

Література:

1. Авдєєва І. Фасилітація особистісного розвитку хронічно неуспішних молодших школярів. *Практична психологія та соціальна робота*. № 2. 2011. С. 1–7.
2. Ганіч Л. Психологія сім'ї : практична психологія». Харків : Рідне слово, 2017. 216 с.
3. Гудзь І. Поведінка та саморегуляція особистості з ООП в умовах стресу. Київ : Освіта, 2021. 189 с.
4. Кабанцева А. Підтримка дитини в умовах емоційного напруження. Київ : КВЦ, 2018. 136 с.
5. Москаленко В. Психологія соціального впливу. Київ : Центр учбової літератури, 2007. 448 с.
6. Ярошенко О. Психологія екстремальної поведінки дітей з ООП. Київ : Знання. 2018. 293 с.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-300-5-45>

ДЦП ЯК ОДИН ІЗ ВИДІВ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ПОРУШЕННЯ

Волкова О. І.

*магістр спеціальності 053 – Психологія
КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти»
м. Вінниця, Україна*

Під терміном ДЦП (дитячий церебральний параліч) ховається цілий комплекс різноманітних порушень нервової та м'язової систем, що виникають у дітей. Найпоширеніші причини виникнення – гіпоксія плода, травми, отримані немовлям під час народження, і зловживання алкоголем у період вагітності. Церебральний параліч прогресує внаслідок патологічних змін у структурах головного мозку або нервової системи. Як наслідок, у дітей спостерігаються проблеми з координацією рухів, рівновагою та поставою. Ступінь їх вираженості може бути різним. Дитина може потребувати постійної сторонньої допомоги за найважчого ступеня ураження. За легших форм людина може пересуватися з використанням спеціальних засобів або й зовсім самостійно. Крім рухових порушень у багатьох дітей також спостерігаються проблеми із зором, слухом, мовленням, періодичні судоми, розумова відсталість. За статистикою, саме ця хвороба є однією з найчастіших причин дитячої

інвалідності в Європі. Статистика показує, що захворювання виявляється у 2–3 дітей на 1000 новонароджених. Серед недоношених дітей число збільшується до 40–100 хворих на 1000 новонароджених. Важливо розуміти, що може стати причиною його появи і хто перебуває в зоні ризику.

Мета роботи: здійснити аналіз поняття «ДЦП», розглянути причини, етіологію та форми ДЦП.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це важке захворювання, яке виникає у дитини внаслідок ураження головного і спинного мозку на ранніх етапах його формування (внутрішньоутробному, в період пологів або в період новонародженості) [1, с. 208]. Основним клінічним симптомом при ДЦП є порушення рухових функцій, однак, крім цього, у дітей з ДЦП є порушення зору, слуху, мови, інтелекту. У деяких дітей спостерігаються судомні синдроми [2, с. 45–64].

Перший клінічний опис ДЦП було зроблено англійським лікарем-хірургом В. Літлєм у 1861 році. Він вперше доклав про це на засіданні англійського Королівського медичного товариства, а потім опублікував свої спостереження за дітьми, у яких після перенесеної при пологах травми голови розвинулись паралічі кінцівок [4, с. 180]. Протягом майже 100 років дитячий церебральний параліч називали хворобою Літля.

Термін «дитячий церебральний параліч» належить Зігмунду Фрейдю. У 1893 році він запропонував об'єднати всі форми спастичних паралічів внутрішньоутробного походження з однаковими клінічними ознаками в групу церебральних паралічів [2].

У 1958 році за засіданні восьмого перегляду ВОЗ в Оксфордї цей термін було затверджено і було дано визначення: «Дитячий церебральний параліч – не прогресуюче захворювання головного мозку, яке уражає його відділи, котрі відповідають рухам і положенню тіла, захворювання набувається на ранніх етапах розвитку головного мозку» [4, с. 275]. У даний час цей термін є загальноприйнятим.

У 1983 році Л.О. Бадалян запропонував іншу назву дитячих церебральних паралічів – «дизонтогенетичні поступальні дискінезії». Автор відмічає, що ураження нервової системи при ДЦП представляє собою не «поломку» уже готового механізму, а затримку чи «викривлення» розвитку. «Ці порушення не можна вважати виключно церебральними, так як механізм реалізації патологічної рухової активності лежить не горизонтально, а охоплює всю вертикальну систему регуляції рухів» [3, с. 144].

Термін «дискінезії» точніше відображає характер рухових порушень при ДЦП, підкреслює їх обумовленість розладами локомоторних функцій. Хоча термін «дитячий церебральний параліч» не відображає сутність наявних при цьому захворюванні порушень, однак його широко

використовують у світовій літературі, а іншого поняття, всебічно характеризуючого ці патологічні стани, на даний час не запропоновано.

М. Я. Брейтман (1902) першим описав патолого-анатомічну і клінічну картину ДЦП і відмітив, що при даному захворюванні страждає не тільки рухова сфера, але інтелект і мова [1, с. 378].

