

УДК 616.831-009.11

## ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

М. В. САВИНА

*Национальный фармацевтический университет, Харьков*

**Проведен аналитический обзор литературы по проблеме психического развития детей и подростков с детским церебральным параличом.**

*Ключевые слова: детский церебральный паралич, психическое развитие.*

В последнее десятилетие проблемы детей с ограниченными возможностями привлекают внимание все большего количества специалистов различных специальностей. Инвалидность детей с церебральной патологией занимает первое место в структуре детской инвалидности по неврологическому профилю, и тяжесть ее обусловлена как двигательными, так и психическими нарушениями.

Одно из ведущих мест в структуре данной патологии занимает детский церебральный паралич (ДЦП). Проблема ДЦП является одной из наиболее актуальных в современной медицине. Это обусловлено, с одной стороны, значительной распространенностью ДЦП среди населения и не всегда своевременной его диагностикой, с другой — недостаточной эффективностью имеющихся сегодня в арсенале большинства детских специалистов методов лечения и реабилитации инвалидизации и низким уровнем социальной адаптации детей, страдающих этим заболеванием [1].

Термин «детский церебральный паралич» объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга. ДЦП развивается

в результате поражения как головного, так и спинного мозга по разным причинам на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах. Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой или неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией тонуса, парезами. Помимо нарушений в центральной нервной системе, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах. К основному симптому ДЦП — двигательным расстройствам — в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и др. Первое клиническое описание ДЦП было сделано В. Литтлем в 1853 г., поэтому в течение почти 100 лет он назывался болезнью Литтля. Термин «детский церебральный паралич» принадлежит З. Фрейду, который в 1893 г. предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей. В 1958 г. на заседании ВОЗ в Оксфорде в классификации болезней этот термин утвердили и дали

следующее определение: «Детский церебральный паралич — непрогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга» [2].

Патология двигательной функциональной системы у детей с церебральным параличом является одним из важнейших факторов, замедляющих и искажающих их психическое развитие. Схема положений и движений тела у них развивается с задержкой или патологическим путем. Большую роль в этом играет недоразвитие или патология системы проприорецепторов мышц, суставов, связок, обуславливающих поток афферентных импульсов в мозг. Патология афферентной проприоцептивной импульсации обуславливает и патологию кинестезии — мышечно-суставного чувства, на основе которого строится схема тела, схема движений. Двигательная недостаточность препятствует развитию зрительного восприятия в связи с нарушением моторного аппарата глаз, недоразвитием стато-кинестических рефлексов, мешает формированию зрительно-моторной координации, задерживает и искажает развитие ряда высших корковых функций, особенно пространственного восприятия [3].

Изучение многоуровневой иерархической организации психических процессов и функций при дизонтогенезе требует не только возрастного, но и тщательного структурного анализа. Разработанный отечественными учеными подход к психическим процессам как к сложно организованным функциональным системам, работающим в результате взаимодействия высококодифференцированных мозговых структур, где каждая из них вносит свой вклад в динамическое целое, является важной теоретической предпосылкой при анализе дизонтогенеза [2].

Еще в исследованиях Л. С. Выготского (1956) подчеркивалось, что в эволюционном развитии высших центров низшие (более старые) центры не утрачивают своего назначения, но начинают функционировать в новом режиме под управлением высших. Эти теоретические предпосылки чрезвычайно важны в анализе психических функций при раннем поражении мозга, когда функциональные структуры еще не сформированы, например при ДЦП [4].

Механизм нарушений развития психики при ДЦП сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения [3, 5, 6]. Исследователи подчеркивают, что дисгармоническое психическое развитие детей определяется в первую очередь нарушениями двигательного-кинестетического анализатора [7, 8], зрения и слуха [5], речи [3, 9, 10], а также особенностями жизни и воспитания [8, 11, 12]. То, что при этом заболевании поражается еще незрелый мозг, приводит в дальнейшем к неравномерному развитию психики ребенка и является одним из

важнейших условий нарушений познавательной деятельности и формирования личности.

