

і своїм життям. Бо він відповідає за них. Своім особистим прикладом людина повинна благотворно впливати на своє оточення. Як сказав святий Серафим Саровський, «Врятуй себе, і тоді навкруги тебе врятуються тисячі».

Аналізуючи результати проведеної роботи, ми дійшли висновку, що вона є цікавою і корисною. Ми отримали оригінальну методичку аналізу духовно-моральних якостей учнів. Як показала двадцятирічна практика, застосування нашої методики допомагає визначити серйозні проблеми дітей, що дає можливість визначити напрями подальшої індивідуальної роботи. Ця методика позитивно впливає на процес удосконалення й гармонізації особистості ліцеїстів.

Література:

1. Методика психодіагностики в спорті / В.Л.Марищук, Ю.М.Блудов і др. – М.: Просвещение, 1990. – С.137–138.
2. В поисках смысла (мудрость тысячелетий) / сост. А.Е. Мачехин. Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2004. – 912 с.

Пулінець Т. Г., Липко І. В.*

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

У статті висвітлені особливості формування рухової діяльності, емоційно-особистісної сфери дітей із дитячим церебральним паралічем (ДЦП). Увага приділяється особливостям психічного розвитку, зокрема вищих психічних функцій залежно від форми та тяжкості захворювання.

Соціальним явищем, уникнути якого не може жодне суспільство, є інвалідність. В Україні діти з інвалідністю становлять у середньому 2-3% від загальної кількості дітей. Серед причин інвалідізації дитячого населення на першому місці постають хвороби нервової системи – 18,2%, серед яких дитячий церебральний параліч (ДЦП) займає провідне місце – 2,6% [1].

В останні роки суспільство намагається створити умови для реалізації права кожної дитини на рівний доступ до якісної освіти та соціалізації. Для дітей з особливими потребами впроваджується інклюзивне навчання, коли вони здобувають знання в умовах загальноосвітнього закладу. Усе більше батьків виявляють бажання, щоб їхні діти, які мають інвалідність з приводу ДЦП, навчалися поруч із здоровими однолітками. Тому школа для таких учнів повинна стати не лише освітнім, а й корекційним закладом. Проте ніяка корекція, ніяке навчання не може бути ефективним, якщо спеціалісти навчального закладу не володіють достатньою мірою інформацією щодо захворювання дитини. Тому метою даної статті є висвітлення особливостей психофізичного розвитку дітей із ДЦП залежно від форми та тяжкості захворювання.

Над проблемою органічних уражень нервової системи, зокрема дитячого церебрального паралічу працювали і продов-

* © Пулінець Т. Г., Липко І. В.

ПСИХОЛОГІЯ

живють працювати багато навковців. Перший клінічний опис ДЦП було зроблено В. Літтлем у 1853 році. Протягом 100 років це захворювання мало назву «хвороба Літтля».

У 1958 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я був затверджений термін «дитячий церебральний параліч», запропонований свого часу З. Фрейдом.

З того часу опубліковано багато робіт із проблем ДЦП. Здебільшого це були дослідження щодо неврологічного, ортопедичного, відновлювального лікування. Однак, на початку ХХ ст. з'являються роботи, у яких звертається увага не лише на порушення рухових функцій, а й на інтелектуальний та мовленнєвий розвиток дітей із ДЦП. Так, першим, хто описав патолого-анатомічну та клінічну картину захворювання та зазначив, що при ньому страждає не лише рухова сфера, а й інтелект та мовлення, був М.Я.Брейтман.

З 60-80-х років ХХ ст. все більше уваги приділяється вивченню пізнавальних процесів і мовлення в дітей з ДЦП. Основні напрями, завдання, зміст та методи психолого-педагогічної та логопедичної корекції дітей з такою патологією висвітлюються в роботах Л.А.Данилової, М.В. Іпполітової, Е.С. Каліжнюк, І.І. Мамайчук, К.А. Семенової та інш.

У наш час ДЦП розглядається як захворювання, яке виникло внаслідок ураження головного мозку в пренатальному періоді або в періоді, коли відбувався процес формування його основних структур та механізмів [5].

