

ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАЙКАННЯМ

Козинець О.В.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

У статті йде мова про підходи до лікування зайкання та дається психологічна характеристика особистості підліткового віку.

В статті йде мова про підходи к лечению заикания и даётся психологическая характеристика личности подросткового возраста.

The article refers to the approaches to the treatment of stuttering and given psychological characteristics of adolescence.

Ключові слова: зайкання, підліток, емоційна сфера.

Ключевые слова: заикание, подросток, эмоциональная сфера,

Keywords: stuttering teenager, emotional sphere

42

Зайкання – складна проблема, яка враховує багато компонентів, тому й підхід до лікування й корекції зайкання і в нашій країні, і за кордоном змінюється швидко й часто. Труднощі лікування зайкання полягають у тому, що ніхто чітко не виявив той фактор, який є єдиною і безумовною причиною зайкання. Існує безліч підходів до корекції цього порушення: від традиційних методів, до нетрадиційних, які використовують його (Yoga Relaxation Therapy). Більш узагальнено практично всі методи поділяються на дві категорії: безпосередня корекція зайкання і метод поліпшення плавності мовлення.

Багато дослідників сходяться на тому, що важко точно класифікувати судомні прояви зайкання. І.О. Сікорський (1889), один з перших ґрунтовних дослідників зайкання виділив 19 форм [4]. В основу своєї класифікації він поклав розподіл судом на дихальні, голосові та ариткляторні, деталізувавши кожну з них. Автор першим назвав зайкання «дитячою хворобою», оскільки встановив, що половина всіх випадків зайкання починається у віці від 2 до 4 років. Статистика ж фіксує переважання зайкання у чоловіків.

У структурі зайкання можна виділити три основні компоненти: моторний, психологічний, мовленнєвий:

- до моторного компоненту відносять: судомні різного типу, локалізації, ступінь вираженості дефекту. Судомні мовлення обумовлюють страх соціальної взаємодії;
- для психологічного компоненту характерна специфіка реагування особистості на зайкання – феномен фіксації, логофобії – страх спілкування;
- мовленнєвий компонент відображає особливості вимови зайкуватого,

Більшість сучасних нейролінгвістичних теорій, так чи інакше, пов'язують зайкання із

порушенням взаємодії півкуль головного мозку. У 1839 р. Х. Лагузен перший з вітчизняних науковців довів, що зайкання не викликане недосконалістю мовленнєвих органів. Основними причинами він називав переляк або наслідування у ранньому дитинстві під час формування мовлення [2]. Пізніше опублікував свою роботу В.Ф. Хмелевський «Зайкання, його сутність, попередження та лікування». У ній автор приділяє багато уваги питанням зайкання у ранньому дитинстві. Вчений зазначав, що розвиток мовлення і фізично-психічний стан дитини тісно взаємопов'язані [6]. Гадаєте у підлітковому віці такий взаємозв'язок є менш важливим?

Аналіз літератури з проблеми зайкання XIX століття засвідчує, що на той період спостерігалася тенденція надавати перевагу одному із зовнішніх проявів зайкання. Вчені Лі та Мальбуш основною проблемою вважали неправильну діяльність язика. Арнот, Шультес – судомне змикання голосової щілини, Беккель – дихальні порушення [4]. Можна зробити висновок, що при такому підході одні феномени зайкання ставились у залежність від інших. Арнот та Шультес зазначали, що дихальні та голосові судомні залежать від голосових. У сучасній літературі трапляються схожі висловлювання, додаються лише окремі моменти зайкання, які проявляються виключенням голосу (С. Bluemel), а інші науковці більший акцент роблять на порушенні дихання (А.В. Шокіна, А.О. Сахаров, J. Muller).

Починаючи з XX століття акцент зміщується з фізіологічного і важливим стає психологія та сама особистість хворого. Особливості становлення особистості зайкуватого залежать від різноманітних факторів. Однак, обов'язково слід зазначити, що при зайканні провідну роль відіграють фактори психологічного характеру. Це підтверджують дослідження психіатра Д. Г. Неткачева, який у 1909

році опублікував працю про нові психологічні напрямки у лікуванні заїкання. Даний підхід дав можливість ще глибше зрозуміти і розкрити зв'язок заїкання із особистістю хворого. Автор різко виступив проти дидактичних прийомів лікування і повністю усунув їх у своєму методі [5]. Він визнавав лише природне мовлення. Штучному дидактичному методу він протиставляв психологічний метод, а саме – перевиховання особистості.

