

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК: 159.9

Аршава І.Ф., Корнієнко В.В.

ОСОБЛИВОСТІ ГАРМОНІЗАЦІЇ «ОБРАЗУ-Я» ПІДЛІТКІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

У статті розглянуто механізми впливу заходів соціально – психологічної реабілітації на гармонізацію «образу – Я» підлітків з порушенням опорно-рухового апарату, адекватність самооцінки та усвідомлення себе як цілісної особистості.

В результаті двох років участі у заходах соціально-психологічної роботи у дітей підліткового віку інтернатного закладу, в якому проводились різноманітні заходи забезпечення впливу на «образ-Я», формується реалістична «Я-концепція», в якій оцінка себе в порівнянні з ідеалом узгоджується з емоційно-ціннісним самоставленням.

У дітей, які не брали участі у реабілітаційних заходах, спостерігається компенсаторний варіант становлення Я-концепції з використанням механізмів психологічного захисту. Ставлення до власної особистості не пов'язане з оцінкою себе в порівнянні з ідеалом. Так, якщо два роки тому емоційно-ціннісне й оцінне ставлення до себе були взаємозалежними ($r= 38$ $p=0,01$), то через рік цей зв'язок став слабшим ($r=0,31$ $p=0,052$), а через два роки зникає зовсім (значущих кореляцій не спостерігається).

Результати кількісного та якісного аналізу основних емпіричних даних дослідження особливостей розвитку «образу-Я» дітей з руховою патологією дозволили визначити, що кількість дітей з адекватною самооцінкою після дворічної участі у заходах соціально-психологічної реабілітації збільшилась в 2,5 рази, у порівнянні з хворими, що не брали участі в запропонованих заходах.

Ключові слова: соціально-психологічна реабілітація, цілісність особистості, фізичні вади, відчуття неповноцінності, самооцінка, гармонічний «образ – Я».

Численні дослідження довели, що розвиток «образу – Я» у дітей підліткового віку залежить від здатності до усвідомлення свого Я, адекватності самооцінки своїх здібностей та недоліків [4], а набуті та природжені вади рухової сфери деформують «образ-Я» особистості й негативно впливають на емоційно-ціннісне ставлення до себе та навколишнього світу [9, 10]. Все це призводить до соціально-психологічної дезадаптації, а в умовах ригідності та некоригованості «образу-Я» – і до емоційних розладів (Л.С. Виготський, В.В. Ковальов, І.Ф. Аршава, Р.Я. Абрамович-Лехтман, Є.І. Кириченко, Є.А. Калижнюк, І.І. Мамайчук, Г.В. П'ятакова, О.В. Шалаурова, Bandura A., Josselson R. та ін.).

Доведено, що у дітей з патологією опорно – рухового апарату центральне місце в структурі особистості займають негативні емоційні переживання, які відбивають ставлення хворої дитини до себе і свого захворювання [3]. Здатність до усвідомлення свого Я, своїх здібностей та недоліків є важливою умовою розвитку самовиховання та саморегуляції поведінки у дітей з руховою патологією, що зможуть сформувати механізми повноцінної інтеграції їх у суспільство [7]. Тому пошук шляхів модифікації «образу - Я» у дітей з патологією опорно – рухового апарату під впливом заходів соціально – психологічної реабілітації є дуже важливою проблемою.

Метою нашого емпіричного дослідження було порівняння динамічних складових «образу-Я» хворих на артрогрипоз, дитячий церебральний параліч та міопатію в залежності від умов їх соціально-психологічної реабілітації та розробка на цьому підґрунті ефективних заходів щодо реабілітації цієї категорії хворих дітей.

Для реалізації зазначеної мети було сформовано психодіагностичний методичний комплекс, який допоміг найбільш достовірно виконати дослідження складових «образу-Я» підлітків з патологією опорно-рухового апарату. А особливість розроблених нами реабілітаційних заходів полягала у залученні хворих дітей до участі у творчій діяльності, пов'язаній з виготовленням сувенірних виробів майстрами виробничого об'єднання Дніпропетровщини «Петриківський орнамент». Продукція цього об'єднання, як відомо, характеризується широким використанням наївних мотивів, народного фольклору у розробці тем розпису, яскравими кольорами, що сприяють формуванню позитивного настрою, порівняно нескладними технологіями виготовлення. Успішному здійсненню цього задуму реабілітаційного впливу на хворих дітей сприяло декілька факторів. По-перше, милосердя колективу працівників об'єднання «Петриківський розпис», серед яких знайшлись ентузіасти, що взяли за

