

УДК 376:159.922.7(075.8)  
ББК 74.3:88.8я73  
Ш63

Рецензенты:

зав. кафедрой психологии развития и дифференциальной психологии,  
д-р психол. наук, проф. *Л.Л. Головей*  
(Санкт-Петербургский государственный университет);  
зав. кафедрой специальной психологии,  
канд. психол. наук, доц. *В.М. Сорокин*  
(Институт специальной педагогики и психологии)

**Шипицына Л.М., Мамайчук И.И.**

**Ш63** Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. — 368 с: ил. — (Коррекционная педагогика). ISBN 5-691-01095-6.

В учебном пособии впервые представлена систематизация клинических, психологических и педагогических сведений о детях с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Подробно изложены психические нарушения, психодиагностические и психокоррекционные аспекты работы психолога при церебральном параличе и других формах двигательной патологии, в частности болезни Дюшенна. Даны вопросы и практические задания для студентов.

Пособие адресовано студентам высших учебных заведений, будет полезно практическим работникам учреждений образования, здравоохранения и социальной защиты, а также родителям, воспитывающим детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

УДК 376:159.922.7(075.8)  
ББК 74.3:88.8я73

- © Шипицына Л.М., Мамайчук И.И., 2003
- © ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2003
- © Серия «Коррекционная педагогика» и серийное оформление. ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2003
- © Художественное оформление. ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2003
- © Макет. ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2003

ISBN 5-691-01095-6

## Оглавление

Введение.....	6
<b>Глава I. Общие вопросы и экскурс в историю.....</b>	<b>11</b>
§ 1. Основные направления курса.....	11
§ 2. История помощи лицам с физическими (двигательными) нарушениями.....	13
<b>Глава II. Клинические особенности детского церебрального паралича.....</b>	<b>20</b>
§ 1. Определение понятия.....	20
§ 2. Этиология и патогенез ДЦП.....	23
§ 3. Клинические формы ДЦП.....	27
§ 4. Ранняя диагностика и прогноз ДЦП.....	38
<b>Глава III. Психологические особенности детей с церебральным параличом.....</b>	<b>44</b>
§ 1. Нарушения двигательных функций.....	45
§ 2. Нарушения сенсорных функций.....	49
§ 3. Нарушения зрительно-моторной координации.....	53
§ 4. Нарушения пространственного анализа и синтеза.....	54
§ 5. Нарушения предметно-практической деятельности.....	56
<b>Глава IV. Нарушение высших психических функций у детей с церебральным параличом.....</b>	<b>63</b>
§ 1. Теоретические предпосылки нейропсихологического исследования.....	63
§ 2. Нейропсихологическое исследование познавательных процессов.....	67
§ 3. Нейропсихологическое исследование при спастической диплегии.....	72
§ 4. Нейропсихологическое исследование при гемипаретической форме ДЦП.....	80
§ 5. Нейропсихологическое исследование при гиперкинетической форме ДЦП.....	90
§ 6. Сравнительный анализ нейропсихологических исследований при разных формах ДЦП.....	91
<b>Глава V. Нарушение интеллектуальных функций у детей с церебральным параличом.....</b>	<b>95</b>
§ 1. Нарушение интеллектуальных функций у школьников со спастической диплегией.....	96
§ 2. Нарушение интеллектуальных функций у детей с гемипаретической формой ДЦП.....	105

<b>Глава VI. Нарушение речевых функций у детей с церебральным параличом</b>	<b>109</b>
§ 1. Речевые нарушения у детей с церебральным параличом в раннем возрасте	111
§ 2. Нарушение формирования артикуляции и орально-моторных рефлексов	116
§ 3. Речевые расстройства	122
§ 4. Дизартрия при спастической форме ДЦП	127
§ 5. Дизартрия при гиперкинетической форме ДЦП	129
§ 6. Дизартрия при других формах ДЦП	132
§ 7. Алалии	134
§ 8. Нарушения письменной речи	135
<b>Глава VII. Нарушение формирования личности ребенка с ДЦП</b>	<b>138</b>
§ 1. Основные причины нарушения развития личности детей с церебральным параличом	138
§ 2. Психопатологические варианты личности	141
§ 3. Нарушение коммуникативных функций	147
§ 4. Нарушение формирования образа «Я»	151
§ 5. Нарушение формирования эмоционально-волевой сферы	156
<b>Глава VIII. Психологическая диагностика детей с церебральным параличом</b>	<b>162</b>
§ 1. Значение ранней психодиагностики	162
§ 2. Психодиагностика в системе реабилитации больных	164
§ 3. Особенности психологического обследования детей	169
§ 4. Психодиагностика двигательных функций ребенка	173
§ 5. Психодиагностика сенсорно-перцептивных функций	176
<b>Глава IX. Коррекционная работа при ДЦП</b>	<b>189</b>
§ 1. Медицинская коррекция	190
§ 2. Принципы психокоррекции ребенка	196
§ 3. Психологическая коррекция познавательных процессов	203
§ 4. Психологическая коррекция эмоциональных нарушений	209
§ 5. Проблемы коррекции детей с ДЦП, имеющих патохарактерологические и невротические проявления	221
§ 6. Коррекция нарушений речи	224
§ 7. Коррекция нарушений чтения и письма	236

<b>Глава X. Комплексная реабилитация детей с церебральным параличом в специальных (коррекционных) учреждениях</b>	<b>240</b>
§ 1. Психолого-педагогическая коррекция в дошкольных учреждениях	241
§ 2. Диагностика готовности к обучению	248
§ 3. Специальное (коррекционное) обучение детей	252
§ 4. Проблемы реабилитации и обучения детей с тяжелыми формами ДЦП	268
§ 5. Организация психологического сопровождения в школе	271
§ 6. Профессиональная ориентация	274
<b>Глава XI. Психологические особенности детей с прогрессирующей мышечной дистрофией (миопатией)</b>	<b>291</b>
§ 1. Этиология и патогенез миопатий	291
§ 2. Клинические особенности миопатий Дюшенна	293
§ 3. Психологическая характеристика детей с болезнью Дюшенна	298
§ 4. Восприятие собственного «Я» детьми с болезнью Дюшенна	301
§ 5. Взаимоотношения в семье ребенка с болезнью Дюшенна	307
§ 6. Психологическая коррекция детей-миопатов	310
<b>Глава XII. Социализация и интеграция детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата</b>	<b>314</b>
§ 1. Социальная и педагогическая интеграция: современные проблемы	314
§ 2. Изменение нормативно-правовой базы в отношении инвалидов	327
§ 3. Отношение разных слоев общества к интеграции инвалидов	330
§ 4. Отношение к интеграции в общество инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата	347
Приложение (анкеты)	353
Литература	359

В вузах Российской Федерации «Психология детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата» с 2000 г. выделена как самостоятельная учебная дисциплина в Государственном образовательном стандарте высшего профессионального образования второго поколения. Эта дисциплина включена в блок программ профессиональной подготовки по специальности 031900 — «Специальная психология» и представляет интерес для специальностей дефектологического спектра, в которых предмет с таким названием не выделен, но имеются разделы в курсах специальной психологии и специальной педагогики по изучению детей с двигательной патологией.

Подготовка специальных психологов в нашей стране ведется сравнительно недавно, чуть более 10 лет, и только в небольшом числе вузов Москвы, Санкт-Петербурга и некоторых других регионов, поскольку отсутствуют необходимые кадры высшей квалификации для их обучения, а также научно-методическое оснащение учебного процесса. Однако сегодня в России, как и в других странах мира, эта специальность является необычайно востребованной, соединяя теоретические и практические знания и навыки, крайне необходимые для коррекции и реабилитации, помощи и поддержки большой категории «проблемных» детей и подростков, их родителей и учебно-воспитательного персонала учреждений образования, здравоохранения и социального обеспечения.

Выделение курса «Психология детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата» в самостоятельное направление специальной психологии обусловлено необходимостью не только знания психологом различных категорий детей с отклонениями в развитии, но и совершенствования психолого-педагогической помощи таким детям, так как эта патология чрезвычайно распространена и имеет тенденцию к росту. Особенно значительно увеличивается число больных детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

Так, по данным Госкомитета РФ на начало 2002 г. на учете в России состояли 658,1 тыс. детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, что почти на 60 тыс. больше, чем в 1998 г. Каждый

десятый ребенок-инвалид является инвалидом по причине заболеваний опорно-двигательного аппарата. В структуре заболеваемости детей до 14 лет болезни опорно-двигательного аппарата составляли в 1990г. 91,7 тыс. случаев (впервые установленный диагноз), в 1995 г. — 547 тыс., а в 2001 г. — 741 тыс. случаев.

Дети с нарушением функций опорно-двигательного аппарата уже несколько десятилетий являются объектом пристального внимания специальных педагогов, психологов, логопедов, клиницистов. В системе образования создана сеть специальных (коррекционных) дошкольных и школьных учреждений для воспитания, обучения и реабилитации этих детей.

К сожалению, факультеты специальной (коррекционной) педагогики и психологии не готовят специалистов для работы в этих учреждениях, и специфическая направленность психолого-педагогического процесса обеспечивается лишь благодаря методическому руководству небольшой группы ученых, разрабатывающих проблемы реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Разумеется, что при таком положении дел возникают трудности с открытием новых учреждений, а существующие недостаточно укомплектованы квалифицированными кадрами.

В России лишь часть детей имеют возможность посещать учреждения, в которых оказывается необходимая психолого-педагогическая и медико-социальная помощь.

При существующей структуре специальных (коррекционных) образовательных учреждений, традиционно ориентированных преимущественно на работу с детьми в группах или классах, часть детей остается без гарантированной психолого-медико-педагогической помощи. Это прежде всего дети с ДЦП в сочетании с выраженными нарушениями психического развития, эмоционально-личностными отклонениями, эпилептическими припадками и т. п., т. е. такие дети, которые постоянно нуждаются в психолого-медико-педагогическом сопровождении.

Несовершенна существующая система и для детей с легкими нарушениями опорно-двигательного аппарата, обусловленными или сочетанными с неврологической патологией. Практика показывает, что эти дети могут успешно обучаться



в массовой школе, но в периоде начального обучения им требуется шадящий режим, поддерживающая терапия, психологическая и коррекционно-педагогическая помощь. В настоящее время таких детей чаще всего направляют в массовые школы, где в периоде адаптации у них появляются разнообразные невротические реакции, приводящие к неблагоприятным последствиям.

*В системе помощи детям с нарушением опорно-двигательного аппарата обнаруживается целый ряд проблем, препятствующих их социальной адаптации и интеграции в современное общество:*

- недостаток дифференцированной психолого-педагогической и медико-социальной помощи;
- почти полное отсутствие подготовки и повышения квалификации специалистов для работы с детьми, имеющими различные нарушения опорно-двигательного аппарата;
- необходимость совершенствования методов лечебной, психологической и коррекционно-педагогической работы с этими детьми на научной основе.

Решение этих проблем частично осуществляется в организации комплексных психолого-педагогических, медико-социальных и реабилитационных центров для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Для осуществления работы этих центров крайне необходимым является совершенствование ранней диагностики детей с двигательной патологией. С этой целью следует еще в родильных домах проводить специалистами — ортопедом, невропатологом, психологом — консультации детей с энцефалопатией и рожденных после неблагоприятных родов и осложненной беременности, а также постоянное наблюдение вышеуказанной группы, а при необходимости их лечение в течение 1-го года жизни, с вовлечением в работу специального психолога-педагога и логопеда. Не менее важным является организация системы ясли—сад, позволяющей охватить всех детей с двигательной патологией, независимо от степени поражения и состояния интеллекта. Эти учреждения должны

оказывать необходимую помощь и обладать дифференцированными и индивидуальными программами для воспитания детей с различным поражением опорно-двигательного аппарата, интеллекта и речи.

Чрезвычайно актуальной является проблема интеграции детей и подростков с двигательными нарушениями в общество здоровых людей, превращение их в активных членов этого общества.

Успешность социальной интеграции лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата зависит от особенности их личности. Отечественный и зарубежный опыт показывает, что дети и подростки с двигательными недостатками имеют ряд неразрешенных психологических проблем, связанных с негативным воздействием их микросоциального окружения и психогенной травматизацией в связи с наличием физического дефекта. Для них характерны дезадаптационные срывы и кризы, проявляющиеся в перенапряжении эмоциональной сферы и поведенческих нарушениях. Решающее значение в социальной адаптации и интеграции имеют индивидуальные особенности развития ребенка, которые представляют собой компенсаторный потенциал личности и позволяют выработать адекватные условиям среды формы поведения и жизнедеятельности. При этом важную роль играет своевременная и эффективная диагностика, практика и коррекция поведенческих, нервно-психических, патохарактерологических расстройств. Эти задачи должен уметь решать специальный психолог, опираясь на знания личностных особенностей детей и подростков с двигательными нарушениями.

Учебное пособие предназначено для студентов факультетов дефектологии, коррекционной педагогики, специальной педагогики и психологии вузов. Оно может быть использовано также практическими работниками учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты и родителями, воспитывающих детей с двигательной патологией.

Тематика учебного пособия полностью соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта, типовому учебному плану факультетов специального образования.



*Задачи курса «Психология детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата»:*

- обеспечение студентов теоретическими знаниями по клинике, этиологии и патогенетическим механизмам психических нарушений при патологии опорно-двигательного аппарата;
- формирование у студентов понимания особенностей различных форм детского церебрального паралича, их комплексного изучения и системного подхода к организации психодиагностической и психокоррекционной работы;
- развитие у студентов представлений об особенностях высших психических функций, нарушениях двигательных, речевых и интеллектуальных, эмоционально-личностных способностях детей с ДЦП и возможностями их психолого-педагогической коррекции;
- знакомство студентов с детьми и подростками, имеющими различную форму и степень выраженности нарушений при ДЦП;
- изучение студентами организации и содержания психолого-педагогического и медико-социального сопровождения лиц с ДЦП в разном возрасте и разных типах образовательных и реабилитационных учреждениях;
- формирование у студентов приемов и навыков психологической помощи и консультирования семей детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Учебное пособие состоит из 12 глав. К каждой главе даны вопросы и задания для контроля за усвоением материала и самостоятельной работы студентов, а в конце пособия — список рекомендуемой литературы.

Авторы выражают глубокую признательность за предоставленные материалы собственных исследований доценту, к. п. н. И.А. Смирновой, доценту, к. п. н. Л.А. Даниловой, аспирантке К. Стока, выпускникам Института специальной педагогики и психологии С.Б. Федорову, М.Е. Михушкиной, врачу Р.Ф. Гасанову.

## ОБЩИЕ ВОПРОСЫ И ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ

### § 1. Основные направления курса

Психология детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата — отрасль специальной психологии, исследующая генез психических отклонений в развитии, их диагностику и коррекцию в процессе реабилитации и социальной адаптации ребенка с патологией опорно-двигательной системы.

*Эта отрасль специальной психологии выделена в последние годы и имеет несколько научно-исследовательских направлений:*

- клинико-психологическое, т. е. сопоставление особенностей психологического развития больного ребенка с клиническим течением заболевания опорно-двигательной системы, этиопатогенезом, формами и степенью тяжести;
- психолого-педагогическое, т. е. динамическая диагностика и коррекция ребенка с двигательной патологией в процессе обучения и воспитания;
- социально-психологическое, т. е. формирование межличностных отношений, личности ребенка с нарушением движений, его социализация и профессиональное самоопределение;
- семейно-психологическое, т. е. психологическое сопровождение семьи больного ребенка, оказание им квалифицированной помощи семье и ребенку.

Предмет данной отрасли специальной психологии — изучение закономерностей психического развития детей с двигательными нарушениями.

*Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата — это полиморфная в клиническом и психолого-педагогическом отношении категория лиц. Среди них условно можно выделить 4 группы:*

1. Дети, у которых нарушения опорно-двигательного аппарата обусловлены органическими поражениями нервной системы:
  - головного мозга (детский церебральный паралич, опухоли, и травмы);
  - проводящих путей (параличи рук, кривошея и т. п.);
  - спинного мозга (последствия полиомиелита, травмы).
2. Дети, имеющие сочетанные поражения нервной системы и опорно-двигательного аппарата вследствие родовых травм.
3. Дети, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата при сохранном интеллекте (артрогриппозы, хондродистрофии, сколиозы и т. д.).
4. Дети, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата наследственной этиологии с прогрессирующими мышечными атрофиями (миопатия Дюшенна, амнотрофия Вердинга—Гоффмана и др.).

Изучение контингента этих детей показало, что во многих случаях наблюдается сочетание выраженных нарушений опорно-двигательного аппарата с отклонениями в развитии центральной нервной системы.

*Проведенный в Санкт-Петербурге Ассоциацией родителей детей-инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата анализ показал, что среди этих детей:*

- 6% — практически полностью способны к самообслуживанию;
- 50% — к неполному самообслуживанию;
- 30% — к частичному самообслуживанию;
- 14% — полностью не способны к самообслуживанию.

*В плане сохранности интеллекта получены следующие результаты:*

- 60% — имеют сохраненный интеллект;
- 30% — частичные отклонения в развитии интеллекта;
- 10% — грубые нарушения интеллекта.

У большинства детей с нарушением опорно-двигательного аппарата причиной патологии является детский церебральный паралич. Эта категория детей является наиболее изученной в клиническом и психолого-педагогическом аспектах и составляет подавляющее число учащихся специальных (коррекционных) школ VI вида. Поэтому в курсе «Психология детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата» в основном пойдет речь о детях с церебральными параличами.

## § 2. История помощи лицам с физическими (двигательными) нарушениями

Легенды рассказывают, что в большинстве дохристианских общин, за исключением Древней Индии и Древнего Египта, где проявляли милость и участие к людям с отклонениями в развитии, детей с выраженными (физическими) недостатками убивали либо притесняли. У кочевых народов правом на жизнь обладал лишь тот, кто мог быть полезен общине.

В Древней Греции с физическими недостатками ассоциировали такие негативные качества человека, как трусость, мстительность, вероломство. Это представление Гомер запечатлел в образе Терсита. У спартанцев существовал даже печально знаменитый тест на выживание, который заключался в том, что новорожденных с физическими отклонениями оставляли на волю природы и диких зверей в горах.

Приблизительно в VI в. до н. э. существовала идея о воспитании активного гражданина, согласно которой каждый гражданин должен был быть в состоянии исполнять какую-либо

государственную службу. Дети с отклонениями в развитии получали доступ к образованию лишь при условии, что они были «сносны» [Merkens, 1988]\*. Наилучшим примером в этом отношении был Сократ, физические отклонения которого не препятствовали его обучению.

Большинство выдающихся ученых древности придерживались иного мнения. Так, **Платон** считал, что государство должно сохранять за собой право решать вопрос о «пригодности граждан» к обучению, что легко позволяло исключить «непригодных». Пригодность для обучения признавалась лишь для двух высших классов общества — солдат и военачальников. **Аристотель** отводил государству лидирующую роль в деле воспитания граждан и полагал, что не стоит обучать тех, кто не слышит и не может говорить.

На протяжении многих веков глава римской семьи, т. е. отец семейства, имел не только юридическое право, но и даже обязан был, по указу государства, умертвить своего ребенка, если он родился с аномалией [В. Wuyts, 1991]. Затем римское право смягчилось, римские семьи стали все больше использовать в качестве педагогов рабов-греков, создавая базис для гуманистического мышления.

В раннехристианскую эпоху люди-инвалиды могли рассчитывать на кров и помощь только со стороны духовных общин. Таким же положение оставалось и в Средние века, когда за пределами стен монастыря или аббатства люди с отклонениями в развитии были вынуждены бродяжничать и просить милостыню. Отклонение рассматривалось как знак дьявола. Инквизиция отправляла таких людей на костер. Самые «удачливые» развлекали знать в качестве шутов при дворах вельмож и на ярмарках.

**Х.Л. Вивес** (1492—1540), **В. Ратне** (1571—1635), **Я. Коменский** (1592—1670) были важнейшими деятелями эпохи Возрождения, которые пытались организовать помощь людям-инвалидам. Но вплоть до эпохи Просвещения отношение общества к инвалидам, мало менялось. Благодаря **Дж. Локку** (1632—1704) и **Ж.Ж. Руссо** (1712—1778), произошёл поворот в отношении к инвалидам.

\* См. список литературы на с. 359—367 пособия.

Вынужденная жизнь на подаяние перестала быть для инвалидов чем-то само собой разумеющимся, а уступила место концепции человеческого достоинства и социальной пользы.

В конце XVIII — начале XIX в. в работах **И.Г. Песталоцци** (1746—1827) и **Ф. Фрёбеля** (1782—1852) появляются элементы ортопедагогического учения (ортопедагогика — выпрямляющая педагогика). В теории воспитания Песталоцци, связанной с привитием практических навыков детям с отклонениями в развитии, на первом месте стоит наглядность и самостоятельность. Фрёбель указывая на неотъемлемую роль воспитания и важность ранней диагностики и лечения таких детей.

Промышленная революция (1760—1880) отмечалась ростом физических увечий и травм из-за убогих условий труда и жилья, что привело к увеличению числа инвалидов. Городская семья оказалась не в состоянии взять на себя заботу об одном из своих членов, если это был инвалид. Появляются лечебно-педагогические учреждения. Так, **Д.Н.Э. фон Курц** в 1832 г. основал техническую школу для бедных хромых детей, которая готовила их к жизни и работе на фабрике.

Как реакции на бедственное положение инвалидов, начиная с 1850 г. стали возникать многочисленные, в основном религиозно-благотворительные, организации по уходу. Появлялись ортопедагогические клиники, пристальное внимание медицины было направлено прежде всего на инвалидов-детей и подростков. В известном смысле был сделан шаг назад: лечебно-педагогический подход уступил место только лечебному. Первое клиническое описание детского церебрального паралича было сделано английским врачом-хирургом **В.Д. Литтлем** (1810—1894). Он сам страдал левосторонней косолапостью и в 1853 г. опубликовал работу, которая называлась «О природе и лечении деформаций человеческого каркаса». В 1861 г. в лекции о спастической ригидности он подчеркнул, что серьезные и специфические недуги могут быть врожденными. Он доложил об этом на заседании английского Королевского клинического общества, а затем опубликовал свои наблюдения за детьми, у которых после перенесенных при родах травмах головы развились параличи



конечностей [W.V. Little, 1862]. Почти 100 лет это заболевание называлось болезнью Литтля.

В 1906 г. немецкий ортопед В. Бизальский обнаружил «статистику хромоты». Эти данные демонстрировали колоссальную многочисленность таких детей среди школьников с нормальным развитием психики и интеллекта. Необходимо было улучшать систему образования и социальной защиты этих детей. Так, впервые в мире в 1920 г. в Германии появляется закон «О помощи хромым», по которому инвалидам гарантировались превентивные меры, медицинская, педагогическая и профессиональная реабилитация.

Медицинская и социально-педагогическая реабилитация детей с церебральным параличом на различных этапах развития общества решалась по-разному. В конце XVIII — начале XIX в. в Европе начинают появляться не только дома призрения, но и лечебные учреждения для детей с двигательными нарушениями. Они возникали в столицах и крупных городах, например в Лондоне, Копенгагене, Стокгольме, Мюнхене и др.

Старейшим учреждением для реабилитации детей, страдающих нарушениями моторики, является «Приют для девочек-инвалидов в Кватрехте» в Бельгии, где в 1921 г. была создана база для начального образования 15 парализованных детей. В 1947 г. первая школа, где обучались дети с физическими недостатками, была создана в Нидерландах. Она получила название «Митиль» по имени девочки из знаменитой пьесы «Синяя птица» Метерлинга. Школе «Митиль» предстояло стать нарицательным именем для школ, где обучаются дети с двигательными нарушениями. Приблизительно в тот же период такие учреждения стали появляться и на других континентах — в США, Японии, Австралии.

Как это ни цинично, но именно благодаря двум мировым войнам произошло ускорение создания системы реабилитации инвалидов. Трудовая реабилитация пострадавшим во время войны могла рассматриваться как экономический фактор пополнения поредевших рядов рабочих.

Глубокое отвращение к концентрационным лагерям и идеи Гитлера о сверхчеловеке сильно укрепили моральный фактор помощи инвалидам, ведь Гитлер приказывал уничто-

Исать в первую очередь инвалидов даже прежде евреев, цыган и гомосексуалистов.

В России учреждение для детей с такой патологией впервые появилось в Санкт-Петербурге в 1890 г. Общество «Синий крест» открывает «приют для детей-калек и паралитиков» на 20 человек. В этом приюте дети находились под наблюдением врачей, получали начальное образование и обучались ремеслу. С 1904 г. консультантом, а затем и руководителем лечебного процесса в приюте был основоположник отечественной ортопедии, профессор Военно-медицинской академии Г.И. Турнер. В 1936 г. на базе лечебно-педагогического учреждения для детей с двигательными нарушениями был организован Научно-исследовательский институт детской ортопедии и травматологии имени Г.И. Турнера. В настоящее время на Лахтинской 10, где был организован первый в России приют для детей-калек, находится поликлиника Института Турнера, кафедра детской ортопедии и травматологии.

До 50-х гг. в нашей стране дети-инвалиды с тяжелыми поражениями опорно-двигательного аппарата получали в основном медицинскую помощь и находились на учете в системе здравоохранения. В конце 50-х гг. появились первые школы для детей с поражением опорно-двигательного аппарата в Москве и Ленинграде, вначале предназначенные для детей, перенесших полиомиелит.

За многолетний период в Институте им. Г.И. Турнера в Ленинграде был накоплен огромный опыт не только ортопедо-хирургического лечения детей, но и лечебно-педагогической и психологической работы с детьми и подростками с церебральным параличом. Со дня основания приюта на базе института постоянно работала средняя школа, а с 1962 г. была организована первая в СССР психологическая служба для детей и подростков с церебральным параличом под руководством доцента Р.Я. Абрамович-Лехтман. В 1967 г. в клинике института было открыто специальное отделение для восстановительного и ортопедо-хирургического лечения детей с церебральным параличом. В 1968 г. было организовано отделение «Мать и дитя», где ребенок вместе с матерью находился в течение трех месяцев и за этот период получал

комплексное восстановительное лечение; с ним занимались психолог, логопед, специалист по лечебной физкультуре, а мать обучалась уходу за ребенком, получала элементарные педагогические навыки у логопеда, психолога, педагога-дефектолога. Опыт работы отделения «Мать и дитя» обобщен в научных трудах института.

В конце 50-х гг. в Ленинграде и других крупных городах страны стали появляться санатории и школы-интернаты для детей с нарушениями движений. В основном в этих школах обучались дети с ДЦП. Одним из первых специализированных учреждений для детей с ДЦП в Санкт-Петербурге стал санаторий Комарово, имевший многолетний опыт санаторно-курортного лечения. Под руководством **С.А. Бортфельд** были разработаны оригинальные методы лечебной физкультуры для детей с ДЦП. В начале 70-х гг. в Москве был открыт Всесоюзный Центр восстановительного лечения детей с ДЦП.

В настоящее время в России функционирует более 74 школ для детей с детским церебральным параличом, в которых обучаются 9 тыс. воспитанников, а также специализированные детские сады и группы «Особый ребенок». Однако этих учреждений далеко не достаточно, особенно для подростков и молодых людей с ДЦП. В учреждениях системы социальной защиты (для детей с тяжелыми физическими недостатками) также проживают и проходят реабилитацию дети-инвалиды, более половины из них — с последствиями ДЦП, способные к существованию лишь с помощью различных вспомогательных средств.

Поданным **К. А. Семеновой, В. Л. Андрианова, И. И. Мирзаевой, Н. Г. Веселова**, в настоящее время на 10 тыс. новорожденных приходится 34—42 ребенка (данные приблизительные, зависят от региона), страдающих такой формой и тяжестью поражения опорно-двигательного аппарата, которые не позволяют этим детям посещать обычные дошкольные учреждения и обучаться в общеобразовательной школе. Такие дети находятся в основном на домашнем обучении.

