекватно завышенный уровень притязаний. Такие дети некритично стремятся к лидерству, реагируют негативизмом и агрессией на любые затруднения, сопротивляются требованиям взрослых либо отказываются от выполнения деятельности, в которой могут обнаружить свою несостоятельность. В основе возникающих у них резко отрицательных эмоций лежит внутренний конфликт между притязаниями и неуверенностью в себе. Однако часто можно наблюдать и прямо противоположное явление — недооценку своих возможностей.

Поведение таких детей отличается нерешительностью, конформностью, крайней неуверенностью в своих силах. Часто можно встретиться с некритичным оцениванием как собственной деятельности, так и действий других. Они легко поддаются под чужое влияние. Искаженное восприятие самого себя и окружающего мира, ошибочная оценка своих способностей и личностных свойств ведут к нарушению взаимодействия с окружающей средой и снижению эффективности деятельности, что препятствует оптимальному развитию личности. Дети с дефектами речи всегда в какой-то форме чувствуют свое невыгодное положение, вытекающее из дефекта, что, в свою очередь, может проявиться в чувстве неполноценности.

Отношение общества к таким детям и, главным образом, отношение ближайшего окружения имеют существенное значение. Дефект накладывает отпечаток на взаимодействие ребенка с нарушенным развитием и его социального окружения. Одним из наиболее частых проявлений нарушенных отношений со средой являются реакции дезадаптации.

Под реакциями дезадаптации понимаются относительно кратковременные психогенные расстройства, возникающие при столкновении личности с трудными или непреодолимыми обстоятельствами и нарушающие нормальное приспособление к условиям существования.

Ситуации повышенного риска, предрасполагающие к возникновению реакции дезадаптации в школьном возрасте, можно представить следующим образом:

- невозможность соответствовать ожиданиям семьи (например, быть отличником);
- неприятие семьей, детским коллективом, педагогами;
- неспособность справиться с учебной нагрузкой;
- враждебное отношение родителей, педагогов;
- отрыв от семьи, смена школьного коллектива.

Общей чертой реакций дезадаптации является утрата или снижение чувства защищенности. Дети могут остро реагировать на реальную или воображаемую утрату защищенности. Типичные для них кризисные ситуации связаны со снижением ценности «Я» – они действительно не оправдывают возлагавшихся на них родителями или педагогами надежд или, им почему-либо так кажется, переживают свою реальную или мнимую непризнанность, несостоятельность, боятся за свое здоровье или жизнь. Наиболее часто трудности возникают, когда ученик не справляется со школьной программой и тяжело это переживает.

Особенности развития детей с алалией, афазией, дизартрией, анатрией, заиканием и другими тяжелыми речевыми нарушениями являются отягощающими для психики родителей. Нарушение речи или ее полное отсутствие является предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в родительно-детских отношениях. Нарушение речевого развития ребенка выступает как психотравмирующий фактор, снижающий возможности успешной адаптации его как в группе сверстников, так и при установлении отношений со значимыми взрослыми (учителями, воспитателями). Переживания, связанные с затруднениями в общении, формируют у ребенка с нарушениями речевого развития чувство неполноценности. Здесь огромная помощь может быть оказана к нему со стороны родителей. И то, как они настраивают ребенка, какие установки ему дают, является основным формирующим компонентом отношения его к своему речевому дефекту.

6. Дети с нарушением зрения

Дети с нарушением зрения делятся на три группы: totally слепые дети, частично видящие, слабовидящие.

Часто у детей с патологией органов зрения наблюдается немного замедленное развитие, что вызвано меньшим и несколько бедным запасом представлений, ограниченностью в овладении пространством, а самое главное – меньшей активностью при познании окружающего мира.

Нарушение зрения часто вызывает снижение мотивационной стороны познавательной деятельности, отсутствие интереса к учебной работе, что обусловлено медлительностью, инертностью, малоподвижностью из-за трудностей в пространственной ориентировке, нарушением моторики и координации движений, бедностью представлений об окружающем мире.

