

УДК 796.3.372.36+16.988.23

**С.П. ДЕМЧУК,**  
доктор педагогічних наук, професор,  
**О.С. КУЦ,**  
аспірант

### ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ УЧНІВ 15–17 РОКІВ ІЗ НАСЛІДКАМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

*Приводятся методика и результаты исследования особенностей психического состояния учащихся 15–17 лет с последствиями детского церебрального паралича, которые обучаются в санаторной школе. Полученные данные легли в основу разработки программы коррекции психологического состояния и двигательной функции этой категории больных.*

*Given methods and results of research of 15–17 yeared students' with consequences of cerebral spastic infantile paralysis psychological condition, who have been studied at the sanatorium school. The findings formed the basis for psychological condition and motion [motor, locomotor] activity disorders correction program.*

Особливості психічного стану неповносправних із наслідками дитячого церебрального паралічу (ДЦП), а також його впливу на функціональний і руховий розвиток здібностей дітей у процесі активної реабілітації досліджувались багатьма вченими [1-3]. У своїх працях вони використовували різноманітні методики визначення **психологічного** стану дітей. Проте проблема методичних підходів до створення єдиних систем оцінки психологічних особливостей дітей-інвалідів, хворих на ДЦП, лишається й досі актуальною та невирішеною.

З огляду на це **метою** дослідження було визначення особливостей психологічного стану неповносправних учнів 15–17 років на прикладі Костопільської санаторної школи Рівненської області, а також аналіз їх змін протягом навчання.

В експерименті брали участь 26 учнів (10 дівчат і 16 хлопців). Для визначення особливостей їхнього психологічного стану ми використовували такі **методи**:

1. Шкалу реактивної й особистої тривожності Спілбергера – Ханіна;

2. Тест диференційованої самооцінки функціонального стану за шкалою САН;

3. Дослідження зосередженості, концентрації та стійкості уваги за методикою В.Я. Анфімова.

За допомогою першого тесту ми визначали реактивну й особисту тривожність інваліда, які тією чи іншою мірою характеризують схильність дітей-інвалідів відчувати у більшості ситуацій побоювання, страх, проявляючи тим самим індивідуальну чутливість до стресу. Результати тестування наведені у табл. 1.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика реактивної й особистої тривожності учнів-інвалідів 1-3х курсів з наслідками ДЦП (балів)

Стать	Вік	$M \pm S_{nx}$	1-2	1-3	2-3
Реактивна тривожність					
Х	15	41,0±7,53	>0,05	>0,05	-
	16	43,5±1,88	>0,05	-	>0,05
	17	48,0±2,51	-	>0,05	>0,05
Д	15	39,5±0,63	<0,05	>0,05	-
	16	53,5±5,69	<0,05	-	>0,05
	17	43,8±4,52	-	>0,05	>0,05
Особиста тривожність					
Х	15	43,0±6,28	>0,05	>0,05	-
	16	49,5±0,63	>0,05	-	<0,05
	17	44,0±1,26	-	>0,05	<0,05
Д	15	52,5±4,39	>0,05	>0,05	-
	16	49,0±1,26	>0,05	-	>0,05
	17	46,0±3,06	-	>0,05	>0,05

Отримані результати (див. табл. 1) показали, що рівень реактивної тривожності у хлопців і дівчат протягом навчання у санаторній школі є високим або дуже високим. Статистично вірогідних відмінностей, за винятком 15-річних, рівень реактивної тривожності в яких дещо нижчий, ніж у 16-17-річних учнів, між хлопцями і дівчатами 16-17 років не встановлено ( $P > 0,05$ ).

Аналогічна картина спостерігається щодо рівня особистої тривожності. Як у дівчат, так і у хлопців 15-17 років ми встановили високий і дуже високий рівень особистої тривожності, але статистично вірогідних відмінностей між ними встановлено не було ( $P > 0,05$ ). Проте за абсолютними показниками рівня реактивної і особистої тривожності незначні відмінності між учнями 15–17 років є (див. табл. 1).

Для оцінки емоційного стану дітей з ДЦП ми використовували тест диференційованої самооцінки психічного стану за шкалою САН, результати якого подані у табл. 2.

