

6. Питання проблемного навчання. К.: Рад. школа, 1978. 126 с.
7. Психологическая диагностика: Проблемы и исследования: под ред. К. М. Гуревича. М.: Педагогика. 1981. 118 с.
8. Теоретико-методологічні засади та технології інклюзії у ЗВО. Досвід Університету «Україна»: кол. моногр. Таланчук П.М., Чайковський М.Є. та ін.; за наук. ред. П.М. Таланчука. К.: Університет «Україна», 2018. 481 с.
9. Шевцов А.Г. Ваши первые шаги в университете: метод. посіб. для прешокурсн. А.Г. Шевцов, О.В. Бажан. Київ: Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна», 2001. 23 с.
10. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології: монографія. К.: «МП Леся», 2009. 483 с.

УДК 159.97(072)

Афузова Ганна,

кандидат психологічних наук, доцент
кафедри спеціальної психології та медицини,
факультет спеціальної та інклюзивної освіти,
Національний педагогічний університет імені
М.П. Драгоманова
(Київ, Україна)

ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ ПРИ ДЕФІЦИТАРНОМУ РОЗВИТКУ (НА ПРИКЛАДІ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ) ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА

У сучасному світі не втрачає актуальності проблема збільшення кількості дітей з інвалідністю. Так, за даними різних науковців у 60% випадків дитяча неврологічна інвалідність пов'язана з патологією перинатального періоду, при цьому 24% складають пацієнти з дитячим церебральним паралічем (ДЦП); захворюваність ДЦП відзначається в межах 2,9-5 (в середньому 2,5) на 1000 дітей [4, 6]. У дітей з ДЦП резидуально-органічна церебральна недостатність мозку може бути основою для розвитку когнітивної патології, психогенних реакцій, а також патологічних формувань особистості зважаючи на вплив несприятливих психосоціальних впливів, обумовлених порушеннями психофізичного розвитку [3, 4]. На основі аналізу наукових досліджень Немкової С., Заваденко Н., Маслової О., Каліжнюк Е., Козьявкіна В., Шестопалової Л., Ito J., Araki A., Tanaka H., Tasaki T., Cho K., Савіної М., Холина А., Каркашадзе Г., Левченко І., Мастюкової О., Кириченко О. та інших науковців можна зробити висновок, що, крім межових психічних розладів, при ДЦП часто має місце і формування патологічних властивостей особистості за дефіцитарним типом, коли на грубу органічну патологію неминуче нашаровується психотравмуючий вплив соціальних чинників, обумовлених інвалідизацією дітей: обмежене спілкування та неприйняття з боку нейротипових однолітків, надмірна негативна увага з боку оточуючих, явища госпіталізму, особистісно деструктивні виховні впливи, сенсорна депривація при поєднанні рухового порушення з порушеннями зору / слуху, неуспішність у провідному виді діяльності тощо [1, 4, 5].

Як зазначає Каліжнюк Е., у дітей з ДЦП в зв'язку з переживанням почуття меншовартості виникають психогенні реакції, які в разі гіперкомпенсації формуються в двох напрямках: пасивно-оборонному і агресивно-захисному [1]. Психогенні зміни особистості більш чітко виражені у підлітковому та юнацькому віці, і часто переважають над психоорганічними

розладами, які в процесі вікової динаміки і лікування можуть піддаватися зворотному розвитку. В цілому психогенне патологічне формування особистості найчастіше спостерігається у дітей зі спастичною диплегією, рідше – при інших клінічних формах ДЦП, проте наявність у клінічній картині інших додаткових сенсорних порушень (порушень зору, слуху) є сприятливим підґрунтям для появи психогеній [4].

При вивченні основних особистісних особливостей дітей і підлітків з ДЦП з допомогою дитячого варіанту особистісного опитувальника Кеттелла Козявкіним В. та Шестопаловою Л. було виявлено, що домінуючими особистісними рисами цих дітей були підвищена тривожність, невпевненість в собі, схильність до постійних сумнівів і побоювань, почуття постійної напруженості, загальної дратівливості, незадоволеності собою і оточуючими, почуття підвищеної відповідальності і контролю. При цьому вони виявляли емоційну неврівноваженість, підвищену психологічну вразливість, знижену стійкість до психологічних навантажень. Цікавим виявився і той факт, що навіть без виражених особистісних змін, у деяких досліджуваних відзначалася наявність відносно обмеженого запасу знань і відомостей про себе і довкілля у поєднанні із зниженням критичності мислення, що розглядалося дослідниками як латентна тенденція до поступового формування патологічних рис особистості [2]. За висновками Каліжнюк Е., які ґрунтуються на концепції К. Юнга про екстра- та інтравертовані особистості, дітям із спастичною диплегією більш властиві інтравертовані риси характеру (полохливість/лякливість, схильність до різних страхів, любов до підвищеної уваги, яке гарантує безпеку), тоді як діти з гіперкінезами частіше демонструють екстравертовані риси (товариськість, легку збудливість, запальність, емоційну нестійкість) [1].