Несмотря на значительное число психолого-педагогических исследований, по проблеме ДЦП не разработаны программы их дифференцированного обучения с учетом

**Степени** тяжести двигательного и интеллектуального дефекта. Решение этих проблем возможно при комплексном клинико-психолого-педагогическом подходе к этой проблеме с использованием многолетнего опыта работы психологов, педагогов, логопедов и других специалистов, о чем пойдет речь в следующих главах.

### Контрольные вопросы и задания

1. Дайте характеристику основных направлений курса «Психология детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата».
2. Как изменялось отношение к людям с двигательными нарушениями в разные исторические эпохи?
3. Назовите первые реабилитационные учреждения для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата.
4. Расскажите о вкладе Института ортопедии им. Г. И. Турнера в лечение и реабилитацию больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

### § 1. Определение понятия

Термин «детский церебральный паралич» (ДЦП) объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга. ДЦП развивается в результате поражения головного и спинного мозга от разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах. Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития и 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. У некоторых детей наблюдается судорожный синдром. Как указывалось выше, первое клиническое описание ДЦП было сделано В. Литтлем в 1853 г. В течение почти 100 лет ДЦП назывался болезнью Литтля. Однако термин «детский церебральный паралич» принадлежит З. Фрейду. В 1893 г. он 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*».

### § 1. Определение понятия

Но до настоящего времени идут дискуссии по поводу этого термина. В специальной литературе можно найти большое количество разных терминов для обозначения этого типа нарушений.

Так, в англоязычной литературе используют в основном термины: «*церебральный паралич*» и «*спастический паралич*» [N.R. Finnie, 1987].

В немецкой специальной литературе привился термин «*церебральное нарушение двигательного аппарата*», иногда говорят о «*церебральном параличе*» [F.F. Schonell, 1969].

У французских ученых мы встречаем термин «*нарушения моторики церебрального происхождения*».

Многие авторы делали попытку подобрать соответствующий термин для данного нарушения. Например, Г\* Доман [Doman, 1976] подчеркивает противоречивость во многих существующих терминах, как, например, в термине «*мозговой паралич*». Ведь мозг, по сути, не может быть парализован. Кроме того, при данном заболевании редко возникает собственно паралич (когда невозможно никакое движение).

Термин «*спастическое состояние*» также не особенно удачен. Спастическое состояние — это хотя и важный, но лишь один из симптомов заболевания.

В 1993 г. Л.О. Бадалян предложил назвать детские церебральные параличи «*дизонтогенетическими постуральными дискинезиями*». Автор справедливо отмечал, что поражение нервной системы при ДЦП представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение развития. «Эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений» [Л.О. Бадалян, 1993. С. 214].

Безусловно, термин «*дискинезии*» точнее отражает характер двигательных нарушений при ДЦП, подчеркивает их обусловленность расстройствами онтогенеза локомоторных функций. Хотя термин «детский церебральный паралич» не отражает сущности имеющихся при этом заболевании нарушений, однако его широко используют в мировой литературе, и другого понятия, всесторонне характеризующего эти



патологические состояния, до настоящего времени не предложено.

Следовательно, обозначая данное заболевание как «*детский церебральный паралич*», следует иметь в виду *нарушения осанки и двигательных функций, приобретенных впервые годы жизни, непрогрессирующих, отчасти поддающихся функциональной корректровке и объясняющихся недостаточным развитием либо повреждением головного мозга*. Хотя моторные нарушения у детей с ДЦП составляют большую часть проблем, однако зачастую они не являются главной проблемой.

Прошло немало лет со дня выступления В.Д. Литтля на заседании медицинского общества, и за этот период опубликовано много исследований по проблеме детского церебрального паралича. В основном это были работы по вопросам неврологического, ортопедического, восстановительного лечения детей с ДЦП. Однако еще в работах начала XX в. подчеркивалось снижение интеллекта и недоразвитие речи у многих детей с ДЦП. Например, М.Я. Брейтман (1902) первым описал патолого-анатомическую и клиническую картину ДЦП и отметил, что при данном заболевании страдает не только двигательная сфера, но и интеллект, и речь.

В 60—80-х гг. XX в. появились работы, посвященные изучению познавательных процессов и речи у детей с церебральным параличом [Эйдинова и Правдина-Винарская, 1959; Тардье, 1961; Кириченко, 1962; Абрамович-Лехтман, 1962; 1965; Ипполитова, 1967; Данилова, 1969; 1977; Поппандова, 1971; Семенова, Мاستюкова, Смуглин, 1972; Мамайчук, 1976; Симонова, 1981; Saran, 1986; Калижнюк, 1987 и др.].

В настоящее время ДЦП рассматривают как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальном периоде или в периоде незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств. Наблюдается не только замедленный темп психического развития в целом, но и неравномерный, диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций [Семенова,

Мастюкова, Смуглин, 1972; Калижнюк, 1987; Ковалев, 1985, и др.].

Важным звеном в патогенезе психических нарушений у детей с церебральным параличом является недоразвитие или аномальное развитие фило- и онтогенетически наиболее молодых мозговых структур, развивающихся уже в постнатальном периоде. У ребенка с ДЦП в той или иной степени выключена из деятельности важнейшая функциональная система — двигательная. Выраженная двигательная патология, нередко в сочетании с сенсорной недостаточностью, может быть одной из причин недоразвития познавательной деятельности и интеллекта.

## § 2. Этиология и патогенез ДЦП

Причины развития ДЦП многообразны. Принято выделять: пренатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы, имеющие отношение к происхождению ДЦП. На практике чаще всего встречаются комбинации таких факторов, действующих на разных этапах развития.

При анализе причин развития ДЦП обсуждается обычно связь ДЦП с тем или иным периодом развития с использованием термина *период риска*. Вопрос о преимущественном значении того или иного периода риска возникновения ДЦП широко обсуждается в литературе еще со времен В.Д. Литтля и З. Фрейда, однако и сегодня разброс мнений достаточно широк.

По данным ряда исследователей, решающая роль в возникновении ДЦП принадлежит факторам пренатального периода — от 37 до 60%, доля натальных — от 27 до 40%, а постнатальных — от 3 до 25% [Stanly, Alberman, 1984; Volpe, 1981; Nelson, 1986; Suzuki, Iso, Ichikawa, 1993]. Вместе с тем отдельные авторы не придают решающего значения в этиологии ДЦП пренатальному периоду. Так, по мнению Дешесны [Dechesne, 1979], лишь в 30% случаев причины ДЦП лежат в пренатальном периоде; в 60% — связаны

с самими родами и в 10% — возникают после рождения в раннем возрасте.

Обсуждение преимущественного значения того или иного периода, видимо, является второстепенным, а главное значение и моют отдельные этиологические факторы, воздействия которых проявляется в определенные периоды развития плода и новорожденного.

### *Пренатальные факторы*

*Обычно выделяют 3 группы этих факторов:*

1. состояние здоровья матери;
2. отклонения в ходе беременности;
3. факторы, нарушающие развитие плода.

К факторам 1-й группы относят [Бадалян, 1988]: конституцию матери; соматические, эндокринные, инфекционные заболевания матери; вредные привычки; осложнения предыдущей беременности и др.

Например, при поражении сердечно-сосудистой системы у матери в 45% развивается метаболический ацидоз, вызывающий кислородную недостаточность плода, что в свою очередь в 12—40% осложняется асфиксией в родах.

Неблагоприятное значение в развитии ДЦП имеет внутриутробная инфекция. Особо выделяют вирус краснухи. Частота поражения плода при заболевании матери краснухой колеблется от 16 до 59%. Клиническим проявлением патологии при врожденной краснухе может стать возникновение спастических парезов. В 17% всех пренатальных поврежденных причиной является токсоплазмоз.

Причиной тяжелой патологии нервной системы плода может быть иммунная несовместимость матери и плода. Среди детей с ДЦП антигенная несовместимость наблюдается в 12 раз чаще, чем в популяции.

К факторам 2-й группы (отклонения в ходе беременности) могут быть отнесены неблагоприятно протекавшие роды, которыми закончилась предыдущая беременность, лечение тиреоидными гормонами во время беременности, кровотечение

и ючные сроки беременности, потребление матерью эстрогенных гормонов, внутриматочные повреждения.

К 3-й группе факторов (нарушающих развитие плода) относят следующие: вес менее 1500 г, ненормальная позиция плода, малый вес плаценты, беременность сроком менее 37 недель, выраженный дефект родов, аномалия конечностей, микроцефалия, генетические факторы.

Среди перечисленных факторов риска ДЦП наиболее широко обсуждению в литературе подвергается фактор низкой массы тела. Установлен высокий процент детей с ДЦП среди тех, кто имел низкий вес при рождении (от 43 до 50%). Риск ДЦП при рождении таких детей в 6 раз больше, чем у детей с нормальным весом тела. Выявлена четкая связь спастического типа ДЦП с низкой массой тела при рождении.

Примерно в 2% случаев основную роль в развитии ДЦП имеет генетический фактор. В литературе последних лет представлены данные о генетической детерминированности различных типов ДЦП. Так, 12—13% случаев врожденной атаксии с интеллектуальными нарушениями детерминированы генетически. Большинство нарушений при этом наследуется по аутосомально-рецессивному типу.

В пользу генетической этиологии ДЦП свидетельствуют и отдельные исследования природы ДЦП у близнецов.

### *Перинатальные факторы*

*К этим факторам относятся:*

1. асфиксия в родах;
2. родовая травма.

Особенно детально изучен механизм асфиксии: кислородная недостаточность в родах ведет к расширению сосудов и их тромбозу, возникает ишемия мозга, и в итоге могут развиться тяжелые церебральные нарушения.

Частота случаев ДЦП среди детей, родившихся в асфиксии, колеблется, по данным разных исследователей, от 3 до 20%. Четкая связь прослеживается между родовой асфиксией и ДЦП у детей, рожденных преждевременно.

При оценке значимости родовой асфиксии как факторе риска ДЦП целесообразно вспомнить некоторые высказывания **З. Фрейда**, относящиеся к 1897 г. Он указывал, что прямые показатели асфиксии, такие, как задержка производного дыхания, снижение РН в крови пупочной артерии, учащение сердечного ритма плода, — все это есть результат уже имеющегося повреждения мозга. Перечисленные показатели асфиксии являются скорее ранним признаком ДЦП, а не индикатором асфиксии. З. Фрейд считал, что не ДЦП является следствием родовой аномалии, а скорее наоборот, предшествующее поражение мозга у плода является причиной натальной аномалии.

*Причинами родовых травм* могут быть механические повреждения при рождении, неправильное предлежание плода, скоротечные роды, длительные потуги, искусственные роды и др.

На натальной стадии могут быть и другие факторы риска развития ДЦП: патология плаценты или пуповины, обвитие пуповины, длительные потуги, слабость родовой деятельности, преждевременные роды.

### *Постнатальные факторы*

*На постнатальной стадии выделяются следующие причины отклонений:*

- травмы: черепа и костей, субдуральные гематомы и т. д.;
- инфекции: менингит, энцефалит, абсцесс мозга;
- интоксикации: лекарственными веществами, антибиотиками (стрептомицин), свинцом, мышьяком и др.;
- кислородная недостаточность: при удушении, утоплении и др.;
- при новообразованиях и других приобретенных отклонениях в мозге: опухоли мозга, кисты, гидроцефалия и т. д.

Значительное число случаев ДЦП относят к группе с неизвестной этиологией (по данным некоторых авторов, — до 30% случаев).

Все сказанное об этиологии ДЦП относится к ДЦП в целом. В то же время более точные представления об этиологии этого заболевания могут быть получены при анализе причин развития отдельных форм ДЦП, выделенных в зависимости от преобладания тех или иных проявлений двигательной дисфункции.

### *Патогенез ДЦП*

*Структурные изменения мозга у детей с ДЦП подразделяют на две группы:*

- неспецифические изменения самих клеток;
- изменения, связанные с нарушением развития мозга, т. е. с дизонтогенезом.

Наиболее уязвимыми оказываются те процессы, которые наиболее активно проходят в данный момент. Этим можно объяснить многообразие наблюдаемых морфологических изменений в мозгу умерших детей с ДЦП.

Отмечается связь между тяжестью нарушения коры головного мозга и клиническими проявлениями двигательных расстройств.

Патологические изменения мозга у детей с различными формами ДЦП методом компьютерной томографии были установлены в 68% случаев. Самые тяжелые нарушения отмечались на компьютерной томограмме у детей с двойной гемиплегией, при гемипарезе и при атонически-астатической форме ДЦП.

## **§ 3. Клинические формы ДЦП**

Поскольку термин «детский церебральный паралич» не может включить в себя все многообразие патологических сдвигов, возникающих при этом заболевании, уже много лет ведутся поиски и разработки оптимальной классификации этого недуга.



Первая четко оформленная классификация ДЦП принадлежит **З. Фрейду** (1897). В основе ее лежат клинические критерии.

### Классификация ДЦП по З. Фрейду (1961)

- гемиплегия;
- церебральная диплегия (двусторонний церебральный паралич);
- генерализованная ригидность;
- параплегическая ригидность;
- двусторонняя параплегия;
- генерализованная хорей;
- двойной атетоз.

Эта классификация впервые позволила выделить типы ДЦП, которые потом были положены в основу всех последующих классификаций.

В мировой литературе предложено более двадцати классификаций ДЦП. Они основаны на этиологических признаках, характере клинических проявлений, патогенетических особенностях.

В отечественной клинической практике используется чаще всего классификация **К.А. Семеновой** (1979), в которую включены собственные данные автора и элементы классификации **Д.С. Футера** (1967) и **М.Б. Цукер** (1947).

### Согласно этой классификации выделяют пять основных форм ДЦП:

- двойная гемиплегия;
- спастическая диплегия;
- гемипаретическая форма;
- гиперкинетическая форма;
- атонически-астатическая форма.

На практике выделяют еще смешанную форму ДЦП. Остановимся на кратком описании клинических форм ДЦП.

### Двойная гемиплегия

Это самая тяжелая форма ДЦП возникает при значительном поражении мозга в периоде внутриутробной жизни. Все клинические проявления связаны с выраженными деструктивно-атрофическими изменениями, расширением субарахноидальных пространств и желудочковой системы мозга. Имеется псевдобульбарный симптом, слюнотечение и т. д. Оказываются тяжело нарушенными все важнейшие человеческие функции: двигательные, психические, речевые.

*Двигательные нарушения* выявляются уже в периоде новорожденности, как правило, отсутствует защитный рефлекс, резко выражены все тонические рефлексы: лабиринтный, шейные, рефлекс с головы на туловище и с таза на туловище. Не развиваются цепные установочные рефлексы, т. е. ребенок не может научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить.

*Функции рук и ног* практически отсутствуют. Всегда преобладает ригидность мышц, усиливающаяся под влиянием сохраняющихся интенсивных тонических рефлексов (шейного и лабиринтного). Из-за повышенной активности тонических рефлексов ребенок в положении на животе или спине имеет резко выраженные сгибательную или разгибательную позы (см. рис. 1). При поддержке в вертикальном положении, как правило, наблюдается разгибательная поза при свисании головы. Все сухожильные рефлексы очень высокие, тонус мышц в руках и ногах резко нарушен. Произвольная моторика совсем или почти не развита [Т.Г. Шамарин, Г.И. Белова, 1999].



Рис. 1. Двойная гемиплегия

*Психическое развитие детей* находится обычно на уровне умственной отсталости в умеренной или тяжелой степени.

*Речь отсутствует:* анартрия или тяжелая дизартрия.

Прогноз дальнейшего развития двигательной, речевой и психических функций крайне неблагоприятен. Диагноз «двойная гемиплегия» указывает на полную инвалидность ребенка.

### Спастическая диплегия

Это самая распространенная форма ДЦП, известная под названием болезни, или синдрома, Литтля. По распространенности двигательных нарушений спастика диплегия является *тетрапарезом* (т.е. поражены руки и ноги), но нижние конечности поражаются в значительно большей степени.

У детей со спастика диплегией часто наблюдается *вторичная задержка психического развития*, которая при рано начатом и правильно проводимом лечении к 6—8 годам может быть устранена; 30—35% детей со спастика диплегией страдают умственной отсталостью в легкой степени. У 70% наблюдаются речевые расстройства в форме дизартрии, значительно реже — в форме моторной алалии.

Тяжесть *речевых, психических и двигательных нарушений* варьируется в широких пределах. Это связано с временем и силой действия вредных факторов. В зависимости от степени тяжести поражения мозга уже в периоде новорожденности слабо выражены или вовсе не возникают врожденные двигательные рефлексы: защитный, ползания, опоры, шаговые движения новорожденного и др., т.е. нарушается основа, на базе которой формируются установочные рефлексы. Хватательный рефлекс чаще всего, наоборот, усилен, так же как и тонические рефлексы: шейные, лабиринтный; причем степень их выраженности может нарастать к 2—4 мес. жизни.

Резко *повышен тонус мышц языка*, так что он оказывается приведенным к корню, а подвижность его резко ограничивается. Глаза ребенка поднимаются вверх. Таким образом, в порочный круг оказываются втянутыми функции зрения и речь.

При выраженности симметричного шейно-тонического рефлекса при сгибании головы возникает сгибательная поза

в руках и разгибательная в ногах, а при разгибании головы, наоборот, возникает разгибание рук и сгибание ног. Эта жесткая связь тонических рефлексов с мышцами к 2—3 годам приводит к формированию стойких патологических синергии и как следствие — к стойким порочным позам и установкам.

Наиболее характерные позы детей со спастика диплегией представлены на рис. 2.

К 2—3 годам порочные позы и установки становятся стойкими, и с этого времени в зависимости от степени тяжести двигательных нарушений различают тяжелую, среднюю и легкую степени спастика диплегии.

Дети с *тяжелой степенью* самостоятельно не передвигаются или передвигаются с помощью костылей. Манипулятивная деятельность рук у них значительно снижена. Эти дети себя не обслуживают или обслуживают частично. У них относительно быстро развиваются контрактуры и деформации во всех суставах нижних конечностей. У 70—80% детей

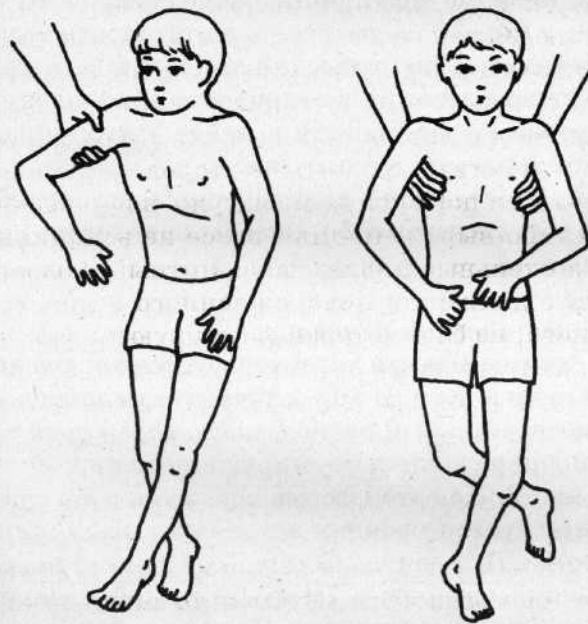


Рис. 2. Спастика диплегия

наблюдаются речевые нарушения, у 50—60% — задержка психического развития, у 25—35% — умственная отсталость. У этих детей на протяжении 3—7 и более лет не редуцируются тонические рефлексы и с трудом формируются установочные выпрямительные рефлексы.

Дети со *средней степенью тяжести* двигательного поражения передвигаются самостоятельно, хотя с дефектной осанкой. У них неплохо развита манипулятивная деятельность рук. Тонические рефлексы выражены незначительно. Контрактуры и деформации развиваются в меньшей степени. Речевые нарушения наблюдаются у 65—75% детей, ЗПР — у 45—55%, у 15—25% — умственная отсталость.

Дети с *легкой степенью тяжести* двигательного поражения отмечают неловкость и замедленность темпа движений в руках, относительно легкое ограничение объема активных движений в ногах, преимущественно в голеностопных суставах, незначительное повышение тонуса мышц. Дети самостоятельно передвигаются, но походка их остается несколько дефектной. Речевые нарушения наблюдаются у 40—50% детей, ЗПР — у 20—30%, умственная отсталость — у 5%.

Прогностически спастическая диплегия — это благоприятная форма заболевания в отношении преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления локомоций.

Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладевать рядом трудовых навыков.

### **Гемипаретическая форма**

Эта форма заболевания характеризуется поражением одно-сторонних руки и ноги. В 80% случаев развивается у ребенка в ранний постнатальный период, когда вследствие травм, инфекций и пр. поражаются формирующиеся пирамидные пути головного мозга. При этой форме *поражена одна сторона тела*: левая при правостороннем поражении мозга и правая при левостороннем. При данной форме ДЦП обычно тяжелее поражается верхняя конечность. Правосторонний гемипарез встречается чаще, чем левосторонний. По-видимому, левое полушарие при воздействии вредных факторов страдает в первую

и в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны. У 25—35% детей наблюдается легкая степень умственной отсталости, у 45—50% — вторичная задержка психического развития, преодолеваемая при своевременно начатой восстановительной терапии. Речевые расстройства наблюдаются у 20—35% детей, чаще по типу псевдобульбарной дизартрии, реже — моторной алалии.

После рождения у ребенка с такой формой ДЦП все врожденные двигательные рефлексы оказываются сформированными. Однако уже в первые недели жизни можно выявить ограничение спонтанных движений и высокие сухожильные рефлексы в пораженных конечностях; рефлекс опоры, шаговые движения, ползание хуже выражены в паретичной ноге. Хватательный рефлекс менее выражен в пораженной руке. Сидеть ребенок начинает вовремя или с небольшим запозданием, при этом поза оказывается асимметричной, что может привести к сколиозу.

Проявления гемипареза формируются, как правило, к 6—10 месяцам жизни ребенка, которые постепенно нарастают (рис. 3).

Начиная с 2—3 лет основные симптомы заболевания не прогрессируют, они во многом сходны с теми, которые наблюдаются у взрослых. Двигательные нарушения носят стойкий характер, несмотря на проводимую терапию.

Выделяют 3 степени тяжести гемипаретической формы ДЦП: «тяжелую», среднюю и легкую.

При *тяжелой степени* поражения в верхней и нижней конечности наблюдаются выраженные нарушения тонуса мышц по типу спастичности и ригидности. Объем активных движений, особенно в предплечье, кисти, пальцах и стопе, минимален. Манипулятивная деятельность верхней конечности практически отсутствует. Уменьшены кисть, длина всех фалангов пальцев, лопатка, стопа. В паретичной руке и ноге



Рис. 3. Гемипаретическая форма



отмечается гипотрофия мышц и замедление роста костей. Дети начинают ходить самостоятельно только с 3—3,5 лет, при этом наблюдается грубое нарушение осанки, формируется сколиоз позвоночного столба и перекос таза. У 25—35% детей выявляется умственная отсталость, у 55—60% — речевые расстройства, у 40—50% — судорожный синдром.

При *средней тяжести* поражения двигательной функции нарушения тонуса мышц, трофические расстройства, ограничение объема активных движений менее выражены. Функция верхней конечности значительно нарушена, однако больной может брать предметы рукой. Дети начинают ходить самостоятельно с 1,5—2,5 лет, прихрамывая на больную ногу, с опорой на передние отделы стопы. У 20—30% детей наблюдается ЗПР, у 15—20% — умственная отсталость, у 40—50% — речевые расстройства, у 20—30% — судорожный синдром.

При *легкой степени* поражения нарушения тонуса мышц и трофики незначительны, объем активных движений в руке сохранен, но отмечается неловкость движений. Дети начинают ходить самостоятельно с 1 г. 1 мес. — 1 г. 3 мес. без переката стопы в больной ноге. У 25—30% детей отмечается ЗПР, у 5% — умственная отсталость, у 25—30% — речевые расстройства.

#### Гиперкинетическая форма

Причиной этой формы ДЦП чаще всего является *билирубиновая энцефалопатия как результат гемолитической болезни новорожденных*. Реже причиной может быть недоношенность с последующей черепно-мозговой травмой во время родов, при которой происходит разрыв артерий, снабжающих кровью подкорковые ядра.

В неврологическом статусе у этих больных наблюдаются *гиперкинезы* (насильственные движения), *мышечная ригидность шеи, туловища, ног*. Несмотря на тяжелый двигательный дефект, ограниченную возможность самообслуживания уровень интеллектуального развития при данной форме ДЦП выше, чем при предыдущих.

После рождения у такого ребенка врожденные двигательные рефлексы оказываются нарушенными: врожденные движения вялые и ограниченные. Сосательный рефлекс

к иблен, нарушена координация сосания, глотания, дыхания. В ряде случаев тонус мышц снижен. В 2—3 месяца могут наблюдаться внезапные мышечные спазмы. Сниженный тонус сменяется дистонией. Установочные цепные рефлексы значительно замедляются в своем формировании. Задержка формирования установочных рефлексов, мышечная дистония, а впоследствии и гиперкинезы нарушают формирование нормальных поз и приводят к тому, что ребенок длительное время не может научиться самостоятельно сидеть, стоять, ходить. Очень редко ребенок начинает ходить самостоятельно с 2—3 лет, чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4—7 лет, иногда только в 9—12 лет.

При гиперкинетической форме ДЦП могут наблюдаться гиперкинезы различного характера, они чаще всего полиморфны.

Выделяют типы гиперкинезов: *хореоформный, атетоидный, хореатетоз, тиркинсоноподобный тремор*. Хореоформный гиперкинез характеризуется быстрыми и отрывочными движениями, чаще всего он более выражен в проксимальных отделах конечностей (см. рис. 4). Атетоз характеризуется медленными, червеобразными движениями, одновременно возникающими в сгибателях и разгибателях, наблюдается преимущественно в дистальных отделах конечностей (см. рис. 5).

*Гиперкинез* возникает с 3—4 месяцев жизни ребенка в мышцах языка и только к 10—18 месяцам появляется в других частях тела, достигая максимального развития к 2—3 годам жизни. Интенсивность гиперкинеза усиливается под влиянием



Рис. 4. Гиперкинетическая форма. Хореоформный гиперкинез



Рис. 5. Гиперкинетическая форма. Атетоидный гиперкинез

экстероцептивных, проприоцептивных и особенно эмоциональных раздражителей. В покое гиперкинез значительно уменьшается и практически полностью исчезает во время сна.

Нарушение тонуса мышц проявляется дистонией. Нередко у многих детей наблюдается атаксия, которая маскируется **ГИПЕРКИНЕЗОМ** и выявляется при его редукции. У многих детей наблюдаются снижение мимики, паралич отводящего и лицевого нерва. Почти у всех детей выражены вегетативные нарушения, значительно снижена масса тела.

Нарушения речевой функции встречаются у 90% больных, чаще в форме гиперкинетической дизартрии, ЗПР — у 50%, нарушения слуха — у 25—30%.

Интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно, а трудности в обучении могут быть связаны с тяжелыми расстройствами речи и произвольной моторики из-за гиперкинезов.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. Прогноз заболевания зависит от характера и интенсивности гиперкинеза: при хорейческом — дети, как правило, овладевают самостоятельным передвижением к 2—3 годам; при двойном атетозе прогноз крайне неблагоприятен.



Рис. 6. Атонически-астатическая форма

#### *Атонически-астатическая форма*

Эта форма ДЦП встречается значительно реже других форм, характеризуется парезами, низким тонусом мышц при наличии патологических тонических рефлексов, нарушением координации движений, равновесия.

