

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ / ПОРУШЕННЯМИ ЗДОРОВ'Я

### **Кордунова Наталія Олександрівна,**

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри педагогічної та вікової психології

факультету психології

Волинського національного університету імені Лесі Українки

<https://orcid.org/0000-0002-4683-0929>

### **Грицюк Ірина Михайлівна,**

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри практичної психології та психодіагностики

факультету психології

Волинського національного університету імені Лесі Українки

<https://orcid.org/0000-0001-6988-6012>

<http://www.scopus.com/inward/authorID=57204580585>

*Тривалий час поняття волі було однією з трьох основних категорій психології (розум, почуття, воля). Питання щодо сутності волі з самого початку її вивчення було тісно пов'язаним з проблемою мотивації, з проблемою пояснення причин та спонукальних механізмів активності людини. І це не випадково, оскільки зазначені сфери психологічної науки вивчають, по суті, одну і ту ж проблему – проблему психічних механізмів, які зумовлюють наявність свідомої, цілеспрямованої поведінки людини.*

*Одним із малодосліджених чинників, які опосередковують розвиток вольової сфери особистості, є вплив певних вад здоров'я. У дослідженні ми розкриваємо вплив соматичних вад, зокрема ДЦП, що виникає від народження й опосередковує розвиток у людини волі та вольової сфери, оскільки саме в ранньому дитинстві починається становлення певних станів свідомості і схем поведінки в різних життєвих ситуаціях.*

*У роботі здійснено теоретичний аналіз цієї проблематики та розкрито проблему розвитку вольової сфери юнаків з обмеженими можливостями здоров'я. Стрижневим травмувальним фактором у розвитку вольової сфери особистості в разі ДЦП виступає глибоке переживання комплексу фізичної неповноцінності. Індивідуальні характеристики психофізичних порушень у процесі розвитку дитини з церебральним паралічем дуже помітно позначаються на розвитку її вольової сфери та формуванні її образу-Я, тобто системи уявлень про себе як особистість, на основі яких складаються її взаємини із соціумом. Адже будь-який тілесний недолік змінює ставлення людини до світу, до себе, відбивається на стосунках з людьми.*

*Неповторність кожної дитини формує її унікальний світогляд і внутрішній світ. Проте в школярів юнацького віку з обмеженими можливостями здоров'я виникають певні проблеми в розвитку вольової сфери, які мають свою основну специфіку.*

**Ключові слова:** обмеження здоров'я, дитячий церебральний параліч, вольова сфера, образ-Я, психофізіологічне порушення, розвиток.

### **Kordunova Nataliya, Hrytsyuk Iryna. Psychological features of will development of persons with disabilities / health disorders**

*For a long time, the concept of will was one of the three main categories of psychology (mind, feeling, will). The question of the essence of the will from the very beginning of its study was closely related to the problem of motivation, to the problem of explaining the reasons and motivational mechanisms of human activity. And this is not by chance, since these areas of psychological science study, in fact, the same problem – the problem of mental mechanisms that determine the presence of conscious, purposeful human behavior.*

*One of the understudied factors that mediate the development of the individual's volitional sphere is the influence of certain health defects. In the study, we reveal the influence of somatic*

*defects, in particular, cerebral palsy, which occurs from birth and mediates the development of a person's will and volitional sphere, since it is in early childhood that the formation of certain states of consciousness and patterns of behavior in various life situations begins.*

*In our work, we carried out a theoretical analysis of this issue. But they revealed the problem of the development of the volitional sphere of young men with limited health opportunities. A key traumatic factor in the development of the volitional sphere of a person with cerebral palsy is the deep experience of a complex of physical inferiority. The individual characteristics of psychophysical disorders during the development of a child with cerebral palsy have a very noticeable effect on the development of his volitional sphere and the formation of his self-image, that is, the system of ideas about himself as a person, on the basis of which his relations with society are formed. After all, any bodily defect changes a person's attitude to the world, to himself, and affects his relationships with people.*