Останнім часом все більше говорять про тісний взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних причин, а ефективне подолання заїкання вбачають лише у комплексному підході. Одним з перших таких підходів була комплексна психолого-медико-педагогічна система корекційної роботи, розроблена В. М. Шкловським.

Враховуючи, що заїкання – це складне й довготривале мовленнєве порушення, яке характеризується розладом темпу, ритму й плавності експресивного мовлення у зв'язку з судомами артикуляційного апарату, з переважним порушенням комунікативної функції, діти та підлітки із заїканням, зіштовхуються з рядом причин, що негативно впливають на комунікативну діяльність в цілому. Причому, частіше за все більший акцент ставиться на суб'єктивні чинники, хоча первиннішими і суттєвішими є об'єктивні.

У літературі висловлюються різні думки, які залежать від методологічного характеру чи світоглядних позицій, приналежності дослідника до того чи іншого наукового напрямку а також від предмету науки, представниками якої є самі дослідники: фізіології, медицини, педагогіки чи психології. Тому одні науковці свою увагу зосереджують на біологічних чинниках, інші – на соціально-психологічних. У нашому дослідженні нам важливим є психологічні компоненти розвитку особистості, зокрема підлітка, із заїканням.

С. Л. Рубінштейн, розглядаючи емоції як феномен, виділяє три основні її ознаки:

1. Емоції виражають стан суб'єкта і його ставлення до об'єкта (на відміну від сприйняття, в якому відбивається зміст самого об'єкта);

2. Емоції, звичайно, відрізняються полярністю, тобто володіють позитивним чи негативним знаком: задоволення – незадоволення, веселощі – смуток, радість – горе тощо. Причому, ці два полюси не є взаємовиключними. У складних людських почуттях вони часто утворюють суперечливу єдність;

3. В емоційних станах виявляються протилежності напруження і розрядки, збудження і пригніченості. Наявність напруги, порушення і протилежних їм станів вносить істотну диференціацію в емоції: поряд з радістю-захопленням, радістю-тріумфом існує «тиха» радість – розчуленість тощо.

Нині для подолання цього порушення,

поряд із «класичними методами роботи» із заїкуватим, почали активно застосовувати різноманітні психологічні методики, зокрема аутотренінг, навіювання, психодраму, гештальттерапію та багато іншого.

Отже можна зробити висновок, що не лише фізичні, а й психологічні компоненти порушення при заїканні є важливими (і у деяких випадках – навіть провідними). Тож давайте детальніше висвітлимо психологічні особливості особистості із заїканням.

Доведено, що психологічні особливості особистості із заїканням займають важливе місце у симптоматиці порушення. При дослідженні заїкуватих В. С. Кочергіна виявила підвищену роздратованість, образливість, плаксивість, негативізм, різного ступеня вираженості порушення апетиту та сну, підвищену пітливість, схильність до частих простудних захворювань та фізичної виснаженості. Інший аспект цього порушення – фіксація на власному дефекті, яка в тяжких випадках може перерости в логофобію – нав'язливий страх допустити фонетичні та смислові помилки в мовленні, особливо виражений у випадках необхідності публічного виступу [2]. Її зачатки можна вже помітити у дошкільному віці. (Нагадаємо, що дослідники виділяють три ступені фіксації на дефекті: нульову, помірну та високу).

Фіксація на власному дефекті чи розуміння своєї вади заїкуватим можна вважати одним з найбільш важливих факторів специфічних психологічних особливостей осіб із заїканням, а спроби самостійного позбавлення порушення часто породжують багато психологічних «комплексів»: сором'язливість, прагнення до усамітнення, відчуття пригнічення, постійний стан психологічного напруження [6].

Окремо варто зазначити, що різні дослідники в поняття фіксації на дефекті владали різний зміст: особлива властивість уваги (стійкість, концентрація), усвідомлення дефекту, уявлення про нього, різної сили емоційне ставлення до нього (переживання, страх, замкнутість). Найбільш яскраво це проявляється саме у підлітковому віці [1]: спостерігаються певні відхилення у емоційно-вольовій сфері: підвищена емоційна чутливість, збудження і лабільність, схильність до афективних спалахів, пригнічений настрій, завищена або занижена самооцінка, логофобія, відчуженість, страх, тривога, сором'язливість, роздратування, песимізм тощо.