С момента рождения выявляется *несостоятельность врожденных двигательных рефлексов*: отсутствуют рефлексы опоры, автоматической походки, ползания, слабо выражены или отсутствуют, защитный и хватательный рефлексы (см. рис. 6). Снижен тонус мышц (гипотония). Цепные установочные рефлексы значительно задерживаются в развитии. Такие больные

иногда самостоятельно сидеть к 1—2 годам, ходить — к 6 годам.

К 3—5 годам при систематическом, направленном лечении дети, как правило, овладевают возможностью произвольных движений. Речевые расстройства в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии наблюдаются у 60—75% детей, имеет место ЗПР.

Как правило, при этой форме ДЦП поражается лобно-мосто-мозжечковый путь, лобные доли и мозжечок. Характерными симптомами являются атаксия, гиперметрия, интенционный тремор. В тех случаях, когда имеет место выраженная незрелость мозга в целом, и патологический процесс распространяется преимущественно на передние его отделы, обнаруживается умственная отсталость чаще в легкой, реже — в умеренной степени выраженности, наблюдаются эйфория, светливость, расторможенность.

Эта форма прогностически тяжелая.

#### *Смешанная форма*

Наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. При ней имеются сочетания всех перечисленных выше форм: спастико-гиперкинетическая, гиперкинетически-мозжечковая и так далее. Нарушения речи и интеллекта встречаются с той же частотой. Иногда заболевание протекает как спастическая форма, а в дальнейшем появляются и проявляются все отклики гиперкинезы.

По двигательному дефекту различаются *три степени тяжести* ДЦП при всех перечисленных формах заболевания:

- легкая — физический дефект позволяет передвигаться, пользоваться городским транспортом, иметь навыки самообслуживания;
- средняя — дети нуждаются в частичной помощи окружающих при движении и самообслуживании;
- тяжелая — дети целиком зависят от окружающих.

Значительно ухудшает течение ДЦП наличие у больных гипертонического, гидроцефального, судорожного синдромов;

нарушение функций гипоталамуса, всей гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, адаптирующей больного к внешней среде.

#### § 4. Ранняя диагностика и прогноз ДЦП

Возникающие неврологические нарушения в раннем постнатальном периоде, характеризующиеся как перинатальная энцефалопатия, или тяжелое поражение мозга, сразу после рождения требуют включения ребенка в активный процесс лечения, который проводится в стационаре или в поликлинике. Этот первый этап лечения в остром периоде (от рождения до 1 мес.) особенно значителен, так как при отсутствии должного лечения в этом периоде у больного формируются патологические позотонические установки и движения. Все медицинские мероприятия в этом периоде проводятся, как правило, в стационаре в отделении интенсивной терапии или неврологическом отделении.

По окончании острого периода наступает *резидуальный период*, который делится на 3 этапа:

- ранний резидуальный (от 2 мес. до 12—18 мес);
- промежуточный резидуальный (с 12—18 мес. до 4—6 лет);
- поздний резидуальный (с 4—6 лет до 16 лет).

**Ранний резидуальный этап** характеризуется острыми нарушениями гемо- и ликвородинамики, возникающими в процессе родов. Это вызывает у ребенка значительные нарушения регуляции мышечного тонуса по типу экстензорной ригидности. Кроме того, прогностическими симптомами ДЦП являются не только нарушения мышечного тонуса, но и наличие стойких позотонических (детских рефлексов), задержка в развитии движений, наличие атипичных движений. В большинстве случаев наблюдается задержка психического и речевого развития. У некоторых больных с ДЦП

проявления задержки в развитии психических и речевых функций с возрастом сглаживаются, однако у подавляющего большинства детей с ДЦП задержка психического развития носит стойкий характер и проявляется на последующих стадиях заболевания.

Своевременное начало, активное и непрерывное проведение лечебных мероприятий на этом этапе имеют решающее значение в достижении положительного эффекта. Лечебные мероприятия проводят в специализированных центрах и стационарах.

**Промежуточный резидуальный этап** характеризуется наряду с задержкой и неправильным развитием рефлексов патологическим изменением тонуса, силы, локомоций. Этот этап является непродолжительным при двойной гемиплегии и тяжелой спастической диплегии и характеризуется тем, что активность тонических рефлексов у ребенка остается и даже может нарастать. Установочные рефлексы не формируются или формируются лишь их элементы. Произвольная моторика резко задерживается в своем развитии. Кроме того, у ребенка нарастают патологические синергии, формируются патологические двигательные стереотипы.

**Поздний резидуальный этап** условно называют конечной стадией заболевания. Он характеризуется окончательным развитием патологического двигательного стереотипа, организацией контрактур и деформацией на основе неврологических синдромов, которые развиваются в течении первых стадий заболевания.

Внутри этого этапа **К.А. Семенова (1979)** выделяет две подстадии: *конечная стадия первой степени* характеризуется патологическими двигательными стереотипами, позволяющим ребенку самостоятельно или с поддержкой передвигаться, овладеть письмом, элементами самообслуживания. Речь ребенка может развиваться нормально или имеются негрубые речевые нарушения; *конечная стадия второй степени* может наступить очень рано, в первые месяцы жизни ребенка. У ребенка быстро нарастают массивные, множественные артрогенные контрактуры, тяжелые деформации. Как правило, у детей наблюдается выраженное интеллектуальное и речевое недоразвитие.



Некоторое искусственное выделение промежуточного этапа оправдано тем, что в системе реабилитации высокоэффективные методы восстановительной терапии возможны только при активном участии самого больного — метод функционального биоуправления (ФБУ) с обратными связями, динамическая проприоцептивная коррекция (ДПК) с использованием костюма (лечебного костюма — ЛК — «АДЕЛИ») и др. Эта реабилитация начинается в поздний резидуальный период с 4—6 лет, когда возможно в ходе лечения обращение к личности больного и реализация принципа партнерства, т. е. «активные» методы терапии. До этого возрастного этапа в промежуточном резидуальном периоде используют в основном «пассивные» методы. Как в промежуточный, так и поздний резидуальный периоды лечение проводят по индивидуальному плану реабилитации в Центрах реабилитации, поликлинике, специализированном неврологическом стационаре и специализированном санатории для ДЦП.

Установление раннего диагноза ДЦП очень важно для эффективности последующего его лечения. Такая диагностика достаточно сложна, чему, к сожалению, способствует и то, что такой диагностике не придают достаточного значения.

Обычно предположение о наличии ДЦП подтверждается во второй половине первого года жизни, когда нарушения движения становятся заметны. В то же время показано, что при обследовании детей в возрасте 1, 6, 8, 12 месяцев группы высокого риска с использованием показателей сенсомоторики по соответствующей шкале к 6 месяцам можно получить высокоинформативные данные о возможном ходе дальнейшего развития ДЦП. Анализ индивидуальных показателей отклонений показал, что если к 8 месяцам имеется три и более измененных показателя развития, то возможность развития ДЦП велика [Berns, O'Callaghan, 1989].

При этом, по сравнению со здоровыми детьми, уже в возрасте 4 месяцев у детей с ДЦП значительно снижены показатели развития интеллектуальных способностей. Как симптом, подозрительный на наличие ДЦП, обычно рассматриваются изменение тонуса мышц, состояние «детских» рефлексов, задержка развития движения, атипичные движения.

Даже у детей с относительно легкими проявлениями двигательных нарушений отмечается в первые годы жизни задержка психического и речевого развития. У части больных в дальнейшем это состояние сглаживается, но у некоторых детей те или иные нарушения психического развития и речи остаются в разной степени выраженности. У большинства больных ДЦП имеются расстройства зрения, кинестезии, вестибулярной системы, схемы тела, что влечет за собой патологию пространственных представлений, а отсюда нарушения чтения и письма, ограничение в выборе профессии.

У части детей с ДЦП отмечаются сильное снижение активности, отсутствие мотивации к действию и общению с окружающими, нарушение развития познавательной деятельности, эмоционально-волевые расстройства, имеются и определенные нарушения внимания: низкая активность, инертность, трудность привлечения к целенаправленной деятельности, высокая отвлекаемость и т. д.

В синдроме ДЦП большое значение имеют интеллектуальные нарушения, которые характеризуются диссоциированным развитием психических функций. Такие нарушения оказываются различными по характеру и степени при различных формах ДЦП.

Повреждение еще незрелых мозговых структур существенно влияет на дальнейшее развитие познавательных процессов и личности детей с ДЦП. Известно, что погибшие нервные клетки не способны к восстановлению, но необычайная функциональная пластичность нервной ткани ребенка способствует развитию компенсаторных возможностей. Поэтому своевременно начатая коррекционная работа с больными детьми имеет важное значение в преодолении нарушений речи, зрительно-пространственных функций, личностного развития.

Многолетний опыт отечественных и зарубежных специалистов, работающих с детьми с церебральным параличом, показал, что чем ранее начата медико-психолого-педагогическая реабилитация этих детей, тем она более эффективна и лучше ее результаты.

*Особые трудности представляет прогностическая оценка психомоторного развития детей с ДЦП. Благоприятный*

прогноз наиболее вероятен при спастической диплегии и гемипаретической формах ДЦП.

По данным К.А. Семеновой и И.М. Махмудовой (1979), 70,8% детей с гемипаретической формой ДЦП учатся в массовых школах и только 29,2% имеют сниженный интеллект. У 65% детей со спастической диплегией интеллект первично сохранен, и они способны к обучению по массовой программе, у 38% отмечается умственная отсталость в легкой степени, и только у 7% детей наблюдаются глубокие нарушения интеллекта [И.И. Мамайчук, 1992].

Особые *трудности в процессе социальной адаптации* испытывают дети с гиперкинетической формой ДЦП. Несмотря на первично сохраненный интеллект, они не могут посещать массовые школы и в дальнейшем работать из-за выраженных ограничений в движениях. Наиболее неблагоприятен социальный прогноз у детей с двойной гемиплегией и с атонически-астатической формой ДЦП из-за грубого недоразвития интеллекта.

Для детей важно *сочетание медицинских и психолого-педагогических реабилитационных программ* поскольку мы имеем дело с развивающимся, формирующимся организмом, и чем разнообразнее будет воздействие, чем больше пострадавших систем будет включено в реабилитационный процесс, тем выше будет конечный результат.

### Контрольные вопросы и задания

1. Что такое детский церебральный паралич?
2. Перечислите основные причины заболевания.
3. Поражение каких структур головного мозга приводит к ДЦП?
4. Составьте таблицу основных этиологических факторов ДЦП в разные возрастные этапы возникновения заболевания.

5. Дайте клиническую характеристику основных форм ДЦП.
6. Почему важна ранняя диагностика ДЦП?
7. Какие формы ДЦП наиболее прогностически неблагоприятны?
8. Составьте таблицу классификации ДЦП, где укажите основные двигательные, психические и речевые нарушения, характерные для разных форм заболевания.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

В исследованиях клиницистов отмечается замедленное развитие психомоторных функций у детей с церебральным параличом, особенно на ранних этапах постнатального онтогенеза [Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Мастюкова, 1973; Бадалян, Журба, Тимонина, 1988; и др.].

Специальные психологические исследования особенностей развития сенсорных, когнитивных и интеллектуальных процессов при ДЦП в зарубежной и отечественной литературе представлены крайне недостаточно. Ряд авторов связывают нарушения познавательных процессов при ДЦП с недоразвитием моторики [Votta N., Votta P., 1958; Абрамович-Лехтман, 1962; 1965; Ипполитова, 1967; Данилова, 1969, 1977; Мастюкова, 1973; Симонова, 1981; и др.]. В исследованиях этих авторов подчеркивается, что нарушения восприятия предметов, зрительно-пространственной ориентировки при ДЦП обусловлены двигательной недостаточностью, и с увеличением степени тяжести дефекта эти нарушения более выражены.

В зарубежной литературе приводятся *три фактора, влияющих на когнитивное развитие детей с ДЦП* (Основы ортопедагогика. 1999):

- взаимосвязь сенсорного и когнитивного развития имеет у них другую основу;
- они более ограничены в своих исследовательских возможностях, а также в приеме, хранении и воспроизведении информации, адекватной уровню их развития;
- болезненные переживания из-за длительного пребывания в больнице, сложные отношения с родителями, предубежденное отношение с окружающими неблагоприятно влияют на эмоционально-мотивационную сферу.

### § 1. Нарушения двигательных функций

Поскольку при ДЦП ведущим дефектом являются двигательные нарушения, определяющие специфику психического развития детей, рассмотрим особенности формирования двигательной сферы при этой патологии.

### § 1. Нарушения двигательных функций

Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является то, что они существуют с рождения, тесно связаны с сенсорными расстройствами, особенно с недостаточностью ощущений собственных движений. Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом представляют собой своеобразное отклонение моторного развития, которое без соответствующей коррекции оказывает неблагоприятное влияние на весь ход формирования нервно-психических функций ребенка.

У детей с ДЦП задержано или нарушено формирование **базисных** двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. [Большие вариации в сроках развития двигательных функций связаны с формой и тяжестью заболевания, состоянием интеллекта, с временем начала систематической лечебно-коррекционной работы.

Для развития произвольных движений, навыков и умений нужна согласованная работа мышц. Мышцы всегда работают в определенных схемах, регуляцию которых осуществляет ЦНС. Примером нормального движения может быть присаживание из положения лежа на спине: сгибание головы на грудь происходит одновременно со сгибанием и округлением спины, что позволяет сесть из положения лежа. Если в положении на спине прижать голову к подушке, спина выпрямляется, напрягается и присаживание становится невозможным. Подобное нарушение схемы движения имеется у детей с церебральным параличом.

Таким образом, поражение ЦНС при ДЦП нарушает работу мышечных схем произвольных движений, что



и определяет одну из основных трудностей формирования двигательных навыков.

Неправильные схемы движений у детей с ДЦП могут закрепляться и приводить к формированию патологических поз положений тела и конечностей.

Наиболее часто встречаются следующие **н е п р а в и л ь н ы е п о з ы**:

1) Голова поднята вверх и откинута назад, руки и ноги напряжены и разогнуты, спина разогнута. Эта поза затрудняет возможность сесть из положения лежа на спине, тормозит развитие прямостояния, ходьбы, манипулятивной деятельности, что препятствует овладению самообслуживанием, учебными и трудовыми навыками.

2) Голова повернута вправо, правые рука и нога разогнуты, а левые — согнуты; или наоборот: голова повернута влево. Левые рука и нога разогнуты, а правые — согнуты.

Эти неправильные позы приводят к тому, что ребенок не может согнуть руку, к которой обращено лицо, т. е. он не в состоянии рассмотреть взятый в руку предмет. У него не формируется важнейшая для психического развития совместная деятельность руки и глаза — зрительно-моторная координация. Это препятствует развитию как произвольных движений, навыков самообслуживания, письма, так и познавательной деятельности.

3) Голова опущена на грудь, руки и ноги согнуты. Эта поза затрудняет развитие прямостояния, ходьбы, манипулятивной деятельности, препятствует развитию произвольных движений ребенка. В школе ребенку крайне трудно овладеть навыками учебной и трудовой деятельности.

Все указанные неправильные позы препятствуют развитию движений и навыков самообслуживания у детей с ДЦП. Они также могут мешать ребенку в овладении предметно-практической деятельностью.

Иногда неправильные позы и схемы движений выражены нерезко, и их влияние на произвольные движения начинает проявляться только в процессе развития более сложных двигательных функций. Однако во всех случаях *характерной особенностью двигательных расстройств при ДЦП*

*Является зависимость нарушений движений в конечностях от положения головы ребенка.*

У некоторых детей при нерезко нарушенном мышечном тоне отмечаются явления **а п р а к с и и** (неумение выполнять целенаправленные практические действия). Такие дети с особым трудом осваивают навыки самообслуживания: одевания, раздевания, застегивания пуговиц, зашнуровывания ботинок и т. п. Многие затрудняются в рисовании, конструировании и т. д. Необходимо отметить, что целенаправленные практические действия формируются в процессе двигательного опыта.

**О с н о в н ы м и п р о я в л е н и я м и ДЦП** являются замедленность и несформированность двигательных навыков **И у м е н и й**, необходимых в учебной и трудовой деятельности. У некоторых учащихся, особенно на первых этапах обучения, отмечаются неустойчивая ходьба, плохая координация движений, несформированность реакций равновесия, необычные позы тела, конечностей и головы. У отдельных детей нарушения моторики осложняются насильственными движениями (гиперкинезами) головы, рук, плечей, grimасами лица и т. д., особенно усиливающиеся при волнении, испуге, неожиданном обращении к ребенку, а также при попытках выполнять те или иные целенаправленные действия.

Остановимся более подробно на тех трудностях, которые дети могут испытывать при овладении навыком письма, самообслуживания и трудовыми навыками. В качестве примера приведем особенности овладения навыком письма детей с церебральным параличом.

Трудности при овладении **н а в ы к о м п и с ь м а** у учащихся с церебральным параличом связаны прежде всего с несформированностью или нарушением хватательной функции кисти, затрудняющими захват и удержание предмета.

Сам акт письма, требующий плавного движения кисти, нарушен за счет слабости мышц, расстройств мышечного тонуса в кисти, насильственных движений, отсутствия возможности последовательного сокращения и расслабления

мышц кисти. Такие учащиеся при письме обычно держат ручку неправильно, часто в кулаке, письмо выполняется за счет движений кисти, а иногда используются дополнительно движения всей рукой. Пальцы при этом резко напряжены, неподвижны и плотно сжимают ручку. Это приводит к тому, что дети пишут очень медленно, неразборчивым почерком, буквы прыгают по строке, неравномерны по величине, не соблюдаются строчки. Особенно затруднено соединение отдельных элементов букв в целое, резко нарушена плавность письма.

Можно выделить два основных типа неправильного письма. В одном случае ученик начинает писать с достаточной силой и нормальными по величине буквами, затем их размер изменяется, строки спускаются вниз, разборчивость письма заметно нарушается. В другом наоборот, ученик начинает писать мелкими буквами почти без нажима, затем размеры букв и сила нажима увеличиваются.

Неравномерность письма особенно выражена у учащихся с гиперкинезом, так как насильственные движения мешают работе пальцев в момент письма. Вот почему у этих детей при хорошем начале строки внезапно письмо обрывается и идет волнистая, прерывистая линия вверх или вниз, часто с прорывом страницы тетради.

Акт письма у детей с церебральным параличом формируется крайне медленно. Вместе с тем и при уже сформированном акте письма, но при больших объемах письменных работ в старших классах, при увеличении скорости письма все эти дефекты моторики руки могут проявиться вновь в большей или меньшей степени.

При формировании трудовых и бытовых навыков значительно проявляются также дефекты моторики рук. На уроках труда такие дети без специальной коррекции затрудняются работать с пластилином: не могут его раскатать, разделить на части, слепить различные фигурки. Особые трудности они испытывают при работе с природным материалом и бумагой. Несформированность функции дифференциации захвата и удержания предмета, насильственные движения и невозможность соразмерять мышечные усилия с двигательной задачей обуславливают невозможность и большую трудность

и выполнении трудовых операций с природным материалом и бумагой.

Особенности двигательных нарушений у учащихся с церебральным параличом выражаются в их затруднениях на уроках физической культуры. Выполнение упражнений затруднено из-за того, что учащиеся не могут воспроизвести правильно исходные положения, сохранить устойчивость в статической позе, выполнить упражнения в нужной амплитуде движений, осуществить движения слитно и в нужном темпе, согласовать движение рук, туловища и ног.

У этих учащихся могут отмечаться трудности при выполнении с различными предметами: затруднен захват и удержание предметов различной формы и величины, нарушена точность передачи и броска предметов и т. п. Нарушение двигательной сферы затрудняет, а порой делает невозможным выполнение упражнений, требующих бега, прыжков, лазанья и т. д. Нередко у детей с церебральным параличом при выполнении упражнений отмечается нарушение дыхания; оно становится поверхностным, аритмичным, что еще более затрудняет выполнение упражнений. На начальных этапах обучения выделяется значительная группа учащихся, которые из-за двигательных нарушений не могут в заданном темпе пройти по залу в общей шеренге, выполнить элементарные упражнения с предметами, на скорость и координацию движений.

Таким образом, двигательные расстройства у детей с ДЦП отрицательно влияют на весь ход их психического развития, формирование навыков самообслуживания, учебной и трудовой деятельности.

## § 2. Нарушения сенсорных функций

Патогенез нарушения познавательных процессов у детей с ДЦП чрезвычайно сложен. Вместе с патологией двигательной-кинестетической функциональной системы существенную роль в недоразвитии восприятия играют сенсорные,

интеллектуальные и речевые расстройства, наблюдаемые у этих больных.

Сенсорные расстройства включают нарушение *зрительного, слухового, тактильного и кинестетического* восприятия (восприятия движений). Сенсорные функции имеют большое значение для становления познавательной деятельности ребенка, для формирования у него высших психических функций, что является необходимой предпосылкой для обучения в школе.

У детей с ДЦП наблюдаются существенные трудности пространственного анализа и синтеза, нарушения схемы тела, трудности словесного отражения пространственных отношений. Без организованного специального обучения дети с ДЦП не могут усвоить отдельные признаки формы и величины предметов. Сравнительные исследования особенностей осязательного и зрительного восприятия у дошкольников с церебральным параличом свидетельствуют, что в основе нарушений восприятия и отображения фигур у детей с ДЦП лежит дефицит интегративной функции мозга. При этом степень тяжести двигательного дефекта не всегда является определяющим фактором в недоразвитии сенсорно-перцептивной деятельности у этих детей.

### Тактильное восприятие

У многих детей с церебральным параличом может быть нарушена тактильная чувствительность. Ощущения от касания кончиками пальцев какого-либо предмета у таких детей нечеткие, они сравнимы с впечатлениями, которые испытывает человек, когда берет предмет в плотных перчатках. Недостаточность тактильного восприятия может значительно затруднять усвоение навыков письма. Поэтому необходимы специальные игры-упражнения на тренировку тактильных ощущений.

Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является не только трудность или невозможность выполнения тех или иных движений, но и *слабость ощущений этих движений*,

из-за чего у ребенка не формируются правильные представления о движении.

Слабое ощущение своих движений и затруднения действий с предметами являются причиной недостаточности активного осязания, в том числе узнавания предметов на ощупь (*стереогноза*). Это препятствует становлению предметных действий, что отрицательно сказывается на общем уровне психического развития детей с ДЦП.

### Слуховое восприятие

При ДЦП из-за недоразвития или снижения моторных функций имеется нарушение деятельности слухового анализатора. Так, может отмечаться снижение слуха, что наиболее часто наблюдается при наличии гиперкинезов. Особенно характерны снижение слуха на высокочастотные тона и сохранность на низкочастотные. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения.

Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (*т, к, с, п, э, ф, ш*), затрудняется в их произношении и в речи пропускает их или заменяет другими звуками. В дальнейшем у таких детей отмечаются трудности при обучении чтению и письму.

Для некоторых детей характерна недостаточность фонематического слуха: они не различают звуки и звукосочетания, сходные по звучанию. Например, они могут однотипно воспринимать на слух такие слова, как *коза—коса, дом—том* и т. д. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, возможна недостаточность слухового восприятия и слуховой памяти.

Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого, а в тяжелых случаях — к недоразвитию речи.

Очень важно выявить нарушения слуха при ДЦП. Большую помощь в этом могут оказать родители. Ранняя диагностика даже незначительного снижения слуха у ребенка с ДЦП имеет важное значение для предупреждения у него отставания в психическом развитии.



У некоторых детей отмечается повышенная чувствительность к звуковым сигналам, они вздрагивают при любом неожиданном звуке, но дифференцированное восприятие звуков у них недостаточное. С помощью специальных педагогических приемов ребенок постепенно преодолевает страх при восприятии неожиданных звуковых раздражителей.

## Зрительное восприятие

Необходимо обращать внимание на развитие ощущений младенца, тонкость и точность которых неразрывно связаны с развитием его движений. К моменту рождения ребенка наблюдается несогласованное движение глаз, но к концу третьей недели у здорового младенца наблюдается согласованный поворот обоих глаз и сведение их осей на фиксируемом предмете. Прослеживание предмета, движущегося перед глазами младенца, доступно ему на 30—32 день.

Уже к концу второго месяца жизни здоровый младенец может следить за предметами движущимися в разных направлениях. Движущиеся предметы, особенно яркие и красочные привлекают младенца больше, чем бесцветные.

Зрительное восприятие у ребенка с ДЦП может быть нарушено за счет ограниченного движения глаз, нарушений фиксации взора, снижения поля зрения, снижения остроты зрения и т. п., поэтому ему трудно отыскать взглядом предмет, рассматривать его и проследивать его перемещение.

Длительное, вынужденное положение в постели, нарушение движений глаз ограничивают поле зрения у таких детей. Недостаточное развитие предметного восприятия в значительной степени зависит от отсутствия у больных детей предметных действий.

Известно, что действия с предметами формируются по мере совершенствования общей моторики. Так, ребенок начинает активно манипулировать предметами, когда хорошо держит голову, устойчиво сидит.

*Тяжелые нарушения зрения* (слабовидение и слепота) встречаются примерно у 10% детей с ДЦП.

У детей с ДЦП (примерно в 20—30% случаев) отмечаются *косоглазие, двоение в глазах, нарушение согласованности движений глаз, опущенное верхнее веко (птоз),* произвольные движения глазных яблок (*нистагм*). Такие особенности зрительного анализатора приводят к дефектному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

Некоторые дети из-за наличия внутреннего косоглазия привыкают пользоваться ограниченным полем зрения, игнорируя его наружные поля. Например, при большом поражении моторного аппарата левого глаза ребенок может выработать привычку игнорирования левого поля зрения. При конструировании из кубиков или палочек он не достраивает части фигуры слева, рисует и пишет только на правой стороне листа, при рассматривании картинок видит также только изображение справа. Те же нарушения отмечаются и при чтении. С такими детьми в дошкольном возрасте необходимо проводить специальные занятия по развитию движений глазных яблок и целостного восприятия предмета.

## § 3. Нарушения зрительно-моторной координации

Для формирования предметно-практической и познавательной деятельности важное значение имеет *согласованность движений руки и глаза*. Вначале здоровый ребенок, двигая рукой в пределах поля зрения, не обращает на нее внимания. Далее взгляд начинает следовать за рукой, а затем и направлять движения руки.

У детей с ДЦП в результате поражения двигательной сферы, а также мышечного аппарата глаз согласованные движения руки и глаза развиты недостаточно, особенно если имеются описанные выше неправильные установки тела, головы и конечностей. В этом случае дети оказываются не в состоянии следить глазами за своими движениями, что

препятствует развитию манипулятивной деятельности, конструирования и рисования, а в дальнейшем тормозит формирование учебных навыков (чтения, письма) и познавательной деятельности.

Зрительно-моторная координация особенно важна на начальном этапе обучения чтению, когда движение пальцем ребенок прослеживает глазом, указывает и определяет последовательность букв, слогов, слов. Техника и плавность чтения формируются на этой основе. Такие учащиеся не удерживают рабочую строку в тетради или при чтении, поскольку соскальзывают с одной строки на другую, вследствие чего не могут понять смысл прочитанного и проверить свое письмо.

Несформированность зрительно-моторной координации проявляется не только при чтении и письме, но и при овладении навыками самообслуживания и другими трудовыми и учебными умениями. Так, на уроках труда таким ученикам очень трудно правильно расположить материал, произвести его разметку, расположить выкройку. Особую сложность для них представляют раскрой и выточка отдельных деталей изделия.

По этой же причине замедляется процесс формирования навыков самообслуживания. Невозможность проследить глазами за действиями своих рук, скоординировать движения руки и глаза приводит к недостаточной организации произвольного двигательного акта на уроках физкультуры: дети не могут удерживать цель, затрудняются бросать и ловить мяч, овладевать умениями и навыками в других спортивных играх.

#### § 4. Нарушения пространственного анализа и синтеза

У детей с нарушенной фиксацией взора, с недостаточным прослеживанием предмета и ограничением поля зрения могут наблюдаться нарушения внимания и трудности сосредоточения на выполнении задания, а также выраженные пространственные нарушения.