Згідно з даними багатьох дослідників, вирішальна роль у виникненні ДЦП належить факторам пренатального періоду:

- стан здоров'я матері (конституція матері, соматичні, ендокринні, інфекційні захворювання, шкідливі звички, ускладнення попередньої вагітності та ін.);

- відхилення перебігу вагітності (лікування гормонами, маткова кровотеча під час вагітності, ускладнення під час попередніх пологів та ін.);

- фактори, які порушують розвиток плоду (вага менша 1500 г, неправильна позиція плоду, мала маса плаценти, вагітність строком менше 37 тижнів, виражений дефект пологів, мікроцефалія, та ін.).

До перинатальних факторів відносяться:

- асфіксія під час пологів;

- пологова травма.

На постнатальній стадії визначаються такі причини відхилень:

- травми: черепу й кісток, субдуральні гематоми;

- інфекції: менінгіт, енцефаліт, абсцес мозку;

- інтоксикації;

- киснева недостатність;

- новоутворення в мозку, гідроцефалії;

Структурні зміни в мозку в дитини із ДЦП поділяють на дві групи:

- неспецифічні зміни самих клітин;

- зміни, пов'язані з дизонтогенезом мозку.

ПСИХОЛОГІЯ

У зв'язку з тим, що термін ДЦП не може ввібрати в себе весь спектр патологічних відхилень, які виникають при цьому захворюванні, багато років ведуться пошуки і розробки оптимальної класифікації цього порушення.

У світовій літературі запропоновано більш ніж двадцять класифікацій ДЦП. Перша класифікація, розроблена З.Фрейдом, базується на клінічних критеріях захворювання. Завдяки їй були виділені типи ДЦП, що стали основою всіх наступних класифікацій.

У наш час найчастіше в практиці використовується класифікація К.А. Семенової [3], де відокремлюється п'ять основних форм ДЦП:

- подвійна геміплегія;
- спастична диплегія;
- геміпаретична форма;
- гіперкінетична форма;
- атонічно-астатична форма.

Подвійна геміплегія – найважча форма ДЦП, що виникає при значному ураженні головного мозку під час вагітності. Рухові порушення виявляються в періоді новонародженості. Захисний рефлекс відсутній, тонічні рефлекси виражені різко, ланцюгові рефлекси не розвиваються. Дитина не може навчитися самостійно сидіти, стояти, ходити. Моторика не розвинута. Психічний розвиток зазвичай знаходиться на рівні розумової відсталості помірного або тяжкого ступеню. Мова відсутня.

Спастична диплегія (синдром Літля) – найбільш поширена форма ДЦП. Вона проявляється в вигляді тетрапарезу (уражені руки й ноги), при якому нижні кінцівки уражені більшою мірою.

Ступінь мовленнєвих, психічних та рухових порушень залежить від часу та сили дії шкідливих факторів. Найчастіше спостерігається вторинна затримка психічного розвитку. У цих дітей спостерігається задовільний розвиток словесно-логічного мислення при вираженій недостатності просторового гнозису і праксису. Вони відчувають суттєві труднощі при виконанні завдань на просторове орієнтування, не можуть правильно скопіювати форму предмета, часто дзеркально зображують асиметричні фігури, насилу освоюють схему тіла і напрям. У них часто зустрічаються порушення арифметичних навичок, що виражаються в труднощах глобального сприйняття кількості, порівняння цілого і частин цілого, засвоєння складу числа, сприйняття розрядної будови числа і засвоєння арифметичних знаків. Згідно із статистичними даними, 30-35% дітей із спастичною диплегією страждають на розумову відсталість легкого ступеню. У 70% наявні мовленнєві порушення у формі дизартрії, значно рідше – в формі моторної алалії.

Що стосується рухових порушень при цій формі ДЦП, то вже в період новонародженості слабко виражені або зовсім не виникають рухові рефлекси, а ось хапальний рефлекс, навпаки, посилений.

З 2-3 років виділяють тяжкий, середній та легкий ступінь спастичної диплегії.

ПСИХОЛОГІЯ

Діти з тяжким ступенем самостійно майже не пересуваються, себе не обслуговують. У 80% таких дітей спостерігаються мовленнєві порушення, у 50-60% – затримка психічного розвитку (ЗПР), у 25-30% – розумова відсталість.

Діти із середнім ступенем рухового ураження пересуваються самостійно, але в них спостерігається порушення постави.

Мовленнєві порушення наявні у 65-75% дітей, ЗПР – у 45-55%, у 15-25% – розумова відсталість.