Сложный патогенез двигательных нарушений у детей с церебральным параличом представлен в работах К. А. Семеновой: рассмотрена роль нарушения тонуса мышц (спастичности, ригидности, нарушений по типу атонии и дистонии), парезов, нередуцированных примитивных тонических рефлексов, недоразвития установочных рефлексов в происхождении двигательных нарушений [3, 7]. В поздней резидуальной стадии ДЦП тонические рефлексы могут уже не выявляться клинически, но на протяжении ряда лет они оказывают постоянное влияние на положение конечностей и туловища, следствием чего является формирование стойких патологических установок в плечевых, локтевых, тазобедренных и голеностопных суставах. В результате этого образуются патологические синергии, в большей или меньшей степени ограничивающие двигательные возможности больных. Нарушения восприятия предметов, зрительно-пространственной ориентировки при ДЦП обусловлены двигательной недостаточностью и с увеличением степени тяжести дефекта являются более выраженными.

Двигательные и сенсорные нарушения с первых дней жизни ребенка создают неблагоприятные условия его развития. Вынужденное лежачее положение, ограниченность или невозможность произвольных движений, нарушения хватательной и манипулятивной функции рук, дефицит общения, госпитализм приводят к недостаточности и искажению процесса психического развития.

Около 25% детей с церебральным параличом имеют аномалии зрения, связанные с нарушением фиксации взора и плавного прослеживания, сужением полей зрения. В основе этих нарушений лежат паретичность глазных мышц и поражения различных отделов головного мозга [13]. У детей с ДЦП может также ухудшаться слух, что часто происходит при гиперкинетической форме. В других случаях, когда нет снижения остроты слуха, могут отмечаться недостаточность слуховой памяти и слухового внимания, иногда недоразвитие фонематического слуха [14, 15].

В клинике ДЦП значительное место занимают также речевые расстройства, причем их частота и характер неодинаковы при разных формах заболевания. Основное речевое расстройство — дизартрия, отмечаются также алалия, заикание [9, 16].

Нарушения речи не только оказывают тормозящее влияние на развитие познавательной деятельности ребенка, но и выступают в качестве самостоятельного дефекта, который препятствует адекватному общению с окружающими, вызывает переживание собственной неполноценности.

Двигательная способность у детей имеет важное значение для интеллектуального и когнитивного развития. Современный этап изучения этой проблемы характеризуется прогрессивной

тенденцией, способствующей выявлению и анализу качественных особенностей нарушений психических функций детей и подростков с ДЦП. По данным Осипенко Т. Н. с соавт. [17], частота интеллектуальных нарушений у детей при разных формах ДЦП значительно отличается: при спастической диплегии — 5,4%, при гиперкинетической форме — 5%, при гемипаретической — 1,1%, при атоническо-астатической — 9,3%. Коррекционные медицинские и психолого-педагогические исследования, проводимые в этом направлении, позволили выделить два варианта интеллектуальной недостаточности при ДЦП: умственную отсталость, при которой на фоне тотального недоразвития интеллекта выявляются симптомы, свидетельствующие о недоразвитии лобных отделов мозга, — отсутствие инициативы, недостаточность целенаправленности, грубое недоразвитие активного внимания; пограничные состояния интеллектуальной недостаточности, характеризующиеся более легкими и в значительной степени обратимыми нарушениями познавательной деятельности. Последняя группа неоднородна как в отношении патогенетических механизмов, лежащих в основе интеллектуальной недостаточности, так и в отношении проявлений интеллектуальных нарушений и прогноза.