Особенно дети затрудняются в определении правой и левой сторон своего тела и тела товарища, в показе его частей. Необходимые знания для формирования пространственных понятий о «левом» и «правом» развиваются на основе сохраненного восприятия схемы тела. У детей с ДЦП часто отмечаются нарушения схемы тела, особенно они бывают выражены при поражении левых конечностей. Ребенок с трудом воспринимает, запоминает части своего тела, долго путается в определении направления.

На начальных этапах обучения в школе выясняется, как правило, что и другие пространственные представления, такие, как «вверху», «внизу», «слева», «справа», «сзади», детьми не усвоены. Им трудно бывает сложить из частей целое при складывании различных картинок, при сооружении построек из кубиков. У некоторых наблюдается проявление зеркальности при письме, рисовании. Дети затрудняются в пространственном восприятии и воспроизведении букв, цифр, путают написание букв б—д, т—п, з—е, испытывают трудности в рисовании, лепке из пластилина, конструировании.

Несформированность пространственного анализа и синтеза особенно проявляется при овладении детьми навыками самообслуживания, а также при чтении, письме и на уроках физической культуры. Такие дети затрудняются в дифференциации левой и правой стороны, в сложении целого из частей. Они не могут соблюдать линейки в тетрадях, различать ее правую и левую сторону, могут начать писать или рисовать в любом месте тетради или альбома, читать с середины страницы.

Степень указанных затруднений значительно усиливается при сочетании несформированности пространственного анализа и синтеза с недостаточностью зрительно-моторной координации. В подобных случаях такие дети с опозданием овладевают многими умениями и навыками самообслуживания: шнуровать ботинки, застегивать и расстегивать пуговицы, застилать постель и т. д. Они длительное время затрудняются в различении и в соотношении правого и левого ботинка, в определении правого и левого рукава пиджака, платья, при надевании фартука не могут различить верх и низ.

Нередко на уроках труда им трудно сложить из отдельных частей целое (склеить, составить из конструктора грибок, елочку, домик и т. д.). В старших классах эти затруднения проявляются при изготовлении изделий на уроках столярного, слесарного, швейного и картонажного дела.

Пространственные нарушения проявляются также на уроках физической культуры при построении в шеренгу, кругом, выполнении команды направо, налево, осуществлении перестройки движений в колонне с изменением направлений по ориентирам.

Несформированность пространственных представлений отражается на начальном этапе усвоения программного материала по математике. При изучении состава числа дети не могут расположить или представить его в виде отдельных групп предметов. Однако особую трудность для них представляет процесс овладения материалом по геометрии и тригонометрии, требующим умения представить отдельные геометрические фигуры и выполнить их чертежи.

У некоторых учащихся отмечаются затруднения при усвоении программного материала по географии (расположение частей света, направление течения рек и т. д.), которые могут быть вызваны недостаточной сформированностью пространственного воображения и памяти, наиболее ярко это обычно проявляется при работе с контурными картами.

Пространственные нарушения обычно наиболее выражены у детей со спастической диплегией, но могут отмечаться и при других формах заболевания.

## § 5. Нарушения предметно-практической деятельности

Нарушение движений оказывает негативное влияние на развитие познавательных процессов у детей. Например, было показано, что недоразвитие пространственных восприятий наблюдается у детей со всеми формами двигательной

недостаточности (врожденные и рано приобретенные ортопедические заболевания, миопатии и миодистрофии, вялые Нираличи). Эти нарушения имеют временный характер, и с началом самостоятельной ходьбы у ребенка легко компенсируются.

Для многих детей с ДЦП уже с первого года жизни характерно нарушение процесса активного восприятия окружающего мира. Ребенок с ДЦП не может произвольно повернуть голову, перевести взор на тот или иной предмет, захватить его.

Предметные действия являются важной формой активного познания ребенком окружающего мира и основой формирования сенсорно-перцептивных и мыслительных процессов.

Предметно-практические действия активно развиваются у ребенка первого года жизни. Р.Я. Абрамович-Лехтман (1962) выделила четыре основных этапа в формировании предметно-практических действий у детей первого года жизни. Первый — *этап преддействия* начинается у младенца уже в 2,5 месяца. Ребенок выполняет направленные движения с предметами: водит руками по одеялу, захватывает одной рукой кисть другой руки и т. п. *Этап результативных действий* начинается у ребенка с 4 месяцев. Ребенок осваивает хватательные движения, после чего ему становятся доступными многообразные предметные действия: притягивание, постукивание, толкание, выпускание из рук, разрывание бумаги и многие другие. После 7 месяцев ребенок может действовать с двумя предметами одновременно: всовывание, вкладывание, внимание, нанизывание колец и пр. Это *этап соотносящих действий*. К концу первого года жизни ребенок выполняет функциональные действия, подражая аналогичным действиям взрослых: мешает ложкой в чашке, пишет палочкой, причешивает куклу и пр.

Нами было проведено лонгитюдное обследование детей в возрасте до трех лет, у которых по заключению невропатологов была угроза возникновения ДЦП. У этих детей специалистами было диагностировано нарушение мозгового кровообращения разной степени тяжести. В анамнезе у них



наблюдались асфиксия, родовая травма или асфиксия с родовой травмой одновременно. Оценки по шкале Апгар у детей варьировали от 4 до 8 баллов.

Психологическое обследование проводили в возрасте до 3 мес, от 3 мес. до 6 мес. и с 6 до 9 мес. по специально разработанной схеме: исследование ощущений; предметных действий; произвольной деятельности.

Обследуемые младенцы были разделены на *три группы* по успешности выполнения заданий.

В *первую группу* (26,6%) вошли младенцы, у которых не наблюдалось выраженных нарушений в развитии ощущений, несмотря на недоразвитие двигательных функций, отмечались повышенный мышечный тонус и другие неврологические симптомы, указывающие на церебрально-органическую недостаточность по типу ДЦП. Корреляций между успешностью выполнения заданий и степенью тяжести клинических проявлений не было получено.

В *вторую группу* (48,8%) составили младенцы с задержкой в формировании сенсорных функций. У них наблюдался комплекс оживления при предъявлении предмета, но в отличие от предыдущей группы он проявляется не в реакции сосредоточения, а в беспорядочных, хаотичных движениях конечностей.

В *третьей группе* (24,6%) наблюдалась выраженная задержка в формировании зрительных и слуховых сосредоточений. Движения глаз у этих детей были не согласованы с поворотом головы, а движения рук хаотичны.

В процессе повторного обследования младенцев в возрасте от 3 до 6 месяцев был проведен анализ взаимодействия зрения и движений. К концу третьего месяца у здорового младенца образуются связи между зрением и движением рук. Например, простое разглядывание младенцем руки приводит к увеличению ее активности. Случайно попавшая в поле зрения рука младенца задерживается перед его глазами, и он пытается схватить предмет, когда рука и предмет одновременно оказываются в поле его зрения. В возрасте от 4 до 8 месяцев жизни у детей повышается активность взаимодействия руки и глаза. Координация зрения и хватания является решающим шагом в объективизации предметного мира

у младенца и пусковым механизмом в развитии предметно-практических манипуляций.

У здорового ребенка в этом периоде активно развиваются **• Вата**тельные движения, что является важной предпосылкой для развития предметно-практических действий. Формируются такие действия, как захватывание, притягивание, отталкивание, качание, бросание и пр. В основе развития этих действий лежит формирование интерсенсорной связи «рука—глаз», которая появляется у здорового ребенка в 4 месяца и является важным пусковым механизмом в формировании предметно-практических действий.

Исследования показали, что только у отдельных детей **первой** группы наблюдалось своевременное развитие этого типа связей (в 4 мес), у остальных детей выявлено отставание в развитии интерсенсорных связей «рука—глаз» на полтора-два месяца.

У всех детей второй группы интерсенсорная связь «рука—глаз» также сформировалась позже, чем у здоровых детей, хотя многие дети могли одновременно удерживать предмет **И** смотреть на него. У них наблюдалось кратковременное сосредоточение на предмете, но они быстро выпускали его из рук. Это, вероятно, связано, с одной стороны, с несформированностью двигательных функций рук, а с другой — нарушением внимания.

В третьей группе детей интерсенсорная связь «рука—глаз» сформировалась значительно позже, в отличие от Младенцев предыдущих групп (в периоде от 7 до 24 мес). Наблюдалось резкое снижение познавательной активности у некоторых детей этой группы, несмотря на достаточно сохранный объем движений рук.

Обследование этих же детей в возрасте от 6 до 9 месяцев показало, что соотносящие действия вызывали некоторые трудности у детей первой группы, так как их выполнение требует тонких и дифференцированных движений кисти. Однако у всех детей наблюдалась познавательная активность, они сосредоточивались на предметах более длительно, активно брали их в руки, рассматривали, пытались перекладывать предмет в другую руку и пр. У детей второй группы соотносящие действия появились только к концу 1-го года жизни, но,

так же как в первой группе, у них наблюдался интерес к предмету, желание взять его в руку. Однако такие действия, как постукивание, засовывание, вынимание и пр., были им практически недоступны. У детей третьей группы соотносящие действия начали формироваться только на втором году жизни ребенка.

В процессе предметно-практических манипуляций ребенка учитывались не только специфика и уровень их развития, но и длительность сосредоточения на предметах и эмоциональное отношение к ним.

Важным показателем произвольной активности у младенца являются особенности его внимания. Первые проявления сосредоточенности младенца проявляются на 10—12-й день после рождения. К концу первого месяца младенец уже может следить за яркими, блестящими предметами на расстоянии 1 м от него. В 3 месяца он более продолжительно слушает звуки колокольчика, находящегося в поле его зрения. На 3 месяце жизни младенец на появление человека отвечает реакцией оживления, с 5 месяца объектом внимания ребенка все чаще становится определенный предмет: яркая игрушка, блестящий шарик, которыми он манипулирует.

Роль действия с предметами для удержания их в поле зрения особенно возрастает у здорового ребенка после 7 месяцев. К концу 1-го года жизни, с началом ходьбы ребенок, производя функциональные действия с предметами, может сосредоточенно заниматься ими в течение 8—10 минут.

Обследование младенцев с риском возникновения ДЦП в возрасте 6—9 месяцев было направлено на анализ их произвольной активности и внимания. У детей с ДЦП, в отличие от здоровых сверстников, наблюдалось кратковременное сосредоточение на предметах, особенно у детей третьей группы (не более 3—4 минут). Особое значение в формировании устойчивости внимания играет поисковая активность ребенка и уровень развития его предметно-практических действий. У обследуемых детей, особенно во второй группе, мы наблюдали случаи, когда уровень развития предметно-практических манипуляций был незначительно снижен, наблюдалась поисковая активность, однако внимание у них было

неустойчивым и слабоконцентрированным. Наибольшие трудности концентрации внимания наблюдались в третьей группе младенцев. В отличие от младенцев первой и второй групп недоразвитие внимания у них тесно коррелировало с недоразвитием предметно-практических манипуляций. Эти данные подчеркивают тотальность недоразвития всех психических функций у младенцев третьей группы.

*Сравнительный анализ развития психических функций у здоровых младенцев и младенцев с церебрально-органической недостаточностью по типу ДЦП показало следующее:*

- у здоровых детей на первом году жизни развитие психических функций отличается максимально выраженной интенсивностью не только по темпу их развития, но и качественным преобразованиям, особенно во втором полугодии жизни. Важную роль в формировании психических функций играет развитие предметно-практических манипуляций, уровень развития которых тесно связан с особенностями произвольной активности;
- у детей с церебрально-органической недостаточностью по типу ДЦП наблюдается, с одной стороны, выраженная гетерохронность в развитии психических функций, с другой — их автономность. Причем чем больше выражена автономность психических функций, тем ниже динамика психического развития ребенка.

Таким образом, ведущий дефект при ДЦП — двигательные нарушения — в значительной степени определяет специфику когнитивных функций детей с этим заболеванием. Несформированность двигательных навыков и умений проявляется не только за счет собственно нарушенной моторики, но и в недостаточности более сложных функций, необходимых для познавательной деятельности, в основе которых лежит движение (зрительно-моторная координация, пространственный анализ и синтез и др.).

### Контрольные вопросы и задания

1. Дайте характеристику наиболее частых патологических поз тела и конечностей при ДЦП.
2. Составьте перечень основных трудностей овладения детьми с церебральным параличом навыками письма.
3. Что такое стереогноз? Перечислите основные причины его при ДЦП.
4. В чем причины нарушения слуха при ДЦП?
5. Перечислите основные виды нарушения зрительного восприятия при ДЦП.
6. Причины нарушения обучению чтению при ДЦП.
7. Пространственные нарушения при ДЦП и их значение при обучении школьным навыкам.
8. Перечислите основные особенности нарушения предметно-практической деятельности при ДЦП.

## НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

### § 1. Теоретические предпосылки нейропсихологического исследования

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 высокодифференцированных мозговых структур, где каждая из них вносит свой вклад в динамическое целое, является важной теоретической предпосылкой при анализе дизонтогенеза.

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 центров. Эти теоретические предпосылки чрезвычайно важны в анализе психических функций при раннем поражении мозга, когда функциональные структуры еще не сформированы, например при ДЦП.

В нейропсихологических исследованиях взрослых больных с органическими поражениями головного мозга были выявлены выраженные изменения межполушарных взаимодействий. Установлено, что поражение правополушарных структур приводит к изменению психосенсорных процессов, обуславливая нарушения чувственного познания внешнего мира и самого себя. При поражении левого полушария в большой степени страдают психомоторные и речевые процессы, что негативно влияет на абстрактные функции.

Глава IV



Исследования детских нейропсихологов проводились в двух основных направлениях: изучение очаговых поражений мозга у детей на различных этапах онтогенеза [Э.Г. Симерницкая, 1985] и изучение комплекса нарушений высших психических функций, складывающегося из дизонтогенетических симптомов [И.Ф. Марковская, 1977, 1982; А.Н. Корнев, 1991; И.И. Мамайчук, 1992; Ю.В. Микадзе, Н.К. Корсакова, 1994; Л.М. Шипицына, 1999; и др.].

Э.Г. Симерницкой (1985) на основе обобщения результатов нейропсихологического исследования психических процессов при повреждении головного мозга в детском возрасте были подтверждены положения Л.С. Выготского о том, что мозговые механизмы, обеспечивающие осуществление психических функций, у детей являются иными, чем у взрослых, и в процессе онтогенетического развития изменяется не только структура психической функции, но и ее мозговая организация. Функциональная неравнозначность различных отделов головного мозга в детском возрасте отчетливо выступает как на межполушарном, так и на внутрислошарном уровнях.

Мозговая организация психических процессов не остается неизменной в онтогенезе и претерпевает ряд существенных перестроек. С наибольшей отчетливостью возрастная динамика функциональной организации мозга проявляется при анализе механизмов межполушарного взаимодействия. При поражении левого полушария у детей правое полушарие не испытывает тормозящего влияния со стороны патологического очага, оно имеет у детей больше возможностей для пластичности и компенсации речевых расстройств, чем у взрослых [Л.М. Шипицына, 1986].

В процессе онтогенеза изменяются механизмы и внутрислошарного взаимодействия. Проводя нейропсихологический анализ памяти у детей с очаговыми поражениями мозга, Э.Г. Симерницкая (1985) выявила высокую корреляцию снижения объема слухоречевой памяти с поражением левой височной доли. В перцептивной сфере были отмечены связи нарушения зрительного восприятия с поражением затылочной доли и нарушения зрительно-конструктивной деятельности с поражением теменной доли.

Нейропсихологический подход при изучении высших психических функций у детей с очаговыми поражениями головного мозга позволил приблизиться к решению важнейших вопросов, связанных как с общими принципами мозговой организации психических процессов, так и с закономерностями ее формирования в онтогенезе. Развитие высших корковых функций предполагает не столько дифференциацию, сколько интеграцию различных отделов головного мозга, обеспечиваемых формированием межполушарных и внутрислошарных связей.

С позиций концепции межполушарной асимметрии мозга обычно рассматриваются лишь нарушения высших психических функций (ВПФ), причем без их соотносительного анализа с результатами клинического, морфологических и функциональных исследований.

Вместе с тем знание особенностей мозговой организации ВПФ, а также формирования в онтогенезе функциональной асимметрии мозга в условиях его раннего поражения чрезвычайно важно для понимания пластичности и восстановительных способностей мозга при коррекции и реабилитации детей с различной патологией мозга.

И.Ф. Марковская (1982) провела нейропсихологическое исследование детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза. Ею были выделены две группы детей: в первую группу вошли дети с преобладанием незрелости морфо-функциональных структур, во вторую группу — дети с более выраженной симптоматикой органического повреждения мозговых структур. В первой группе наблюдался синдром психического инфантилизма, а во второй — психоорганический синдром с преобладанием нарушения интеллектуальных предпосылок в виде органической дефицитности ВПФ. Нейродинамические нарушения в первой группе характеризовались истощаемостью и нестойкостью психического тонуса, а во второй — повышенной истощаемостью и инертностью психических процессов.

В последующих нейропсихологических исследованиях неуспевающих младших школьников были выделены две причины, обуславливающие недостаточную сформированность

отдельных функциональных систем психики ребенка [Ю.В. Миккадзе, Н.К. Корсакова, 1994]. Первая — «иррегулярность психического развития ребенка», т. е. отклонение от нормы, неподчиненность определенному порядку, неравномерность, возникающая в силу индивидуальных особенностей онтогенеза ребенка и не связана с какими-либо органическими нарушениями. Вторая причина неуспеваемости — «минимальные мозговые дисфункции», при которых происходит изменение функционирования отдельных мозговых структур или мозга в целом. С учетом этих особенностей разработаны специальные методы нейропсихологической коррекции.

Нейропсихологические исследования детей с отклонениями в сенсорном и интеллектуальном развитии показали, что с увеличением тяжести сенсорного и психического дефекта возрастает функциональная активность правого полушария, и гиперфункция правого полушария компенсирует дефицит функциональной активности левого полушария [Л.М. Шипицына, 1999].

Т.Б. Глезерман (1983) изучала минимальные мозговые дисфункции у детей и их родственников с целью выявления генетического наследования некоторых форм нарушения высших корковых функций, связи между нейропсихологическими синдромами и структурно-уровневыми характеристиками интеллекта. Было выявлено, что нейропсихологические особенности оказывают специфическое влияние на структуру интеллектуальных функций и опосредованно воздействуют на общий уровень умственного развития. Прямой связи между показателем интеллекта и характером дефекта у взрослых больных не наблюдается, при одинаковом развитии интеллекта могут быть различные по локализации и степени тяжести нарушения.

Использование психометрических методов в сочетании с нейропсихологическими, предложенное Т.Б. Глезерман (1983), имеет, на наш взгляд, важное значение при исследовании нейропсихологических синдромов у детей. Такой подход позволяет выявить не только уровневые, но и структурные характеристики интеллекта у каждого обследуемого, определить значимость изучаемых ВПФ в общей структуре

Интеллекта, выделить характер нарушения и его локализацию.

## § 2. Нейропсихологическое исследование познавательных процессов

Двигательные расстройства у детей с ДЦП редко носят изолированный характер, как правило, они сопровождаются нарушением развития интеллектуальных, речевых, перцептивных и коммуникативных функций.

В научно-терапевтическом центре профилактики и лечения детской неврологической инвалидности (Москва) разработаны и апробированы формализованные карты психологического обследования и динамического наблюдения за крупной и мелкой моторикой, экспрессивной и импрессивной речью, полимодальным восприятием, социальным и интеллектуальным развитием, игровой деятельностью у детей различных возрастов (включая грудной период жизни), позволяющие судить о «парциальной» или «гармонической» недостаточности в «психологическом профиле» ребенка и степени ее выраженности в определенном возрастном периоде.

В работе Н.А. Ермоленко, И.А. Скворцова, А.Ф. Неретина (2000) проведен комплексный клинико-психологический анализ формирования симптомов нарушения развития у детей от 3 мес. до 3 лет с пренатальным и перинатальным поражением ЦНС в средней и тяжелой степени нарушения.

Было установлено увеличение с возрастом новых неврологических симптомов с углублением имеющихся, что отражает нарастание несоответствия возможностей нервной системы требованиям, предъявляемым внешней средой к растущему организму. Изучение формирования ВПФ показало, что все дети существенно отставали от возрастной нормы по всем исследованным психическим функциям.

При обследовании и лечении детей с ДЦП в возрасте от года до 15 лет выявлено, что недостаточность ВПФ

по типу психического недоразвития и ЗПР отмечена в среднем в 40,7% случаев, из них:

- от 1 года до 3 лет — 53,4%;
- от 3 до 6 лет — 33,7%;
- от 6 до 15 лет — 16,7%.

У детей до 3 лет при спастической диплегии нарушение интеллекта и речи выявляется в 5,4% случаев; при гиперкинетической форме — в 5,0%; при атонически-астатической — в 9,3%; при гемипарезах — в 1,1% случаев.

С возрастом уменьшается нарушение ВПФ в связи с направленными медицинскими воздействиями.

*Приведем пример*

Дима К. со спастико-гиперкинетической формой ДЦП обследован в 2 г. 3 мес. и спустя 5 мес. после получения курсового лечения стимуляцией психоречевых и двигательных функций (см. рис. 7). При первичном осмотре отмечена выраженная задержка моторного развития и экспрессивной речи; социальное общение, самообслуживание, интеллект страдают вторично. Понимание обращенной речи сохранено. Через 5 мес. наблюдается положительная динамика в развитии мелкой моторики: ребенок научился захватывать и удерживать предметы в обеих руках, стал больше повторять слоги за взрослым, четче произносить звуки, лучше понимать бытовые инструкции, начал заучивать сказки, появились перенос с объекта на образ, начальные навыки самообслуживания, стал узнавать предметы на картинках, ориентироваться в пространстве, появились новые игры.

В работе Т.Н. Осипенко с соавт. (1993) проведено нейропсихологическое обследование с применением адаптированного нейропсихологического теста детей с разными формами ДЦП в возрасте от 3 до 6 лет. На рис. 8 представлена графически факторная недостаточность ВПФ у детей с ДЦП.

Можно видеть недостаточность гностико-праксических, интеллектуально-речевых и мнестических функций. С большой частотой выявляется кинестетическая (64%) и зрительно-пространственная (32%) диспраксия. Последняя часто сочеталась с зеркальной графической деятельностью, поэтому можно предположить единый фактор их происхождения — нарушение пространственного анализа и синтеза.

Высокая частота нарушений производственной регуляции движений (40%) отмечается у детей с разными формами ДЦП

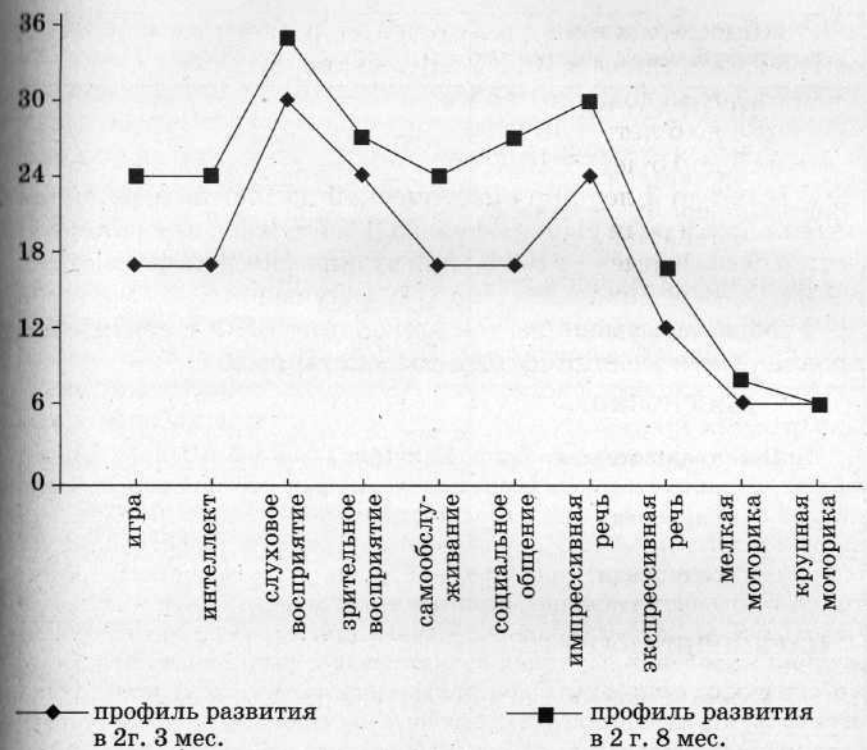


Рис. 7. Динамика профиля развития психических функций Димы К. с возрастом, спастическо-гиперкинетическая форма ДЦП, дизартрия (по Осипенко Т.Н. и др., 1993)

и является «фактором риска» дисфункций поведения и мышления. Нарушения сенсорных функций отмечались по типу пространственной (18%) и слуховой (12%) и в редких случаях (3%) по типу зрительной дисгнозий. Нарушения памяти отмечались с меньшей частотой, чем дисфункции праксиса, но с большей частотой по сравнению с дисфункциями восприятия.

Нарушение мыслительных процессов (9%) зарегистрированы с большей частотой по невербальному типу и с меньшей — по вербальному. Нарушение конструктивной деятельности отмечено в 15% случаев.





Рис. 8. Факторная недостаточность высших психических функций у детей с церебральным параличом (по Т.Н. Осипенко и др., 1993)

Таким образом, у детей с ДЦП выявлены «факторы риска» *дисграфии* (различные виды нарушений праксиса), *дискалькулии* (дисфункции пространственных представлений), *дислексии* (речевые нарушения), которые, безусловно, влияют на будущую школьную успеваемость ребенка.

Анализ топической локализации мозговой недостаточности (см. рис. 9) у детей, перенесших перинатальные вредности и развивающихся в условиях ДЦП, демонстрирует *дисфункцию всех отделов коры больших полушарий*, в равной степени лобно-теменно-височных его отделов, которые более уязвимы на ранних этапах нейроонтогенеза. Недостаточность функций затылочных долей отмечается у меньшего числа обследованных детей.

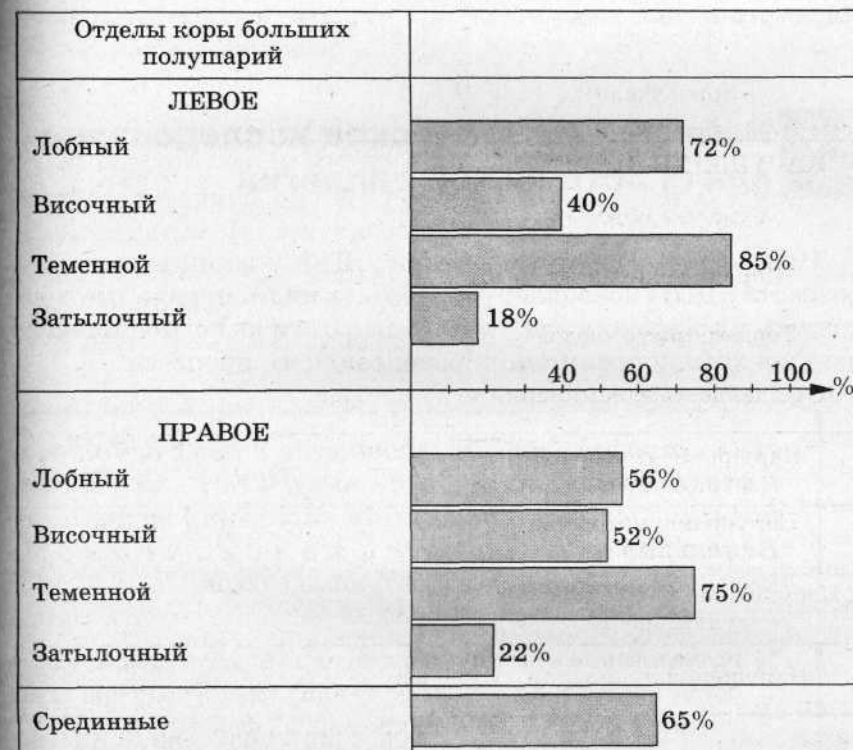


Рис. 9. Топическая локализация мозговой недостаточности (по Т.Н. Осипенко и др., 1993)

Вместе с тем срединные структуры мозга, обеспечивающие межполушарные взаимодействия, также отличает высокий процент поражения, что отрицательно влияет на развитие нормальной доминантности полушарий и их деятельности как единой функциональной системы.