*The uniqueness of each child forms its unique and unique outlook and inner world. However, schoolchildren of adolescent age with limited health opportunities have certain problems in the development of the volitional sphere, which have their own basic specificity.*

**Key words:** *health limitations, children's cerebral palsy, volitional sphere, self-image, psychophysiological disorder, development.*

**Постановка проблеми.** Проблема вивчення волі та вольової сфери особистості має давню історію і сьогодні викликає неабиякий науковий інтерес дослідників. Багато вчених вважають волю стрижнем усієї структури особистості. Для вітчизняної психології характерним є розуміння волі як здатності людини наполегливо досягати свідомо поставленої мети, незважаючи на наявність зовнішніх і внутрішніх перешкод. У сучасних дослідженнях проблема волі розглядається в руслі свідомої та цілеспрямованої психічної саморегуляції та діяльності.

У багатьох наукових школах була проведена велика кількість експериментальних досліджень. Отримано результати щодо формування вольових властивостей учнів у різних видах діяльності, особливостей вольового розвитку дітей того чи іншого шкільного віку, зв'язку волі з активністю, психічним станом, інтересами, рівнем домагань, впливу учнівського колективу та сім'ї на формування волі та вольової сфери школярів. Вольові якості особистості були предметом спеціальних експериментальних досліджень, виконаних у психології, велика увага приділяється психофізіологічним основам регуляції поведінки.

**Метою роботи** є уточнення низки теоретичних питань щодо феноменів волі, доступних емпіричному вивченню (вольова дія, вольове зусилля, вольові властивості, рівень вольового розвитку особистості або інші вольові прояви), які б найкраще відображали специфіку саме

вольових, а не інших аспектів особистості. Важливим теоретичним досягненням психології і педагогіки є положення про розвиток волі як складової частини формування особистості.

Проблема волі має не тільки психологічні, а й філософські та правові аспекти. Таким чином, ситуація, яка склалась у психології, і запити суміжних галузей науки зумовлюють теоретичну і практичну значущість досліджень проблеми волі.

Арістотель уперше описав реальності, які вимагають для свого пояснення введення в систему психологічних понять поняття волі. Такими реальностями були вибір дії, її ініціація і володіння собою [6]. Функцією вибору за волею визнавав вчений Ф. Лерш. В.Е. Франкл уважає вибір основною функцією волі й пов'язує вибір людиною вчинку з пошуком змісту життя, з оцінкою своїх дій з позицій майбутнього. Проблема вибору як складова частина чи стадія вольового акту визнана і багатьма іншими дослідниками, які працюють у межах мотиваційного підходу до волі.

**Результати дослідження.** Чи є воля реальним психологічним феноменом? Одні вчені відстоюють точку зору, що воля – це не тільки реальне, а й самостійне психічне явище. Інші – що в реальності ніякої волі немає, а це поняття – лише термін, який означає доволі різноманітні явища.

Якщо говорити про проблему діагнозу, то церебральний параліч – це порушення моторних функцій і контролю м'язів унаслідок ураження мозку перед, під час або невдовзі після народження дитини.

За дитячого церебрального паралічу (далі – ДЦП) порушення характеризуються поєднанням тріади розладів: рухових, психічних і мовних, із супутніми порушеннями зору, слуху і розладами сенсомоторної чутливості (Є.С. Каліжнюк, І.Ю. Левченко, Є.М. Мастюкова). Рухові розлади – основний клінічний синдром ДЦП – включають паралічі, парези, порушення координації, формування кісткових деформацій і множинних контрактур. Патологія рухової системи у дітей з ДЦП є одним із найважливіших чинників, які уповільнюють і сповільнюють їх психічний розвиток.

Рівень інтелектуальних порушень у дітей з церебральним паралічем різний. Велика кількість дітей, які мають рухові порушення, близька до норми, вони розвиваються з однолітками. Велика кількість дітей з ДЦП має затримку психічного розвитку внаслідок раннього органічного ураження мозку. У певній кількості дітей інтелектуальне недорозвинення більш різко виражене. Третя група порушень у разі дитячого церебрального паралічу – це мовні розлади: частіше різні дизартрії, рідше алалія, а також порушення писемного мовлення – дислексія, дисграфія [2].