Е. И. Кириченко и В. В. Ковалев на основании общей классификации состояний пограничной интеллектуальной недостаточности детей и подростков определили две группы пограничной интеллектуальной недостаточности у детей с церебральным параличом: дизонтогенетические формы, обусловленные механизмами задержанного развития, и энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых структур на ранних этапах онтогенеза [18, 19]. В группе детей с патологией, обусловленной механизмами задержанного развития, эволюционная динамика, связанная с процессами возрастного созревания, более выражена, вплоть до достижения нормального уровня развития. Интеллектуальная недостаточность у детей во второй группе выражена больше, но интеллектуальные нарушения также носят динамический, более или менее обратимый характер.

Дети с ДЦП характеризуются сниженным по сравнению со здоровыми сверстниками запасом знаний и представлений. Большое количество работ посвящено изучению пространственного гнозиса и праксиса. Авторами описываются феноменология и возможные механизмы пространственных нарушений у детей с церебральными параличами. Ряд нарушений характерен для определенных форм ДЦП. У больных спастической диплегией наблюдается дисгармоническое развитие психики с нарушением пространственного гнозиса и праксиса и достаточно сохранным вербальным мышлением, при гемипаретической форме — оптико-пространственная аграфия, иногда нарушение счета и другие элементы синдрома Герстмана. При гиперкинетической форме в связи

с дефектами слуха и речи нередко отмечается недостаточность вербального мышления при сохранности конструктивного праксиса [20–25].

В литературе широко обсуждается вопрос о нарушениях поведения в этой категории детей, встречающихся в 10 раз чаще, чем в нормальной популяции [8, 16]. Авторы отмечают эмоциональную лабильность, раздражительность, беспокойство больных детей, особенно ярко проявляющиеся в раннем возрасте. Позже обнаруживается неспособность к овладению аффектами, а иногда и агрессивность, а также наблюдается эгоцентризм, неспособность к планомерной систематической деятельности, повышенная возбудимость. Подчеркивается социальная незрелость таких больных.

В современной литературе высказывается мнение о наличии некоторой корреляции между типом неврологических расстройств (формой ДЦП) и эмоциональными и характерологическими особенностями. В частности, Э. С. Калижнюк указывает на то, что дети со спастическими параличами склонны к страхам, робки, пассивны, с трудом устанавливают контакты с окружающими, плохо переносят шум, глубоко переживают дефект, а больные с гиперкинетической формой ДЦП более активны, эмоциональны, общительны, имеют много друзей, меньше переживают дефект, в отличие от спастиков легко переходят к гневу и ярости [8].

Существует несколько аспектов изучения личности при ДЦП. Е. И. Кириченко и О. А. Трифонова впервые в отечественной литературе осветили проблему клинико-психологических особенностей личности больных ДЦП. Авторы выделили два варианта патологического формирования личности: «инфантилизованный», обусловленный в значительной степени гиперопекой, и «аутистический», связанный с длительной обездвиженностью [26].

В. В. Ковалев [12] рассматривает особенности личности при ДЦП в группе патологических формирований дефицитарного типа. Эту группу составляют нарушения формирования личности у лиц с дефектами анализаторов, опорно-двигательного аппарата, а также такими хроническими инвалидизирующими заболеваниями, как пороки сердца, тяжелые формы бронхиальной астмы и др. Нарушения формирования личности в этих случаях связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социально-психологических), причем важная роль принадлежит реакции личности на осознание дефекта, физической неполноценности. Психическая травматизация таких больных начинается по существу с периода осознания дефекта и способствует формированию хрупкой и ранимой психики.

Среди аномалий развития личности у больных ДЦП преобладают различные варианты психического инфантилизма [12], основным признаком которого является недоразвитие произвольной регуляции поведения и высших форм волевой деятельности; в их основе лежит, как правило,

недоразвитие лобных отделов мозга [27]. При ДЦП отмечаются все три варианта осложненного психического инфантилизма по В. В. Ковалеву [12]: 1) невропатический (представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии); 2) церебралстенический (признаки эмоционально-волевой незрелости сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, нарушениями памяти, внимания и умственной работоспособности); 3) органический (сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности в виде инертности, тугоподвижности мыслительных процессов, низкого уровня операций обобщения). Е. М. Мастюкова, помимо различных проявлений психического инфантилизма, отмечает у детей с ДЦП наличие вариантов психастенического, астенического и аутистического развития личности [16].

