



Innowacje Psychologiczne

Studenckie Czasopismo Naukowe

ISSN: 2299-0275

6/2017

Innowacje Psychologiczne – Studenckie Czasopismo Naukowe



INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE

Lublin 2017

Komitety redakcyjne:
Iryna Yevtushenko
Grzegorz Grochecki, Rafał Zieliński

Opieka Naukowa
ks. dr Jacek Łukasiewicz SCJ, dr Marta Pawelec
prof. dr. Hab. Czesław Walesa

Recenzenci
Dorota Doroz

INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE

Numer 6 (1/2017)

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Spis treści

ANNA KOT ZASTOSOWANIE FITOTERAPII I AROMATOTERAPII W DZIAŁANIACH PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH.....	5
VIKTORIA KRAVTSOVA ИНТЕГРАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВЕ.....	11
IRINA EVTUSHENKO ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З ІНВАЛІДНІТЮ ТА НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	19
ЗИНІНА МАРІЯ НЕОБМЕЖЕНІ МОЖЛИВОСТІ: ЛЮДИ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ЯКІ ПІДКОРИЛИ СВІТ.....	35
МАРЧАК ЮЛІЯ ОСОБЛИВОСТІ ПРИЙНЯТТЯ БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ	39
ROBERT OKNIŃSKI, JAGODA CZAJKOWSKA, ANNA KARDASH AUTYZM I POTRZEBA KOMUNIKACJI – METODA PECS. PREZENTACJA METODY.....	45
ROZENBERH MARIA РОЗЛУЧЕННЯ – ЯК СУСПІЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН В УКРАЇНІ	48
RAFAŁ ZIELIŃSKI GRZEGORZ GROCHECKI POSTAWY RODZICIELSKIE I STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM OSÓB WYCHOWUJĄCYCH DZIECKO Z WADĄ SŁUCHU.....	57
MARTYNA MACIEŃKO PROFILAKTYKA WYPALENIA ZAWODOWEGO.....	64
AGNIESZKA BRAK TYTUŁU.....	69
MONIKA BANACH WOŁONTARIAT JAKO BEZINTERESOWNA POMOC NA RZECZ INNYCH.....	84

Zastosowanie fitoterapii i aromatoterapii w działaniach psychoterapeutycznych

Usage of herbalism and aromatherapy in psychological therapy

Streszczenie

Psychoterapia jest najczęściej definiowana jako forma leczenia zaburzeń psychicznych i związanych z nimi problemów za pomocą metod psychologicznych. Odbywa się to w obszarze kilku orientacji psychoterapeutycznych: a) podejścia psychodynamicznego; b) behawioralnego; c) poznawczego i poznawczo – behawioralnego; d) humanistycznego.

Fitoterapia oznacza ziołolecznictwo. Stosuje się tutaj przetworzone surowce uzyskiwane z roślin leczniczych, które włącza się w profilaktykę i terapię różnych chorób. Natomiast aromatoterapia jest specyficzną dziedziną medycyny niekonwencjonalnej, która wykorzystuje lecznicze właściwości olejków eterycznych. Jako przykład posłużyła w tym przypadku lawenda.

Słowa kluczowe: psychoterapia, fitoterapia, aromatoterapia, olejek eteryczny, lawenda

Wstęp

Problematyka fitoterapii i aromatoterapii coraz częściej wkomponowuje się w nowoczesne działania psychoterapeutyczne. Skuteczna psychoterapia bowiem powinna włączać naturalne terapie roślinne i wykorzystywać ich cenne właściwości. W procesie psychoterapeutycznym można by wyróżnić kilka prawidłowości, takich jak: a) psychoterapia leczy zaburzenia funkcjonalne, a nie organiczne; b) lepiej leczy się objawy, które pojawiły się niedawno i trwają niezbyt długo; c) można spodziewać się większej skuteczności leczenia u pacjentów młodszych niż u starszych; d) lepiej angażują się w proces psychoterapeutyczny ci pacjenci, którzy cierpią i mają większą motywację do terapii; e) sprzyja wyleczeniu brak korzyści z choroby; e) ważne jest przewidywanie przez pacjenta potencjalnych nagród za postęp w psychoterapii; f) pacjent powinien posiadać nawyk społecznego uczenia się; g) sprzyja leczeniu uprzednie dobre przystosowanie społeczne, będące wyrazem względnie harmonijnej osobowości; h) pacjenci, którzy mają brać udział w terapii prowadzonej metodą werbalizowania stanów psychicznych, winni odznaczać dostatecznym poziomem umysłowym (Stepulak, 2010).

Powyższe wymogi dla skutecznej psychoterapii nie dotyczą w sposób bezpośredni fitoterapii i aromatoterapii, ale ich skuteczność bez wątpienia odnosi się do powyższych właściwości.

Pojęcie psychoterapii

Termin „psychoterapia” posiada w sobie bardzo złożoną i różnorodną treść. Można powiedzieć, iż psychoterapia (*psychotherapy*) w sensie ogólnym jest to zastosowanie każdej metody, która ma łagodzące lub lecznicze oddziaływanie na wszelkie zaburzenia psychiczne, emocjonalne lub zachowania. W takim rozumieniu termin ten jest neutralny w stosunku do teorii leżącej u jego podstaw, zastosowanych metod lub formy i czasu trwania terapii. W praktyce mogą mieć zastosowanie kwestie prawne i zawodowe. W literaturze specjalistycznej termin ten jest prawidłowo używany jedynie wówczas, gdy psychoterapię wykonuje osoba o odpowiednim przeszkoleniu, stosująca ogólnie przyjęte metody. Pojęcie to często bywa używane w skróconej formie – *terapia* – zwłaszcza gdy dodane są wyrazy określające formę terapii lub nastawienie teoretyczne stosującego ją terapeuty (Reber, 2000, s. 600).

Psychoterapia może być również definiowana jako leczenie zaburzeń psychicznych

i związanych z nimi problemów za pomocą metod psychologicznych (Reber, 2009, s. 613). Psychoterapia jest ogólnym określeniem odnoszącym się do oddziaływania leczniczego i korygującego drogą wyłącznie psychologiczną, która polega na dostarczeniu osobie określonych przeżyć i doświadczeń. „U podstaw takiego oddziaływania leży założenie, że przekonania i postawy człowieka wobec siebie i świata oraz jego nieprzystosowawcze czy zaburzone wzorce zachowań można zmienić i skorygować, dostarczając mu odpowiednich doświadczeń czy instrukcji w trakcie kontaktów z terapeutą” (Łosiak, 2005, s. 233).

Można mówić o kilku orientacjach psychoterapeutycznych: a) podejście psychodynamiczne, mające u podstaw psychoanalizę Z. Freuda; b) behawioralne, opierające się na teorii uczenia; c) poznawcze i poznawczo – behawioralne, wykorzystujące osiągnięcia w badaniach i rozumieniu procesów poznawczych; d) humanistyczne, realizujące postulaty psychologii humanistycznej (Łosiak, 2005, s. 233). W tym kontekście warto wspomnieć o zastosowaniu fitoterapii i aromatoterapii do różnorodnych działań psychoterapeutycznych.

Fitoterapia w działaniach psychoterapeutycznych

Pojęcie fitoterapia pochodzi z języka greckiego i składa się z dwóch członów etymologicznych. Pierwszy z nich – φυτόν (fitón) – to roślina, a drugi człon to terapia. Słowo „terapia” wywodzi się z greckiego słowa „therapeuín”, co oznacza „opiekować się, oddawać cześć”; w znaczeniu szerszym – „leczyć”. Tak więc terapia jest oddziaływaniem na człowieka (w sferze fizycznej, psychicznej a nawet duchowej) bez użycia środków farmakologicznych czy chirurgicznych. Jest procesem zaplanowanym, obejmującym różne płaszczyzny działania terapeuty, nakierowanym na jednostki z różnorodnymi zaburzeniami (www.profesor.pl).

Polskie tłumaczenie pojęcia „fitoterapia” oznacza ziołolecznictwo. W takim rozumieniu ziołolecznictwa stosuje się przetworzone surowce uzyskiwane z roślin leczniczych, które wdraża się w profilaktyce i terapii różnorodnych chorób. Pojęcie to jest również używane dla określenia gałęzi medycyny zajmującej się leczeniem preparatami roślinnymi.

Należy dodać, iż fitoterapia wiąże się bardzo ściśle z poszukiwaniem nowych leków roślinnych oraz odkrywaniem nowych zastosowań fitoterapeutycznych znanych już i sprawdzonych roślin leczniczych na przykład na podstawie danych [etnofarmakologicznych](#). Nie można zapomnieć, że ziołolecznictwo jest bardzo rozpowszechnione wśród nieuprzedmiotowionych społeczeństw. Jest ono głównym składnikiem wszystkich tradycyjnych systemów medycznych ([medycyny ludowej](#)), przede wszystkim ze względu na niski koszt pozyskania surowców leczniczych oraz ich naturalne występowanie (<http://www.himavanti.org/pl/c/uzdrawianie/ziololecznictwo-fitoterapia-zielarstwo-rosliny-lecznicze-czyli-ziola-w-terapii-i-leczeniu>).

Współcześnie fitoterapia odgrywa ogromną wspomagającą rolę w różnego rodzaju psychoterapiach, głównie o charakterze relaksującym i regenerującym zdrowie psychiczne człowieka. Jako przykład może służyć ogromne znaczenie terapeutyczne kwiatu lawendy (*Lavendulae flos*), który jest stosowany wewnętrznie w zaburzeniach samopoczucia, w sytuacji stanów wysokiego niepokoju, trudności w zasypianiu, funkcjonalne dolegliwości w obrębie nadbrzusza (nerwowe podrażnienie żołądka), wzdęcia oraz nerwowe dolegliwości jelitowe. Inne badania potwierdzają uspokajające działanie olejku eterycznego z lawendy i to bez efektu hipnotycznego (Schilcher, 1999).

Olejek lawendowy wywiera bezpośredni wpływ na ośrodkowy układ nerwowy, a przez to osłabia spontaniczną aktywność ruchową ludzi i zwierząt. Przyczynia się także do zmniejszenia stanu napięcia nerwowego, uczucia niepokoju, a także trudności w zasypianiu. Oceniono także działanie sedatywne i anksjologiczne wyciągów z kwiatów lawendy i olejku lawendowego w licznych testach farmakologicznych. Olejek lawendowy wykazywał także działanie antydepresyjne. Pomaga również w walce z chorobą Alzheimera (Nartowska, 2012).

Lawenda znalazła ogromne uznanie opisane w dziele św. Hildegardy. Warto więc

wspomnieć słowa św. Hildegardy, która podkreślała znaczenie lawendy w leczeniu wielu chorób: „Stosowanie tego zieleń daje podwójny skutek, temu kto pije wino lawendowe, zapewnia dobry umysł i pamięć, dodatkowo zaś lawenda jest środkiem leczniczym na wątrobę i płuca. Kwiat lawendy stosuje się jako środek uspokajający w bezsenności i stanach podniecenia. Poza tym działa on moczopędnie oraz przeciwgorączkowo. Dobrze robi używany do aromatycznych wzmacniających kąpiel” (Czekański, 2007).

Wyciąg z kwiatów lawendy działa uspokajająco, a także przeciwskurczowo szczególnie na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego. Surowiec lawendowy stosowany jest w dolegliwościach jelitowych o podłożu nerwicowym, trudnościach w zasypianiu i zaburzeniach snu, a także w zaburzeniach trawienia i przy zmniejszonym łaknieniu (Matławska, 2005; Frohne, 2006).

Kwiaty lawendy są surowcem farmakopealnym. Można je zatem stosować w postaci naparów bądź też nalewki alkoholowej. Ze względu na właściwości przeciwbólowe, uspokajające i rozkurczowe były używane od dawna do leczenia bólu głowy, migreny oraz w zaburzeniach trawiennych (Senderski, 2004; Góra i Lis, 2012).

Reasumując można powiedzieć, iż fitoterapeutyczne znaczenie lawendy jako jednej z roślin leczniczych ma bardzo szerokie i wszechstronne zastosowanie. Należy nadmienić, iż prowadzone są liczne badania i eksperymenty nad nowymi zastosowaniami lawendy i innych ziół leczniczych. Można z zadowoleniem powiedzieć, iż współczesne formy psychoterapii coraz częściej posilają się wykorzystaniem ziół i ich wszechstronnych właściwości leczniczych.

Aromaterapia w działaniach psychoterapeutycznych

Aromaterapia jest specyficzną dziedziną medycyny niekonwencjonalnej, która wykorzystuje lecznicze właściwości olejków eterycznych. Olejki eteryczne są otrzymywane z różnych części roślin w procesie destylacji. Są to: kwiaty, liście, łodygi, korzenie lub kora roślin. Wyodrębnia się dwa mechanizmy ich działania. Pierwszy z nich opiera się na wpływie na mózg, szczególnie na układ limbiczny, przez układ węchowy. Drugi natomiast opiera się na działaniu farmakologicznym (Zdrojewicz i inni, 2014).

Termin aromaterapia został powszechnie przyjęty w 20-30 latach XX wieku dzięki francuskiemu chemikowi Rene Maurice Gattefosse. Uczony ten zainteresował się aromaterapią, gdy bardzo szybko wyleczył oparzenie ręki stosując okłady sporządzone z olejku lawendowego. To właśnie on uznawany jest za autora terminu aromaterapia. Termin „aromaterapia” oficjalnie po raz pierwszy pojawił się w 1937 roku w jego książce pt. „Aromaterapia – olejki eteryczne – hormony roślinne” (Zdrojewicz i inni, 2014).

Aromaterapia to nie tylko naturalna i przyjemna metoda odprężająca i relaksująca, ale również łagodząca wiele dolegliwości (Machowska, 2009). W tym kontekście można by znowu odwołać się do przykładu lawendy. Olejek lawendowy ze względu na swój wyjątkowy skład jest jednym z najważniejszych olejków stosowanych w aromaterapii, ponieważ posiada wiele właściwości terapeutycznych (Brud i Konopacka, 2008; Romer, 2009).

Olejek eteryczny w lawendzie znajduje się w kulistych gruczołach tworzących kutner pokrywający prawie całą roślinę. Największe ilości olejku eterycznego znajdują się w kwiatach, dlatego są głównym surowcem do produkcji olejku (Adaszyńska i inni, 2013).

Wdychanie olejku lawendowego może wywołać zarówno efekt stymulujący jak i uspokajający, olejek może także być stosowany w łagodnej terapii zaburzeń nerwowych (Nurzyńska-Wierdak, 2015). Wyróżnia się kilka sposobów wykorzystania olejku lawendowego, które podano poniżej:

- Inhalacje – dzięki tej metodzie olejek może działać bezpośrednio na drogi oddechowe. Często są stosowane kominki aromaterapeutyczne.
- Masaż – należy do najbardziej skutecznych zabiegów w aromaterapii.
- Okłady lecznicze.
- Kąpiele – są popularną metodą stosowania olejków eterycznych, jak również wygodnym

sposobem zastosowania aromaterapii w domu.

Powyższe formy wykorzystania olejku lawendowego w doskonały sposób wzmacniają działania psychoterapeutyczne. Olejek lawendowy doskonale komponuje się z innymi olejkami. Działa pozytywnie na nasz nastrój, uspokaja nas i poprawia samopoczucie (Piotrowska, 2006).

Udowodniono, iż rozpylenie w powietrzu olejku lawendowego i linalolu zmniejsza nadpobudliwość (Góra 2012). Zewnętrznie, w formie okładów, stosuje się olejek w przypadku nerwobólów, w bólach mięśniowych, stawowych, potłuczeniach, oparzeniach słonecznych, ukąszeniach i użądleniach owadów, ponieważ znosi bolesność i obrzęki. Może być też dodawany do kąpieli w celu poprawy ukrwienia skóry, łagodzi przy tym choroby skórne (Góra i Lis, 2012).

Nie można pominąć istotnego faktu, iż ekstrakty z lawendy, a szczególnie olejek eteryczny, charakteryzują się wysoką aktywnością w stosunku do różnych drobnoustrojów. Istnieje bowiem duża liczba prac potwierdzających działanie przeciwbakteryjne olejku lawendowego wobec wielu rodzajów bakterii. Warto dodać, iż olejek lawendowy może stanowić alternatywę w walce z bakteriami patogennymi u ludzi. Bakterie te bowiem wykształciły odporność na wiele antybiotyków i chemioterapeutyków. Olejek lawendowy wzmacnia swoje działanie w połączeniu z innymi olejkami czy konserwantami syntetycznymi. Stwierdzono ponad 600 takich możliwości (Adaszyńska-Skwirzyńska i inni, 2014).

Przeprowadzono analizę składu chemicznego i aktywności przeciwdrobnoustrojowej olejków eterycznych wyizolowanych z krajowych odmian lawendy wąskolistnej. Materiałem do badań stanowiły kwiaty różnych odmian lawendy wąskolistnej: 'Munstead', 'Munstead Strain', 'Blue River', 'Lavander Lady', 'Ellegance Purple' (Adaszyńska i inni, 2013).

Ważną informacją jest to, iż skład chemiczny olejku eterycznego zależy od odmiany lawendy wąskolistnej. Przeprowadzone badania wskazują, że różne odmiany lawendy wąskolistnej różnią się pojedynczymi związkami chemicznymi. W olejkach zidentyfikowano 55 takich związków. Skład olejków może także ulegać zmianom ze względu na czynniki środowiskowe, m.in. pochodzenie rośliny, nasłonecznienie, a także wiek rośliny. Aktywność olejków w stosunku do bakterii i grzybów zależy od odmiany rośliny oraz szczepu bakterii i grzybów. Z badanych olejków najlepszymi właściwościami przeciwbakteryjnymi charakteryzowały się olejki z odmian 'Blue River' oraz 'Munstead' (Adaszyńska i inni, 2013).

Olejek lawendowy hamuje stany zapalne, polecany jest w procesie gojenia się ran, działa przeciwbólowo, zwiększa aktywność metaboliczną pewnych struktur mózgu. Lawenda redukuje ilość kortyzolu w surowicy krwi i poprawia krążenie wieńcowe. Obniża także ciśnienie krwi, redukuje stres oraz poprawia samopoczucie. Wdychanie zapachu lawendy poprawia jakość snu u dzieci i dorosłych. Zapach lawendy eliminuje wzrost markerów chemicznych stresu w ślinie uczniów w rozwiązywaniu zadań matematycznych. Zastosowanie w aromaterapii olejku lawendowego jest skuteczne w zmniejszaniu objawów kolki u niemowląt (Šutova, 2013).

Odnosząc się do powyższej naukowej refleksji dotyczącej działania ziół i ich zastosowania na przykładzie lawendy można by powiedzieć, iż to zagadnienie należy rozpatrywać w wymiarze fitoterapii oraz aromatoterapii. Fitoterapia oznacza oddziaływanie na ludzki organizm poprzez właściwości lecznicze roślin, bez odwoływania się do środków farmakologicznych czy chirurgicznych. Aromatoterapia stanowi zaś specyficzną dziedzinę medycyny niekonwencjonalnej. Wykorzystuje ona lecznicze właściwości olejków eterycznych wprowadzanych do organizmu poprzez drogi oddechowe, skórę czy błony śluzowe.

Zakończenie

Współczesne osiągnięcia w dziedzinie fitoterapii oraz aromatoterapii pozwalają nie tylko na podniesienie jakości życia pacjentów somatycznych, ale także są przydatne w działalności psychoterapeutycznej. Podnoszą samopoczucie i skutecznie relaksują. Lecznicze właściwości ziół znane były od starożytności, ale ich formy wykorzystywania ciągle się powiększały. Ludzie zaczęli stosować je nie tylko w medycynie ludowej, ale także rośliny lecznicze znalazły swoje miejsce w

przemysle farmaceutycznym i kosmetycznym. Preparaty ziołowe są stosowane nie tylko profilaktycznie, ale czasami ratują ludzkie zdrowie, a nawet życie. W działaniach psychoterapeutycznych współczesna fitoterapia i aromaterapia zwiększa siłę „uderzeniową” i dynamikę tej formy pomocy pacjentowi.

BIBLIOGRAFIA

- Adaszyńska, M. Swarczewicz, M. Markowska-Szczupak, A. (2013). *Porównanie składu chemicznego i aktywności przeciwdrobnoustrojowej olejku eterycznego otrzymanego z różnych krajowych odmian lawendy wąskolistnej (Lavandula angustifolia L.)*, *Postępy Fitoterapii*, 2, s. 90–96.
- Adaszyńska-Skwirzyńska, M. Swarczewicz, M. Dobrowolska, A. (2014). *Skład chemiczny i mineralny różnych odmian lawendy wąskolistnej (Lavandula angustifolia)*, *Program Plantacji, Postępy Ochrony Roślin*, s. 1075–1090.
- Brud, W. S. Konopacka, I. (2008). *Tajemnice aromaterapii. Pachnąca apteka*. Oficyna Wydawnicza MA, Łódź.
- Colman, A.M. (2009). *Słownik psychologii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Czekański, M. (2007). *Lecznicze właściwości ziół według opisu św. Hildegardy z Bingen*. Wydawnictwo M, Kraków: 127.
- Frohne, D. (2006). *Leksykon roślin leczniczych*. Med Pharm, Wrocław.
- Góra, J. Lis, A. (2012). *Najcenniejsze olejki eteryczne. Część I*. Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź.
- Łosiak, W. (2005). *Psychoterapia*, w: J. Siuta (red.), *Słownik psychologii*. Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków.
- Machowska, A. (2009). *Olejki eteryczne i ich zastosowanie w aromaterapii*. Ekonatura 7. 68, Wrocław.
- Matławska, I. (2005). *Farmakognozja. Podręcznik dla studentów farmacji*. AM Poznań.
- Nartowska, J. (2012). *Lawenda -nie tylko pachnidło*. *Panacea* 3 (40), s. 5–7.
- Nurzyńska-Wierdak, R. (2015). *Terapeutyczne właściwości olejków eterycznych*. *Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska, Sect. EEE Horti* XXV (1), s. 2–14.
- Piotrowska, B. (2006). *Aromaterapia i inne terapie naturalne*. Wydawnictwo REA, Warszawa.
- Reber, A.S. (2000). *Słownik psychologii*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
- Romer, M. (2009). *Aromaterapia. Leksykon roślin leczniczych*. MedPharm, Wrocław.
- Schilcher, H. (1999). *Roślinne leki uspokajające, nasenne i antydepresyjne*. *Herba Pol.* 45. 4, s. 368–370.
- Senderski, E.M. (2010). *Zioła w nalewkach leczniczych*. Wydawnictwo: Mateusz E. Senderski. Podkowa Leśna.
- Stepulak, M.Z. (2010). *Wybrane zagadnienia z medycyny pastoralnej*. PETIT. Lublin.
- Šutova, S.V. (2013). *Aromaterapiá: fiziologičeskie éffekty i vozmožnye mehanizmy (obzor literatury)*. *Věstník Univerzity Tambov. Seria: nauk přírodních i technických*, s. 1330–1336.
- Zdrojewicz, Z. A, Minczakowska, K. Klepacki K. (2014). *Rola aromaterapii w medycynie*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław.

Strony internetowe:

www.himavanti.org/pl/c/uzdrawianie/zioleolecznictwo-fitoterapia-zielarstwo-rosliny-lecznicze-czyli-

ziola-w-terapii-i-leczeniu, data dostępu, 2016-09-18, godz. 16.06

www.profesor.pl, data dostępu, 2016-09-18, godz. 15.52

Интеграция инвалидов в обществе

Что такое интеграция инвалидов в обществе? Это процесс восстановления разрушенных связей инвалидов, обеспечивающего его включенность в основные сферы жизнедеятельности: труд, быт, досуг.

Интеграция инвалидов в обществе.

Когда видишь тему этой статьи, то не сразу понимаешь, о чем же она (о чем будет идти речь в статье). Итак, все же, что такое интеграция инвалидов в обществе? Это процесс восстановления разрушенных связей инвалидов, обеспечивающего его включенность в основные сферы

жизнедеятельности: труд, быт, досуг. Интеграции способствует реабилитация. Она подразумевает под собой осуществление различных программ, видов обслуживания или терапевтических мероприятий, которые помогают быстрому восстановлению нарушенных функций. Я считаю, что интеграция является синонимом слова реабилитация, поэтому я вижу смысл говорить об интеграции и о реабилитации, как об одном и том же. Таким образом, сущность реабилитации заключается не только в восстановлении здоровья, сколько в восстановлении возможностей для социального функционирования при том состоянии здоровья, которым располагает инвалид. Можно выделить основные реабилитации – это медицинская, представляющая собой комплекс мер, направленный на восстановление утраченных функций, неразрывно с лечебным процессом; образовательная – сложный комплекс, включающий в себя процесс получения инвалидами необходимого общего образования, так же при необходимости – различные виды специальностей и т.д., и материальная – льготы необходимы, однако, будучи единственным механизмом помощи, они не способствуют интеграции инвалидов в обществе и обеспечивают крайне низкие стандарты существования.

Исходя из выше сказанного, я могу смело сказать, что из всех проблем возникающих в жизни инвалида, самая главная, стоящая на первом месте, это социальная реабилитация – это комплекс действий направленный на восстановление социальных функций человека, его социального и психологического статуса в обществе.

Социальная реабилитация является составляющей частью всех выше перечисленных реабилитаций и вообще проблем возникающих в жизни инвалидов. Почему же возникает эта проблема? Почему общество, социум так относятся к людям-инвалидам? Что им мешает?

Сущность инвалидности заключается в тех социальных барьерах, которые состояние здоровья воздвигает между инвалидом и обществом. Сразу возникает еще один вопрос: почему возникают такие барьеры, и кто их ставит? А поставило эти барьеры общество, которое хочет оградиться от людей. В первую очередь можно говорить о физическом ограничении, или изоляции инвалида, - это обусловлено либо физическими, либо сенсорными (нарушения слуха или зрения), либо интеллектуально-психологическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться или ориентироваться в пространстве. Второй барьер – трудовая изоляция, – из-за патологии инвалид с ограниченными возможностями имеет крайне узкий доступ к рабочим местам или не имеет вовсе. Из этого вытекает следующий барьер – мало

обеспеченность вследствие социально - трудовых ограничений, поэтому они вынуждены существовать на пособие, либо на невысокую заработную плату. Информационный барьер с одной стороны уже преодолевается инвалидами, ведь появляется больше инноваций, интернет более доступен, но все, же в связи с мало обеспеченностью, многим они еще не доступны. Еще один немало важный – то эмоциональный барьер, являющийся двусторонним. Он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих по поводу инвалида – любопытства, насмешки, неловкости – и отрицательных эмоций инвалида вызванных неудовлетворённостью в личной и интимной жизни – жалость к себе, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гипер опеки. Эти эмоции затрудняют социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды. Безусловно, все барьеры возникают из социальной среды, которая нас окружает, и возникают они из-за её психологической неподготовленности. Сразу хочется задать вопрос почему? И сразу ответ и в нем звучит главная мысль статьи, и наверно ответ на тему самой статьи: важнейшим условием достижения социальной интеграции является внедрение в общественное сознание идеи равных прав и возможностей для инвалидов. В развитых странах этот процесс давно идет. У нас в стране, к сожалению, идея равных прав и возможностей не только не присутствует в общественном сознании, но лишь недавно начала осознаваться людьми, ответственными за социальную политику в отношении инвалидов, и не получила должного отражения в правовой сфере. Но даже при полном принятии законодательных мер по реабилитации идеи равных прав и возможностей инвалидов в высших эшелонах власти социальная интеграция не будет достигнута, пока общество не осознает правильность этой идеи, ведь пока мы чего-то не захотим, мы ничего не делаем, сколько бы нам не навязывали. Взаимоотношения инвалидов и здоровых – мощнейший фактор социальной интеграции. Как показывает зарубежный и отечественный опыт, инвалиды, нередко даже имея все потенциальные возможности активно участвовать в жизни общества, не могут их реализовать просто потому, что здоровые не хотят общаться с ними, работодатели опасаются принять на работу (далеко не всегда эффективна распространенная система квот при трудоустройстве:

если предприниматель настроен по отношению к инвалидам негативно, он предпочитает платить штрафы, но не принимать инвалидов на работу). Организационные меры по интеграции, не подготовленные психологически, рискуют оказаться неэффективными. Каково же отношение здоровых людей к инвалидам в нашей стране? Немногочисленные исследования выявили следующее. Представители различных слоев населения в принципе признают (97,3%), что существуют слабые и незащищенные группы, нуждающиеся в помощи общества, и только 2,7% опрошенных говорили о том, что при оказании социальной защиты и помощи не должны никому отдавать предпочтение. На вопрос о приоритетности помощи некоторым группам людей были получены следующие ответы: инвалиды-дети (52,7%); старики в домах для престарелых (47,3%); дети в детских домах (46,4%); взрослые инвалиды (26,3%); пострадавшие от аварии на ЧАЭС (20,9%); матери-одиночки (18,2%); многодетные семьи (15,5%); беженцы, а так же люди, пытающиеся бросить пить и употреблять наркотики (по 10,0%) инвалиды участники боевых конфликтов (6,4%). Идею социальной интеграции инвалидов на словах поддерживает большинство, однако углубленные исследования показывают сложность и неоднозначность отношения здоровых к инвалидам. При измерении социальной дистанции обнаруживается, что здоровые предпочитают такие ситуации общения с инвалидами, которые не требуют

тесных контактов или требуют контактов «на равных» (предпочитаются ситуации «инвалид – Ваш сосед по дому», «инвалид - коллега»). Ситуации, требующие более близких контактов, чаще вызывают негативное отношение, ровно как и ситуации, предполагающие более высокое расположение инвалида на иерархической лестнице («инвалид – Ваш сосед по квартире», «инвалид – Ваш начальник», «инвалид – представитель органов власти»). В целом, таким образом, можно констатировать неготовность многих здоровых к тесному контакту с инвалидами, а также к ситуациям, реализующим конституционные права их наравне со всеми. При этом наиболее негативные установки высказывает молодежь.

Такой характер установок имеет сложную природу и не является просто выражением чисто негативных установок по отношению к инвалидам. Так, например, здоровые оценивают качество жизни инвалидов значительно ниже (1,62 балла по 5-балльной шкале), чем сами инвалиды (2,74 балла), признавая серьезность имеющихся у них проблем.

Здоровые часто считают инвалидов более несчастными, грустными, враждебными, озорными, злыми, замкнутыми, то есть признается (и даже, быть может, переоценивается) их «несчастливость». Сложившееся в общественном сознании отношение к инвалидам можно ценить как амбивалентное: с одной стороны, они воспринимаются как отличившиеся в худшую сторону, а с другой – как лишенные многих возможностей, что порождает неприятие и даже враждебность, которое сосуществует с симпатией и сочувствием. Такая амбивалентность дает надежду на улучшение взаимоотношений инвалидов и здоровых, ломку негативных стереотипов.

Надо заметить, что подобное отношение к инвалидам не свойственно только нашему обществу. Зарубежные исследователи уже давно отмечали наличие подобных стереотипов, приписывание инвалидам таких черт, как недоброжелательность, завистливость, недоверие к здоровым, недостаток инициативы. Во взаимоотношениях инвалидов и здоровых выявились напряженность, неискренность, желание прекратить контакт и т.д.. Однако тщательная проработка социально-психологических аспектов взаимоотношений инвалидов и здоровых на протяжении многих лет позволила создать и в большей степени реализовать программы по улучшению их взаимоотношений. Необходимо и у нас глубоко изучить эту проблему и создать подобные программы. Эта работа, безусловно, облегчит процесс социальной интеграции. Говоря о социальной интеграции, пропагандируя идею равных прав и возможностей, нельзя не коснуться вопроса о том, как сами инвалиды относятся к повышению степени их участия в жизни общества. На вопрос о том, должны ли инвалиды жить среди здоровых, учиться и работать в тех же структурах, что и здоровые и т.п., или же они должны жить отдельно, обособленно, в специально созданных социальных структурах, среди опрошенных в различных регионах России 65,3% инвалидов выбрали первую альтернативу. При этом обращает на себя внимание активность респондентов, часто сопровождая свои ответы комментариями, что свидетельствует о его актуальности. Среди «противников» идеи интеграции наиболее распространены такие объяснения: «Здоровые люди все равно инвалидов не поймут», «На обычных предприятиях к инвалидам плохо относятся». А вот пояснения сторонников интеграции: «Люди должны быть равны», «Инвалиды такие же люди, как и здоровые», «Жить вместе, чтобы инвалиды и здоровые понимали друг друга», «Надо, чтобы инвалид не отрывался от родного коллектива и не считал себя неполноценным», «В общении со здоровыми инвалиды будут иметь наиболее полное моральное удовлетворение».