У детей с ДЦП отмечено левшество, что еще раз подтверждает аномалию в межполушарном доминировании. Причем с 4 до 7 лет имеет место заметный рост «скрытого» и явного левшества (соответственно до 56 и 15%).

Представляет значительный интерес для дифференциальной диагностики степени нарушения познавательных процессов и возможной локализации поражения в головном мозге проведение нейропсихологического исследования у детей при разных формах ДЦП, чему и посвящены результаты, изложенные ниже.

### § 3. Нейропсихологическое исследование при спастической диплегии

Нейропсихологический анализ ВПФ у детей школьного возраста с ДЦП позволяет разработать индивидуальные программы их обучения и психолого-педагогического сопровождения в ходе коррекционно-развивающего процесса.

*Нами проводилось исследование в двух основных направлениях: психометрическом (исследование детей по детскому варианту методики Векслера) и нейропсихологическом, которое состояло из следующих блоков:*

- 1) исследование *гностических* функций: зрительной (узнавание предметов и их изображений), слуховой (узнавание ритмов и повторение изолированных фонем), гнозис;
- 2) исследование *праксических* функций: конструктивный, кинестетический праксис;

- 3) исследование *умственной работоспособности*: памяти в слуховой и зрительной модальностях, внимания (объема, концентрации, переключения, произвольности);
- 4) качественный анализ *мыслительных процессов*: особенности обобщений, умозаключений;
- 5) исследование *графических навыков*: рисунки, письмо букв и цифр.

Анализ полученных эмпирических данных проводили по следующей схеме:

3 балла — выполнение заданий без ошибок;

2 балла — негрубые ошибки, связанные со скоростью выполнения задания, которые замечаются и самостоятельно исправляются ребенком;

1 балл — грубые ошибки при выполнении проб.

Количественную оценку проводили следующим образом:

а) подсчитывали средний балл за выполнение заданий;

б) полученные оценки переводили в проценты и выводили коэффициент успешности выполнения заданий;

в) подсчитывали средний коэффициент успешности для каждой пробы.

Качественный анализ ошибок включал данные о динамических и временных параметрах деятельности ребенка, об особенностях реакции на допущенные ошибки, о его самостоятельности при их исправлении. Все это позволяет сделать вывод об уровне сформированности тех или иных психических функций, об их качественных особенностях, о степени выраженности их дефицитарности. Кроме того, можно оценить уровень сформированности таких компонентов психической деятельности, как самоконтроль и произвольная регуляция поведения, а также особенности мотивации и эмоционально-волевой устойчивости.

В контрольную группу вошли 60 здоровых успевающих школьников в возрасте от 8 до 14 лет. Были выделены три возрастные группы по 20 человек в каждой группе: младший школьный возраст (от 8 до 10 лет);

средний школьный возраст (от 10 до 12 лет); старший школьный возраст (от 12 до 14 лет).

*Анализ всех полученных данных нейропсихологического обследования здоровых школьников показал следующее:*

- с возрастом у детей повышается эффективность в развитии гностико-праксических, мнемических и мыслительных функций;
- использование нейропсихологических методик с ориентацией на качественный анализ психических функций позволяет выявить определенную гетерохронию в их развитии. Это проявляется в более высоком уровне развития зрительного гнозиса по сравнению со слуховым. Отмечается более высокое развитие зрительной памяти по сравнению со слухоречевой. На фоне достаточного развития конструктивного праксиса наблюдаются трудности пространственной организации и выполнение сложных моторных программ с опорой на пространственную память и речевую регуляцию, особенно в младшем школьном возрасте.

Данные, полученные на здоровых школьниках, использовались нами для сравнения с результатами обследования больных с ДЦП.

Были обследованы 112 детей с диплегической формой ДЦП в возрасте от 8 до 15 лет, которые были разделены на четыре подгруппы.

Уровень интеллектуального развития детей первой подгруппы (5,3%) располагался в диапазоне нормы. Все дети передвигались самостоятельно или с помощью костылей. Обучались по программе массовой школы. В медицинском анамнезе у всех детей этой группы отмечались недоношенность и отставание в психомоторном развитии. В стороны речи существенных отклонений не наблюдаются. Эти дети в сравнении со здоровыми имели более низкие показатели по всем шкалам методики Векслера, но

достоверные различия наблюдались по показателям памяти и внимания.

Анализ ошибок выявил трудности переключения и распределения внимания (выполнение корректурных проб). Незначительные трудности наблюдались у детей при выполнении проб на зрительный и слуховой гнозис, что было обусловлено неустойчивостью внимания. Дети испытывали трудности в пространственной организации движений, в запоминании пространственных характеристик элементов моторной программы.

В процессе выполнения конструктивных проб у большинства детей данной подгруппы наблюдался более замедленный темп работы, чем у здоровых. Ошибок в пространственном анализе и синтезе деталей не выявлено. Объем слуховой и зрительной памяти был в пределах возрастной нормы. Качественный анализ ошибок показал, что у детей данной группы имелись трудности усвоения порядка элементов запоминаемого материала как в зрительной, так и в слуховой модальностях, искажения слов, инертное их повторение. Итак, в данной подгруппе детей с церебральным параличом на фоне сохранного интеллекта в процессе нейропсихологического обследования наблюдались некоторые нарушения нейродинамики психических процессов.

Во второй подгруппе детей с диплегической формой ДЦП (25%) имелось достаточное развитие вербальных функций, однако структура интеллекта отличалась выраженной дисгармонией. Наиболее низкие оценки наблюдались при выполнении заданий блока 2 (уровень перцептивной организации). Качественный анализ выявил у них не только замедленный темп работы, но и затруднения в пространственном синтезе.

При нейропсихологическом обследовании выявлены существенные трудности переключения и распределения внимания. При выполнении корректурных проб дети достоверно часто пропускали буквы и цифры, нередко зачеркивали сходные по начертанию знаки. Анализ особенностей памяти показал, что дети лучше запоминали смысловые структуры, чем изолированные цифры и слова. Объем запоминания материала в зрительной модальности был выше, чем в слуховой.



Качественный анализ выполнения конструктивных проб показал, что дети активно рассматривали грани кубиков и образцы, выделяли грани, которые необходимы для составления фигуры, но правильно расположить детали в пространстве соответственно заданному образцу затруднялись. Это указывает на то, что у них была сохранена вся структура интеллектуальных актов в процессе анализа конструктивных образцов, но при неумении оперировать элементами конструкции в пространстве. Некоторые авторы связывают такие особенности конструирования у взрослых больных с нарушениями в теменно-затылочных отделах коры левого полушария мозга [Л.С. Цветкова, 1985].

Полученные данные позволяют предположить недоразвитие теменно-затылочных отделов левого полушария мозга у данной подгруппы детей с ДЦП. В большинстве случаев у них наблюдался замедленный темп не только при решении арифметических задач, но и выполнении почти всех тестовых заданий. Недоразвитие нейродинамических характеристик психических процессов отмечалось на фоне общей заторможенности. Нарушения ВПФ наблюдались у больных этой подгруппы при достаточно нормальном уровне развития интеллекта. В процессе занятий дети были самокритичны, переживали за допущенные ошибки, просили разрешения их исправить. Анализ школьной успеваемости показал, что большинство детей испытывали трудности в усвоении математики при удовлетворительной и хорошей успеваемости по другим предметам.

В третью подгруппу (42,8%) вошли дети, у которых задержка темпа умственного развития сочеталась с более выраженными психоорганическими синдромами. Оценки уровня интеллекта, особенно по невербальным шкалам, располагались в диапазоне ниже средней нормы. Достоверно низкие показатели у детей этой группы наблюдались при выполнении заданий, связанных с перцептивной организацией интеллекта.

Качественный анализ показал, что дети правильно понимали инструкцию, пытались выделить общую форму конструкции, но правильно расположить детали в пространстве им было практически недоступно даже при обучающих

и вспомогательных процедурах. При анализе ошибок, допущенных при выполнении теста Косса, было выделено два основных вида: ошибки соположения, когда дети грубо, схематически воспроизводили образец, и обратное воспроизведение формы, когда правильно сконструированная форма располагалась в перевернутом виде.

В пробах на зрительный гнозис некоторые дети, особенно младшего школьного возраста, затруднялись в узнавании усложненных вариантов предметных изображений и букв (наложенные друг на друга изображения и буквы, конфликтные составные фигуры). У некоторых детей на начальных этапах обучения в школе наблюдались стойкие трудности в написании букв и цифр. Они изображали их в зеркальном или перевернутом виде, плохо ориентировались в строке и в клетках тетради.

При выполнении корректурных проб имели место частые пропуски букв или цифр, кривая работоспособности отличалась выраженной неравномерностью. Объем механической памяти, особенно в слуховой модальности, у детей был ниже, чем у больных предыдущих групп. Смысловой текст дети запоминали значительно лучше, правильно составляли последовательные умозаключения в рассказах, выделяли причинно-следственные связи. Уровень словесных обобщений у детей существенно не отличался от такового у обследованных предыдущих групп, но мотивировка ответов была недостаточно четкой.

Несмотря на неравномерное развитие отдельных психических функций, дети этой подгруппы обучались в специальных интернатах или на дому по программе массовой школы. У них возникали существенные трудности в усвоении не только математики, но и русского языка, географии и других предметов. Многие дети оставались на второй год.

В четвертой подгруппе больных (26,9%) наблюдалось существенное снижение уровня интеллекта как по вербальным, так и по невербальным показателям, что соответствовало умственной отсталости в легкой степени. Уровень перцептивной организации у детей был достоверно ниже по сравнению с предыдущими подгруппами. Дети при выполнении заданий испытывали

существенные трудности в программировании своих действий. Они приступали к решению конструктивных задач без предварительного анализа образца (отрыв от образца). Отмечались хаотичные манипуляции с деталями. В процессе обучающих занятий было установлено, что кроме трудностей в предварительной ориентировке в задании у них наблюдались стойкие ошибки в пространственном синтезе деталей.

Исследование слухоречевой памяти выявило существенные трудности удержания запоминаемого материала. При повторении дети добавляли слова или цифры, которые не встречались в тексте.

Аналогичные ошибки наблюдались при запоминании материала в зрительной модальности. Трудности переключения и распределения внимания у некоторых детей сочетались с такими особенностями поведения, как импульсивность, расторможенность.

При восприятии конфликтных составных фигур и рисунков, наложенных друг на друга (тест Поппельрейтера), некоторые обследуемые затруднялись в правильном узнавании предметов. Основные трудности у большинства детей наблюдались в сосредоточении на задании, что указывает на сохранность у них предметного гнозиса.

Выявлены также существенные нарушения умственной работоспособности. У некоторых детей наблюдалось снижение критики своего поведения. Все дети обучались по специальным программам для коррекционных учреждений VIII вида, в интернатных учреждениях или на дому.

Использование психометрического и нейропсихологического методов исследования детей с диплегической формой ДЦП показало, что снижение суммарного показателя интеллекта обуславливается конкретными мозговыми дисфункциями. Выделены характерные для данной клинической группы ДЦП особенности:

— *неравномерность интеллектуального развития*: от нормального развития интеллекта до выраженного его снижения по типу умственной отсталости;

— *задержка психического развития*, обусловленная различными по степени локализации нарушениями ВПФ;

— при *слабовыраженной* интеллектуальной недостаточности проявляется парциальность, *неравномерность развития отдельных психических функций*: внимания, памяти, организации зрительно-пространственного гнозиса и праксиса;

— при *более выраженной* интеллектуальной недостаточности эти проявления имеют *тотальный характер* и занимают важное место в общем психическом недоразвитии;

— при всех уровнях интеллектуальной недостаточности отмечаются *нарушения пространственного анализа и синтеза*.

Нарушения пространственного анализа и синтеза являются специфическими для данной формы церебрального паралича и указывают на недоразвитие теменно-затылочных структур мозга. Однако нейропсихологическая структура нарушений зрительно-пространственного синтеза у детей с диплегической формой ДЦП проявляется неодинаково — от различных типов частных дефектов зрительно-пространственных функций до тотальных их нарушений.

У детей первой и второй подгрупп наблюдалась сохранность структуры интеллектуального акта в процессе конструирования, но были выявлены трудности оперирования элементами конструкции в пространстве, и это проявлялось в ошибках пространственного синтеза. Нейропсихологический анализ не выявил фрагментарности зрительного восприятия. Но наблюдалась обособленность зрительного восприятия от зрительно-конструктивной деятельности, т. е. simultaneное восприятие зрительной информации является сохранным при выполнении простых заданий, но не нарушается при необходимости построить и реализовать сложную конструктивную программу.

У детей третьей и особенно четвертой подгрупп грубые ошибки пространственного синтеза сочетались с трудностями зрительного гнозиса и предварительной ориентировки в задании, что указывает на тотальное недоразвитие зрительно-пространственного синтеза. Последнее, в свою очередь, существенно затрудняет выполнение проб на пространственную организацию движений, конструирование и рисование, а также препятствует формированию счетных операций у детей. Выполнение счетных операций требует от ребенка не только

концентрации внимания, но и оперирования в определенном пространственном направлении по числовой оси.

Нейропсихологическое обследование детей с церебральным параличом в форме пластической диплегии, показывает, что корковые дисфункции у них не укладываются в один синдром, а отличаются качественным многообразием. Это говорит о неспецифичности нейропсихологической симптоматики у детей и неопределенности ее топической диагностики.

#### § 4. Нейропсихологическое исследование при гемипаретической форме ДЦП

Гемипаретическая форма ДЦП является весьма интересной моделью для изучения патогенетических механизмов ВПФ, поскольку имеется выраженное недоразвитие одного из полушарий головного мозга.

Были обследованы 50 детей с гемипаретической формой ДЦП в возрасте от 8 до 14 лет. Выявлено что у этих больных уровень оценок по шкалам Веке л ера был достоверно ниже, чем у их здоровых сверстников. Показатели невербального интеллекта у детей с левополушарным дефектом (ЛПД) был статистически выше таковых у детей с правополушарным дефектом (ППД) ( $p < 0,01$ ). Наблюдались существенное недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза и недостаточность объема зрительной памяти у детей с ППД. Например, дети с ППД при выполнении заданий субтеста «Кубики Косеа» затруднялись в нахождении нужного направления в расположении кубиков. Общими особенностями для этой группы больных были затруднения в анализе пространственных отношений, а также нарушения синтетической деятельности, опирающейся на сложные пространственные представления. Некоторые затруднения аналитико-синтетической конструктивной деятельности наблюдались и у детей с ЛПД но они были гораздо менее выражены, чем у детей с ППД. В основном у детей с ЛПД преобладал замедленный темп работы из-за паралича правой руки. Нейропсихологический анализ показал, что в группе детей с ППД

отмечалось уменьшение объема памяти как в зрительной, так и в слуховой модальностях в сравнении с детьми в группе ЛПД, а также недоразвитие свойств внимания: устойчивости и переключения.

Уровень развития вербального интеллекта в обеих группах детей был снижен по сравнению со здоровыми детьми. Однако уровень развития вербального интеллекта у детей с ИПД был статистически выше ( $p < 0,01$ ) уровня его развития у детей с ЛПД. Этот факт дополняется данными качественного анализа выполнения больными детьми вербальных субтестов. Дети с ЛПД значительно хуже справлялись с заданиями 2-го и 4-го субтестов, выполнение которых больше связано с мыслительными процессами, опирающимися на существенное участие логических кодов языка.

Нейропсихологический анализ показал, что у детей с левополушарным дефектом наблюдается большее недоразвитие вербальных функций, чем у детей с правополушарным дефектом. Расхождения в развитии невербальных функций между двумя группами детей особенно выражены в развитии зрительно-пространственных функций. Раннее очаговое поражение мозга у ребенка по-разному сказывается на последующем развитии ВПФ в зависимости от того, какое полушарие пострадало. У больных с правополушарным дефектом тяжесть нарушения ВПФ более выражена и структура нарушения значительно многообразнее. Эти данные говорят о высокой значимости правого полушария для развития ВПФ в раннем онтогенезе.

Е.Л. Вассерманом (1998, 1999) было установлено, что нарушения ВПФ у детей с право- и левосторонним гемипарезом отличались от таковых у взрослых с аналогичными поражениями мозга. Было проведено нейропсихологическое обследование детей с 6—17 лет с право- и левосторонними (ЛГ) вариантами гемипаретической формы ДЦП с помощью методики адаптированного нейропсихологического исследования для детских невропатологов [Э.Г. Симерницкая с соавт., 1985], дополненной рядом других заданий (направленных на оценку функций активного внимания, слуховой оперативной памяти, сукцессивных функций и мышления).



Особые различия по сравнению со взрослыми проявились у детей с ЛПД, у которых часто выявлялись расстройства речевых функциональных систем, что соответствовало представлениям о том, что в детском возрасте речь, связанная преимущественно с наглядно-образным мышлением, в большей степени опирается на структуры правого, а не левого полушария [Э.Г. Симерницкая, 1985; и др.]. Более выраженные нарушения эмоционально-личностной сферы были также обнаружены в подгруппе с ЛПД и особенно отчетливо проявились у детей младшего возраста; к тому же раннее поражение правого полушария тормозило формирование коммуникативных навыков. Косвенно это сказывалось на развитии речи и вербального интеллекта. У больных с правосторонним гемипарезом речевые расстройства встречались чаще, чем при левостороннем, но носили негрубый характер и зачастую выявлялись лишь с помощью сенсibilизированных проб.

Не было обнаружено достоверных различий между средними показателями состояния ВПФ в подгруппах с правым и левосторонним гемипарезом, в целом, но структура и степень выраженности нарушений большинства ВПФ различались в зависимости от латерализации поражения. Так, в подгруппе больных с ЛПД достоверно сильнее были выражены нарушения зрительно-пространственной организации движений, зрительного гнозиса, сукцессивных функций, слуховой оперативной памяти, конструктивного мышления, функций активного внимания, а при ПЛД — стереогнозиса при использовании паретичной руки, чтения и вербально-логического мышления. Сопоставление качественных особенностей нарушений ВПФ выявило различие между подгруппами в структуре расстройств, в частности, таких функциональных систем, как оптико-кинестетическая организация движений, конструктивная деятельность. Дефицитарность функций внимания обнаруживалась у больных с ДЦП независимо от стороны поражения, но была сильнее выражена у больных с ЛПД (иногда — с явлениями игнорирования левой половины пространства), однако грубых расстройств обнаружено не было.

У больных с ЛПД большое влияние на недостаточность ВПФ оказывали нейродинамические расстройства и расстройства

моторных функций, а у больных с ППД трудности при выполнении заданий возникали в основном за счет наличия перциптивных расстройств ВПФ, таких, как легкие нарушения кинестетических основ движения, нарушение стереогнозиса, недостаточный объем кратковременной слухо-речевой памяти, дислексия и дисграфия.

При исследовании ВПФ у больных с ДЦП в разных возрастных группах оказалось, что у младших детей с левосторонним гемипарезом дефицитарность ВПФ была выражена значительно сильнее, чем при правостороннем, в средней возрастной группе степень выраженности нарушений ВПФ у больных с обеими формами гемипареза была примерно одинаковой, а в старшей группе более выраженные нарушения были у больных с ППД.

В целом поражение правого полушария у детей приводит к более серьезным последствиям, чем левого: темп развития ВПФ снижен значительно, что отчетливо проявляется в раннем возрасте. Менее выраженные правополушарные поражения приводят к такой же выраженности расстройств ВПФ, что и более распространенные левополушарные.

Нарушения ВПФ в большей степени зависят от внутриполушарной локализации мозгового повреждения. Отсутствие у больных с гемипарезом связи интегральных показателей состояния ВПФ со степенью выраженности атрофии в пораженном полушарии демонстрирует высокие компенсаторные возможности развивающегося мозга.

У детей с гемипаретической формой ДЦП по речевым функциям в большинстве случаев доминирует правое полушарие независимо от стороны мозгового повреждения. Степень выраженности доминирования у детей и подростков с этой патологией в среднем более чем в 2 раза превышает таковую у здоровых; в случае поражения левого полушария она прямо зависит от объема его морфологического дефекта: чем обширнее повреждение, тем меньшую роль играют внутриполушарные перестройки и большую — межполушарный перенос.

Раннее унилатеральное повреждение мозга при ДЦП независимо от латерализации приводит к диффузным нарушениям высших психических функций вследствие более

глубокого нарушения их развития. Существенной в количественном отношении разницы в их дефиците при поражении правого и левого полушария не наблюдается, но структура и выраженность нарушений различны.

Раннее поражение правого полушария у больных с гемипаретической формой ДЦП оказывает большое негативное влияние на темп развития ВПФ и приводит к более выраженным нарушениям нейродинамических и регуляторных процессов высшей психической деятельности и к нарушениям как вербальных, так и невербальных функций. Раннее поражение левого полушария приводит к более выраженным парциальным нарушениям ВПФ и проявляющейся с возрастом дефицитарности вербально-логического мышления. В случае постнатального поражения дефект левого полушария оказывает значительно большее негативное влияние на общее состояние высших психических функций, чем дефект правого, которое приводит к нарушениям преимущественно невербальных функций.

При осуществлении психолого-педагогических воздействий при поражении левого полушария основное внимание необходимо уделять коррекции парциальных нарушений ВПФ, а при поражении правого полушария — учитывать наличие нейродинамических расстройств регуляторных функций, с этой целью осуществлять стимулирующую и организующую помощь, особенно при работе с детьми младшего возраста.

В школе редко используются полученные при нейропсихологическом обследовании данные, хотя они представляют большую ценность для разработки индивидуальных программ социальной адаптации и реабилитации. Обычно не находится специалиста, который сопоставил бы данные, полученные при исследовании одного ребенка невропатологом, психологом и специальным педагогом. Это приводит к тому, *то* нарушения, выявление которых формально не предусмотрено в ходе рутинного, часто минимального по объему осмотра, остаются без внимания, хотя их наличие нередко очевидно, а значение своевременной диагностики для успешного лечения, абилитации и даже, в некоторых случаях, безопасности больного ребенка весьма велико. Тем более редко

информация о неврологических и психических особенностях больного ребенка доходит до педагогов, вынужденных самостоятельно искать индивидуальный подход к каждому, не получая при этом реальной помощи от специалистов-медиков.

*Первый пример* [Е.Л. Вассерман и соавт., 1999]

Ученица К., 8 лет, от первой, нормально протекавшей беременности, неосложненных родов. Ранний период — с небольшой задержкой психомоторного развития. В возрасте 13 месяцев выявлена слабость в правых конечностях, диагностирована гемипаретическая форма ДЦП. Неоднократно проходила стационарные и амбулаторные курсы восстановительной терапии. С 7 лет — в специальной школе-интернате, обучение по общей программе. Учителя отмечают, что нередко во время урока девочка совершает странные, неадекватные действия: внезапно встает и ходит по классу, что-то достает и начинает есть, перебирает свои вещи и т. д., причем в это время совсем не реагирует или реагирует не сразу на замечания учителя. Наблюдаются также приступы немотивированной агрессии, направленной на одноклассников.

При неврологическом осмотре — клиника правостороннего церебрального гемипареза средней тяжести с примерно одинаковой выраженностью нарушения функции руки и ноги и нарушениями чувствительности по гемитипу. Электроэнцефалографическим (ЭЭГ) исследованием выявлен устойчивый очаг эпилептической активности в левой височной области.

Нейропсихологическое исследование выявило негрубые нарушения кинестетического, динамического и конструктивного праксиса, недостаточность слухомоторных координации, нарушение моторной функции речи (сложности при переключении с одной артикуляции на другую), нарушение процессов анализа и синтеза. Недостаточность познавательной деятельности проявлялась в слабом контроле и программировании своих действий, в трудности поддерживать активное внимание, в исключительно игровом характере интересов. Повышенная двигательная и речевая активность, слабая произвольность, непоследовательность и импульсивность интеллектуальной деятельности обуславливали несформированность школьных навыков. Все это свидетельствовало о функциональной недостаточности лобных, височных и теменных областей левого полушария мозга.

На основании имеющихся данных у девочки диагностирована эпилепсия (со сложными парциальными припадками в виде амбулаторных автоматизмов и интеллектуально-личностными изменениями).

У девочки не был распознан эпилептический синдром, проявлениями которого во многом и объясняются «странности» в ее поведении, двигательная и речевая расторможенность, нестойкость внимания,

импульсивность. Припадок амбулаторного автоматизма, во время которого девочка совершала сложные последовательные действия, неуместные в конкретной ситуации, но кажущиеся осмысленными, протекали при полном или частичном нарушении сознания. Пытаться корригировать ее поведение во время припадка бессмысленно, а делая замечания по его окончании, можно только обидеть ничего не понимающего ребенка. Если же припадок развивается, например, на улице, в отсутствие взрослых, это может привести к несчастному случаю.

#### Второй пример

Больной Б., 12 лет, от первой, соматически отягощенной беременности, вызванных родов на 34-й неделе. Ранний период — с небольшой задержкой психомоторного развития. В возрасте 6 месяцев выявлена слабость в правых конечностях, диагностирована гемипаретическая форма ДЦП. Неоднократно проходил стационарные и амбулаторные курсы восстановительной терапии. На компьютерной томограмме атрофические изменения в заднетеменной области левого полушария. По поводу непостоянного расходящегося косоглазия и небольшого снижения остроты зрения правого глаза регулярно осматривался офтальмологами. Ученик VI класса средней школы, обучение по общей образовательной программе. В классе часто отвлекается, не следит за действиями учителя, находясь на улице и в незнакомых местах, производит впечатление неловкого, натывается на предметы, спотыкается.

При неврологическом осмотре — клиника правостороннего церебрального гемипареза легкой степени тяжести с примерно одинаковой выраженностью нарушения функции руки и ноги и нарушениями чувствительности (больше — глубокой и сложных видов) по гемитипу. Было выполнено ЭЭГ-исследование, выявлены признаки врожденной сенсорной депривации зрительных областей коры левого полушария.

Нейропсихологическое исследование выявило нарушения кинестетической основы движений и стереогнозиса при использовании правой руки, нарушение моторной функции речи (затруднения при переключении с одной артикуляции на другую), недостаточность вербальной памяти (сниженный объем кратковременной памяти, повышенная тормозимость следов после интерференции), легкие нарушения планирования при рисовании пространственных объектов, явления дисграфии и дислексии. Мыслительная деятельность характеризовалась возможностью поддерживать произвольное внимание, программировать и контролировать свои действия. Уровень развития абстрактно-логического мышления соответствовал возрастной норме. Трудности при обучении по общей школьной программе преимущественно были связаны с негрубыми нарушениями вербальных функций и повышенной утомляемостью. Результаты исследования

ги детей свидетельствовали о недостаточности заднелобных и теменно-височных областей левого полушария.

Мальчик был направлен к нейроофтальмологу для периметрии, ходе которой выявлена правосторонняя гомонимная гемианопсия вследствие поражения зрительной лучистости в левом полушарии.