Наиболее полно вопросы клинико-психологических особенностей личности больных ДЦП освещены в работах Э. С. Калижнюк [8, 28]. Длительное клинико-динамическое наблюдение позволило автору предложить следующую типологию психогенного патологического формирования личности дефицитарного типа у детей и подростков с церебральным параличом: невротическое развитие (встречающееся наиболее часто, особенно при спастической диплегии), псевдоаутистическое развитие (формируется в условиях изоляции). Степень выраженности нарушений личности, как правило, не достигает грубых форм психогенного развития (психопатии), чаще можно говорить об акцентуированных чертах характера, развивающихся под влиянием психогении (продолженной психотравмирующей ситуации). У подростков с церебральным параличом трудно провести четкую грань между органической психопатией и психогенным патологическим формированием

личности, но существующие диагностические критерии — психогенный стержень в психопатологическом синдроме, этапы развития, отсутствие продолжительной дезадаптации — говорят в пользу патологического формирования личности. Описаны также некоторые формы «психологической защиты» личности при ДЦП, возникающие из-за переживания неполноценности, связанной с сознанием физического дефекта. Так, Э. С. Калижнюк [21, 28] описывает компенсаторные фантазии замещающего характера и увеличение интеллектуальных интересов. О. Л. Романова в своих работах показала еще один механизм психологической защиты при ДЦП — формирование компенсаторной неадекватно завышенной самооценки, обуславливающей иллюзию внутреннего эмоционального комфорта [29].

В. Ф. Матвеев [30] указывает, что травматизация особенно сильна при грубых косметических дефектах, которые с раннего детства изменяют социальные связи и интерперсональные отношения, выделяют ребенка из общества других людей.

Анализ литературных данных показывает, что разнообразные патопсихологические дисфункции при ДЦП являются неотъемлемой частью сложной клинической картины патологии, а иногда и усугубляют течение основного заболевания. Однако в настоящее время эти аспекты проблемы ДЦП требуют дальнейшего изучения, что в будущем позволит усовершенствовать меры профилактики и коррекции нарушений личностного развития при этом заболевании, так как в новом тысячелетии ребенок с ограниченными возможностями здоровья должен рассматриваться не только как объект медико-социальной помощи и заботы, но и как активный субъект окружающего социума, создающего условия для максимально возможной его самореализации и интеграции в общество.

#### Л и т е р а т у р а

1. Козьякин В. И., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. — Львов: Українські технології, 1999. — 144 с.
2. Штиццына Л. М., Мамайчук И. И. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. — М.: ВЛАДОС, 2004. — 367 с.
3. Семенова К. А., Махмудова М. Н. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент: Медицина, 1979. — 490 с.
4. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. — М.: Просвещение, 1956. — 367 с.
5. Мастюкова Е. М. Клиническая характеристика задержки психического развития у учащихся с церебральным параличом // Дефектология. — 1982. — № 4. — С. 7–10.
6. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы. — М.: Медицина, 1974. — 131 с.
7. Семенова К. А. Детские церебральные параличи. — М.: Медицина, 1968. — 278 с.
8. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при ДЦП. — К.: Высшая школа, 1987. — 309 с.
9. Панченко И. И. Речевые расстройства у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работы с ними // Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент: Медицина, 1979. — С. 434–461.
10. Архипова Е. Ф. Значение развития сенсорных функций для формирования импрессивной речи у детей раннего возраста, страдающих церебральным параличом // VII научная сессия по дефектологии. — М.: Медицина, 1975. — С. 23–24.
11. Кириченко Е. И. Психические нарушения у детей, страдающих церебральными параличами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1965. — 12 с.
12. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Рук-во для врачей. — М.: Медицина, 1979. — 608 с.

