

УДК

Грицюк Ірина Михайлівна
ст. викладач кафедри медичної психології
та психодіагностики Східноєвропейський
національний університет ім. Лесі Українки

Особливості розвитку дитини з дитячим церебральним паралічем

Дана стаття присвячена проблемам розв'язання практичних задач по вдосконаленню особистісного та інтелектуального розвитку осіб з обмеженими фізичними можливостями.

Ключові слова: зони мозку, інтелектуальний розвиток, клініко-психологічний аналіз, структура інтелектуального дефекту, аферентна імпульсація.

Данная статья посвящена проблемам разъяснения практических задач по усовершенствованию личностного и интеллектуального развития лиц с ограниченными физическими возможностями.

Ключевые слова: зоны мозга, интеллектуальное развитие, клинико-психологический анализ, структура интеллектуального дефекта, афферентная импульсация.

This article is devoted the problems of rozvyazannya of practical tasks on perfection of personality and intellectual development of persons with the limited physical possibilities.

Keywords: areas of brain, intellectual development, kliniko-psychological analysis, structure of intellectual defect, eisodic impulsaciya.

На сьогоднішній день існує велика кількість методів, що дозволяють розкривати принципи діяльності головного мозку. Нові техніки сканування живого мозку та отримання його зображень дозволяють вивчати активність головного мозку і описувати зміни, що відбуваються в клітинах мозку при різноманітних ураженнях.

Розкриття генетичного коду людини дало змогу виділити гени, від яких залежить інтелект і темперамент, а також гени, які можуть призвести до

хвороб мозку. Складні методи дослідження зв'язків між клітинами мозку, виявили, що в мозку дорослих людей є клітини, що дозволяють генерувати необмежену кількість нейронів. Тепер дослідникам відомо не лише те, як саме мозок кодує інформацію, заносючи її в пам'ять на молекулярному рівні, але й мають можливості управляти даним процесом. На знімках, що були зроблені за допомогою позитронної емісійної томографії (ПЕТ), були виділені не лише зони мозку, які активуються під час прослуховування пісень, а й ті зони, які активуються (і, що дуже важливо, не активуються) під час медитацій та релігійних обрядів [2, с.7].

Саме важливе, на що необхідно звернути увагу, це важливість більш раннього виявлення відставання дитини з фізичними вадами в інтелектуальному розвитку. Найбільш оптимальним віком для цього є дошкільне дитинство, коли дитина володіє високим рівнем чутливості та пластичності нервової системи, високим рівнем компенсаторних можливостей і особливо піддається психологічній корекційній допомозі.

Для розвитку мозку дитини дуже важливими є перші три роки життя. Якщо дитина не буде розвиватись протягом цих років, то вона може втратити деякі можливості в розвитку. Мозок маленької дитини постійно шукає шляхи для саморозвитку. Відсутність турботи про особистісний та інтелектуальний розвиток дитини може значно знизити потік інформації, яка необхідна дитині, щоб її мозок розвивався нормально. Крім того, відсутність батьківської турботи може позбавити дитину впевненості в собі, що необхідна для вирішення подальших завдань. Результатом поганого ставлення є проблеми з пізнавальними здібностями, а також схильність до депресії в майбутньому [2,с.45].

В той же час швидкі темпи розвитку дитини в перед дошкільному та дошкільному віці, а також відсутність будь-яких вимог зі сторони батьків та вихователів можуть залишити без уваги різноманітні відхилення дитини від нормального розвитку. А уже школа стає тим індикатором, який демонструє усі проблеми в інтелектуальному розвитку дитини. В такому випадку

первинні порушення інтелекту дитини супроводжуються появою вторинних — деформація особистості, поява різноманітних психосоматичних та психоневрологічних патологій, швидка втрата інтересу до процесу навчання. В такій ситуації страждають не лише діти, але і їх батьки [3, с.5].

На думку І. М. Ільїної найоптимальнішим методом, що дозволяє не лише кількісно, але й якісно оцінити рівень інтелекту є метод клініко-психологічного аналізу. Цей метод розглядається як інтенсивне вивчення окремого випадку і дозволяє достатньо об'єктивно диференціювати нормальний та з відхиленням інтелектуальний розвиток дитини.

Узагальнення досвіду таких вчених як Л. С. Виготського, Б. В. Зейгарнік, А. Р. Лурії та ін. дозволило включити в клініко-психологічний метод комплексне дослідження дитини з використанням таких методів, як бесіда, спостереження, аналіз аналітичних даних, психометричні тести, що поднують в собі кількісний і якісний аналіз отриманих даних [3, с.7].