Нарушения зрения ведет к появлению вторичных отклонений в психическом и физическом развитии. Страдают функции, тесно связанные со зрением, в особенности восприятие предметов и явлений действительности, ориентация в пространстве, формирование представлений и измерительных действий. При нарушении зрения отмечаются недостатки в формировании скорости, точности, координации движений. У детей с нарушением зрения наблюдается ослабление

зрительных ощущений и представлений. Характерными особенностями представлений являются фрагментарность (в образе объекта отсутствуют многие существенные детали), схематизм, низкий уровень обобщенности. У слабовидящих школьников отмечают недостаточную осмысленность запоминаемого материала, быстрое забывание усвоенного материала. Мышление не зависит от степени нарушения зрения. Опираясь на знания, школьники с нарушениями зрения могут делать обобщающие выводы относительно многих предметов, процессов, явлений, которые ими никогда непосредственно не воспринимались. Основным дефектом устной речи у детей младшего школьного возраста данной категории является нарушение звукопроизношения, а также оптическая дисграфия.

Таким образом, дефект представляет собой физический или психологический недостаток, который влечет за собой отклонения от нормального развития.

Тифлопсихологами отмечается тот факт, что дефекты зрения могут приводить к развитию негативных черт характера, таких как негативизм, внушаемость, ленивость, конформность и др.

Нарушения зрения оказывают влияние на диапазон избирательного отношения аномального ребенка к окружающей действительности, сужая его в зависимости от глубины патологии. Однако интересы к определенным видам деятельности, успешно осуществляющейся без зрительного контроля, оказываются такими же глубокими, устойчивыми и действенными, как и у нормально видящих людей. Таким образом, содержательная сторона психики при развивающем обучении оказывается независимой от дефектов зрения.

По данным наблюдений тифлопсихологов нарушение зрения и его крайняя форма - слепота, значительно сужая сферу чувственного познания, не может повлиять на общие качества эмоций и чувств, их номенклатуру и значение для жизнедеятельности. Слепота может повлиять лишь на степень проявления отдельных эмоций, их внешнее выражение и на уровень развития отдельных видов чувств. Тифлопсихологами подчеркивается, что основная причина возникновения аномалии развития эмоций и чувств (отсутствие чувства долга, эгоизм, отсутствие чувства нового, чувство враждебности, негативизм) заключается в неадекватном воспитании (гиперопека) и отношений к незрячему ребенку.

Многие исследователи отмечали, что слепота влечет за собой изменения в характере эмоциональных состояний в сторону преобладания астенических, подавляющих активность индивида настроений грусти, тоски либо повышенной раздражительности, аффективности. Подобные выводы обычно делались в ходе исследований поздно ослепших людей, тяжело переживающих утрату зрения, но распространялись также и на слепорожденных и рано ослепших людей.

Такая патология как слепота не может не отразиться на личностных качествах человека. Часто дети чувствуют себя обреченными и бесполезными, а это угнетенное состояние приводит к замедлению интеллектуального роста.

Слепые дети медленнее проходят стадии психического развития. Личностные кризисы переживаются ими тяжелее по причине наличия тягостного дефекта.

Еще одной отличительной чертой слепых детей есть диспропорциональность. Это означает, что разные качества личности развиваются у больных детей не одновременно. Так, речь и мышление прогрессирует раньше, чем ориентация в пространстве. Таким образом, у незрячих школьников развивается неподвижность, скованность движений, неуклюжесть. Это естественно, ведь общаться и мыслить слепота им не может помешать, а вот преодолевать пространство – может и мешает. Слепые дети часто начинают рано говорить и строить связную содержательную речь, в то время как ходьбе они учатся долго.

Слепота влияет и на поведения детей. Они малоподвижны, их ходьба неуклюжа, они постоянно боятся громких и неожиданных звуков. Привычная детская импульсивность и активность свойственна и незрячим малышам, но для них она более травматична как в физическом (падения, удары о предметы и т.д.) так и в моральном плане (разочарование, обида, чувство жалости к себе, отчаянье). Но уже в 8- 10 лет слепые дети теряют свою подвижность, становясь более спокойными.

В учебном процессе у незрячих школьников также отслежены специфические виды поведения. Они несдержанны, часто во время урока выкрикивают реплики с места, перебивают собеседников в диалоге, могут неожиданно встать и пройти по классу. Часто слепые ученики отвлекаются от урока, не умеют продолжить ответ одноклассника, забывают, о чем их спрашивали. Такое неумение долго концентрировать внимание говорит о том, что слепота мешает детям следить за происходящим вокруг.

Свои эмоции слепые передают мимикой, словами и жестами, которые имеют некое несовершенство, проявляются непроизвольные навязчивые движения.

Предметом особого беспокойства для родителей детей с нарушениями зрения являются трудности их пространственной ориентировки детей, вследствие чего транспортная проблема становится одной из наиважнейших. Родители постоянно тревожатся о том, как их дети смогут преодолевать эту проблему самостоятельно. С другой стороны, у детей с нарушениями зрения часто формируются инфантильные и эгоистические черты, личностная незрелость, проявляется «эмоциональная глухота» к потребностям близких. Именно поэтому родительско-детские отношения в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения, также часто характеризуются как неадекватные.

