

надається можливість говорити про свої відчуття;

- «входження в казку» – момент таємничості та чарівності;
- текст казки є з'єднуючою ланкою між вправами і створює певну атмосферу [2].

Вимоги до використання казок [1]:

- текст українських народних казок можна переказувати, лише авторські казки краще читати, щоб зберегти стиль та тонку авторську атмосферу;
- текст казок можна скорочувати або змінювати; через деякий час їх можна повторювати;
- всі атрибути казок, наочність, музичний супровід можна замінювати іншими та варіювати;
- педагог на занятті повинен створити сприятливу атмосферу, позитивний настрій, використовувати різні методи та прийоми для реалізації поставленої мети;
- необхідно пам'ятати, що все, що виконує дитина, всі її слова, рухи, навіть імпровізація є успішними, вдалими, найкращими та прекрасними. Важливо, щоб діти відчували себе вільними, розкутими, щоб вірили в себе та свої сили.

Висновки. Сучасні освітні тенденції в підтверджують ефективність використання різних видів арттерапії в корекційному процесі для дітей з психофізичними особливостями. Зокрема, казкотерапія може використовуватися в логопедичній практиці дошкільця. Адже, через потужні можливості казки, як фольклорного жанру, вона реалізує вагомий терапевтичний ефект: підвищує емоційне налаштування, рухову активність, забезпечує чергування стану активності та пасивності, покращує пластичність та рухливість нервових процесів, сприяє розвитку моторики і координації рухів, зняттю фізичного та психічного напруження, збільшенню працездатності дітей та завдяки різнобарвного казкового змісту та сюжетних ліній забезпечує розвиток усіх складових мовленнєвої системи дошкільника.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Зинкевич-Евстигнеева Т. *Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии* /

Т. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : «Златоуст», 1998. – 352 с.

2. Зинкевич-Евстигнеева Т. *Практикум по сказкотерапии* / Т. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : «Речь», 2000. – 310 с.
3. Ленів З. *Корекція порушень усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку засобами арттерапії : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03* / З. Ленів; НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2010. – 21 с.
4. Маргулян І. *Казкотерапія для малят* / І. Маргулян // *Психолог*. – 2007. – № 28. – С. 23-24.
5. Соколов Д. *Сказки и сказкотерапия* / Д. Соколов. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 304 с.
6. Шорохова О. *Играем в сказку: сказкотерапия и занятия по развитию связной речи дошкольников* / О. Шорохова. – М. : Сфера, 2008. – 208 с.

УДК 616-071:616.717-053.2:616.8-009.12

Н. В. Кукса

кандидат педагогічних наук, доцент,
Сумський державний педагогічний
університет імені А. С. Макаренка

ДОСЛІДЖЕННЯ КІНЕСТЕТИЧНОЇ ОСНОВИ РУХІВ РУК І СТЕРЕОГНОЗУ В ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

У статті представлено результати дослідження кінстетичної основи рухів верхніх кінцівок і стереогнозу в дітей зі спастичними формами церебрального паралічу.

В статті представлені результати дослідження кінстетической основы движения верхних конечностей и стереогноза у детей со спастическими формами церебрального паралича.

The article presents the results of the study kinesthetic basis of the upper extremities' movements and stereognosis in children with spastic forms of cerebral palsy.

Ключові слова: діти, церебральний параліч, обстеження, верхні кінцівки, кінстетична основа руху, стереогноз.

Ключевые слова: дети, церебральный паралич, обследование, верхние конечности, кинстетическая основа движения, стереогноз.

Key words: children, cerebral palsy, examination, upper extremities, kinesthetic basis of movement, stereognosis.

Постановка проблеми. Порушення кінстетичних відчуттів обумовлюють

затримку вікових рухових функцій, розлади загальної і дрібної моторики, та негативно позначаються на розвитку когнітивної і мовленнєвої сфери дитини (І. Левченко, О. Мастюкова, К. Семенова та ін.). Кінестетичний фактор реалізується під час передачі сигналів від рецепторів, розташованих у м'язах, сухожиллях і суглобах, які інформують ЦНС про рухи і положення кінцівок у просторі, і таким чином забезпечують зворотний зв'язок, на основі якого відбувається зіставлення запланованого руху з його виконанням (Є. Ільїн, К. Семенова та ін.). При ДЦП в асоціативні зони кори головного мозку дитини надходить патологічна аферентна імпульсація від неправильних поз і рухів, зумовлених підвищеним м'язовим тонусом і дією тонічних рефлексів. Це призводить до порушення відчуття пози і викривлення сприйняття спрямованості руху. Унаслідок дефіцитарності кінестетичного компонента рухового аналізатора дитина з церебральним паралічем має труднощі у відтворенні певних рухів без зорового контролю і швидко забуває без систематичного підкріплення ті дії, яких її навчали. Така слабкість кінестетичних відчуттів характерна для здорових дітей раннього віку – до 3–4 років (Є. Ільїн). У дітей із церебральним паралічем за відсутності своєчасного адекватного відновного лікування недостатність кінестетичного аналізатора спостерігається протягом усього життя.