навчання дітей основам цього народного мистецтва. Залучення батьків хворих дітей, керівництва інтернату, благодійних фондів дозволило забезпечити дітей усім необхідним для участі у цій діяльності. Арт-терапія, як перевірений засіб стимулювання самовираження дитини, наповнилась новим змістом реальної діяльності, продукти якої мали певну матеріальну цінність. За участю вихователів інтернату, батьків і опікунів хворих дітей, студентів-волонтерів, що надавали допомогу у роботі з дітьми, ми організували виставки робіт усіх без винятку дітей і навіть продаж їх виробів. Малорухливий спосіб життя дітей з ураженнями рухового апарату виявився сприятливим для виконання помітної роботи, пов'язаної з виготовленням дрібних сувенірів. Реальна цінність творчих зусиль стимулювала виявлення фантазії, появу у хворих дітей віри у свої сили. Залучення до творчої діяльності наповнило життя дітей змістом, позитивними емоціями, розширило коло учасників їх соціальної взаємодії (як з дорослими, так і з дітьми [6]).

Розроблена нами система заходів соціально-психологічної реабілітації для контингенту хворих дітей упроваджувалася протягом дворічного дослідження, в результаті якого було визначено її ефективність. Про це свідчить кількісний та якісний аналіз основних емпіричних даних дослідження особливостей розвитку їх «образу-Я».

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася із застосуванням методів математичної статистики за допомогою спеціальної програми 8TAT18T1CA. Для статистичної обробки даних застосовувався t-критерій Стьюдента, кореляційний аналіз на основі критерія Пірсона, кластерний аналіз. Висновок про статистичні розходження й наявність впливу на досліджувані змінні робився за рівнями значущості $p < 0, 10$; $p < 0, 05$; $p < 0, 01$.

Подивимось на динаміку у внутрішньому світі дітей з патологією опорно-рухового апарату у різних умовах соціально-психологічної реабілітації на аналізі зміни їх рівня самооцінки.

Таблиця 1

Рівень самооцінки	Діти –інваліди (в%)					
	ДЦП(до)	ДЦП(після)	Міоп(до)	Міоп(після)	Артрог. (до)	Артрог. (після)
Висока	34, 7	58,, 8	34, 7	36, 0	36, 0	48, 0
Середня	42, 3	29, 6	10, 8	17, 3	28, 6	17, 6
Низька	23, 9	25, 4	71, 4	66, 7	37, 7	21, 6

Рівень самооцінки дітей з руховою патологією як близькість «Я-реального» до «Я-ідеального»

Аналіз даних, представлених у таблиці, дозволяє констатувати наступне: діти, хворі на дитячий церебральний параліч (ДЦП), що були залучені до соціально-психологічних засобів, у цілому характеризувалися більш позитивною самооцінкою, ніж діти, хворі на міопатію, які не брали участі у вищезазначених заходах. Розходження середніх показників самооцінки у зазначених вище дітей статистично значимі за критерієм Стьюдента на рівні $p < 0, 01$, $t=3, 54$. Близько 42, 3% дітей з ДЦП вважали себе реального наближеними до «Ідеального Я», лише біля чверті опитаних вважали себе далекими від «Ідеального Я».

Інша картина спостерігалась у дітей з міопатією. Тут переважна більшість учнів (66, 7%) характеризувалась низькою самооцінкою.

Оцінюючи «реальне Я», діти з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) вважали себе, у порівнянні із хворими на міопатію, істотно більш наполегливими ($t=2, 03$, $p=0, 04$), стриманими ($t=3, 09$, $p=0, 002$), менш емоційно холодними ($t=-2, 34$, $p=0, 02$), менш пасивними ($r=-3, 43$, $p=0, 008$), їм більше властивий ентузіазм ($t=4, 42$, $p=0, 00002$). Отже, розходження самооцінки дітей з ДЦП та міопатією обумовлені, в першу чергу, етіопатогенезом захворювання, розходженнями в оцінці себе як діючого суб'єкта, умовами виховання та навчання.

Серед дітей хворих на ДЦП, високою самооцінкою характеризувалися 34,7% підлітків, серед дітей з артрогрипозом – 36,0%. Таким чином, відсоткове співставлення дітей з руховою патологією, що виховувались в інтернатному закладі, свідчить про майже однакове володіння ними високою самооцінкою. Розходження спостерігаються у відсотковому співставленні дітей з артрогрипозом, ДЦП та міопатією із середньою й низькою самооцінкою. Так, у дітей з артрогрипозом на 11,1% менше, ніж у

дітей з міопатією – низька самооцінка (37,7% проти 26,7%) і майже на стільки ж більше дітей із середньою самооцінкою (31,5% з ДЦП проти 37,3% з міопатією).