Діти із ДЦП з важкістю оволодівають навиками читання та письма. Порушення писемної мови – дислексія і дисграфія – зазвичай збігаються з недорозвиненням усної мови і бувають за різноманітних форм дизартрії. Порушення читання та письма у дітей з ДЦП може бути пов'язане з недостатністю рухів очей, відсутністю синхронності їхніх рухів уздовж рядків, звуженням поля зору, специфічними оптикогностичними розладами тощо [9].

У даній категорії дітей мовні та писемні проблеми не зникають навіть у старших класах, тому вони потребують спеціальної допомоги. Без неї вони не тільки відчують труднощі в навчанні, але й часто попадають у число невстигаючих учнів з усіх предметів. Таке положення може негативно позначитись на поведінковій, особистісній сфері, призводить до порушення шкільної адаптації дитини та ін.

Церебральний параліч не є прогресуючим або заразним, його неможливо вилікувати в прямому розумінні цього слова, хоча правильне навчання і терапія, а також сучасні технології дають можливість осо-

бам із церебральним паралічем вести продуктивне життя. ДЦП може проявлятися в легкому, середньому та важкому ступені, а також мати різні форми. Легкий ступінь майже не впливає на координацію рухів та їхні функції. Все залежить від того, де і як ушкоджений мозок [8].

У разі важкого ступеня порушень руху людина не володіє навиками ходи і маніпулятивними діями. Вона не може самостійно обслуговувати себе. За середнього ступеня порушень руху особи володіють ходом, пересуваються невпевнено, часто за допомогою спеціальних засобів (костилів, канадських паличок, колясок). Вони не в змозі самостійно пересуватися містом, їздити в транспорті. Навики самообслуговування у них розвинені не повністю через порушення маніпулятивної функції. У разі легкого ступеня порушень руху особи ходять самостійно і впевнено як у помешканні, так і поза ним. Вони повністю себе обслуговують, у них досить розвинена маніпулятивна діяльність. Однак у хворих можуть помічатися неправильні маніпулятивні пози і положення, порушення ходи, рухи не досить справні, повільніші. Знижена м'язова сила, присутні недоліки мілкої моторики [7].

Ця категорія людей має досить багато проблем, і сьогодні цьому ще не надається належної уваги. Однією з них є визнання принципу рівних можливостей у сфері початкової, середньої і вищої освіти. Діти, які мають діагноз ДЦП, не мають доступу до звичайних освітніх закладів, програм реабілітації та адаптації. Адже загальноприйнятим є перебування і навчання таких дітей у закритих закладах або в кращому випадку – вдома. Це відокремлює їх від суспільства та негативно впливає на формування комунікативних навичок, гальмує процес пізнання. Ця відстороненість викликає відчуття самотності, нікому не потрібності тощо. Зазвичай у процесі спілкування присутня лише сім'я [1].

Статистика свідчить, що інваліди мають низький рівень освіти: 50% не мають освіти або мають лише початкову освіту, 7% мають вищу освіту, 10% отримали освіту в спеціалізованих навчальних закладах.

Дитина із ДЦП може бути такою ж здібною і талановитою, як її одноліток, який не має проблем зі здоров'ям, але виявити

свій талант, розвинути його, приносити за його допомогою користь суспільству їй заважає нерівність можливостей.

Як правило, в навчальних закладах для дітей, які мають інвалідність, панує орієнтація на звичні для інвалідів професії: столяр, слюсар, швачка тощо, хоча вони іноді далекі від їхніх реальних можливостей. Крім того, не поновлюються методи та форми профорієнтаційної роботи. Адже нові умови життя дозволяють ставити проблему здобуття інвалідами сучасних, престижних професій, здійснювати професійну підготовку за тими видами праці, за якими є потреба в державі [5].

Таким чином, діти з обмеженими можливостями здоров'я дуже часто не мають соціальної та матеріальної підтримки, умов для розвитку своїх інтересів, здібностей, ще й приречені на інтелектуальну потворність.