Аналіз останніх досліджень та публікацій дозволив з'ясувати, що порушення кінестетичного праксису спостерігається приблизно у 60% дітей з церебральним паралічем [2, с. 78]. Ураження кінестетичного аналізатора значно обмежує «вольовий контроль» за рухами верхніх кінцівок при спастичних формах церебрального паралічу, що гальмує довший розвиток їх функцій та лімітує формування маніпулятивної і предметно-практичної діяльності [1–3]. При цьому найбільш доказовим параметром стану чутливості верхніх кінцівок вважається стереогноз [1, с. 136], порушення якого, за даними Е. Кіннуса, встановлено у 97% пацієнтів зі спастичними формами церебрального паралічу з

ураженням верхніх кінцівок [4].

Мета статті: висвітлити результати дослідження кінестетичної основи рухів верхніх кінцівок і стереогнозу в дітей зі спастичними формами церебрального паралічу.

Виклад основного матеріалу. В експериментальному дослідженні взяло участь 58 дітей дошкільного і молодшого шкільного віку зі спастичними формами церебрального паралічу. Методика дослідження кінестетичної основи рухів рук і стереогнозу включала тестові завдання для дослідження таких показників.

1. Дослідження кінестетичної координації рук – виконання комплексу рухів з виключенням зорового аналізатору (за попереднім показом виконуваного руху або рухової дії). Оцінюється обсяг виконаних завдань з виключенням зорового аналізатора, правильність і точність виконання, рухова пам'ять, а також ступінь диференціації просторових параметрів і амплітуди рухів.

Оцінювання: 4 бали – завдання виконано в повному обсязі, правильно і точно; координація рухів практично не порушена; можливі незначні відхилення у просторовій орієнтації та незначні коливання амплітуди під час виконання одного й того ж руху; 3 бали – завдання виконано в повному обсязі із порушенням координації, відхиленнями у просторовій орієнтації та коливаннями амплітуди аналогічних рухів, або завдання виконано із двома-трьома помилками за незначної дискоординації рухів; 2 бали – завдання виконано із трьома-чотирма помилками, порушення координації рухів із значними відхиленнями у просторовій орієнтації та коливаннями амплітуди під час виконання аналогічних рухів; 1 бал – виконано менше половини завдань із п'ятьма-шістьма помилками; виражена дискоординація рухів, що виявляється в низькій диференціації просторових параметрів і значних коливаннях амплітуди аналогічних рухів; можливі координаційні та (або) імітаційні синкінезії; 0 балів – виконано менше трьох завдань; виражена дискоординація рухів, синкінезії.

2. Дослідження оптико-кінестетичного праксису – відтворення поз кисті і пальців рук за зоровим зразком,

наслідуючи педагога. Оцінюється кількість, правильність і точність відтворення поз. Фіксується наявність синкінезій.

Оцінювання: 4 бали – виконано всі завдання, правильно і точно; 3 бали – виконано всі завдання, з незначними похибками (1–2 помилки), що виправлялися самостійно дитиною; 2 бали – самостійно виконано 5–6 завдань, інші завдання виконувалися після самостійного виправлення або підказки педагога; 1 бал – правильно виконано 3–4 завдання, кілька інших завдань виконано дефектно з допомогою педагога; 0 балів – виконано менше трьох завдань.

3. Дослідження кінестетичного праксису – відтворення поз кисті і пальців рух за кінестетичним зразком (із виключенням зорового аналізатору). Оцінюється обсяг виконаних завдань, правильність і точність.

Оцінювання: 4 бали – завдання виконано в повному обсязі, правильно і точно; 3 бали – завдання виконано в повному обсязі з однією-двома помилками, які виправляються на другій-третьій спробі; 2 бали – виконано 5–6 завдань, помилки не виправляються; 1 бал – правильно виконано 3–4 завдання; 0 балів – виконано менше трьох завдань.

4. Дослідження стереогнозу (тест

«Чарівна торбинка») – визначення предметів навпомацки (з виключенням зорового аналізатору). Оцінюється обсяг і правильність виконання завдання.

Оцінювання: 4 бали – правильно визначено всі предмети; 3 бали – правильно визначено 4 предмети; 2 бали – правильно визначено 3 предмети; 1 бал – правильно визначено 1–2 предмети; 0 балів – не визначено жодного предмета.

