

тривожність і бар'єри для продуктивних, конструктивних дій; регулюють соціальні взаємини дітей

Важливою умовою ефективної арт-терапії є активне залучення батьків до спільних занять. Така діяльність дозволяє їм бути повноцінними учасниками творчого процесу дитини, налагодити міжособистісний контакт, краще пізнати індивідуальні особливості дитини, її внутрішній світ, відчутти радість від спільної творчої діяльності.

Підсумовуючи можна стверджувати, що арт-терапія є сучасною технологією корекційно-виховної роботи. Вона виходить за межі традиційного освітнього та корекційного процесу, гармонійно поєднуючи психолого-педагогічний, корекційно-розвивальний, медичний і соціальний аспекти.

Використання цього напрямку дає змогу здійснювати більш ефективний вплив на формування емоційної сфери, спонукає до подальшого розвитку компенсаторних властивостей збережених функціональних систем, покращує соціальну адаптацію дитини, що дає змогу впровадження одночасного корекційного впливу як на первинні, так і вторинні та третинні порушення.

Список літературних джерел:

1. Вознесенська О. Л. Арт-терапія у подоланні психічної травми: Практичний посібник. Вид. 2е: випр. та доповн. Київ: Золоті ворота, 2016. 198 с.
2. Енциклопедичний словник з арт-терапії / О. Л. Вознесенська, О. М. Скар, О. А. Бреусенко-Кузнєцов, О. О. Деркач, Л. В. Мова та ін.; [за заг. наук. ред. О. Л. Вознесенської, О. М. Скар]. Київ: Золоті ворота, 2017. 312 с.
3. Терлецька Л. Про методи арт-терапії. Психолог. 2002. № 5. С. 26.

Прохоренко Денис Олексійович

аспірант 1-го курсу,

Інститут спеціальної педагогіки і психології

імені Миколи Ярмаченка НАПН України,

м.Київ, Україна

ПРОБЛЕМА ПСИХОТРАВМИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Близько 50% людей впродовж життя зазнають травми. Характерною рисою травматичної події є її здатність викликати страх, безпорадність або жах. За даними ВООЗ поширеність посттравматичного стресового розладу в країнах, де відбувалися військові дії, складала від 11% до 50% населення.

Вивчення особливостей поведінки людини у кризових ситуаціях завжди були у центрі уваги науковців. Дослідниками проведено численні емпіричні розвідки окремих аспектів стресу, складних життєвих ситуацій, копінг-стратегій.

Втім, попри поширеність й розмаїття досліджень у даній галузі, багато аспектів лишаються недостатньо вивченими, зокрема це дослідження стресу і стресподолання у дітей з особливими освітніми потребами (ООП).

Актуальність цієї проблематики полягає в тому, що діти з особливими освітніми потребами є особливо вразливою групою, яка зазнає певних труднощів у соціально-психологічному адаптуванні. В дослідженнях вчених, найчастіше увага зосереджується на їхніх освітніх потребах, тоді як психологічний та емоційний стан таких дітей також вкрай важливий для їхнього успішного розвитку та здоров'я.

Психофізіологічні особливості впливу стресу на дитячий організм висвітлені в публікаціях С. Болтівця, О. Бондаренко, О. Васильєва, В. Войціцького, О. Гайдей, Л. Карамушки та ін.; вплив стресу на поведінку дітей, які перебували в умовах соціальних криз розглядали Л. Гармаш, Я. Коломінський, В. Коцур, О. Орлов, В. Панок та ін.

Первинні розлади, що виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування систем організму. Емоційні стреси за своїм походженням, зазвичай, є соціальними, і стійкість до них у різних людей різна.

В МКХ-10 ПТСР входить до групи невротичних розладів пов'язаних зі стресовими та травматичними кризовими ситуаціями. Симптоми невроту проявляються на двох рівнях - психоемоційному (різкі перепади настрою, дратівливість, вразливість, запальність, висока тривожність, лякливість, зацикленість на травмуючій ситуації, конфліктність в спілкуванні з оточуючими або прагнення максимально обмежити свої соціальні контакти) та фізичному (швидка стомлюваність, зниження обсягу запам'ятовування, труднощі у концентрації уваги, порушення сну, різноманітні вегетативні розлади) (Е. Малініна, О. Орлов).