Позитивні результати логопедичної роботи з заїкуватими закономірно знаходяться в зворотній залежності від ступеня їхньої фіксації на своєму дефекті (чим більше фіксація, тим нижче результат). Саме різний ступінь фіксації, а не стаж заїкуватості визначає різні результати логопедичної роботи.

Також відомо, що частота мовленнєвих судом у заїкуватих може відрізнятись, в залежності від місця та кола спілкування. Їм значно простіше спілкуватися у добре знайомому колі, в спокійній атмосфері, ніж при чужих нових людях чи під час публічного виступу.

На цій підставі сформувалось сучасне уявлення про тісну залежність ступеня та характеру заїкання від стану особистості та емоційно-вольової сфери. Особливо у підлітків. У цей час вони стають нерішучими, замкнутими, або навпаки поводять себе розкуто, стають запальними, часто дратуються чи затамовують злобу та помсту. Спільне для всіх – прояв образливості на сторонніх і часта відмова від усного спілкування [5]. Такі прояви призводять до того, що підліток вважає себе неповноцінною особистістю. І в такому випадку формування життєвої позиції особистості в цілому може йти вже патологічним шляхом.

Вік підлітка особливий ще й тим, що відбувається перехід від дитинства до дорослості, розвиток відбувається у прискореному темпі. За віковою періодизацією – це період від 11-12 до 14-15 років. Складність цього періоду в тому, що потрібно виходити із єдності біологічних та психологічних змін, які іноді йдуть не завжди синхронно. Потрібно вибудовувати нові моделі взаємин з ровесниками та дорослими, а страх мовлення та постійний контроль запинок як психологічного походження, так і фізіологічного, налаштовують частину підлітків не до активної комунікації, а до закривання у собі, усамітненні.

У підлітковому віці важливим психічним новоутворенням є розвиток довільності психічних процесів, що зумовлено вищими вимогами до них з боку навчальної діяльності. Часто це призводить до перепадів та нестабільності в емоційній сфері підлітка. В цей період особливо загострюється самоаналіз і самооцінка, підвищується зацікавленість соціальним і особистісним самовизначенням, пов'язаного, зокрема, з вибором професії (Л. І. Божович, І. С. Кон, А. В. Мудрик).

За даними А. В. Мудрика, основним у психологічному розвитку підлітків та в період ранньої юності є потреба в спілкуванні. В силу цього в цьому віці так гостро переживаються невдачі в спілкуванні [3]. Психологічні характеристики хлопців та дівчат, їх вибір життєвого нового шляху і професійна орієнтація можуть бути обумовлені віковими, загальнофізичними та іншими біологічними чинниками, психосексуальним розвитком.

Страх самовираження, негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних з необхідністю саморозкриття, демонстрації своїх можливостей, тривога через оцінки в школі, оцінки оточуючих, підвищують імовірність неадекватного, деструктивного реагування, який відбивається безпосередньо на самому індивіді, так і на процесі спілкування зокрема. А якщо у підлітка із заїканням ще й накладається виражений ступінь фіксованості на своєму дефекті, то спілкування з таким індивідом часто є ускладненим а іноді навіть неможливим.

У підлітків емоційні порушення проявляються частіше за все негативними емоціями – горем, страхом, гнівом, соромом, відразою, високим рівнем тривожності, а позитивні емоції проявляються значно рідше. Ситуація неуспіху, які підлітки часто створюють самі й при чому свідомо(!), може викликати бажання втечі «в себе» і супроводжуватися емоцією сорому чи страху.

Емоції підлітків значною мірою пов'язані зі спілкуванням. Тому особистісно-значуще ставлення до інших людей визначають як зміст, так і характер емоційних реакцій.

У підлітків, порівняно зі школярами молодших класів, покращується вербальне позначення базових емоцій страху й радості [1]. Знання про емоції відповідають проявам тих чи інших емоцій. Їм характерна емоційна збудливість, тому підлітки вирізняються запальністю, бурхливим виявом своїх емоцій та почуттів, пристрасністю, проте часто вони короткотривалі. І якщо незначні емоційні переживання зникають швидко і часто навіть забуваються, то відчуття образи вони тримають довго.

