

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ РУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА У РОЗВИТКУ ПІЗНАВАЛЬНОЇ СФЕРИ ТА ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ**

**Л. С. КРАВЧУК**

В Україні частота ДЦП складає 2,4-2,5 випадків, а в різних регіонах країни коливається від 2,3 до 4,5 на 1000 дитячого населення. В даний час в Україні більше 30 тисяч хворих потребують тривалої реабілітації.

У сучасній клініко-психолого-педагогічній літературі дитячі церебральні паралічі (ДЦП) розглядають як медико-біологічну проблему, в якій більше питань, ніж відповідей, і навіть у міру поглиблення наших знань в цій сфері питань не стає менше. Відомо п'ять основних груп причин всіх хвороб: біологічні, фізичні, хімічні, механічні, соціально-психологічні. Перші чотири з них можуть призводити до виникнення ДЦП. Це захворювання виникає у відповідь на різного роду ушкодження нервової системи (НС) в пре- і перинатальному періодах. Ураження НС на ранніх етапах онтогенезу в подальшому виявляється хронічною інвалідизацією дитини, внаслідок порушення здатності виконувати активні довольні рухи і зберігати вертикальну позу тіла.

ДЦП – це збірний термін, що об'єднує групу непрогресуючих станів, розладів рухів (паралічі, гіперкінези, атаксія), які можуть поєднуватися із порушеннями психіки, мови, чутливих систем, епілептичними випадками. Характеристика рухових порушень при ДЦП представлена у цілій низці досліджень зарубіжних та вітчизняних авторів – це В. Казявкін, М. Бабадегин, С. Ткаченко, О. Качмар, Т. Марцилковська, Б. Бобат. Поняття „порушення функцій опорно-рухового апарату” носить збірний характер і містить у собі рухорозлади, різні за походженням та проявами. За ступенем тяжкості порушень рухових функцій і за ступенем сформованості рухових навичок діти діляться на три групи:

- діти з важкими порушеннями: у деяких з них не сформовано пряме стояння й хода, хапання й утримання предметів, навички самообслуговування; інші пересуваються за допомогою ортопедичних пристосувань і навичками самообслуговування володіють частково;

- діти із середнім ступенем виразності рухових порушень (найбільш численна група): більша частина дітей може самостійно пересуватися на обмежену відстань, вони володіють навичками самообслуговування, які однак, недостатньо автоматизовані;

- діти з легкими руховими порушеннями: вони ходять самостійно, упевнено себе почувають й у приміщенні, і на вулиці; навички самообслуговування сформовані, але разом з тим можуть спостерігатися патологічні пози, порушення ходи, насильницькі рухи й ін.

Рухові функції людини регулюються багатьма рівнями нервової системи: корою великого мозку, підкірковими вузлами, мозковим стовбуром, мозочком, спинним мозком.

Всі рухи розділені на довольні (цілеспрямовані) і мимовільні (автоматизовані). Довольні рухи інтегруються пірамідною системою, мимовільні – екстрапірамідною системою й мозочком. За допомогою пірамідної системи виробляються індивідуальні соціально-побутові й професійні рухові навички.

Пірамідна система відіграє особливу роль у забезпеченні найбільш „людських” рухових функцій, таких, як прямоходіння, тонкі рухи пальців рук, мовний акт. Екстрапірамідна система регулює мимовільні рухи, а мозочок – рівновагу тіла, координацію рухів і м'язовий тонус. У рухову зону кори постійно надходять сигнали від шкірно-м'язового, зорового, слухового й вестибулярного аналізаторів, що необхідно для створення просторової матриці руху.

Погоджена діяльність всіх цих систем робить кожен рух людини розмірним, плавним, точним, підтримує нормальну моторну активність. ДЦП – це група рухових порушень, що виникають при ураженні рухових систем головного мозку й проявляються в недостатньому або відсутньому контролі з боку ЦНС за функціонуванням м'язів.

При ДЦП різко порушена взаємодія між руховими й сенсорними системами, між ланками самої рухової системи, між системами регуляції довольних і мимовільних рухів. ДЦП характеризується порушенням вищих коркових функцій, ознаками ураження пірамідних шляхів і підкіркових (базальних) ядер. У становленні функцій нервової системи при нормальному розвитку мозку спостерігається послідовність і постійність. У здорової дитини послідовність дозрівання мозкових систем, керуючих рухом, визначає етапність у розвитку рухів, коли на зміну одним елементарним руховим формам приходять інші, більш складні. Наприклад, для розвитку функції сидіння дитина повинна навчитися

втримувати голову, уміти випрямляти спину, зберігати рівновагу й утримувати позу. У дитини із ДЦП послідовність і темп дозрівання рухових функцій порушені.