Вірогідно, що діти з артрогрипозом та ДЦП більш критично оцінюють себе, ніж діти з міопатією. Зокрема, діти з артрогрипозом та ДЦП визначають у себе наявність таких якостей, властивих підлітковому віку, як нерішучість ($r=1,99$, $p=0,04$), сором'язливість ($t=2,76$, $p=0,06$), упертість ($t=2,11$, $p=0,03$).

Після соціально-психологічних заходів діти з руховою патологією продемонстрували наступні показники самооцінок: 58,8% дітей з ДЦП; 48,0% – з артрогрипозом оцінюють себе як близьких до «Ідеального Я»; 29,6% з ДЦП й 19,6% – з артрогрипозом характеризуються середньою самооцінкою; 25%, 4% дітей з ДЦП й 21,6% – з артрогрипозом вважають себе далекими від «Ідеального Я». Таким чином, трохи більше дітей з ДЦП та артрогрипозом із середньою самооцінкою й менше – з високою, ніж у дітей з міопатією. Діти з ДЦП та артрогрипозом ставляться до себе більш самокритично, ніж діти з міопатією. Так, діти, що були залучені до заходів соціально-психологічної реабілітації, вважають себе більш життєрадісними ($t=1,67$, $p=0,09$) і терплячими ($t=2,10$, $p=0,03$), ніж діти з міопатією, менше визнають у собі наявність таких якостей, як нерішучість ($t=2,25$, $p=0,02$) і повільність ($t=3,03$, $p=0,03$).

Аналізуючи вище зазначене, можна припустити, що такі фактори, як соціальна, емоційна та материнська депривації, що накладаються на фізичні вади дітей, формують у них нереалістичну самооцінку, прагнення не визнавати в собі негативних якостей.

Динаміка змін самооцінки у дітей з ДЦП, міопатією та артрогрипозом наступна. Протягом навчального року діти з різним діагнозом та залежно від умов соціально-психологічної реабілітації показали протилежно спрямовані тенденції в зміні самооцінки.

У дітей з ДЦП та артрогрипозом, переважно підліткового віку, спостерігається достовірне зниження самооцінки ($t=2,01$, $p=0,04$). При цьому збільшується відсоток дітей, хворих на ДЦП, з низькою самооцінкою (від 23,9% до 37,8%) і трохи знижується відсоток дітей, хворих на артрогрипоз, що характеризуються високою самооцінкою (з 41,2% до 34,7%) і середньою самооцінкою (від 34,9% до 27,5%).

Діти підліткового віку з ДЦП та артрогрипозом вище оцінюють у собі наявність такої якості, як упертість ($t=3,45$, $p=0,007$), нижче – терплячість ($t=2,48$, $p=0,01$). Таким чином, зниження самооцінки у дітей з вищезгаданою патологією пов'язане із зростанням самокритичності, визнанням у собі негативних якостей, що відбивають труднощі самоконтролю у поведінці, а це цілком властиве підлітковому віку.

Зовсім інша тенденція у зміні самооцінки спостерігається протягом навчального року у дітей, переважно підліткового віку, хворих на міопатію, які не перебували в інтернатному закладі, навчалися переважно за індивідуальною програмою і не брали участі у заходах соціально-психологічної реабілітації. У них протягом року спостерігається невеликий зріст самооцінки, самооцінка зростає ($t=2,09$, $p=0,03$), зменшується відсоток хворих з низькою самооцінкою (з 71,4% до 66,7%), збільшується кількість дітей з високою самооцінкою (з 23,8% до 30,3%) і середньою самооцінкою (з 10,8% до 17,3%).

Якщо порівняти самооцінку у дітей, хворих на міопатію, на початку і наприкінці навчального року, то вони вище оцінюють у собі наявність таких позитивних якостей, як сміливість ($t=2,25$, $p=0,02$), наполегливість ($t=4,16$, $p=0,00006$), педантизм ($t=2,73$, $p=0,007$), нижче – наявність негативних якостей: сензитивності ($t=2,91$, $p=0,004$), егоцентричності ($t=2,53$, $p=0,01$), примхливості ($t=1,91$, $p=0,05$) і емотивності ($t=2,17$, $p=0,03$).

Зміни в самооцінці дітей, хворих на міопатію, пов'язані з прагненням визнавати у собі позитивні якості й не визнавати негативні.

Отже, якщо у дітей з руховою патологією інтернатного закладу, що навчалися протягом року паралельно із соціально-психологічними реабілітаційними заходами, за даними про власне «Я» - збільшується розрив між «Я-ідеальним» і «Я-реальним», то у дітей, хворих на міопатію, що навчаються в основному за індивідуальними програмами, «Я-реальне» наближається до «Я-ідеального».