У дітей із легким ступенем спастичної диплегії спостерігається незграбність та повільність темпу рухів рук. Вони самостійно пересуваються, але їхня хода залишається дещо нестійкою.

Мовленнєві порушення мають 40-50% дітей, ЗПР – 20-30%, розумову відсталість – 5%.

Дитина з легкою формою спастичної диплегії може навчитися обслуговувати себе, писати, читати, рахувати; оволодіти трудовими навичками.

Геміпаретична форма ДЦП характеризується ураженням однойменних руки і ноги [4]. У 80% випадків розвивається в дитини в постнатальний період. При цій формі уражена одна сторона тіла: ліва – при правобічному ураженні мозку та права – при лівобічному.

Прояви геміпарезу формуються до 6-8 міс. життя дитини, а потім поступово нарастають. Починаючи з 2-3 років, симптоми захворювання вже не прогресують, вони стають схожими на ті, що спостерігаються в дорослих.

Розрізняють тяжкий, середній та легкий ступінь тяжкості цієї форми.

При тяжкому ступені діти починають ходити в 3-3,5 років. При цьому спостерігається грубе порушення постави, формуються сколіоз хребта та перекис тазу. Кисть, фаланги пальців, лопатка, стопа ураженої половини тіла дитини зменшені. У 25-35% дітей спостерігається розумова відсталість, у 55-60% – мовленнєві порушення, у 40-50% – судомний синдром.

При середньому ступені ураження рухової функції порушення тонусу м'язів, трофічні порушення, обмеження об'єму активних рухів менш виражені. Функція верхньої кінцівки значно порушена, але дитина може брати предмети рукою. Ходити такі малюки починають у 1,5-2,5 роки, шквильгаючи на хвору ногу. У 20-30% спостерігається ЗПР, у 15-20% – розумова відсталість, у 40-50% дітей – мовленнєві порушення, у 20-30% – судомний синдром.

При легкому ступені геміпаретичної форми ураження тонусу м'язів і трофіки незначні, об'єм активних рухів в руці збережений, але відмічається рухова незграбність. Діти починають ходити самостійно з 1р.1міс – 1р.3 міс. У 25-30% відмічається ЗПР, у 5% – розумова відсталість, у 25-30% мовленнєві порушення.

Правобічний геміпарез зустрічається частіше ніж лівобічний, сильніше уражається верхня кінцівка. У дітей з правобічним геміпарезом часто спостерігається оптико-просторова дис-

ПСИХОЛОГІЯ

графія. Оптико-просторові порушення проявляються при читанні і письмі: читання утруднене і сповільнене, тому що діти плутають схожі за зображенням букви, на письмі спостерігаються елементи дзеркальності.

У них пізніше ніж в однолітків формуються уявлення про схему тіла, вони довго не розрізняють прав і ліву руку.

Причиною гіперкінетичної форми ДЦП частіше за все є наслідки гемолітичної хвороби новонароджених, рідше – недоношеність із черепно-мозковою травмою під час пологів. У неврологічному статусі таких хворих відмічаються гіперкінези (на-в'язливі рухи), м'язова ригідність шиї, тулуба, ніг. Після народження дитини всі вроджені рухові рефлекси, а також координація дихання, ковтання в неї виявляються порушеними. Смоктальний рефлекс ослаблений. У 2-3 місяці можуть спостерігатися раптові м'язові спазми.

Затримка формування установчих рефлексів, м'язова дистонія, гіперкінези негативно впливають на формування нормальних поз і призводять до того, що дитина довго не може навчитися самостійно сидіти, ходити, стояти. Досить рідко малюк починає ходити в 2-3 роки, частіше всього самостійне пересування стає можливим в 4-7 років, а іноді лише в 9-12 років. У багатьох дітей спостерігається амімічність. Мовленнєві порушення зустрічаються в 90% хворих, ЗПР- в 50%, порушення слуху – в 25-30% дітей. У більшості дітей інтелект потенційно збережений в зв'язку з тим, що провідне місце в структурі порушень займають недостатність слухового сприйняття й гіперкінетична дизартрія, діти зазнають труднощів при виконанні завдань, які вимагають мовленнєвого оформлення, і легше виконують візуальні інструкції.

Прогноз захворювання залежить від характеру та інтенсивності гіперкінезу.