7. Дети с нарушением слуха

В основе психического развития детей с нарушенным слухом лежат те же закономерности, что и в норме. Однако имеются некоторые особенности, которые обусловлены замедленным овладением речью, коммуникативными барьерами и своеобразием развития познавательной сферы. Следует отметить, что дети с нарушением слуха делятся на слабослышащих и глухих.

На всех этапах школьного обучения продуктивность внимания глухих учащихся остается более низкой по сравнению со слышащими сверстниками. Запоминание и воспроизведение нарисованных знакомых изображений глухими учащимися 3-4-х классов имеет свои особенности. В репродукциях глухих появляются дополнения, отсутствующие в показанном изображении. Рисунки детей беднее деталями (выпадение деталей), иногда объект воспроизведен в ином положении или в других размерах.

В младшем школьном возрасте дети с нарушениями слуха путают места расположения предметов, сходных по изображению или реальному функциональному назначению. Глухие школьники младших классов при запоминании ряда сходных предметов плохо используют прием сравнения, значительно хуже запоминают объекты, которые предъявляются им по частям, а не целиком. Глухим труднее мысленно воссоздавать образ фигуры без непосредственного восприятия целой фигуры. При предъявлении целого изображения запоминание у глухих не имеет больших отличий от слышащих детей. В процессе воспроизведения слов, предложенных для запоминания, у слышащих и глухих одно слово заменяется другим, близким по смыслу. Замены у глухих бывают по внешнему сходству (угол-уголь, дрожит-держит); по смысловому родству (кисть-краска, земля-песок); по внешнему сходству и смысловому родству (сел-сидел, выбрали-собрали). Это объясняется тем, что слово для глухих - это не один элемент, а совокупность нескольких элементов, последовательность слогов, букв в слоге, целый образ слова.

Дети с нарушением слуха, прежде всего, усваивают существительные, имеющие прямую предметную отнесенность. Труднее запоминают глаголы и прилагательные.

Для глухих школьников представляет большую трудность точное запоминание слова в определенной грамматической форме. При воспроизведении фразы глухими очень часто изменяется смысл предложения, из-за замен слов во фразе порой дополняют их новыми словами. Глухие стремятся воспроизвести фразу в той самой последовательности, в какой она была воспринята, поэтому при забывании какого-либо слова глухие повторяют все слова воспринятой фразы на своих местах, опуская забытое слово. Для глухого фраза не всегда представляется как единая смысловая единица. Нередко она является не целостным «объектом», а набором отдельных слов. Наблюдения учителей показывают, что образы, формирующиеся у глухих школьников в процессе чтения художественной литературы, не всегда соответствуют описанию. Нередко это приводит к непониманию ими смысла прочитанного. Глухие дети длительное время продолжают оставаться на ступени наглядно-образного мышления, т.е. мыслят не словами, а образами, картинками. В формировании словесно-логического мышления глухой резко отстает от слышащего сверстника, причем это влечет за собой и общее отставание в познавательной деятельности.

Для детей с нарушением слуха младшего школьного возраста характерны трудности при анализе текстов, они не акцентируют внимание на важных деталях. С возрастом качество анализа совершенствуется. Глухие дети с трудом овладевают логическими связями и отношениями между явлениями, событиями, поступками людей. Глухие младшие школьники понимают причинно-следственные отношения применительно к наглядной ситуации, в которой эти отношения четко выявляются. Дети не умеют выявлять скрытые причины каких-либо явлений, событий. Они нередко смешивают причину с действием или целью, с сопутствующими или предшествующими явлениями,

событиями. Они часто отождествляют причинно- следственные и пространственно- временные связи. Глухие школьники не могут передать содержание текста своими словами, поэтому стремятся к дословному его воспроизведению. Это связано не только с тем, что у них маленький словарный запас, но и тем, что используемые глухими слова «инертны», «малоподвижны», застыли в определенных сочетаниях

Письменная речь, несмотря на трудности, имеет для глухого некоторые преимущества над устной, поскольку она не требует наличие слуха, а воспринимается с помощью зрения. Наиболее трудным для глухого ребенка является усвоение грамматического строя предложения, правил словосочетаний, связей слов. В самостоятельной письменной речи глухих отмечаются недостатки в логичности и последовательности изложения событий. У глухих детей затруднено планирование излагаемого материала. При изложении они иногда дают описание частных, упуская главное. Характеризуя письменную речь глухих детей, отмечается неправильный выбор слов, искажение звукового состава слова, ошибки в сочетании слов в предложении, пропуски слов.