Ці проблеми можна пов'язати із соціальною ізоляцією осіб з обмеженими можливостями. Відторгнення соціумом осіб з недоліками можна спостерігати у всіх вікових групах, незалежно від статі, етнічної приналежності та ін. [3].

Вікові закономірності розвитку особистості як нормальні реакції на природні зміни потреб, інтересів, особистісних стандартів та ідеалів пов'язані зі становленням самосвідомості й супроводжуються почуттям невпевненості, невизначеності, незадоволення собою та своїми соціальними взаємозв'язками. Фактор захворювання може перетворити ці зміни на серйозну психологічну проблему. Низька самооцінка, негативне самосприйняття, страх відторгнення, непорозуміння, сором'язливість, недостатній розвиток комунікативних навичок, соціальних якостей та адекватних форм самоствердження також зумовлюють виникнення почуття невпевненості в собі. Це робить осіб з вадами розвитку особливо вразливими щодо цієї проблеми. Під час сумісного навчання таких дітей зі здоровими однолітками закономірно виникають проблеми адаптації, комунікації та ін. Вони супроводжуються високим рівнем конфліктності та емоційного напруження в міжособистісних стосунках, що опосередковує настановчі диспозиції особистості: динамічність – статичність, варіабельність – стабільність, варіабельність – лабільність. Динаміч-

ність зумовлює розвиток таких якостей, як гнучкість і пристосування особистості до оточення. Статичність настанови спричинює стереотипність поведінки, яка призводить до нерозуміння в групі однолітків, порушення партнерських взаємин. Все це поглиблює почуття невпевненості особистості, тоді як є інший шлях психосоціального розвитку – гармонізація взаємостосунків особистості з вадами здоров'я з іншими оточуючими, її продуктивне інтегрування в суспільство [1].

Серед причин виникнення негативного розвитку вольової сфери в осіб з обмеженими можливостями здоров'я можуть бути неадекватна батьківська чи материнська поведінка в родині, що негативно впливає на становлення життєвої, соціальної чи індивідуальної та інших рольових позицій особистості в різні моменти її життя. Батьківські функції щодо дитини з певними вадами здоров'я пов'язані із соціальним очікуванням, яке ставиться суспільством як норма батьківської поведінки. Якщо в сім'ї виховується не одна така дитина, то існує менша ймовірність прояву негативного розвитку вольової сфери в дитини. У випадках, коли один із батьків – інвалід або хтось із родичів має вади здоров'я, то сім'я має досвід проживання з людиною з вадами здоров'я. У здорових батьків, позбавлених даного досвіду, може виникнути гіперопіка, яка утворює маніпулятивну стратегію поведінки, а отже, стимулює в дитини почуття невпевненості, страху, комплексу неповноцінності та ін. Тож маніпулятивність формується з раннього дитинства, коли батьки починають втягуватися в гру: дитина – хвора, слабка, батьки – рятівники в будь-який момент. Коли дитина підростає, і батьки вимагають відповідальності в різних життєвих ситуаціях, юнак чи дівчина продовжує втягувати своїх рідних, однолітків, друзів у ту ж саму гру за тими самими правилами. Якщо хтось відмовляється, то починається маніпулювання: «я не вмію, не зможу, в мене нічого не вийде, я не повинен (не повинна) це робити». І доти, поки не перерветься залежність особистості з вадами здоров'я від інших, ця нав'язлива гра маніпулятора не закінчиться. Навіть задовольняючи всі забаганки, така особистість не позбавиться від почуття невпевненості.

Такий стиль сімейного виховання негативно впливає на формування особистості дитини, що виявляється в егоцентризмі, підвищеній залежності, відсутності активності, зниженій самооцінці дитини, що сприяє появі самотності та інших негативних рис особистості [6].