Порівняльна характеристика показників емоційного стану  
учнів 15-17 років за шкалою САН балів

Стать	Вік	Mx±Sx	Курси		
			1-2	1-3	2-3
Самопочуття					
Х	15	7,25±0,44	>0,05	>0,05	-
	16	6,50±0,50	>0,05	-	>0,05
	17	7,20±0,38	-	>0,05	>0,05
Д	15	4,75±0,62	>0,05	>0,05	-
	16	5,95±1,67	>0,05	-	>0,05
	17	5,97±0,50	-	>0,05	>0,05
Активність					
Х	15	5,65±0,69	>0,05	>0,05	-
	16	6,00±0,75	>0,05	-	>0,05
	17	6,05±0,31	-	>0,05	>0,05
Д	15	6,15±0,56	>0,05	>0,05	-
	16	6,10±1,76	>0,05	-	>0,05
	17	5,83±0,52	-	>0,05	>0,05
Настрій					
Х	15	6,50±0,13	>0,05	<0,05	-
	16	5,10±1,60	>0,05	-	>0,05
	17	7,75±0,69	-	<0,05	>0,05
Д	15	6,95±0,31	>0,05	>0,05	-
	16	6,70±1,88	>0,05	-	>0,05
	17	6,72±0,50	-	>0,05	>0,05

Як свідчать дані табл. 2, хлопці та дівчата з наслідками ДЦП за всіма показниками мають середній, а в деяких випадках завищений рівні самооцінки свого психічного стану. Проте, за винятком хлопців 16 років, самооцінка настрою у яких дещо нижча, ніж у хлопців 15 і 17 років, чіткої її динаміка за роками навчання не встановлено ( $P < 0,05$ ).

Оцінку зосередженості, стійкості та концентрації уваги ми проводили за буквеною методикою В.Я. Анфімова. Кількісними показниками оцінки функції уваги було число правильно переглянутих знаків за дві хвилини. Результати дослідження наведено у табл. 3.

Аналіз показників зосередженості, стійкості та концентрації уваги неповносправних учнів 15-17 років з наслідками ДЦП (див. табл.3) не виявив значних змін впродовж навчання у санаторній школі ( $P > 0,05$ ). Лише за кількістю переглянутих знаків хлопці 2-го курсу значно поступаються 17-річним учням ( $P < 0,05$ ), а за коефіцієнтом продуктивності роботи дівчата 16 років поступаються 15-річним і 17-річним ( $P < 0,05$ ).

Порівняльна характеристика показників зосередженості, стійкості та  
концентрації уваги учнів 15-17 років з наслідками ДЦП

Стать	Курс	Mx±Sx	1-2	1-3	2-3
Кількість переглянутих знаків					
Х	1	24,50±8,16	>0,05	>0,05	-
	2	19,00±8,78	>0,05	-	<0,05
	3	33,50±6,90	-	>0,05	<0,05
Д	1	40,50±1,88	>0,05	>0,05	-
	2	34,00±5,02	>0,05	-	>0,05
	3	41,67±3,39	-	>0,05	>0,05
Півкількість переробки зорової інформації %					
Х	1	22,68±7,56	>0,05	>0,05	-
	2	17,59±8,12	>0,05	-	>0,05
	3	31,02±6,40	-	>0,05	>0,05
Д	1	37,50±1,75	>0,05	>0,05	-
	2	31,48±4,66	>0,05	-	>0,05
	3	31,91±3,29	-	>0,05	>0,05
Коефіцієнт продуктивності роботи у/о					
Х	1	0,40±0,30	>0,05	<0,05	-
	2	0,65±0,04	>0,05	-	>0,05
	3	0,63±0,11	-	<0,05	>0,05
Д	1	0,82±0,07	>0,05	>0,05	-
	2	0,52±0,29	>0,05	-	>0,05
	3	0,78±0,07	-	>0,05	>0,05

Таким чином, можна зробити такі **висновки**:

1. За показниками самооцінки реактивної й особистої тривожності хлопці і дівчата протягом усього періоду навчання у ВТУ мають досить високий рівень реактивної й особистої тривожності.

2. За показниками самооцінки психічного стану хлопці і дівчата, хворі на ДЦП, у переважній більшості завищено оцінюють свої самопочуття, активність і настрої.

3. За показниками зосередженості, стійкості та концентрації уваги хлопці і дівчата мають невисокий рівень цих показників.