Как видно из этих комментариев, защищая идеи интеграции, инвалиды

опираются не на социально-экономические критерии, не ставят во главу угла улучшение материальных условий, а отдают предпочтение социально-психологическим проблемам, вопросам взаимоотношений со здоровыми людьми.

Следует отметить, что часто (38,3%) ощущали к себе пренебрежение со стороны здоровых не более трети противников идеи интеграции, в то время как среди инвалидов, считающих, что они должны жить среди здоровых, таких лиц было существенно больше (61%).

Поскольку доля противников интеграции довольно весома, важно понять, какие факторы определяют негативность мнения инвалидов, чтобы, учитывая их при выборе оптимальных вариантов социальной политики, не интегрировать их в общество насильно.

Инвалиды, проживающие в сельской местности или небольших городах (78,85), достоверно чаще оказываются сторонниками интеграции, чем лица, живущие в больших городах (60,4%), среди которых Москва единственное исключение: здесь 75,6% сторонников интеграции. Опросы, проведенные Министерством труда и социального развития, показали, что пол и вид заболевания существенного значения не имеют, тогда как возраст является важным фактором: в старших возрастных группах число сторонников интеграции больше. Что касается тяжести инвалидности, то меньше всего противников интеграции среди инвалидов 3 группы (23,7%). Люди с низким доходом, живущие в плохих бытовых условиях, также чаще оказываются противниками этой идеи. Вероятно, это связано с тем, что эти люди в общем-то потерпели неудачу в приспособлении к жизни и надеются, что жизнь в «особых условиях» окажется лучше.

Таков вкратце социальный портрет инвалидов – сторонников интеграции и противников интеграции. Они отличаются и по своим социально-психологическим характеристикам. Так, чем более пессимистично оценивают инвалиды свое здоровье, тем больше среди них противников интеграции. Аналогично, что чем ниже оценивают инвалиды качество своей жизни, чем менее они ею удовлетворены, тем чаще среди них встречаются противники интеграции. Для инвалидов, выбирающих интеграцию, чаще оказываются значимыми такие ценности, как интересная работа и возможность равноправного участия в жизни общества, их можно охарактеризовать как «больших идеалистов».

Следует отметить, что противники интеграции среди инвалидов характеризуются прежде всего более выраженным чувством психологического дискомфорта, неудовлетворенностью своей жизнью, обстановкой реакций на отношение окружающих, большей ориентацией на материальное благосостояние (что объяснимо, поскольку их уровень жизни действительно ниже, чем у сторонников интеграции). Учитывая данные социального портрета этой группы, можно сделать вывод о том, что она действительно нуждается в «охранительных» мерах, в создании специальных условий для жизни и работы, что позволит поднять уровень жизни и, возможно, у этих людей появится желание участвовать в жизни общества.

Поскольку взаимоотношение инвалидов со здоровыми – один из ключевых факторов социальной интеграции, рассмотрим его подробнее с точки зрения инвалидов.

Прежде всего, надо заметить, что вопрос об отношениях к ним здоровых очень волнует инвалидов. При этом более трети (36,6%) очень часто ощущают отношение к себе как пренебрежительное, как к людям «второго сорта». Изредка ощущают такое отношение 30,9% инвалидов. Никогда такого отношения к себе не замечала только пятая часть инвалидов (20,8%). Чаще говорят о пренебрежительном отношении к себе женщины – 42,2%, мужчины – 34,6%, инвалиды в возрасте 16-19 и 40-44 года. Чаще

всего отмечают пренебрежительное отношение к себе инвалиды 1 группы, причем внешняя выраженность дефекта существенной роли не играет.

Поскольку интеграции на производстве – одна из важнейших сфер, составляющих социальную интеграцию в целом, остановимся на этом аспекте подробнее. Сам факт занятости еще не говорит об успешной интеграции, это лишь формальный её аспект. Важен психологический аспект адаптации к производственной деятельности.

Среди опрошенных работающих инвалидов более одной трети (75,1%) удовлетворены своей работой, но каждый шестой (15,9%) ею скорее не удовлетворен. При этом хорошие и «нормальные» отношения в трудовых коллективах констатируют почти 89% опрошенных. Вместе с тем при среднем балле отношений с товарищами по работе (по 5-балльной шкале), равном 4,3, оценка отношений с администрацией не превышает 0,8. Такая вполне благотворительная картина объясняется тем, что инвалиды, не приспособившиеся психологически к новым условиям производственной деятельности, как правило, не удерживаются на работе. Важность социально-психологического аспекта интеграции и видна в объяснении ими смысла, который имеет для них работа. На первом месте среди потребностей, которые удовлетворяет работа, стоят потребности материальные (67,8%), на втором – удовлетворение желания быть полноценным членом общества (49,1%), на третьем – потребности общения, жизни с коллективом (39,4%), т.е., помимо удовлетворения материальных потребностей, работа для инвалидов имеет очень важную социальную функцию – ощущение себя полноценным членом общества благодаря трудовой занятости.

Часто неблагополучны и семейные взаимоотношения инвалидов. Практически каждый третий инвалид отмечает ухудшение взаимоотношений в семье после получения инвалидности (29,8%).

Чаще всего не могут создать своей семьи так называемые инвалиды с детства. Такое положение является следствием не только физического нездоровья, но и результатом того, что родители не обеспечивают должной социально-психологической адаптации ребенка-инвалида. Такой ребенок не имеет возможности пройти все циклы социализации, взросление его задерживается, на всю жизнь этот человек остается инфантильным, зависимым от других, пассивным, неуверенным в себе, комфортно чувствующим себя лишь в кругу близких. Для этой категории инвалидов, особенно имеющих видимый физический дефект, вступление в брак знаменует собой новый этап жизненного становления, достижение определенной степени социальной зрелости. Характерной чертой таких семей является то, что большинство их создается не на основе взаимных симпатий, а по соглашению (чтобы не остаться в одиночестве). В беседах практически все инвалиды, состоящие в таких браках, указывают, что и в семье они ощущают свое одиночество, так как с партнером у них нет ничего общего. При этом внешне эти семьи являются достаточно прочными, не удовлетворяя потребностей партнеров в интимных отношениях, они служат формальным признаком социального благополучия и с этой точки зрения приносят определенное удовлетворение, снижают психическую напряженность.

Психологические проблемы довольно существенно отличаются в семьях с ребенком-инвалидом, с взрослым инвалидом или с престарелым инвалидом. Так, когда в семье появляется ребенок с ограниченными возможностями, она переживает как бы два кризиса: само по себе рождение ребенка является кризисом в жизненном цикле семьи, ведет к переосмысливанию социальных ролей и функций, нередко порождает семейные конфликты, ухудшает экономическое положение семьи. Когда же ребенок

имеет признаки инвалидности, то этот кризис переживается с удвоенной остротой. Это чрезвычайно резко меняет социально-экономический статус семьи, нарушает социальные связи. Крайне остро вступают психологические проблемы. Установлено, что у подавляющего большинства родителей (в первую очередь у матерей) возникают пограничные нервно-психические расстройства, чувство вины, ощущение собственной неполноценности. Они начинают ощущать неловкость и стыд перед окружающими, сужают круг социальных контактов.

Жизнь семьи начинает протекать в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Нередко эти семьи распадаются, а ребенок, как правило, остается с матерью. Семья, являющаяся одним из основных гарантов социальной адаптации ребенка, далеко не всегда сохраняет способность выполнять эту функцию. Родители нередко теряют уверенность в себе, неспособны правильно организовывать общение и воспитание ребенка, не замечают его действительных потребностей, не могут правильно оценивать его возможности. Преобладает в воспитании родительская гипер опека, это существенно снижает возможности адаптации ребенка ко взрослой жизни.

Возникновение проблем во внутрисемейных отношениях в семьях, где инвалидом стал взрослый человек, связано в первую очередь с изменением социальных ролей и обязанностей в семье. Логика социальной роли члена семьи, ставшего инвалидом, может приводить к болезненным как для семьи, так и для самого инвалида последствиям. В результате у инвалида может появиться чувство вины, ненужности, обузы; у членов семьи – скрытые или явные агрессия или недовольство. Супружеские конфликты на этой почве могут привести и к развалу семьи.

Данные проведенных исследований показали, что именно в семьях со взрослыми инвалидами трудоспособного возраста семейные взаимоотношения наиболее неблагоприятны. Так, в ходе опроса потребность в устранении конфликтной ситуации и в установлении полноценных внутрисемейных конфликтов была высказана каждой четвертой (25,5%) семей взрослых инвалидов.

Неблагополучной можно признать и каждую шестую семью, имеющую на своем попечении пожилого инвалида (17,0%). Взаимоотношения инвалидов и здоровых подразумевают ответственность за эти взаимоотношения обеих сторон. Поэтому следует отметить, что и инвалиды в этих взаимоотношениях не всегда оказываются на высоте. У многих из них не хватает социальных навыков, умения «подать себя» в общении с коллегами, знакомыми, администрацией, потенциальными работодателями. Это в первую очередь касается инвалидов с детства, испытывающих недостаток социального опыта. Они далеко не всегда улавливают нюансы человеческих взаимоотношений, воспринимают других людей очень обобщенно, оценивают их на основании лишь некоторых, в основном моральных качеств – доброты, отзывчивости. Кроме того, у инвалидов есть определенная предвзятость во взаимоотношениях со здоровыми.

Не вполне гармонично складываются и взаимоотношения между инвалидами. Принадлежность человека к категории «инвалид» вовсе не означает, что другие инвалиды будут настроены к нему благожелательно. Опыт работы общественных организаций инвалидов, психологические исследования в этой области показывают, что инвалиды предпочитают объединяться и идентифицировать себя с людьми, имеющими то же заболевание, и нередко негативно относятся к другим. Так, инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые являются, пожалуй, наиболее социально активными (в том числе и в плане создания общественных организаций инвалидов), отличаются установкой на своеобразное соперничество с инвалидами

вследствие других заболеваний, считая или оценивая себя элитной группой.

Одним из важнейших показателей социально-психологического комфорта людей является их удовлетворенность жизнью. Не случайно этот вопрос в той мере или иной форме входит в различные социологические опросы населения.

Практически половина инвалидов (43,5 – 49,1%) оценивает качество своей жизни как неудовлетворительное, и около трети (от 27,6 до 34,8 %) считают её удовлетворительной. Чаще всего таковой признают её инвалиды 1 группы (34,8%), в то время как доля инвалидов третьей (29,5%) и второй (27,6%) групп, дающих подобную оценку качества своей жизни, на 5-7% ниже. Почти в 5 раз ниже среди инвалидов 2 (1,5%) и 3 (1,9%) групп по сравнению с первой (8,7%) доля считающих качество своей жизни хорошим.

Результаты исследований социально-психологического статуса инвалидов дают все основания для утверждения, что сознательно или неосознанно инвалиды связывают изменения своих личностных качеств с социально-экономическими переменами в стране, и изменения эти однозначно негативные.

Существенные проблемы, ждущие своего решения, встают перед инвалидами и в области взаимоотношений с окружающими, поскольку без гармонизации этих взаимоотношений на уровне макро - и микро групп социальная интеграция не осуществима. Эмоциональное состояние инвалидов характеризуется тревожностью, неуверенностью в завтрашнем дне, пессимизмом.

Наиболее неблагоприятна в социально-психологическом смысле группа, в которой сочетаются различные неблагоприятные показатели психологического самочувствия – неудовлетворенность жизнью, низкая самооценка, настороженное отношение к окружающим и к мерам по социальной защите, высокая тревога за будущее на бытовом уровне и т.п. В эту группу входят преимущественно люди с плохим материальным положением и жилищными условиями, одинокие, мужчины среднего возраста, инвалиды 3 группы, особенно неработающие. Эти люди нуждаются в особо тщательно разработанных мерах социальной и психологической помощи, с учетом специфики их экономического положения и психологического самочувствия. Анализ социально-психологических особенностей адаптации инвалидов к существующей ситуации выявляет четыре основных типа этой адаптации: Активно-позитивная позиция, для которой характерно стремление поиска самостоятельного выхода из сложившейся ситуации, сопровождающееся благоприятными социально-психологическими особенностями личности (достаточно высокой самооценкой, удовлетворенностью жизнью и т.п.). К сожалению, представителей этого типа крайне мало; Пассивно-негативная позиция, в которой неудовлетворенность своим положением (наряду с отсутствием желания самостоятельно улучшить его) сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, тревожностью, ожиданием катастрофических последствий даже от бытовых неурядиц и другими негативными социально-психологическими особенностями; Пассивно-позитивная позиция, которая при объективно неудовлетворительном социально-экономическом положении и низкой самооценке приводит в целом к относительной удовлетворенности, существующей ситуацией и, как следствие, отсутствие желания активно менять ее в лучшую сторону. Эта позиция характерна для людей старших возрастных групп; Активно-негативная позиция, которая при психологическом дискомфорте и неудовлетворенности жизнью не отрицает желания самостоятельно изменить свое положение, однако практических последствий это не имеет в силу ряда субъективных и объективных обстоятельств. Такая позиция

более характерна для инвалидов среднего возраста. Однозначно ответить на вопрос, как реабилитироваться инвалиду, нельзя потому что причины инвалидности, как и степени нетрудоспособности разные.

Психологічні особливості осіб з інвалідністю та надання психологічної допомоги

Проблема адаптації людей з інвалідністю до ефективного включення в соціум гостро постає на сучасному етапі розвитку українського суспільства, що обумовлюється інтеграцією в європейський простір.

У 2016 році в Україні офіційно введено поняття «особа з інвалідністю». У «Тлумачному словнику» С. І. Ожогова та «Великому тлумачному словнику української мови» [Адлер А. Понять природу человека / Пер. Е. А. Цыпина. – СПб.: «Академический проект», 1997. – 256 с., с. 502] поняття «інвалід» розглядається як «людина, яка повністю чи частково позбавлена працездатності внаслідок якої аномалії, поранення, дефекту і хвороби» [Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / [уклад. і голов. Ред.. В.Т. Бусел]. – К.; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005. – 1728 с., с. 556]. Так, в тлумаченні поняття «інвалід» акцент ставиться на фізіологічних аспектах. Відповідно до реабілітаційних програм 44 сесії Парламентської Асамблеї Ради Європи від 5 травня 1992 року термін «інвалідність» визначається як обмеження окремих можливостей, які обумовлюються психологічними сенсорними, фізичними, соціальними, культурними і законодавчими чи іншими бар'єрами, що не дозволяє людині бути інтегрованою в суспільство і приймати участь в житті сім'ї чи суспільства на таких же умовах, як і інші члени суспільства [Адлер А. Лекции по аналитической психологии – М. : «Рефл- бук», 1996. – 278 с., с. 57].

В контексті вивчення проблеми інвалідності важливого значення набувають дослідження А. Адлера щодо відчуття неповноцінності. Він зазначав, що «кожен відчуває глибоке відчуття власної неповноцінності» [Адлер А. Понять природу человека / Пер. Е. А. Цыпина. – СПб.: «Академический проект», 1997. – 256 с., с. 64]. Це відчуття може бути настільки сильним, що може перетворитися в комплекс неповноцінності. При наявності фізичних вад може розвиватися відчуття психологічної неповноцінності, яке може провокувати виникнення «комплексу переваги» [Адлер А. Лекции по аналитической психологии – М. : «Рефл- бук», 1996. – 278 с.]. В індивідуальній психології акцент ставиться на механізмах компенсацій та над компенсації. На думку А. Адлера фізичний недолік може стати значним стимулом для розвитку. Якщо є вада у функціонуванні якогось органу, то виникає компенсація його дії. Людина за рахунок власної наполегливості може організувати власну діяльність так, щоб максимально компенсувати недолік. У. Л. Штерн також вказував на подвійну роль фізичної вади: функції неповноцінного органу заміщуються іншими. Завдяки компенсації із слабкості виникає сила, а з недоліків – здібності в області психологічних функцій здібності, які недостатньо розвинені компенсуються більш сильним розвитком інших [Штерн В. Дифференциальная психология и ее методологические основы. – М.: Наука, 1998. – 336 с., с. 120]. М. Монтесорі також вважає, що «праця та свобода виправляють недоліки розвитку» [Монтессори М. Помогите мне сделать это самому / Сост., вступ. статья М.В. Богуславский, Г.Б. Корнетов. – М.: Издат. дом «Карпуз», 2000. – 272 с., с. 102]. Саме активна діяльність дозволяє перейти від стану пасивності до

активності. Л. С. Виготський вважав, що фізична вада змінює соціальну позицію дитини, приводить до появи особливих рис та якостей у поведінці та характері. Він виділяв первинні особливості організму та вторинні новоутворення. Виникнення вторинних особливостей може бути обумовлено переживаннями відносно фізичного недоліку, ставлення соціуму [Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.]. Якщо людина не навчиться вирішувати свої проблеми, то може виникнути дезадаптація. Людина, яка має фізичні вади, на думку Л. С. Виготського, їх також компенсує, перетворюючи її в талант та переваги завдяки праці над собою: «дефект є не лише психічною бідністю, а й джерелом багатства: не лише слабкістю, а й джерелом сили» [Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с., с. 221]. Так, компенсаторні можливості організму дозволяють людині з інвалідністю адаптуватися до оточуючої дійсності, обумовлюють відчуття психологічної сили.

А. І. Купреєва виділяє такі типи ставлення до власної фізичної вади:

1. Ігнорування, заперечення, відкидання думок про вади та їх наслідки;
2. Втеча від дефекту в роботу, надцінне ставлення до неї;
3. Змішане ставлення до власного фізичного дефекту, яке включає суперечливі стани [Купреєва О. И. Особенности «Я-концепции» взрослых инвалидов с ампутированными дефектами конечностей: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Ин-т психологии им. Г. С. Костюка АПН Украины. – К., 2003. – 199 с., с. 48].

Разом з тим, у людини з інвалідністю може формуватися протест проти негативного образу інвалідності, жалю, які формують стан «вимушеної безпорадності» та підсилюють відчуття безпорадності [Ковалев В.В. Личность и ее нарушения при соматической Болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972.– 136 с., с. 44]. Термін «вимушена безпорадність» було введено М. Селігманом, який означає, що дитина з фізичними вадами «в умовах гіперопіки часто стикається з обмеженнями власного контролю в різних життєвих ситуаціях, перестає впливати на результат власних зусиль не тільки в конкретних ситуаціях, а і в тих нових ситуаціях, в яких вона може обходитися без сторонньої допомоги» [см.: Клопота Є. А., Клопота О. А. Аналіз поглядів суспільства на процес інтегрованого навчання осіб з порушеннями зору на Україні // Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Корекційна педагогіка та психологія. Вип. 10. Київ: 2008. – С. 256–262.]. Тому відмова від допомоги може свідчити про тенденцію до сили, бути на рівних з іншими.

Проблема функційних обмежень пов'язана з відчуттям неповноцінності, дією таких механізмів як компенсація, гіперкомпенсація та заміщення. Компенсаторні функції організму пов'язані з адаптацією особистості. Разом з тим, деякі науковці вважають, що у людей з інвалідністю існують проблеми у спілкуванні з оточуючими людьми. О. В. Романенко вважає, що «серед дефіцитарних шляхів формування системи уявлень про власну особистість осіб з порушенням опорно-рухового апарату є наявність комунікативних труднощів» [Романенко О. В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.08 / Ін-т спеціальної педагогіки АПН України. – К., 2003 . – 18 с., с. 6]. О. І. Купреєва виділяє

дисгармонійний, залежний і егоцентричний типи міжособистісних стосунків у осіб з порушенням функцій організму [Купреева О. И. Особенности «Я-концепции» взрослых инвалидов с ампутированными дефектами конечностей: дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2003. – 199 с.]. Разом з тим, на думку О. І. Холостової та Н. Ф. Дементьєвої в оточуючих можуть виникати негативні емоційні реакції по відношенню до осіб з функцій ними порушеннями – насмішки, відчуття провини, негативізм, гіперопіка, страх і т.ін, а з іншого боку – негативні емоції у самої людини з інвалідністю, зокрема жалість до себе, недоброзичливість до інших, прагнення отримати гіперопіку, звинуватити інших у власному дефекті, прагнення до ізоляції і т. п. [Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. – М. : Издательско-торговая корпорация «Дашко и Ко», 2002. – 340 с., с. 221]. Б. Д. Паригін виділяє такі види соціально-психологічних бар'єрів: внутрішні бар'єри особистості, які пов'язані з особистісними змінами – ригідність, конформність і т. ін.; бар'єри, які обумовлені не особистістю – нерозуміння, неприйняття іншими. О. А. Ставицький стверджував, що особи з інвалідністю відчувають власну неповноцінність через негативне ставлення соціального середовища та установки. Він зазначав, що негативне ставлення обумовлене «через суспільну свідомість і проявляється на неусвідомлюваному рівні як колективне несвідоме (архаїчні стереотипи), функціонує завдяки архетипам [Ставицкий О. А. Психологическая модель личности с комплексом гандикапа // Universum : Психология и образование : электрон. научн. журн. 2014. № 3(4). – 11 с. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.7universum.com/en/psy/archive/item/1087>, с. 2], з іншого боку – негативізм характерний і для самої людини, яка має функцій ні порушення. А. В. Суворов вважає, що функціональні відхилення людини не є дефектом, а відчуття власної неповноцінності виникає з пізнанням соціального життя [Суворов А. В. Автобиография [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://suvorov.reability.ru/auto.html>]. Як наслідок виникає відчуття неприйняття, ізольованості, деструктивні тенденції, депресія, агресивність, Також можлива конструктивна компенсація відчуття неповноцінності – творчість, спорт, соціальні досягнення. Варто відмітити, що у людей з інвалідністю, по відношенню до себе може проявлятися внутрішня незадоволеність, яка приховується за високою самооцінкою. На думку О. А. Ставицького внутрішні конфлікти породжені існуванням певного недоліку та небажанням його прийняти, що й приводить до негативних переживань, виникнення невротичних станів [Ставицкий О. А. Психологическая модель личности с комплексом гандикапа // Universum : Психология и образование : электрон. научн. журн. 2014. № 3(4). – 11 с. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.7universum.com/en/psy/archive/item/1087>, с. 5]. Особа може ігнорувати власний недолік, до того часу, доки не зіткнеться з труднощами, що може спричинити дезадаптацію в соціумі, прагнення ізоляції, створення ілюзорного світу. Такий вид захисту не сприяє вирішенню проблеми, а тільки допомагає втекти від реальності.

Дослідники акцентують увагу на тому, що фізичний недолік впливає на самоставлення. Неприйняття власного я породжує протиріччя зіткнення з вимогами, які обумовлені фізіологічними проблемами та їх неприйняття, неможливість досягти сформованого ідеалу в соціумі. Це породжує негативні переживання, приводить до невротичних станів, актуалізації захисних механізмів – регресії та втечі від реальності, відхід у хворобу, ізоляцію. Отже, для людини з інвалідністю характерні амбівалентне

ставлення до самої себе, неприйняття себе, суперечливість поведінки, взаємодії з іншими. Можливі прояви пасивності, замкнутості, втечі у внутрішній світ, і навіть – суїцид.

Для об'єктивування змін, які відбувалися з людиною внаслідок психокорекційної роботи з використанням аналізу авторських та неавторських малюнків, вибрані такі параметри дослідження рівнів соціально-психологічної адаптації та дослідження рівня тривожності. Для перевірки були використані такі методики «Визначення рівня особистісної тривожності» (розроблена Дж. Тейлором, адаптація Т. А. Немчина), «Діагностика соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонда [Практическая психология в тестах / Р. Римская, С. Римский. – М.: АСТ-ПРЕСС, 1999. – 376 с. – (Серия–Педагогика, психология, медицина)].

Тестова методика К. Роджерса дозволила проаналізувати такі показники як прийняття неприйняття себе, інших, залежність незалежність від інших. Такі прояви дозволять відобразити емоційний і соціальний аспекти осіб з інвалідністю до соціального життя і рівень внутрішнього дискомфорту. Методики дозволили виявити загальні зміни психологічного стану осіб з інвалідністю до і після проходження групової корекції за методом активного соціально-психологічного пізнання.

Дослідження проводилося протягом 2015-2016 років проводилося на базі Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, у якому взяли участь 10 студентів з порушенням опорно-рухового апарату та 15 студентів з порушенням роботи внутрішніх органів (цукровий діабет, бронхіальна астма, серцева недостатність). Тестування проводилося до початку корекційних занять та через тиждень після їх закінчення.

Результати проведення тестування відносно рівня тривожності представлено в таблиці 1.

Таблиця 1 Рівень тривожності у осіб з інвалідністю

Рівень тривожності	Відносно кількості (%) досліджуваних
	До АСПП
Низький	14
Середній (з тенденцією до низького)	14
Середній (з тенденцією до високого)	20,4
Високий	24,7
Дуже високий	26,6

Як показало дослідження відсоток осіб з високим рівнем тривожності знизився, а з низьким – зріс. Дані засвідчили про позитивні зміни у сприйманні власних переживань особами з інвалідністю.

Результати методики відносно соціально-психологічної адаптації презентовано у таблиці 2.

Таблиця 2 Результати проведення методики соціально-психологічної адаптації

Рівні	Прийняття себе
	До АСПП

Низький	29,5
Середній	51,1
Високий	20,4
Рівні	Прийняття інших
	До АСПП
Низький	34,8
Середній	53,7
Високий	12,5
Рівні	Емоційний комфорт
	До АСПП
Низький	38,8
Середній	44,9
Високий	15,3
Рівні	Інтернальність
	До АСПП
Низький	34,9
Середній	47,9
Високий	17,2
Рівні	Ескапізм
	До АСПП
Низький	20,4
Середній	29,5
Високий	51.1

Дані проведення методики соціально-психологічної адаптації засвідчують, що збільшення рівня адаптації, студенти стали проявляти більшу психологічну адаптативність, прийняття себе та інших.

Презентуємо фрагменти стенограм психоаналітичної роботи.

Фрагмент стенограммы психокоррекционной работы с респондентом К.

Рис. 1. Моя проблема. Апатия, бездеятельность, уход в сон.

Человек, которого я не уважаю

П.: Апатия, бездеятельность – это очень опасно. Это затягивает. Кому из близких это было свойственно?

К.: Долгое время я видела отца в подобном состоянии: он лежал на диване, повернувшись лицом к стене, примерно так (рис. 1).

П.: Бывает ли такое состояние тогда, когда ты не лежишь в прямом смысле слова?

К.: Да, и это даже вот так (рис. 2). И я обозначила, что это проблема, с которой трудно справиться, потому что это состояние присутствует всегда. Я ощущаю его внутри себя.

Рис. 2. Проблема, с которой трудно справиться

П.: И ты перестаешь себя уважать, уходишь в сон и в то же время – без сна.

К.: Да.

П.: Такая задержка в бездействии.

К.: В последнее время у меня обострилось внутреннее ощущение застоя. Я целыми днями сижу у компьютера, ночами могу не спать, совершенно теряю сон, и при этом у меня ничего не выходит. Я пытаюсь выполнять задание на семинары и практические занятия и в конце дня или ночи под утро у меня возникает ощущение, что я бездарность, я занимаюсь пустым делом, потому что результатов нет. Я совершенно потеряла радость жизни: ни с кем не хочу говорить (даже маме не хочу звонить, потому что нужно говорить, что все хорошо, а мне это дается все сложнее), не хочу ни с кем видеться. Я устала, устала от своей тупости. И у меня возникает бессилие. И так проходит день за днем, неделя за неделей... Время идет, а я стою на месте. У меня нет личных успехов, мне нечем гордиться.

П.: Может, существует внутренний механизм задерживать себя в таком состоянии?

К.: Может. Но вопрос «зачем?»

П.: Потому что тогда ты явно находишься в семье в тот период, когда ты была маленькая. Значит, в детстве ты пережила страх не только за себя, но, очевидно, за отца. Ты чувствовала, что он как живет, и не живет, и тебе было за него страшно.

К.: Я чувствовала, что жизнь ему не в радость. Я не знала, как ему помочь, ведь это не в моих силах.

Рис. 3. Моя тревога

П.: Чем озадачен этот глаз?

К.: Озадачен тем, что время быстротечно, и я не успеваю за ним, т.е. я не иду в ногу со временем. Опять же, этот рисунок о том, что я куда-то исчезаю, а когда прихожу в себя, то обнаруживаю, что уже прошло много времени.

П.: В этом есть глобальное противоречие: у человека есть внутреннее беспокойство, что у него уходит время и при этом он продолжает лежать.

К.: Да, это так. Я часто просыпаюсь в тревоге, что уже пора вставать, а я не хочу. Я накрываюсь подушкой и говорю себе «спи».

П.: Человек застрял в одном моменте, он остановил время в какой-то точке, при том в той, которая его не удовлетворяет. Тогда время идет, а он находится, как в черной дыре (рис. 3, зрачок). Стрелка двигается, но при этом все остается на одном месте. На этих ракушках тоже есть кручения (рис. 2). Как будто с либидными объектами ты получила опыт нахождения в «черной дыре».

К.: Отчасти это так, потому что мне моя жизнь представлялась бесконечно тянущимся темным тоннелем.

П.: В чем рисунок передает тревогу?

К.: Время идет, а я за ним не успеваю и я от этого тревожусь. И я «пресую» себя за не умение организовать, спланировать продуктивно свое время, за пустоту, в которой я пребываю, за то, что не могу совладать сама с собой. Я сама себя не уважаю. Мне неуютно с самой собой, я чувствую себя подавленной, растерянной, не знаю ни вдохновения, ни воодушевления, ни смысла.

Кроме того, есть сильный страх, что пережив неудачу, я разочаруюсь сама в себе и навсегда уйду в это состояние (рис. 6, 7). Я избегаю ситуаций, где есть риск ощутить слабость, несостоятельность, одним словом, — там, где актуализируется чувство неполноценности.

П.: Но, избегая ситуаций, ты капсулируешь себя в бездействии, ты не получаешь опыт. В результате ты задерживаешь себя в апатии, в лени, т.е. в капсуле.

К.: Да, я иногда говорю себе: «К, ты вещь в себе».

П.: Тогда у тебя по жизни фонит тревога и она не проходящая. К.: Да.

П.: Тебе, видимо с раннего возраста был знаком эффект «черной дыры», когда человек бессилён выйти из такого темного, тревожного, несостоятельного, апатичного, депрессивного состояния?

К.: Минор я ощущала с раннего детства.

Рис. 4. Моя реальность. Реальность, с которой я не справляюсь.

Ощущение кризиса

П.: Это два твоих состояния?

К.: Одно состояние переходит в другое. Есть реальность, с которой я не справляюсь, я ощущаю, что я как в кризисе (рис. 4, фигура слева), и я пытаюсь совладать с кризисом, выйти из него, но не получается – я впадаю в состояние бессилия (рис. 4, фигура справа).

П.: Это явный показатель переживания идентификации с родителем, когда ты была вместе с отцом. Такую цену ты платишь за то, что у вас были либидные отношения, тебе было его жаль, и ты душой была с ним созвучна. Время тикает и приближает такое твоё состояние (рис. 4, фигура справа) и ты уже в нём находишься. Здесь листы неудовлетворяющие тебя и ты их рассыпаешь, с другой стороны – восклицательные знаки, которые говорят о том, что ты хочешь в чём-то самоутвердиться и крепко стоять на ногах.

К.: Да, я хотела бы. Но на рисунке видно, что все сыпется из рук, все разлетается, я в растерянности. А восклицательные знаки символизируют возникающее чувство тревоги, потому что листы календаря улетають, время тикает, а воз и ныне там!

П.: Получается моя реальность – это постоянное ощущение кризиса?

К.: Да.

П.: Подобное было у отца?

К.: Да, в его жизни произошли события, и он впал в такое состояние, из которого он не вышел до сих пор. В какой-то момент он перестал вести дела, стал выпивать, ушел в себя, много спал, спал днем и не спал по ночам, особо ни с кем не дружил, общался лишь фрагментарно.

П.: Представь, как ты идентифицируешься с неудачами отца!

Рис. 5. Мое обычное утро

К.: Я просто прожигаю свое время и свою жизнь в целом. 90% времени я не делаю ничего, я выпадаю из реальности. Я могу часами сидеть за рабочим столом и не делать ничего. Потом я устаю от такой «деятельности» и чаще всего ложусь спать, думая, что вот я посплю, и, проснувшись, у меня появятся силы, рабочий тонус, улучшится трудоспособность. Потом я просыпаюсь и понимаю, что я вообще не хочу просыпаться. Накрываюсь подушкой и снова засыпаю.

Чаще всего я ночью не могу уснуть, утром я не могу проснуться. Я буквально стаскиваю себя с постели. Как будто нет желания выходить из сна в реальность.

Рис. 6. Мой обычный день

К.: Да, после обычного утра (рис. 6) такой обычный день (рис. 7).

Рис. 7. Моя проблема

К.: Мысли спутаны. Есть непреодолимое ощущение шума в голове, туман.