Специфіка рухового розвитку дитини із ДЦП складається насамперед у примітивних вроджених рефлекторних форм рухової активності, не характерних для даного віку дитини. При нормальному розвитку ці рефлекси проявляються в перші місяці життя. У нормі до 3 місяців вони вже практично не проявляються, їх своєчасне згасання створює сприятливу основу для розвитку мимовільних рухів. Наприклад, хватальний рефлекс спричиняється дотиком до долоні, приводить до реакції схоплювання. Рефлекс відштовхування (повзання) спричиняється дотиком до підшов'яків ніг, що тягне реакцію відштовхування. Рухи, властиві цим рефлексам, надалі згасають. Хватальні рухи й перцептивна поведінка розвиваються не на основі рефлексу. Хватальний рефлекс згасає раніше, ніж починає складатися хапання як довільний руховий акт. Рефлекс повзання також не є вихідним для розвитку самостійного пересування. Справжнє повзання починається не з відштовхування ногами, а з рухів рук: дитина тягнеться до предмета, що зацікавив її, „переступає” руками й просувається вперед. Довільне хапання й повзання починають формуватися не в період новонародженості, а значно пізніше – при взаємодії дитини з дорослим. Збереження цих рефлексів істотно гальмує формування довільної моторики. Прояв цих і подібних цим рефлексів у другому півріччі першого року життя є симптомом ризику ураження рухових зон кори головного мозку. У дітей із ДЦП вроджені безумовні рефлекси не згасають, дія патологічних рефлексів на першому році життя звичайно підсилюється і у подальші роки залишається стійкою, що ускладнює і затримує формування довільних рухових актів.

Звідси друга специфічна особливість – затримка формування основних моторних функцій. Для дітей із ДЦП характерне сильне відставання у розвитку рухових функцій. Наприклад, здорова дитина до 3 місяців уже впевнено тримає голову у вертикальному положенні. Діти із ДЦП опановують цю функцію набагато пізніше – в середньому у 3-5 років. Істотно затримується становлення таких рухових актів, як повороти зі спини на бік, зі спини на живіт, з живота на спину.

Поза сидіння в нормі формується до 7-9 місяців. У дітей із ДЦП таке положення тіла опановується приблизно у 2-3 роки. Повзання, як досить складний моторний акт, що вимагає координації рухів рук і ніг, формується у дітей із ДЦП також зі значним запізненням.

Прямостояння у здорових дітей розвивається до 9-10 місяців. Багато хто з дітей із ДЦП опановують вертикальне статичне положення лише в дошкільному-шкільному віці. З особливою складністю ця функція формується у дітей з атонічно-астатичною формою ДЦП. Ходьба – це не тільки новий етап у моторному розвитку, але й розширення пізнавальних об'єктів. У нормі ходьба як руховий акт починає формуватися з 1 року.

Лише половина дошкільників з ДЦП опановує ходьбу до 4 років. Інші діти опановують її в наступні роки життя або не опановують зовсім. Ще більш відстроченим у часі від вікових нормативів виявляється формування складних моторних актів, тонких і диференційованих рухів, які необхідні для самообслуговування, здійснення предметно-ігрової, образотворчої, навчальної й трудової діяльності.

Іноді створюється видимість збільшення захворювання з віком. Однак ДЦП є непрогресуючим неврологічним захворюванням. Ілюзія поточного патологічного процесу виникає у зв'язку із все більшою невідповідністю між руховими можливостями дитини і зростаючими вимогами, пропонованими для зростаючого організму.

Виділення системи сегментів реабілітаційного простору проведено вченими Інституту корекційної педагогіки та психології НДУ ім. М.П. Драгоманова на основі ґрунтовного дослідження феномену реабілітації в Україні, проведеного протягом останніх десяти років. Визначення означених вище сегментів обумовлено методологічними основами спеціальної педагогіки В. Бондар, І. Єременко, В. Лебединський, М. Певзнер, В. Синьов, Н. Стадненко, В. Тарасун, В. Турчинська, М. Шеремет, А. Шевцов проводить роботу у формі курсів удосконалення працівників соціально-реабілітаційних центрів, які запрошуюються з усієї України [5, 6].