В группе родителей детей с нарушениями слуха можно выделить две категории: родители с нормальным слухом и родители, также страдающие нарушением слуховой функции. Вторая группа родителей не испытывает особых переживаний в силу идентификации нарушений ребенка с их собственными. Для родителей первой группы нарушение слуха у ребенка является фрустрирующим препятствием к установлению естественного социального контакта и межличностных связей. Это влечет за собой искажение внутрисемейных отношений и родительских (в первую очередь отцовских) позиций, провоцирует негативное отношение глухих детей к близким и оказывает деформирующее влияние на развитие личности глухих детей.

Особенности взаимоотношений в семье, воспитывающей ребенка-инвалида.

Установление инвалидности ребенка - чрезвычайно сильный стресс для его родных и близких. Меняется уклад их жизни, восприятие своего окружения и отношение к нездоровому малышу. От атмосферы в доме, созданной взрослыми, зависит дальнейшее развитие и воспитание ребенка как личности, его адаптация в обществе.

Безусловно, наличие серьезных нарушений здоровья рано или поздно меняет его взгляды на мир, себя и других людей. Но зачастую искажения характера и поведения в худшую сторону происходят не из-за соматической болезни, приведшей к инвалидности. Причина кроется в изменении отношения к нему окружающих, когда на первое место выходит факт нездоровья ребёнка и его ограниченные возможности, а не его личность, способности и потенциал. Особенно важна роль родителей - именно оттого, каким они видят своего ребёнка, какие качества в нём воспитывают, а проявление каких пресекают, в большей степени и зависит то, каким человеком он вырастет в будущем.

Самым трудным для семьи является принятие ребёнка таким, какой он есть. Особенно важна объективная оценка его состояния с целью создания наилучших условий для воспитания и всестороннего развития. Нередко ребенок ощущает свою неполноценность в большей мере из-за негативного настроения родителей или других членов семьи - именно в этом и заключается основная проблема социально-психологической помощи детям с ограниченными возможностями. Родители испытывают сильное чувство вины перед своим ребенком за то, что не смогли его обеспечить здоровьем с самого рождения (оградить от заболевания или несчастного случая в раннем детстве). Порой обвиняемый в несчастьях малыша - один человек, на которого «нападают»: мать, отец или другой член семьи. Это является причиной ссор и серьезных конфликтов, иногда приводящих к распаду семьи как таковой.

Сильнее других вину за «неудавшегося» малыша чувствуют родители, возлагавшие на ребенка особенные надежды, которые «не оправдались». Чувство вины и безысходности, испытываемое взрослыми, вызывает ухудшение психологической атмосферы в доме, что негативно сказывается на эмоциональном состоянии ребенка. Постоянные переживания, беспокойство за судьбу сына или дочери приводят к тому, что родители становятся более внимательными и придирчивыми к его воспитанию и развитию. Установка на «теплый» уход за ребенком - главное в такой семье: стремясь во всем удовлетворить его потребности и желания, мамы и папы превращаются в гиперопекающих, сверхисполнительных «сиделок». В то же время жизнь всей семьи выстраивается вокруг ребенка и его заболевания.

В этом случае с раннего детства малыш растет эгоистом, таким «домашним тираном», уяснив себе, что всё и вся подчиняются его потребностям и капризам. Такие дети не владеют навыками самообслуживания и не выполняют даже то, что вполне способны делать самостоятельно. Эта модель называется «охранительным воспитанием»: дети беспомощны, пассивны, лишены каких-либо стремлений в общении с другими, в овладении различными навыками. По сути, родители сами искусственно изолируют ребенка от общения с окружающим миром, оставляя его наедине с самими собой, его болезнью и врачами. В результате они тормозят развитие ребенка.

В противоположном случае речь идет о модели «равнодушного воспитания», когда вина приводит взрослых к эмоциональному отвержению ребенка-инвалида. Тогда проблемы развития просто игнорируются, мама и папа якобы не признают физического дефекта (недуга), не проявляют озабоченности. Ребенок же ощущает свою ненужность, отвергнутость родными и, в конце концов, одиночество. При этом он лучше адаптирован к непростым условиям жизни (без помощи взрослых узнаёт новое, многое делает самостоятельно), однако к родным и чужим людям он недоверчив и равнодушен.