П.: Утро, день и проблема – это сходные рисунки (рис. 5, 6, 7). Как будто проблема не покидает тебя.

К.: Да, так и есть. Я просыпаюсь, не желая просыпаться. Мне нужно вставать, а я не хочу. Меня не устраивает моя реальность, и я сама себя не устраиваю. Это фонит. Лишь фрагментарно появляется ощущение перспективы.

П.: То, что ты рассказываешь, словно человек проснулся на похмелье: он не хочет просыпаться, вставать, мысли его спутаны – это все как будто ты не жилец, а тень пережитой драмы.

К.: Ощущение, что я не жилец у меня есть.

Рис. 8. Мое тело

П.: Что-то случилось с твоей спиной?

К.: Врачи не установили причину. В подростковом возрасте появились дикие боли в спине. Заболевание прогрессировало. Меня положили на длительный срок на лечение. Я более полугода не вставала с постели, т.е. у меня был полный лежачий режим.

Спустя долгое время, когда я уже вышла из клиники, где я пребывала на стационаре около полутора лет, я вспомнила эпизод из детства, когда я упала с двух метровой стены. Я пролетела сквозь кроны деревьев и приземлилась на почву, а не на асфальт, потому что ссадины были незначительные и родители ничего особо не заметили. Я им не сказала о случившемся, потому что не хотела расстраивать маму. Очевидно, после падения необходимо было предпринять какие-то меры, чтобы далее рост костной системы пошел по нормальному пути. Но, этого не было сделано, поэтому в период активного роста костей, эта травма заявила о себе и болезнь стала прогрессировать.

П.: Как ты упала со стены? Тебя ребята толкнули в игре?

К.: Нет. Я шла по краю стены. Стена и рядом растущие деревья обросли плющом, что не было видно, где кончается стена. Мне было интересно, я решила проверить. Ну, стена закончилась, я упала...

П.: Ты рисковала, не понимая при этом, что толкает тебя на это. Так как это было давно, то ты не можешь сказать наверняка, что ты в тот момент переживала, о чем думала. Не исключено, что подвижку к этому обусловила ситуация с отцом. Это случилось после трагических событий в жизни отца?

К.: Да. Ну, в детстве мне приходили мысли, зачем я появилась в этот мир, он серый, жестокий и совсем не радужный. И мне хотелось исчезнуть.

П.: Не исключено тогда, что падение было неосознанной подвижкой к желанию исчезнуть.

Физическая травма, полученная при рождении усиливает тенденцию «в утробу» и разрушает психику субъекта, обуславливая страх, тревожность. Обратимся к фрагменту стенограммы психокоррекционной работы со студентом Н. (студент Специализированного факультета, 24 года).

Фрагмент стенограммы психокоррекционной работы со студентом Н.

П.: В каком возрасте ты ощутил, что такое беда?

Н.: В возрасте девяти-десяти лет.

П.: Это было связано с проблемами здоровья?

Н.: Отчасти да. Я уже понимал, что я не такой, как другие, и что существуют такие люди, как я.

П.: Проблемы со здоровьем у тебя с рождения?

Н.: Да.

Рис. 2.11. Что было до моего рождения

Н.: Я не знаю, что было до моего рождения. Я не спрашивал.

П.: Почему точка темная (рис. 2.11)?

Н.: Не знаю.

П.: Может, у тебя двойственное отношение к своему рождению: с одной стороны ты рад, а с другой – не прочь и не родиться? Какие чувства вызывают мои слова?

Н.: Возможно, если бы я родился девочкой, все было бы по-другому.

Рис. 2.12. Несуществующее животное

Н.: Это какой-то Станозолоид, собранный из разных частей. Он не агрессивный. Зубы неострые. Это он, можно сказать, улыбается. И он разноцветный, потому что разносторонне развитый.

П.: В этом создании есть что-то от тебя (рис. 2.12)? Может, ты не любишь свою потенциальную агрессивность?

Н.: Может быть. Это животное понимает, что оно не такое, как все, и оно интересуется всем, чтобы оценить, как у него будут складываться отношения с другими, и желает занять достойное место в обществе.

П.: Оно еще маленькое? Ему необходимо реализоваться?

Н.: Считается, что оно в другом мире и к этому миру необходимо адаптироваться. Это животное имеет жизненный опыт, желает учиться, развиваться, чтобы быть лидером.

П.: Если посмотреть более внимательно на рисунок (рис. 2.12), то увидим, что в этом большом создании находится маленькое. Согласно архетипической символике – это нахождение в утробе. Это может означать, что ты желал бы родиться вновь, но уже при иных обстоятельствах. Это также может означать, что ты еще как не рожден и желаешь самородиться и, одновременно, это указывает на скрытое желание спрятаться «в утробу». Это

похоже на то, о чем писал О. Ранк – зубастая пифа (рис. 2.12, рот животного). Красный цвет может символизировать ощущение страха рождения, о котором ты и говорил, что ощущаешь страх «падения». Вот так много смыслов содержит этот рисунок, что позволяет нам прочесть архетипная символика.

В.: Возможно. Я уже говорил, что, если бы родился девочкой, судьба могла сложиться иначе.

П.: Это значит, что акт рождения оставил травмирующий след.

Рис. 2.13. Мой самый большой недостаток

П.: Снова видим что-то сходное с «утробой» и таким образом изображен недостаток. Психика знает все, но не знает, что именно она знает! Только в процессе анализа мы можем это объективировать. В самом деле, говоря языком глубинной психологии, это – травма, перенесенная во время рождения (рис. 2.13) и тебе кажется, что при трудностях, с которыми ты можешь в жизни столкнуться, она будет усугубляться.

Н.: Я это отобразил как неопределенность, потому как я не знаю, чего я хочу.

П.: Да, и это не противоречит тому, что сказала я, потому что ты был вне знания.

Н.: Да, я в таком неведении нахожусь, что и как случилось.

П.: Есть страх рождения, потому опасение делать шаг и это при всех твоих успехах,

которые ты имеешь. Ты – двукратный чемпион мира. Это не каждому под силу.

Н.: Да, все равно присутствует страх.

П.: Ты его создаешь, потому что тогда сохраняется тенденция возвращаться «в утробу» (рис. 2.13). Научись радоваться тому, что ты уже смог сделать, чего смог достичь.

Н.: Я радуюсь. Просто временами «находит». Думаю, что за победой будет следовать новая.

Додаток А.
«Измерение уровня личностной тревожности», разработанная Дж.
Тейлором (адаптация Т. А. Немчина)

Назначение теста Методика предназначена для измерения уровня тревожности.

Описание теста

Опросник состоит из 50 утверждений. Он может предъявляться испытуемому либо списком, либо как набор карточек с утверждениями.

Инструкция к тесту

Вам предлагается ознакомиться с набором высказываний, касающихся черт характера. Если вы согласны с утверждением, отвечайте «Да», если не согласны – «Нет». Долго не задумывайтесь, важен первый пришедший вам в голову ответ.

Тестовый материал

1. Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.
2. Мои нервы расстроены не больше, чем у других людей.
3. У меня редко бывают запоры.
4. У меня редко бывают головные боли.
5. Я редко устаю.
6. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.
7. Я уверен в себе.
8. Практически я никогда не краснею.
9. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.
10. Я краснею не чаще, чем другие.
11. У меня редко бывает сердцебиение.
12. Обычно мои руки достаточно теплые.
13. Я застенчив не более, чем другие.
14. Мне не хватает уверенности в себе.
15. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
16. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.
17. Мой желудок сильно беспокоит меня.
18. У меня не хватает духа вынести все предстоящие трудности.
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.
20. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.
21. Мне нередко снятся кошмарные сны.
22. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать.
23. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.
24. Меня весьма тревожат возможные неудачи.
25. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.
26. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.
27. Я работаю с большим напряжением.
28. Я легко прихожу в замешательство.
29. Почти все время я испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.

30. Я склонен принимать все слишком серьезно.
31. Я часто плачу.
32. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.
33. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
34. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
35. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.
36. Мое материальное положение весьма беспокоит меня.
37. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.
38. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.
39. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.
40. Даже в холодные дни я легко потею.
41. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.
42. Я человек легко возбудимый.
43. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.
44. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны и я вот-вот выйду из себя.
45. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
46. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.
47. Я почти все время испытываю чувство голода.
48. Ожидание меня нервирует.
49. Жизнь для меня связана с необычным напряжением.
50. Меня нередко охватывает отчаяние.

Ключ к тесту

Подсчитывается количество ответов испытуемого, свидетельствующих о тревожности.

Ответы «Да» на высказывания: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50.

Ответы «Нет» на высказывания: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Ответы, совпадающие с ключом оцениваются в 1 балл. Количество баллов суммируется.

Оценка результатов теста

40-50 баллов рассматриваются как показатель очень высокого уровня тревожности,
25-40 баллов свидетельствуют о высоком уровне тревожности,
15-25 баллов – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне тревожности,
5-15 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне тревожности,
0-5 баллов – о низком уровне тревожности.

Приложение Б.

«Диагностика социально-психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда

В опроснике содержатся высказывания о человеке, его образе жизни: переживаниях, мыслях, привычках, стиле поведения. Их всегда можно соотнести с нашим собственным образом жизни.

Прочитав или прослушав очередное высказывание опросника, примерьте его к своим привычкам, своему образу жизни и оцените: в какой мере это высказывание может быть отнесено к Вам. Для того чтобы обозначить Ваш ответ в бланке, выберите подходящий, по Вашему мнению, один из шести вариантов оценок, пронумерованных цифрами от «0» до «6»:

«0» — это ко мне совершенно не относится;

«2» — сомневаюсь, что это можно отнести ко мне;

«3» — не решаюсь отнести это к себе;

«4» — это похоже на меня, но нет уверенности;

«5» — это на меня похоже;

«6» — это точно про меня.

Выбранный Вами вариант ответа отметьте в бланке для ответов в ячейке, соответствующей порядковому номеру высказывания.

Вопросы:

- 1.5.1. Испытывает неловкость, когда вступает с кем-либо в разговор.
- 1.5.2. Нет желания раскрываться перед другими.
- 1.5.3. Во всем любит состязание, соревнование, борьбу.
- 1.5.4. Предъявляет к себе высокие требования.
- 1.5.5. Часто ругает себя за сделанное.
- 1.5.6. Часто чувствует себя униженным.
- 1.5.7. Сомневается, что может нравиться кому-нибудь из лиц противоположного пола.
- 1.5.8. Теплые, бодрые отношения с окружающими.
- 1.5.9. Человек сдержанный, замкнутый; держится от всех чуть в стороне.
- 1.5.10. В своих неудачах винит себя.
- 1.5.11. Человек ответственный; на него можно положиться.
- 1.5.12. Чувствует, что не в силах хоть что-нибудь изменить, что все усилия напрасны.
- 1.5.13. На многое смотрит глазами сверстников.
- 1.5.14. Принимает в целом те правила и требования, которым надлежит следовать.
- 1.5.15. Собственных убеждений и правил не хватает.
- 1.5.16. Любит мечтать – иногда прямо среди бела дня. С трудом возвращается от мечты к действительности.
- 1.5.17. Всегда готов к защите и даже нападению: «застревает» на переживаниях обид, мысленно перебирая способы мщения.
- 1.5.18. Умеет управлять собой и собственными поступками, заставлять себя,

разрешать себе; самоконтроль для него — не проблема.

- 1.5.19. Часто портится настроение: накатывает уныние, хандра.
- 1.5.20. Все, что касается других, не волнует: сосредоточен на себе, занят собой.
- 1.5.21. Люди, как правило, ему нравятся.
- 1.5.22. Не стесняется своих чувств, открыто их выражает.
- 1.5.23. Среди большого стечения народа бывает немножко одиноко.
- 1.5.24. Сейчас очень не по себе. Хочется все бросить, куда-нибудь спрятаться.
- 1.5.25. С окружающими обычно ладит.
- 1.5.26. Всего труднее бороться с самим собой.
- 1.5.27. Настораживает незаслуженное доброжелательное отношение окружающих.
- 1.5.28. В душе — оптимист, верит в будущее.
- 1.5.29. Человек неподатливый, упрямый; таких называют трудными.
- 1.5.30. К людям критичен и судит их, если считает, что они этого не заслуживают.
- 1.5.31. Обычно чувствует себя не ведущим, а ведомым: ему не всегда удается мыслить и действовать самостоятельно.
- 1.5.32. Большинство из тех, кто его знает, хорошо к нему относится, любит его.
- 1.5.33. Человек с привлекательной внешностью.
- 1.5.34. Чувствует себя беспомощным, нуждается в ком-то, кто был бы рядом.
- 1.5.35. Приняв решение, следует ему.
- 1.5.36. Принимая, казалось бы, самостоятельные решения, не может освободиться от влияния других.
- 1.5.37. Испытывает чувство вины, даже когда винить себя как будто не в чем.
- 1.5.38. Чувствует неприязнь к тому, что его окружает.
- 1.5.39. Всем доволен.
- 1.5.40. Выбит из колеи: не может собраться, взять себя в руки, организовать себя.
- 1.5.41. Чувствует вялость: все, что раньше волновало, стало вдруг безразличным.
- 1.5.42. Уравновешен, спокоен.
- 1.5.43. Часто чувствует себя обиженным.
- 1.5.44. Человек порывистый, нетерпеливый, горячий.
- 1.5.45. Не очень доверяет своим чувствам: они иногда подводят его.
- 1.5.46. Довольно трудно быть самим собой.
- 1.5.47. На первом месте рассудок, а не чувство: прежде чем что-либо сделать, подумает.
- 1.5.48. Происходящее с ним толкует на свой лад, способен напридумывать лишнего. Словом — не от мира сего.
- 1.5.49. Человек терпимый к людям и принимает каждого таким, каков он есть.
- 1.5.50. Старается не думать о своих проблемах.
1. Считает себя интересным человеком — привлекательным как личность, заметным.
2. Человек стеснительный, легко тушется.
3. Обязательно нужно напоминать, подталкивать, чтобы довел дело до конца.
4. В душе чувствует превосходство над другими.
5. Нет ничего, в чем бы выразил себя, проявил свою индивидуальность, свое Я.
6. Боится того, что думают о нем другие.
7. Честолюбив, равнодушен к успеху, похвале; в том, что для него существенно, старается быть среди лучших.
8. Человек, у которого в настоящее время многое достойно презрения.
9. Человек деятельный, энергичный, полон инициатив.
10. Пасует перед трудностями и ситуациями, которые грозят осложнениями.
11. Себя просто недостаточно ценит.

12. По натуре вожак и умеет влиять на других.
13. Относится к себе в целом хорошо.
14. Человек настойчивый, напористый; ему всегда важно настоять на своем.
15. Не любит, когда с кем-либо портятся отношения, особенно если разногласия грозят стать явными.
16. Подолгу не может принять решение, а потом сомневается в его правильности.
17. Пребывает в растерянности, все спуталось, все смешалось у него.
18. Доволен собой.
19. Невезучий.
20. Человек приятный, располагающий к себе.
21. Лицом, может, и не очень пригож, но может нравиться как человек, как личность.
22. Презирует лиц противоположного пола и не связывается с ними.
23. Когда нужно что-то сделать, охватывает страх: а вдруг не справлюсь, а вдруг не получится.
24. Легко, спокойно на душе, нет ничего, что сильно бы тревожило.
25. Умеет упорно работать.
26. 76. Чувствует, что растет, взрослеет: меняется сам и отношение к окружающему миру.
27. Встревожен, обеспокоен, напряжен.
28. Чтобы заставить хоть что-то сделать, нужно как следует настоять, и тогда он уступит.
29. Чувствует неуверенность в себе.
30. Обстоятельства часто вынуждают защищать себя, оправдываться и обосновывать свои поступки.
31. Человек уступчивый, податливый, мягкий в отношениях с другими.
32. Человек толковый, любит размышлять.
33. Принимает решения и тут же их меняет; презирует себя за безволие, а сделать с собой ничего не может.
34. Старается полагаться на свои силы, не рассчитывает на чью-либо помощь.
35. Испытывает ощущение скованности, внутренней несвободы.
36. Выделяется среди других.
37. Не очень надежный товарищ, не во всем можно положиться.
38. В себе все ясно, хорошо понимает.
39. Общительный, открытый человек; легко сходится с людьми.
40. Силы и способности вполне соответствуют тем задачам, которые приходится решать; со всем может справиться.
41. Себя не ценит: никто его всерьез не воспринимает; в лучшем случае к нему снисходительны, просто терпят.
42. Беспокоится, что лица противоположного пола слишком занимают мысли.

Ключи:

Таблица Б.1

	Показатели	Номера высказываний	Нормы
А	Адаптивность	4, 5, 9, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 72, 74, 75, 78, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98	(68-170) 68-136
В	Дезадаптивность	2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 36, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 69, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100	(68-170) 68-136

А	Приятие себя	33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94,96	(22-52) 22-42
В	Неприятие себя	7, 59, 62, 65, 90, 95, 99	(14-35) 14-28
А	Приятие других	9, 14, 22, 26, 53, 97	(12-30) 12-24
В	Неприятие других	2, 10, 21, 28, 40, 60, 76	(14-35) 14-28
А	Эмоциональный комфорт	23, 29, 30, 41, 44, 47, 78	(14-35) 14-28
В	Эмоциональный дискомфорт	6, 42, 43, 49, 50, 83, 85	(14-35) 14-28
А	Внутренний контроль	4,5, 11, 12, 13, 19,27,37,51,63, 68, 79, 91, 98	(26-65) 26-52
В	Внешний контроль	25, 36, 52, 57, 70, 71, 73, 77	(18-45) 18-36
А	Доминирование	58, 61, 66	(6-15) 6-12
В	Ведомость	16, 32, 38, 69, 84, 87	(12-30) 12-24
	Эскапизм (уход от проблем)	17, 18, 54, 64, 86	(10-25) 10-20

Зона неопределенности в интерпретации результатов по каждой шкале для подростков приводится в скобках, для взрослых — без скобок. Результаты «до» зоны неопределенности интерпретируются как чрезвычайно низкие, а «после» самого высокого показателя в зоне неопределенности — как высокие.

Необмежені можливості: Люди з інвалідністю, які підкорили світ

Багато цілком здорових і міцних людей скаржаться на життя, не вірять в себе і свій успіх. А є ті, хто обмежений, хто отримав інвалідність, але не здався, і досяг шаленого успіху. Такі люди заслуговують поваги і пошани, так як незважаючи на свої фізичні вади змогли досягти поставлених цілей і довести всьому світу, що інвалідність зовсім не перешкода на шляху до бажаної мети.

Людей з функціональними обмеженнями у всьому світі дуже багато, і кількість їх постійно зростає. У світовій програмі дій стосовно інвалідів, прийнятій Генеральною Асамблеєю ООН 1982 р., наводяться такі дані: у середньому щонайменше кожен десятий мешканець світу має фізичні, розумові або сенсорні дефекти, а близько 25% будь-якої групи населення відчувають на собі негативні впливи цього явища.

Людина невинна, що народилася або стала протягом життя саме такою. Вона невинна в тому, що не завжди може працювати і сама себе забезпечувати. Причинами інвалідності є загальне захворювання, трудове каліцтво, професійне захворювання, інвалідність з дитинства; для військовослужбовців – поранення, контузія, одержані при захисті Батьківщини чи при виконанні інших обов'язків військової служби, або захворювання, пов'язане з перебуванням на фронті, або каліцтво внаслідок нещасного випадку, не пов'язаного з виконанням обов'язків військової служби, чи захворювання, не пов'язане з перебуванням на фронті, а в спеціально передбачених законодавством випадках – захворювання, набуто при виконанні обов'язків військової служби.

Спосіб життя інвалідів – щоденний прийом ліків, які допомагають підтримати життєдіяльність організму, але не виліковують від хвороб. Понад 500 мільйонів осіб у світі є інвалідами в результаті розумових, фізичних або сенсорних розладів, і незалежно від того, у якій країні вони живуть, їх можливості обмежені – фізично та соціально.

Незважаючи на всі попередньо сказані факти, багато людей з обмеженими можливостями сприяли розвитку людства. До них входять і відомі знаменитості, актори, співаки, світові політичні лідери. Це люди, які сильні духом, які незважаючи на свої вади, підкорювали та надалі підкорюють світ. Саме вони є мотивацією для нас ставити перед собою конкретні цілі та добиватися висот. Часто постає питання чого звичайні люди не мають такої жаги до життя? Люди з обмеженими можливостями дійсно варті уваги.

Серед них варто відзначити відомого німецького композитора **Людвіга ван Бетховена**. Весь світ захоплюється творчістю великого Людвіга ван Бетховена, який написав геніальні музичні твори, будучи повністю глухим. Бетховен довів всьому світу, що немає нічого неможливого. Він народився цілком здоровим дитиною, але в 26 років у нього стало прогресувати захворювання, що призвело до повної глухоти. І що найдивніше, кращі твори композитора були створені ним після повної втрати слуху. Наприклад, унікальні композиції «Урочиста меса» і «Дев'ята симфонія». За своє недовге життя він написав 9 симфоній, 5 фортепіанних концертів і 1 скрипковий, 17 струнних квартетів, 1 оперу і 32 фортепіанні сонати.

Мігель де Сервантес – іспанський письменник. Сервантес, перебуваючи на військовій службі у флоті, взяв участь в битві при Лепанто, де був серйозно поранений пострілом, через що втратив ліву руку. Це не завадило йому писати романи та далі продовжувати свою кар'єру письменника. Сервантес відомий, насамперед, як автор одного з найвидатніших творів світової літератури – роману «Хитромудрий ідальго Дон Кіхот Ламанчський».

Також факт інвалідності не завадив реалізуватися і правити величезною країною

у важкі часи Світового економічної кризи і Другої світової війни **Франкліну Рузвельту**, 32-му президенту США. Він став однією з ключових фігур американської історії. Це єдиний президент, який обирався більш ніж на два терміни. Рузвельт був обраний у президенти вже після захворювання поліомієлітом, який прикував його назавжди до інвалідного крісла. Діяльність Рузвельта допомогла США встати на шлях процвітання, створення ООН - так само його заслуга.

Бар'єр інвалідності подолав і відомий фізик-математик **Стівен Гокінг**, один з найбільш впливових в науковому сенсі і відомих широкій громадськості фізиків-теоретиків нашого часу. Уже три десятки років, як учений страждає невиліковною хворобою – розсіяним склерозом. Це хвороба, при якій рухові нейрони поступово вмирають і людина стає все більш безпорадною. Після операції на горлі він втратив здатність говорити. Друзі подарували йому синтезатор мови, який був встановлений на його кріслі-колясці і за допомогою якого Гокінг може спілкуватися з оточуючими. Головна спеціалізація Стівена Гокінга – космологія і квантова гравітація. Вчений досліджував термодинамічні процеси, які виникають в чорних дірах. Його ім'ям названо явище, яке описує «випаровування чорних дір» – «випромінювання Гокінга». Стівен двічі одружений, має троє дітей і онуків.

Актор "Голодних ігор" **Дональд Сазарленд** також з дитинства бореться з ревматизмом, гепатитом і поліомієлітом. Але це не завадило йому стати актором. Він з'явився більше ніж у 130 фільмах, у тому числі і «Голодні ігри», «Острів скарбів», «Механік» та інших.

Варто згадати льотчика **Олексія Маресьєва**, який в роки Великої Вітчизняної війни 1941 – 1945рр. отримав важке поранення, в результаті якого йому ампутували ноги до колін. Незважаючи на важко перенесену інвалідність, Маресьєв все одно повернувся в полк і літав з протезами. До поранення збив чотири німецьких літака, а після поранення ще сім.

Одна з відомих незрячих людей – ясновидиця **Ванга** – у 12-річному віці втратила зір під час урагану, який відкинув її на сотні метрів. Знайшли Вангу тільки ввечері з забитими піском очима. Батько з мачухою не в змозі були провести лікування і Ванга осліпла. Вона привернула до себе увагу в роки Другої світової війни, коли по селах пройшла чутка, що вона здатна визначити місцезнаходження зниклих людей, будь вони живі, або місця, де вони загинули.

Варто відзначити також Рея Чарльза – американського музиканта, людину легенду, автора 70 студійних альбомів, одного з найвідоміших у світі виконавців музики в стилях соул, джаз і ритм-енд-блюз. Рей осліп у семирічному віці внаслідок глаукоми. Протягом свого життя він був нагороджений 12 преміями «Греммі», потрапив до зали слави рок-н-ролу, джазу, кантрі і блюзу, в зал слави штату Джорджія; його записи були включені в Бібліотеку Конгресу США. Френк Сінатра назвав Чарльза «єдиним справжнім генієм в шоу бізнесі». У 2004 році журнал «Rolling Stone» поставив Рея Чарльза під номером 10 свого «Списку Безсмертних» 100 найвидатніших артистів всіх часів.

Ерік Вайхенмайер – перший у світі скелелаз, який досяг вершини Евересту, будучи незрячим. Ерік Вайхенмайер втратив зір, коли йому було 13 років. Юнаком він закінчив навчання, а потім і сам став учителем середньої школи, потім тренером по боротьбі і спортсменом світового класу. Про подорож Вайхенмайера режисер Пітер Уінтер зняв ігровий телевізійний фільм «Торкнутися вершини світу». Крім Евересту Вайхенмайер підкорив сімку найвищих гірських вершин світу, включаючи Кіліманджаро і Ельбрус.

До списку талановитих людей можна внести **Оскара Пісторіуса**, інваліда з народження. Цей чоловік досяг видатних результатів у сфері, де традиційно люди з обмеженими можливостями не можуть змагатися зі здоровими людьми. Не маючи ніг нижче коліна, він став легкоатлетом-бігуном, при чому після численних перемог на змаганнях для інвалідів він домігся права змагатися з повністю здоровими

спортсменами і досяг великих успіхів. Він також є популяризатором спорту серед людей з обмеженими можливостями, активним учасником програм підтримки інвалідів та своєрідним символом того, наскільки високих успіхів може досягти людина з фізичними вадами, навіть у такій специфічній сфері, як спорт.

Наступною варто згадати *Естер Вергеер*. Естер Вергеер – це голландська тенісистка. Вважається однією з найкращих тенісисток в історії. Вона прикута до ліжка з дев'яти років, коли в результаті операції на спинному мозку у неї віднялися ноги. Естер Вергеер – неодноразова переможниця турнірів Великого Шолома, семиразова чемпіонка світу, чотириразова олімпійська чемпіонка. У Сідней та Афінах вона була першою як самостійно, так і в парі. З січня 2003 року Вергеер не зазнала жодної поразки, вигравши 240 сетів поспіль. У 2002 і 2008 роках ставала лауреатом премії «Кращий спортсмен з обмеженими можливостями», яку вручають Світової академії спорту «Лауреус».

Михайло Суворов – автор десяти поетичних збірок. У 13 років від вибуху міни він втратив зір. Багато віршів поета покладено на музику і отримали широке визнання: «Червона гвоздика», «Співають дівчата про кохання», «Не сумуй» та інші. Більше тридцяти років Михайло Суворов викладав у спеціалізованій очно-заочній школи робітничої молоді для сліпих. Йому було присвоєно звання Заслуженого вчителя Російської Федерації.

Шон Сварнер – перша людина, яка підкорила 7 найвищих вершин планети, після того, як переборола рак. Восьми з половиною кілометровий гігант, відомий як гора Еверест, є небезпечним для життя альпіністів місцем: вітер до 180 км/год, брак кисню, хуртовини і смертельні лавини. Таку гору підкорив Шон. Крім усього, Шон – це єдина людина якій поставили одночасно діагноз хвороби Ходжкіна і саркому Аскін. У 13 років у нього виявили хворобу Ходжкіна на останній стадії. Лікарі сказали, що йому залишилося жити 3 місяці. До всього цього у нього виявили пухлину в легені розміром з м'яч для гольфу.

Джесіка Кокс перший у світі пілот без рук, яка доводить, що нам не потрібно «мати крила», щоб летіти по життю. Джесіка народилася без рук, але з сильним духом. Сьогодні Джесіка дипломований фахівець з психології, уміє друкувати, керувати автомобілем, розчісувати волосся, телефонувати за допомогою ніг. Вона займається балетом і спортом. До того, вона має автомобільні права без обмежень і має ліцензію пілота. Керуючи літаком за допомогою ніг, вона пролетіла 89 годин.

Варто відзначити також Нандо Паррадо – він пережив авіакатастрофу і 72 дні у горах. Після аварії літака Нандо і решта 32 поранених людей опинилися в горах без теплого одягу, при температурі -37 градусів. Їх вже перестали шукати, коли кілька людей під керівництвом Нандо, подолавши снігову пустелю, спустилися з гір. Нандо схуд на 40 кг і втратив половину сім'ї у катастрофі. Тепер він мотиваційний спікер.

До людей з інвалідністю також належить Нік Вуйчич – людина без рук і ніг, яка вчить людей вставати. Нік народився в Австралії з рідкісним захворюванням синдромом тетраамелії – рідкісним спадковим захворюванням, що призводить до відсутності чотирьох кінцівок: у нього відсутні обидві руки на рівні плечей, замість ніг у нього стирчить невеликий відросток з лівого стегна. Частково була одна стопа з двома зрощеними пальцями, що дозволило хлопчикові після хірургічного поділу пальців навчитися ходити, плавати, кататися на скейті, грати на комп'ютері і писати. Незважаючи на відсутність кінцівок, він веде повноцінне життя: подорожує, займається плаванням, грає у гольф і футбол. Нік закінчив коледж у віці 21 років з двома вищими освітами у сфері бухгалтерського обліку та фінансового планування. Сьогодні Нік Вуйчич всесвітньо відомий євангеліст і проповідник. З 1999 року Ніколас почав виступати в церквах, тюрмах, школах і дитячих притулках і незабаром відкрив некомерційну організацію «Життя без кінцівок», почавши благодійну діяльність і допомагаючи інвалідам по всьому світу. Він об'їздив понад 55 країн, виступаючи в школах, університетах та інших організаціях. Він радіє життю, прославляє Бога, жартує

над собою, заразливо посміхається і надихає фізично повноцінних людей не здаватися, а жити для Господа. У свої 27 років він об'їхав США, Австралію, Африканський континент і багато інших країн.

Життя перерахованих вище людей вражають, змушують дивуватися і надихають. Їх насправді набагато більше, ніж ми можемо собі уявити. Це ті люди, які, не дивлячись на неймовірні складності, які випали на їхню долю, живуть так яскраво, що запалюють інших. Саме вони показують всім іншим, що не зважаючи на вади в їхньому здоров'ї, вони не здаються, не гублять сенс свого життя, а добиваються найкращих результатів. Люди з обмеженими можливостями, які домоглися успіху в наш час і в минулі століття, можуть стати прикладом для кожного з нас. Їх життя, праця, діяльність – величезний подвиг. Погодьтеся, як іноді важко переступити перешкоди на шляху до мрії. А тепер уявіть, що у них ці бар'єри більш великі, глибокі і непереборні. Незважаючи на труднощі, вони зуміли взяти себе в руки, зібрати волю в кулак і приступити до активних дій. Перерахувати всіх гідних особистостей в одній статті неможливо. Щорічно 3 грудня проводиться міжнародний день людей з обмеженими можливостями здоров'я.

Варто пам'ятати, що люди з інвалідністю – такі ж, як і всі інші люди, хоча й зі своїми особливостями. А у кого їх немає?! Потрібно, щоб люди з обмеженими можливостями вчилися і працювали спільно зі звичайними людьми. Тож давайте будемо підтримувати інвалідів – їм потрібно розуміння і рівноправність.

Список використаної літератури:

1. Конвенція ООН «Про права інвалідів» від 13 грудня 2006 р. Резолюція Генеральної асамблеї ООН №61/106 прийнята на шістдесят першій сесії ГА ООН.
2. Марченко Н. «Необмежені можливості: Люди, які підкорили світ в інвалідному візку» [Електронний ресурс]. – Доступно з: http://espresso.tv/article/2015/12/03/bez_baryeriv
3. Пушкар Н. А. «Відомі люди з обмеженими можливостями» [Електронний ресурс]. – Доступно з: <http://pushkarnatalia.jimdo.com>

Марчак Юлія
Особливості прийняття батьками
дітей з особливими потребами

Сім'я є середовищем, в якому формується особистість дитини і закладається ресурс її соціальної адаптації. Мікроклімат, який батьки створюють в сім'ї, відіграє основну роль у процесі розвитку дитини. Ситуація народження і виховання дитини з особливими потребами, в більшості випадків деформує взаємини в сім'ї. У 30% випадків сім'ї розпадаються.