Вивчаючи проблему формування невротів у дітей та підлітків з порушеннями інтелекту (далі, ППР), О. Орлов наголошує, що у дітей з ППР, враховуючи специфіку функціонування пізнавальної, емоційної сфер та складності у диференціюванні та вербалізації своїх переживань, досить проблематичним є діагностування наслідків стресу та посттравматичних розладів. Дослідник робить висновки, що у одних дітей з ППР може не бути сформований неврот через обмежену здатність до абстрактного мислення, а може й сформуватись неврот, але його перебіг матиме певні особливості, що обумовлені когнітивними особливостями; у інших – можуть сформуватись невротичні розлади, котрі не мають суттєвих відмінностей від аналогічних розладів у дітей з нормотиповим розвитком.

На думку Н. Михайлова, І. Карауш, у порівнянні з підлітками з типовим сенсорним розвитком, які у стресових ситуаціях сильніше всіх демонструють гнів і протест, їх незрячі однолітки найбільш інтенсивно переживають тривогу і фрустрацію, а однолітки з порушенням слуху – напругу та образу. В дослідженнях вченого відзначено, що всі діти в першу чергу незадоволені базовою потребою в безпеці, яка обумовлює порушення емоційних станів, формування різноманітних страхів, тривожність, депресію.

Посилаючись на наукові джерела в галузі спеціальної педагогіки Є. Крижко описує особливості невротичних проявів у дітей та підлітків з порушенням опорно-рухового апарату та дитячим церебральним паралічем.

Вчений свідчить, що у дітей з церебральними паралічами, найбільш частими є невротичні розлади, які мають подібну симптоматику з ПТСР, у дітей з порушенням опорно-рухового апарату виникають окремі симптоми невротичних розладів.

Втім, у висновках всіх авторів простежується спільна думка, що дітям з ООП, які пережили психологічну травму, досить важко усвідомити, що з ними сталося і це, насамперед, пов'язано з їхніми віковими особливостями, недостатнім рівнем соціальної та психологічної зрілості. Гострі реакції виникають у відповідь на фізичний або психологічний стрес, що характеризується винятковою інтенсивністю психогенного характеру. В дитячому віці інтенсивність травми залежить від неочікуваності, новизни психічного впливу, причому чим молодшого віку дитина, тим більше значення мають ці фактори.

Підсумовуючи можна зробити такі висновки.

Діти з особливими освітніми потребами можуть зазнавати психологічного стресу через різні фактори, такі як стигматизація, відчуття неприйняття чи нездатність справлятися з вимогами оточуючого середовища.

Негативний досвід та стресові ситуації призводять до психотравматичних наслідків у дітей з особливими освітніми потребами, а саме як тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад тощо.

Розуміння психологічних проблем та потреб цієї групи дітей є ключовим для розроблення ефективних програм підтримки та інтервенцій, спрямованих на забезпечення їхнього психосоціального благополуччя.

Список літературних джерел:

1. Марціновська І.П. Корекція посттравматичного стресового розладу у дітей із зони військового конфлікту, які мають психофізичні порушення. Кам'янець-Подільський. 2020. – 331 с.
2. Мушкевич М. І. Основи психотерапії. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. – 420 с.
4. Орлов О. В. Психологічна корекція розвитку невротизованих підлітків з порушеннями інтелекту. Київ. 2019. – 220 с.

5. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посібн., модульно-рейтинговий курс / Цимбалюк І. М. – [2-е вид., випр. і доп.]. – К. : Професіонал, 2007. – 544 с.

Рібцун Юлія Валентинівна,
кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник
Інститут спеціальної педагогіки і психології
імені Миколи Ярмаченка НАПН України
м. Київ, Україна
Манькевич Ірина Ігорівна,
здобувач вищої освіти,
Волинський національний університет імені Лесі Українки
м. Луцьк, Україна

ОСОБЛИВОСТІ УСНОГО МОВЛЕННЯ ДОРΟΣЛИХ З МОТОРНОЮ АФАЗІЄЮ

Афазія (від гр. а – заперечна частка, phasis – висловлювання) – тотальна або часткова втрата вже сформованого мовлення внаслідок локальних уражень домінантної півкулі головного мозку, яка характеризується семантичними, фонематичними, морфологічними і синтаксичними порушеннями при відсутності розладів мовленнєво-рухового апарату та слуху [2].

Основними симптомами афазії є втрата здатності розуміння мовлення, порушення читання та письма. Характер і вираженість симптомів можуть значно варіювати в залежності від місця та ділянки ушкодження мозку.

Черепно-мозкові травми, нейроінфекції, пухлини мозку, судинні захворювання, порушення мозкового кровообігу (геморагічний, ішемічний інсульт), нейрохірургічні втручання призводять до пошкодження лобної, тім'яної, потиличної та скроневої ділянок кори домінантної півкулі головного мозку. Вищезазначені ураження мовленнєвих зон лівої домінантної (у праворуких) півкулі мозку викликають афатичні порушення [3].