

## МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРА ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

С.С. Баяртуева

*Рассмотрены особенности мотивационно-потребностной сферы детей-инвалидов обучающихся в школе социальной адаптации. Показана специфика мотивов детей с различными заболеваниями. Выявлено, что дети с ограниченными возможностями нуждаются с начала обучения в школе в четко спланированной и научно обоснованной системе социально-педагогических и психологических мер.*

## THE MOTIVATIONAL SPHERE OF CHILDREN'S PERSONALITY WITH THE LIMITED OPPORTUNITIES

S.S. Bayartueva

*The peculiarities of the motivational sphere of the disabled children at school of the social adaptation are considered in this article. The specific character of the motives of the children of various groups of diseases is also revealed here.*

*The differentiated analysis of the results of psycho-correctional work is presented here. It is revealed that the children with the limited abilities need well-planned and scientifically-based system of the social-educational and psychological measures.*

Проблема психологии мотивации привлекает внимание ученых. Знание направлений, динамики и конкретных фактов, касающихся развития мотивационной сферы человека в онтогенезе, позволяет понять, каким образом личность с возрастом может изменяться в ее психологической основе (мотивация, по признанию большинства ученых, и есть основа личности, определяющая ее поведение). В настоящее время имеется большое число работ, посвященных вопросу развития мотивации (В.Г. Асеев, В.К. Вилюнас, В. Грабал, М.Л. Кубышкина, В.Г. Леонтьев, Р.И. Цветкова и др.). Но мало работ, рассматривающих проблему развития мотивационной сферы человека с ограниченными физическими возможностями, особенно ребенка, подростка.

Проблема изучения мотивационной сферы школьника является актуальной и в связи с тем, что происходит процесс гуманизации отношений между личностью и обществом, поворот в общественном сознании от «культуры полезности» к «культуре достоинства», где человек с ограниченными возможностями рассматривается не только как объект социально-педагогической помощи, но и как активный субъект окружающего социума. Это требует от ученика переоценки значимости ценностных ориентиров, переосмысления своего места в обществе, принятия на себя ответственности за результаты жизнедеятельности, которые скрыты в мотивах личности и требуют не только познания, но и управления их формированием. Сложность личностных изменений, связанных с развитием мотивационной сферы, удваивается у школьников, имеющих ограниченные физические возможности, находящихся в условиях психической депривации: сенсорной, когнитивной, эмоциональной, социальной. Следует отметить, что психологические механизмы формирования личности едины и для нормально развивающегося ребенка, и для ребенка с нарушениями в развитии, но разные условия этого формирования приводят к появлению специфических закономерностей развития личности ребенка с аномалиями в развитии.

Еще в XIX в. невропатологи, психотерапевты и психологи отмечали, что различные органические и функциональные нарушения в центральной нервной системе человека приводят к изменениям в его мотивации и мотивах. Е.П. Ильин считает, что изменения в мотивациях и мотивах в соответствии со стабильностью мотивационного процесса можно отнести к потребностям и энергетике мотива, к «внутреннему фильтру» и целеполаганию. Выделены два типа изменения силы потребности при различных заболеваниях. Первый тип характеризуется резким ослаблением силы потребности. Эта аномалия называется абулия, о ее проявлениях упоминалось в середине XIX в. Однако, как утверждает Е.П. Ильин, часто встречается и противоположный тип изменения силы потребностей – их резкое усиление [6].

Исследование О.В. Кербикова (1961) позволило охарактеризовать структуру мотивационно-потребностной сферы инвалидов подросткового возраста: мотив общения, установления межличностных контактов является у них ведущим и смыслообразующим в общей иерархии мотивов. Данные медицинской психологии свидетельствуют о том, что нарушения механизмов общения могут стать причиной невротических расстройств, наркомании, психосоматических заболеваний.

Инвалидность ребенка часто заставляет родителей проявлять гиперопеку в ущерб другим воспитательным стратегиям. У детей-инвалидов, воспитывающихся по типу гиперопеки, формируется три вида личностного дефицита: мотивационный, когнитивный и эмоциональный. Сначала у ребенка ре-