Реакції при народженні дитини з особливими потребами чи набуття дитиною інвалідності в сім'ї можуть бути різні. Це може бути шок, несподіванка, частіше жах, трагедія — типові позиції батьків в перші моменти, коли фіксується факт інвалідності дитини. Батьків лякає саме слово «інвалід», воно сприймається як клеймо, що стоїть не тільки на дитині, але й в першу чергу на них самих. Частина батьків не витримує випробувань, здає дітей в інтернат, відмовляється від них задля створення сприятливіших (на думку дорослих) родинних умов для інших (здорових) дітей.

На жінку, яка має дитину з особливими потребами, накладається ще один стресовий фактор — розставання з коханою людиною. Нерідко ускладнюються і взаємини жінки з найближчими родичами: її дорікають у народженні дитини з особливими потребами. Якщо ж дитина стала інвалідом в перебігу життя, родичі також звинувачують жінку в тому, що вона «погана мати». Жінці, обтяженій настільки важкими випробуваннями, найчастіше ніде отримати підтримку.

Що стосується чоловіків, батьків дітей з особливими потребами, народження дитини з особливими потребами часто сприймається як обмеження його чоловічої гідності. Тому, чимало чоловіків переносять відповідальність за народження дитини з особливими потребами на жінку, і розлучаються з нею. Залишити сім'ю, кинути жінку з дитиною напризволяще для таких чоловіків не є соціально неприйнятною формою захисту власного життя і благополуччя. Однак існують чоловіки, у яких народження дитини з особливими потребами ініціює їх соціальну активність. Вони починають активно боротися за краще майбутнє своєї дитини. І, таким чином, самореалізуються в соціумі. Є чоловіки, які у зв'язку з народженням дитини з особливими потребами кардинально змінюють свій погляд на світ: починають захоплюватися релігією, духовними практиками та впроваджують їх у процес виховання дитини і дружини. Найбільш численна група чоловіків, які зберігають сім'ю після появи дитини з особливими потребами, вважає своїм основним завданням додаткове матеріальне забезпечення сім'ї.

Є сім'ї, в яких поява дитини з особливими потребами зміцнила взаємини між подружжям. Такі сім'ї є опорою суспільства і держави, сімейним інститутом гармонійної соціалізації дитини з особливими потребами.

Соціально-психологічні особливості сімей, що мають дітей з особливими потребами.

Погіршення екологічної обстановки, високий рівень захворюваності батьків (особливо матерів), ряд невирішених соціально-економічних, психолого-педагогічних і медичних проблем сприяють збільшенню числа дітей-інвалідів, роблячи цю проблему особливо актуальною.

Поява в сім'ї дитини з певними психічними чи фізичними вадами є причиною психологічних стресів батьків, але велика роль сім'ї в соціалізації дитини з особливими потребами не заперечлива. Члени родини зазвичай забезпечують йому умови життя, опіку, виховання та освіту, передають досвід, навчають нормам

суспільного життя. Сім'я створює умови, які включають в дію компенсаторні механізми дитини і сприяють мобілізації та реалізації фізичних та психічних ресурсів.

Труднощі сімей, в яких виховуються діти з особливими потребами, істотно відрізняються від тих турбот, які хвилюють звичайну сім'ю. Хвора дитина потребує незрівнянно більше, ніж здорова, матеріальних, духовних і фізичних витрат.

Сім'ї дітей з особливими потребами мають бути готові до того, що їх стадії розвитку не подібні до звичайних сімей. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають. Такі сім'ї прагнуть до підтримки контактів з родинами, які мають дітей з схожими захворюваннями.

Фактом, який негативно впливає у суспільстві на виховання в сім'ї дитини з особливими потребами є непереборний страх здорових людей перед чимось аномальним. Це дійсно перепона, яку потрібно подолати. Необхідно не тільки підготувати дитину з особливими потребами до життя в суспільстві здорових людей, але й підготувати суспільну думку до того, що інвалід — такий же повноцінний член суспільства, як і здорові люди.

Процес соціалізації такої дитини повинен здійснюватися з ранніх років життя. Дитина з особливими потребами має відвідувати дитячі установи поряд зі здоровими дітьми. Це допомагає не тільки їй, але й навчає її малих однолітків сприйняттю інвалідності не як чогось незвичного, від чого потрібно відокремитися. У дітей з раннього віку буде формуватися інша установка, ніж та, яка дуже часто зустрічається у їхніх батьків.

Таким чином, для розв'язання проблем дітей з особливими потребами мало вирішити психологічні проблеми дитини та батьків. Головна проблема адаптації дітей з обмеженими можливостями закладена у суспільстві, в його ставленні до дітей з певними потребами як до рівноправних членів суспільства.

Розглянемо ставлення батьків дітей з розумовими вадами за напрямками: ставлення до світу, до родини, до дитини, до себе.

Батьки і родичі таких дітей у своєму ставленні до світу, як правило, переходять від почуття образи на всіх за власні переживання страху й безпорадності до активних дій — пошуку будь-яких форм допомоги. Спочатку вони ставлять риторичні запитання: «за що мені ця кара?»; «чим я (наша родина) провинив?»; «невже (і чим) погана моя сім'я, наша дитина?» та інші. З часом, залежно від багатьох складових, вирізняються батьки, що продовжують вважати себе знедоленими, скривдженими, не проявляють активності. Інші прагнуть жити повноцінно, знаходять радість, професійно творять і зростають. Деяких випробування підштовхнули на рішучі кроки до власних змін, у більшості випадків за рахунок розвитку дитини. Під час пошуку засобів допомоги батьки відкривають світ людей з такими ж проблемами. Проблеми та труднощі об'єднують сім'ї, спонукають до обміну інформацією щодо засобів отримання будь-якої допомоги, допомагають гуртуватися в організації.

Ставлення до родини — власних батьків, сім'ї свого дитинства за умов народження хворої дитини майже не змінюється. Родичі в більшості випадків є тим оточенням, яке надає першу безпосередню психологічну та економічну підтримку. Їх роль і значення в житті родини з часом зростає. Відповідно до напрямку пошуку причин народження хворої дитини батьки намагаються осмислити те, що з ними сталося, й спрямувати життя родини в певне русло.

Ставлення до дитини складається з багатьох чинників, які утворюють велике різнобарв'я з пріоритетом або ж паритетом. Серед них суто біологічні складові, такі як стан здоров'я дитини та її батьків, їхній психофізичний статус, оцінка спеціалістами та батьками рівня розвитку й перспектив інваліда. Важливим є економічна стабільність сім'ї, наявність роботи для батьків або одного з них, хоча б середній рівень заробітної плати або пенсії, спроможність вдовольняти потреби дитини (та інших дітей без переваг для інваліда). Певне значення має успішність оволодіння дитиною культурними навичками та життєво — необхідними знаннями; надії та реальні перспективи її

розвитку і соціалізації; виховна спроможність усієї родини та зокрема батьків; соціальне визнання їхньої професійної і батьківської роботи з виховання, піклування, догляду.

Але картина світу для дорослих змінюється таким чином, що відбувається акцентування на проблемі інвалідності одного з сім'ї і у вихованні батьки (частіше мати) вдаються до надмірного опікування, що гальмує розвиток дитячої активності, самостійності, впевненості в собі. Практикується приховування такої дитини вдома, щоб уберегти від небезпек вулиці, можливого поганого впливу. Це поглиблює природну ваду дитини, робить з неї соціального й психічного інваліда.

Прийняття ситуації життя з хворою дитиною, влаштування сімейного добробуту, планування часу роботи й відпочинку, реалізація або відмова від кар'єри – ці та багато інших питань постають як нагальні. Вони потребують вчасного конкретизування, переживання, вербалізації та певного вирішення.

Особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами

У результаті народження дитини з відхиленнями у розвитку стосунки всередині родини, а також контакти з навколишнім соціумом спотворюються. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями хворої дитини, а також з колосальним емоційним навантаженням, яке несуть члени його сім'ї у зв'язку з довготривалим стресом. Багато батьків у ситуації, що склалася виявляються безпорадними. Їх стан можна охарактеризувати як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут. Якісні зміни в таких сім'ях проявляються на наступних рівнях: психологічному, соціальному і соматичному.

По-перше, варто розглянути, як народження дитини з особливими потребами впливає на родину на психологічному рівні. Народження дитини з відхиленнями у розвитку сприймається його батьками як найбільша трагедія. Факт появи на світ дитини «не такої, як у всіх», є причиною сильного стресу, який переживається батьками, в першу чергу матір'ю. Стрес, який має пролонгований характер, робить сильний деформуючий вплив на психіку батьків і стає вихідною умовою різкого травмуючого зміну життєвого укладу, який сформувався в сім'ї. Деформуються: сформований стиль сімейних взаємин; система відносин членів сім'ї з навколишнім соціумом; особливості світобачення та ціннісних орієнтацій кожного з батьків хворої дитини. Всі надії та очікування членів сім'ї у зв'язку з майбутнім дитини виявляються марними і руйнуються в одну мить, а осмислення того, що сталося і набуття нових життєвих цінностей часом розтягується на тривалий період.

На наш погляд, це може бути обумовлено багатьма чинниками, серед яких: психологічні особливості самих батьків, їх здатність прийняти або не прийняти хвору дитину; наявність комплексу розладів, що характеризують ту чи іншу аномалію розвитку, ступінь їх вираженості; відсутність позитивної підтримки впливу соціуму в контактах з сім'єю дитини з особливими потребами.

Розподіл обов'язків між чоловіком і дружиною, батьком і матір'ю в більшості родин носить традиційний характер. Проблеми, пов'язані з забезпеченням життєдіяльності сім'ї, а також з вихованням і навчання дітей, у тому числі і з відхиленнями у розвитку, в основному лягають на жінку. Чоловік — батько хворої дитини — забезпечує в першу чергу економічну базу сім'ї. Він не виключається, як мати дитини, зі звичних соціальних відносин і його життєвий стереотип не так сильно піддається змінам, тому що більшу частину часу він проводить у тому самому соціальному середовищі (на роботі, з друзями і т. д.). Тому психіка батька не піддається патогенному впливу так само інтенсивно, як психіка матері хворої дитини. Наведені характеристики, як правило, є найбільш поширеними. Але, безумовно, є і виключення з правил.

Емоційний вплив стресу на жінку, яка народила хвору дитину, незмірно значніше. Сам факт того, що саме вона народила хвору дитину, змушує її нестерпно

страждати. У матерів часто спостерігаються істерики, депресивні стани. Для них властиве зниження психічного тону, занижена самооцінка, що проявляється у втраті перспектив професійної кар'єри, неможливості реалізації власних творчих планів, втрати інтересу до себе як до жінки і особистості.

Виражені психофізичні порушення дитини, а також особистісні особливості матері можуть служити джерелом материнської депривації. Любов до дитини як специфічне почуття виникає у жінки ще в період вагітності. Але саме це світле почуття зміцнюється і розквітає у відповідь на емоційну взаємність дитини: його посмішку, комплекс поживлення при появі матері та ін. Депривація материнських почуттів може ініціюватися недостатністю цих соціально-психологічних проявів у дитини.

Внаслідок того що народження хворої дитини, а потім її виховання, навчання і в цілому спілкування з нею є тривалим патогенно діючим психічним фактором, особистість матері може зазнавати значні зміни. Депресивні переживання можуть трансформуватися в невротичний розвиток особистості і суттєво порушити її соціальну адаптацію.

Також значними після народження дитини з особливими потребами є зміни на соціальному рівні. Після народження дитини з проблемами в розвитку її родина, в силу виникаючих численних труднощів стає розбірковою у контактах. Вона звужує коло знайомих і навіть родичів через характерні особливості стану і розвитку хворої дитини, а також через особисті установки самих батьків (страху, сорому).

Це випробування надає також деформуючий вплив на взаємини між батьками хворої дитини. Одним із самих сумних проявів, що характеризують стан сім'ї після народження дитини з відхиленнями у розвитку, є розлучення. Не завжди зовнішньою причиною розлучення називають хвору дитину. Найчастіше батьки дітей, пояснюючи причину розриву сімейних відносин, посилаються на зіпсований характер дружини (або чоловіка), відсутність взаєморозуміння в сім'ї, часті сварки і, як наслідок, охолодження почуттів.

Тим не менш об'єктивним стресором, що впливає на психіку членів сім'ї, є сам факт народження хворої дитини і стан його здоров'я в наступний період. Нова ситуація, що склалася, є випробуванням для перевірки почуттів між подружжям. Відомі випадки, коли подібні труднощі згуртовували сім'ю. Однак частина сімей не витримує такого випробування і розпадається, що чинить негативний вплив на процес формування особистості дитини з відхиленнями в розвитку. Неповні сім'ї, в яких виховуються діти з відхиленнями у розвитку, становлять від 30 до 40%. В силу цієї причини (самотності матерів, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку), а також і інших, серед яких можуть бути і генетичні (правомірний страх батьків перед народженням ще одного аномального дитини), деякі сім'ї відмовляються від народження інших дітей. У таких сім'ях дитина з особливими потребами є єдиною.

Відносини в сім'ї можуть погіршуватися не тільки між подружжям. Вони можуть змінюватися між матір'ю дитини з відхиленнями у розвитку та її батьками або батьками її чоловіка. Особливості дитини важко прийняти непідготовленій людині. Жалість до свого онука і його матері можуть тривалий час пронизувати взаємини близьких людей. Проте з віком сили слабшають: бабусі й дідусі поступово усуваються від такої родини. Іноді з боку бабусь і дідусів звучать грікі докори у бік дитини з відхиленнями в розвитку і його матері («Ти винен у тому, що бабуся хворіє» або «Ти винна в тому, що в мене немає здорових онуків» та ін.).

Соматичний рівень у родині також схильний до змін. Стрес, що виник в результаті комплексу незворотних психічних розладів у дитини, може викликати різні захворювання у його матері, будучи, таким чином, ніби пусковим механізмом цього процесу. Виникає патологічний ланцюжок: недуга дитини викликає психогенний стрес у її матері, який в тій чи іншій мірі провокує виникнення у неї соматичних або психічних захворювань. Таким чином, захворювання дитини, її психічний стан, можуть бути психогенним і для батьків, в першу чергу матерів.

Згідно з літературними даними (В.А. Вишневський, В.Н. Мясіщев, Р.Ф. Майрамян), соматичні захворювання у батьків хворих дітей мають наступні особливості. Матері хворих дітей скаржаться на коливання артеріального тиску, безсоння, часті і сильні головні болі, порушення терморегуляції. Чим старшою стає дитина, тобто чим довша психопатогенна ситуація, тим більшою мірою у деякої частини матерів виявляються порушення здоров'я. Виникають: розлади менструального циклу і ранній клімакс; часті застуди та алергія; серцево-судинні та ендокринні захворювання; виражене або тотальне посивіння; проблеми, пов'язані з шлунково-кишковим трактом. Матері хворих дітей часто скаржаться на загальну втому, відсутність сил, а також зазначають стан загальної депресії.

Безумовно, фізичне навантаження у батьків таких дітей надзвичайно велике, особливо це стосується батьків, які мають дітей з дитячим церебральним паралічем (постійна фізична допомога дитині при її переміщенні по будинку, щотижневе перевезення дитини різними видами громадського транспорту з дому до школи і назад за відсутності належних допоміжних засобів). Труднощі, з якими стикаються батьки розумово відсталих дітей, мають свою специфіку, оскільки щоденне супроводження дитини до школи і додому у великому мегаполісі займає багато часу.

Проте при наявності величезного фізичного навантаження, яке, безсумнівно, виснажує сили і впливає на соматичний стан батьків, психологічний фактор і нічим не вимірна тяжкість переживаються, відіграючи провідну роль. Для батьків у першу чергу патогенними є перераховані раніше психологічні особливості розвитку їхніх дітей: ознаки інтелектуального недорозвитку, зовнішнє каліцтво, рухові і мовні порушення. Почуття страху, невпевненості в собі, різні форми депресії — усі ці болючі стани батьків є не тільки у відповідь реакцією їх особи на переживання, але й у відповідь захисною реакцією всього їх організму.

Підсумовуючи ми розуміємо що особистісне прийняття включає в себе цілісну систему різноманітних почуттів до дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються по відношенню до неї, особливостей сприйняття та розуміння характеру дитини, її вчинків. Це визнання права дитини на властиву їй індивідуальність, несхожість на інших, у тому числі несхожість на батьків. У ситуації з дитиною з особливими потребами — це найбільш актуально. Також у рамках особистісного прийняття або неприйняття дитини формується психологічний і емоційний стан батьків, та рівень спілкування у родині, коли з'являється дитина з особливими потребами.

Список використаної літератури:

- Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей / Л.П. Боровая // Социально-педагогическая работа. — 1998. — №6. — С. 59-63.
- Вишневский В.А. Влияние динамики моторных нарушений у больных ДЦП на психическое состояние их родителей / В.А. Вишневский // Вопросы клинической психиатрии : тез. докл. науч.-практич. конф. / под ред.
- Майрамян Р.Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей / Р.Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. / под ред. В.М. Банщикова, Н.М. Шибанова. — М., 1974. — Т. 2. — С. 295-297.
- Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок: автореф. дис. канд. мед. наук / Р.Ф. Майрамян. — М., 1976. — 24 с.
- Мясіщев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясіщев. — Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. — 426 с.
- Мясіщев В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясіщев. — М.: Институт практической психологии. — Воронеж: НПО Модэк, 1995. - 356 с.
- Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с

- отклонениями в развитии : практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачева. – М. : Гном-Пресс, 1999. – 64 с.
- Ткачева В.В. Психолого-педагогическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями развития / В.В. Ткачева // Психолого-педагогическая диагностика. – М. : Академия, 2003. – С. 280-290.
- Чигинцева Е.Г. Типологии семей в вопросе воспитания ребёнка с отклонением в развитии / Е.Г. Чигинцева // Практическая психология и логопедия. – 2005. – №6. – С. 74-80.

Robert Okniński, Jagoda Czajkowska, Anna Kardash
Autyzm i potrzeba komunikacji – metoda PECS.
Prezentacja metody

6 grudnia 2016r. w Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie odbyła się V Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Wielowymiarowe ujęcie niepełnosprawności”. W czasie Konferencji studenci drugiego roku psychologii przedstawili prezentację dotyczącą metody PECS, która wykorzystywana jest w pracy z dziećmi autystycznymi.

Studenci przygotowując się do konferencji korzystali z doświadczeń Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego w Łęcznej.

PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM

Metoda PECS została opracowana w 1985 r. przez Andrew S. Bondy, Ph.D. Frost & Lori, MS, CCC / SLP przy współpracy rodzin, pedagogów, nauczycieli i opiekunów osób niepełnosprawnych. Pierwszy raz została zaprezentowana na Delaware Autistic Program, zyskując uznanie głównie za komponenty inicjowania komunikacji.

Zasady nauczania PECS bazują na książce B. F. Skinnera „Verbal Behavior”. W PECS, podobnie jak u Skinnera, operatory werbalne są nauczane za pomocą odpowiedniego i systematycznego stosowania strategii i procedur wzmacniania, co prowadzi do niezależnego porozumiewania się. Metoda wykorzystywana jest w pracy z osobami w każdym wieku i o odmiennych trudnościach komunikacyjnych. Dzięki tej metodzie większość uczniów zaczyna komunikować się, a nawet mówić.

W autyzmie zaburzona jest potrzeba komunikowania się, dlatego pierwszą rzeczą, której uczy PECS, jest proszenie o rzeczy i czynności istotne dla danej osoby, dzięki czemu odkrywa ona znaczenie komunikacji. Często osoby autystyczne potrafią się komunikować, ale nie rozumieją po co mają to robić, więc nie komunikują się.

Dziennik Urzędowy Amerykańskiej Akademii Pediatrii podaje: „Osoby ze spektrum autyzmu, które nie posługują się mową lub posługują się nią w sposób ograniczony oraz te, które nie reagują na złożone interwencje, mające na celu poprawę komunikacji, powinny mieć możliwość korzystania z PECS”. Ustalenia te zostały przedstawione w artykule pt.: „Nonmedical Interventions for Children With ASD: Recommended Guidelines and Further Research Needs”. Maglione (2012, s. 169-178).

SZEŚĆ FAZ METODY PECS

W fazie 1 PECS podopieczny jest uczony „natury” komunikacji – uczy się bezpośredniego działania (dawania ikony) oraz otrzymywania pożądanego rezultatu (rzeczy, o którą prosi).

W fazie 2 rozwija się u ucznia umiejętność wymiany obrazka w ramach ściśle określonej sytuacji – w innych niż początkowo miejscach, pomieszczeniach, z innymi osobami i zwiększonej odległości.

W fazie 3 uczeń prosi o przedmiot korzystając z zestawu ikon znajdujących się w książce do komunikacji (mającej formę segregatora). Uczeń odkrył, że komunikowanie polega na zwróceniu się do partnera i dokonaniu wymiany.

W fazie 4 następuje nauka konstruowania prostych zdań za pomocą odczepianego paska zadaniowego, na którym umieszcza się ikony odpowiadające poszczególnym słowom. W tej fazie są prowadzone dodatkowe zajęcia mające na celu poszerzenie słownictwa o przymiotniki, czasowniki i przyimki.

W fazie 5 uczeń zaczyna używać PECS w celu odpowiadania na pytanie „Co byś chciał?”, „Co byś chciała?”.

Celem fazy 6 jest, by uczeń potrafił wyrażać spontaniczne prośby i komentarze, a także potrafił udzielić odpowiedzi na pytania: „co chcesz”, „co widzisz”, „co masz”, „co słyszysz” i „co to jest”.

SKUTECZNOŚĆ PECS

Meta-analiza prowadzona przez Hart i Banda w 2010 r. zawierała porównanie 13 badań (35 osób). Dotyczyła ona ogólnej oceny efektywności treningu PECS, rozwoju mowy podczas treningu PECS oraz treningu PECS w przypadku zachowań trudnych. Jak podają autorzy meta-analizy, u 28 z 35 osób uzyskane wyniki wskazywały na wysoką lub umiarkowaną skuteczność treningu PECS, zaś u 6 z 35 osób uzyskane wyniki wskazywały na małą skuteczność treningu. Jedynie u jednej osoby uzyskane wyniki wskazywały na brak skuteczności.

W omawianym porównaniu tylko u 10 osób oceniano również komunikację werbalną. U 4 z 10 osób uzyskane wyniki wskazywały na wysoką lub umiarkowaną efektywność treningu PECS dotyczącą komunikacji wokalnej, natomiast u 2 osób wyniki wskazywały na małą efektywność treningu. U jednej osoby uzyskane wyniki wskazywały na brak skuteczności. W przypadku trzech osób wyniki były zbyt trudne do zinterpretowania.

U 5 osób mierzono zachowania trudne: u 3 z nich uzyskane wyniki wskazywały na wysoką lub umiarkowaną skuteczność treningu PECS, zaś u 2 –wyniki wskazywały na minimalną skuteczność treningu.

Przedstawiona meta-analiza wskazuje na skuteczność treningu PECS w kształtowaniu komunikacji funkcjonalnej. Mimo zróżnicowania stopnia rozwoju mowy, metoda PECS jest wykorzystywana na całym świecie.

PODSUMOWANIE

Badania i szeroko stosowana praktyka wskazują na dużą skuteczność metody PECS w przypadku pełnego jej zastosowania, tj. przeprowadzając ucznia przez wszystkie fazy metody. Lori Frost, współautorka metody PECS, stwierdza: „Nie ma takich danych i badań, które potrafiłyby powiedzieć kto będzie mówić, a kto nie. Jak na razie nie wiemy czemu niektóre osoby z autyzmem rozwijają mowę, a inne nie. Ale wiemy jedno, taka osoba będzie się komunikować, będzie mieć narzędzie do samodzielnego i godnego funkcjonowania. [...] jak na razie metoda PECS ma 30 lat i nie ma ani jednego badania, które pokazałoby jej szkodliwość, natomiast są liczne, które mówią np. że 80 procent użytkowników PECS zaczyna mówić”.

BIBLIOGRAFIA:

Maglione M. A., Gans D., Das L., Timbie J., Kasari C. (2012), For the Technical Expert Panel, and HRSA Autism Intervention Research-Behavioral (AIR-B) Network. Nonmedical Interventions for Children With ASD: Recommended Guidelines and Further Research Needs. *Pediatrics*, 130, 169-178.

Lori Frost, *PECS – wywiad z współtwórczynią metody, Lori Frost*, [online], rozm. przepr.

E. Grzelak [19.12.2016], dostępny w Internecie: <http://aac.info.pl/?cat=14>

Розлучення – як суспільно-психологічний феномен в Україні

Divorce as a socio-psychological phenomenon in Ukraine

Keywords: Family, divorce, socio-psychological analysis of divorce, aspects of individual psychological consequences

Job description: the work tells about a rise of divorces in Ukraine. Presents an analysis of this socio-psychological phenomenon, causes, motives and consequences.

Work plan:

- 1) Definition of the family
- 2) Family function
- 3) The Pros and Cons of sealing families
- 4) Divorce in family and consequences
 - 4.1 The risk factors of divorce
 - 4.2 The reasons and motives of divorce
 - 4.3 Analysis of socio-psychological consequences of divorce
 - 4.4 Negative and positive aspects of individual psychological consequences of divorce

Ключові слова: Сім'я, Розлучення, Соціально-психологічний аналіз розлучень, Аспекти індивідуально-психологічних наслідків

Опис праці: В роботі йдеться про з'явище розлучень в Україні. Представлений аналіз цього суспільно-психологічного феномену, його причини, мотиви і наслідки.

План роботи:

- 1) Дефініція сім'ї
- 2) Функції сім'ї
- 3) Плюси і мінуси закладення сім'ї
- 4) Розлучення в сім'ї і його наслідки
 - 4.1 Фактори ризику появи розлучень
 - 4.2 Причини і мотиви
 - 4.3 Аналіз соціально-психологічних наслідків розлучення
 - 4.4 Негативні і позитивні аспекти індивідуально-психологічних наслідків розлучення

1. Дефініція сім'ї

У Сімейному Кодексі України поняття «сім'ї» описано: «це юридичний зв'язок між фізичними особами, заснований на шлюбі, відносинах родинності, усиновленні та інших підставах, передбачених у законі, який проявляється у наділенні їх на засадах рівності взаємними особистими немайновими та майновими сімейними правами та обов'язками, спільному житті, спільності інтересів та взаємній юридичній відповідальності».

Стаття 3. Сім'я

1. Сім'я є первинним та основним осередком суспільства.
2. Сім'ю складають особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.

Подружжя вважається сім'єю і тоді, коли дружина та чоловік у зв'язку з навчанням, роботою, лікуванням, необхідністю догляду за батьками, дітьми та з інших поважних причин не проживають спільно.

Дитина належить до сім'ї своїх батьків і тоді, коли спільно з ними не проживає.

3. Права члена сім'ї має одинока особа.

4. Сім'я створюється на підставі шлюбу, кровного споріднення, усиновлення, а також на інших підставах, не заборонених законом і таких, що не суперечать моральним засадам суспільства.

Сім'я є предметом вивчення багатьох суспільних наук. Кожна з цих наук прагне зазначити свою дефініцію сім'ї та визначити її функції. З точки зору змісту, структури і форми, сім'я є історично змінною соціальною групою, універсальними ознаками якої є система родинних відносин, забезпечення та розвиток соціальних та індивідуальних якостей особистості і здійснення певної економічної діяльності. Сім'я - це соціальна група, в якій чоловіки та жінки задовольняють природні статеві та інші (духовні, етичні, естетичні) потреби і забезпечують відтворення суспільства шляхом народження потомства. В сім'ї здійснюються різні види економічної діяльності.

Соціологічна дефініція сім'ї як парціальної соціальної групи вказує на те, що характер стосунків у сім'ї, її структура і форма історично мінливі, тому і сама сім'я є історично мінливою соціальною групою. Одночасно соціологічна дефініція сім'ї вказує на її біологічну, біосоціальну і економічну основу.

Основу сім'ї становить, як правило, шлюбна пара. Проте є сім'ї, які характеризуються спільним проживанням, спільним веденням господарства, але юридично не оформлені. Кількість таких сімей останнім часом помітно збільшилася. Соціологи взагалі відзначають зниження бажання і готовності населення до укладення шлюбу, що особливо характерно для сучасних розвинених країн. Крім того, є і неповні сім'ї, де відсутній один з батьків або батьківське покоління з якихось причин не присутнє взагалі (наприклад, коли діти живуть з бабусями-дідусями без батьків).

Сім'ї в залежності від представленості в них різних поколінь бувають нуклеарними (батьки і діти) і розширеними (подружжя, діти, батьки будь-кого з подружжя, інші родичі тощо). Процеси індустріалізації та урбанізації, широко розвинулися в сучасному світі, призвели до переважання нуклеарної сім'ї.

Серед дефініцій сім'ї, які враховують критерії відтворення населення та соціально-психологічної цілісності, привабливе визначення сім'ї : "як історично конкретної системи взаємовідносин між подружжям, між батьками і дітьми, як малої групи, члени якої пов'язані шлюбними або родинними відносинами, спільним побитом і взаємною моральною відповідальністю, соціальна необхідність у якій обумовлена потребою суспільства у фізичному і духовному відтворенні населення", дане А. Р. Харчевим. (1968, с. 16).

Сім'ю створюють відносини між батьками-дітьми, а шлюб став легітимним визнанням тих відносин між чоловіком і жінкою, тих форм співжиття чи сексуального партнерства, які супроводжуються народженням дітей. Для більш повного розуміння суті сім'ї слід мати на увазі просторову локалізацію сім'ї – житло, будинок, власність – економічну основу сім'ї, діяльність батьків і дітей, що виходить за рамки побуту і споживання.

Таким чином, сім'я – це заснована на єдиній спільносімейній діяльності, спільності людей, пов'язаних узами шлюбу-батьківства-споріднення, і тим самим здійснює відтворення населення і сімейних поколінь, а також соціалізацію дітей і

підтримання існування членів сім'ї.

Лише наявність відносин *шлюбу-батьківства-споріднення* дозволяє говорити про конструювання сім'ї як такої, факт одного або двох з названих відносин характеризує фрагментарність сімейних груп.

Наявність таких відносин (тобто сім'ї в суворому сенсі слова) виявляється у переважної більшості сімей країни. З іншого боку, сімейне населення також складається з тих, хто є батьками, але без шлюбу, або знаходиться у фактичному чи легітимному шлюбі без дітей. Для всіх цих фрагментарних форм сім'ї краще підходить термін "сімейна група", під якою розуміється група людей, які ведуть спільне домогосподарство і об'єднуються тільки спорідненістю, або батьківством або подружжям.

Підсумуємо:

Сім'я є системою організованою, має певну структуру, яка піддається постійним змінам під впливом часу і життєвих ситуацій. Вимагає турботи, догляду, нерідко багато зусиль і вкладень щоб любов могла підживлюватися не тільки щастям, але і забезпеченою безпекою та взаєморозумінням. Сім'я у житті кожної людини, забезпечує психічне здоров'я і розвиток особистості. Коли дитина приходить у цей світ, батьки вчать її основним функціям, потім, в окресі підростання, вони передають молодій людині універсальні цінності. Оточена ніжністю і любов'ю дитина, отримує знання про загальноприйнятну поведінку, розуміння норм. Формує в собі почуття приналежності, розробляє власний погляд на світ, і, нарешті, набуває особисту ідентичність. Пізнає смак любові, переживає успіхи і невдачі, але завдяки турботі і підтримці дорослих, стає сильнішою і підготовленішою до подальшого життя.

Можна було б перераховувати до безкінечності функції сім'ї і види потреб, які вона задовольняє. Незалежно від досвіду, яких більше позитивних, або негативних спогадів, завжди ми повертаємося до початку, до родини, яку ми створили і яка нас виховала.

2. Функції сім'ї

Говорячи про функції сім'ї, слід пам'ятати, що мова йде про результати життєдіяльності мільйонів сімей, які мають загальнозначущі наслідки і характеризують головну роль сім'ї як соціального інституту серед інших інститутів суспільства. Вважаю, що не можна ділити функції сім'ї на головні і другорядні, всі сімейні функції – головні, однак є необхідність вказати серед них на ті особливі, які дозволяють відрізнити сім'ю від інших інститутів, ця необхідність призвела до виділення специфічних і неспецифічних функцій сім'ї.

Згідно А. Р. Харчеву, специфічні функції сім'ї походять із сутності сім'ї та відображають її особливості як соціального явища, тоді як неспецифічні функції – це ті, до виконання яких сім'я опинилася змушеною або пристосованою у певних обставинах (1968, с. 27).

Специфічні функції сім'ї, до яких належать: народження (репродуктивна функція), утримання дітей (екзистенційна функція) і виховання дітей (функція соціалізації), залишаються при всіх змінах суспільства, хоча характер зв'язку між сім'єю і суспільством може змінюватися в ході історії. Оскільки людське суспільство завжди потребує відтворення населення, то завжди залишається соціальна необхідність в сім'ї як соціальній формі організації народження і соціалізації дітей, причому в такій своєрідній формі, коли реалізація цих функцій відбувається при особистій мотивованості індивідів до сімейного способу життя – без усякого зовнішнього примусу і тиску.