13. *Эйдинова М. Б., Правдина-Винарская Е. Н.* Детские церебральные параличи и пути их преодоления.— М.: Изд-во АН РСФСР, 1959.— 216 с.
14. Клиника и реабилитационная терапия детского церебрального паралича / Э. С. Калижнюк, К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, Н. Я. Смуглин.— М.: Медицина, 1972.— 290 с.
15. *Халилова Л. Б.* Состояние первоначальных морфологических обобщений у учащихся начальных классов, страдающих церебральными параличами // Дефектология.— 1979.— № 1.— С. 60–67.
16. *Мастюкова Е. М.* Лечебная педагогика.— М.: ВЛАДОС, 1997.— 180 с.
17. Психологические и психотерапевтические проблемы при нарушениях развития у детей / Т. Н. Осипенко, Е. Е. Стацевич, Л. А. Ночевка и др.: // Альманах «Исцеление».— 1993.— № 1.— С. 25–39.
18. *Кириченко Е. И.* Пограничные состояния интеллектуальной недостаточности у детей с церебральными параличами и задачи социальной реабилитации // Тез. II конференции, посвященной медицинской реабилитации больных ДЦП.— М., 1978.— С. 275–277.
19. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний детей и подростков.— М.: Медицина, 1985.— 227 с.
20. *Калижнюк Э. С.* Методические рекомендации по исследованию зрительно-пространственного восприятия у детей с церебральными параличами.— М., 1976.— 18 с.
21. *Калижнюк Э. С., Раменская О. Л., Кожевникова В. Ю.* О структуре интеллектуального дефекта у детей с церебральными параличами, родившихся недоношенными // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1975.— № 8.— С. 421–424.
22. *Мамайчук И. И.* Динамика некоторых видов познавательной деятельности у детей с церебральным параличом // Дефектология.— 1976.— № 3.— С. 27–33.
23. *Раменская О. Л.* Психологическое исследование личности дошкольников с церебральным параличом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1979.— 23 с.
24. *Попандова М. К.* Исследование некоторых гностико-практических функций у детей, страдающих церебральными параличами, в связи с задачами восстановительной терапии: Автореф. дис. ... канд. психол. наук.— Л., 1971.— 22 с.
25. *Дворникова Т. А.* Качественная характеристика задержки психического развития и ее уровни у детей 7–8 лет, страдающих спастической диплегией // Тез. II конференции по проблемам детского церебрального паралича.— М., 1978.— С. 281–283.
26. *Кириченко Е. И., Трифонов О. А.* О патологическом формировании личности у детей и подростков, страдающих церебральным параличом // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1969.— № 10.— С. 1553–1556.
27. *Мастюкова Е. М.* Психические нарушения // Детские церебральные параличи.— К.: Здоров'я, 1988.— С. 113–121.
28. *Калижнюк Э. С.* Психогенные реакции, особенности формирования личности при детских церебральных параличах и принципы их коррекции: Методические рекомендации.— М.: Медицина, 1982.— 27 с.
29. *Романова О. Л.* Экспериментально-психологическое исследование особенностей личности больных, страдающих физическими недостатками // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1982.— № 12.— С. 94–98.
30. *Матвеев В. Ф.* Состояние профессиональной работы в школе для глухих // Дефектология.— 1982.— № 2.— С. 34–40.

## ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

М. В. САВІНА

**Проведено аналітичний огляд літератури щодо проблеми психічного розвитку дітей і підлітків з дитячим церебральним паралічем.**

*Ключові слова: дитячий церебральний параліч, психічний розвиток.*

## THE PROBLEMS OF MENTAL DEVELOPMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH INFANTILE CEREBRAL PARALYSIS

M. V. SAVINA

**An analytical review of the literature about the problems of mental development of children and adolescents with infantile cerebral paralysis was performed.**

*Key words: infantile cerebral paralysis, mental development.*

Поступила 26.04.2010