У этого мальчика — врожденное, полное и некомпенсируемое нарушение восприятия зрительной информации, предъявляемой в правое поле зрения, типичное для поражения указанных выше мозговых структур и выявляемое даже при обычном неврологическом осмотре. Тем не менее, несмотря на многократные обращения к офтальмологам, оно не было диагностировано из-за привычно упрощенного подхода к детям с врожденной церебральной патологией. Как выяснилось, предпринятая однажды попытка периметрии была признана врачом неудачной, так как отрицательные ответы мальчика при предъявлении предмета (метки) со стороны дефекта поля зрения он посчитал следствием... «дебильности» (!) интеллектуально сохранного пациента. А ведь такого ребенка надо приучать быть особенно внимательным на улице, ему нельзя ездить по дорогам на велосипеде, работать в школьной мастерской на станке и т. д. Повышенная утомляемость ребенка на уроках также во многом объясняется необходимостью постоянно удерживать в поле зрения происходящее в классе, поскольку ни учитель, ни сам мальчик не подозревали о том, что от расположения его парты зависят качество и количество воспринимаемой им зрительной информации. В данном случае мальчик должен сидеть за первой партой в правом ряду, чтобы классная доска и стол учителя находились в левом поле зрения.

Как отчетливо показано в приведенных примерах, к каждому ребенку с ДЦП необходим особый подход как с медицинской, так и с психолого-педагогической точки зрения. Хотя детский мозг и обладает большой пластичностью, полное восстановление или компенсация нарушенных функций происходит далеко не всегда (это зависит от многих факторов — Возраста и индивидуальных особенностей ребенка, генеза и распространенности поражения и т. д.), психологическая коррекция также может не привести к желаемому результату. Необходим индивидуальный подход к обучению таких детей, учет последствий заболевания, а не перевод их в специальные классы из-за плохой успеваемости по отдельным предметам, чтобы не тормозить дальнейшего интеллектуального развития. В старших классах специальных школ для таких детей нужно предусмотреть возможность продол-



жения обучения по различным программам с преимущественным преподаванием гуманитарных, технических, биолого-химических и других предметов (подобно массовым школам). Это будет способствовать формированию у них нормальной самооценки, мотивационной и эмоциональной сфер, в то время как длительный неуспех по тому или иному предмету приводит к возникновению и закреплению отрицательных качеств личности, школьной и социальной дезадаптации.

Особый подход к таким детям необходим и в процессе психокоррекции. Специальный педагог должен хорошо представлять себе нейропсихологический диагноз, а именно — латерализацию и внутрислошарную локализацию областей мозга, функциональная недостаточность которых приводит к нарушению ВПФ, поскольку в зависимости от этого меняются и приемы психокоррекции. Например, у правши при левополушарной недостаточности заднелобных и теменных областей конструктивная апраксия не носит такого грубого характера, как при правополушарном дефекте, и коррекционные действия педагога заключаются в помощи ребенку при составлении конструктивного плана, такие дети лучше рисуют по образцу, а не по словесному заданию. Когда же выявляется нарушение конструктивного праксиса при правополушарном дефекте (больные зачастую не могут скопировать образец, допускают большое число ошибок в пространственных отношениях), коррекцию следует направить на формирование адекватных пространственных представлений.

В случае когда у детей с органической патологией мозга возникают затруднения при овладении навыками чтения и письма, знание преимущественной латерализации поражения оказывается важным фактором при выборе адекватных психокоррекционных приемов. Так, у ученицы К. с поражением левого полушария, когда затруднены процессы анализа и синтеза, нарушается слухоречевая память, предпочтительными окажутся такие приемы обучения чтению и письму, где акцент делается на сохранение зрительную память и правополушарную тактику интеллектуальной деятельности (восприятие стимулов целиком, т. е., например, не разложенные на отдельные слоги слова, а запоминание написания

Параметры	Баллы				
	1	2	3	4	5
Кинестетический праксис (правая рука)	■	■			
Кинестетический праксис (левая рука)	■	■	■		
Зрительно-пространственная организация движений	■	■	■		
Динамический праксис (правая рука)	■	■	■		
Динамический праксис (левая рука)	■	■	■	■	■
Реципрокная координация движений	■	■	■		
Слухотворные координации	■	■	■		
Стереогнозис	■	■	■		
Зрительный гнозис	■	■	■		
Номинативная функция речи	■	■	■	■	■
Сенсорная функция речи	■	■	■	■	■
Моторная функция речи	■	■	■	■	■
Чтение	■	■	■	■	■
Письмо	■	■	■	■	■
Объем кратковременной вербальной памяти	■	■	■		
Тормозимость вербальных следов после интерференции	■	■	■	■	■
Порядок воспроизведения вербальных стимулов	■	■	■	■	■
Объем кратковременной зрительной памяти	■	■	■		
Самостоятельный рисунок	■	■	■	■	■
Рисунок по образцу	■	■	■	■	■
Конструктивный праксис	■	■	■	■	■
Внимание	■	■	■	■	■
Сукцессивные функции	■	■	■	■	■
Счетные операции	■	■	■	■	■
Решение задач	■	■	■	■	■
Абстрактно-логическое мышление	■	■	■	■	■

■ оценка исследуемого параметра      ■ зона ближайшего развития

Рис.10. Расширенный нейропсихологический профиль больного Б.

полностью). А для школьников с правополушарным дефектом при обучении чтению и письму более успешными окажутся приемы, использующие левополушарную тактику (анализ отдельных букв в слоге или отдельных слогов в слове).

Весьма важной является динамика оценки развития ребенка. С этой целью нейропсихологическое обследование проводят в динамике обучения, а его результаты оформляют в виде нейропсихологического профиля (см. рис. 10).

Это позволяет наглядно представить степень выраженности и структуру нарушений ВПФ у ребенка и оценить его зону ближайшего развития [по Л.С. Выготскому, 1956], которая указывается на профиле для каждой функции, что дает возможность специальному педагогу выбрать адекватные методы коррекции. При использовании унифицированных бланков для такого профиля можно легко проследить динамику развития ребенка в течение нескольких лет.

Таким образом, многократное нейропсихологическое исследование каждого ребенка необходимо для выявления и оценки степени выраженности дефектов ВПФ в соотношении с результатами клинических и психолого-педагогических исследований.

## § 5. Нейропсихологическое исследование при гиперкинетической форме ДЦП

Было проведено нейропсихологическое исследование больных с гиперкинетической формой ДЦП в возрасте от 8 до 14 лет (27 человек). У всех обследуемых больных наблюдался потенциально сохраненный интеллект, и все обучались по программе массовой школы. Полным психометрическим обследованием было охвачено только 60% больных этой клинической группы, у остальных пациентов проводилось исследование лишь вербальных функций, так как выполнение невербальных заданий требовало ограничения во времени, что вызывало затруднения у детей с тяжелыми нарушениями мандуальных функций.

## § 5. Нейропсихологическое исследование при гиперкинетической...

Качественный анализ деятельности детей при выполнении конструктивных заданий показал, что они внимательно вучали образцы-модели, контролировали свои действия. Из-за расстройства произвольной моторики у некоторых детей имелись случайные ошибки, однако они сразу же замечали и пытались исправить.

Выявлены некоторые трудности запоминания в слухоречевой модальности. Наблюдалась замедленность, растянутость во времени процесса запоминания на слух, кривые запоминания, как правило, носили ригидный характер. При воспроизведении у некоторых детей наблюдалось инертное повторение одного и того же слова. Однако, несмотря на снижение успешности заучивания, конечный результат его был достаточно эффективным и сохранялся в течение длительного времени. У детей с выраженным нарушением экспрессивной речи объем слухоречевой памяти был значительно ниже. Смысловые структуры дети запоминали значительно лучше, чем неструктурированный материал.

В целом уровневые оценки интеллекта в данной группе детей располагались в диапазоне нормы, грубых нарушений со стороны вербальных функций, перцептивных процессов, внимания и памяти у детей при этой форме ДЦП не наблюдалось.

## § 6. Сравнительный анализ нейропсихологических исследований при разных формах ДЦП

Подводя итоги комплексного психологического исследования гностических процессов у детей с различными формами детского церебрального паралича с использованием нейропсихологического и психометрического методов, можно отметить ряд важных моментов.

Задержка психического развития у детей с диплегической формой ДЦП связана с разнообразными по степени и локализации нарушениями ВПФ, которые носят как специфический, так и общий характер.

При слабо выраженной интеллектуальной недостаточности проявляется парциальность, неравномерность развития отдельных психических функций: внимания, памяти, организации зрительно-пространственного гнозиса и праксиса.

При более выраженной интеллектуальной недостаточности у детей со спастической диплегией эти проявления носят тотальный характер и занимают важное место в общем психическом недоразвитии ребенка.

При гемипаретической форме ДЦП структура гностических и интеллектуальных дефектов в значительной степени определяется локальным недоразвитием отделов мозга.

У больных с левосторонним гемипарезом (правополушарный дефект) ведущим в структуре дефекта является недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза, перцептивных обобщений.

У больных с правосторонним гемипарезом (левополушарный дефект) наблюдается недоразвитие вербальных функций (уровень словесных обобщений, словарный запас, характер суждений).

При недоразвитии правого полушария в раннем онтогенезе структура нарушений высших корковых функций сложнее и многообразнее, чем при левополушарном дефекте. Однако у детей с гемипаретической формой ДЦП не выявлено выраженных нейропсихологических синдромов, характерных для взрослых больных с поражением полушарий мозга.

У больных с гиперкинетической формой ДЦП выраженных нарушений ВПФ не наблюдается. Выявленное уменьшение объема слухоречевой памяти связано с недоразвитием экспрессивной речи. Эти данные подтверждают результаты исследований нейрофизиологов, свидетельствующие о поражении подкорковых структур мозга при данной форме ДЦП.

Проведенный нейропсихологический анализ развития ВПФ у детей с церебральным параличом показал различную дефицитность отделов мозга в зависимости от формы и тяжести заболевания.

Ориентируясь на анализ ВПФ у детей в соответствии со структурно-функциональной моделью интегративной деятельности мозга, разработанной А.Р. Лурия (1962), можно выделить отдельные группы детей с двигательными нарушениями в зависимости от дефицитности того или иного блока мозга:

а) у детей с диплегической формой ДЦП наблюдаются различные уровни нарушения интегративной работы мозга, что проявляется как в дефицитности глубинных структур мозга (блок 1), так и в дисфункции задних отделов мозга (блок 2) и лобных отделов (блок 3);

б) у детей с гемипаретической формой ДЦП отмечается полушарная дефицитность, что в значительной степени нарушает интегративную деятельность мозга. Однако она менее выражена, чем у взрослых больных. Недоразвитие правого полушария приводит к более глубоким нарушениям познавательных процессов у детей;

в) при гиперкинетической форме ДЦП наблюдается выраженная дефицитность подкорковых структур мозга в сочетании с относительной сохранностью второго и третьего блока.

Таким образом, возрастной анализ формирования психических функций у школьников с ДЦП показал, что с возрастом у них наблюдается тенденция к интеграции отдельных психических функций в общей структуре интеллекта. Однако у них отмечается более низкая динамика в их развитии по сравнению со здоровыми детьми. Кроме того, сам процесс формирования интеллектуальных функций носит качественно иной характер, чем у здоровых школьников. Это проявляется в высокой значимости энергетических характеристик в развитии общего уровня интеллекта, в автономном развитии вербальных функций, в их недостаточной взаимосвязи с невербальными функциями, в слабой подвижности психических функций в процессе их формирования. Все это находит свое выражение в диспропорциональном развитии интеллекта у детей с церебральным параличом.

Изучение многоуровневой иерархической организации психических процессов и функций как в онтогенезе, так и при психическом дизонтогенезе требует не только



возрастного, но и тщательного структурного анализа. Нейропсихологические методы исследования у здоровых и школьников с психическим дизонтогенезом позволяют подойти к решению важнейших вопросов, связанных как с общим принципом мозговой организации психических процессов, так и с закономерностями их формирования в онтогенезе.

### Контрольные вопросы и задания

1. Составьте нейропсихологические схемы обследования детей, больных церебральным параличом для:
  - дошкольного возраста;
  - младшего школьного возраста;
  - подросткового возраста.
2. Какое значение имеют результаты нейропсихологического обследования для психолога и педагога?
3. Составьте таблицу нарушения высших психических функций при разных формах ДЦП.
4. Проведите нейропсихологическое обследование одного из детей с церебральным параличом, проанализируйте его результаты, дайте развернутый нейропсихологический профиль и заключение, на основе чего сформулируйте основные методические рекомендации для работы с этим ребенком педагогу и родителям.

## НАРУШЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Дети с ДЦП испытывают специфические трудности в приеме и обработке поступающей информации, что связано не только с нарушением движения, речи, зрения, слуха, но и с недостатками интеллекта, внимания, памяти, с общей пассивностью ребенка, его повышенной утомляемостью.

По данным **Т.Н. Осипенко** с соавт. (1993), частота интеллектуальных нарушений у детей при разных формах ДЦП значительно отличается:

- при спастической диплегии — 5,4%;
- при гиперкинетической форме — 5,0%;
- при гемипаретической форме — 1,1%;
- при атонически-астатической форме — 9,3%.

В Австралии у **20%** детей с интеллектуальной недостаточностью в дальнейшем был диагностирован ДЦП и у **13%** — умственная отсталость сочеталась с эписиндромом (Основы ортопедологии, 1999).

Двигательная способность у детей имеет важное значение для интеллектуального и когнитивного развития, выявлена высокая корреляция между низкими двигательными оценками в 4—9 месяцев с низкими интеллектуальными показателями к 1,5 годам жизни [Л.А. Данилова, К. Стока, Г.Н. Казыцына, 1997].

Однако имеющиеся данные об особенностях нарушения интеллектуальных функций у детей и подростков с ДЦП крайне малочисленны и противоречивы. Поэтому в данной главе приводятся собственные результаты исследования этой проблемы [И.И. Мамайчук, 2000].

При исследовании особенностей структуры и уровня интеллекта использовали методику **Векслера**, адаптированную

для детей А.Ю. Панаскжом (1976). Данная методика имеет ряд несомненных преимуществ.

Во-первых, в суммарной количественной оценке за выполнение каждого субтеста учитывается состояние качественно различных интеллектуальных функций. Для некоторых субтестов оценочные шкалы предусматривают качественный анализ мышления обследуемого. (Например, в субтесте «Сходство» оценка 0 соответствует уровню развития конкретного мышления, оценка 1 — функциональному уровню формирования понятий, оценка 2 — уровню развития абстрактного мышления.)

Во-вторых, в клинической и педагогической практике основную ценность имеет не коэффициент интеллекта (IQ), а соотношение показателей субтестов. Это особенно важно при исследовании детей с психическим дизонтогенезом.

В-третьих, при анализе данных, полученных с помощью методики Векслера, можно выделить основные диагностические блоки.

Так, на основе корреляционного и факторного анализа были выявлены три основных фактора, которые соответствовали трем диагностическим блокам: вербальному, перцептивному и блоку памяти и внимания [Cohen, 1957; Kaufman, 1975].

## § 1. Нарушение интеллектуальных функций у школьников со спастической диплегией

Были обследованы 260 детей, страдающих спастической диплегией. Из них 55 человек в возрасте от 7 до 10 лет, 90 человек — от 10 до 13 лет и 115 человек — от 13 до 17 лет.

В группе детей с ДЦП младшего школьного возраста выявлены достоверно более низкие показатели по всем шкалам методики Векслера по сравнению со здоровыми школьниками. Обнаружены также достоверные различия в уровне оценках интеллекта по блокам (см. рис. 11).

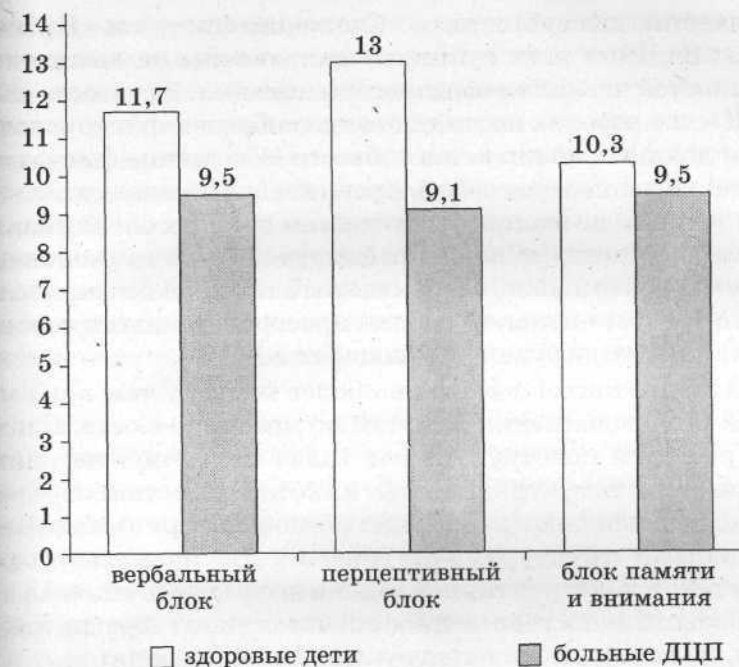


Рис. 11. Показатели уровневых оценок интеллекта по блокам у здоровых и больных детей младшего школьного возраста

Существенные трудности наблюдаются у детей с ДЦП при выполнении заданий вербального блока. Это проявлялось в низком уровне осведомленности об окружающем, в ограниченном словарном запасе, в конкретно-ситуативном определении значений слов, в трудностях словесного отображения обобщающих понятий. Уровневый анализ оценок по шкалам внутри данного блока выявил наиболее высокие оценки при выполнении заданий субтеста «Определение сходства и аналогий», что указывает на способность детей с ДЦП к операциям абстрагирования, классификации. Сниженный уровень осведомленности об окружающем и ограниченный словарный запас, вероятно, обусловлены социальной депривацией детей в связи с трудностями передвижения и речевыми дефектами. Наиболее низкие оценки получили дети при выполнении заданий перцептивного блока,

включавший два субтеста -- «Сложение фигур» и «Кубики Косса». Задания этих субтестов направлены на выявление особенностей ш.П./Иядмообразного мышления. В субтесте «Кубики Косса» > ребенок постоянно видит образец-фигуру, которую он **ДОЛЖЕН** сложить, а в субтесте «Сложение фигур» он М имеет образца перед собой. Сравнительный анализ выполнения заданий по этим двум субтестам показал более низкие оценки по субтесту «Сложение фигур». Именно такой неалгоритмизированный конструктивный праксис без опоры на образец требует активной работы пространственного воображения, наиболее труден для больных с ДЦП.

Получены также достоверно более низкие, чем в норме, оценки при выполнении заданий по методике Косса. Сложность решения конструктивных задач по данной методике заключается в том, что элементы, из которых состоит образец-модель, не совпадают непосредственно с воспринимаемыми зрительными структурами (кубиками). Для правильного решения такой конструктивной задачи необходимо сначала перешифровать непосредственное впечатление от образца в элементы, из которых эти конструкции воспроизводятся.

*Для качественного анализа особенностей выполнения ребенком заданий использовали «Кубики Косса» с классификацией следующих ошибок:*

- отрыв от образца-модели;
- применение метода проб и ошибок;
- персеверации;
- обратное воспроизведение: а) формы, б) цвета;
- инерция (субъективный синтез): а) гипертрофированное воспроизведение цвета; б) инерция простая; в) инерция ритма и симметрии.

Качественный анализ ошибок больных с ДЦП показал, что у подавляющего большинства из них наблюдались ошибки соположения. Это проявлялось в том, что фигуры собирались механически, без учета имеющихся пространственных отношений на образце-рисунке. Например, вместо того

чтобы комбинировать ромб, большинство больных строили квадрат, а затем переводили фигуру в ромб. Многие дети не замечали своих ошибок. Выполнение заданий из девяти кубиков практически было недоступно больным с ДЦП. Существенные трудности испытывали дети с пространственным синтезом деталей, воспроизводили их в перевернутом виде. Большинство детей затруднялись в предварительной ориентировке в задании, что проявлялось в систематическом отрыве от образца-модели, в хаотичных манипуляциях с кубиками. Выявленные особенности подчеркивают недоразвитие зрительно-пространственных функций у больных с ДЦП.

Получены достоверные статистические различия по показателям памяти и внимания. Особые трудности вызвали у детей с ДЦП задания по субтесту «Арифметика». Наблюдался замедленный темп выполнения заданий. При решении устных задач использовался наглядный материал. Детям сложно было удержать в памяти условие задачи. Выполнение этого теста требует высокой концентрации внимания, что вызывает значительные трудности у больных с ДЦП. Самые низкие оценки получены по субтесту «Шифровка». Успешность выполнения заданий данного субтеста зависит не только от свойств внимания (концентрация, распределение, переключение), но и от особенностей зрительно-моторной координации, от скорости формирования двигательных навыков.

Корреляционный анализ выявил, что если в группе здоровых школьников показатели первого блока (вербальные функции) достоверно коррелируют со всеми вербальными шкалами, то в группе детей с ДЦП имеется достоверное число корреляционных связей с показателями не только вербальных шкал, но и невербальных. Это говорит о высокой значимости вербальных функций в развитии интеллекта младших школьников с ДЦП в отличие от здоровых школьников этого же возраста.

Факторный анализ показал высокую нагрузку в данной возрастной группе больных с ДЦП на вербальный блок, что также подчеркивает важное значение вербальных функций в интеллектуальном развитии детей с ДЦП младшего школьного возраста.



Полученные данные подтверждают результаты многочисленных клинических и педагогических наблюдений, отражающие диспропорцию в развитии интеллекта у больных с церебральным параличом, которая проявляется в более высоком развитии вербальных функций и недоразвитии зрительно-пространственных функций.

Итак, у детей с ДЦП младшего школьного возраста выявлено снижение уровневых характеристик интеллекта и нарушение структурообразования интеллектуальных функций, проявляющееся в высокой значимости вербальных функций в структуре развития интеллекта (у здоровых детей данного возраста значимость вербальных функций существенно ниже).

В группе детей с ДЦП среднего школьного возраста выявлены достоверные статистические различия в уровневых оценках вербального, невербального и общего интеллекта по сравнению со здоровыми детьми того же возраста. Получены достоверные статистические различия по всем шкалам, за исключением шкалы «Последовательные картинки». Успешность выполнения этого субтеста зависит от способности ребенка представлять логическую последовательность действий, понимать социальный контекст и от умения составить некоторый целостный образ события. Дети с ДЦП успешно справлялись с заданиями этого субтеста, что говорит о сохранности их способности к прогнозированию логической последовательности действий.

Анализ соотношения уровневых оценок по блокам (см. рис. 12) выявил достоверно высокие оценки по вербальному блоку и низкие оценки по перцептивному блоку. Так же как и в предыдущей возрастной группе, дети с ДЦП с трудом справлялись с выполнением заданий «Кубики Косса» и «Складывание объектов». Наблюдалась существенная трудность предварительной ориентировки в задании на пространственный анализ и синтез.

Корреляционный анализ выявил наибольшее число достоверных связей первого блока (вербальное понимание) не только с вербальными шкалами, но и с общим показателем интеллекта и показателями вербального и невербального интеллекта. Это свидетельствует о более выраженной интеграции

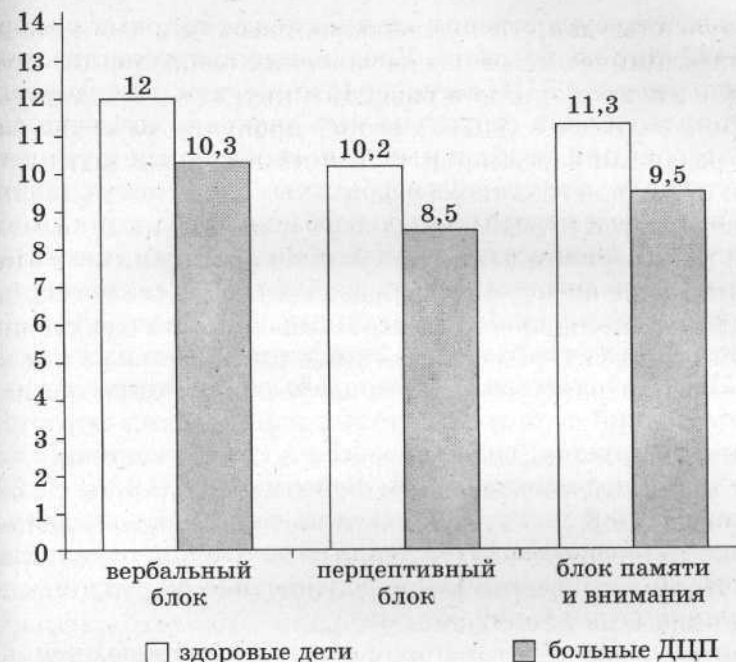


Рис. 12. Показатели уровневых оценок интеллекта по блокам у здоровых и больных ДЦП среднего школьного возраста

психических функций у больных с ДЦП данной возрастной группы в сравнении с предыдущей. Например, в предыдущей возрастной группе больных с ДЦП не выявлено достоверных корреляционных связей между вербальными и невербальными итоговыми оценками. В анализируемой возрастной группе показатели по невербальным субтестам («Кубики Косса», «Недостающие детали», «Объем слухоречевой памяти», «Шифровка») достоверно коррелируют с общим показателем вербального интеллекта. Факторный анализ выявил высокую нагрузку и на вербальные факторы («Осведомленность», «Понятливость», «Словарный запас»).

Таким образом, уровневый и структурный анализ интеллекта у детей с ДЦП среднего школьного возраста показывает качественное изменение процесса структурообразования психических функций в данной возрастной группе. Однако

их показатели существенно отличаются от таковых у здоровых детей того же возраста. Уровневые характеристики интеллекта у детей с ДЦП достоверно ниже, чем у их здоровых сверстников, и сама структура интеллекта отличается слабой интеграцией вербальных и невербальных функций. Несмотря на то, что уровень вербальных функций у больных с ДЦП выше, чем невербальных, вербальные функции не оказывают существенного влияния на общее развитие интеллекта, отличаются автономностью, слабой взаимосвязанностью с другими психическими функциями. Эти данные говорят о качественном недоразвитии межфункциональных связей при ДЦП. Автономная, изолированная функция, лишенная воздействий со стороны других психических функций, стереотипизируется, заикливается в своем развитии. Как справедливо подчеркивал В.В. Лебединский (1985. С. 25): «Изолированной может оказаться не только поврежденная функция, но и сохранная, если для ее дальнейшего развития необходимо координирующее воздействие со стороны поврежденной функции».

Многие клиницисты и психологи отмечают повышенный вербализм у детей с ДЦП. Это проявляется в многоречивости, в склонности к философствованию, в большом словарном запасе, но в слабом понимании значения употребляемых слов. Изолированность речевых функций от других функциональных систем мозга в значительной степени обуславливает дисгармонию интеллектуального развития детей с ДЦП.

В группе детей с ДЦП старшего школьного возраста оценки по невербальным шкалам интеллекта достоверно ниже в сравнении со здоровыми детьми того же возраста. Особые трудности больные с ДЦП испытывали при выполнении заданий перцептивного блока, что указывает на недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза. Уровневые оценки общего и невербального интеллекта у детей данной возрастной группы достоверно ниже, чем у их здоровых сверстников.