Основні типи гіперкінезів:

- хореїморфний (швидкі відривисті рухи, найбільш виражені в проксимальних відділах кінцівок);
- атетодійний (повільні червоподібні рухи, які одночасно виникають в згиначах й розгиначах та спостерігаються в дистальних відділах кінцівок).

Частіше за все гіперкінези при цій формі ДЦП поліморфні. У дітей спостерігається хореатетоз, паркінсоноподібний тремор. Прогноз при подвійному атетозі вкрай несприятливий для навчання та соціальної адаптації.

Атонічно-астатична форма ДЦП зустрічається досить рідко. Вона характеризується порушенням координації рухів, парезами. З моменту народження виявляється неспроможність вроджених рухових рефлексів, захисний і смоктальний рефлекс виражені слабо, ланцюжкові – затримуються в розвитку.

Діти починають сидіти в 1,5-2 роки, ходити – в 6 років. Мовленнєві порушення спостерігаються в 60-75% дітей, розмова відсталість, виражена частіше в легкому, рідше – в помірному ступені. Таким дітям властиві ейфорія, метушливість, розгальмованість.

ПСИХОЛОГІЯ

Найбільш часто зустрічається змішана форма ДШП. У ній поєднуються всі форми, які були висвітлені раніше (подвійна геміплегія, спастична диплегія, геміпаретична форма, гіперкінетична форма, атонічно-астатична форма).

Іноді захворювання проявляється як спастична форма, а подальше виразніше з'являються гіперкінези.

За руховим порушенням розрізняють три ступеня тяжкості ДЦП всіх форм:

- легка (фізичне порушення дозволяє пересуватися, користуватися транспортом, обслуговувати себе);
- середня (діти потребують часткової допомоги при пересуванні та обслуговуванні себе);
- тяжка (діти цілком залежать від оточуючих).

Значно ускладнює перебіг хвороби наявність у хворих гіпертензійного, гідроцефального, судомного синдромів; порушення функцій гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, яка має значну роль в адаптації хворого в зовнішньому середовищі.

Для дітей з церебральним паралічем характерні специфічні відхилення в психічному розвитку. Механізм цих порушень складний і визначається як часом, так і ступенем і локалізацією мозкового ураження. Хронологічне дозрівання психічної діяльності дітей з церебральним паралічем різко затримується. На цьому тлі виявляються різні форми порушення психіки і, насамперед, пізнавальної діяльності.

Структура порушень пізнавальної діяльності при ДШП має ряд специфічних особливостей, характерних для всіх дітей. До них відносяться:

- нерівномірний дисгармонійний характер порушень окремих психічних функцій;
- вираженість астенічних проявів – підвищена стомлюваність, виснажуваність всіх психічних процесів;
- знижений запас знань і уявлень про навколишній світ [2].

При ДШП відзначається порушення координації в діяльності різних аналізаторних систем.

Близько 25 % дітей мають порушення зорового сприйняття, пов'язані з недостатньою фіксацією погляду, порушенням плавного простежування, звуженням полів зору, зниженням гостроти зору. Часто зустрічається косоокість, двоїння в очах, птоз. Рухова недостатність заважає формуванню зорово-моторної координації. Патологія зору, слуху, м'язово-суглобового почуття істотно позначається на сприйнятті в цілому, обмежує обсяг інформації, ускладнює інтелектуальну діяльність. Рухова недостатність заважає формуванню зорово-моторної координації.

При ДЦП також має місце недостатність просторово-орієнтаційної діяльності слухового аналізатора. У 20-25% дітей спостерігається зниження слуху, особливо при гіперкінетичній формі. У таких випадках особливо характерно зниження слуху на високочастотні тони із збереженням на низькочастотні. При цьому спостерігаються характерні порушення звуковимови.

ПСИХОЛОГІЯ

Дитина, яка не чує звуків високої частоти, в мовленні пропускає їх, або замінює іншими звуками. У багатьох дітей спостерігається недорозвиток фонематичного сприйняття з порушенням диференціювання звуків, подібних за звучанням (ба-па, ва-фа). У таких випадках виникають труднощі в навчанні читання, письму. При письмі під диктовку вони роблять багато помилок. Іноді, коли немає зниження гостроти слуху, може мати місце недостатність слухової пам'яті та слухового сприйняття. У багатьох дітей підвищена чутливість до звукових подразників (діти здригаються, блимають при будь-якому несподіваному звуці), але диференційоване сприйняття звуків у них виявляється недостатнім.