За результатами дослідження кінестетичної основи рухів рук встановлено, що найбільш порушеним у дітей з церебральним паралічем є кінестетичний праксис (таблиця 1). Найнижчі показники кінестетичного праксису під час дослідження ураженої кінцівки зафіксовано в 11 дітей зі спастичною диплегією та у 8 дітей із геміпаретичною формою церебрального паралічу. Такі діти не відтворили ураженою кінцівкою жодної із запропонованих поз без зорового контролю, що було зумовлено як дефіцитарністю кінестезій, так і дефектністю рухів пальців рук. 21,8% (n=7) дітей старшого дошкільного віку і 15,3% (n=4) дітей молодшого шкільного віку відтворювали лише 1–3 пози, найчастіше вказівний жест, «зайчик» і «кільце» із вказівного й великого пальців.

Таблиця 1

Показники кінестетичної основи рухів рук і стереогнозу у дітей зі спастичними формами церебрального паралічу

Показник	Оцінка (в балах)	Кількість дітей (у %)	
		дошкільного віку (n=32)	молодшого шкільного віку (n=26)
Кінестетична координація	4	18,8	34,6
	3	28,1	26,9
	2	25	26,9
	1	15,6	7,7
	0	12,5	3,9
Оптико-кінестетичний праксис	4	6,2	23,1
	3	18,8	30,8
	2	25	23,1
	1	31,2	15,3
	0	18,8	7,7
Кінестетичний праксис	4	3,1	19,2
	3	12,5	27
	2	21,9	19,2

	1	40,6	19,2
	0	21,9	15,4
Стереогноз	4	18,8	26,9
	3	18,8	23,1
	2	25	26,9
	1	28,1	15,4
	0	9,3	7,7

Результати дослідження оптико-кінестетичного праксису засвідчили, що найбільші труднощі виникали у дітей під час відтворення пози «жук» (витагнути вказівний палець і мізинець), що пов'язано з несформованістю тонких ізольованих рухів, особливо у дітей дошкільного віку. Під час виконання завдань на відтворення пальцями «кілець» 44,8% дітей припускалися помилок, що характеризувалося слабкою диференціацією відповідних для заданої пози пальців, які протиставлялися великому пальцю руки. 13,7% (n=8) дітей самостійно виправляли помилки, 20,6% (n=12) виправляли після підказки педагога.

Дослідження кінестетичної координації рухів рук дозволили констатувати виражені порушення координації рухів рук у 9% дітей, з них 6,8% – діти дошкільного віку. Недостатність рухової пам'яті спостерігалася у 29,3% дітей дошкільного віку і 17,2% дітей молодшого шкільного віку, що виявлялося неспроможністю відтворити послідовно серію запропонованих рухів. Високий рівень кінестетичної координації рухів продемонстрували 25,8% (n=15) дітей, з них 15,5% – діти молодшого шкільного віку.

Виражені порушення функції стереогнозу виявлено у 8,6% дітей зі спастичною диплегією. Не визначили шляхом обмацування ураженою кінцівкою жодного предмета 15,5% дітей із геміпаретичною формою ДЦП. 10,3% дітей із геміпарезами правильно визначали лише 1–2 предмети під час виконання завдання для ураженої кінцівки. Натомість під час виконання завдань для здорової кінцівки діти з цією формою ДЦП, переважно з лівосторонніми геміпарезами,

демонстрували високі показники.

Висновок та перспективи подальших розвідок. Отже, результати дослідження кінестетичної основи рухів рук і стереогнозу засвідчили порушення праксису, зумовленого дефіцитністю кінестетичного компоненту рухового аналізатору, у 67,2% дітей. Означене переконливо доводить необхідність розвитку кінестетичних відчуттів у дітей зі спастичними формами церебрального паралічу як важливого чинника формування їх рухової пам'яті і рухового досвіду. Перспективу подальших досліджень вбачаємо в розробці програмного й організаційно-методичного забезпечення корекційних занять з розвитку праксису і стереогнозу в дітей із церебральним паралічем.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреев А. В. Хирургическое лечение контрактур и двигательных установок верхних конечностей у детей со спастическими формами ДЦП / А. В. Андреев, Д. В. Рыжиков, Е. В. Губина // *Травматология и ортопедия*. – 2016. – 22 (3). – С. 135-145.
2. Немкова С. А. Когнитивные нарушения у детей с церебральным параличом (структура, диагностика, лечение) / С. А. Немкова, О. И. Маслова и др. // *Педиатрическая фармакология*. – 2012. – Том. 9. – № 3. – С. 77-84.
3. Семёнова К. А. К вопросу о возможностях коррекции нарушенных движений верхних конечностей у больных с церебральным параличом / К. А. Семёнова // *Юбилейный альманах «Исцеление»*. – М., 2000. – С. 165-172.
4. Kinnucan E, Van Heest A, Tomhave W. Correlation of motor function and stereognosis impairment in upper limb cerebral palsy. *J Hand Surg Am*. 2010;35(8):1317-1322. doi: 10.1016/j.jhssa.2010.04.019