Наявність особистих потреб в сім'ї і дітях, особистих бажань та прагнення до шлюбу і сім'ї – дуже важлива обставина, вона показує, що існування сім'ї і суспільства

можливо тільки тому, що мільйони людей відчувають потребу в сімейному способі життя і потребу в дітях, і завдяки цьому відбувається відтворення населення. Якщо уявити собі інші форми соціальної організації відтворення населення, засновані не на особистих мотивах людей, а на примусі, то ці форми не можуть вважатися сім'єю в звичайному соціокультурному сенсі, релевантному всім відомим з історії типів сім'ї.

Функції сучасної сім'ї

- Репродуктивна функція (Біологічне відтворення суспільства; Задоволення власної потреби в дітях).
- Виховна (Соціалізація молодого покоління. Підтримка культурної безперервності суспільства Задоволення потреб у батьківстві, контактах з дітьми, їх вихованні).
- Господарсько-побутова (Економічна).
- Моральна (регламентація поведінки членів сім'ї в різних сферах життя, а також відповідальності і зобов'язань у відносинах між подружжям, батьками і дітьми, різними поколіннями).
- Сфера духовного спілкування (Розвиток особистості членів сім'ї, Духовне взаємозбагачення членів сім'ї).
- Соціально– статусна (Надання певного соціального статусу членам сім'ї).
- Емоційна (психотерапевтична)
(Емоційна стабілізація індивідів та їх психологічна терапія. Отримання індивідами психологічного захисту, емоційної підтримки в сім'ї. Задоволення потреб в особистому щасті і любові).
- Задоволення сексуальних потреб.

Можна виділити функції суспільства по відношенню до сім'ї, родини по відношенню до суспільства, сім'ї по відношенню до особистості і особистості по відношенню до сім'ї. У зв'язку з цим функції сім'ї можна розглядати як соціальні (стосовно суспільства) та індивідуальні (стосовно особистості). Функції сім'ї тісно пов'язані з потребами суспільства в інституті сім'ї та з потребами особистості в приналежності до сімейної групи, також вони пов'язані з соціально-економічними умовами життєдіяльності суспільства, тому з плином часу змінюються як характер функцій, так і їх ієрархія.

Тож, кожна родина має свої власні норми, звички, пріоритетні цінності.

Сім'я є місцем, в якому суб'єкт знаходить свою власну ідентичність і проходить період ідентифікації. Оптимальні умови для статевого розвитку-це такі, у формуванні яких беруть участь обоє батьків. Мати навчає дочку становлення жінкою, батько «будує» її привабливість в очах чоловіків, більш пізніх партнерів. Для хлопчика батько є свого роду авторитетом, прикладом, гідним наслідування. Мати ж оточує сина любов'ю і турботою, вчить правильних вчинків, а також навичок прояви любові до самих близьких людей.

3. Плюси і мінуси закладення сім'ї

Часто молоді люди стають перед дилемою створення сім'ї. Оцінюють прибуток, підраховують збитки - це модель так званих «переваг», можливих для отримання. Вступаючи в шлюб ми віддаємо себе іншій людині, а також неодноразово ділимо матеріальні цінності, які у нас є.

Можна зазначити, що, дякуючи аналізу факторів впливу на родину, спостерігаємо поділ на чинники для позитивней чи негативней оцінки шлюбу, пов'язані з такими чинниками, як:

- більш високий статус персональний,
- багатше життя емоційне,

- сексуальне задоволення,
- економічні вигоди.

Вони повстають з бажанням створення сім'ї. Однак крім описаних позитивних сторін, можливі також «витрати», до яких ми можемо віднести:

- обмеження особистої свободи,
- додаткові зобов'язання,
- витрати, економічні зміни.

Відмовившись, однак, від підходу суто матеріального, варто замислитися над більш глибоким виміром нашого існування.

Jan Paweł II говорив, що людина стає повністю розвиненою, знаходить свою повну реалізацію, дякуючи нічим незамінному багатству - сім'ї. Вона мета нашої подорожі, є кульмінацією шляху, який ми долаємо. Коли когось любимо, ми стаємо повноцінні, ми можемо поділитися нашим досвідом, отримувати знання, бути корисним і задоволеними нашим життям. (*Familiaris consortio*, nr 83)

4) Розлучення в сім'ї і його наслідки

Немає сумнівів у тому, що сім'я являє собою найкраще природне середовище розвитку. Члени сім'ї формують загально прийняту систему, невід'ємну частину суспільства, а також окремо особу.

Трапляється, однак, що всередині цієї системи, виникають конфлікти, що призводять до дезорганізації. У разі дезорганізації розпадаються життєві плани, змінюється почуття власної гідності, а пріоритетом стає рефлексія над поточним життям. Дезорганізація може відбуватися на всіх рівнях розвитку суспільства. Наука про життя від батьків, або професійна ситуація, не дають ніякої гарантії уникнути конфліктів. Як правило, кінцевий етап, а значить, розпад сім'ї, починається з періоду напруженості, взаємних сутичок, непорозумінь, агресії. Однак не кожен конфлікт має нести за собою більш серйозні наслідки. До розколу сім'ї призводять тільки сильні й невіршені конфлікти, розлучення-це не обов'язково розпад, також можлива реорганізація. Від того моменту всі члени повинні змінити колишній спосіб життя, взяти на себе нові обов'язки і відповідальність, прийняти інший «режим» існування.

Розлучення проходить у два етапи:

- Першим з них є рішення про розірвання шлюбу, а також період, що став визначним у розпаді сім'ї. Спочатку: суперечки, сварки стають все сильнішими і сильнішими, напруги, трансформуються в боротьбу, взаємного заподіяння шкоди і створення перешкод у житті партнера. Свідком таких ситуацій часто є дитина.
- Другим етапом є зростання в розбитій родині. Розлучення розглядається як ознака поразки подружньої, що має свій вплив на особистість дитини і її батьків. Основним фактором, що формує особистість дитини в початковому періоді є почуття самотності. Цей час реорганізації структури сімейної, дитина адаптується до системи, в якій кожен день існує, зазвичай, лише один з батьків.

Світ і підхід до життя змінюються, відбуваються процеси, послідком яких може бути бунт проти ситуації, що склалася. Нерідко ми стикаємося з проблемами, надмірної агресії, суїциду, залежнень, з яких найбільш поширеним є наркоманія. Усвідомлення розбитої родини приводить до страхів, депресії, відчуження від суспільного життя, закриття в межах власного світу.

Передбачається, що така поведінка не можуть виникнути, коли і мати, і батько тримають з дитиною правильні відносини. Однак підтримувати стосунки - це трудомісткий процес. Відчуття потреби в любові, є сильним, а дорослі часто не можуть пройти повз значущої справи. Дитина самотня, вона починає входити в ситуацію

конфлікту між батьками, боротися за почуття одного з батьків, забуваючи, що потребує опіки обох. Часто дорослі безсоромно використовують дітей для боротьби проти свого суперника (партнера).

Найгірші наслідки розлучення стосуються дітей.

4.1 Фактори ризику появи розлучень

Якщо говорити про причини розпаду сім'ї, то аналіз та систематизація особливостей шлюбнорозлучної практики дозволили дослідникам виділити певні групи факторів і причин розлучення як соціально-психологічного явища. Так, традиційно виділяються наступні групи факторів ризику розвитку розлучення:

Група № 1 — особистісні фактори ризику (індивідуально-типологічні особливості подружжя, досвід сімейного життя прабатьківської родини, стан соматичного і нервово-психічного здоров'я, соціально-демографічні характеристики та ін.). Відзначено, що зазвичай акцентується увага на таких факторах ризику, як: виховання майбутнього чоловіка/жінки в неповній або дисгармонійній сім'ї, значна різниця у віці, інтелектуальному розвитку, освітній рівень і соціальний статус. (Schneider L. B., 2007, с.736)

Виховання майбутнього чоловіка чи майбутньої дружини в неповній або дисгармонійній сім'ї має важливе значення, оскільки основні моделі поведінки міжособистісної, людина набуває в сім'ї, несвідомо копіюючи поведінку батьків, або інших близьких до неї осіб. Внаслідок цього, безумовно, особливе значення набувають емоційні порушення подружніх і дитячо-батьківських відносин — дистанціювання, ворожість, відсторонення, агресія. Значна різниця у віці, так само як і в інтелектуальному розвитку, рівень освіти і соціальний статус майбутніх членів подружжя часто зв'язують з собою несумісність на різних рівнях.

Група № 2 — фактори ризику розлучення, обумовлені історією створення сім'ї. На думку Н.І. Оліфіровіч і ряду інших дослідників, фактори ризику даної групи обумовлені умовами знайомства, особливостями перед подружнього періоду, мотивацією закладення шлюбу, первинної несумісності подружньої пари. Наприклад, фактором ризику успішності шлюбу є дошлюбна вагітність нареченої, особливо коли подружжя молоде. (2006, 160 с.)

Група № 3 — це несприятливі умови функціонування сім'ї. До даної групи факторів ризику традиційно відносять несприятливі житлові та матеріально-економічні умови, низька ефективність рольової поведінки членів сім'ї, депривація значущих потреб членів сім'ї, поведінка подружжя (особливо прояв залежних форм поведінки, а саме: алкоголізм, наркоманія), висока конфліктність, сексуальна дисгармонія.

Група № 4 — фактори ризику, обумовлені суспільними змінами. До цієї групи відносяться урбанізація та зростання мобільності працездатного населення, успішність просування ідей фемінізму в суспільній свідомості, «індивідуалізація» життєвої концепції, в якій цілям автономного особистісного зростання приділяється все більше значення обома статями, лібералізація ставлення суспільства до розлучень, полегшення правових норм, що регулюють розлучення.

Так, наприклад, в Україні діє принцип свободи юридичного розірвання сімейного життя кожним з подружжя при контролі держави. Законодавство передбачає два способи розірвання шлюбу: у ЗАГСі і судовий. При цьому відсоток розлучень знаходиться на дуже високому рівні.

Зазначимо, що відсутність неповнолітніх дітей і майнового спору між подружжям дозволяє їм самим вирішувати долю шлюбу. У цьому разі шлюб припиняється у ЗАГСі в книзі реєстрації актів цивільного стану.

Таким чином, наявність неповнолітніх дітей в сім'ї — це основний фактор толерантності між подружжям в нашій країні, і саме він знижує ймовірність розлучення. При цьому крім юридичної трудомісткості шлюбнорозлучного процесу наявність неповнолітніх дітей в сім'ї тягне економічну недоцільність розлучення і

бажання подружжя створити якомога сприятливіші умови для розвитку та виховання дітей.

4.2 Причини і мотиви

Причини розлучень можна підрозділити на чотири групи:

- причини, пов'язані з нестійкістю або нерозвиненістю особистості (легковажний шлюб, шкідливі звички, грубість, зрада тощо);
- причини, пов'язані з умовами життя сім'ї (житловими, матеріальними тощо);
- причини, пов'язані з об'єктивною неможливістю продовжувати спільне життя (психічне захворювання, безпліддя тощо);
- масовий алкоголізм, економічна криза, безробіття, відчуття нестабільності і депресії як характерні риси стану Українського суспільства.

Проте всі ці причини розлучень є лише зовнішніми показниками, що сигналізують про кризові процеси, що протікають в інституті сім'ї, про комплекс проблем взаємодії в сім'ї, що накопичилися за час існування шлюбу. (Idem, с. 9)

На думку українських соціологів, основні умови, які зумовлюють розлучення, - це урбанізація способу життя, міграція населення, індустріалізація країни, емансипація жінок. Ці чинники знижують рівень соціального контролю, роблять життя людей в значній мірі анонімним, у них атрофуються почуття відповідальності, стійкої прихильності, взаємної турботи один про одного. Але це лише фон: кожне розлучення має власні основні та супутні причини і мотиви.

4.3 Аналіз соціально-психологічних наслідків розлучення

Після закінчення шлюбнорозлучного процесу відбувається зміна сімейного статусу кожного з подружжя. Ця зміна тягне за собою зміну всього укладу життя особистості — економічного, соціального, сексуального.

Якщо говорити про виникнення неповної сім'ї внаслідок розлучення, як підкреслює Н.І. Оліфіровіч і ряд інших дослідників, виникає метафора післярозлученьової фази — «зруйнований будинок». Основна мета цієї фази — побудова нового стилю і способу життя в умовах неповної сім'ї (1968. С. 13).

Відповідно, завданнями розвитку сім'ї виступають:

- подолання «емоційного дефіциту» і «дефіциту ділового співробітництва», що виникли після відходу одного з подружжя;
- відновлення економічного функціонування сім'ї, досягнення фінансової та економічної компетентності розлученої людини, що дозволяє максимально зберегти або покращити рівень колишнього функціонування сім'ї;
- набиття необхідної компетентності у вихованні дітей кожним із розлучених подружжя;
- побудова нової системи соціальних відносин з друзями, колегами, прабатьками;
- реконструкція его-ідентичності.

Таким чином, зростання розлучень не може не впливати на суспільство. При цьому дані наслідки для суспільства оцінюються, як правило, вкрай негативно. Це відображено в соціально-психологічних наслідках розірвання шлюбу. Так, К. Б. Шнейдер до соціально-психологічних наслідків розлучення відносить:

- зниження народжуваності;
- погіршення умов сімейного виховання;
- зниження працездатності людини;
- погіршення показників здоров'я, збільшення захворюваності та смертності;
- зростання алкоголізму, залежностей;
- збільшення суїцидальних випадків;
- збільшення ризику психічних захворювань (2007).

У зв'язку з перерахованими вище наслідками необхідно звернути увагу на

наступний факт: демографічна ситуація в сучасній Україні, що характеризується високою смертністю і низькою народжуваністю, а також щорічне зростання алкоголізму в країні говорять про гостру потребу зміцнення інституту сім'ї.

Однак, існують такі випадки, коли сімейні відносини негативно позначаються на індивідуально-психологічному стані особистості. Тоді розлучення – це єдиний можливий варіант подальшого позитивного розвитку особистості. Як підкреслює Ст. Квінн, якщо існує дія, то має бути і протидія (2000, с.534). Якщо існує шлюб, то повинно існувати і розлучення

Таким чином, індивідуально-психологічні наслідки розлучення не тільки негативні, але й позитивні.

4.4 Негативні і позитивні аспекти індивідуально-психологічних наслідків розлучення

На основі аналізу літератури, присвяченій проблемі розлучення, можна виділити такі індивідуально-психологічні наслідки розірвання шлюбу:

- звільнення від зобов'язань перед чоловіком/ дружиною і самотність;
- зміна рівню матеріального добробуту;
- зміни в професійній сфері.

Розглянемо вищезазначені наслідки. Отже, звільнення від зобов'язань перед чоловіком і самотність. Якщо говорити про наслідки, то необхідно акцентувати увагу на ставленні особистості до них. Справа в тому, що тут можливо два варіанти: чоловік міг страждати від обмеження власної свободи у шлюбі, а, можливо, він обтяжувався власною свободою. У першому випадку після розлучення свобода – це те, в чому була гостра потреба, і деяка свобода особистості і розставання не є особливо болючим. У другому випадку після розлучення свобода – це негативний стан, який веде до появи почуття самотності, пустоти і непотрібності.

Подолання зазначених почуттів можливо при формуванні ставлення особистості до розлучення як досвіду. Безумовним позитивним аспектом звільнення від зобов'язань - є відсутність родинних побутових проблем, які досить негативно можуть позначитися на емоційному стані особистості.

Що стосується змін у рівні матеріального добробуту, то вони як правило носять негативний характер, особливо для чоловіка/жінки, у яких не високий рівень заробітної плати. Даний факт ускладнює пригнічений стан після розірвання шлюбу.

Однак і в цьому випадку спостерігаються позитивні сторони проблеми. По-перше, рішення про розподіл власних коштів приймається особистістю самостійно. По-друге, поява нової кризової ситуації – брак грошових коштів в певний момент часу активізує особистість для перегляду місця своєї професійної діяльності (особливо це стосується жінки, яка виховує дитину), що сприяє виходу з негативного емоційного стану.

З метою відволікання від внутрішніх важких переживань людина, як правило, починає займатися тим, що подарує їй спокій і впевненість у собі. Дані досліджень свідчать про те, що багато людей після розірвання шлюбу знаходили себе у сферах, про які раніше і не думали, що розкривали нові здібності і будували кар'єру.

З усього вищесказаного можна зробити висновок, що основне завдання психологічної допомоги в ситуації розлучення – це орієнтація клієнта на позитивні аспекти розлучення.

Висновок

Розлучення – це процес реорганізації сімейної системи при житті подружжя, що відбувається з різних причин. При цьому після розлучення головне завдання – це ефективно впоратися з його негативними наслідками і усвідомити позитивні аспекти теперішньої ситуації. Зазначимо, що виділяють як соціально-психологічні наслідки розлучення, так і індивідуально-психологічні наслідки розлучення.

Однак, розірвання шлюбу має не тільки негативні, але і позитивні сторони. Звичайно, спочатку погодитися з цим досить важко, особливо коли переживаєш гострий період горя і відчаю. Проте потім на цьому необхідно акцентувати увагу особистості. Це одне з головних завдань психологічної допомоги особистості, яка пережила розірвання шлюбу.

Literature:

- Family Code of Ukraine (Bulletin of Verkhovna Rada of Ukraine (VVR), 2002, № 21-22, article 135) Article No. 3
- Harchev A. G. Life and family in a socialist society. L., 1968. P. 16, 27,13
- Jan Paweł II ,Familiaris consortio, nr 83
- Schneider L. Family psychology: textbook for universities / L.. Schneider. – Ed. 3-D. – М.: Academic project; Business book, 2007. – 736 p.
- Aliferovich N., Zinkevich – Kuzemkina T., Valenta, Etc
- Psychology of family crises: a Training manual. –М.: "Speech", 2006. – 160 p.
- Idem, the Risk of divorce in Poland c. 9
- Quinn V. Applied psychology, 2000. – 534 p.
- E. Giddens. Sociology, 1999

Postawy rodzicielskie i strategie radzenia sobie ze stresem

osób wychowujących dziecko z wadą słuchu

Artykuł przedstawia dwa różne, ale powiązane ze sobą aspekty wychowywania dziecka z wadą słuchu. Traktować on będzie o postawach rodzicielskich i strategiach radzenia sobie ze stresem.

1. Postawy rodzicielskie osób wychowujących dziecko z wadą słuchu

Rodzina to najmniejsza i podstawowa komórka społeczna. Rodzice kształtują dziecko, wychowują je i pomagają stawiać pierwsze kroki w dorosłym życiu. Przyjźmy się zatem jak ważne w naszym życiu są postawy rodzicielskie. W tym artykule autorzy pragną przedstawić, jakie postawy wyłaniają się u osób wychowujących dzieci niepełnosprawne.

Rodzice to pierwszy wzór dla dziecka. Poprzez interakcję z nimi pociecha odczuwa klimat, jaki panuje w rodzinie. Dzięki temu może czuć się swobodnie, pewnie i mieć poczucie bezpieczeństwa. Może się jednak zdarzyć tak, że potrzeby dziecka nie będą w pełni zaspokojone, a to nie sprzyja prawidłowemu rozwojowi. Każde maleństwo oczekuje akceptacji, miłości, szacunku i pomocy w rozwoju i realizacji pragnień.

Charakterystycznym elementem relacji pomiędzy rodzicami a ich niepełnosprawną pociechą jest specyficzna postawa tak wobec wady dziecka, jak i jego samego. W tym miejscu stosownym wydaje się przybliżyć pojęcie postawy. Jest to tendencja do zachowania się w specyficzny sposób wobec jakiejś sytuacji czy problemu, natomiast postawa rodzicielska kształtuje się w toku wypełniania postaw rodzicielskich.¹

Wielu wybitnych psychologów skoncentrowało się na dogłębnej analizie i rozłożeniu na elementy pierwsze tak istotnego zjawiska, jakim jest wspomniana wcześniej postawa.

Leo Kanner, austriacko-amerykański lekarz psychiatra pochodzenia żydowskiego, twórca psychiatrii dziecięcej, wyróżnił cztery postawy:

- Postawa akceptacji i miłości – dziecko czuje, że jest w centrum zainteresowania rodziców, którzy bawią się z nim, dopieszczają. Dziecko rośnie wiedząc, że jest bezpieczne, a rozwój osobowości ma prawidłowy rytm.
- Postawa jawnego odrzucenia - dziecko jest nienawidzone, rodzice je zaniedbują, a kontakt z nimi jest ograniczony. Dziecko przejawia zachowania agresywne. Warto też dodać, że rozwój uczuciowy jest hamowany.
- Postawa perfekcjonizmu – brak akceptacji dziecka takiego, jakim jest. Rodzice je nie chwala, wręcz przeciwnie – krytykują i dają ciągle nagany, co w następstwie rodzi w dziecku frustrację, lęk i brak wiary we własne możliwości.
- Postawa nadmiernego ochraniania – rodzice całą swoją postawą poświęcają się dziecku, a nawet je rozpuszczają, nadmiernie pobłażają lub całkowicie ograniczają autonomię. Następstwem tego jest późna dojrzałość społeczna dziecka i niezdolność do samodzielności.

Natomiast Maria Ziemska podaje postawy rodzicielskie na zasadzie antagonizmów:

Dobre postawy:

- Postawa współdziałania – rodzice są odpowiedzialni za tworzenie atmosfery współdziałania. Postawa ta wymaga od nich dużo pracy, ponieważ muszą nauczyć dziecko jak współpracować z innymi. Im dziecko jest starsze, tym bardziej inicjatywa

¹www.sp51.przedszkola.net.pl/nauczyciele-pisza/postawy-rodzicielskie-i-ich-znaczenie-w-wychowaniu-dziecka.html

wyływa od niego.

- Postawa akceptacji –opiera się na motywie skierowania „ku dziecku”. Rodzice akceptują dziecko takim, jakie jest i dlatego że jest. Ta postawa dopuszcza karanie dziecka z koniecznych powodów, jednak nie przeszkadza to w jego akceptacji. Rodzice kochają swoje dziecko, a każdy kolejny postęp jest dla nich przyczyną radości.
- Postawa charakteryzująca się rozumną swobodą – postawa cechująca się ogromną mobilnością rodzica do wieku dziecka – z jednej strony chronieniem go przed niebezpieczeństwami, a z drugiej sprawianiem, aby wkraczało w otaczający je świat. Akceptacja i współpraca niezmiennie to ułatwiają – ale swoboda i zwiększanie samodzielności rozwijają aktywność dziecka.
- Postawa uznania praw dziecka – Postawa opierająca się na szacunku wobec tajemnic dziecka i jego zachowania. Jeżeli tego nie otrzyma, jest to równoznaczne z nierespektowaniem praw dziecka, które dziś są nawet ogólnie określone przez „Konwencję Praw Dziecka”.

Postawy złe:

- Postawa unikająca – jest antagonistycznie nastawiona do postawy współdziałania. Rodzice nie są zainteresowani potrzebami dziecka, jego planami bądź marzeniami. Unikają go, ponieważ przebywanie z dzieckiem nie sprawia im przyjemności. Charakterystycznym jest też lekceważenie zagrożeń i brak współpracy z dzieckiem.
- Postawa odrzucająca – postawa sprzeciwiająca się akceptacji. Można powiedzieć, że jest to najgorsza z postaw, gdyż rodzice nie kochają własnego dziecka i nie chcą mieć z nim nic do czynienia. Występuje tu krytyka dziecka i może pojawić się agresja. Rodzice kierując dziecko zazwyczaj odnoszą się do metod zastraszania, karania i żądania.
- Postawa nadmiernie chroniąca – rodzice uważają, że każda sytuacja może być dla dziecka stresująca i niebezpieczna. Nadmiernie chronią dziecko, bo uważają, że wszystko może być problemem, a skoro tak jest to trzeba rozwiązać to za dziecko. Występuje ograniczanie samodzielności dziecka.
- Postawa nadmiernie wymagająca – rodzice nie akceptują dziecka takim, jakie ono jest, gdyż uważają, że może osiągnąć więcej i może być lepsze. Samodzielność i aktywność są ograniczane przez ciągłe wytykanie błędów, niedociągnięć. Dziecko jest tu oceniane i przymuszane do posłuszeństwa. W razie problemów wina zawsze leży po stronie dziecka.²

Kolejnym badaczem zabierającym głos w sprawie postaw był Mieczysław Plopa, który w *Skali postaw rodzicielskich* wyróżnił postawy:

- Wysoka postawa akceptacji – oznacza, że rodzic akceptuje dziecko takim, jakie ono jest. Stwarza klimat sprzyjający swobodnej wymianie uczuć i zachęca dziecko do nawiązywania otwartych i spontanicznych relacji.
- Postawa nadmiernie wymagająca – charakteryzuje się traktowaniem dziecka zgodnie ze sztywno przyjętym przez rodzica modelem wychowania, rodzic ostro egzekwuje również wykonywanie swoich poleceń.
- Postawa autonomii – rodzic traktuje dziecko jako osobę, która w miarę rozwoju potrzebuje więcej swobody do podejmowania samodzielnie decyzji
- Postawa niekonsekwenta – charakteryzuje się zmiennym stosunkiem rodzica do dziecka. Zależy on od chwilowego samopoczucia, nastroju i innych spraw osobistych.
- Nadmierne ochranianie – polega na tym, że rodzic nadmiernie troszczy się o dziecko,

² www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/postrodzicielskie.pdf

traktuje je jako osobę wymagającą stałej troski i opieki.³

Badania postaw rodzicielskich objęły pięćdziesiąt matek i pięćdziesięciu ojców. Łącznie badania zostały wykonane na stu osobach wychowujących dzieci z wadą słuchu. Próby wykazały następujące konkluzje:

Istotność różnic w badaniu wykazała, że akceptacja matki jest większa niż akceptacja ojca. Możemy przyjąć, że główną rolę odgrywa tutaj empatia charakterystyczna dla kobiet.

Kolejna różnica wyłania się w postawie wymagania. Matki również wiodą tu prym. Zależy im, by poprzez ćwiczenia, jakie wykonują z dzieckiem, stało się ono jak najbardziej rozwinięte i mogło prawidłowo funkcjonować.

Trzecią i ostatnią istotną różnicą była postawa autonomii. Matki dają jej więcej niż ojcowie.

Reasumując, z badań wynika, że postawy matek są bardziej wyraziste i przejawiają tendencje do popadania w skrajności.

2. Strategie radzenia sobie ze stresem rodziców wychowujących dziecko z wadą słuchu

Radzenie sobie ze stresem jest drugim z elementów przeprowadzonego przez autorów badania. To niezwykle ważna i ciekawa umiejętność, która zaskakuje szerokim wachlarzem zachowań i strategii jednostek w obliczu pojawiających się i narastających ładunków emocjonalnych związanych z życiowymi wydarzeniami, nieraz od samego człowieka niezależnymi.

Celem głębszego zrozumienia tematyki tego komponentu artykułu, autor pragnie pokrótce przybliżyć zagadnienia stresu, strategii radzenia sobie z nim, wykorzystanych narzędzi oraz typowych reakcji jednostek na ten stan emocjonalny.

Pisać o stresie można z wielu punktów widzenia i z pewnością przekracza to limity nałożone na autora przez format tej pracy. Warto jednak zaznaczyć, iż ma on swe źródło między innymi w czynnikach antropologicznych, socjologicznych, medycznych, a także fizjologicznych i psychicznych. Zawężając analizę do psychologicznego ujęcia stresu, nie sposób jednak odmówić wyżej wymienionym elementom wkładu tak w analizę zjawiska, jak i poszukiwanie rozwiązań i regulatorów produktów tego jakże istotnego faktu naszego życia. Prac i teorii na temat stresu powstało wiele i – w zależności od pola ekspertyzy danego autora – dzieła te ujmują ten istotny element życia ludzkiego na różne sposoby. Właśnie na podstawie zestawienia wieloaspektowości licznych dzieł powstały zwarte teorie stresu, do których zaliczyć w pierwszej kolejności należałoby *Transakcyjną teorię stresu* R. Lazarusa i S. Folkmana (1984). Ona to właśnie wraz z *teoriami homeostatycznymi* Waltera Cannona stała się źródłem nawiązań współczesnych teorii i konceptów oraz rozbudowanych prac na temat stresu.

Jak stwierdził Tadeusz Tomaszewski „przez (stres) sytuacje trudne rozumiemy, najogólniej mówiąc, takie sytuacje, w których zachodzi rozbieżność pomiędzy potrzebami lub zadaniami człowieka a możliwościami zaspokojenia tych potrzeb lub wykonania zadań”⁴. Idąc za analizą tego stwierdzenia dokonaną przez J. Terelaka, Tomaszewski przypisuje tak ujętej sytuacji trudnej status pojęcia *stres psychologiczny* i to zarówno w wymiarze subiektywnym – gdy naruszenie równowagi pomiędzy składowymi strukturami czynności wynika z cech podmiotu – jak i obiektywnym – gdy jest rezultatem cech samego zadania lub

³ M. Plopa *Skala postaw rodzicielskich, wersja dla rodziców*, WYD ROK, STR

⁴ T. Tomaszewski, 1984, s. 134

warunków zewnętrznych, w jakich to zadanie jest wykonywane⁵.

Koncepcję tę zdaje się podejmować również J. Strelau wskazując na ogrom negatywnego ładunku emocjonalnego wymagań, tak w postaci subiektywnej jak i obiektywnej, jakiego jednostka doświadcza w stanie stresowym czy to w formie lęku, złości, wrogości czy strachu i, jak zaznacza Mieczysław Plopa w *Skali postaw rodzicielskich* (2008), „emocjom tym towarzyszą intensywne zmiany fizjologiczne i biochemiczne, wyraźnie przekraczające spoczynkowy poziom aktywacji”.

To zjawisko, pokrótce opisane w powyższych akapitach, dotyczy z dużym nasileniem właśnie rodziców wychowujących dzieci posiadające wadę słuchu. Ogromne obciążenie emocjonalne, jakie towarzyszy nowo zaistniałej sytuacji, zdaje się być w wielu aspektach przytłaczające, co niekiedy jest potęgowane przez czynniki niezależne względem samego faktu niepełnosprawności młodego członka rodziny. Sytuacja materialna, społeczna, uwarunkowania środowiskowe czy chociażby samo otoczenie, w jakim dziecko przychodzi na świat i dorasta, mają niemały wpływ tak na nie samo, jak i na borykających się z nową i zaskakująco niewygodną sytuacją rodziców.

Sam stres związany z wychowywaniem dziecka z wadą słuchu nie jest zjawiskiem statycznym. Ewoluuje i przekształca się wraz ze zmianą nastawienia rodziców wychowujących niepełnosprawnego potomka. Jego siła, natężenie, pewna szeroko rozumiana wartość jest po części zależna od wielu czynników, do których należą między innymi: rodzaj i stopień niepełnosprawności dziecka, widoczność niepełnosprawności i to, na jakim etapie rozwoju dziecka pojawi się niepełnosprawność. W większości przypadków rodzice dowiadują się o niepełnosprawności w pierwszych dniach życia dziecka. Niekiedy jednak niepełnosprawność pojawia się znacznie później. Może być spowodowana przebyta przez dziecko chorobą lub wypadkiem. W takich przypadkach przeżycia rodziców są bardzo burzliwe, mogą oni długo pozostawać w okresie szoku lub kryzysu emocjonalnego.

Niezależnie jednak od powyższych czynników stresogennych możliwe jest wyróżnienie poszczególnych faz zachowań, gdy rodzic dowiaduje się o niepełnosprawności dziecka, a są nimi:

1.1.1. Faza szoku

1.1.2. Faza kryzysu emocjonalnego (rozpaczy)

1.1.3. Faza pozornego przystosowania się

1.1.4. Faza konstruktywnego przystosowania się

Pierwsza z nich, początkowa, zwana także okresem krytycznym lub okresem wstrząsu emocjonalnego, następuje bezpośrednio po tym, kiedy rodzice dowiadują się, że ich dziecko jest niepełnosprawne. Częstymi objawami występującymi w tym okresie u rodziców są: obniżony nastrój, niekontrolowane reakcje emocjonalne oraz reakcje i stany nerwicowe.

Neurotyczne przeżywanie problemów własnych i rodziny, poczucie winy wobec dziecka niepełnosprawnego oraz silne negatywne emocje, które nie są tak burzliwe jak na początku, charakteryzują drugą fazę zachowań rodzica. Nazywana jest ona okresem rozpacz, bądź depresji i w tym czasie rodzice zazwyczaj bardzo pesymistycznie oceniają przyszłość dziecka.