За період одного навчального року у дітей з руховою патологією, що навчалися в інтернатному закладі та були включені до заходів соціально-психологічної реабілітації і у дітей, що навчалися за індивідуальною програмою без включення до соціально-психологічних заходів, спостерігалася тенденція зростання самооцінки, причому і у дітей інтернатного закладу, розходження середніх

показників значимі на рівні $p=0,06$, і у дітей, що навчалися дома за індивідуальною програмою також на рівні $p=0,06$).

На другому році навчання на дітей інтернатного закладу (частіше підліткового віку) була продовжена дія заходів соціально-психологічної реабілітації. І як результат дії заходів – діти інтернатного закладу стали менш сенситивними ($t=2,31$, $p=0,02$) і більш наполегливими ($t=1,82$, $p=0,06$), ніж рік тому. В оцінці інших якостей значимих розходжень не виявлено, що може свідчити про те, що у дітей з руховою патологією на початку участі у заходах соціально-психологічної реабілітації в цілому складалося досить несуперечливе подання про свою особистість, що не зазнавало істотних змін до нового навчального року.

На цей же час діти, хворі на міопатію та без втручання до заходів соціально-психологічної реабілітації, оцінюють себе, порівняно з минулим роком, як більш терплячих ($t=2,03$, $p=0,04$), менш роздратованих ($t=2,43$, $p=0,01$), менш агресивних ($t=2,03$, $p=0,04$), більш екстравертованих ($t=2,46$, $p=0,01$). Створювалося враження, що подання дітей, хворих на міопатію, про себе змінювалося в напрямку наближення до «психологічно адекватної» дитини.

Наступним етапом було з'ясування адекватності самооцінок дітей-інвалідів.

За допомогою кластерного аналізу в кожній групі дітей-інвалідів виділялися специфічні групи з характерним для них співставленням самооцінки й вегетативних розладів.

Таблиця 2

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей в (%)
1	0,60	0,47	16,5
2	0,52	0,11	28,4
3	0,71	0,13	35,8
4	0,19	0,08	19,3

Показники адекватності самооцінок дітей (з ДЦП та артрогрипозом), що брали участь у соціально-психологічних заходах (перший рік)

Результати дослідження адекватності самооцінки дітей з руховою патологією (з ДЦП та артрогрипозом), що навчалися в інтернатному закладі на першому році соціально-психологічних заходів, представлені в табл. 3. 2.

За даними таблиці видно, що першу групу (16,5%) становили учні із середньою самооцінкою й високим рівнем вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка занижена порівняно з об'єктивною оцінкою групи. Другу групу (28,4%) становили діти із середньою самооцінкою й середнім рівнем вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка адекватна оцінці групи. Третя група підлітків (35,8%) характеризується високою самооцінкою при середньому рівні вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка завищена. Четверта група (19,3%) відрізняється низькою самооцінкою при низькому рівні вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка адекватна.

Таблиця 3

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей у (%)
1	0,69	0,11	42,8
2	0,47	0,00	9,2
3	0,53	0,40	18,4
4	0,03	0,11	29,6

Показники адекватності самооцінок дітей (з ДЦП та артрогрипозом) наприкінці першого року

участі у соціально-психологічних заходах

Дані дослідження адекватності самооцінок дітей з руховою патологією (з ДЦП та артрогрипозом), що навчалися в інтернатному закладі, наприкінці першого року участі у соціально-психологічних заходах представлені в табл. 3.

Першу групу (42,8%) становили діти-інваліди із середньою самооцінкою й середнім рівнем вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна. Другу групу (9,2%) представлено дітьми із середньою самооцінкою й низьким рівнем вегетативних розладів, тобто самооцінка завищена. Третя група (18,4%) – підлітки із середньою самооцінкою й високим рівнем вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка занижена. Четверта група (29,6%) – діти з низькою самооцінкою й середнім рівнем вегетативних розладів тобто їхня самооцінка також занижено порівняно з оцінкою групи.

Таблиця 4

№ кластера кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей у (%)
1	0, 12	0, 17	22, 2
2	0, 69	0, 46	15, 9
3	0, 68	0, 16	54, 0
4	0, 63	0, 0	7, 9

Показники адекватності самооцінок дітей (з ДЦП та артрогрипозом), що брали участь у соціально-психологічних заходах (2-й рік)

Дані дослідження адекватності самооцінок дітей-інвалідів (з ДЦП та артрогрипозом), що навчалися в інтернатному закладі, другого року участі у соціально-психологічних заходах представлені в табл.4.