Иногда родители сознательно преуменьшают патологию ребенка, считая, что так они помогают ему позитивно и оптимистично воспринимать себя и свои проблемы. Однако впоследствии, когда ребенок узнает и оценит свои возможности сам, он испытывает тяжелейший стресс. Ведь реальность не будет соответствовать его уже сложившимся представлениям. В результате опять произойдет изоляция от социума, замкнутость и обострение чувства собственной неполноценности.

Таким образом, обе приведенные модели неэффективны и крайне вредны для воспитания ребенка. Дети с ограниченными возможностями нуждаются в родительской помощи. Но она не

должна выражаться в постоянной жалости и ограждении от всевозможных, даже посильных трудностей. Помощь должна быть конструктивной. Родителям нужно постоянно стимулировать активность таких детей, поощрять их желание самим делать что-то, познавать и развивать свои возможности, порой открывая совершенно новые стороны натуры. Чем меньше ребенок «зациклен» на собственном нездоровье, погружен в свои переживания и безрадостные перспективы, тем лучше. Часто забота о других помогает детям почувствовать свои силы, свою значимость.

Никогда не подчеркивайте физические недостатки ребёнка, говоря о его достижениях: «Если бы ты смог быстро бегать, наверняка бы побеждал на соревнованиях...», «Если бы не твои проблемы, стал знаменитым актером...» и т. д. Как правило, многие дети не обращают внимания на те или иные сложности со здоровьем, инвалидами их делают напоминания о том, что им следует вести себя осторожно, не так, как все.

В жизни здоровые дети быстро привыкают к облику «особенных» ребят при их адекватном поведении в группе: например, если ребенок не прячется пугливо в углу, а принимает участие в общей игре. Напоминает о некоторых трудностях не сам дефект, а отношение к нему окружающих, как правило, взрослых людей.

Делайте всё от вас зависящее, чтобы помочь ребенку достичь заветной цели, ободрите и почаще напоминайте о его успехах и победах.

Обращайте внимание и на своё состояние - каким видит вас ребенок? Если вы часто встревожены, озабочены, полны огорчений и переживаний - то и малыш будет нервничать, горевать и расстраиваться. Когда взрослые члены семьи преодолели чувство вины и приняли ребенка таким, какой он есть, они становятся эффективными родителями, способными научить его быть полноценным членом общества. Многие «особенные» дети талантливы - так природа компенсирует то, что не дала. Их жизнь вовсе не уныла и безрадостна, она заполнена интересными событиями, хотя порой проблемы здоровья очень серьезны.

Можно выделить несколько главных направлений развития личности этих детей. Во-первых, родителям важно воспитывать в ребенке принятие себя и своих проблем со здоровьем. Надо словами и действиями подчеркивать, что он любим и дорог такой, какой есть, что он не одинок и у него есть те, кто всегда поможет справиться с трудностями. Как бы ни было вам тяжело, не создавайте в доме госпитальную обстановку, отказываясь от всего «ради больного». Жизнь не остановилась, она продолжается, просто чему-то надо уделять больше внимания (например, определенным процедурам, посещениям врачей или регулярному стационарному лечению). Если вокруг - не унылая атмосфера и скорбные лица, а полноценная жизнь, в которой ребенок тоже принимает участие, то в ней мало места для ощущений «немогущего инвалида».

Во-вторых, постарайтесь воспитать у ребенка адекватное восприятие других людей. Изоляция от внешнего мира - не выход: ребенок должен гулять, общаться с другими детьми и взрослыми, читать книги, смотреть телепрограммы или слушать музыку, познавая окружающий мир. Известно, что дошкольники даже с неявными признаками инвалидности уже к 3-4 годам начинают осознавать своё отличие от здоровых сверстников. Поэтому их «я» формируется специфически и зачастую сверхкомпенсировано: в обществе они стараются ничем не отличаться от других, но дома это отыгрывается тяжелыми истериками - дети понимают свою «инаковость». Научите ребёнка с инвалидностью принимать как данность существование детей и взрослых без подобных ему проблем. Для людей с ограниченными возможностями всегда непросто просить помощи у других, а если их не научили этому с детства, то ещё и очень болезненно. Но ведь это не просто желание и умение просить и принимать такую помощь - так выражается доверие к людям и окружающему миру, проявляется возможность свободно общаться с другими, развиваться как личность и открывать всё новые стороны жизни, не погружаясь в болезнь и одиночество. А значит, будет и самое главное - вера в себя, способного преодолеть любые ограничения.