дуцируется мотив пытаться справиться с возникающими трудностями, поскольку ситуация всегда контролируется родителями. Редуцированный мотив преодоления трудностей приводит к снижению когнитивных способностей оценки жизненных ситуаций, что делает ребенка – инвалида беспомощным в непривычной среде обитания без родителей или педагогического контроля. Осознание своей навязанной ограниченности в способностях самостоятельно совершать даже посильные поступки приводит к развитию сниженного эмоционального фона настроения и даже депрессии. У детей с ограниченными возможностями становится ярко выраженной потребность в познании и оценке свойств своей личности, что создает повышенную их чувствительность к оценке окружающих. Отсюда их «ранимость», обидчивость, «беспричинные» и «немотивированные», с точки зрения взрослых и здоровых детей, бурные реакции на слова и поступки окружающих, на те или иные жизненные обстоятельства. Изменения в когнитивной и эмоциональной сфере являются наиболее характерными для детей-инвалидов. В структуре их личности четко прослеживается фобический компонент. Так, ребенок может страдать от дефицита общения, испытывать страх одиночества и одновременно бояться встреч с другими людьми. Среди детей-инвалидов нередок страх выздоровления в связи с возможной, по их мнению, утратой любви и повышенного со стороны значимого окружения внимания, а также из-за необходимости возвращения к обычной жизни в школе, к которой они чувствуют себя не готовыми.

Анализ заболеваний в школе социальной адаптации детей-инвалидов показывает, что группа детей с болезнями нервной системы самая многочисленная. Остановимся на некоторых особенностях личности детей с детским церебральным параличом (ДЦП). У детей с ДЦП имеются двигательные нарушения вследствие поражения двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны центральной нервной системы за функционированием мышц. Данное заболевание характеризуется нарушением взаимодействия между двигательными и сенсорными системами, между звеньями двигательной системы, а также между системами регуляции произвольных и непроизвольных движений. При ДЦП можно говорить об особом виде психического дизонтогенеза – о дефицитарном развитии. Среди детей с нарушениями двигательной сферы выделяются три основные группы по их отношению к своему физическому дефекту. Дети первой группы, наиболее благополучной, полностью понимают последствия заболевания, трезво оценивают свои силы и возможности и готовы к преодолению трудностей. Как правило, эти дети отличаются высоким уровнем мотивации, благодаря целеустремленности и волевым качествам они добиваются успехов в учебе, утверждаются в коллективе здоровых людей, в жизни.

Для детей второй группы типичными являются подавленное настроение, потеря веры в улучшение их состояния. Это оказывает влияние на все сферы жизни и деятельности этих детей, затрудняет лечебную, психолого-педагогическую работу с ними.

В третью группу входят подростки, сравнительно спокойно относящиеся к своему заболеванию. У одних это объясняется компенсацией физической недостаточности другими развивающимися качествами и определенными достижениями (успехи в отдельных видах спорта, хорошая успеваемость, общественная работа и др.), у других – избалованностью в семье, иждивенчеством, у третьих – недостаточным развитием личности в целом. У подростков этой группы нет объективной оценки своих возможностей, критического отношения к ним. Как это видно, переживания физической недостаточности одних мотивирует на борьбу с болезнью, на занятие полноценного места в социальной жизни, у других эти переживания начинают занимать центральное место, уводят подростка от активной жизни.

Большая группа детей, обучающихся в школе, имеет диагноз «Эпилепсия». При исследовании нарушений мотивационного компонента перцептивной деятельности у больных шизофренией и эпилепсией Е.Т. Соколовой было выдвинуто предположение, что процесс восприятия не только строится различно в зависимости от того, какие мотивы будут порождать и направлять деятельность испытуемых, но и можно ожидать разную структуру перцептивной деятельности у больных людей, если клиника диагностирует те или иные изменения личности [9]. Если в норме изменение мотивации приводит к переструктурированию деятельности, причем характер восприятия обуславливается ведущим смыслообразующим мотивом, у больных же эпилепсией можно отметить большую легкость, с которой экспериментально созданный мотив становится смыслообразующим. У больных эпилепсией наблюдается нарушение мотивации, касающейся обоснованного принятия решения и выбора цели. Так, с инертностью нервных процессов проявляется ригидность в ситуациях, требующих перестройки привычного стереотипа действия, т.е. нарушена планирующая функция мотивации.

В структуре мотивации аффилиации доминирует страх отвержения. Для того чтобы ослабить страх быть отвергнутым сверстниками, они охотно находят компании из младших детей, слабых, безвольных, неспособных дать отпор. В группе эпилептоидные подростки желают установить свои порядки, всегда выгодные для них самих.

В структуре личности больного эпилепсией отмечается повышенный инстинкт самосохранения, все их внимание обращено на себя, на свое самочувствие, на свое благополучие, вследствие чего больной эпилепсией в большинстве случаев «узкий эгоист». В связи с этим у них отмечается большое стремление к самоутверждению, для утверждения своего «Я» все средства кажутся хорошими; они склонны постоянно подчеркивать положительные стороны своего поведения и в то же время критиковать других.