В особливо гострих формах негативізм у поведінці дитини з обмеженими можливостями здоров'я проявляється в сім'ях, для яких характерний холодний стиль спілкування – гіпопротекція, зниження емоційних контактів батьків з дитиною, проєкція на дитину з боку обох батьків або одного з них власних небажаних якостей. Такі батьки акцентують зайву увагу на лікуванні дитини, пред'являють завищені вимоги до медичного персоналу, намагаючись компенсувати власний психічний дискомфорт за рахунок емоційного відторгнення дитини. Подібний стиль спілкування в родині веде до формування в особистості дитини емоційної нестійкості, високої тривожності, нервово-психічної напруженості, породжує комплекс неповноцінності, емоційну беззахисність, невпевненість у своїх силах та ін. [7].

За умов репресивного стилю спілкування, що характеризується батьківською установкою на авторитарну лідируючу позицію, в дитини з вадами здоров'я формується афективно-агресивна поведінка, плаксивість, дратівливість, підвищена збудливість, що ускладнює їх подальшу адаптацію в суспільстві. Який спосіб стосунків батьків, такий стиль виховання виявляється в песимістичному погляді на майбутнє дитини, в постійному обмеженні її прав, у твердих батьківських розпорядженнях, невиконання яких карається. У цих сім'ях від дитини вимагають неухильного виконання всіх завдань, вправ, розпоряджень, не враховуючи при цьому її рухових, психічних та інтелектуальних можливостей. За відмову від виконання цих вимог нерідко вдаються до фізичних покарань. Така дитина відчуває свою неповноцінність дуже гостро, часто вважає себе нікому не потрібною в цьому світі, ізолюється від суспільства, що ще в більшій мірі ускладнює її фізичний і психічний стан. У дітей юнацького віку, які виховуються в таких сім'ях, можуть виникати суїцидальні думки та наміри [2]. Таким чином,

лише в сім'ї, для якої характерний стиль співробітництва, тобто конструктивна і гнучка форма взаємовідповідальних стосунків батьків і дитини, можливий розвиток у неї почуття захищеності, впевненості в собі, потреби в активному встановленні міжособистісних стосунків як у родині, так і поза домом.

Як зазначає К. Семенова, для особистості, яка невпевнена в собі, характерні такі риси поведінки: відсутність природності у відносинах з оточуючими (щонайперше спілкування з протилежною статтю), визначена ригідність у стосунках, які не змінюються під впливом різних партнерів та обставин взаємодії, не відповідні суспільним уявленням вчинки, які супроводжуються нестандартною уявою, невмінням співвідносити свої вчинені дії з поведінкою оточуючих, великий розрив між «Я» реальним та ідеальним, страх бути нецікавою людиною і нікому не потрібною, який породжує агресивність, ворожість у відносинах з однолітками, вчителями, батьками, а також нереалізована потреба в самоствердженні. У разі перепон на шляху самореалізації особистість відчуває себе невдахою, виникає жалість до себе, вона дистанціюється від світу, утверджується тенденція приписувати свої почуття, мотиви, потреби іншим. Для дітей з обмеженими можливостями здоров'я причиною усамітнення є неможливість бути такою, як усі, знаходитися серед здорових людей, адже інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності, її соціальної дезадаптації, обмеження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, спілкуванням, майбутньої трудової діяльності та ін. [3]. Навпаки, здорові діти усамітнюються задля прояву своєї неповторності, щоб досягнути несхожості серед загалу. Якщо для особистості з вадами здоров'я основна мета – домогтися схожості з іншими, то для здорової – виокремитися, утвердити в будь-якій формі свою непересічність.