Анализ соотношения уровневых оценок по блокам (см. рис. 13) показал достоверные различия в оценках по блоку 2 (уровень перцептивной организации интеллекта) и блоку 3 (память и внимание). Уровень оценок по вербальному блоку

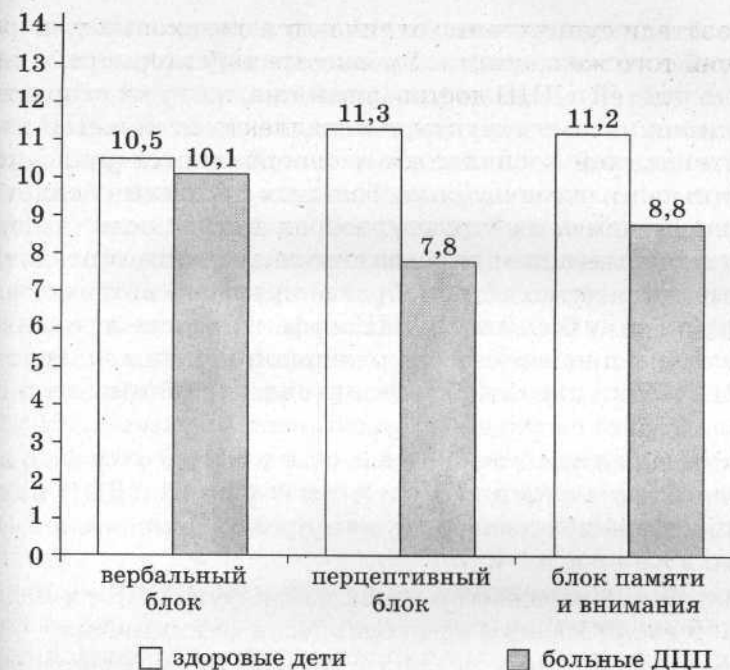


Рис. 13. Уровневые оценки интеллекта по блокам у здоровых и больных ДЦП старшего школьного возраста

у больных детей незначительно ниже, чем у здоровых, что свидетельствует о повышении уровня развития вербальных функций у детей с ДЦП с возрастом. С помощью корреляционного анализа выявлено достоверно высокое число связей блока 2 с показателями общего уровня интеллекта и показателями блока 3 (внимание и память), что говорит о высокой значимости этих факторов в развитии перцептивных функций.

Так же как в предыдущей возрастной группе больных с ДЦП, в анализируемой группе наблюдается тенденция к интеграции психических функций в общей структуре интеллекта. Несмотря на достаточно высокий уровень вербальных функций (блок 1), они остаются изолированными и не оказывают существенного влияния на развитие мнестических

функций, пространственного анализа и синтеза, на регуляцию психических процессов, как это наблюдается у здоровых детей. Эти данные указывают на то, что с возрастом функциональные структуры интеллекта у детей с ДЦП хотя и имеют тенденцию к интеграции, но отличаются слабой подвижностью, что в значительной степени негативно влияет на качество процесса их структурообразования. Если у здоровых детей с возрастом определяющее значение в развитии психических функций приобретает уровень абстрактного мышления, то у больных с ДЦП эффективность в развитии психических процессов в значительной степени зависит от энергетических характеристик интеллекта (внимание и память).

Таким образом, процесс структурообразования психических функций у детей с ДЦП имеет качественно иной характер, чем у здоровых школьников. Это проявляется в:

- автономном развитии вербальных функций, их недостаточной взаимосвязи с невербальными функциями;
- высокой значимости энергетических характеристик интеллекта (памяти и внимания) в общем интеллектуальном развитии;
- слабой подвижности психических функций в процессе их структурообразования.

*Полученные экспериментальные данные позволяют сделать следующие выводы:*

1. Общий уровень интеллекта у детей со спастической диплегией располагается, в основном, в диапазоне задержки психического развития.
2. Структура интеллекта у детей со спастической диплегией отличается выраженной диспропорциональностью. Это проявляется в недоразвитии невербальных функций, обусловленном низким уровнем развития зрительно-пространственных и энергетических функций интеллекта.

3. Возрастной анализ показал, что в младшем школьном возрасте наблюдается недоразвитие всех сторон интеллекта (вербальной, перцептивной и энергетической). В среднем и старшем школьном возрасте отмечается выраженная тенденция развития вербальных структур интеллекта, при недоразвитии перцептивных и энергетических характеристик.
4. Корреляционный и факторный анализ позволил выявить качественное своеобразие процесса структурообразования психических функций у детей с ДЦП. При относительно сохранном развитии вербального интеллекта отмечается его автономность, слабая взаимосвязь с невербальными характеристиками интеллекта. Обнаруживается высокая значимость внимания и памяти в развитии уровней и структурных характеристик интеллекта у детей с ДЦП, а также слабость межфункциональных связей.

Итак, у детей со спастической диплегией, так же как и у здоровых детей, с возрастом наблюдаются качественные изменения в формировании межфункциональных связей, что проявляется в тенденции к их интеграции в общей структуре интеллекта. Однако, несмотря на общую психологическую закономерность в развитии межфункциональных связей у здоровых и больных детей, у последних имеют место *более низкая возрастная динамика в их развитии*, а также качественно иные критерии структурообразования. Все это проявляется в диспропорциональном развитии интеллекта у детей с ДЦП.

## **§ 2. Нарушение интеллектуальных функций у детей с гемипаретической формой ДЦП**

Гемипаретическая форма является наиболее распространенной формой ДЦП. Она характеризуется односторонними двигательными нарушениями, чаще всего с более тяжелым поражением руки.



Как указывалось в предыдущей главе, гемипаретическая форма ДЦП является хорошей моделью для изучения межполушарных взаимодействий и доминантности полушарий, в том числе и при развитии интеллектуальных функций у детей с ДЦП.

Несмотря на повышенный интерес к проблеме функциональной асимметрии мозга, специальных исследований, направленных на изучение психических функций у детей с гемипаретической формой ДЦП, очень мало. В ряде работ, в основном зарубежных авторов [Kimura, Canad, 1961, и др.], представлены отдельные сведения, касающиеся этого вопроса. Авторы подчеркивают *недоразвитие зрительно-пространственных функций* у детей с левосторонними гемипарезами (*правополушарный дефект*) и *снижение вербальных функций* у детей с правосторонними гемипарезами (*левополушарный дефект*).

Нами были обследованы 68 детей с гемипаретической формой ДЦП (38 — правосторонние и 30 — левосторонние гемипарезы). Контрольную группу составили здоровые школьники того же возраста.

Уровневые оценки интеллекта у детей с ДЦП с гемипаретической формой достоверно ниже, чем у здоровых детей (см. табл. 1).

Таблица 1

Средние показатели уровневых оценок интеллекта у здоровых детей и детей с гемипаретической формой ДЦП

Обследуемая группа	Вербальные показатели	Невербальные показатели	Общие показатели интеллекта
Здоровые дети	118,0	117,0	116,0
Больные дети с правосторонним гемипарезом	83,7	97,5	94,7
Больные дети с левосторонним гемипарезом	92,4	85,4	95,5

Сравнение уровневых характеристик интеллекта в группе больных детей показало, что уровень вербального интеллекта у детей с левосторонним гемипарезом статистически значимо выше ( $p < 0,01$ ), чем у детей с правосторонним гемипарезом.

Сравнительный анализ данных по блокам показал следующее:

Статистически достоверны различия *по блоку 1 (вербальное понимание)*. У детей с левосторонним гемипарезом (правополушарный дефект) эффективность выполнения заданий этого блока выше, что указывает на более высокое развитие мыслительных процессов, опирающихся на существенное участие логических кодов языка.

Статистически достоверные различия получены при выполнении заданий *по блоку 2 (перцептивная организация)*. У детей с правосторонним гемипарезом (левополушарный дефект) выявлены более высокие результаты при выполнении невербальных заданий субтестов. Качественный анализ показал, что дети с левосторонним гемипарезом при выполнении заданий этих субтестов не могли найти нужного направления в расположении деталей и положение элементов на образцах-рисунках. Общими особенностями для детей с левосторонним гемипарезом являются затруднения в анализе пространственных отношений, а также недоразвитие синтетической деятельности, опирающейся на сложные пространственные представления. У детей с правосторонним гемипарезом также наблюдались трудности при выполнении заданий второго блока. Качественный анализ ошибок выявил замедленный темп выполнения заданий и трудности предварительной ориентировки в задании. Грубых нарушений зрительно-пространственного анализа и синтеза в отличие от группы больных с левосторонним гемипарезом у них не наблюдалось.

В группе больных с левосторонним гемипарезом в сравнении с правосторонним выявлены более низкие показатели *по блоку 3 (память и внимание)*. Это говорит о выраженном недоразвитии регуляции психических процессов у детей с правополушарным дефектом.

Полученные данные подчеркивают высокую значимость правого полушария мозга в онтогенезе зрительно-

пространственных функций и регуляторных процессов. Эти данные совпадают с результатами нейропсихологических исследований детей с различными поражениями мозга [Э.Г. Сирницкая, 1985; А.Н. Корнев, 1991; и др.]. При поражении правого полушария в раннем онтогенезе структура нарушений ВПФ сложнее и многообразнее, чем при поражении на более поздних этапах онтогенеза, и они значительно хуже компенсируются в силу высокой значимости правого полушария для развития этих функций в раннем возрасте.

Следовательно, разные формы ДЦП у детей и подростков различаются не только частотой интеллектуальных нарушений, но и качественным своеобразием структурообразования психических функций в зависимости от степени и тяжести поражения головного мозга.

### Контрольные вопросы и задания

1. В чем специфика нарушения интеллектуальных функций у младших школьников со спастической диплегией?
2. Отличия в развитии интеллектуальных функций у школьников среднего и старшего возраста со спастической диплегией.
3. В чем различия показателей вербального и невербального интеллекта в зависимости от поражения полушария мозга при левостороннем и правостороннем гемипарезе?

## НАРУШЕНИЕ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Известно, что у детей с церебральным параличом отмечаются множественные речевые нарушения. Дефекты речи могут быть обусловлены характером заболевания, а именно органическим поражением ЦНС (дизартрии различного типа, дисграфии разной этиологии, моторная и сенсорная алалии и т. д.). Кроме того, у детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), часто имеют место и функциональные речевые нарушения вследствие специфических условий развития и воспитания больного ребенка. Как правило, у ребенка с ДЦП наблюдается целый спектр речевых нарушений. Например, дисграфия может сочетаться с алалией или дизартрией.

Речевые расстройства в клинике ДЦП составляют, по данным различным авторов, от 70 до 85% [Е.М. Мастюкова, 1973; Н. Westlake & D. Rutherford, 1968; и др.].

Наряду с повреждением определенных мозговых систем существенную роль в генезе речевых расстройств у этих детей играет вторичное недоразвитие или более позднее формирование тех отделов коры головного мозга, чрезвычайно важных для речевой функции, которые наиболее усиленно развиваются в постнатальном онтогенезе (премоторно-лобная, теменно-височная области).

Особенности структуры нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга.

Нарушение речевого онтогенеза при детском церебральном параличе также связано с недостаточностью предметно-практической деятельности детей и ограниченностью их социальных контактов.

При ДЦП отмечается определенная взаимосвязь двигательных и речевых расстройств. Это проявляется в общности нарушений скелетной и речевой мускулатуры.

**Речевые нарушения у детей с ДЦП включают:**

- фонетико-фонематические, которые проявляются в рамках различных форм дизартрии;
- специфические особенности усвоения лексической системы языка, обусловленные спецификой самого заболевания. При формировании лексической системы языка у детей с церебральным параличом необходимо широкое опосредование всех занятий практическими задачами с опорой на игровые приемы, активизирующие познавательную деятельность ребенка. При этом детей специально обучают способам сенсорного обследования предметов;
- нарушения грамматического строя речи, которые неразрывно связаны с лексическими и фонетико-фонематическими расстройствами, их формирование осуществляется как единый неразрывный процесс;
- нарушения формирования связной речи и понимания речевого сообщения, которые имеют некоторую специфику при разных формах церебрального паралича. Эти нарушения могут иметь как специфически лингвистическую природу, так и неспецифический характер в связи с общими психическими особенностями детей с церебральным параличом;
- все формы дисграфии и дислексии. В генезисе этих нарушений большая роль принадлежит несформированности зрительно-моторных и оптико-пространственных систем. Их формирование, а также развитие артикуляционно-акустических навыков имеет важное значение в предупреждении и коррекции дислексии и дисграфии у детей с церебральным параличом.

Чрезвычайно важным является раннее выявление речевых нарушений при церебральном параличе у детей для своевременного начала логопедической работы и наиболее оптимальной и эффективной коррекции речевых расстройств. Поэтому представляет интерес анализ имеющихся подходов в диагностике и коррекции речевых отклонений у детей с ДЦП в раннем возрасте.

**§ 1. Речевые нарушения у детей с церебральным параличом в раннем возрасте**

В первые месяцы жизни ребенка весьма сложно определить наличие ДЦП, можно только описать краткие характеристики некоторых отличий от нормы, которые могут отмечаться в развитии речевой деятельности при тяжелых формах ДЦП.

На первом месяце жизни ребенок малоактивен, он либо долго спит, либо постоянно кричит. Плач монотонный, непродолжительный и беден интонациями. Ориентировочная реакция характеризуется заторможенными общими движениями при зрительных и слуховых раздражителях.

При ДЦП уже в первые дни жизни у ребенка наблюдается напряжение и дрожание языка. Язык почти не участвует в процессе сосания и глотания.

Обычно сосательные рефлексы проявляются очень слабо либо вообще отсутствуют. У этих детей появление данных функций осложняется из-за ослабленного состояния оральной мускулатуры и кормления через зонд. В дальнейшем появившиеся с задержкой оральные рефлексы долго не редуцируются и сохраняются в искаженном виде в моторных схемах еды и артикуляции.

В этом периоде психомоторного развития (0—1 месяц) позотонические рефлексы непосредственно влияют на процесс формирования артикуляции. Если здоровый ребенок хорошо держит голову, то у ребенка с ДЦП рефлексы орального автоматизма могут быть чрезмерно усилены, общедвигательные реакции (в основном удержания и вращения головы) заторможены, рефлекторно-голосовые реакции не приобретают коммуникативного значения, ярко выражена псевдобульбарная симптоматика, характеризующаяся нарушениями сосания, глотания, дыхания и крика, и особенно нарушением ладонно-ротового рефлекса Бабкина. У детей с ДЦП не реализуются возможности артикуляторной илицевой моторики.



На 2—3-м **месяце** фрагментарно может присутствовать «комплекс оживления». Улыбка редко наблюдается при общении со взрослым. Значительно выражена патология орально-артикуляторных мышц.

В процессе артикуляции ярко выражены *нарушения мышечного тонуса* в виде паретичности, спастичности, дистонии, гиперкинеза и дрожания языка.

В крике эта симптоматика четко определена, он очень тихий, непродолжительный, монотонный. Мимика также мало выразительна и несимметрична. В связи с этим голосовая активность слаба, очень бедна, гукание появляется с опозданием и не формируются механизмы аутоэхолалий, гуление также задерживается от нескольких месяцев до нескольких лет в зависимости от уровня нарушений.

В этом периоде психомоторного развития (2—3 месяц) *появляется двигательный компонент и доминируют общие рефлекторные реакции*. Четко выделяется выпрямительный лабиринтный рефлекс, который позволяет ребенку поднимать голову в положении лежа на животе. В ротовой полости наблюдается повышенная чувствительность, особенно губ и языка. У детей с ДЦП сильно выражена патологическая симптоматика, прежде всего нарушение сосания и глотания.

В возрасте от 3 до 6 месяцев «комплекс оживления» недифференцированный или отсутствует, крик маловыразителен. Ребенок слабо реагирует на звуковые раздражители. Певчее гуление и смех отсутствуют.

Гуление находится на очень рудиментарном уровне, проявляется с огромным опозданием и характеризуется недифференцированными гласными звуками «а», «е», «ы», которые возникают спонтанно при общении со взрослыми.

Дети с ДЦП издают звуки, у которых абсолютно отсутствует напевность, модуляция и ритм, из чего следует, что гуление на этой стадии слабо выражено (чему способствует и отсутствие гортанных звуков). Более ярко выраженное гуление указывает на менее тяжелую форму ДЦП.

При псевдобульбарной симптоматике сохраняются нарушения голосового образования и крика. При спастичности артикуляторных мышц появляется повышенный тонус

языка и губ. Язык напряжен, кончик языка не выражен, губы напряжены, что вызывает ограничение произвольных движений во время артикуляции.

При гипотонии отмечается вялость жевательных и мимических мышц артикуляторной мускулатуры. У детей она малоподвижна, в результате чего рот постоянно полуоткрыт. В случае дистонии мышцы артикуляции постоянно сокращаются, что сопровождается гиперкинетическими компонентами.

У детей с ДЦП мышечная гипертония отражается на патологической симптоматике асимметричного шейно-тонического рефлекса. Патологический рост тонуса в мышцах языка и губ, резкая гипертония или гипотония, отсутствие произвольных движений органов артикуляции, поструральная активность, содружественные движения, произвольная ручная моторика являются явными показателями задержки в формировании двигательной активности, а также в появлении цепных выпрямительных рефлексов.

В периоде **от 6 до 9 месяцев** жизни ребенок с ДЦП с трудом отличает мать от других лиц, часто отмечаются отрицательные эмоциональные реакции на новое лицо, малоактивен в общении, с трудом вступает в контакт со взрослым в игре. Не использует жесты во время общения, мимика маловыразительна. Лепет имеет специфические особенности и может растянуться на несколько лет.

В этом периоде (6—9 мес.) особенно важным является наличие сенсорных и интегративных связей. Цепной двигательный рефлекс становится ведущим в развитии серии движений и организации двигательного акта. Он не только отвечает на активизацию зрительно-моторного манипулятивного поведения, но и воздействует на спонтанные голосовые реакции ребенка.

У детей с ДЦП наблюдаются ярко выраженные *безусловные рефлексы орального автоматизма*. Кусание и жевание слабо выражены, особенные затруднения возникают при жевании, которое часто вообще отсутствует.

Крайне *заторможены реакции языка и губ*. Часто имеют место изменения мышечного тонуса губ и языка и гиперкинез

языка, что препятствует подвижности и появлению произвольных артикуляторных движений.

Во время приема пищи наблюдается псевдобульбарная симптоматика в виде защитных рефлекторных реакций, оральной синкинезии и повышенной саливации.

В периоде от 9 до 12 месяцев у ребенка с ДЦП отмечаются слабо выраженные эмоциональные реакции. Он предпочитает общаться при помощи жестов. В тяжелых случаях ребенок проявляет слабый интерес к окружающему миру. Лепет малоактивный (не более 1—2 лепетных слов).

Если у здорового ребенка лепет тонко дифференцирован по месту и способу образования, то у детей с риском ДЦП переход к экспрессивной речи происходит гораздо позднее, ближе к двум годам. Лепет мало выразителен, слабо дифференцирован, беден интонационными оттенками. Крайне редко встречаются 2—3 слога.

Этот период психомоторного развития (9—12 мес.) характеризуется *дифференцированными сенсорными функциями*, что отражается на выпрямительных реакциях и на контроле за движениями. Оральные движения становятся более дифференцированными, контролируемые и координированными, хотя пища еще вытекает изо рта во время еды.

У детей с ДЦП с 18 до 36 месяцев наблюдается *нарушение понимания речи и жестов*; отсутствует понимание значения слова «да», речь бедна, фрагментарна, отрывочна, с дефектами артикуляции и присутствием персеверативных эхололий.

Нарушения речевого развития выражаются в бедности активного и пассивного словаря, в недифференцированном знании слов, дети часто путают слова, обозначающие предметы.

Речь как основное средство общения развивается через движение и при социальных контактах, ее фундамент закладывается еще на первом году жизни ребенка. Когда ребенок страдает нарушением сенсомоторной сферы при ДЦП, прежде всего изменяются процессы артикуляции, звукопроизношение, управление мимикой лица и жестами, кинестетическое восприятие, контроль за дыханием

и передвижением, исчезает возможность детей самостоятельно реализовывать себя в окружающем мире. Все это оказывает непосредственное влияние на ограничение речевой деятельности и психическое развитие в целом.

У детей, страдающих ДЦП, отмечается *нарушение фонематической системы речи*, что приводит к неспособности различить на слух слова, близкие по звучанию (квазиомонимы). При низкой остроте слуха часто имеется недостаток слуховой памяти и слухового восприятия. Данные расстройства имеют прямое отношение к задержке и нарушениям в формировании артикуляции при ДЦП. Ребенок, который испытывает трудности восприятия речевых звуков и одновременно ограничен в способности движения речевых мышц, испытывает трудности и в процессе артикуляции, что особенно характерно для данной патологии.

К двум годам при нормальном развитии редуцируются рефлексы, характерные для ребенка 1-го года жизни. Дети с ДЦП в это время еще находятся под влиянием рефлексов. При тяжелых формах доминирует асимметричный шейно-тонический рефлекс, который является наиболее примитивным и ранним. Этот рефлекс препятствует появлению и развитию шейно-выпрямительного рефлекса.

При спастической симптоматике преобладает усиление мышечного тонуса. Нормальные схемы движения заменяются на рефлекторную, сгибательную и разгибательную синергию. Чем более повышена спастичность, тем более примитивными являются пострурально-тонические и динамические виды деятельности.

При атетозной форме ДЦП, как и при спастической, в положении лежа на спине доминирует модель разгибательной рефлекторной деятельности, тогда как в положении лежа на животе доминирует сгибательный рефлекс.

Данные действия оказываются более нарушенными при усилении произвольных движений. Кроме того, характерен измененный мышечный тонус, который переходит из экстремальной гипотонии в экстремальную гипертонию, но, в отличие от ригидности спастичного ребенка, ребенок с атетозной формой только очень кратковременно сохраняет данное положение.

При проведении коррекционной работы важным является осознание нормального развития рефлексов грудного младенца и маленького ребенка в сопоставлении с детьми, страдающими ДЦП, что позволяет разрабатывать комплексный подход, состоящий в том, чтобы затормозить патологические рефлексы и добиться нормального развития других необходимых рефлексов.

Важно отметить, что исследование наличия, нехватки или отсутствия различных рефлексов, имеющих прямое отношение к процессу формирования артикуляции, не только имеет значение для разработки соответствующих методик реабилитации, но и является способом раннего диагностирования детского церебрального паралича.

Таким образом, развитие общей моторики непосредственно связано с развитием оральной сферы в целом и частично с формированием артикуляции.

Стимуляция и восстановление двигательной и инестетической сферы — главная задача в доречевом периоде развития ребенка с ДЦП.

## § 2. Нарушение формирования артикуляции и орально-моторных рефлексов

Речевой аппарат основывается на работе системы органов, выполняющих жизненно важные биологические функции, особенно функции, связанные с питанием (сосание, выплевывание, жевание, разжевывание, глотание) и с дыханием.

В известном смысле эти функции можно отнести к разряду предлингвистических рефлекторных явлений.

Сенсорная подготовка орально-моторной области у детей с ДЦП имеет важное значение для развития речи. Еще во внутриутробном периоде плод своей маленькой ручкой тянется к лицу и исследует ротовую полость. Новорожденный зависит от ориентации рта и туды, откуда он получает питание.

Ротовая полость сначала готовится к познанию мира и только потом к принятию пищи.

Обнаруживается сходство в формировании движений, необходимых для развития артикуляции и функции кормления. Некоторые ученые утверждают, что данные функции тесно взаимосвязаны и что они действуют в соответствии друг с другом.

Это сходство не доказывает, что моторные возможности, необходимые для процесса питания, являются неперенным условием для развития артикуляции, но, учитывая взаимосвязь между процессом питания и системой контроля механизмов артикуляции, необходимо раскрыть нормальное функционирование оральных и моторных функций, участвующих в данном процессе.

Большинство движений оральных органов при питании сочетается с речевыми звуками. Исходя из этого, у детей формируются схемы движения в виде собственной вокальной игры до появления этих движений в процессе питания.

Даже не очень грубые физиологические дисфункции оральной области ведут к серьезным нарушениям нормального питания у ребенка и в дальнейшем могут выразиться в дезорганизации общения и поведения.

Сосание — первая и основная функция новорожденного, оказывает огромное влияние на развитие артикуляции и сомоторное развитие в целом.

Сосание может затормозить или, наоборот, активизировать поведение ребенка. Обычно те движения, которые характерны для сосания, становятся более дифференцированными при гулении и лепете. Так, первые согласные звуки, появляющиеся у ребенка, требуют плотного смыкания губ. Такая тонкая дифференцированность движений губ становится основой как при кормлении грудью, так и при кормлении из рожка. Ближе к 6—9 месяцам, когда лепет достигает максимального развития, легкие движения губ помогают при всасывании или выплевывании жидкости во время кормления грудью и из рожка или для перемещения пищи во рту при кормлении с ложки.

В норме ребенок достигает наилучшего этапа развития функционирования оральных органов в процессе кормления,



при употреблении пищи разной консистенции. Данный этап является весьма значимой предпосылкой к развитию артикуляции.

К 6—8 месяцам ребенок может проглотить более густую или в небольших твердых кусочках пищу. Он может пользоваться следующими движениями языка: протрузией или разгибанием-вытягиванием.

К 1 году ребенок пьет из чашки, может глотать крупную пищу. Может появиться незначительная протрузия языка. Исключено движение разгибания-вытягивания. С помощью языка ребенок передвигает без затруднения еду из середины рта в стороны. Пользуется верхними резцами или деснами для захватывания пищи, направляемой нижней губой.

К 1,5 годам достигается устойчивое положение при удержании челюстью края стакана. Верхняя губа закрывает край стакана, что ведет к лучшему смыканию при питье. Протрузии языка нет. Отсутствует разгибание и вытягивание языка. Глокает твердую пищу, слегка сжимая губы, если это требуется. При глотании кончик языка приподнимается. Губы находятся в закрытом положении при жевании, особенно, когда необходимо предупреждение вытекания еды.

В 2 года появляется определенный моторный стереотип движения при хватании, устойчивое положение челюстей, при этом ребенок не кусает края стакана. Может держать стакан зубами. Ребенок использует язык при движении «свободного подметания» для снятия еды с губ. Движения губ становятся независимыми от движения челюстей. Глокает без потери пищи и без слюнотечения. Приподнимает кончик языка при глотании. Ловко ест любую еду комбинированной текстуры (разной степени жесткости). Ребенок в состоянии перемещать еду из центра рта в одну и в другую сторону через среднюю линию. Использует точные движения языка, приподнимая кончик. Адекватно шевелит губами в процессе жевания.

Кормление и речь тесно связаны между собой вследствие орального автоматизма, т. е. развитие рефлекторных движений кормления ведет к формированию орального праксиса и голосообразования. Сосательный и глотательный рефлексы

лежат в основе произношения. Обычно они находятся в пределах нормы, так как без этих процессов ребенок не может жить, но они могут быть достаточно нарушены из-за спастичности или атетозной симптоматики.

Задержка развития глотательного рефлекса приводит к затруднениям при глотании жидкости, вводимой в ротовую полость. У ребенка с ДЦП часто отмечается отсутствие сосательного рефлекса после рождения, так как мозговое расстройство ведет к нарушению контроля данного рефлекса. Специфические трудности при ДЦП в первые месяцы жизни связаны не только с недостаточным развитием сосательных и глотательных рефлексов, но и со слабостью мускулатуры губ, с нарушением мышечного тонуса в языке и ограничением его подвижности, с нарушением функции мягкого нёба, а также с общими двигательными расстройствами.

На 1-м месяце дети с ДЦП захлебываются во время сосания, что продолжается или усиливается в первые 4 месяца. Часто молоко вытекает изо рта. Из-за напряженной губной мускулатуры ребенок не может вытянуть губы вперед, чтобы принять соску. Ребенок часто поперхивается, повышается слюноотделение, характерен тихий голос. Дыхание поверхностное и аритмичное. Отмечается асинхронность между функциями дыхания, сосания и глотания.

При ДЦП ребенок не удерживает голову, наблюдается индифферентное отношение к процессу кормления.

Ребенок с ДЦП обычно не способен держать губы прижатыми к чашке или стакану. Язык часто попадает под край чашки или проходит над ним. То же самое происходит при кормлении из рожка: рот делает грубые движения, ребенок высовывает язык при попытке пить.

К 12 месяцам ребенок с ДЦП самостоятельно не ест. Он пьет из чашки с помощью трубки, вместо того чтобы держать чашку руками, сосать трубочку, он отправляет ее в рот, как будто это соска, кусает ее и держит чашку так высоко, что жидкость пассивно перетекает в рот. Этот недостаток координации провоцирует неравномерный приток жидкости, вследствие чего ребенок кашляет, задыхается и глотает воздух. Развитию оральной моторики препятствует отсутствие функций кусания, жевания, формирования пищевого комка,

что постоянно сохраняет сенсомоторную оральную систему в незрелом состоянии.