Модели воспитания, затрудняющие развитие и социализацию ребенка.

Гиперопека. Родители стремятся сделать за ребенка все, даже то, что он может сам. Ребенка как бы помещают в тепличные условия, в связи с чем он не обучается преодолевать трудности, у него не формируются навыки самообслуживания и т. д. Жалея ребенка и стремясь ему помочь, родители сами ограничивают возможности его развития. Однако родителям ребенка с отклонениями в развитии, как правило, трудно определить, что может сделать сам ребенок, а в чем ему необходимо помочь. Модель воспитания «гиперопека» часто встречается у родителей детей с отклонениями в

развитии. Тяжелый дефект (при детском церебральном параличе, умственной отсталости, раннем детском аутизме) провоцирует родителей на использование неадекватного воспитательного подхода.

Противоречивое воспитание. Ребенок с отклонениями в развитии может вызывать у членов семьи разногласия в использовании воспитательных средств. Так, например, родители ребенка могут быть сторонниками жесткого воспитания и предъявлять к нему соответствующие требования. Одновременно бабушка и дедушка, живущие в семье, могут занимать более мягкую позицию и поэтому разрешать ребенку делать все, что ему захочется. При таком воспитании у ребенка не формируется адекватной оценки своих возможностей и качеств, он обучается «лабиринтировать» между взрослыми и часто сталкивает их друг с другом.

Воспитание по типу повышенной моральной ответственности ведет к постоянному перенапряжению у ребенка. Родители или другие близкие постоянно возлагают на ребенка такие обязанности и такую ответственность, с которой ребенку с отклонениями в развитии в силу имеющихся нарушений трудно справиться. У ребенка возникает повышенная утомляемость, отсутствует адекватная оценка своих возможностей. Он всегда чуть-чуть не дотягивает до оптимального результата, поэтому неуспешен. Его часто ругают, он всегда чувствует себя виноватым, что, несомненно, формирует у него заниженную самооценку.

Авторитарная гиперсоциализация. К этой модели чаще тяготеют родители, которые сами имеют высокий социальный статус. Они все время завышают возможности ребенка, стремясь с помощью собственных авторитарных усилий развить у него социальные навыки. Родители, использующие такую модель, как правило, переоценивают возможности своего ребенка.

Воспитание в «культе» болезни. Многие родители формируют в семье отношение к ребенку как к больному. При таком характере взаимоотношений у ребенка формируется мнительность, страх перед любым недугом, например простудой. Ребенок относится к себе как к больному, в связи с чем у него формируется представление о себе как о слабом, неспособном к большим достижениям человека. Его внутренняя позиция всегда ближе к отказу от решения проблемы, чем к ее преодолению.

Модель «симбиоз» развивает у родителей полное растворение в проблемах ребенка. Чаще эта модель встречается у матерей больных детей, воспитывающих их в неполных семьях. Такие матери создают для своих детей особую атмосферу внутри семьи — атмосферу абсолютной любви к ребенку. Они практически полностью забывают о собственных проблемах, профессиональной карьере и личностном росте. Такая материнская любовь искажает возможности личностного развития ребенка. В результате такого воспитания у ребенка формируется эгоистическая личность, неспособная к проявлению любви.

Модель «маленький неудачник». Эти родители приписывают своему ребенку социальную несостоятельность и уверены в том, что он никогда не добьется успеха в жизни. Родители испытывают чувство досады и стыда из-за того, что дети проявляют неуспешность и неумелость. Некоторые рассматривают жизнь с таким ребенком как непосильную ношу, как крест на всю жизнь.

Гипоопека. Эта модель воспитания чаще встречается в семьях с низким социальным статусом (семьях наркоманов, алкоголиков) или в семьях, где ребенок с отклонениями в развитии не имеет ценности в силу нарушений развития. Родители практически не осуществляют за ним уход, ребенок может быть плохо или неопрятно одет, плохо накормлен. Никто не следит за его режимом дня и соблюдением условий, обеспечивающих его развитие. Однако в таком же положении могут быть и его здоровые братья и сестры.

Отвержение ребенка. Отсутствие любви к ребенку может быть в семьях не только с низким, но и с высоким социальным статусом. Отвержение ребенка может быть сопряжено в сознании родителей с идентификацией себя с дефектом ребенка. Чаще это встречается у отцов. В случае материнского отвержения ребенка ситуация объясняется незрелостью личностной сферы матери и несформированностью материнского инстинкта.