У 1960 рр. з'явилось багато робіт, присвячених вивченню пізнавальних процесів і мови у дітей з церебральним паралічем (Rastein, Hendin, 1951; Botta N., Botta P., Ейдінова і Правді на-Вінорська, 1959; Henderson, 1961; Кіріченко, 1962; Абрамович-Лехтман, 1962, 1965; Хейссерман, 1964; Oswin Б 1967; Іполітова, 1967; Данилова, 1969; Мамайчук, 1976; Сімонова, 1967; Данилова, 1969; Мамайчук, 1976; Сімонова, 1981; Saran, 1986; Калижнюк, 1987 та інші) [3].

У даний час ДЦП розглядається як захворювання, отримане внаслідок ураження мозку, перенесеного в пренатальний період чи у період новонараженості; як одна з форм резидуальної нервово-психічної патології центральної нервової системи складного генезису [2, с. 144].

Мозковий органічний дефект, який складає основу ДЦП, виникає рано у період незавершеного процесу формування основних структур і механізмів мозку, що обумовлює складну об'єднану структуру неврологічних і психічних розладів (К. А. Семенова, Є. М. Мастюкова, А. О. Бадалян, Е. С. Калижнюк та інші).

Важливою ланкою в патогенезі психічних порушень у дітей з церебральним паралічем є недорозвиток або аномальний розвиток найбільш молодих мозкових структур, які розвиваються уже в постнатальний період. У дитини з ДЦП перш за все в тій чи іншій ситуації виключена з діяльності важлива функціональна система – рухова. Виражена рухова патологія нерідко в поєднанні з сенсорною недостатністю може бути однією з причин недорозвитку пізнавальної діяльності і інтелекту у дітей з ДЦП.

Причини розвитку ДЦП різноманітні. Прийнято виділяти пренатальні, натальні і постнатальні шкідливі фактори, які можуть мати відношення до походження ДЦП. На практиці частіше за все зустрічаються комбінації шкідливих впливів, діючих на різних етапах розвитку. До шкідливих факторів, які мають шкідливий вплив на розвиток мозку дитини на різних етапах формування відносяться інфекційні захворювання матері в період вагітності, психічні і фізичні травми під час пологів, асфіксії, черепно-мозкові травми та інші .

У вітчизняній клінічній практиці використовується класифікація К. А. Семенової (1968), в яку включені особисті дані і елементи класифікації Д. С. Футера (1967) і М. Б. Цукер (1947) [2, с. 275]. В даній класифікації виділено п'ять основних форм ДЦП: спастична диплегія, геміпаретична форма ДЦП, гіперкінетична форма ДЦП, двійна

гіміплегія і атонічно-астатична форма. На практиці виділяється також змішана форма ДЦП. Зупинимось на короткому описі цих клінічних форм ДЦП.

1. Спастична диплегія – найбільш часто зустрічається. Відома під назвою хвороби або синдрому Літгля. В даній формі найбільш уражені ноги, однак дитина може навчитися частково обслуговувати себе. При цьому часто спостерігається затримка психічного розвитку, 30–35 % дітей з даною формою ДЦП страждають розумовим відхиленням в степені нерізно вираженої дебільності. У 70 % спостерігаються мовні розлади в формі дизартрій.

2. Геміпаретична форма ДЦП у 80 % випадках розвивається у дитини в ранній постнатальний період, коли внаслідок травм, інфекцій були уражені пірамідні шляхи, які тільки почали формуватись. При цій формі уражений один бік тіла: лівий – при правосторонньому ураженні головного мозку і правий – при ураженні лівої півкулі. В цій формі, зазвичай, більше вражається верхня кінцівка. У 25–30 % дітей з цією формою ДЦП спостерігається дебільність, у 40–50 % – вторинна затримка розумового розвитку.

3. Гіперкінетична форма ДЦП розвивається у дитини внаслідок білірубінової інцефалопатії, що є результатом гемолітичної хвороби новонароджених. В неврологічному статусі у цих хворих спостерігаються гіперкінези, м'язова ригідність ший, тулуба, ніг. Не дивлячись на складний дефект і обмежену можливість самообслуговування, рівень інтелектуального розвитку вищий від попередніх.

4. Двійна геміплегія – найскладніша форма ДЦП. Окрім складних рухових порушень (ураження верхніх і нижніх кінцівок) при даній формі ДЦП, як правило, спостерігаються складні мовленнєві порушення, зниження інтелекту.

5. Атонічно-астатична форма зустрічається значно рідше інших форм, характеризується зниженням м'язового тону, порушенням координації рухів, рівноваги.

Багаторічний досвід вітчизняних і зарубіжних спеціалістів, які працюють з дітьми, хворими на ДЦП, показав, що чим швидше розпочата медико-педагогічна реабілітація цих дітей, тим вона ефективніша і має кращі результати.