Першу групу (22,2%) становили діти з низькою самооцінкою й середнім рівнем тривожності, тобто їхня самооцінка занижена. Другу групу (15,9%) представлено дітьми із середньою самооцінкою й високим рівнем вегетативних розладів, тобто самооцінка занижена. Третя група (54,0%) – діти із середньою самооцінкою й середнім рівнем тривожності, тобто їхня самооцінка адекватна. Четверта група (7,9%) – діти із середньою самооцінкою й низьким рівнем вегетативних розладів.

Дані дослідження адекватності самооцінок дітей, хворих на міопатію, на час початку занять у заходах соціально-психологічної реабілітації дітей з ДЦП та артрогрипозом, що перебували в інтернатному закладі, представлені в табл.5.

Першу групу (9,5%) становили підлітки з найбільш низькою самооцінкою й найбільш високим показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка значно занижена. Другу групу (45,29%) представлено підлітками з низькою самооцінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка також занижена, хоча й не настільки істотно, як у попередній. Третя група (19,0%) – діти з низькою самооцінкою й низьким показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна. Четверта група (26,3%) – діти з високою самооцінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їх самооцінка завищена.

Таблиця 5

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей (у%)
1	0, 17	0, 53	9, 5
2	0, 24	0, 15	45, 2
3	0, 30	0, 00	19, 0
4	0, 72	0, 20	26, 3

Показники адекватності самооцінок дітей, хворих на міопатію, на час початку занять дітей-інвалідів інтернатного закладу у заходах соціально-психологічної реабілітації.

Таблиця 6

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей (у%)
1	0, 52	0, 20	32, 0
2	0, 13	0, 21	21, 3
3	0, 76	0, 17	30, 7
4	0, 50	0, 62	16, 0

Показники адекватності самооцінок дітей, хворих на міопатію, в динаміці (через рік)

Першу групу (32,0%) становили діти здебільшого підліткового віку із середньою самооцінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна. Другу групу (21,3%) представлено дітьми з низькою самооцінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка занижена. Третя група (30,7%) – діти з найбільш високою самооцінкою при найнижчому показнику вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка істотно завищена. Четверта група (16,0%) – діти із середньою самооцінкою й високим показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка занижена.

Дані дослідження адекватності самооцінок дітей з набуттю патологією опорно-рухового апарату (міопатією), що протягом дворічного дослідження не брали участі у запропонованих заходах соціально-психологічної реабілітації, представлено в табл.7.

Таблиця 7

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей (в%)
1	0, 30	0, 09	30, 7
2	0, 74	0, 08	30, 8
3	0, 72	0, 18	23, 1
4	0, 71	0, 42	15, 4

Показники адекватності самооцінок дітей, хворих на міопатію, на другому році дослідження.

Першу групу (30,7%) становили діти з низькою самооцінкою й низьким показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна. Друга група (30,8%) представлена дітьми з високою самооцінкою і найбільш низьким показником вегетативних розладів, тобто самооцінка суттєво завищена.

Третя група (23,1%) – діти з високою самооцінкою і середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка завищена. Четверта група (15,4%) – діти з високою самооцінкою й високим показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна.

Узагальнюючи дані дослідження адекватності самооцінок дітей-інвалідів, які перебувають у різних умовах соціально-психологічної реабілітації, маємо наступні результати.

Серед дітей з патологією опорно-рухового апарату інтернатного закладу заниженою самооцінкою характеризуються 16,5% дітей та 54,7% дітей, хворих на міопатію, що навчаються переважно за індивідуальною програмою. При цьому 9,5% дітей, хворих на міопатію, що мають високий показник вегетативних розладів, відрізняються вкрай низькою самооцінкою, тобто їхня самооцінка найбільш неадекватна. Адекватною самооцінкою характеризуються 47% дітей інтернатного закладу, що брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, і лише 19,0% дітей, що перебували на індивідуальному навчанні та участі у запропонованих заходах не брали. Завищеною самооцінкою характеризується 35,8% дітей інтернатного закладу, що брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, і 26,3%, що перебували на індивідуальному навчанні та участі у запропонованих заходах

не брали.

Отже, серед дітей з патологією опорно-рухового апарату, що перебували в умовах соціально-психологічних заходів, у 3,3 рази менша кількість дітей із заниженою самооцінкою і в 2,5 рази більша з адекватною самооцінкою, у порівнянні з дітьми, хворими на міопатію, які не брали участі у заходах соціально-психологічної реабілітації.

Серед дітей з руховою патологією, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, занижена самооцінка властива 48,0%; адекватна самооцінка властива 42,8% ; завищена самооцінка властива лише 9,2% дітей.