Faza pozornego przystosowania się, będąca następną w kolejności, charakteryzuje się podejmowanymi przez rodziców nieracjonalnymi próbami przystosowania się do sytuacji, w jakiej się znaleźli po stwierdzeniu u dziecka niepełnosprawności. Rodzice nie mogą pogodzić się z tym faktem, wytwarzają nieprawidłowy obraz dziecka, deformując percepcję rzeczywistości oraz stosując inne liczne mechanizmy obronne, do których zaliczyć można między innymi: nieuznawanie faktu niepełnosprawności dziecka, poszukiwanie winnych

⁵ J. Terelak, *Psychologia Stresu*, 2001, s. 80

niepełnosprawności dziecka czy poszukiwanie cudownych leków i zwracanie się do rozwiązań paramedycznych.

Ostatnim i pożądanym z punktu widzenia zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego etapem jest faza konstruktywnego przystosowania się do sytuacji. W przeżyciach rodziców zaczynają dominować uczucia pozytywne. Kontakty z dzieckiem i czynności wykonywane wokół niego zaczynają przynosić im satysfakcję. Zaczynają się zastanawiać, jakie są realne przyczyny niepełnosprawności dziecka, jaki jest wpływ niepełnosprawności na rozwój psychiczny dziecka oraz na rodziców i rodziny, jak należy postępować z dzieckiem, jaka jest jego przyszłość.

Przedstawione fazy ukazują, iż nie jest możliwym ujęcie stresu jako zjawiska statycznego, gdyż zbyt wiele czynników ma wpływ na jego powstanie, nasilenie i metamorfozę. Rozróżnienie to, jak również i sama analiza wieloaspektowości samego stresu, pozwala na przyjęcie odpowiednich strategii i zgłębienie praw jakimi rządzi się jednostka w kontakcie z tym negatywnym stanem emocjonalnym.

Wspomnieni już wyżej Lazarus i Folkman w odpowiedzi na taką potrzebę opracowali relacyjną koncepcję radzenia sobie ze stresem. W myśl ich teorii te czynności to „*stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki jednostki mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby*” (Lazarus i Folkman, 1984, s. 141).⁶ Przy tym warto wspomnieć słowa S. Epsteina (1983), który stwierdził, iż „*człowiek posiada bogaty repertuar systemów adaptacji do stresu: przewencyjnych i patologicznych, rzecz jednak w tym, by nie dopuścić do uruchomienia adaptacyjnych systemów patologicznych*”.

Te właśnie dwie koncepcje – stresu oraz radzenia sobie z nim – stały się podstawą do przeprowadzenia badań i ustalenia metod „sprawdzania” w jaki sposób ludzie dają sobie radę z negatywnymi i obciążającymi skutkami tegoż stanu emocjonalnego.

Jednym z takich narzędzi jest kwestionariusz CISS, który autorzy artykułu wykorzystali właśnie w swoim badaniu. Został on opracowany przez N.S. Endlera oraz J. D. A. Parkera w 1990 roku i został zaadaptowany do warunków polskich już w 2005 roku przez Piotra Szczepaniaka, Jana Strelau, Kazimierza Wrześniewskiego.

Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych bądź stresowych, i wybierając spośród odpowiedzi punktowanych od jednego do pięciu, w ciągu około piętnastu minut jest w stanie ustosunkować się do czterdziestu ośmiu stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Wyniki takiego kwestionariusza ujmowane są w trzech skalach, które odzwierciedlają nasilenie tendencji do określonego stylu radzenia sobie ze stresem, a są to:

1.1.1.1.1. styl skoncentrowany na zadaniu

1.1.1.1.2. styl skoncentrowany na emocjach

1.1.1.1.3. styl skoncentrowany na unikaniu

Pierwsza z powyższych metod skupia się na podejmowaniu zadań oraz czynności mających na celu planowanie i rozwiązywanie problemu czy to poprzez próby zmiany sytuacji czy poznawcze przekształcenia.

Definitywnie różny od niego w swym charakterze natomiast jest styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach. Osoba, która uzyskała wysoki wynik w skali SSE wykazuje tendencję do skupiania się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych. Charakterystyczne dla nich jest przy tym myślenie życzeniowe i fantazjowanie, co niekiedy

⁶ M. Plopa, *Skala postaw rodzicielskich*, 2008, s. 7

prowadzić może do efektu odwrotnego do zamierzonego, przynosząc przygnębienie i wzrost napięcia zamiast obniżenia ładunku emocjonalnego.

Styl skoncentrowany na unikaniu natomiast przejawiają osoby, które w sytuacji stresowej wystrzegają się myślenia, przeżywania i doświadczania jej skutków. Przyjmuje on co do zasady jedną z dwóch form: angażowania się w czynności zastępcze, bądź poszukiwania kontaktów towarzyskich.

Ten kwestionariusz posłużył autorom do przeprowadzenia analizy strategii radzenia sobie ze stresem rodziców wychowujących dziecko z wadą słuchu.

Grupa badawcza liczyła pięćdziesiąt matek i pięćdziesięciu ojców, dając łącznie próbę stu osób wychowujących dzieci z zaburzeniami sensoryki akustycznej, a uzyskane wyniki wykazały istotność w zakresie:

a) koncentracji na zadaniu, oraz

b) poszukiwaniu kontaktów towarzyskich

W przypadku koncentracji na zadaniu matki wykazały nieznaczną różnicę wobec ojców, niemniej jednak obydwój rodziców wykazało się umiarkowaną koncentracją na zadaniu w kwestii wychowywania dziecka z wadą słuchu.

Pozwala to stwierdzić, iż w przypadku negatywnego bagażu emocjonalnego jaki niesie ze sobą obowiązek rodzicielski wobec dziecka niepełnosprawnego, próby zmiany sytuacji i poznawcze przekształcenia dokonywane przez ojców i matki miały miejsce z umiarkowaną częstotliwością.

Drugim istotnym wynikiem były pomiary na polu poszukiwania kontaktów towarzyskich jako jednej z form stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na unikaniu. Według tegoż badania matki wykazały znaczną aktywność w kwestii poszukiwania kontaktów towarzyskich, co może mieć związek w wysokim poziomie wymagań i idącym za tym stresem.

Ojcowie natomiast wykazali się umiarkowaną aktywnością podczas poszukiwania kontaktów towarzyskich i biorąc pod uwagę ogólną tendencję mężczyzn do polaryzacji zachowań oraz reakcji, uzyskali oni niezwykle zrównoważone w ujęciu stenów wyniki na przestrzeni niemalże każdej skali.

Podsumowując uzyskane wyniki łatwo można stwierdzić, iż współcześni rodzice wychowujący dziecko posiadające wadę słuchu ustrzegli się przed ekstremalnymi zachowaniami i strategiami radzenia sobie z ogromnym przecież stresem związanym z niepełnosprawnością ich dziecka. Postawa taka zapewnia bez wątpienia ogromny potencjał do zdrowego i konstruktywnego rozwoju i przystosowania zarówno psychiki, jej równowagi, jak i rzetelnych postaw rodzicielskich oraz społecznych sensu largo.

Bibliografia

Domańska M., Wpływ postaw rodzicielskich na kształtowanie się, osobowości dziecka, „Wychowanie na co dzień“ 1999, nr 3.

Hulek A., *Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie*, PWN, Warszawa 1984

Nowak M., *Teorie i koncepcje wychowania*. Warszawa 2008

Obuchowska I., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, PWN, Warszawa 1993

Plopa M., *Skala postaw rodzicielskich wersja dla rodziców*, Vizja, Warszawa 2008

Terelak J. F., *Psychologia Stresu*, BRANTA, Bydgoszcz 2001

Tomaszewski T., *Psychologia ogólna*, PWN, Warszawa 1995

Pozostałe źródła

www.sp51.przedszkola.net.pl/nauczyciele-pisza/postawy-rodzicielskie-i-ich-znaczenie-w-wychowaniu-dziecka.html

www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/postrodzicielskie.pdf

PROFILAKTYKA WYPALENIA ZAWODOWEGO

Do tej pory działaniom profilaktycznym i psychoedukacyjnym w temacie wypalenia zawodowego zarzuca się nieprecyzyjne określenie celów, które mają być osiągnięte w wyniku działania programu, oraz brak wiedzy na temat sposobów oceny skuteczności programu. Do tych programów można zaliczać także te o radzeniu sobie ze stresem i efektywnym zarządzaniu czasem, przez to, że stres jest składnikiem wypalenia, a umiejętne zarządzanie czasem wpływa na odczuwane samozadowolenie – mogą one wpłynąć na jego redukcję w jak najwcześniejszej fazie.

Zapobieganie i zwalczanie zespołu wypalenia może odbywać się na trzech poziomach: indywidualnym, indywidualno-instytucjonalnym i instytucjonalnym. Na poziomie indywidualnym zapobiega się negatywnym psychologicznym skutkom stresu poprzez odwołanie się do jednostkowych (osobistych) reakcji na czynniki stresujące. W drugim wiodącą rolę odgrywają działania zwiększające odporność pracownika na stresory zawodowe w miejscu pracy. Interwencje dotyczące instytucji koncentrują się na podniesieniu jakości i obniżeniu kosztów pracy (W. Schaufeli, D.Enzemman,1998).

„Skuteczne działania obniżające ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego powinny uwzględniać przedsięwzięcia realizowane zarówno przez pracownika, jak i jego zakład pracy” (E. Kędra, K.Sanak, 2013).

Działania profilaktyczne, jakie mogą zostać podjęte przez pracodawców :

- powierzanie pracownikom zadań adekwatnych do ich możliwości i kompetencji,
- dokonywanie i przekazywanie obiektywnej i konstruktywnej oceny pracy,
- stwarzanie możliwości uczenia się i rozwoju,
- adekwatne wynagradzanie pracowników,
- eksponowanie, rozwijanie, nagradzanie pozytywnych relacji interpersonalnych,
- treningi z zakresu umiejętności interpersonalnych i komunikacji,
- treningi rozwiązywania konfliktów,
- treningi radzenia sobie ze stresem.

Szczególną rolę może odgrywać poczucie autonomii. Zwiększona autonomia pracy powinna pomóc pracownikom radzić sobie z sytuacjami stresowymi, takimi jak nadużycia nadzoru, poprzez umożliwienie pracownikom, aby decydowali kiedy i jak reagować, aby sprostać wymaganiom klientów.

Wprowadzenie tych propozycji w życie mogłoby znacznie załagodzić ryzyko wystąpienia syndromu wypalenia. Jednak pod uwagę trzeba wziąć realia, w których funkcjonują zakłady pracy ukierunkowane na wyzysk pracownika. Niestety często słyszy się o przeładowaniu obowiązkami, przy tym o potrzebie doszkalania się we własnym zakresie i konieczności posłuszeństwa w obawie o utratę pracy. W związku z tym nasuwa się pytanie – jak bardzo można polegać na zarządzie zakładu w trosce o pojedynczego pracownika?

Kapitał ludzki organizacji obejmuje ogół specyficznych cech i właściwości ucieleśnionych w pracownikach (wiedza, umiejętności, zdolności, motywacja), które mają określoną wartość oraz stanowią źródło przyszłych dochodów zarówno dla pracownika, który jest właścicielem kapitału ludzkiego, jak i dla organizacji korzystającej na określonych warunkach z tegoż kapitału (Król, Ludwiczynski , 2006). W organizacjach coraz częściej pracują specjaliści w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi. Rekrutacja pracowników i ich motywowanie odbywa się w sposób bardziej przemyślany (M. Anczewska, P. Świtaj,

J. Roszczyńska, 2005). Przyszli pracownicy poddawani są testom sprawdzającym radzenie sobie w trudnych sytuacjach, podatność na stres. Brane pod uwagę są talenty i zdolności interpersonalne.

DZIAŁANIA INDYWIDUALNE

Działania indywidualne podejmowane w zapobieganiu i zwalczaniu wypalenia zawodowego:

- zweryfikowanie zgodności celów i wymagań w pracy ze swoimi własnymi potrzebami,
- określenie swoich przekonań, potrzeb i granic, w razie potrzeby zredukowanie liczby obowiązków,
- zmiana komunikacji, asertywna postawa w relacjach ze współpracownikami i przełożonymi
- organizowanie pracy w taki sposób, by przeciwdziałać wykonywaniu kilku zadań w tym samym czasie,
- dostosowanie zawodowej aktywności do własnego potencjału energetycznego i jego dynamiki – delegowanie odpowiedzialności,
- zmiana relacji z otoczeniem, zwiększenie dystansu, gdy kontakty z ludźmi są zbyt wyczerpujące emocjonalnie lub psychicznie,
- określenie obszarów najsilniej związanych ze stresem (praca, rodzina),
- podjęcie działań redukujących stres,
- skorzystanie z pomocy rodziny lub przyjaciół w radzeniu sobie ze stresem,
- zmiana stylu życia – odpowiednia ilość snu i wypoczynku, właściwa dieta, aktywność fizyczna, kontrola używek (kawa, alkohol).

„Pierwsze objawy w porę zauważone są ważnym sygnałem do zmiany podejścia do własnej osoby i pracy” (Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach, 2011).

Komfort życia, który uwarunkowany jest w dużej mierze naszymi aktywnościami, zależy od wyborów, jakie nieustannie podejmujemy. Zdecydowanie posiadamy wolną wolę i kierujemy swoim życiem jako aktywny podmiot. Albert Bandura (2008) prezentuje ideę wzajemnego determinizmu. Wolność oznacza tam zdolność do podejmowania własnych decyzji bez jakichkolwiek ograniczeń, a także formułowanie celów i dążenie do ich realizacji – proaktywność. To człowiek tworzy intencjonalnie okoliczności życiowe. Zatem zgodnie z tym poglądem, osobisty wpływ jest częścią czynników determinujących możliwości adaptacji i rozwój.

AUTODIAGNOZA

Okazuje się, że wiedzę na temat wypalenia zawodowego pozyskuje się głównie dzięki luźnym rozmowom w miejscu pracy, a najrzadziej ze szkoleń organizowanych dzięki zakładom pracy – jak wynika z badań własnych E. Kędry i K. Sanak (2013).

W związku z „brakiem czasu” bądź lękiem oceny przez innych, taki typ diagnozy może być cennym źródłem informacji, prowadzącym do dalszych etapów w radzeniu sobie z problemem wypalenia. To od jednostki zależy przecież akceptacja stanu rzeczy, a później poszukiwanie sposobów radzenia sobie i zmiany sytuacji.

„W niektórych trudnych zawodach wiedza o wypaleniu pełni także swoiste nadbudowaną poznawczą konstrukcję obronną dla pierwotnego braku zaangażowania w zawodzie nauczyciela, lekarza, opiekuna społecznego” (H. Sęk, 2004, s. 83).

AUTONOMIA PRACY

Zwiększona autonomia pracy powinna pomóc pracownikom radzić sobie z sytuacjami

stresowymi, takimi jak nadużycia nadzoru, poprzez umożliwienie pracownikom, aby decydowali, kiedy i jak reagować, aby sprostać wymaganiom klientów.

„Badania wykazują, że kiedy pracownicy mają wolność wiążącą się z autonomią – satysfakcja z pracy rośnie. Spekuluje się, że zwiększa satysfakcję z pracy dając poczucie większej odpowiedzialności za jakość swojej pracy. Autonomia jest również przedstawiana jako dająca szczęście i motywację, prowadzi równocześnie do zmniejszania fluktuacji pracowników. Jednakże posiadanie zbyt dużej autonomii może doprowadzać do odwrotnego skutku. Kultura organizacji będzie odgrywała wielką rolę w tym, jak autonomia będzie pozytywna. Na przykład niektórzy pracownicy pracują lepiej, gdy są pod nadzorem, podczas gdy inni nie potrzebują go w tak dużym stopniu. Zbyt małe ukierunkowanie może powodować dezorganizację zamiast poczucia wolności” (<http://work.chron.com/effects-autonomy-job-satisfaction-14677.html>).

FORMY POMOCY W ZAPOBIEGANIU WYPALENIU

Profesjoniści zajmujący się tematem wypalenia zawodowego podkreślają, jak ważna jest świadomość sensu wykonywania pracy oraz kierowanie się wartościami mającymi wymiar duchowy. „Zakorzenie w głębokich, duchowych wartościach moralnych, wiara w istnienie wymiaru przewyższającego osobisty dyskomfort psychiczny pozwala na dystans do przeżywanych trudności i przeciwdziała wypaleniu” (E. Ziarek, 2007, s. 12).

Niewątpliwie na dostrzeżenie sensu, dzięki: obserwacji, wyciszeniu emocji, zauważeniu momentów automatycznej reakcji na sytuację i w końcu świadomemu spostrzeżeniu problemu, ma wpływ pomoc, którą sobie zapewnimy np. przez uczestnictwo w sesjach coachingowych.

POMOC GRUPOWA

Wartość pomocy grupowej jest o tyle mocniejsza niż pracy indywidualnej, iż daje sposobność do przepracowywania własnych trudności na żywym materiale – w sytuacjach grupowych. Oprócz tego, że grupa daje wsparcie i informacje zwrotne, to zwiększa poczucie pewności siebie indywidualnych uczestników dzięki doświadczaniu tu i teraz. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu przez uczestnictwo w grupach rozwojowych ma duże szanse powodzenia m.in. ze względu na doświadczanie uniwersalności problemu.

WARSZTATY W MODELU EGZYSTENCJONALNYM

Ćwiczenia warsztatowe w nurcie egzystencjonalnym wyróżnione przez Helenę Sęk (2010) to:

- „Oczekiwania i stresy” – uczestnicy proszeni są o wypisanie celów i oczekiwań, jakie mieli, kiedy rozpoczynali pracę zawodową. Pomaga im to skupić się na podstawowych motywach podjęcia zawodu. Jest to punkt wyjścia do wytłumaczenia im, na czym polega zjawisko wypalenia, a także określenia prawdopodobieństwa wystąpienia go u nich samych. Następnie uczestników dzieli się na czteroosobowe grupy po to, żeby osoby opowiadali sobie nawzajem o swoich celach i oczekiwaniach – znajdując wspólne dla całej czwórki. Pozwala im to odróżnić cele osobiste od powszechnych, często wiążących się z romantycznym wyobrażeniem zawodu. Wybrany przez grupę rzecznik przedstawia i zapisuje wspólne cele na tablicy (dobrze, gdyby uczestnicy warsztatu byli z jednej grupy zawodowej, gdyż wtedy możliwe jest ujawnienie celów powszechnych i specyficznych dla danej grupy). Kolejną częścią warsztatów jest analizowanie cech środowisk wywołujących wypalenie. Prosi się uczestników o wypisanie listy cech środowiska, które powoduje u nich wypalenie. Po ponownym złączeniu się w 4-osobowe grupy, znajdują wspólne stresory. Rzecznik

wypisuje je na tablicy. Kiedy już listy znajdują się obok siebie, zauważa się, że większość punktów jest wspólna dla wszystkich uczestników. Pozwala to wypersfadować fałszywe przekonanie o wyjątkowości osoby wypalanej, jakoby to ona jedyna zmagająca się z problemem w takiej a nie innej postaci. W trzeciej fazie ćwiczenia prosi się uczestników, by zastanowili się nad związkiem list. Dochodzi się do wniosku, że stresorami prowadzącymi do wypalenia są przeszkody w realizacji celów i oczekiwań. Zachęca się uczestników do przejrzenia tych stresorów, które pojawiły się na ich liście, natomiast nie ma ich na żadnej innej z list. Uczestnicy często odkrywają, że stresory te są związane z romantycznym wyobrażeniem o zawodzie, jakie mieli na początku. To ćwiczenie niejednokrotnie przynosi osobom wypalonym ulgę, gdyż dzięki zrozumieniu powodów tego zjawiska przestają się obwiniać. Są gotowe do kolejnego ćwiczenia w tym warsztacie: „burzy mózgów”, podczas którego produkują twórcze pomysły mające na celu zwiększenie satysfakcji z pracy, poprawę jakości prosperowania w miejscu pracy.

- „Twoi najlepsi i najgorsi klienci” – w pierwszej fazie uczestnicy mają pomyśleć o najbardziej ulubionych klientach (bądź pracownikach czy podopiecznych) – tych dwóch, z którymi najbardziej lubią pracować. Prosi się każdego z uczestników o odczytanie niektórych pozycji i zapisuje się je na tablicy pod nagłówkiem „najlepszy klient”. Następnie przez podniesienie ręki przy odczytywaniu danych cech, uczestnicy oznajmniają, że także wymienili tę cechę. W ten sposób odkrywają, że klient najlepszy nie jest taki wyjątkowy i można stworzyć uniwersalnego najlepszego klienta. Analogiczną metodę stosuje się do stworzenia portretu najgorszego klienta. Kiedy gotowe są już dwa portrety, prosi się uczestników o ich porównanie zwracając uwagę na to, czy istnieją jakieś wymiary wspólne. Z reguły uczestnicy odkrywają, że jeśli ich najlepszy klient jest inteligentny, to najgorszy głupi, lub jeśli najlepszy jest wdzięczny – to najgorszy niewdzięczny. W ostatniej fazie prosi się uczestników, aby zastanowili się, czy istnieje jakiś związek między wymiarami wspólnymi dla najlepszych i najgorszych klientów a ich własnymi celami i oczekiwaniami w nawiązaniu do pracy. Wartościmy klientów przez pryzmat tego, na ile pozwalają realizować nam nasze potrzeby satysfakcji z pracy i bycia profesjonalistą. Oznacza to, że klientami najgorszymi są osoby, które nie ułatwiają nam trwania w poczuciu dobrostanu.

Te dwa ćwiczenia mają pomóc osobom wypalonym w zrozumieniu istoty tego procesu ze szczególnym naciskiem na przyjrzenie się potrzebie posiadania sensu egzystencjonalnego. To ona powoduje największe obciążenie emocjonalne w pracy, ponieważ powoduje zatracenie się człowieka w szukaniu sukcesów i być może odpowiedzi na pytanie „po co i dlaczego jestem na tym na świecie?”. Według Heleny Sęk (2010) wypalenie zawodowe jest wynikiem niemożności odnalezienia głębokiego sensu.

POMOC INDYWIDUALNA

Relatywizowanie i pomijanie norm we współczesnym świecie stawia człowieka przed koniecznością odkrywania i respektowania własnej tożsamości. Staje się to pobudką do poszukiwania struktur, które integrują zachowanie jednostki i określają jej tożsamość. Jest to w centrum zainteresowania głównych kierunków i szkół psychologicznych. Kontakt „face to face” szybciej niż przy pomocy grupowej może zagwarantować atmosferę otwartości i zaufania.

COACHING KARIERY

Coaching w zasadzie jest oparty na budowaniu wzajemnego zaufania pomiędzy trenerem i klientem. Sesje powinny się opierać na poszukiwaniu mocnych stron klienta, które pozwolą mu wzmocnić czy poprawić efektywność w danych obszarach dla niego istotnych.

„Coaching kariery (Career Coaching) jest interaktywnym procesem rozpoznawania

obszarów związanych z pracą – prowadzącym do efektywnego działania – w którym coach przyspiesza rozwój i ułatwia zmianę indywidualną, i co za tym idzie, organizacyjną. Coach kariery łączy ludzi z ich pasjami, celami, wartościami i innym ważnymi obszarami związanymi z idealną pracą. Wyposaża klienta w umiejętności zarządzania własną karierą zawodową, które mogą być wykorzystywane nie tylko w obecnie wykonywanej pracy, ale także w przyszłości (Authentic Vocation™)” (<http://zmianazawodowa.pl/wiedza-coaching-kariery-definicja>).

Przykładowym ćwiczeniem używanym przez coachów są „wzloty i upadki”. Prosi się klienta o podzielenie poziomą kreską kartki na dwie równe części. Nad linią górną klient ma za zadanie wypisać osiągnięcia i sukcesy w coachingowym elemencie kariery, a pod kreską – trudności. Należy omówić z klientem sukcesy i trudności. Aby pomóc klientowi docenić lub odkryć jego mocne strony, należy zadawać mu takie pytania, które nakierują go na skupienie się na swoich silnych stronach. Na przykład: „Jakie emocje wtedy przeżywałeś?”, „Co wtedy czułeś?”, „Jakie umiejętności wykorzystałeś, by wyjść z tej trudności?”.

MENTORING

Mentoring należy rozumieć jako całość interakcji zachodzących pomiędzy mentorem a osobą przezeń mentorowaną: „mentoring pomaga i wspiera ludzi w pokierowaniu własną nauką, tak aby mogli zrealizować w pełni swój potencjał, rozwinąć umiejętności, poprawić wyniki, stać się tym, kim stać się chcą. (...) Mentoring jest ochronną relacją, w której może dojść do nauki i eksperymentowania (...) gdzie wyniki mierzy się raczej zdobytymi kompetencjami niż przerobionym materiałem” (D. Clutterbuck, 2014). „Niemal od początku istnienia mentoring wpisuje się w nurt oddziaływań korekcyjnych o charakterze prewencyjnym” (A. Barczykowska Dzierżyńska, 2012).

Mentoring jest relacją nakierowaną na rozwój, opiekę, dzielenie się i pomoc, w której jedna osoba inwestuje swój czas, know-how i energię, żeby pobudzić i przyspieszyć rozwój innej osoby, rozwinąć jej wiedzę oraz zdolności.

Jest efektywny jako metoda profilaktyki, gdyż daje poczucie wsparcia od osoby doświadczonej w zakresie, który jest aktualnie intensywniej doświadczany przez osobę o mniejszym stażu pracy, zazwyczaj młodszą. Dzięki temu, że opiera się na partnerskiej relacji, łatwiej jest nakierować ją na odkrywanie potencjału ucznia.

Bibliografia:

- Barczykowskam A. .Dzierżyńska S. (2012). Resocjalizacja Polska. Warszawa: Pedagogium
Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie
- Clutterbuck D.. (2014) Coaching the team at work. Londyn: Nicholas Breal
- Kędra E. , Sanak K. (2013) . Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek (ss. 119-132).
Wrocław: UM Wrocław
- Król H, Ludwiczynski A. (2006) . Zarządzaniu zasobami ludzkimi. Warszawa: Wydawnictwo
Naukowe PWN
- Sęk H. (2010). Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa: Wydawnictwo
Naukowe PWN
- Shaufeli W, , Enzeman D. (1998). The burnout companion to study and analyse. CRC PRC INC.
- Ziarek E. (2007). Zagrożenie wypaleniem zawodowym u pracowników socjalnych. Lublin: UMCS

Definicje jękania

Trudno jest sformułować definicję jękania się – jest ona niejasna. Autorzy różnie opisują to pojęcie. Postaram się przytoczyć kilka wybranych definicji z literatury przedmiotu. Z. Tarkowski (1992) zaznaczył, iż nie wiadomo, czym jest jękanie: czy jest chorobą lub objawem choroby (Mitrinowicz 1952), czy syndromem (Bohme 1977). Jękanie jest inaczej definiowane w różnych dziedzinach naukowych, np. lingwistyce, psychologii, fizyce, socjologii czy medycynie. Według psychologów jękanie jest indywidualną reakcją – emocją, postawą. Socjologowie twierdzą, że jest to zaburzenie w komunikacji i nieprzystosowanie do społeczeństwa. Według fizyków jest to akustyka nie płynności mówienia. Lingwistyka skupia się na poznaniu nie płynności mówienia, natomiast medycyna – na analizie jej przyczyn (Tarkowski, 2002).

L. Kaczmarek (1997) pisze, iż zaburzenie mowy zwane jękaniem jest wadą oraz nieprawidłowością podczas mówienia. T. Tarkowski (1992) zwrócił uwagę na aspekty jękania, a mianowicie:

- aspekty prozodyczny – zaburzenie rytmu mówienia, tempa oraz płynności, które wywołuje ożywienie mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych,
- aspekt neuropsycholingwistyczny – czyli kombinacja nie płynności merytoryczno-syntaktycznej oraz nie płynności fizjologicznej,
- aspekt osobowościowy – jest to jednostka jękać się, która nieodpowiednio funkcjonuje,
- aspekt medyczny – czyli nerwica mówienia,
- aspekt socjolingwistyczny – zaburzenie umiejętności językowych.

T. Woźniak jękanie definiuje, jako zaburzenie płynności mówienia i jego zakłócenia takie jak:

- tempo mówienia,
- iloczyn,
- rytm mówienia,
- koartikulacja,
- melodia.

A. Pruszevicz twierdzi, iż jękanie jest rozpadem ruchów biorących udział w mowie. Wyróżnia następujące postacie jękania:

- jękanie fizjologiczne i rozwojowe,
- jękanie wywodzące się z mowy bezładnej (tachyphemii),
- jękanie wywodzące się z zaburzeń prawidłowego rozwoju mowy,
- jękanie w następstwie wczesnodziecięcych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego,
- jękanie pourazowe, po urazach psychicznych i fizycznych,
- jękanie afatyczne u dorosłych i dzieci.

W słowniku języka polskiego można znaleźć definicję pojęcia jękanie się mówiącą, iż jest to zaburzenie mowy, które powstaje pośrodku sylab, słów, zdań, polegające na powtarzaniu głosek, zacinaniu się oraz na zamianie głosu (słownik języka polskiego pod red. M. Szymczaka 1978-1981). Według R. Byrne jękanie jest zaburzeniem mowy, w którym u osoby doświadczającej go obserwujemy zawahania, nagle ruchy. Charakterystyczne jest tu

występowanie lęku – zarówno u słuchacza, jak i u osoby, która się jąka. Autorka pisze też, że zdarzają się osoby, które nie zwracają uwagi na zacięcia, lecz mówią dalej w swoim tempie, nie przykładając do tego żadnej uwagi (Byrne, 1989).

J. Surowaniec (1997) pisząc o jąkanii przyjął teorię, iż jest to zaburzenie płynności mówienia, to znaczy zniekształcenie języka, tempa, melodii, skurczy mięśni, zacinanie się. Natomiast według M. Chęćka (2005) jąkanie się oznacza niejasność w komunikowaniu się, czemu towarzyszą zakłócenia psychologiczne, fizjologiczne, językowe, co objawia się skurczami mięśni oddechowych. B. Adamczyk (1997) jąkanie opisuje, jako zaburzenie ośrodka mowy w korze mózgowej.

Van Riper wyróżnił czynniki, które sprawiają, że człowiek się jąka, a definicję jąkania zapisał według wzoru:

J_p

J – jąkanie pierwotne

K – kary stosowane obecnie lub, które są zapamiętane

F – frustracja

L – lęk

P – poczucie winy

W – wrogość

S_k – stres komunikacyjny

W_s – wiara w siebie

P_m – liczba wypowiedzi płynny

Zdaniem Tarkowskiego jąkanie ma wielowymiarową strukturę, ponieważ jest funkcją reakcji fizjologicznych i psychologicznych oraz zakłóca porozumienie między ludźmi.

Ryc. 1 Struktura jąkania w ujęciu systemowym (Źródło: cyt. za (Tarkowski, 2007)

Charakterystyka jąkania oraz postacie jąkania

Jąkanie jest zaburzeniem mowy. Wypowiedź jest prawidłowa, poprawnie zbudowana językowo, ale trudności pojawiają się wtedy, gdy trzeba ją przekazać drugiej osobie. U osób, które się jąkają, spotyka się następujące zaburzenia wypowiedzi:

- Tempo mówienia,
- Iloczas,
- Zaburzenie melodii,
- Zaburzenia koartykulacji (Bosshardt, 1993).

Wymienione zaburzenia są rezultatem niepłynności semantycznej, syntaktycznej oraz artykulacyjnej. Niepłynność semantyczna przejawia się tym, że osoba jąkająca się ma problemy w odtworzeniu wiadomości jednej do drugiej. Występującymi objawami są pauzy, zacięcia. Jąkający się daje sobie chwilę na zastanowienie lub wspomnienie tego, co ma powiedzieć. Niepłynność syntaktyczna polega na tym, iż osoba ma problemy w przejściu od

jednej struktury syntaktycznej do drugiej. Najczęstszymi objawami są rewizje oraz powtarzanie. Niepłynność artykulacyjna polega na trudności w przejściu od jednej artykulacji do drugiej. Wtedy objawami są przeciągnięcia, blokowanie, dysrytmia (Bosshardt, 2002; Freinberg i in., 2002; Tarkowski, 2003).

Objawami jakie występują podczas mówienia u osób jękających się są:

- Powtarzanie głosek, czyli np. (s-s-s-ylaba), sylab (sy-sy-sylaba), fraz (syła-sylaba), słów (sylaba, sylaba) zdań (pójde jutro do..., pójde jutro do sklepu),
- Przeciąganie głosek, np. y-y-y sylaba, tooooooo jest sylaba,
- Blokowanie (sy.....laba),
- Cisza,
- Wykrzykniki,
- Tachylalia, czyli mównie w tempie przyspieszonym,
- Bradylalia, czyli mówienie wolne,
- Dysrytmia – nierytmiczne mówienie (Chęciek, 2007; Tarkowski 2005; Prasse i Kikano 2008).