Особливі труднощі представляє прогностична оцінка психомоторного розвитку дітей з ДЦП. Сприятливий прогноз найбільш вірогідний при спастичній диплегії і геміпаретичних формах ДЦП. За даними К. А. Семенової (1073), 70 % дітей з геміпаретичною формою ДЦП навчаються в ЗОШ і тільки 29,2 % мають знижений інтелект [2, с. 78]. У 65 % дітей зі спастичною диплегією інтелект первинно збережений і вони здатні до навчання за загальною програмою. У 38 % визначається

розумове відхилення у степені дебільності і тільки у 7% дітей спостерігаються глибокі порушення інтелекту (Мамойчук, 1985, 1992).

Особливі труднощі в процесі соціальної адаптації переживають діти з гіперкінетичною формою ДЦП. Не дивлячись на первинно збережений інтелект, вони через важкий дефект рухів не можуть відвідувати загальну середню школу, працювати. Найбільше несприятливий прогноз у дітей подвійною геміплегією і астенічно-астетичною формою ДЦП через грубий недорозвиток розумових здібностей.

Медицина реабілітація і соціально-педагогічна адаптація дітей з церебральним паралічем на різних етапах розвитку суспільства проводилась по-різному. В кінці XVIII і поч. XIX ст. в Європі з'являються заклади для дітей з порушеннями рухових функцій. Вони виникають у столицях і великих містах. Наприклад, в Лондоні, Копенгагені, Стокгольмі, Мюнхені та ін. Приблизно в той самий час такі заклади з'являються і на інших континентах – в США, Японії, Австралії [5, с. 180].

У наш час розроблено недостатньо програм диференційованого навчання дітей з ДЦП з урахуванням ступеня важкості рухового та інтелектуального дефектів. Розвиток цих проблем можливий при соціально-психологічному дослідженні дітей з церебральним паралічем.

Таким чином, дитячий церебральний параліч або ДЦП – це комплекс порушень, що впливають на здатність людини рухатися, підтримувати рівновагу та поставу. Слово «церебральний» вказує на стан, що стосується головного мозку, а «параліч» означає «слабкість», труднощі з контролем м'язів. Церебральний параліч розвивається внаслідок порушення нормального розвитку центральної нервової системи або пошкодження головного мозку, що вражає здатність контролювати свої м'язи. Прояви захворювання різноманітні, і відповідають важкості стану дитини з ДЦП: від потреби у сторонній допомозі впродовж всього життя, до здатності ходити, використовуючи спеціальні засоби, чи навіть цілком самостійно. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) не прогресує з часом, однак, окремі симптоми можуть змінюватись впродовж життя: якщо не проводити лікування дитини з ДЦП, скорочення м'язів та м'язова «жорсткість» можуть посилитися. У всіх випадках дитячий церебральний параліч (ДЦП) проявляється руховими порушеннями. У багатьох також розвиваються супутні патологічні стани: судоми, проблеми зі слухом, зором, вимовою, розумова відсталість тощо.

Література:

1. Акатов Л. І. Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я. *Психологічні основи* : навч. посібник для студ. вищ. навч. закладів. М. : Гуманіт. вид. центр ВЛАДОС, 2008. 368 с.

2. Богініч О. Л. Особливості організації рухової діяльності дітей з проблемами фізичного розвитку. *Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство*. НПУ ім. Драгоманова 2010. 88 с.

3. Гребенюк Т.М. Медико-педагогічка корекція зорового сприймання у дошкільників з вадами зору / Т.М. Гребенюк, І.О. Сасіна, Ю.В. Тімакова. Навчальний посібник. Київ : НПУ ім. Драгоманова 2008. 147 с.

4. Іванова І.Б. Соціальні проблеми дітей і батьків у контексті їхнього ставлення до ситуації. *Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів*. Київ : Логос, 2010. 185 с.

5. Лікувальна фізична культура в системі медичної реабілітації: Довідник для лікарів / за ред. А. Ф. Каптеліна, І. П. Лебедевої. М. : Медицина, 2005. 520 с.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-300-5-46>

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ ЗВУКОРЕЖИСУРИ

Горovenko M. G.

*викладач кафедри музичного мистецтва та звукорежисури
Міжнародний гуманітарний університет
м. Одеса, Україна*

Звукорежисура – це процес запису, обробки і редагування звуку для створення аудіо-творів, таких як музика, радіопроеграми, фільми, телевізійні шоу та інші. У звукорежисурі є психологічні аспекти, які відіграють важливу роль у створенні високоякісних аудіо-творів. Один з основних психологічних аспектів звукорежисури – це розуміння того, як звук впливає на почуття та емоції людей. Звук може викликати різні емоції, такі як радість, туга, страх, напруження, тощо. Тому звукорежисер повинен мати знання про те, які звуки викликають певні емоції, і використовувати це знання для створення відповідного настрою та атмосфери.

Ще один психологічний аспект звукорежисури – це використання простору звуку. Простір звуку може відтворювати почуття масштабності, глибини, реалізму, тощо. Звукорежисер повинен розуміти, які звуки і який тип простору звуку викликають певні емоції та відчуття у слухачів, і використовувати це для створення відповідного настрою та атмосфери. Також важливим психологічним аспектом звукорежисури є