На нашу думку повинно бути модним і престижним допомагати тим, хто потребує спеціальної освіти та виховання, їм близьким та рідним, цікавиться як відбувається відновлення втрачених функцій мозку, працювати над винаходами, шукати нові шляхи компенсації та корекції основного інтелектуального, сенсорного, фізичного, афективного, мовленнєвого порушення [6].

Дослідження проведено в Хмельницькому інституті соціальних технологій ВНЗ „Відкритий міжнародний університет розвитку людини „Україна”.

Завершальним етапом навчальної діяльності студентів з інвалідністю є система спеціальної та професійної освіти для людей з вадами здоров'я. У Хмельницькому регіоні у 1999 році створено потужний вищий навчальний заклад для осіб з функціональними порушеннями та обмеженнями життєдіяльності. Навчання в Хмельницькому інституті соціальних технологій носить інтегрований, корекційно-відновлювальний характер і спрямоване на подолання відхилень у фізичному розвитку, пізнавальній діяльності, професійному зростанні.

Корекційно-педагогічна робота навчальної діяльності носить наскрізний характер, тому що реабілітація дітей з інвалідністю починається у сім'ї, дошкільних навчальних закладах а завершальним

етапом є здобуття професійної освіти. Наскрізний аналіз індивідуальних програм реабілітації дітей а теперішніх студентів дав зробити висновки про те, що при визначенні специфіки корекційно-педагогічного процесу враховується не тільки характер дефекту, але і вік студента його психофізіологічні особливості. Відомо, що ранній початок корекційної роботи дозволяє досягнути відчутних позитивних результатів, так як функціональні системи мозку знаходяться в стадії формування. В зв'язку з цим існує можливість оптимальної компенсації порушення за рахунок активізації збережених ланок і формування обхідних шляхів [5]. Аналіз медико-психолого-педагогічної роботи в спеціальних дошкільних закладах для дітей з ДЦП (спеціалізованої ЗОШ №8 м. Хмельницького) здійснюється за такими напрямками:

- стимуляція рухової активності;
- розвиток функціональних можливостей кистей рук;
- формування навичок самообслуговування;
- формування конструктивних і зображувальних навичок;
- розвиток мовлення і корекція мовленнєвих розладів;
- розвиток пізнавальної діяльності;
- формування гри.

Необхідно зазначити, що особлива увага приділяється формуванню рухових умінь і навичок, а також навичок самообслуговування, так як здатність до самостійного пересування і самообслуговування визначає можливість подальшого перебування дошкільника в школі. Робота обов'язково включає розвиток маніпулятивної діяльності кисті рук. При цьому використовується поетапне формування, яке починається з простих рухів, що призводить до поступового оволодіння більш складними діями. Подальше їхнє відпрацювання і закріплення здійснюється в процесі ігрової діяльності, занять з фізичного виховання, при виконанні режимних моментів.

Необхідною умовою виконання будь-якого завдання є включення в процес роботи ураженої частини тіла [5]. Важливим при цьому є залучення батьків, які відпрацьовують і закріплюють набуті навички в домашніх умовах. Це забезпечує необхідну ефективність і прискорює процес формування та корекції.

Враховуючи специфіку розвитку пізнавальної діяльності дітей з ДЦП, корекційно-розвивальна робота здійснюється за такими напрямками: ознайомлення з навколишнім світом, розвиток просторових і часових уявлень, ігрової діяльності, пам'яті, уваги, мислення, розвиток сенсорних функцій. В зв'язку з тим, що у дошкільному віці основним видом діяльності є гра, їй приділяється велика увага. В процесі гри тренують і закріплюють набуті уміння і навички. Навчання гри проводиться з усіма дошкільниками, незалежно від ступеня дефекту, в вигляді фронтальних і підгрупових занять. В залежності від психофізичного рівня сформованості визначається зміст гри, її тематика і форми проведення.

Значну увагу в комплексі реабілітаційних заходів приділяють лікувальній фізкультурі і масажу, які є обов'язковими методами корекційно-відновлювального впливу [1, 3, 4]. Відповідно стану дитини і клініки дефекту призначаються різні види масажу. Під час занять лікувальною гімнастикою нормалізуються біохімічні процеси в нервово-м'язовому апараті, збільшується рухливість суглобів, нормалізується м'язовий тонус, покращується координація, збільшується об'єм рухів [3].