Комплексний клініко-психологічний метод дозволяє не лише визначити рівень інтелектуального розвитку дитини відносно вікового нормативу, але й зрозуміти, якими шляхами дитина прийшла до данного результату, який її потенціал, якими є її динамічні характеристики, «зона найближчого розвитку», швидкість навчання, мотивація, особливості особистості.

Стадії інтелектуального розвитку, згідно з Піаже, можна розглядати як стадії психічного розвитку в цілому. Якщо розглядати дітей з обмеженими можливостями, то слід враховувати, що дитина не проходить ці стадії чітко по календарю; зміни відбуваються поступово в різний час з врахуванням індивідуальних особливостей дитини.

Ряд таких російських вчених як, С. П. Дуванова, Н. Б. Трофімова, Н. М. Трофімова, Т. Ф. Пушкіна виділили особливості структури інтелектуального дефекту при ДЦП:

1. Нерівномірно знижений запас відомостей та уявлень про навколишній світ. Що обумовлено декількома причинами, а саме вимушеною ізоляцією, обмеженням контактів дитини з однолітками й дорослими людьми у зв'язку із відсутністю або труднощами пересування; утруднення пізнання навколишнього світу в процесі предметно-практичної діяльності, пов'язане із проявом рухових розладів; порушення сенсорних функцій.

2. Нерівномірний, дисгармонійний характер інтелектуальної недостатності, тобто порушення одних інтелектуальних функцій, затримка розвитку інших і збереження третіх. Мозаїчний характер розвитку психіки пов'язаний з раннім органічним ураженням мозку на ранніх етапах його розвитку. Несформованість вищих коркових функцій є важливою ланкою порушень пізнавальної діяльності при ДЦП. У деяких дітей розвиваються переважно наочні форми мислення, в інших, навпаки, особливо страждає наочно-дійове мислення при кращому розвитку словесно-логічного.

3. Виразність психоорганічних проявів — сповільненість, виснаженість психічних процесів, труднощі переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, зниження обсягу механічної пам'яті. Велика кількість дітей відрізняється низькою пізнавальною активністю, що проявляється у відсутності інтересу до завдань, слабкій зосередженості, повільності й зниженої переключаємості психічних процесів. Низька розумова працездатність частково пов'язана із церебраленічним синдромом, що характеризується швидко наростаючим стомленням при виконанні інтелектуальних завдань. Найбільше чітко воно проявляється в шкільному віці при різних інтелектуальних навантаженнях [7].

Для дітей із церебральним паралічем характерні також розлади емоційно-вольової сфери. Емоційні розлади при різних формах ДЦП проявляються по-різному. На думку, Е. С. Калижнюк та В. В. Ковальова, це можуть бути важкі негроподібні порушення та психопатоподібні порушення на фоні органічного ураження ЦНС, які нерідко проявляються при спастичній диплегії та геміпаретичній формі ДЦП. Також І. І. Мамайчук

зазначає, що у дітей та підлітків із ДЦП можуть спостерігатися емоційні розлади у зв'язку з наявністю фізичного дефекту, вихованням по типу гіперопіки чи ранньої соціальної та психічної деривації [1.]. Як зазначають С. П. Дуванова, Н. Б. Трофімова та інші вчені, емоційні розлади у одних дітей проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, руховому розгальмуванні, 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 із плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, реакцією протесту, які підсилюються в новій для дитини обстановці та при стомленні. Іноді відзначається радісний, піднятий настрій зі зниженням критики (ейфорія) [7].

У дітей з церебральним паралічем своєрідна структура особистості. Достатній інтелектуальний розвиток часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Вчені О. М. Мастюкова та К. О. Семенова вважають, що найбільш характерною особливістю особистості дитини з церебральним паралічем є риси своєрідного психічного інфантилізму.

Досліджуючи особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем О. В. Романенко виявила, що своєрідність формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем обумовлена особливостями взаємодії трьох основних факторів: по-перше, біологічним чинником, оскільки при дитячому церебральному паралічі порушується інтеграція сенсорної інформації, що поступає ззовні та зсередини та інтерпретується мозком. Це стає перешкодою при формуванні різного виду уявлень, що складають Я-образ особистості. По-друге, функціональним чинником, що визначається мірою дефіцитарності рухової сфери, обмеженістю можливостей хворої дитини до активного пізнання оточуючого світу та її взаємодії з нею. По-третє, соціальним чинником, що поєднує в собі

як психотравмуючий характер спілкування з соціумом, так і особливості реагування на свій фізичний дефект, його суб'єктивну значущість для дитини.