Як зазначає Левченко І., серед порушень розвитку особистості у дітей та підлітків з ДЦП переважають різні варіанти ускладненого психічного інфантилізму, основною ознакою якого є недорозвинення довольної регуляції поведінки і вищих форм вольової діяльності, при цьому у пацієнтів з ДЦП відзначаються всі три варіанти ускладненого психічного інфантилізму:

- 1) невропатичний, при якому ознаки психічного інфантилізму поєднуються з проявами невропатії;
- 2) церебрастенічний, який об'єднує ознаки емоційно-вольової незрілості та підвищену емоційну збудливість, порушення пам'яті, уваги та розумової працездатності;
- 3) органічний, при чому спостерігається поєднання незрілості емоційно-вольової сфери з порушеннями інтелектуальної діяльності у вигляді інертності, малорухливості розумових процесів, низького рівня узагальнення тощо [3].

Майже завжди при ДЦП будуть спостерігатися невластиві даному віку риси дитячості, безпосередності; превалювання мотивів задоволення у діяльності, схильність до фантазування і мрійливості; лякливість, підвищена «загальмованість» в незнайомих умовах, що надовго фіксуються та істотно впливають на процес навчання таких дітей [1]. Крім різних проявів психічного інфантилізму, ряд дослідників відзначають у дітей з ДЦП наявність варіантів психастенічного, астенічного і аутистичного розвитку особистості [4, с. 110].

Тривале клініко-динамічне спостереження науковців на чолі із Немковою С. дозволило запропонувати таку типологію психогенного патологічного формування особистості у дітей і підлітків з церебральним паралічем [4]:

1. Астено-невротичний тип, який характеризується підвищеною сензитивністю, вразливістю, нестійкістю до найменших життєвих та навчальних ускладнень, комплексом неповноцінності з формуванням пасивно-оборонних реакцій. До описаного вище іноді приєднується заїкання, енурез; страхи падіння, пересування, висоти; афективні коливання, особливо в підлітковому віці, зі схильністю до тривожних і депресивних станів, іноді суїцидальних спроб. Як зазначають

науковці, даний тип психогенного патологічного формування особистості частіше спостерігається у дітей і підлітків з вираженими руховими порушеннями, нестійкою ходою, які знаходяться у значній залежності від оточуючих.

Такі діти болісно переносять лікарський огляд, ін'єкції і інші процедури, що супроводжується вираженими вегето-судинними реакціями; важко звикають до умов поза домівкою, реагують на розлуку з матір'ю адинамією, плаксивістю, відмовою від їжі. Також у них відзначається брак здібностей до тривалих фізичних і інтелектуальних навантажень. До позитивних рис дітей з астено-невротичним типом психогенного патологічного формування особистості відносяться цілеспрямованість і зацікавленість у виконанні завдань, що сприяє компенсації астеничних проявів і є основою для реабілітації [4].

2. Псевдоаутистичний тип формується, як правило, у знерухомлених дітей і підлітків з важким руховим дефіцитом, що поєднується з розладами мовлення. Це обумовлює соціальну депривацію дитини і проявляється у вигляді схильності до замкнутості, пасивності, самотності, глибокого самоаналізу, фантазій, які часто носять гіперкомпенсаторний характер (такі діти схильні писати вірші, вести щоденник; деякі дівчатка збирають світліни моделей чи балерин тощо). У ситуації поза домівкою такі діти повільно звикають до нової обстановки, швидко втомлюються на корекційно-розвиткових заняттях. У дітей і підлітків цієї групи раніше, ще в дошкільному віці, формується усвідомлення власного дефекту та спрямованість на його корекцію, що підвищує у майбутньому ризик схильності до суїциду [4].

3. Афективно-збудливий тип характеризується підвищеною емоційною збудливістю, агресивними спалахами, грубістю, забіякуватістю, реакціями протесту і відмови, імітацією негативної поведінки оточуючих, особливо при перебуванні у хронічній психотравмуючій ситуації. Найчастіше даний тип психогенного патологічного формування особистості при ДЦП спостерігається за несприятливих умов життя і виховання, спадкової схильності. Даний тип характерний для дітей з нерізно вираженими руховими порушеннями, як правило, при геміпаретичній формі ДЦП. Компенсація можлива при подоланні психотравмуючої ситуації і корекції негативного впливу сім'ї, оточення, при формуванні адекватних професійних інтересів [4].