**Висновки.** Таким чином, негативні прояви у вольовій сфері виникають як серйозна проблема під дією багатьох чинників: віку, статі, проблем фізичного стану особистості (специфіки наслідків певної вади здоров'я). Найбільш уразливими щодо цього є підлітки та юнаки порівняно з дорослими. Це викли-

кано віковими чинниками, які впливають на розвиток особистості: розвиток самосвідомості, кризи самооцінки, зміна кола спілкування (вступ до ЗВО, іншого навчального закладу, професійне становлення) та ін. Особи з обмеженими можливостями більше схильні, ніж здорові люди, до виникнення негативних проявів у вольовій сфері. Це зумовлено ускладненнями в процесі адаптації та інтеграції особи з обмеженими можливостями здоров'я в суспільстві. Низька

самооцінка, негативне самосприйняття, визнання своєї нерівності, страх відторгнення, обмежене спілкування, непорозуміння, сором'язливість, недостатній розвиток комунікативних навичок, соціальних якостей та адекватних форм самоствердження також зумовлюють виникнення негативних проявів у розвитку вольової сфери. Це робить юнаків з обмеженими можливостями здоров'я особливо вразливими щодо цієї проблеми.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Вах дер Стам Б. Допомога дитині при церебральному паралічі: практичні поради. Львів : Світ, 1995. 120 с.
3. Воростін К. Д. Дитячі церебральні паралічі. Харків : Медицина, 2013. 128 с.
4. Грицюк І.М. Особливості розвитку дитини з дитячим церебральним паралічем. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*. Київ : Університет «Україна», 2013. С. 295–298.
5. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство: громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти / Є. А. Клопота та ін. Запоріжжя : ЗНУ, 2008. 114 с.
6. Кордунова Н. О., Савчук І. О. Психолого-педагогічний практикум. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2020. 78 с.
7. Нижник Л., Сагірова О. Допомога дітям з особливими потребами. Київ : Ред. загальнопед. газ., 2004. 120 с.
8. Синьов В. М. Розумова відсталість як педагогічна проблема. Київ : Знання, 2007. 345 с.
9. Савчин М. В., Василенко Л.П. Вікова психологія. Київ : Академвидав, 2011. 384 с.

#### REFERENCES:

1. Bocheliuk, V. Y., & Turubarova, A. V. (2011). *Psychology of a person with disabilities*. Kyiv : Tsentr uchbovoi literatury. 264 s. [in Ukrainian]
2. Vakh der Stam, B. (1995). *Dopomoha dytyni pry tserebralnomu paralichi: praktychni porady* [Helping a child with cerebral palsy: practical tips]. Lviv : Svit. 120 s. [in Ukrainian]
3. Vorostin, K. D. (2013). *Dytiachi tserebralni paralichi* [Children's cerebral palsy]. Kharkiv : Medytsyna. 128 s. [in Ukrainian]
4. Hrytsiuk, I. M. (2013). *Osoblyvosti rozvytku dytyny z dytiachym tserebralnym paralichem* [Features of the development of a child with cerebral palsy]. *Osvita rehionu. Politolohiia. Psykholohiia. Komunikatsii*. Kyiv : Universytet «Ukraina». S. 295–298. [in Ukrainian]
5. Klopota, Ye. A., Bondarenko, B. H., Klopota, O. A., & Bondarenko, S. A. (2008). *Intehratsiia molodi z obmezhenyi fizychnyimi mozhlyvostyami v suspilstvo: hromadsko-pravovi, sotsialno-psykholohichni ta informatsiino-tekhnohichni aspekty* [Integration of youth with limited physical capabilities into society: social-legal, social-psychological, and information-technological aspects]. Zaporizhzhia : ZNU. 114 s. [in Ukrainian]
6. Kordunova, N. O., Savchuk I. O. (2020). *Psykhologo-pedahohichniy praktykum* [Psychological and pedagogical workshop]. Lutsk : PP Ivaniuk V. P., 78 s. [in Ukrainian]
7. Nyzhnyk, L., & Sahirova, O. (2004). *Dopomoha ditiam z osoblyvymy potrebamy* [Helping children with special needs]. Kyiv : Red. zahalnoped. haz. 120 s. [in Ukrainian]
8. Synov, V. M. (2007). *Rozumova vidstalist yak pedahohichna problema* [Mental retardation as a pedagogical problem]. Kyiv : Znannia. 345 s. [in Ukrainian]
9. Savchyn, M. V., & Vasylenko, L. P. (2011). *Vikova psykholohiia* [Age psychology]. Kyiv : Akademydav, 384 s. [in Ukrainian]