У ході дослідження вона дійшла висновку, що у школярів з церебральним паралічем відмічається більш низький ступінь розвитку когнітивного компоненту Я-образу порівняно зі здоровими однолітками. Це проявляється у сповільненій динаміці формування понять, що складають Я-образ особистості, у неадекватності їх розуміння, слабкій узагальненості та диференційованості. Причинами когнітивної спрощеності Я-образу є як недостатність умов для повноцінного розвитку внаслідок рухового дефекту, так і захисно-компенсаторне витіснення травмуючого для особистості усвідомлення власних якостей [5].

Нерідко для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату характерна слабка пізнавальна активність, яка частково обумовлена недостатністю комунікаційних функцій. Особливо гостро постає ця проблема в підлітковому віці, оскільки фізичні та мовленнєві дефекти перешкоджають підлітку з обмеженими можливостями повноцінно спілкуватися з однолітками. На думку Т. Скрипник, у розвитку особистості дитини з обмеженими можливостями є два типи перешкод. Перший тип — це певні фізичні, фізіологічні чи психічні розлади дитини, другий — вторинні явища, такі як власна неповноцінність, відчуженість [4].

Як відомо, еволюційно найбільш молодим утворенням головного мозку людини є кора великих півкуль. Права півкуля — «художнє, емоційне» — бере участь у розпізнаванні зорових, музичних образів, форми і структури предметів, в усвідомленій орієнтації в просторі. Ліва півкуля визначається як «мислительне, логічне», і відповідає за регуляцію усної мови, письма, рахунку та логічного мислення. Об'єднуючу роль в діяльності обох півкуль відіграють функції руки.

Розглядаючи клінічну картину, яка спостерігається при дитячому церебральному паралічі, дослідники відмічають взаємозалежність психічної

та фізичної сфер розвитку дитини. Порушення однієї з цих сфер призводять до значних порушень інших.

Зокрема, ще І. Сеченов говорив про важливість аферентної імпульсації в розвитку центральної нервової системи. На думку К. Семенової, морфо-функціональний розвиток головного мозку в пре - та пост - натальному онтогенезі відбувається під впливом поступаючої аферентації. Апарат пропріоцептивної аферентації, що подає сигнали майже у всі відділи центральної нервової системи, визначає найбільш складні форми інтеграції іннерваційних відносин. Відповідно можливості становлення моторики дитини при перинатальній патології центральної нервової системи чи порушеннях на ранніх етапах постнатального онтогенезу, коли провідні шляхи та центри мозку ще є незрілими: розвиток мозку в період внутріутробного життя, відбувається під впливом мультифакторної аферентації із суглобно-м'язового апарату, що займає основне місце в процесах організації розвитку [6, с.15].

В постнатальному онтогенезі подальший розвиток мозку стимулюється та визначається тією ж мультифакторіальною аферентацією від різних аналізаторських систем, при цьому імпульсація з суглобно-м'язового апарату має тонусогенне значення і визначає можливості подальшого розвитку моторики. Розвиток рухової системи відбувається в процесі самого рухового акту. Тому пропріоцептивна імпульсація є одним з елементів розвитку головного мозку [6].

Для розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем дуже важливо розвивати три компоненти, і перший — це рух. При ДЦП порушення рухових функцій первинно і являє собою своєрідне відхилення моторного розвитку, яке без відповідної корекції справляє негативний вплив на весь хід формування нервово-психічних функцій. Ураження центральної нервової системи при ДЦП порушує роботу м'язових схем довільних рухів, що і визначає одну з основних труднощів становлення рухових навичок, а значить позначається на виконанні самих елементарних вправ.

Другий компонент — це музика. З одного боку, вона формує почуття прекрасного, піднімає емоційний настрій, підвищує мотивацію навчання. З іншого — найважливішими виразними засобами музики служать ритм і темп, дотримання яких вкрай важко для дітей з ДЦП. Різні порушення м'язового тону (спастичність, регідність, гіпотонія, дистонія), наявність гіперкінезів, тремору, синкінезії не дають можливості виконувати рухи в заданих ритмі і темпі. У той же час спроби витримати їх можуть швидко втомити дитину.

Нещодавні дослідження німецьких нейробіологів, показали що мовні центри в лівій півкулі мозку використовуються для аналізу послідовності акордів навіть у людей без музичної освіти. Деяка музика здатна привести мозок в стан найоптимальніший для навчання. Різні стилі музики по різному впливають на стан мозку, настрої та мислення. Класична музика, зокрема сонати Моцарта, здійснюють позитивний вплив на просторово-часовий тип мислення, а також музика покращує пам'ять, заспокоює [2, с.258].