Визначені і проаналізовані особливості психічного стану неповносправних учнів Костопільської санаторної школи з наслідками ДЦП лягли в основу розроблення програми, спрямованої на корекцію психічного стану та рухової функції неповносправних підлітків традиційними і нетрадиційними засобами фізичного виховання.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ганзина Н.В. Система рекреативно-восстановительных мероприятий в социальной адаптации инвалидов с последствиями детского церебрального паралича: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. — М., 1997. — 23 с.
2. Добровольская Т.А. Основные направления и методы реабилитационной работы с инвалидами молодого возраста вследствие детского церебрального паралича // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие ДЦП: Сб. науч. тр. — М., 1991. — С. 112-120.
3. Полушин В.С. Медико-социальная реабилитация больных, инвалидов и лиц пожилого возраста // Сов. здравоохранение.— 1989.— № 9. — С. 27-31.
4. Финкель Н.В. Социально-психологические особенности личности больных ДЦП // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие ДЦП: Сб. науч. трудов. — М., 1991. — С. 44-59.

**А.И. АВЕРБУХ,**  
кандидат медицинских наук

### АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*Проанализировано сходство и отличие реабилитационных программ при алкогольной и наркотической зависимости. Показано, что существует отличие в тенденциях лечения и реабилитации больных с этой патологией. Изложены биологические и психологические принципы построения реабилитационных программ.*

*The analysis of similarities /differences and efficiency of rehabilitation programs for alcohol and drugs usage was made. It was shown that there is a difference in tendencies of treatment and rehabilitation. The biological and psychological principle of building the rehabilitation programs was given.*

Эпидемия наркомании, причем за очень короткое время, в Украине становится все более опасной. К началу 2002 года на учете в учреждениях здравоохранения находилось более 100 тыс чел., употребляющих наркотики, из них несовершеннолетних — 5,5 тыс.

По оценкам МВД Украины, реальная цифра потребителей наркотиков в 10-12 раз превышает официально зарегистрированную и может составить более 1 млн чел. Ежегодно на наркоучет становится более 10 тыс чел. и более полутора тысяч умирает от передозировки наркотиков. А общая

численность населения Украины, как известно, порядка 49 млн чел. [3]. При этом почти 30 тысяч наркоманов — это люди до 25 лет, возраст первого употребления наркотиков — 13-15 лет.

При таком росте наркомании у страны нет будущего. В конечном счете мы можем превратиться в Афганистан, где наркотическая зависимость — норма, а не патология.

Целью нашей исследовательской работы было изучение подходов при реабилитации лиц, страдающих опийной наркоманией (включая героин, кустарно приготовленный опий, морфий, кодеин, гидроморфин).

Задачи исследования:

1. Провести клиническое обследование выборки пациентов, соответствующих критериям диагноза “Опиатная зависимость” (НКБ-10).
2. Опробовать реабилитационные программы.
3. Изучить терапевтическую эффективность, качество и длительность ремиссии.

Одна из задач наркологии, как известно, — это лечение больных наркоманией.

Такая задача должна быть главной, но при одном условии — лечение должно быть добровольным. Во всем мире сегодня, когда говорят о лечении, имеют в виду стабилизацию ремиссии и профилактику рецидива заболевания. Этого можно достичь благодаря комплексному воздействию с применением реабилитационных программ, куда включено как медикаментозное, так и психологическое и социальное воздействия. Причем их удельный вес может быть разным.

Умение использовать подобную тактику позволяет говорить о квалификации специалиста. Работа с больными строится на постоянном контроле за патологическим влечением. При этом полезно выявить комплекс биологических маркеров предрасположенности к развитию наркомании.

Итак, существует две причины употребления наркотиков. Первая — поиск удовольствия, хорошего настроения, вторая — избавление от неприятных ощущений, плохого настроения, затруднений в общении. И это основной мотив принятия наркотиков. Нет других заболеваний, кроме наркоманий, при которых отмечалось бы приятное состояние.

Нейрофизиологические механизмы действуют следующим образом.

В стволовом отделе мозга находится область, называемая системой подкрепления, которая участвует в процессах регуляции мотиваций и эмоций. Если крысе с вживленным электродом в эту область дать возможность раздражать последнюю, то животное производит это безостановочно, иногда до полного истощения. То же происходит с людьми, принимающими наркотик, только они раздражают систему подкрепления химическим, а не электрическим путем. Именно активацией этой системы подкрепления объясняется формирование зависимости.

В норме в синапсе вырабатывается определенное количество нейромедиатора дофамина, которое, в свою очередь, дает определенную степень воз-