4. Нестійкий варіант формується, як правило, у підлітковому віці, при цьому характерним є недорозвинення вольової діяльності, сугестивність, безтурботність, нестійкість намірів і вчинків, прагнення до постійної гіпероцінки себе, зміни вражень, поверховість знань і суджень. Даний тип психогенного патологічного формування особистості зустрічається переважно при геміпаретичній і гіперкінетичній формах ДЦП. Непосидючість, легка перенасичуваність в процесі навчання, переважання ігрових мотивів часто призводять до низької успішності, тому, як відзначають автори типології, важливо створити у такої дитини зацікавленість у виконанні роботи. При вихованні у несприятливих умовах у дітей спостерігаються реакції імітації, що може призводити до порушення режиму занять, ухиляння від них, втеч з уроків, асоціального способу життя. Регламентовані умови стаціонару тимчасово компенсують риси нестійкої особистості, але в подальшому швидко виникає декомпенсація, оскільки такі діти легко піддаються негативному впливу. Профілактичні заходи повинні бути спрямовані на нормалізацію соціальних умов, вироблення вольових зусиль, реабілітаційної налаштованості з яскравою емоційною зацікавленістю [4].

5. Істероїдний варіант характеризується егоцентризмом, примхливістю, упертістю, надмірними вимогами підвищеної уваги до себе. Особливе значення в формуванні такого типу має неправильне виховання по типу потураючої гіперпротекції («кумир сім'ї»). Дітям з істероїдним типом психогенного патологічного формування особистості при ДЦП часто

притаманні непослух, небажання працювати, порушення режиму. Декомпенсація може наступати як при психотравмуючому впливі (при цьому психогенні реакції часто носять характер гострих, з моторним збудженням, посиленням тону і гіперкінезів, синкінезій, вегетосудинними порушеннями, демонстративними суїцидальними тенденціями), так і при перенасиченні одноманітною буденною діяльністю, при відсутності емоційно насичених завдань, при нереалізованості прагнення бути лідером. Відносна компенсація при цьому виникає паралельно з покращенням рухових функцій, при цьому поліпшується адаптація, налагоджуються стосунки з оточуючими. При побудові реабілітаційної роботи необхідно пропонувати дитині емоційно насичені заняття (діти охоче виконують престижні доручення, грають в шкільному театрі, люблять яскравий одяг, музику), поєднувати вимогливість і заохочення дитини, використовувати групову психотерапію для подолання егоцентризму, терапію зайняттю з частим перемиканням на різні види діяльності. Сімейна психотерапія повинна будуватися з роз'ясненням нераціональності виховання за типом гіперопіки [4].

6. Диспропорційний тип психогенного патологічного формування особистості характеризується поєднанням рис незрілості і парціальної психічної акселерації, чому сприяє виховання по типу гіперопіки, в умовах нестачі спілкування і відсутності досвіду, при цьому діти начитані, надмірно серйозні, але часто некритичні, не здатні повною мірою врахувати ситуацію [4].

При плануванні програми реабілітації при ДЦП обов'язково повинні враховуватися особливості особистості дитини, структура психологічних порушень і механізми їх компенсації. Різноманітність психологічних розладів у дітей з ДЦП вимагає використання всього спектра можливостей комплексного психолого-педагогічного впливу: методів корекційної педагогіки, спеціальної психолого-педагогічної і логопедичної корекції, кондуктивної педагогіки, системи Монтессорі, психотерапії (в тому числі сімейної), адекватного вибору закладу освіти і терапії зайняттю [4].

Список використаних джерел:

1. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев: Вища школа. 1987. 269 с.
2. Козьявкин В. И., Шестопалова Л. Ф. Психологическое обследование детей с органическими поражениями центральной нервной системы, в том числе с детскими церебральными параличами: метод. рекомендации. Харьков. 1995. 21 с.
3. Левченко И. Ю. Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации: автореф. дис. на соискание ученой степени докт. псих. наук : [спец.] 19.00.10 «Коррекционная психология» / Институт коррекционной педагогики РАО. Москва, 2001. 42 с.
4. Немкова С. А., Маслова О. И., Каркашадзе Г. А., Мамедьяров А. М. Психологические аспекты комплексной медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом. *Педиатрическая фармакология*. 2013; 10 (2). С. 107-116.
5. Савина М. В. Проблемы психического развития детей и подростков с детским церебральным параличом. *Международный медицинский журнал*. 2010 (3). С. 11-15.
6. Ito J., Araki A., Tanaka H., Tasaki T., Cho K. Intellectual status of children with cerebral palsy after elementary education. *Pediatric Rehabilitation*. 1997; 1 (4). P. 199-206.