Серед дітей, хворих на міопатію, які не приймали участі у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, занижена самооцінка властива 37,3%; адекватна самооцінка властива 32,0%; завищена самооцінка властива 30,7% дітей.

Отже, дітям з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, властива адекватна й занижена самооцінка, що відбиває їх критичне ставлення до себе.

Серед дітей з патологією опорно-рухового апарату, які не брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, третина характеризується неадекватно-високими самооцінками, які не відповідають об'єктивному ставленню оточуючих їх людей, що підтверджує компенсаторний характер самооцінок. Серед дітей з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом двох років, занижена самооцінка властива 38,1%, адекватна самооцінка властива 54,0%; завищена самооцінка властива лише 7,9%, а у дітей-інвалідів, які не брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, занижена самооцінка властива 0% дітей; адекватна самооцінка властива 46,1%; завищена – 53,9% дітей.

Отже, дітям, з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом двох років, найбільш властива адекватна або занижена самооцінка, а у дітей з патологією опорно-рухового апарату, які не брали участь у психокорекційній роботі реабілітації, самооцінка завищена.

Узагальнюючи вищевикладене, можна зробити наступні висновки: протягом двох років були виявлені істотні розходження у становленні самооцінки дітей з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, та тих, які участі в них не брали:

1. У дітей з патологією опорно-рухового апарату, що навчаються в інтернатному закладі, криза самооцінки реєструється у 12-14 років, коли самооцінка в порівнянні з віком 9-11 років різко знижується, і це співпадає з початком соціально-психологічних заходів. Зниження самооцінки, що характеризується сором'язливістю й нерішучістю, які виникають у зв'язку з визнанням дітьми з патологією опорно-рухового апарату наявності у себе негативних якостей, зокрема впертості й відсутності терпіння, збігається з описом кризи підліткового віку у психологічній літературі. Але вже до кінця другого року участі цих дітей у заходах соціально-психологічної реабілітації діти стають більш терплячими, спокійними, відкритими, переборюють сором'язливість, самооцінка знову зростає.

Більшість дітей з патологією опорно-рухового апарату, що навчаються в інтернатному закладі, характеризується адекватною або заниженою самооцінкою, що підкреслює підвищену вимогливість до себе. Так, деякі діти з високим і середнім рівнем вегетативних розладів, дещо занижують самооцінку, а діти із середнім та низьким рівнем вегетативних розладів, дещо завищують самооцінку. Однак не було виявлено підлітків, у яких би їхня самооцінка різко розходилася з оцінкою людей, які їх оточували, як це спостерігається у дітей, хворих на міопатію, що перебувають в основному на індивідуальному навчанні.

2. У дітей, хворих на міопатію, здебільшого підліткового віку, самооцінка в цілому поступово підвищується за дворічний період спостереження і більша частина цих дітей (60,8%) характеризується високою самооцінкою.

3. Підвищення самооцінки визначається прагненням дітей з руховою патологією високо оцінювати в собі наявність позитивних якостей «Я» та не визнавати негативних.

В цілому самооцінка дітей, хворих на міопатію, виявилася істотно менш адекватною, ніж у дітей, що перебували в інтернатному закладі і брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації.

У дітей, що перебували в інтернатному закладі і брали участь у заходах соціально-психологічної

реабілітації, високою самооцінкою відрізнялися діти з високим рівнем вегетативних порушень (9,5%). Серед дітей, хворих на міопатію, біля третини з них відрізняється завищеною самооцінкою, що не відповідає об'єктивній оцінці цих дітей оточуючими їх людьми. Отже, висока самооцінка дітей, хворих на міопатію, має найчастіше компенсаторний характер.

Використана література:

1. **Аршава І.Ф.** Основні початкові прояви психоемоційних розладів у дітей та підлітків / Аршава І.Ф., Корнієнко В.В. – Д.: РВВ ДНУ, 2012. – 60 с.
2. **Белопольская Н.Л.**, Самосознание проблемных подростков/ Н.Л., Белопольская, С.Р. Иванова, Е.В. Свистунова, Е.М.Шафировва.-М.: Изд-во Институт психологии РАН», 2007. - 332с.
3. **Калижнюк, Е. С.** Психические нарушения при детских церебральных параличах / Е. С. Калижнюк. – К.: Вища школа, 1987. – 254 с.
4. **Кон И. С.** Открытие Я / И. С. Кон. – М.: Политиздат, 1978. – 367 с
5. **Максименко, С. Д.** Основи генетичної психології / С.Д. Максименко. – К.: НПЦ Перспектива, 1998. – 220 с.
6. **Корнієнко В.В.** Особливості розвитку «образу-Я» у дітей з патологією опорно-рухового апарату в залежності від умов соціально-психологічної реабілітації.: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19. 00. 04 / В.В.Корнієнко; Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2009. – 17с.
7. **Мастюкова, Є. М.** Некоторые особенности мотивационной сферы школьников с церебральным параличом и воспитание основ нравственного поведения / Є.М. Мастюкова // Дефектология. – 1985. – № 5. – С. 45–49.
8. **Bandura A.** Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. – 1977. – V. 84. – P. 191-215.
9. **Bernstein, R.M.** The development of the selfsystem during adolescence // Journal of Genetic Psychology, 136. – 1980. – P. 231-245.
10. **Josselson R.** Ego development in adolescence / R. Josselson // Handbook of adolescent psychology / ED. By J. Adelson. - New York: John Wiley, 1980. - P. 188-210.