Третій компонент — це мова. У роботах вітчизняних і зарубіжних дослідників зазначається, що при ДЦП поряд з порушеннями опорно-рухового апарату відзначаються різноманітні мовні порушення (дизартрії, анартрія, заїкання). Для дітей з ДЦП характерні різні форми мовного дизонтогенеза, що проявляються у вигляді як оборотних порушень (затримка домовного і мовного розвитку), так і більш стійких системних розладів. Тому завдання, що включають мовний матеріал, повинні бути індивідуальними.

Даних протиріч можна уникнути, якщо доцільно використовувати кожний з компонентів. Виявлені порушення визначають не тільки актуальність їх вивчення, але і необхідність зміни ряду принципів вимог до методів логоритмічних робіт з такими дітьми.

Мета застосування та розвитку, названих вище компонентів, для дітей з ДЦП полягає в максимальному всебічному розвитку дитини відповідно до її можливостей і відповідної адаптації до соціального середовища. Для досягнення цієї мети необхідно вирішити наступні завдання:

- Сприяти оволодінню певними видами рухово-моторної діяльності, зміцненню кістково-м'язової системи;
- Виправляти мовленнєві порушення (мовне дихання, оральний праксис, просодика, фонематичний слух, звуковимова);
- Розширювати і збагачувати словниковий запас, формувати зв'язне мовлення, її граматичний лад;
- Розвивати психічні функції (зорове слухове сприйняття, пам'ять, увага);
- Формувати навички орієнтування в просторі;
- Здійснювати естетичний і моральний розвиток, використовуючи методичні прийоми навчання та організацію середовища (дидактичні посібники, музичний супровід та ін);
- Активізувати потенційні творчі здібності, спонукаючи дітей до ініціативи, імпровізації та ін.

Формувати базу соціалізації за допомогою вправ, що імітують побутові дії, обігравання сценок з життя і т.д.[8]

Для роботи з дітьми з особливими потребами пропонують включати такі вправи для розвитку мовлення та моторики: гра «Сонечко», «Помічники», «Діти вмиваються» та багато інших.

Таким чином, можна зробити висновок, що дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що веде не тільки до рухових порушень, але і визиває затримку чи патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху, зору і таке інше. У дітей з церебральним паралічем достатній інтелектуальний розвиток часто супроводжується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Усе це свідчить про своєрідний дисгармонійний психічний розвиток дитини з ДЦП [4].

Психологічна наука набуває інноваційного характеру, і може допомогти дитині з ДЦП бути готовим до нового типу життя, налаштувати

дитину та сім'ю, в якій вона виховується на динамічний розвиток та самовдосконалення.

Список літератури

1. Бочелюк В.Й., Турубарова А.В. Психологія людини з обмеженими можливостями: [Навч. посіб.] / В.Й.Бочелюк, А.В. Турубарова. — К.: Центр учбової літератури, 2011.— 264с.

2. Гамон Девид, Брегдон Аллен Д. Как развить умственные способности, память и внимание / Девид Гамон, Аллен Д.Брегдон. — Харьков: Клуб семейного досуга, 2010.— 317с.

3. Ильина И.М. Психологическая оценка интеллекта у детей / И.М. Ильина.— СПб.: Питер, 2006. — 368 с.

4. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: [науково-методичний збірник] / Ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. — К.: Контекст, 2000.— 336с.

5. Романенко О.В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем: Автореф. дис.. канд. психол. наук: 19.00.08/ О.В. Романенко/ Ін-т спеціальної педагогіки АПН України. — К., 2003.— 2003. — 18с.

6. Смолянинов А., Ванчова А. Рука-мозг / А. Смолянинов, А. Ванчова. —К.: «EPSYNEL», 2011— 109с.

7. Трофимова Н.М., Дуванова С.П., Трофимова Н.Б., Пушкина Т.Ф. Основы специальной педагогики и психологии /Н.М.Трофимова, С.П. Дуванова, Н.Б. Трофимова, Т.Ф. Пушкина. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с.

8. Жигорева М.В. Організація логоритмічних занять з дітьми, що страждають дитячим церебральним паралічем[Електронний ресурс] / М.В Жигорева// МГПОУ ім. М.А. Шолохова.—М., 2012.— Режим доступу: <http://inclusive.ostriv.in.ua/publication/code-4E74C00B50517/list-291552A0F27>
www.logoped-sfera.ru.