W czasie mówienia u osób jękających się występują skurcze mięśni szyi, usztywnienie całego ciała. Są to również różnego rodzaju tiki, uniki, grymasy ciała lub twarzy, zaciskanie zębów. Jękanie to również niemożność wypowiedzenia zdania lub słowa w wyniku stresu.

W trakcie jękania można zauważyć skrócone i krótkie ruchy oddechowe. Zdarza się również zatrzymanie oddechu na jakiś czas, w przypadku dziecka może nawet występować zachłystywanie się. Skurcze w tym wypadku powodują zaciśnięcie skutkujące trudnością z wydobyciem głosu (Radochoński, 1996).

Osoba doświadczająca jękania się nie nawiązuje kontaktu wzrokowego, ma niską samoocenę, boi się wypowiadać na forum grupy, obawia się krytyki innych osób, ich oceny oraz komentarzy na jej temat. Nie wypowiadając się ukrywa swój problem przed innymi. Osoba, która ma problem z jękaniem się, nie udziela się publicznie, nie wypowiada swojego zdania w obecności innych, unika robienia zakupów w sklepach, ponieważ boi się, że nie wypowie potrzebnego słowa. Jękanie słabnie, gdy mówimy bardzo cicho, a gdy śpiewamy – zanika (Bizoń, 2006). Grzybowska (1991) twierdzi, że nawet osobie bez zaburzeń mowy zdarza się czasem zająknąć, co jest spowodowane zmęczeniem czy stresem. Stosuje wtedy emblofajze (yyyy, eeee), używa pauzy. Zarówno osoba, która się jęka, jak jej otoczenie uważają jękanie za zjawisko negatywne. Osoba jękająca w nowych sytuacjach komunikacyjnych czuje presję przed otoczeniem, przed odbiorem jej i jej mowy. Występuje wtedy wzrost napięcia, strach, lęk przed mówieniem (Bloodstein, 1995; Tarkowski, 2003).

Osoby, które się jękają i są tego świadome, używają taktyk, a mianowicie skracają swoje wypowiedzi do minimum tego, co chcą powiedzieć, symulują, że nie znają odpowiedzi na różnego typu pytania im zadawane, unikają mówienia lub mówiąc – ściszą głos, milczą, biorą oddech przed powiedzeniem czegoś, nie mówią tego, co mają na myśli, tylko przekształcają swoją wypowiedź (Howell i in., 2008; Tarkowski, 2003). Przykre doświadczenia spowodowane trudnymi sytuacjami związanymi z komunikacją mogą przejawiać się w negatywnej samoocenie osoby jękającej się, która może również doświadczać braku poczucia własnej wartości.

Zdecydowanie lepiej są rozpoznane objawy i reakcje towarzyszące jękanii niż przyczyny tego zjawiska. Wyróżnia się trzy rodzaje czynników, jakie leżą u podstaw jękania. Po pierwsze: czynniki usposabiające jękanie. Są one zależne od aparatu mowy, układu nerwowego, sprawności językowej oraz motorycznej. Po drugie: czynniki, które to jękanie wywołują, a mianowicie: stres, w którym żyjemy, wstrząsy, nagła zmiana życia, zmiana sytuacji rodzinnej, zmiana miejsca pracy, niepodólanie postawionym sobie wymaganiom. Po trzecie: czynniki, które utrzymują jękanie w świadomości jękającego się (Tarkowski, 2007;

Van Riper, 1974; Yairi, 1983).

Jąkanie ma również wpływ na reakcje fizjologiczne, jakie zachodzą w organizmie. Takie objawy zauważamy w aparacie oddechowym, fonacyjnym i artykulacyjnym. Zaburzenia występujące w aparacie oddechowym u osób jākających się to między innymi brak jednoczesnej pracy lewej i prawej strony przepony, w konsekwencji czego następuje zwiększona liczba oddechów, w czasie mowy zapas powietrza zostaje wyrzucony z początkiem wypowiedzi. Reakcje fonacyjne to natomiast: bardzo silne zaciskanie strun głosowych, żywiołowe ruchy krtani, dysfonia, długi czas reakcji głosowej, zaciskanie strun rzekomych, co oznacza, że głos nie może się wydostać. Reakcje artykulacyjne, które występują w nie płynności mówienia to: klonus, czyli powtarzające się skurcze języka, tonus, czyli przedłużające się skurcze języka, temor – znaczy, że język drga, napinają się mięśnie. (Mitrinowicz, 1952; Pruszewicz, 1992).

Opisanym wyżej reakcjom asystują czasem współruchy, które mogą nie funkcjonować w akcie mówienia. Mitrinowicz (1952) wyróżnia współruchy fizjologiczne, które charakteryzują się np. wysuwaniem języka w czasie picia, oraz współruchy patologiczne, co oznacza, że ruchy występują na całym ciele.

Kałużyński podzieli jąkanie na:

- Kloniczne – zazwyczaj występuje w pierwszej fazie. Jest to uniemożliwienie mówienia. Ponadto dana osoba powtarza sylaby oraz głoski wielokrotnie. Zazwyczaj najbardziej powtarzana jest pierwsza sylaba, np. (ba-ba-basen). Gdy człowiek jest bardziej zestresowany, nasilenie powtarzanych sylab wzrasta. Uważa się, że forma kloniczna jest zazwyczaj nieświadomiana.
- Toniczne – oznacza, że osoba dłużej powtarza głoski, zacina się. Charakterystyczne jest to, że osoba *wypycha* słowa, wyrazy. Jeżeli słowa zaczynają się od spółgłosek: p, r, b, k, g, d skurcze powodują tzw. bloki w czasie mówienia.
- Współruchy – czyli dwa rodzaje jākania się. W tym przypadku dołączają narządy, które nie występują w fazie mówienia (Kałużyński, 1971).

Następny podział jākania to jākanie pierwotne i wtórne. Pierwotne jākanie to powtarzanie sylab na początku wypowiedzi. Objawia się bez odczucia wady i lęku przed mówieniem, co występuje w jākaniu wtórnym (Van Riper, 1972). Jākanie pierwotne może wywołać wstrząs emocjonalny, a jākanie wtórne to obawa przed jākaniem się. Oznacza to, że gdy człowiek uświadomi sobie, że się jāką, zaczyna myśleć o tym nadmiernie. Następuje wtedy napięcie narządów mowy, a w efekcie jākanie, które objawia się przeciągnięciem sylab, głosek (Kałużyński, 1971).

U dzieci Ch. Van Riper przedstawił drogi rozwoju jąkania:

- Dziecko nie zauważa tego, że się jąka, nie czuje się tym zakłopotane. W kółko powtarza słowo lub zaczyna je od początku.
- Jąkanie nasila się poprzez powtórzenia oraz wydłużenia, dziecko dalej nie jest świadome, lecz zauważa, że nie umie czegoś powiedzieć.
- Dziecko jest świadome, że ma pewne trudności z wysłowieniem się, przez co się denerwuje. Na tym etapie dziecko wystrzega się pewnych słów, ponieważ boi się, że nie wypowie ich w sposób płynny.
- Dziecko unika mówienia z powodu przykrych doświadczeń, narasta niepokój, obawa przed komunikowaniem się z innymi osobami. Dziecko ma poczucie winy.

Kałużyński pisze, że narastanie jąkania wiąże się z tremą, która prowadzi do napięcia narządów. Według niego trema to wizja, że przy ludziach znowu zacznie się jąkać; jest to również lęk przed myślami oraz napięcie, które ma na celu zniwelowanie tych myśli (Kałużyński, 1971). Zwrócił on też uwagę, że jąkanie objawia się na trzy sposoby:

- Zaburzenie mowy – tak postrzegają je osoby, które nie orientują się w problemie, jednak przebywają z osobami jękającymi się na co dzień,
- Zaburzenie w układzie nerwowym,
- Objawy towarzyszące jękaniu: nerwica ruchowa, histeria (Kałużyński, 1971).

Jąkanie zazwyczaj pojawia się w dzieciństwie. Powstają nieprawidłowości w zachowaniu werbalnym w płaszczyznach takich jak: lingwistyczna, psychologiczna, socjologiczna oraz fizjologiczna.

Lingwistyczna płaszczyzna skupia się na charakterystyce objawów nie płynności mówienia. Kładzie nacisk na nieprawidłowość wyrazu, głoski, zdania (Sidor, 2011). Gdy występuje jąkanie, zarówno adresat jak i odbiorca nie rozumieją tego, co zostało wypowiedziane (Kostecka, 2004).

Płaszczyzna psychologiczna mówi, że punktem odniesienia jest świadomość tego, że osoba się jąka. Wywołuje to reakcje takie jak agresja, lęk, frustracja. Analitycy obrazują jąkanie jako objaw nerwicy monosymptomatycznej, która jest rezultatem duszenia w sobie negatywnych uczuć, które ukryte są w podświadomości. Według psychoanalityków trzeba dotrzeć do źródła jąkania i usunąć je (Sidor, 2011). Poglądy Bruttena i Schoemakera przybliży Grzybowska, tłumacząc jednocześnie powstawanie jąkania jako działanie mechanizmów:

- Warunkowanie klasyczne – kształtuje się pomiędzy sytuacjami, w których są wywoływane złe emocje i powstaje nie płynność mówienia,
- Warunkowanie instrumentalne – neuromięśniowe i wegetatywne ruchy (Grzybowska, 1987).

Engiel twierdzi, iż jąkanie jest zaburzeniem koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej. Jąkanie rozdzieliła na jąkanie związane ze „startem mowy”, które powstaje przy pierwszej głosce, oraz na jąkanie „toki mowy”, które objawia się poprzez powtarzanie sylab, niewłaściwe akcentowanie, przeciąganie samogłosek. Twierdzi również, iż mogą one występować razem, pojedynczo lub na przemian (Engiel, 1976, 1977).

W płaszczyźnie socjologicznej – osoba jękająca się ogranicza swoje kontakty z innymi ludźmi, izoluje się od innych, nie nawiązuje rozmowy. Nęcki (1996) twierdzi, że jąkanie jest zaburzeniem w komunikacji pomiędzy ludźmi. Sprawność mówienia jest bardzo ważnym elementem w „sprawności komunikacyjnej”, która obejmuje:

- Językową sprawność systemową – znajomość języka na poziomach: fonologicznym, morfologicznym oraz składniowym,
- Językową sprawność społeczną – sprawnością przekazania wypowiedzi do odbiorcy,
- Językową sprawność sytuacyjną – gdzie znacząca jest liczba rozmówców, tematy, miejsce rozmowy,

- Językową sprawność pragmatyczną – zdolność dokończenia wypowiedzi przez nadawcę (Grabias, 1994).

Psychospołeczne zjawisko postrzegania osób jękających się jako osób niepełnosprawnych przedstawił Witkowski, ujmując problemy w sferach:

- Sfera osobowościowa – osobom z jękaniem dużą trudność sprawia zaakceptowanie problemu. Frustrują się, ponieważ nie mogą załatwić podstawowych spraw w urzędach, boją się poprosić kogoś o pomoc, gdyż nie chcą ujawnić swojego defektu.
- Sfera rodzinna – osoby te boją się zmierzyć z problemami życia rodzinnego oraz tym, że rodzina również będzie przeżywać ich niepełnosprawność. Osoby jękające się nie uważają się za atrakcyjne i boją się utracić swoich bliskich, chcą być potrzebne, akceptowane oraz kochane.
- Sfera społeczna – osoby jękające się nie chcą na zewnątrz pokazywać swojej niepełnosprawności, ponieważ nie chcą litości innych ludzi. Unikają rozmów z nimi, gdyż boją się ich opinii oraz komentarzy, które zazwyczaj są krzywdzące. Osoby jękające się są bardzo wrażliwe, chcą być potrzebne innym, chcą im pomagać.
- Sfera zajęciowa – związana jest ze środowiskiem szkolnym oraz przyszłością w zawodzie. Jękający się boi się o utratę miejsca pracy, o stabilność finansową, stawia siebie na pozycji straconej w porównaniu z osobą pełnosprawną, nie potrafi uwierzyć w siebie. Często również nie pokazuje tego, ile jest warty (Witkowski, 1993).

Płaszczyzna fizjologiczna – przejawia się poprzez zwiększenie napięcia mięśni aparatu mównienia oraz tworzenie się współruchów (Sidor, 2011).

Etiologia jękania

Przyczyna jękania jest niejasna. Hipokrates doszukiwał się powodu jękania w ośrodkach nerwowych, zaś Arystoteles w wadach języka. U większości osób jękanie uwidacznia się już w dzieciństwie (Chęciek, 1993).

Według Mercurialisa jękanie znajdowało się w ośrodkach mowy oraz w obwodzie (Styczek, 1980). Kałużyński (1971) wymienia między innymi: urazy psychiczne, dziedziczenie, choroby zakaźne, urazy mechaniczne, naśladownictwo. Natomiast Johanson twierdził, iż przyczyn jest o wiele więcej oraz nadał im kategorie.

- Przyczyny fizyczne, jakie wymienił, to między innymi: dziedziczenie, uszkodzenia porodowe, niedosłuch, stan zmęczenia.
- Przyczyny emocjonalne to: niepewność, lęk, strach, zdenerwowanie.
- Nerwowość.
- Naśladownictwo.
- Dyskoordynacja, czyli osoba szybciej myśli niż mówi, chce za szybko coś powiedzieć.
- Rodzice: karanie dziecka, nieodpowiednie warunki domowe (Johnson 1963).

Badacze badając zjawisko jękania się stworzyli teorie. Najbardziej znane to:

- Teoria rozwojowa – przyjmuje, że jękanie kształtuje się w czasie mowy dziecka. Złe postępowanie z dzieckiem, bicie go, karanie, korygowanie mowy prowadzi do połączeń patologicznych. Johnson twierdził, iż o jękaniu rozstrzyga również osoba dorosła, która słuchając dziecka i nie przywiązując wagi do jego jękania doprowadza do tego, że dziecko w sposób naturalny nazwie to rozmową. Takie właśnie reakcje doprowadzają do wahań, przedłużeń oraz powtarzania. Van Riper twierdzi, iż jękanie zaczyna się tym, że układ nerwowy dziecka nie może podolać wymogom otoczenia (Tarkowski, 1992).
- Teoria organiczna – mówi, że jękanie jest rezultatem chorób nerwowych oraz opóźnień w rozwoju umysłowym dziecka. Może to być spowodowane przyczynami wewnętrznymi, jak dziedziczenie jękania, oraz czynnikami zewnętrznymi: traumą,

- szokiem, przestraszeniem (Tarkowski, 1999).
- Teoria neurotyczna – mówi, że przyczyną jąkania jest nerwica. Fernau-Horn uważa, że jąkanie nazwane nerwicą powstaje z hamującego działania czynników nerwicznych i to one wpływają na zablokowanie mięśni oddechowych.
- Teoria psychologiczna – wskazuje na osobowościowe przyczyny jąkania. Może powstać z powodu zaburzeń emocjonalnych, z racji niedostosowania społecznego oraz w związku z oddziaływaniem czynników kulturowych (Chęciek 1993).

Komunikacja osób jākających się oraz cechy funkcjonowania społecznego

Życie to cykl rozmów pomiędzy ludźmi. Każdy z nas pragnie być zrozumiany przez odbiorcę. Daje nam to poczucie bezpieczeństwa oraz przynależności do otoczenia. Aby uczestniczyć w życiu społecznym, podstawowym warunkiem do spełnienia jest język, który jest zrozumiały dla innych. Niestety zaburzenia mowy mogą utrudniać uczestnictwo w życiu społecznym. Te zaburzenia zamykają niekiedy naszą drogę do wielu zawodów, które wymagają nienagannej mowy (McKinnon i in., 2007). U osób jākających się jąkanie paraliżuje mowę, nie mogą swobodnie wypowiedzieć się na dany temat. Brak wyrażenia siebie stanowi poważny problem, gdyż właśnie rozmowa jest przyrządem komunikowania się z innymi ludźmi (Messenger i in., 2004). Osoby z problemem zaburzeń mowy odczuwają niższą jakość życia (Furquim de Andrade i in., 2008). Z reguły jākający się, aby wypowiedzieć się musi doznać wysiłku zarówno fizycznego, jak i psychicznego, żeby powiedzieć dane słowo, wyraz, zdanie. Dochodzi to tego, że taka osoba odwleka zaczęcie rozmowy, a końcówkę przyspiesza, aby wcześniej skończyć (Guitar, 1998). Osoby jākające się częściej słuchają rozmówcy, niż wypowiadają się na dany temat, nie wypowiadają się na forach grupowych, nie dyskutują (Kałużyński, 1971).

U większości osób z zaburzeniem mowy zauważa się niewielką chęć do rozmowy, niekiedy też występuje lęk przed rozmową. Lęk komunikacyjny to też logofobia, czyli lęk przed mówieniem. Asystuje mu poczucie niemocy oraz krytyczne oczekiwania (Plexico, Manning, Levitt, 2009). Lęk komunikacyjny u osób jākających się nie dotyczy samej rozmowy, ale także ludzi (Tłokiński, 1991; Woźniak, 2005; Messenger, 2004). Większość osób z zaburzeniem mowy jest mało żywiołowa w swobodnej rozmowie, w przeciwieństwie do większości ludzi bez tego zaburzenia. Przygotowują się oni do wypowiedzi, a rozmowę traktują jako sprawdzenie oraz wyzwanie. W takich sytuacjach pojawia się stres, zarówno na początku wypowiedzi jak w trakcie trwania rozmowy (Tarkowski, 2003).

Osoba jākająca się stosuje różnego rodzaju triki, których celem jest radzenie sobie ze stresem komunikacyjnym (Plexico, Manning, Levitt, 2009). Takie osoby często przygotowują sobie wypowiedzi, nie stosując przy tym trudnych słów, głosek, zdań. Zdarza się również, że zamieniają słowa nie mówiąc tego, co mają w zamyśle. W konsekwencji przekaz wypowiedzi staje się niejasny oraz jest mało spójny (Dayalu i in., 2003; Howell i in., 1999; Tarkowski, 2001). Tego typu zaburzenia mogą też obejmować komunikację niewerbalną, wtedy pojawiają się współruchy (Tarkowski, 2003; Lechta, 1995; Riva-Posse, 2008).

Wiele kłopotów komunikacyjnych wynika z okoliczności i miejsca, gdzie rozmowa przebiega oraz tematów, jakie są poruszane na forum. Ich nasilenie zależy również od słuchacza, z jakim jākający rozmawia. Większy stres osoba odczuwa, jeżeli jest w nowym miejscu, instytucji, czy ma zrobić coś po raz pierwszy sama. Jąkanie zwiększa się również, gdy tematy rozmów są nieznane, niejasne, gdy są używane trudne słowa (Tłoczakiewicz, 1993; Miczakiewicz, 1996). Znaczenie ma także to, jaki jest stopień zażyłości, pokrewieństwa, wiek, płeć, wykształcenie osoby, z jaką jākający się rozmawia (Kraaimaat i in., 2002; Tarkowski, 2003). Zazwyczaj osoba jākająca bardziej jąka się w kontakcie z osobami nieznanymi oraz mającymi inną pozycję społeczną. Część jākających się również

zwraca uwagę na postawy swoich rozmówców (Guntupalli i in., 2007; Tarkowski, 2003). Zauważono także, że osoby jękające się mówią bez zająknięć o sobie, zwierzętach i dzieciach (Mitrinowicz, 1952; DiLollo i in., 2003). Odpowiedź słuchacza może osobie jękającej pomóc, ale również wpłynąć na pogłębienie się problemu. Najczęściej wymieniane reakcje słuchacza na jękanie to:

- Lęk,
- Niepokój,
- Wzrost napięcia,
- Wyśmiewanie,
- Naśladownictwo,
- Niecierpliwość i w rezultacie szybkie zakończenie rozmowy.

Natomiast pozytywne reakcje słuchaczy na jękanie to między innymi:

- Zrozumienie takich osób
- Cierpliwość
- Troska
- Empatia
- Pomoc w wypowiedzianiu się oraz wsparcie (Tarkowski, 2005).

Trudności w porozumiewaniu się, obawa przed ludźmi i ich krytyczną opinią, oddźwięk na reakcje otoczenia oraz inne problemy, z jakimi borykają się osoby jękające się, mogą niekorzystnie wpłynąć na wypełnianie ról społecznych (Koedoot i in., 2011; Yaruss, 2000). Osoby jękające się mają wyższy poziom napięcia, wstydu, bezradności i dlatego też mniej angażują się w aktywności niż osoby niejękające się (Corcoran i Stewart, 1998; Craig, Blumgart i Tran, 2009; Kraaimaati i in., 2002; Stein i in., 1996).

Przeżycie krytycznych doświadczeń zaczyna się już w szkole. Jękający się mówią, iż jękanie miało negatywny wpływ na ich akceptację w szkole, samopoczucie (Crichton-Smith, 2002). Dzieci, które się jękają, często są mniej aktywne w grupie, w klasie, nie są liderami w grupach, przeżywają też takie zachowania jak znęcanie (Davis i in., 2002). Przyczyną jękania może być również brak osiągnięć szkolnych, ponieważ takie dzieci mniej zgłaszają się do odpowiedzi, a wywołane do odpowiedzi często nie mówią, gdyż obawiają się wymowy oraz negatywnych opinii na swój temat (Murphy i in., 2007). Osoby dorosłe pracują poniżej swoich kompetencji, ponieważ z powodu jękania izolują się od swoich wyuczonych zawodów (Crichton-Smitd, 2002).

Społeczeństwo także może utrudniać osobom jękającym się w funkcjonowanie w nim. Przez wielu ludzi jękanie się jest postrzegane jako zjawisko negatywne. Osoby jękające się w oczach innych są osobami niepełnowartościowymi lub upośledzonymi. Jękanie jest czymś, co je odznacza. (Heatherton i in., 2008). Tarkowski ukazuje, iż w społeczeństwie istnieją dwa podstawowe stereotypy jękania (Tarkowski, 2007).

Kryteria	Typ A	Typ B
Istota	Wada wymowy	Nerwica mowy
Etiologia	Wieloczynnikowa	Psychogenna
Osoba	Dysfunkcja mowy	Neurotyk
Diagnoza	Logopeda	Psycholog
Terapia	Ćwiczenia logopedyczne	Psychoterapia

Źródło: cyt za (Tarkowski, 2007)

Przykładowe metody i programy terapii

Metody terapii

Metoda „Echo”

Koniecznym instrumentem do terapii jąkania jest echo-korektor. Działa on na zasadzie magnetycznego nagrywania oraz odtwarzania dźwięków. Inicjatorem tej metody jest B. Adamczyk (1997, 1999). Terapia polega na mówieniu skoordynowanym własnym echem, które jest opóźnione o 0,1–0,2 sekundy. Jąkanie dzięki temu zmniejsza się, może także nie pojawić się wcale. Adamczyk poleca też ćwiczenia takie jak:

- Ćwiczenie pierwsze: w sytuacji emocjonalnie sztucznej – ćwiczenie realizujemy w sytuacji bezstresowej, może być pod okiem logopedy, rodzica, opiekuna. Do tego ćwiczenia potrzebny jest echo-korektor (20 minut dziennie).
- Ćwiczenie drugie – w sytuacji emocjonalnie łatwej – ćwiczenie prowadzi się w sytuacji pół stresowej. Osoba jest zobowiązana przynajmniej 3 do 5 razy dziennie po 10 do 20 minut rozmawiać na wybrany temat, w tym wypadku już bez echo-korektora.
- Ćwiczenie trzecie – w sytuacji emocjonalnie trudnej – osoba powinna rozmawiać z innymi ludźmi. Mogą to być rozmowy z rodziną, z osobą spotkaną na przystanku, w sklepie. W tych przypadkach rozmowa odbywa się na forum, przy ludziach.

Autor przekonuje, że ćwiczenia pierwsze, drugie i trzecie powinny być wykonywane codziennie. Nie należy ich rozkładać na poziomy. Trzeba je realizować przez cztery miesiące. W tym okresie powinna nastąpić poprawa mowy. Jednakże dla poprawy mowy konieczne jest kontynuowanie ćwiczeń drugiego i trzeciego przez parę następnych miesięcy. Należy w tym przypadku być pod okiem logopedy.

Metoda Zofii Engiel

Metoda jest przeznaczona dla osób dorosłych i dzieci, które ukończyły 7 lat, a jåkają się. Według autorki warunkiem skuteczności terapii jest czynny oraz świadomy udział osoby uczestniczącej w niej. Zajęcia odbywają się na forum grupy (mogą odbywać się indywidualnie, lecz do tego momentu, gdy osoba nie opanuje ćwiczenia). Odbywają się one dwa razy w tygodniu, lecz uczestnik musi jeszcze ćwiczyć codziennie w domu po dziesięć minut oraz powtarzać to sześć razy na dzień. Ta metoda składa się z dwóch typów ćwiczeń: po pierwsze: ćwiczenie startu mowy (osoba nie może zacząć zdania), a po drugie: ćwiczenie w toku mowy (zacięcia powstają w trakcie mówienia). Ćwiczenia przy starcie mowy:

- Za pomocą obu rąk – należy ręce mieć złożone przed sobą. Powinny być ze sobą połączone. Gdy ręce rozkładamy, nabieramy powietrze w usta. Gdy ręce są w pozycji „odmierzającej szerokość ciała”, wtedy jest „stop”, jest to chwila na oddech. W tym momencie „startuje mowa”.
- Gumowa gruszka – w prawej dłoni trzymamy gumową gruszkę, lewą dłoń kładziemy w okolicach brzucha i ostatniego żebra. Gdy naciskamy gruszkę dłonią, zaczynamy mówić zdanie.
- Za pomocą ruchów palcami – palec wskazujący oraz kciuk. Należy kopiować ruchy rąk z ćwiczenia pierwszego.

W ćwiczeniu „toku mowy” posługujemy się prawym przedramieniem. Prawą rękę, która jest oparta np. na stole, zginamy w łokciu. Przedramię zwracamy ku górze. Kiedy następuje wdech, osoba mówi, a w tym samym czasie prawym przedramieniem zakreśla w powietrzu półkole.

Psychoterapia

Techniki polecane to:

- Dyskurs psychoterapeutyczny – polega na dyskusji o pacjencie, a także rozmowie o chorobie,

- Technika sterowanych wyobrażeń – w tej technice osoba prowadząca podsuwa różne sceny i zachęca do ich dokończenia,
- Psychodrama – osoba prowadząca namawia pacjenta na odegranie scen z życia, np. wyjście na zakupy do sklepu, wejście do urzędu, rozmowa na przystanku z przypadkowo poznanym człowiekiem,
- Relaksacja – ma za zadanie rozluźnić organizm, co powoduje zmniejszenie napięcia.

Metoda W. Sherborne w terapii dzieci jękających się

Metoda ta opiera się na usprawnianiu ruchowym. Ma charakter grupowy, uczestniczyć mogą w niej zarówno dzieci jak i dorośli. Ćwiczenia, jakie są wykonywane, to między innymi: dziecko kładzie się na kocu i jest huśtane; dziecko kładzie się na podłodze, naprzeciwko niego to samo robi druga osoba, łączą nogi i robią rowerek; turlanie się na podłodze; pełzanie na podłodze; witanie się rękami, nogami oraz wzrokiem.

Metoda Liebmanna

Celem tej metody jest unikanie koncentracji na oddychaniu oraz na artykulacji. Liebman proponuje czteroetapową metodę. Pierwszy etap to zespołowe czytanie oraz mówienie pojedynczych zdań, lecz te zdania powinny być krótkie. Drugi etap jest nastawiony na kopiowanie zdań, z tym że mowa terapeuty jest cicha. Trzeci etap charakteryzuje się tym, że odtwarzane jest opowiadanie, które powinno być krótkie, a następnie opowiadane jest całe, lecz we własnej wersji. Ostatnim już czwartym etapem jest opanowanie naturalnej rozmowy. Osoba, która się jąka, musi koncentrować uwagę na treści.

Programy terapii

Program Charlesa van Riper (1973)

Terapia stawia na to, że nie dąży się do mowy płynnej, lecz bardzo płynnego jękania się. Twórca zasugerował, że terapie nastawione na wypracowanie płynności, doprowadzą do płynności mowy. Osoba jękająca się ma świadomość, że może porozumiewać się w sposób płynny, natomiast nie wie, w jaki sposób ma się jąkać. Osobie takiej można pokazać jak jąkać się lekko, przy czym w taki sposób, że nie będzie jej to przeszkadzało w swobodnej komunikacji. Znikną wtedy lęki i frustracje. Etapy jękania:

- 1) Identyfikacja: na tym etapie jak najlepiej opisujemy swoje jękanie: kiedy się pojawia, w jakich sytuacjach się nasila, jakie zachowania nam towarzyszą przy jękaniu. Zwracamy także uwagę na gestykulację, znaki werbalne. Pożyteczne w tego typu ćwiczeniach będzie np. nagrywanie rozmów na telefon. Stajemy naprzeciw jękaniu się, uzasadniamy dlaczego zwróciliśmy się po pomoc, opisujemy jękanie jak najlepiej umiemy, piszemy za i przeciw jękaniu się.
- 2) Desensybilizacja – odczulamy się na jękanie oraz na to, co powiedzą inni. Na tym etapie w czasie jękania staramy się zachować spokój, nie denerwować się, zbierać doświadczenia. Ćwiczenia do tego etapu to między innymi naśladowanie jękania się i komunikacja z celowym jękaniem.
- 3) Modyfikacja – tutaj skupiamy się na momentach, w których się jęka. Na tym etapie wyróżniamy:
 - I stopień
 - Po tym jak się zająknijemy, wdramy ciszę 2-sekundową lub 4-sekundową. Następnie kontynuujemy naszą rozmowę, aż do kolejnego zająknięcia, wtedy postępujemy analogicznie.
 - Poprawiamy zająknięcia – podczas mówienia głoskę, która jest zająknięciem, przedłużamy po 2–3-sekundowej pauzie. Wtedy można się

przyszykować do poprawienia danego wyrazu. W tych obszarach, w których występują bloki, spowalnimy mowę.

- II stopień: tutaj „atakujemy” jąkanie. Osoba skupia się na tym, aby nie mówić wyjąkniętych słów do końca, tylko automatycznie je korygować i mówić poprawnie. Należy szybko reagować na jąknięcie i szybko wychodzić z niego.
- Stabilizacja: stwarza osobie warunki do życia po zakończeniu terapii, uświadamia konieczność dalszej pracy nad sobą i nad mową, aby ją jeszcze bardziej udoskonalać.

Program Lilii Arutiunian

W tej terapii konieczne jest zniwelowanie patologicznej pamięci, a później tworzenie mowy na nowym tle. Podstawą jest zbudowanie nowego myślenia, a nie poprawianie mowy. Niezawodnym środkiem eliminacji jąkania są palce ręki wiodącej, to one nakazują rytmiczno-intonacyjny dźwięk słów. W tym momencie ręka staje się nową pamięcią oraz kontroluje mowę. Niebawem przejdzie to w nawyk i nie będzie trzeba korzystać z ręki. Układając ten nawyk należy pamiętać o intonacji głosu oraz o gestach, mimice twarzy. Praca nad stabilizacją mowy jest zakończona wtedy, gdy jest ustabilizowany stan mózgu. Leczenie trwa 21 dni. Terapia ma charakter grupowy. Zalecane jest, aby grupy liczyły 5-6 osób. Należy uwzględnić to, by wiek uczestników był zbliżony do siebie. Po takiej terapii mowa jest płynna. Aby jeszcze bardziej wzmocnić terapię, realizowane są mikroturnusy trzy- lub czterodniowe w ciągu jednego roku. Leczenie można zakończyć po upływie roku.

Zintegrowany program terapii osób jākających się

Został stworzony przez W. Kostecką (2004). Ten program może mieć zarówno charakter grupowy, jak i indywidualny. Zawiera trzy sposoby wypracowywania pozytywnej płynności mówienia:

- Terapia modyfikacyjna,
- Kształcenie płynności mówienia,
- Terapia łącząca powyższe dwa sposoby.

Wpływa to z postaw terapeutycznych, a mianowicie:

- Postawy, która zatwierdza jąkanie,
- Postawy treningu płynnego jąkania.

Terapia modyfikacyjna ukierunkowana jest na zmniejszenie poziomu lęku przed mówieniem oraz na całkowitą eliminację jąkania. W terapii ważnym czynnikiem jest to, aby stworzyć korzystny stosunek do mówienia. Zadaniem tej metody jest eliminacja jąkania poprzez zmiany postawy osoby jākającej się, co skutkuje poprawą życia towarzyskiego oraz zawodowego. Typy płynności mówienia:

- Płynność spontaniczna, czyli naturalny sposób mówienia. Można wyróżnić tutaj spokojne tempo mówienia, bez przedłużeń, przeciągnięć. Osoba, która ma problemy, mówi to, co myśli.
- Płynność kontrolowana – znaczy, że rozmówca kieruje swoją wypowiedzią, weryfikuje swoje narządy artykulacyjne, przy czym utrzymuje prawidłowy poziom mówienia oraz tempo.
- Przyjęte jąkanie – jest to taka niepłynność, która nie przeszkadza w komunikowaniu się.