Одним із ключових чинників, який значною мірою визначає ефективність корекційно-реабілітаційного процесу є підтримка сім'ї [2]. Соціологічні дослідження сімей, в яких виховуються діти з порушеннями опорно-рухового апарату показують, що батьки залишаються один на один зі своїми проблемами, вони не знають про права своєї дитини, про роль дошкільного виховання, про ефективність та напрями консультативної, діагностичної, психолого-педагогічної допомоги [1]. В зв'язку з цим, система спеціального навчання і виховання передбачає роботу з сім'єю. Важливим завданням являється визначення ролі сім'ї в вихованні і навчанні за умови наявної патології, проводиться робота з формування оптимістичних установок у батьків по відношенню до своєї дитини. Здійснюється психологічна підготовка до співробітництва з педагогами, психологом, лікарями та іншими спеціалістами. З батьками проводяться збори, індивідуальні і групові бесіди, співбесіди, семінари, психолого-педагогічні консультації.

Корекційно-педагогічний процес у навчальному закладі побудований з урахуванням специфіки дефекту і пов'язаних з ним особливостей розвитку підлітків. При усій різноманітності вроджених і рано набутих порушень опорно-рухового апарату спостерігається подібність проблем. Це відхилення в розвитку сенсомоторних функцій, що пов'язано як з органічними ураженнями нервової системи, так і з обмеженими можливостями пізнання оточуючого світу, внаслідок моторної недостатності. Це патологія розвитку мовлення, яка має органічну природу і загострюється дефіцитом спілкування. Це емоційна лабільність, що супроводжує хронічні захворювання, психологічна пасивність, що виникає внаслідок гіперопіки в сім'ї.

Таким чином, підсумовуючи особливості корекційно-педагогічного супроводу навчальної діяльності студентів з ДЦП, можна зробити висновок, що система роботи здійснюється за такими загальними принципами: компенсації, що передбачає проведення роботи відповідними спеціалістами;

взаємозв'язок кожного спеціаліста з урахуванням напрямку діяльності інших працівників; поєднання індивідуального підходу з груповими формами роботи; щоденного обліку психофізичного стану підлітка при визначенні об'єму і характеру знань; пріоритетного формування якостей особистості, необхідних для успішної соціалізації та професійної реалізації особистості[6].

Корекційно-розвивальна робота з підлітками ДЦП – процес тривалий і багатогранний, але за умови правильного навчання і виховання в дитинстві, багато осіб, незважаючи на тяжкі вади, живуть активним, незалежним життям, навчаються в ВНЗ, професійно адаптуються. З урахуванням тенденцій розвитку освітньої інтегрованої системи всезростаючу роль відіграють процеси створення умов для інтегрованого навчання. Здобуття професійної освіти випускників з інвалідністю нашого закладу дає право зробити висновок, про високий рівень ефективності соціальної адаптації та інтеграції у суспільство на ринку праці.

#### Список використаних джерел:

1. Гусейнова А. А. Основные направления медико-психолого-педагогической помощи дошкольникам с тяжелыми двигательными нарушениями в условиях реабилитационного центра // Коррекционная педагогика. – №1. – 2004. – С. 21-27.
2. Даниелс Е., Стаффорд К. Залучення дітей з особливими потребами до системи загальноосвітніх класів. – Львів: Надія, 2000. – 256 с.
3. Кулеш Н. С. Современный подход к восстановительному лечению детского церебрального паралича // Коррекционная педагогика. – №1. – 2004. – С. 6-11.
4. Николаенко В. И. Организация и содержание обучения и воспитания детей с тяжелыми двигательными нарушениями в условиях специальной школы-интерната // Коррекционная педагогика. – №1. – 2004. – С. 11-21.
5. Синьов В.М., Коберник Г. М. Основи дефектології: навч. посібник. – Київ: Вища шк., 1994. – 143 с.
6. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології: монографія. Київ: „МП Леся”, 2009. – 483 с.
7. Шипицина Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. – Санкт-Петербург: Дидактика Плюс, 2001. – 272 с.
8. Шульженко Д. І. Корекційні аспекти роботи психопедагога в реабілітаційному просторі України. – URL: [http://shodinki.at.ua/publ/materiali\\_dshulzhenko/2-1-0-32](http://shodinki.at.ua/publ/materiali_dshulzhenko/2-1-0-32).