References

1. **Arshava I.F.** Osnovni pochatkovi proiavy psykhoemotsiinykh rozladiv u ditei ta pidlitkiv / Arshava I.F., Korniienko V.V. – D.: RVV DNU, 2012. – 60 s.
2. **Belopolskaia N.L.**, Samosoznanye problemnykh podrostkov/ N.L., Belopolskaia, S.R. Yvanova, E.V. Svystunova, E.M.Shafyrova.-M.: Yzd-vo Ynstytut psikhohyy RAN», 2007. - 332s.
3. **Kalyzhniuk, E. S.** Psykhycheskye narusheniya pry detskykh tserebralnykh paralychakh / E. S. Kalyzhniuk. – K.: Vyshcha shkola, 1987. – 254 s.
4. **Kon Y. S.** Otkrytye Ia / Y. S. Kon. – M.: Polytyzdat, 1978. – 367 s.
5. **Maksymenko, S. D.** Osnovy henetychnoi psykholohii / S.D. Maksymenko. – K.: NPTs Perspektyva, 1998. – 220 s.
6. **Korniienko V.V.** Osoblyvosti rozvytku «obrazu-Ia» u ditei z patolohiieu oporno-rukhovoho aparatu v zalezhnosti vid umov sotsialno-psykholohichnoi reabilitatsii.: avtoref. dys. na zdobuttia nauk. stupenia kand. psykol. nauk: 19. 00. 04 / V.V.Korniienko; Instytut psykholohii im. H.S. Kostiuka APN Ukrainy. – K., 2009. – 17s.
7. **Mastiukova, Ie. M.** Nekotorye osobennosti motyvatsyonnoi sfery shkolnykov s tserebralnym paralychom u vospytanye osnov нравstvennogo povedeniya / Ie.M. Mastiukova // Defektologiya. – 1985. – № 5. – С. 45–49.
8. **Bandura A.** Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. – 1977. – V. 84. – P. 191-215.
9. **Bernstein, R.M.** The development of the selfsystem during adolescence // Journal of Genetic Psychology, 136. – 1980. – P. 231-245.
10. **Josselson R.** Ego development in adolescence / R. Josselson // Handbook of adolescent psychology / ED. By J. Adelson. - New York: John Wiley, 1980. - P. 188-210.

Аршава И.Ф., Корниенко В.В. Особенности гармонизации «образа-Я» подростков с патологией опорно-двигательного аппарата

В статье рассмотрены механизмы влияния мер социально – психологической реабилитации на гармонизацию «образа - Я» подростков с нарушением опорно-двигательного аппарата, адекватность самооценки и осознания себя как целостной личности.

В результате двух лет участия в мероприятиях социально-психологической работы у детей подросткового возраста интернатного учреждения, в котором проводились различные мероприятия обеспечения влияния на «образ-Я», формируется реалистичная «Я-концепция», в которой оценка себя по сравнению с идеалом согласуется с эмоционально-ценностным самоотношением.

У детей, которые не принимали участия в реабилитационных мероприятиях, наблюдается компенсаторный вариант становления Я-концепции с использованием механизмов психологической защиты. Отношение к собственной личности не связано с оценкой себя по сравнению с идеалом. Так, если два года назад эмоционально-ценностное и оценочное отношение к себе были взаимозависимыми ($r = 38$ $p = 0,01$), то через год эта связь стала слабее ($r = 0,31$ $p = 0,052$), а через два года исчезает совсем (значимых корреляций не наблюдается).

Результаты количественного и качественного анализа основных эмпирических данных исследования особенностей развития «образа-Я» детей с двигательной патологией позволили определить, что количество детей с адекватной самооценкой после двухлетнего участия в мероприятиях социально-психологической реабилитации увеличилось в 2,5 раза, по сравнению с больными, не принимали участия в предложенных мероприятиях.