Есть другие типы больных эпилепсией, менее аффективные, менее раздражительные, но также вялые, персеверирующие, с отсутствием инициативы; они очень почтительны, но даже у таких больных отрицательные эмоции отличаются значительной прочностью. Таким образом, мы видим, что мотивационная сфера детей с ограниченными возможностями отличается очень сложной структурой. Её становление происходит в процессе развития ребенка. То, какой она станет, зависит и от воспитательного воздействия родителей, учителей.

Следует отметить, что при обучении и воспитании детей с ограниченными физическими возможностями необходимо учитывать индивидуально-психологические характеристики ребенка, к которым следует отнести механизм межполушарной асимметрии мозга.

В последнее время вопрос о связи признаков функциональной асимметрии с некоторыми индивидуально-психологическими особенностями личности довольно широко изучается как зарубежными, так и отечественными исследователями (Cogen S., Porac C, 1982; Sakano N., 1982; Клейн В.Н., Чуприков А.П., 1987; Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988; Москвин В.А., 1988; Bryden M.P., 1990; Annett M., 1991; Гасимов Ф.М., 1991; Аракелов Г.Г., 1995; Хомская Е.Д. с соавт., 1995, 1997; Сиротюк А.Л., 2004 и др.).

Многолетние исследования Е.Д. Хомской с сотрудниками позволили составить обобщенные «психологические портреты» испытуемых двух типов профиля латеральной организации (ПЛО) – «чистых» правшей и левшей и леворуких, так как типы праворуких и амбидекстров дают более разнородные результаты. Тип «чистые» правши, по данным авторов, обладает такими особенностями, как более высокая динамичность показателей психических процессов (двигательных, когнитивных, эмоциональных), большая успешность в выполнении пространственных заданий, преобладание «функций положительной эмоциональной системы над отрицательной». Тогда как леворукие и левши, напротив, отличаются замедленным протеканием психических процессов, меньшей успешностью механизмов произвольного контроля психических процессов [10].

Большое число работ посвящено также изучению особенностей леворуких детей. Г.Н. Сердюковской (1987) выявлено, что психика левшей наиболее уязвима в периоды возрастных кризисов, также она приводит данные о преобладании среди леворуких предрасположенности к неврозам, невротизму, понижению защитных сил организма. О более частом обнаружении у леворуких таких синдромов, как астеногипердинамический страх, заикание, энурез, указывается в работе А.П. Чуприкова и С.Е. Казаковой (1987).

Многочисленные факты, свидетельствующие о взаимосвязи асимметрии мозга с индивидуально-психологическими особенностями личности человека, выдвигают на первый план проблему более детального изучения взаимосвязи типа ПЛО с особенностями структуры эмоциональной и мотивационно-потребностной сферы при решении вопросов эффективного онтогенетического развития личности ребенка. Данная проблема изучалась нами поэтапно в течение ряда лет на базе школы социальной адаптации детей-инвалидов № 60 г. Улан-Удэ.

В исследовании, целью которого было выявить влияние фактора межполушарной асимметрии мозга на мотивацию, приняли участие 420 детей с разными формами заболеваний. Среди них были выделены 2 группы по 25 детей с правополушарным и левополушарным профилем латеральной организации мозга. Условно мы их будем обозначать «правополушарные» и «левополушарные». Для определения уровня мотивации испытуемым был предложен ряд психодиагностических методик.

Результаты исследования по методике «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (рис. 1) показали, что «мотивация на неудачу» у левополушарных не наблюдается, у правополушарных составляет 4%, «мотивация на успех» у левополушарных составляет 52 %, у правополушарных – 24%. Так же выявлено, что «мотивация ближе к избеганию неудачи» у левополушарных составляет всего 4 %, у

правополушарных – 40%. Обращает внимание тот факт, что «мотивация ближе к стремлению к успеху» в 2 группах сильно не отличаются и составляют соответственно 44 и 32%.