Zarówno terapia modyfikacyjna, jak i kształcenia płynności mówienia, mają swoje plusy i minusy. Terapia modyfikacyjna jest mniej dokładna, ale za to bardziej swobodna oraz twórcza niż terapia kształcenia płynności mówienia. Ważnym elementem w terapii jest diagnoza. Aby określić nastawienie osoby jākającej się do własnego jąkania, należy przeprowadzić wywiad, a do ustalenia płynności mówienia niezbędny jest tekst czytany przez około pięć minut. W terapii

kształcenia płynności mówienia należy zwrócić uwagę na metodę wolnej oraz przedłużonej wymowy. Ta metoda przydzielona jest osobom jękającym się od 12 roku życia. Uwzględnia ona szybkość mówienia, sytuację komunikacyjną oraz układ wypowiedzi. Przy tej terapii osoba ćwiczy zredukowanie mówienia poprzez ciszę, przeciągnięcia, słaby kontakt narzędzi artykulacyjnych. Bierze się pod uwagę takie prędkości mówienia jak: 40 słów na minutę, 60 słów na minutę oraz 110-120 słów na minutę. Zazwyczaj wykorzystuje się takie rodzaje ćwiczeń jak: rozmowa z samym sobą, rozmowa ze znajomym lub z członkiem rodziny, rozmowa w warunkach z życia codziennego. Tematem konwersacji powinny być sprawy mało ważne, sprawy istotne w życiu codziennym oraz sytuacje, które wzbudzają emocje.

Etapy terapii połączonej to:

- Zbudowanie sprawności mówienia w klinice,
- Wzmocnienie sprawności mówienia w klinice i poza nią,
- Podtrzymanie sprawności mówienia poprzez terapię modyfikacyjną.

Obraz osób jękających się

Zacznę od wyjaśnienia pojęcia obrazu siebie. Wymienia się cztery wymiary obrazu siebie:

- Samoświadomość,
- Samoocena,
- Umiejscowienie kontroli,
- Skuteczność (Kofta, Doliński, 2000).

Obraz siebie to poczucie swojego funkcjonowania oraz swojego istnienia (Nuttin, 1970). Składa się z kawałka opisowego siebie i z kawałka oceny (Poprawa, 2001). Budowanie obrazu siebie jest cyklem skomplikowanym. Jest on obecny w życiu każdego człowieka i trwa przez całe życie. Zazwyczaj okres adolescencji i dzieciństwa jest czasem najbardziej znaczącym (Wadman, Durkin, Conti-Ramsden, 2008). Ważnymi czynnikami są czynniki statyczne, które obejmują cechy anatomiczno-fizjologiczne. Są to na przykład wygląd zewnętrzny, budowa ciała, umiejętności fizyczne, aktywność organizmu oraz obszary, które tę aktywność zakłócają. To także czynniki dynamiczne, czyli cechy środowiskowe. Skomplikowaną sytuacją pod względem pozytywnego obrazu siebie jest, gdy dana osoba odróżnia się od innych ludzi, także pod względem standardów życiowych (Zamorski, 2003). Równie ważny jest obraz siebie pod względem doświadczeń społecznych, które dana osoba nabyła, oraz scalenie go ze środowiskiem. Te doświadczenia wiążą się z mnóstwem pytań, a mianowicie czy dana osoba jest akceptowana w środowisku, w którym funkcjonuje, jakie są reakcje na nią, czy jest traktowana poważnie oraz jakie jest jej miejsce w grupie (Rogers, 2002). Jednym z etapów pojawienia się wiedzy o samym sobie jest ocena samego siebie: czy pasuję do otoczenia oraz do środowiska, w którym się znajduję. W sytuacji społecznej jękanie się zaburza ten proces. Właśnie dla osób jękających się tworzenie własnego obrazu jest dużym wyzwaniem, ponieważ z trudem podejmują one poszczególne role społeczne i mało się komunikują z innymi osobami (Daniels, Gabel, 2004). W sytuacjach społecznych postrzeganie siebie oraz postawy innych ludzi mają wielki wpływ na obraz siebie osoby jękającej się. Często jest tak, że te właśnie postawy są negatywne, a ocena jękających się jest oceną stereotypową. Negatywne przypuszczenia o osobach, które się jękają, pojawiają się już w dzieciństwie i przeobrażają się w obraz siebie osoby jękającej się. Niemożliwość ukrycia jękania się przekształca się w piętno, którego skutkiem może być unikanie kontaktów społecznych, brak wiary w siebie, zmniejszenie wiary we własne umiejętności. Może nawet pojawić się depresja (Blood, Blood, Tellis i Gabel, 2003).

Samoświadomość

Samoświadomość jest to orientacja na swój temat, na temat swoich właściwości twórczych, umiejętności, wyglądu, właściwości motywacyjnych i emocjonalnych oraz właściwości społecznych (Brzeziński, 1973; Reykowski, 1976). Jąkanie towarzyszy człowiekowi od najmłodszych lat i tworzy część wiedzy o sobie. Oddziałuje na dalsze życie, na wybranie odpowiedniego zawodu, co znaczy, że także ma wpływ na pogląd jākającego się o nim samym. Osoba jākająca się ma różne zdanie o samym sobie; jeżeli mówi, że „jest jākają” to jej orientacja o samym sobie jest już uwarunkowana jākaniem (van Riper, 1982). Jākanie się dopuszczane jest do wyobrażenia o sobie samym lub stanowi część obrazu „ja jako mówca”. Znaczenie „Ja” odróżnia się od „ja jako osoba jākająca”. Osoba jākająca się posługuje się innymi zwrotami mówiąc „Ja” oraz innymi do „ja jākający się” (Fransella, 1968). Osoby jākające się często niewłaściwie mówią o swoim jākaniu, gdyż postrzegają je nieadekwatnie i mówią o nim bardziej negatywnie niż to jest w rzeczywistości, ponieważ mówią bardziej płynnie niż im się wydaje. Mają one trudności z odpowiednią oceną swojej mowy oraz mowy innych osób (Lickley i in., 2005).

Najczęściej jākanie się jest częścią wiedzy o samym sobie ludzi dorosłych. Nie uznają tego kawałka samego siebie i kojarzą z tym wiele swoich problemów, zmartwień, zakłóceń. Jednocześnie nic z tym nie robią, nawet nie podejmują terapii. Przystosowali się do życia z jākaniem się, a podjęcie terapii wiązałoby się z odrzuceniem siebie (Peters, Guitar, 1991).

Samoocena

Ryc. 3 Samoocena – rodzaje (Niebrzydowski, 1989)

Samoocena stabilna oznacza, że jest stała. Jest adekwatna, gdy jest w harmonii z umiejętnościami osoby. Samoocena niestabilna jest natomiast zmienna. Samoocena może być:

- Szczegółowa – punkt widzenia swojej osoby,
- Ogólna – ogólna ocena siebie.

Sfery samooceny to:

- „Ja” fizyczne,
 - „Ja” osobiste,
 - „Ja” rodzinne,
 - „Ja” moralno-etyczne,
 - „Ja” społeczne (Fitss, 1965).
- Catell (za: Hall, Lindzey, 1978) wyróżnia:
- Cechy powierzchniowe – zewnętrzne,

- Cechy głębokie (źródłowe) – wewnętrzne.

Jąkanie porównywalne jest do góry lodowej, ponieważ wierzchołek góry symbolizuje objawy zewnętrzne takie jak jąkanie (niepłynność mówienia) i współruchy, a niezauważalna część góry to: lękość, lęk, szukanie azylu, odizolowanie się od reszty, psychika jękającego (Adamczyk, 1998). Zarówno w jękaniu jak i w modelu Catella można wyróżnić cechy powierzchniowe i głębokie.

Samoocena jękania jest „samooceną szczegółową”. Ocenie ulegają czynniki:

- Lingwistyczny, czyli ocena jękania,
- Biologiczny, czyli oddech, fonacja oraz współruchy,
- Psychologiczny, czyli sfera emocjonalna,
- Społeczny, czyli przebieg porozumiewania się z innymi.

Umiejscowienie kontroli oraz skuteczność

Teoria ta została stworzona w 60 latach XX wieku przez J. Rottera. Umiejscowienie kontroli to cecha, która ma związek z działaniami oraz ich urzeczywistnieniem, ale także z poradzeniem sobie w sytuacjach problemowych oraz z porażkami, jakie stoją na drodze. Dotyczy systemu wartości, tego, do czego odnoszą się wpływy człowieka. Osoby o umiejscowieniu zewnętrznym stoją na stanowisku, że to, co robią w życiu to nie są ich działania, lecz siły zewnętrzne: powodzenie, przeznaczenie, zbieg okoliczności, warunki, status, pomyślność. Wewnętrzne umiejscowienie mówi, że osoby polegają na swoich działaniach, a także na wysiłkach, jakie podejmują (Rotter, 1966). Istoty takie są świadome zdarzeń, jakie im się przytrafiają oraz swojego losu. Dowodzą, że jest możliwy wpływ na wydarzenia oraz poprawienie ich dotychczasowego życia (Lefcourt, 1983). Osoby, które się jękają, mają wyższy poziom „kontroli zewnętrznej”, co jest spowodowane „utrata kontroli nad procesem mówienia” (Andrews, 1984; Craig i Andrews, 1988; Kelso, 1997). Sądzą, że ich jąkanie jest czymś nieświadomym oraz niezależnym od zmagania. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli budzi wiele sporów w porozumiewaniu się z innymi ludźmi (Guntupalli i in., 2006).

Poczucie własnej skuteczności jest również jednym z elementów obrazu siebie. Zaspokaja ono działania, jakie podejmujemy, oraz sumienność w realizacji ich. Niskie poczucie „własnej skuteczności” jest odbierane jako niepowodzenia, porażki, niemoc, nieporadność, niezaradność, zaś wysokie poczucie oznacza potęgę w podejmowanych działaniach, zapał, temperament w realizacji określonych działań (Bandura, 1977; Ehrenberg i in., 1991; Zakrzewski, 1987).

Sfera emocjonalna osób jękających się oraz lęk i inne emocje

Zakłócenia w sferze emocjonalnej u osób, które się jękają, są kojarzone przez innych jako przyczyna, a niekiedy jako konsekwencja jękania (Davis, i in., 2007). Emocje: lęk, agresja, poczucie winy są drugoplanowymi reakcjami na niepłynność mówienia. Mają zazwyczaj negatywne znaczenie i są kwalifikowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne jako zaburzenia emocjonalne, które są powodem niedobrego stanu zdrowia (American Psychiatric Association, 2000). Są to przykre stany emocjonalne, które są obecne przez dłuższy czas i które utrudniają funkcjonowanie (Doliński, 200).

Lęk, czyli stan emocjonalny, objawia się poczuciem zagrożenia, przewidywaniem czegoś złego, straty czegoś lub kogoś. Kliniczny lęk jest bardzo zawiły i zawiera odczucia emocjonalne oraz przemianę w funkcjonowaniu poznawczym i zmiany somatyczne. Odczucie lęku doświadczamy jako wewnętrzne napięcie, obawę, niepokój. Występują problemy ze skupieniem uwagi, problemy z zapamiętywaniem oraz racjonalnym myśleniem. Konsekwencją lęku jest również pobudzenie układu nerwowego, co skutkuje zmianami

somatycznymi takimi jak skurcze żołądka czy szybsze bicie serca (Whitehead, 1991). Istnieje wiele czynników, które mają wpływ na występowanie i wzrastanie lęku. Włączamy do nich mnóstwo konfliktów oraz jakość roszczeń przekraczających zdolności osobnika. Sytuacją wywołującą negatywne emocje, między innymi lęk, są różnego gatunku dysfunkcje. Zaburzają wykonanie pewnych celów życiowych, przeszkadzają w zaspokajaniu potrzeb, wywołują utratę szanowanych wartości. Tego typu mechanizm może powodować pojawienie się lęku u osób, które się jękają, które mają problemy w porozumiewaniu się oraz trudności w funkcjonowaniu społecznym (Menzies i in., 1999). Same osoby jękające się mówią iż lęk jest duży i to on powoduje jękanie się (Crichton-Smith, 2002). U osób z zaburzeniami mowy występuje niestałość w płynność mówienia, utrata sprawności nad mówieniem, co skutkuje lękiem w tych okolicznościach społecznych, które wymagają działań oraz wiążą się z oceną społeczeństwa (Blood i in., 1997). U osób jękających się klasyczny jest więc lęk przed komunikowaniem się (logo fobia). Źródłem takiego lęku komunikacyjnego jest słaba biegłość komunikacji z drugą osobą. To natomiast skutkuje uciekaniem, chowaniem się przed sytuacjami związanym z porozumiewaniem się (Tłokiński, 1991). Reakcje agresywne objawiają się agresją fizyczną oraz werbalną. Postępowanie takie najczęściej jest skutkiem frustracji. Frustracja to uniemożliwienie działania przez trudności zewnętrzne, nie jest zależna od osoby, lecz od otoczenia, w jakim się znajduje, lub przez trudności wewnętrzne, co oznacza gorszy stan zdrowia. Taka osoba nie potrafi włączyć się do realizacji ćwiczeń, które wymagają pełnej sprawności, także sprawności mówienia (Frączek i Kofta, 1982). Możemy również napotkać takie emocje jak wstyd oraz poczucie winy. U osoby jękającej się wstyd jest naturalny, ponieważ wymaga się, że będzie mówiła płynnie, lecz niestety nie udaje jej się to (Ginsberg, 2000). U osób jękających się wstyd jest również wywołany niemocą uporania się z wymogiem społeczeństwa oraz barierą ciągłego dążenia do doskonałości (Amster, 1994). Wstyd jest związany z poczuciem winy. Poczucie winy zaś wiąże się z wyrzutami sumienia, które towarzyszą nam w konkretnych zachowaniach. Przejawia się to między innymi poczuciem żalu, krytyką, przegraną, osamotnieniem, rozpamiętywaniem tego, co zrobiliśmy lub tego, czego nie zrobiliśmy. Dana jednostka czuje się winna, bo poczuwa się do odpowiedzialności za to, że się jęka. Według niej musi mówić płynnie, ale niestety nie potrafi tego dokonać. U jękających się poczucie winy ma związek z tym, że dana osoba sądzi, iż jej jękanie jest niewłaściwe. Wtórna wina pojawia się w związku z nieporadzeniem sobie, kiedy nastąpi jękanie. Następny typ to taki, w którym wina połączona jest z krytyczną opinią innych – wtedy to osoba jękająca się widzi odzew innych osób na niepłynność mowy, a jej poczucie winy wzrasta (Daniels i Gabel, 2004).

Wolontariat jako bezinteresowna pomoc na rzecz innych

Abstrakt

Celem artykułu jest przybliżenie jednostki wolontariusza oraz ukazanie, kim jest wolontariusz a więc osoba która dobrowolnie i bezpłatnie świadczy usługi na rzecz innych osób. Obecnie w Polsce pojawia się coraz więcej działalności wolontariackich, a osoby będące wolontariuszami czerpią z tego mnóstwo satysfakcji. Co więcej osoby będące wolontariuszami często dzięki tej formie pracy zyskują poczucie sensu życia oraz podwyższa się ich samoocena. W artykule zostały również poruszone kwestie historii wolontariatu oraz aspekty prawne.

Słowa kluczowe: wolontariat, wolontariusz, rys historyczny, prawo, kategorie wolontariatu

Abstract

The purpose of this article is to present the notion "volunteer" itself and to show who is a volunteer - the person who voluntarily and free of charge services to other people. Currently in Poland there are more and more voluntary activity. And those who are volunteers derive from this a lot of satisfaction. Moreover, those who are volunteers, frequently due to this form of work gain a sense of the meaning of life and increase their self-esteem. The article also discussed issues of the history of volunteering and its legal aspects.

Wolontariat – ustalenia definicyjne

W polskiej literaturze istnieje wiele definicji słowa wolontariat. Najczęściej definiowany jest jako „dobrowolna, bezpłatna, świadoma działalność na rzecz innych, wykraczająca poza związki rodzinno – koleżeńsko – przyjacielskie”. (Centrum Wolontariatu, 2013 w: <http://wolontariat.org.pl/wolontariusze/kim-jest-wolontariusz/>).

Wolontariat definiuje się jako wspólne działania nie tylko społeczności lokalnej. Wolontariat oparty jest na bezinteresownej woli służenia innym ludziom. Jego motywacją nie jest chęć znalezienia pracy, jednak dzięki niemu możemy zdobyć cenne doświadczenie do pracy w danym zawodzie, a więc czerpać wiele korzyści niematerialnych. Działanie wolontariackie wynika z chęci człowieka. Wolontariat „to jedna z najbardziej szlachetnych postaw człowieka, a zarazem wzniosłe i bezcenne dzieło jego ducha” (Chrapek, 2001, s. 2).

Wolontariat posiada trzy najważniejsze cechy, o których wspominał S. Gawroński (1999). Są to:

- Bezinteresowność,
- Bezpośredniość,
- Ciągłość, czyli systematyczność.

Kolejną ważną cechą, na którą należy zwrócić uwagę, jest bezpłatność, która często jest mylona z bezinteresownością. Ukazuje się tu myślenie, iż praca, za którą człowiek nie pobiera pieniędzy, jest bezsensowna. W związku z tym należałoby podać różnicę między tymi dwiema cechami. Oczywiście jest to sprawa indywidualna. Często zdarza się, że człowiek ma pewne zamiary będąc w wolontariacie i czerpie pewne korzyści z bycia wolontariuszem. Jednak chodzi tu jedynie o korzyści wynikające z ogromnej satysfakcji z poczucia bycia potrzebnym. Widać to szczególnie na przykładzie starszych osób, które będąc wolontariuszami czują się potrzebne innym i przynosi im to korzyści, a nawet dzięki temu odzyskują one poczucie sensu życia.

Wolontariusz – kim jest?

Osoba, która pracuje na rzecz wolontariatu, nazywana jest wolontariuszem. Jest to „każda osoba fizyczna, która dobrowolnie, ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia na rzecz organizacji, instytucji lub osób indywidualnych wykraczając poza więzi koleżeńsko-rodzinne” (wolontariusz, <http://wolontariat.org.pl/wolontariusze/kim-jest-wolontariusz/>).

Według Małgorzaty Załuskiej (1996, s. 25) „wolontariusze to ludzie podejmujący się pracy bez wynagrodzenia, kierujący się chęcią poznania zawodu, pomagania innym oraz działania w imię akceptowanych celów. Wolontariusze poświęcają swój czas, energię i wiedzę, rezygnując z pieniędzy i odpoczynku”.

Barbara Kromolicka stwierdza, iż: „wolontariusz żyje i działa pod wpływem sił wewnętrznych – duchowych, co sprawia, że naturalnie i z przekonaniem podtrzymuje kontakty międzyosobowe”. Co więcej B. Kromolicka opisując cechy, jakimi kieruje się wolontariusz, mówi, iż jest „to osoba mocna, lecz nie agresywna, harmonijna, kochająca – ponieważ kieruje się miłością, bo chce być blisko innych, pragnie ich dobra, szanuje ich wolność, okazuje im serdeczną przyjaźń i unika stosowania przymusu lub okazywania władzy” (Kromolicka, s. 226).

W literaturze polskiej wyróżniamy kilka typów czy kategorii wolontariuszy. Zdaniem M. Załuskiej (1996, s. 95–96) wolontariuszy można podzielić ze względu „na stopień zaangażowania w pracę społeczną”. Zatem wyróżniamy tutaj następujących wolontariuszy:

- okazjonaliści, którzy włączają się w pojedyncze akcje;
- średniodystansowcy – są to osoby, które działają na rzecz wolontariatu bardzo aktywnie, jednak mają jasno określony cel, do którego dążą, a gdy już go zrealizują, ich aktywność wolontariacka mija;
- działacze permanentni – są to osoby, którym wolontariat daje poczucie sensu życia, a ich aktywność wolontariacka staje się dla nich istnym nałogiem.

Inny podział, z którym spotykamy się w literaturze przedmiotu, to podział M. Ochamana i P. Jordana (2000, s.43), którzy wyróżnili następujące typy wolontariuszy:

- pracujących indywidualnie i grupowo,
- bezterminowi i krótkoterminowi tzn. czy dane działanie to jednorazowa działanie czy też nie.

Kategorie i typy wolontariatu

Pierwszym z podziałów, na który warto zwrócić uwagę, jest przynależność do organizacji. Jest to podział według B. Filipiak (2004). Dzieli on wolontariat na stały i akcyjny. Ten pierwszy to taki, w którym wolontariusze są związani z daną organizacją na stałe poprzez prowadzenie systematycznych działań. Przykładem takiego wolontariatu może być praca wolontariacka w świetlicy, gdzie pomocnik przychodzi regularnie, np. raz w tygodniu. W przypadku podjęcia takiej formy pomocy jest konieczność podpisania umowy wolontariackiej. Jednak w przypadku osób nieletnich potrzebna jest zgoda opiekuna prawnego wolontariusza. Wolontariat akcyjny charakteryzuje się tym, iż wolontariusz pracuje przy organizacji pewnych wydarzeń cyklicznie, co jakiś czas. W tym wypadku nie jest konieczna umowa, a przykładem tego wolontariatu mogą być m. in. akcje organizowane przez Wielką Orkiestrę Świątecznej pomocy.

Innym podziałem jest:

- Wolontariat krajowy
- Wolontariat zagraniczny

Jednym z najprostszych podziałów wolontariatu, jaki chciałabym przedstawić, jest podział ze względu na liczebność, a dokładniej rzecz ujmując jest to podział zależny od liczby

wykonywanych obowiązków. Możemy tu wyróżnić wolontariat indywidualny bądź grupowy. Ten pierwszy, jak sama nazwa wskazuje, respektuje kompetencje, jakie ma jedna osoba. W wolontariacie indywidualnym jednostka jest w stanie sama wykonać powierzone zadania. Wolontariat grupowy jest przeciwieństwem indywidualnego, ponieważ w jego skład muszą wchodzić dwie lub więcej osoby. Poza tym wymaga on współpracy w zespole oraz podziału zadań.

Inna klasyfikacja wyróżnia podział ze względu na miejsce wolontariatu. Możemy tutaj wyróżnić wolontariat lokalny i zagraniczny. Wolontariat lokalny ma miejsce, gdy odbywa się na terenie kraju ojczystego wolontariusza. W przypadku tego drugiego, najpopularniejszą formą jest wolontariat odbywający się za pomocą „Europejskiego Programu Erasmus Plus”, znany dawniej jako „Młodzież w Działaniu”. Program ten możemy również podzielić na krótkoterminowy i długoterminowy. Erasmus + jest programem Unii Europejskiej w obszarze „edukacji, szkoleń młodzieży i sportu w latach 2014–2020” (<http://erasmusplus.org.pl/o-programie/>), co więcej wiąże się on z wyjazdem do innego kraju.

Kolejny podział jest to podział według A. Musiała (2003). Wyróżniamy tu wolontariat pracowniczy oraz altruistyczny. W tym pierwszym jednak możemy wyróżnić dwa podpodziały: obligatoryjny i fakultatywny. Wolontariat obligatoryjny według niej to „dobrowolna i nieodpłatna praca świadczona w celach edukacyjnych, której wykonanie stanowi jednak nieodzowny warunek zdobycia określonego zawodu”. Cecha ta różnicuje te dwa typy wolontariatu, bowiem obligatoryjny oznacza konieczny, więc odbycie go jest warunkiem koniecznym do wykonywania pewnych zawodów np. prokuratora czy lekarza określonej profesji. Jest to zatem wolontariat, który należy odbyć po ukończeniu określonego kierunku studiów w celu zdobycia doświadczenia. A więc według autorki praktyki studenckie też należą do tego typu wolontariatu. Zaś celem wolontariatu o charakterze fakultatywnym według A. Musiała jest uzyskanie praktyki, a czasem zatrudnienia, w miejscach gdzie pracuje się wolontariastycznie. Ostatni typ wolontariatu czyli wolontariat altruistyczny to „działalność, gdy ochotnicze i dobrowolne świadczenie usług zostaje umotywowane chęcią pomocy drugiemu człowiekowi. Jest to zatem nieodpłatnie wykonywana praca na rzecz innych, mająca na celu pomoc świadczoną absolutnie bezinteresownie”.

Ostatnim rodzajem wolontariatu, na który chciałam zwrócić uwagę, jest coraz bardziej popularny wolontariat internetowy. Polega on na tym, iż osoby pomagają sobie wzajemnie poprzez Internet. W ramach niego np. udzielają sobie porad w zakresie prawa.

Rys historyczny wolontariatu

Pojęcie wolontariatu zbliżone do współczesnego znaczenia zawdzięczamy szwajcarskiemu pacyfiście Pierre Ceresole. Po zakończeniu I Wojny Światowej założył on pierwszy obóz – Service Civil Volontaire. Była to swoista reakcja na następstwa zmagów wojennych, które przetoczyły się przez całą Europę. Ceresole zmotywował do wspólnego działania ochotników z kilku krajów europejskich, którzy podjęli się trudu odbudowy ze zniszczeń wojennych jednej z miejscowości w pobliżu Verdun. Początki wolontariatu to jednak nie tylko „stary kontynent”. Europejczycy przybywający do USA, aby sprostać nowym wyzwaniom współpracowali ze sobą wznosząc nie tylko domy, ale i całe miasta. To okres początku wolontariatu za oceanem. Z biegiem czasu rozwijał się on w coraz doskonalsze formy. Dynamiczny okres rozwoju wolontariatu w formie zbliżonej do współczesnej nastąpił po zakończeniu II Wojny Światowej. Wówczas powstały pierwsze organizacje promujące wolontariat. Wśród tych najbardziej znanych wymienić należy UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), w którego strukturach znalazła się instytucja mająca na celu koordynację działalności organizacji

wolontariackich CCIVS (Coordinating Committee for International Voluntary Service). Skupione w niej organizacje wolontariackie znacznie rozszerzyły pole swojej działalności w stosunku do idei jakie głosił i praktykował wspomniany już Pierre Ceresole.

W Polsce z pojęciem wolontariatu mamy do czynienia od lat dziewięćdziesiątych XX wieku. W tym okresie w naszym kraju zaczęły powstawać pierwsze organizacje pozarządowe, czyli organizacje, które nie pobierają żadnego zysku, nie czerpią dóbr materialnych.

W Polsce działalność wolontariacka rozwija się z roku na rok. Obecnie największą instytucją wolontariacką w Polsce powstałą w Warszawie w 1993 roku jest Centrum wolontariatu. Centrum działa na terenie całego kraju, wykorzystując do tego placówki otwarte w kilku regionach.

Warto też wspomnieć, że w Polsce istnieje święto wolontariuszy, nazwane Międzynarodowym Dniem wolontariusza, który przypada 5 grudnia.

Aspekty prawne działalności wolontariackiej

Dynamicznie rozwijający się ruch wolontariacki również w Polsce wymusił niejako na prawodawcach konieczność uregulowania prawnego zagadnień związanych z tą dziedziną. W 2003 roku Sejm RP uchwalił ustawę o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 2003 r. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.). Głównym celem, jaki postawił przed sobą prawodawca, było wskazanie podstawowych zabezpieczeń i uprawnień dla osób, instytucji i organizacji podejmujących lub prowadzących działalność wolontariacką w stosunku do innych uregulowań prawnych. Wśród celów tej modyfikowanej kilkakrotnie ustawy znalazły się również te określające prawa i obowiązki zarówno wolontariuszy jak i korzystających z ich nieodpłatnych świadczeń. Ostatnia nowelizacja ustawy w formie tekstu ujednoliconego została zawarta w obwieszczeniu Marszałka Sejmu RP z dnia 14 października 2016 roku (Dz.U. z dnia 18 listopada 2016r.poz. 1817). Określa ona w sposób szczegółowy – i w większości niezależny od prawa pracy – między innymi uprawnienia wolontariuszy, do których należą:

- prawo do informacji o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanym z wykonywanymi świadczeniami oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami i o przysługujących wolontariuszowi prawach i ciążących na nim obowiązkach,
- bezpieczne i higieniczne warunki wykonywania przez nich świadczeń, w tym – w zależności od rodzaju świadczeń i zagrożeń związanych z ich wykonywaniem – odpowiednie środki ochrony indywidualnej; na dotyczących pracowników zasadach określonych w odrębnych przepisach,
- ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (w przypadku wykonywania świadczeń przez okres nie dłuższy niż 30 dni zapewniane przez korzystającego, w przypadku wolontariatu świadczonego dłużej – przysługujące na podstawie ustawy z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach),
- w przypadku delegowania wolontariusza do wykonywania świadczeń na terytorium innego państwa, na obszarze którego trwa konflikt zbrojny, wystąpiła klęska żywiołowa lub katastrofa naturalna – ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz ubezpieczenie kosztów leczenia podczas pobytu za granicą, jeżeli kosztów tych nie pokrywa się z innego tytułu, w szczególności na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, o ile wolontariusz nie zwolni korzystającego w całości lub w części z tego obowiązku, zgodnie z dotyczącymi pracowników zasadami określonymi w odrębnych przepisach ma prawo do pokrycia

kosztów podróży służbowych i diet.

Korzystający może też pokrywać: inne niezbędne koszty ponoszone przez wolontariusza związane z wykonywaniem świadczeń na rzecz korzystającego, a także koszty szkoleń, ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanych świadczeń, ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz ubezpieczenie kosztów leczenia podczas pobytu za granicą (fakultatywne w przypadkach innych niż delegowanie na terytorium innego państwa, ogarnięte konfliktem zbrojnym, wystąpiła klęska żywiołowa lub katastrofą naturalną).

BIBLIOGRAFIA:

Awans.oswiata.org.pl/publikacje/226.doc

Chrapek J. (2001): *Dzielmy się miłością – Wolontariat*. List, <http://mateusz.pl/czytelnia/jch-wolontariat.htm>

B . Kromolicka (red.), *Wolontariat w obszarze humanistycznych wyzwań...*, op. cit., s. 226.

Filipiak B. (2004): *Drugi i trzeci sektor w realizacji zadań publicznych. Wybrane problemy teorii i praktyki*, Szczecin: Wyd. Wyższa Szkoła Integracji Europejskiej w Szczecinie.

Gawroński S. (1999): *Ochotnicy miłości bliźniego. Przewodnik po wolontariacie*, warszawa: Wyd: Biblioteka „Więzi”.

<http://erasmusplus.org.pl/o-programie/>, 15.01.2017

<http://stosunki-miedzynarodowe.pl/organizacje-miedzynarodowe/959-unesco-organizacja-narodow-zjednoczonych-ds-oswiaty-nauki-i-kultury>, 15.01.2017

Kanios A. (2010): *Společne kompetence studentůw do pracy w wolontariacie*, Lublin, UMCS

Kopaliński W. (1983): *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa: Wyd. Wiedza Powszechna,

Kwapiszewska M, Kwapiszewsk J. (2012): *Polityka społeczna, praca socjalna i wolontariat*, Piła: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Staszica w Pile

Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy, *Kodeks etyczny i podstawy dobrowolnej służby*, s. 7.

Musiąła A. (2003): *Prawne aspekty wolontariatu*, Warszawa: Wyd. Fundusz Współpracy.

Ochman M., Jordan P. (2000): *Jak pracować z wolontariuszami*, Warszawa.

Poleszczuk J (2004): *Ewolucyjna teoria interakcji społecznych*. Warszawa

Rokeache Milton (1973). *The Nature of human values*. New York. Free press

Rokeache Milton (1979) „understanding human values”, New York, free press

Śliwak J. (2001): *Osobowość altruistyczna*. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 2001,

Tokarski Z (2008): *Wolontariat w Polsce. Raport z badań w latach 2000-2003*, Łódź, Wydawnictwo Wyższej szkoły Humonastyczno-ekonomicznej

Wojnowska E. (2005): *Wybrane aspekty prawne wolontariat*, [w:] B. Kromolicka (red.), *Wolontariat w obszarze humanistycznych wyzwań opiekuńczych*, Toruń.

Załużska M. (1996), *Společne uwarunkowania angażowania się w działalność organizacji pozarządowych*, [w:] *Organizacje pozarządowe w społeczeństwie obywatelskim*, [red.]

M. Załuska, J. Boczoń.

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4
tel.: +48 81 749 17 77
fax: +48 81 749 32 13
www.wsei.lublin.pl



INNOVATIONPRESS

ISSN: 2299-0275