Ключевые слова: социально-психологическая реабилитация, целостность личности, физические недостатки, чувство неполноценности, самооценка, гармоничный «образ - Я».

Ключевые слова: социально-психологическая реабилитация, целостная личность, физические недостатки, ощущение неполноценности, самооценка, гармоничный «образ -Я».

Arshava I.F. Kornienko V.V. Features of harmonization of adolescents' "self-image" with pathology of musculoskeletal system

The article is devoted to the problem of influence of socio - psychological rehabilitation mechanisms on harmonization of adolescents' "self-image" with pathology of musculoskeletal system, the adequacy of self-esteem and realization of self as the integrated personality.

As a result of two years of participation in activities of social and psychological work with adolescent children boarding school, which carried out various measures to influence the "image-Z" shaped realistic "self-concept" in which the evaluation itself compared with the ideal line with emotion appraisal selfattitude.

Children who did not participate in rehabilitation activities, there is a compensatory option of becoming self-concept using psychological defense mechanisms. Cigarette self is not related to the assessment itself compared to the ideal. Thus, if two years ago and emotionally valuable evaluative attitude towards him were interrelated ($r = 38, p = 0.01$), then a year later, this relationship has become weaker ($r = 0,31, p = 0,052$), and two years disappears (significant correlation was observed).

The results of quantitative and qualitative analysis of the basic empirical data to study the characteristics of "image-I" children with motor disorders to determine that the number of children with adequate self after two years of participation in activities of social and psychological rehabilitation in increased. 2.5 times, compared with patients who did not participate in the proposed activities.

Keywords: social and psychological rehabilitation, the integrity of the individual, disability, sense of inferiority, self-esteem, harmonious "image - I am."

Стаття надійшла до редакції 07.11.2016 р.

Статтю прийнято до друку 08.11.2016 р.

УДК: 159.946.3-053.2:616.896

Афузова Г.В., Логащук М.О.

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЄВИХ ФУНКЦІЙ
ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРУ АУТИЗМУ**

У статті йдеться про особливості мовленнєвого розвитку при розладах аутистичного спектру у дітей та обґрунтовується необхідність раннього цілеспрямованого психолого-педагогічного впливу на розвиток мовленнєвих функцій при цьому. Здійснено аналіз обраної проблеми в контексті наявних науково-дослідних робіт, зазначено роль мовлення у процесі соціалізації особистості та характеристику його основних функцій. Висвітлено специфіку спотвореного розвитку у випадку розладів аутистичного спектру, особливості мовленнєвого розвитку при цих розладах, подана класифікація можливих мовленнєвих порушень відповідно до їх генезу і патогенетичного рівня. Визначені зміст, заходи та засоби психолого-педагогічної корекції розвитку мовленнєвих функцій у дітей з розладами спектру аутизму. Зроблено акцент на важливості комплексної корекційної допомоги (психологічної, логопедичної, педагогічної, медичної) у становленні мовленнєвих функцій на ранніх етапах розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

Ключові слова: мовлення, мовленнєві порушення, розлади аутистичного спектру, корекція.

Найважливішим досягненням людини, що дозволило їй використовувати загальнолюдський досвід, як минулий, так і теперішній, стало мовленнєве спілкування, яке розвинулося на основі трудової діяльності. Мовлення – це мова в дії. Виникнення мовлення поза суспільством неможливо, мовлення – соціальний продукт, воно призначене для спілкування і виникає в спілкуванні. Паралінгвістичні і екстралінгвістичні засоби спілкування забезпечують виразність мовленнєвої дії, а її зміст утворюють лінгвістичні засоби, тобто знакові системи, прийняті в якості мови спілкування в даному суспільстві.

Мовлення виконує дві основні функції – комунікативну (включає в себе засоби вираження (як вербальні, так і невербальні) і засоби впливу) та сигніфікативну (позначальну, яка за допомогою слова дозволяє не тільки аналізувати предмет, виділяти в ньому істотні властивості і відносити його до певних категорій, а також довільно викликати образи відповідних предметів без опори на наочність), внаслідок чого мовлення є засобом спілкування і формою існування думки, свідомості. Іншими словами, неправильно було б цілком інтелектуалізувати мовлення, перетворюючи його тільки на знаряддя мислення. У ньому є емоційно-виразні компоненти, що проступають в ритмі, паузах, інтонаціях, модуляціях голосу та інших виразних експресивних моментах, які в більшій чи меншій мірі завжди є в мовленні – особливо усному, позначаючись, втім, і у письмовому – в ритмі і в розстановці слів. Людське мовлення не зводиться лише до сукупності знань, воно зазвичай виражає і емоційне ставлення людини