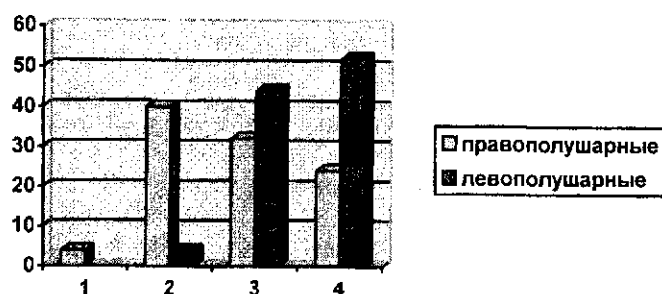


Рис. 1. Результаты исследования по методике «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (%)

Примечание. Цифрами на рисунке обозначены: 1- на неудачу, 2- ближе к избеганию неудачи, 3 – ближе к стремлению к успеху, 4 – на успех.

Для проверки достоверности вышеуказанных различий был использован дисперсионный анализ. Выявлено, что  $F_{\text{набл.}} = 12.13$ ,  $F_{\text{кр.}} = 4.04$ . Мы получили  $F_{\text{набл.}}$  больше  $F_{\text{кр.}}$ , т.е. нулевая гипотеза не подтверждается, соответственно  $M_1$  не равно  $M_2$ , что дает нам основание отвергнуть нулевую гипотезу о равенстве средних и подтверждает наше предположение о влиянии фактора профиля латеральной организации на мотивацию успеха и боязнь неудачи.

Исследователи отмечают, что дети с доминирующим правым полушарием характеризуются как целостные натуры, они открыты и непосредственны в выражении чувств, наивны, способны тонко чувствовать, переживать, генерировать страхи, тревоги, у них выражена боязнь неудачи [4,8]. Наблюдения за правополушарными учащимися показали, что при выполнении контрольных работ в школе и в режиме надомного обучения они показывают разные результаты. В школе в непривычной для них обстановке у них резко возрастает активность правого полушария, сопровождаемая нагнетанием отрицательных эмоций, беспокойством, страхами. Они с трудом выполняют виды деятельности, требующие от них, постоянного самоконтроля. В то же время в условиях надомного обучения, когда одобрение или даже инструктирование педагога снижает боязнь неудачи, у них повышается успешность выполнения задания.

Следует отметить, что основы для мотива избегания обычно закладываются под воздействием некой внешней силы. Так, ребенок с ограниченными возможностями, находящийся под постоянным контролем родителей, лишается права самостоятельно принимать решения. Поэтому в реальных условиях сталкиваясь с трудностями, он теряется, при общении со сверстниками испытывает тревогу, неуверенность. При самостоятельном освоении социальных норм и правил, часто болеющий ребенок обнаруживает нереализованную потребность в социальном соответствии. Таким образом, весь опыт общения формирует у детей с ограниченными возможностями страх неудачи.

А.Л.Сиротюк считает, что у правополушарных детей мотивы, побуждающие изучать школьные предметы, связаны со становлением личности, со стремлением к самопознанию, с желанием разобраться во взаимоотношениях людей, осознать свое положение в мире [8]. А левополушарные учащиеся делают упор на познавательные мотивы, их привлекает сам процесс усвоения знаний. Социальным мотивом для них является возможность продолжения образования. Выражена потребность в самосовершенствовании ума и волевых качеств. Между тем условия надомного обучения ставят в неравные условия лево- и правополушарных детей, больше психотравматизируют детей с доминирующим правым полушарием. В иерархии мотивов у правополушарных детей одно из ведущих мест занимает мотив избегания неудачи, в то время как у левополушарных детей – мотив на успех, и эти особенности личности детей необходимо учитывать в педагогической практике [4,8].

Таким образом, развитие личности детей с ограниченными возможностями в большинстве случаев проходит своеобразно, хотя и по тем же законам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Оптимальное развитие ребенка может проходить только при учете всех его индивидуально- психологических характеристик и подборе адекватных методов воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционно-развивающей работы возникают и нарастают явления депривации.

случае недостаточности коррекционно-развивающей работы возникают и нарастают явления депривации.

#### Литература

1. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирование личности. – М.: Смысл, 2001.
2. Божович Л.И. Изучение мотивации поведения детей и подростков. – М.: Владос, 2000.
3. Власова Т.А., Певзнер М.С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. – М., 2002.
4. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональная асимметрия человека. – М.: Медицина, 1981.
5. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2002.
6. Маркова А.К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте. – М., 1983.
7. Леонтьев В. Г. Мотивация и психологические механизмы ее формирования. – Новосибирск: Изд-во НГУ, 2002.
8. Сиротюк А. Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. – М.: Медпрактика, 2003.
9. Соколова Е.Т., Николаева В.Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SvR – Аргус, 1995.
10. Хомская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий // Вести.МГУ. – Сер.14. Психология. – 1996.