Інша особливість підлітків проявляється в тому, що в них спостерігається підвищена готовність до очікування страху, а проявляється це тривожністю. Поява інтимно-особистісних відносин у підлітка викликає різні емоції, у тому числі страх виглядати смішним [1]. Також підлітковому віку характерна суперечливість почуттів, самооцінка ще не сформована. У підлітків добре розвинене почуття приналежності до групи, тому вони гостріше й хворобливіше переживають несхвалення товаришів, ніж несхвалення дорослих або вчителів; часто з'являється страх того, що група може поставитись зневажливо чи з осудом. Але таку ситуацію можна використати й позитивно. Наприклад, здійснення колективної праці, виконання завдання в парах чи однією спільною групою підвищує цікавість підлітка, довше утримує увагу і допомагає соціалізації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Варій М. Й. Загальна психологія Навчальний посібник . - 2-ге видан., випр. і доп. - К.: «Центр учбової літератури», 2007. - 968 с.

2. Куршев В.А. Заикание. – М.: Медицина. – 1973. – 155 с.
3. Мудрик А.В. Социальная педагогика: Учеб. для студ. пед. вузов / Под ред. В.А. Сластенина. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 200 с.
4. Сикорский И.А. Заикание. И. А. Сикорский – М.: Аст : Астрель, 2008. – 191 с. – (Библиотека логопеда)
5. Тайбогаров С.Е., Монакова С.М.. - Алма-Ата : Казахстан, 1978. - 92 с.
6. Хейли Дж. Необычная психотерапия. Психотерапевтические техники Милтона Эриксона. — СПб.: Питер, 1995. – 324 с.

УДК: 616.89-008.434.3:376.24

ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ ДИЗАРТРИЯ ПРИ ДЦП. ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Кравец В.М.

Городская реабилитационная
поликлиника «Астра» г. Черкассы

В статье рассматривается логопедическая помощь ребенку с экстрапирамидной (подкорковой) дизартрией при ДЦП с шестимесячного возраста до восемнадцати лет в условиях дневного стационара.

У статті розглядається логопедична допомога дитині з екстра пірамідною (підкорковою) дизартрією при ДЦП з шестимісячного віку до вісімнадцяти років в умовах денного стаціонару.

The article is devoted to speech therapy help a child with extra pyramidal (sub cortical) dysarthria from 6 months of age up to 18 years old in a day hospital.

Ключевые слова: детский церебральный паралич (ДЦП), экстрапирамидальная дизартрия, реабилитация, комплексный подход, дневной стационар, структура логопедического занятия.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч (ДЦП), екстра пірамідальна дизартрія, денний стаціонар, структура логопедичного заняття.

Key words: cerebral palsy (CP), extra pyramidal dysarthria, rehabilitation, integrated approach, day hospital, structure of speech therapy sessions.

Детские церебральные параличи (ДЦП) представляют собой обширную группу непрогрессирующих заболеваний центральной нервной системы, клинически проявляющихся разнообразными двигательными, речевыми и психическими расстройствами. Являются следствием ранних органических поражений различных структур мозга, которые возникают под воздействием факторов: генетических, травматических, интоксикационных, инфекционных и др. [2].

В реабилитационно-оздоровительной поликлинике «Астра» (РОП «Астра») города Черкассы находится детское психоневрологическое отделение. Оно выполняет функции центра медико-социальной реабилитации детей с органическим поражением центральной нервной системы. Здесь проходят реабилитацию дети с ДЦП.

В последние десятилетия все шире внедряется в практику ранняя диагностика детских церебральных параличей. Это связано с необходимостью проведения раннего лечения и коррекционно-воспитательной работы с этими детьми уже в раннем возрасте.

Ведущим симптомом ДЦП являются двигательные расстройства. Речедвигательные нарушения проявляются в виде различных форм дизартрий.

Одной из самых тяжелых форм для преодоления речевых нарушений, является экстрапирамидная (подкорковая) дизартрия, которая названа так на основе принципа локализации мозгового поражения. Причина возникновения – разнообразные поражения экстрапирамидных ядер и их связей с другими структурами мозга. При этом наблюдается изменение мышечного тонуса, наличие в мимической, артикуляционной, дыхательной и голосообразовательной мускулатуре насильственных движений – гиперкинезов, которые возможны даже в состоянии покоя, при речевом акте – нарастают. Особенностью является то, что наряду с нарушением звукопроизношения, для экстрапирамидной дизартрии характерно отсутствие стабильных, однотипных нарушений, страдает вся просодическая сторона речи: темп, ритм, интонация. Система логопедического воздействия должна иметь комплексный характер.