При всіх формах церебрального паралічу має місце глибока затримка й порушення розвитку кінестетичного аналізатора. У багатьох дітей виражений астереогноз – неможливість або порушення впізнавання предмета на дотик, без зорового контролю.

Недостатність кінестетичного, зорового і слухового сприйняття, а також спільної їх діяльності обумовлюють перцептивні розлади у хворих.

У дітей з ДЦП значно пізніше ніж у здорових однолітків формується уявлення про провідну руку, частини обличчя та тіла. Ускладнена диференціація правої і лівої сторони тіла. Багато просторових понять (попереду, позаду, між, вгорі, внизу, далеко, близько, далі) важко засвоюються.

Діти утруднюються в розумінні прийменників і прислівників, які відображають просторові відносини (під, над, біля). Дошкільнята з церебральним паралічем з важкістю засвоюють поняття величини, недостатньо чітко сприймають форму предметів, погано диференціюють подібні форми.

У дітей із ДЦП порушений цілісний образ предметів (не можуть скласти з частин ціле – зібрати розрізну картинку, виконати конструювання за зразком з паличок або будівельного матеріалу).

Часто спостерігаються оптико-просторові порушення. У цьому випадку дітям важко копіювати геометричні фігури, малювати, писати. Також, у дітей відмічається виражена недостатність фонематичного сприйняття, стереогноза, усіх видів праксису (виконання цілеспрямованих автоматизованих рухів). У багатьох наявні порушення в формуванні розумової діяльності. У деяких дітей розвиваються переважно наочні форми мислення, в інших – навпаки, особливо страждає наочно-дійове мислення при кращому розвитку словесно-логічного.

Для дітей із церебральним паралічем характерні різноманітні розлади емоційно-вольової сфери, які проявляються в одних у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, рухової розгальмованості, в інших – у вигляді загальмованості, сором'язливості, боязкості.

Схильність до коливань настрою часто поєднується з інертністю емоційних реакцій. Так, почавши плакати або сміятися, дитина не може зупинитися. Підвищена емоційна збудливість

нерідко поєднується з плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, реакцією протесту, які посилюються в новій для дитини обстановці, а також при втомі. Іноді спостерігається радісний, піднесений, благодюшний настрій зі зниженням критики до свого стану. Порухення поведінки зустрічаються досить часто і можуть проявлятися у вигляді рухової розгалмваності, агресії, реакції протесту по відношенню до оточуючих. У деяких дітей можна спостерігати стан повної байдужості до оточуючого.

У дітей з ДЦП відзначаються такі порушення особистісного розвитку, як знижена мотивація до діяльності, страхи, пов'язані з пересуванням і спілкуванням, прагнення до обмеження соціальних контактів. Особистісна незрілість проявляється в наївності суджень, слабкій зорієнтованості в побутових і практичних питаннях життя. У дітей і підлітків легко формуються утриманські установки, нездатність і небажання щодо самостійної практичної діяльності. Виражені труднощі соціальної адаптації сприяють формуванню таких рис особи, як боязкість, сором'язливість, невміння постояти за свої інтереси. Це поєднується з підвищеною чутливістю, уразливістю, замкнутістю.

Отже, психічний розвиток дитини з церебральним паралічем характеризується порушенням формування рухової, емоційно-вольової сфер особистісної, її пізнавальної діяльності. Перед фахівцями, які працюють із цими дітьми, постає важливе завдання профілактики і корекції цих порушень.

Література:

1. Качан Т.А. Значення реабілітаційних заходів для попередження первинної інвалідності при перинатальних ураженнях ЦНС / Т.А. Качан // Матеріали науково-практичної конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів (Суми, 21-23 квітня 2010 р.) / М-во охорони здоров'я та освіти і науки; Сум. держ. ун-т та мед. інст. – Суми, 2010. – 251 с.
2. Левченко І.Ю., Приходько О. Г. Технології обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.
3. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детском церебральном параличе. – М., 1976. – 127 с.
4. Шамарин Т.Г., Белова Г.И. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. – Элиста: АПП «Джангар», 1999. – 168 с.
5. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – СПб.: Дидактика плюс, 2001. – 272 с.