При ДЦП ребенок не ест из ложки. Пища измельчается, но не пережевывается, и когда попадает в горло, возникает рвота или поперхивание.

Функции разжевывания и жевания — самые сложные и трудные для ребенка с ДЦП, так как требуют вращательных движений мышц челюсти, подвижности языка и сокращения губ и щек. Механизм данных движений у них нарушен. Следует обращать внимание на оральную моторику, косвенно влияющую на артикуляцию. Поэтому все усилия следует направлять на стимулирование сосания у ребенка в первые годы жизни, что будет иметь важное значение для будущего развития речи. Конечная цель при этом не в том, чтобы только накормить ребенка, а в улучшении его поведения во время еды, коррекции его орально-моторных функций во время приема пищи. Пища не может вести к улучшению речи, однако прием пищи — естественный путь функциональной тренировки оральной мускулатуры для развития речевого процесса. Работа над артикуляцией также необходима для орально-моторного развития, так как ощущения при речи и при приеме пищи различны.

Для организации контроля за речью у детей с ДЦП необходима специальная подготовка орально-моторного механизма к правильному речевому дыханию и нормализации артикуляторной координации.

Орально-моторная система очень подвержена различным влияниям, что ведет к нарушениям орально-моторных функций, при этом страдает произношение, так как скорость речевых движений самая быстрая из всех движений тела.

Тонические рефлексы оказывают влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Лабиринтный тонический рефлекс повышает мышечный тонус корня языка. Симметричный шейный тонический рефлекс повышает мышечный тонус спинки и кончика языка. Выраженность этого рефлекса затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, продвижение языка вперед и вверх. Асимметричный шейный тонический рефлекс вызывает асимметричное повышение тонуса в речевой мускулатуре:

тонус больше повышается на стороне, противоположной повороту головы ребенка. Влияние указанных тонических рефлексов определяет специфику артикуляционных расстройств при ДЦП.

Следующая специфическая особенность нарушений артикуляционной моторики при ДЦП — *задержка обратного развития ряда врожденных рефлексов*, орального автоматизма: сосательного, хоботкового, поискового рефлексов, рефлекторного глотания, кусания и некоторых других. Наличие этих рефлексов препятствует развитию произвольных артикуляционных движений.

Артикуляция, являясь частью общей моторики, функционирует по принципу «проприоцептивного рефлекторного кольца», большую роль в котором играет обратная афферентация, т. е. импульсация, основанная на четкости кинестетического восприятия в речевой мускулатуре. Так же как сложным двигательным актам предшествуют движения, основанные на врожденных безусловных рефлексах, так и речь формируется на основе безусловных врожденных рефлексов, лежащих в основе первых звуков новорожденных: крика, кряхтения, натуживания, звуков, связанных с периферическими функциями, насыщением, кашлем и т. д.

Становление артикуляции в онтогенезе имеет самое непосредственное отношение к формированию орального праксиса. Под праксисом понимается *сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на организацию целостного двигательного акта*. Как правило, праксис требует участия нескольких анализаторов, ибо ни одно действие невозможно без рецепторного контроля.

Праксису принадлежит большая роль в формировании речи. Развитие у детей 2-го года жизни номинативной функции речи и есть, иначе говоря, становление навыков речевого слухового гнозиса и артикуляторного праксиса, кинестетического и кинетического.

У детей с ДЦП праксис формируется искаженно, его развитие осложняется из-за наличия парезов и параличей мышц артикуляторного аппарата, слабости кинестезии, напряжения мышц языка и губ. При ДЦП, особенно при тяжелых формах, имеются кинестетические нарушения в области рта, что

в сочетании с рефлекторной патологией отрицательно влияет на формирование праксиса и артикуляции.

ДЦП — не только психомоторное, но и рефлекторное нарушение. Поэтому перспективно комплексное лечение детей на ранних этапах развития. Это касается и речи. На предлингвистическом этапе многие авторы рекомендуют начинать логотерапевтическое лечение с *нормализации функций мышц*, которые принимают участие не только в процессе речи и артикуляции, но и в дыхании, сосании, жевании, глотании.

При проведении коррекционной работы у ребенка необходимо подавлять сосательные и другие рефлекторные движения, постепенно обособлять артикуляционные, дыхательные движения и голосовые реакции от общих движений.

### § 3. Речевые расстройства

Наиболее частым расстройством речи при ДЦП являются дизартрии.

**Дизартрия** — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической сторон речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

Дизартрия — термин латинский, в переводе означает *расстройство членораздельной речи* — произношения. Многие авторы трактуют этот термин более широко, относя к дизартрии *расстройства артикуляции, голосообразования, темпа, ритма и интонации речи*.

*Особенностью дизартрии при ДЦП*, отражающей общность нарушений скелетной и речевой мускулатуры, является *недостаточность кинестетического восприятия*. Ребенок не только с трудом и в ограниченном объеме выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение своих конечностей и органов артикуляции, что затрудняет

### § 3. Речевые расстройства

выполнение целенаправленных действий и усиливает нарушения звукопроизношения.

Взаимосвязь нарушений общей и речевой моторики при ДЦП проявляется также в том, что тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук.

Связь движений руки с речью была отмечена еще в 1928 г. В.М. Бехтеревым, который отмечал стимулирующее влияние движений руки на развитие речи. На основе специально проведенных исследований М.М. Кольцовой (1973) было высказано предположение, что движения пальцев рук стимулируют ЦНС и ускоряют развитие речи ребенка. Наиболее **тяжелые** нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности.

*Особенностью нарушений звукопроизносительной стороны речи при дизартрии у детей с церебральным параличом является то, что при всех видах активных движений в конечностях нарастает мышечный тонус в артикуляционной мускулатуре и усиливаются дизартрические расстройства. Выполнение любых движений с усилием вызывает повышение мышечного тонуса в общей и речевой мускулатуре. Во время занятий не следует требовать от ребенка чрезмерных усилий, так как они могут способствовать диффузному повышению мышечного тонуса и усилению нарушений звукопроизносительной стороны речи.*

*Нарушения артикуляционной моторики при ДЦП не только затрудняют формирование произносительной речи ребенка, но и нередко вторично вызывают нарушение фонематического восприятия. Это может вызывать у ребенка трудности звукового анализа слов и искажения их звуко-слоговой структуры.*

Однако не у всех детей трудности в овладении звуковым составом слов выражены в одинаковой степени. Одни дети испытывают выраженные трудности даже в расчленении слов на отдельные звуковые элементы; другие справляются лишь с простыми формами звукового анализа. Чаще наблюдается трудность звукового анализа слов лишь с дефектно произносимыми звуками. И наконец, в более редких случаях



у детей может не отмечаться выраженных трудностей звукового анализа слов даже с дефектно произносимыми звуками. Это определяет необходимость дифференцированного подхода при коррекции фонетико-фонематических нарушений у детей. *Специфические нарушения речевых кинестезий при ДЦП препятствуют формированию слухо-двигательно-кинестетических связей, что и затрудняет процесс письма.* Все дети с церебральным параличом и дизартрией нуждаются в комплексной системе логопедических мероприятий, направленных на развитие артикуляционных навыков, фонематического слуха, восприятия и анализа.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические трудности в усвоении лексической системы языка.

**Н.Н. Малофеев (1985)** изучил частоту употребления младшими школьниками с церебральным параличом имен существительных и глаголов. Им было установлено, что имя существительное, глагол и предлог составляют суммарно более 90% всего лексического запаса, а все другие части речи представлены в словаре крайне недостаточно. Характерным было многократное повторение одних и тех же слов, слабая степень владения глаголами, незнание точно их значения.

Лексико-семантические нарушения у младших школьников с церебральным параличом были изучены **Л.Б. Халиловой (1986)**. Установлено, что дети не знают значения многих слов; заменяют значение одного слова значением другого, совпадающим с ним по звучанию; смешивают семантику исходного слова с лексическим значением других слов, находящихся с ним в отношениях синонимической зависимости; иногда вычленивают в слове лишь конкретное значение, не понимая истинного смысла. Дети затрудняются в установлении функциональной общности между значениями многозначного слова, у них крайне ограничены семантические представления, недостаточны языковые абстракции и обобщения.

*Количественные нарушения* проявляются в ограниченном словарном запасе в более медленном темпе его формирования.

Характерные нарушения лексики у детей с церебральным параличом обусловлены спецификой самого заболевания. В силу двигательных нарушений, ограниченности социальных контактов активное познание ребенком окружающего мира ограничено. Знания и представления о предметах и явлениях окружающей действительности у детей неполные и не систематизированные, а порой и ошибочные. Это связано с общим нарушением развития аналитической деятельности при ДЦП, трудностями формирования комплексных ассоциаций, что в значительной степени определяется патологией двигательного анализатора.

*Словесное обозначение окружающих предметов* закрепляется с трудом ввиду слабости ощущения «двигательного образа» слова органами артикуляции. Ребенок не может самостоятельно найти сходное в разном и отличить похожие предметы друг от друга. Только в процессе практической деятельности возможно образование комплексных ассоциаций, составляющих основу целостного восприятия предметов окружающей действительности.

Спецификой работы по развитию лексики является *сочетание коррекционных мероприятий по совершенствованию восприятия и представлений со словесным обозначением предметов и явлений окружающей действительности.*

Детей дошкольного возраста и более старших обучают понимать и произносить названия окружающих предметов и действий с ними, различать и называть части предметов (части лица и тела человека; части у предметов обихода, игрушек; карман у платья, колеса у машины и т. д.).

Все содержание словарной работы опирается на расширение, углубление и обобщение знаний детей об окружающем.

Спецификой работы над лексикой детей с церебральным параличом является ее опосредование предметно-практической и игровой деятельностью, тесная взаимосвязь с развитием и коррекцией сенсорных функций и познавательной деятельности.

Работа над смысловой стороной речи включает приемы, сочетание которых обеспечивает эффективность работы в целом и способствует развитию связной речи.

При работе над лексикой необходимо учитывать и *психолингвистический аспект механизма возникновения специфических затруднений* в овладении словарным запасом. Описанные выше артикуляционно-фонетические, голосовые, темпо-ритмические и просодические нарушения осложняют двигательную программу речевого высказывания у детей. При ДЦП просодические и семантические расстройства взаимосвязаны. Трудности речевого высказывания обусловлены не только чисто моторными нарушениями, но и недостаточностью языковых операций на уровне процессов, связанных с выбором нужного слова. Нарушения речевых кинестезии приводят к недостаточной упроченности слов. Кинестетические связи, стоящие за отдельными словами, уравниваются, и ребенок испытывает выраженные затруднения в нахождении нужного слова, что проявляется в своеобразных псевдоамнестических расстройствах.

У детей с церебральным параличом из-за фонетико-фонематических нарушений, задерживающих общее становление речи, усвоение грамматических форм и категорий происходит крайне слабо из-за ограниченности их речевого общения, недостаточности слухового восприятия, недостаточного внимания к звуковой стороне речи и низкой речевой активности.

Кроме того, своеобразие познавательной деятельности детей с церебральным параличом в значительной степени затрудняет анализ структуры языковых единиц и определяет характерные затруднения в овладении грамматическим строем языка. Учащиеся с ДЦП нередко затрудняются в правильном употреблении отдельных грамматических форм и категорий, нарушают структуру предложений (пропускают предлоги, второстепенные члены, не соблюдают порядка слов). Несформированность грамматической стороны речи наблюдается у детей, у которых речевой дефект проявляется в виде общего недоразвития речи. Успешное формирование грамматических навыков и умений у детей с церебральным параличом возможно только при комплексном подходе к умственному и речевому развитию детей.

Эффективность коррекционно-логопедической работы при разных формах дизартрии зависит от правильного

определения вида дизартрии и, соответственно, от использования дифференцированных методов коррекции. При разработке методов коррекции учитываются ведущие расстройства при различных формах дизартрии.

#### § 4. Дизартрия при спастической форме ДЦП

Особенностью дизартрии при ДЦП является *общность нарушений общей и речевой моторики, связь разных форм дизартрии с определенными формами ДЦП*. Наиболее частой формой является *спастическая диплегия*, при которой имеет место двустороннее, иногда асимметричное поражение или недоразвитие центрального двигательного нейрона. При этой форме поражаются и верхние и нижние конечности, причем ноги в большей степени. Важной задачей на подготовительном этапе работы является общее мышечное расслабление и снижение тонуса в речевой мускулатуре.

*Псевдобульбарная дизартрия* при спастической диплегии наблюдается примерно в 80%, при гемипаретической форме — у одной трети больных (30—35%).

При *легкой степени спастической дизартрии* экспрессивная речь внятная, лишь с нечетким произношением отдельных звуков, имеются негрубые затруднения при переключении в артикуляторном аппарате и отдельные элементы спастичности в различных его отделах.

У детей со *средней степенью спастической дизартрии* в экспрессивной речи искажено произношение 1/3 звуков. Даже изолированно эти звуки не могут быть произнесены правильно. Спастичность наблюдается во всех отделах артикуляционного аппарата и в мимической мускулатуре.

При *тяжелой степени* поражения экспрессивная речь невнятная, носит не фразовый характер, а состоит из отдельных слов. Произношение большинства звуков искажено. В процессе речевого акта наблюдаются синкинезии

в мимической мускулатуре, а в мускулатуре конечностей увеличивается спастичность. Отмечается высокая спастичность во всех отделах артикуляционного аппарата.

Речь спастичного ребенка обычно эксплозивна и прерывается длительными паузами в силу чрезмерного напряжения мышц и внезапных спазмов. Это именно то, что обычно называют речью при церебральном параличе. В тяжелых случаях такой ребенок не в состоянии управлять артикуляторным аппаратом, у него отмечается анартрия.

При некоторых формах спастической диплегии выявляется *задержка созревания нижнетеменных ассоциативных областей коры головного мозга*. В этих случаях нарушается смысловой уровень организации связной речи, дети испытывают затруднения в назывании предметов, забывают слова, с трудом подбирают нужное слово, недостаточно понимают логико-грамматические отношения. Развернутая связная речь упрощается, дети почти не используют более сложные формулировки, выражающие логико-грамматические отношения, употребляют в основном заученные фразеологические образования.

Специально проведенное обследование понимания речи учащимися с церебральным параличом [Е.М. Мастюкова, 1973] выявило три варианта его особенностей. Несмотря на то, что при всех вариантах нарушения понимания речи были выражены нерезко, они значительно затрудняли усвоение детьми школьной программы.

При *первом варианте* отмечались трудности в различении фраз с правильным и неправильным синтаксическим согласованием слов, а также в понимании сложных грамматических конструкций, содержащих последовательные подчинения, относительные или дистантные конструкции. Это сочеталось с общей низкой психической активностью учащихся, узким пониманием значений отдельных слов, пониманием сложных форм контекстной речи, скрытого смысла рассказов.

При *втором варианте* учащиеся затруднялись в переводе последовательно поступающей информации в целостно обозреваемую симультанную схему. Это проявилось в нарушениях понимания обратных конструкций. Такие дети испытывают

трудности в понимании при чтении рассказов, условий задач, особенно косвенных, и другого программного материала.

При *третьем варианте* трудности понимания обращенной речи имеют менее специфический характер и связаны в первую очередь с малым словарным запасом, ограниченным пониманием значений отдельных слов, недостаточным объемом знаний и представлений об окружающем, бедностью практического опыта. Дети плохо понимают значения глаголов, обозначающих передвижение, особенно тех, которые показывают изменения действий при помощи приставок. Например: *шел — перешел, вошел — подошел, ушел — прошел* и т. д. Эти нарушения также преимущественно наблюдаются при спастической диплегии, т. е. при двуполушарном поражении мозга.

## § 5. Дизартрия при гиперкинетической форме ДЦП

Среди церебральных параличей у детей особо сложный характер имеют гиперкинетические формы. Их отличают *большая распространенность поражения двигательной сферы и лучшая сохранность интеллекта*.

Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. *Нарушения общей и артикуляционной моторики* определяются: меняющимся характером мышечного тонуса (дистонией), наличием произвольных насильственных движений, отсутствием эмоциональной выразительности двигательного и речевого акта. Отмечается выраженная недостаточность просодической стороны речи. Как в двигательной, так и в речевой моторике отмечается недостаточность удержания статических поз и положений. Двигательные нарушения и речедвигательные расстройства утяжеляются за счет наличия тонических спазмов, которые могут распространяться на артикуляционную, дыхательную мускулатуру и на мышцы гортани, обуславливая своеобразные



расстройства голосообразования и дыхания. При гиперкинетической форме ДЦП отмечается экстрапирамидная, или, иначе, подкорковая, дизартрия. Для гиперкинетической формы паралича характерно частое (от 5 до 20%) *снижение слуха* преимущественно на высокие тона.

Трудность понимания речи часто зависит от точного восприятия некоторых фонем, из-за чего у детей нередко наблюдаются вторичные нарушения понимания атрибутивных конструкций, окончаний единственного и множественного числа и т. д. Они не могут показать на предъявленной картинке, где одна собака, а где несколько (недостаток фонологической дифференцировки). Иногда имеется трудность в дифференциации близких по звучанию фонем, что проявляется в заданиях на их дифференциацию. Это приводит к нестойкости лексических единиц и нарушениям декодирования значений отдельных слов. Трудности декодирования речевого сообщения относятся ко всем грамматическим структурам при относительной сохранности понимания глубинного смысла высказывания, подтекста речевого сообщения.

Кроме того, при гиперкинетической форме ДЦП расстройства связной речи определяются общими *двигательно-тоническими нарушениями* в виде отсутствия плавности речи, ее замедленности, остановках, трудностях в переходе от фразы к фразе.

При гиперкинетической форме дизартрии ведущим расстройством является *асинхронность* между подачей дыхательной струи, включением голоса, сокращением мягкого неба и нужными движениями губ и языка.

Коррекция речи тесно связана с общими мероприятиями по снижению гиперкинезов и по восстановлению произвольных движений, поскольку гиперкинезы артикуляторного аппарата являются проявлением общего заболевания.

Гиперкинетическая форма дизартрии наблюдается у больных гиперкинезами в 25—30% случаев. При этом сравнительно редко встречаются дети с чистой гиперкинетической формой без явлений спастичности и парезов мышц артикуляторного аппарата. При попытке к речи или при выполнении

намеренных движений органами артикуляторного аппарата гиперкинезы усиливаются не только в самом аппарате, но и в других частях тела.

*Речь* у таких детей *толчкообразная*, с голосовыми и дыхательными спазмами, с отсутствием дифференцированных движений губ и языка. Локализация гиперкинезов в артикуляторном аппарате определяет особенности экспрессивной речи. Так, гиперкинезы дыхательной мускулатуры и голосовых связок делают голос прерывистым, затухающим, ребенок вынужден сделать вдох для произнесения отдельных слов, слогов, а иногда и звуков.

Голос у такого ребенка может несколько раз пропадать не только при произнесении какой-то короткой фразы, но даже и одного слова, что обусловлено гиперкинезами голосовых связок. При гиперкинезах в области мягкого неба голосодыхательная струя периодически попадает в носовую полость, и произношение в этом случае сопровождается резким носовым оттенком. При гиперкинезах в различных отделах языка страдает произношение соответствующих групп звуков (переднеязычных, заднеязычных, среднеязычных). Гиперкинезы в губной мускулатуре приводят к нарушению всех губных звуков.

Характерно, что у детей, страдающих гиперкинетической дизартрией, довольно легко можно добиться правильного произношения изолированного звука, но в речевом потоке резко нарушается переключение звуков, и произношение получается с грубыми дефектами. К тому же эти больные в процессе речевого акта быстро утомляются.

У больных с легкой степенью гиперкинетической формы дизартрии наблюдаются элементы гиперкинезов в мягком небе и в кончике языка. В артикуляционном аппарате несколько затруднено переключение. Речь у этих больных внятная, но в речевом потоке наблюдается нечеткое произношение отдельных звуков при правильном изолированном их произнесении.

При средней степени гиперкинетической дизартрии количество гиперкинезов увеличивается, они распространяются на все отделы артикуляционного аппарата и на мимическую

мускулатуру. У этих больных искажено произношение примерно одной трети звуков, что делает их речь трудной для понимания.

У больных с тяжелой степенью гиперкинетической дизартрии интенсивность гиперкинезов резко возрастает, речь невнятная, искажены почти все звуки. При попытке к речи возникают гиперкинезы мимической мускулатуры, а также мускулатуры конечностей и туловища.

## § 6. Дизартрия при других формах ДЦП

Самой тяжелой формой ДЦП является *двойная гемиплегия*, возникающая при наиболее распространенном поражении мозга, прежде всего его больших полушарий. При этом поражены все конечности, причем руки в большей степени, чем ноги. Дети не овладевают статическими и локомоторными функциями. Речевые нарушения проявляются в виде тяжелой псевдобульбарной дизартрии, иногда анартии, в некоторых случаях в сочетании с проявлениями бульбарных расстройств. Обычно резко выражено повышение мышечного тонуса в общей и речевой мускулатуре с выраженным и стойким влиянием лабиринтного и шейных тонических рефлексов.

Сходные, но часто менее выраженные речевые расстройства наблюдаются при гемипаретических формах ДЦП, когда имеется одностороннее поражение центрального двигательного нейрона. У ребенка отмечаются односторонние двигательные расстройства, менее выраженные в нижней конечности и в проксимальных отделах верхней конечности, т. е. более тяжелое поражение кисти руки.

При атоническо-астатической форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка и его связей с другими структурами мозга, прежде всего с лобными отделами коры больших полушарий. Нарушения общей и артикуляционной моторики определяются низким мышечным тонусом,

отсутствием точности и соразмерности движений, нарушением их синхронности и ритма. При этой форме церебрального паралича наблюдается мозжечковая дизартрия. Ее частота составляет 70—75%.

Ведущим расстройством при мозжечковой форме дизартрии является *грубое нарушение интонационного оформления речи и ее монотонность*.

Речь атетозного ребенка, для которого характерно преобладание произвольных движений, достаточно многообразна. В легких случаях наблюдаются лишь несущественные нарушения в области артикуляции в отличие от детей с серьезными кинетическими расстройствами, у которых речь отсутствует. Обычно речь атетозного ребенка неплавная, отрывочная, неритмичная, отсутствует координация. Некоторые авторы указывают на то, что речевые нарушения у атетозных детей усугубляются тем, что они не контролируют движения головы и не могут глотать слюну. При сочетании симптомов спастичности и атетоза артикуляция нарушается грубее, чем при наличии одной спастичности.

Имеется ряд исследований, посвященных различиям речи спастических и атетозных детей. Так, **W.F. Wolfe (1950)**, работая с 50 детьми, страдающими церебральным параличом, исследовал членораздельность их речи. В результате он обнаружил, что речь 40% атетозных детей нечленораздельна, тогда как в речи 72% спастических больных некоторая членораздельность наблюдается. W.F. Wolfe считал, что эти результаты неудивительны, поскольку предварительное изучение речевого механизма показало, что у 100% атетозных больных нарушены функции органов дыхания и артикуляции, следствием чего являются расстройства произношения.

В некоторых случаях можно наблюдать сочетание различных ДЦП у одного и того же ребенка, т. е. смешанные формы дизартрии.

Для смешанной формы дизартрии характерен комплекс нарушений и в экспрессивной речи и артикуляционном аппарате, свойственных соответствующим степеням поражения спастической и гиперкинетической форм.

## § 7. Алалии

Кроме речевых расстройств по типу дизартрии у детей с церебральным параличом могут появляться алалии.

**А л а л и я** — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Алалия является весьма сложной для диагностики и коррекции, так как *недоразвитие символической языковой системы сочетается со специфическими особенностями мыслительной деятельности*. Локальное повреждение корковых речевых зон при алалии сопровождается специфической неврологической симптоматикой, что часто подтверждается при электроэнцефалографическом обследовании.

При моторной алалии речь детей с церебральным параличом без специального обучения практически не развивается и остается на уровне звукоподражательных и лепетных слов.

Алалия чаще наблюдается при двуполушарных поражениях мозга у детей со спастической диплегией при вовлечении в патологический процесс и верхних конечностей. Общая частота алалии у детей с церебральным параличом относительно невелика и составляет около 3—5%.

Патогенез алалии связан с двумя факторами:

— повреждением корковых механизмов речи под влиянием различных экзогенных вредностей, являющихся также и причиной детского церебрального паралича (гипоксический и травматический факторы во внутриутробном периоде и в родах, перинатальные энцефалиты и т. д.);

— вторичным недоразвитием корковых механизмов речи в результате двигательной-кинестетической депривации или патологической афферентации с периферических отделов речевой системы в связи с поражением речевой моторики, а также с нарушением формирования слухо-кинестетической интеграции у детей, у которых ДЦП ослож-

няется нарушениями слуха (гиперкинетическая форма заболевания).

## § 8. Нарушения письменной речи

При ДЦП ввиду разнообразной локализации поражения мозга, а также нарушений его созревания и недостаточности интегративной деятельности, возможны все известные формы дисграфии и дислексии. Основную роль в механизме этих нарушений играет недостаточное функционирование различных сенсорных систем. Нарушения письменной речи у детей с церебральным параличом могут зависеть от недостаточности их зрительных впечатлений и представлений, несформированности оптико-пространственного гнозиса (буквы не узнаются, долго не запоминаются и не осознаются как графемы). Это затрудняет их соотнесение с определенными звуками — звуко-буквенный анализ формируется с большим трудом. На письме буквы смешиваются, особенно сходные по начертанию, искажается смысл слов. Если эти нарушения определяются недостаточностью зрительных представлений, то списывание остается сохранным. Если же в их основе лежит несформированность оптико-пространственных представлений, то и списывание претерпевает определенные трудности.

Особенностью нарушений письма у детей с церебральным параличом является его *зеркальность*, проявляющаяся на начальных этапах обучения. Наиболее часто она наблюдается у детей с правосторонним гемипарезом при письме левой рукой. Дети рисуют и пишут справа налево и асимметричные буквы изображают зеркально. Они путают сходные по написанию графемы.

В ряде случаев нарушения при письме проявляются в виде пропусков слогов и букв, смешениях и заменах согласных звуков, близких по месту и способу артикуляции.

Специфические затруднения при письме у детей с ДЦП чаще всего обусловлены *недостаточностью взаимосвязи*



зрительных образов слов с их звуковыми и артикуляционными, снесформированностью зрительно-моторной координации. Ребенок не может плавно проследить движения пишущей руки, это затрудняет слитное написание слов или отдельных слогов, чаще со стечениями согласных. В результате возникают пропуски, перестановки слогов и слов, в некоторых случаях повторение одних и тех же букв или слогов, а иногда и слов.

Предупреждению дисграфии у детей с церебральным параличом способствует ранняя коррекционная работа, направленная как на развитие всех сторон речи, так и на развитие зрительного и слухового восприятия, зрительно-моторной координации.

Затруднения при письме очень часто не соответствуют состоянию устной речи. Встречаются дети, у которых грубые нарушения звукопроизводительной стороны речи никак не отражаются на письме. И наоборот, у некоторых даже незначительное нарушение звукопроизношения может вызывать затруднения в письме. Наибольшую сложность для учителей представляют дети, у которых отмечаются в письме ошибки, связанные с недостатком дифференцирования звуков, сходных по звучанию, например смещение и замена звонких и глухих согласных, шипящих и свистящих, мягких и твердых: *дочка-точка, мышка-миска, угол-уголь* и т. д. Эти ошибки могут быть следствием нарушения фонематического слуха, общего снижения слуха и нарушения слухового восприятия, а также нарушения внимания, работоспособности и неумения выполнить мыслительные операции, необходимые для сравнения слова со слуховыми и зрительными образами [Е.М. Мастюкова, 1989].

Своеобразие формирования лексико-грамматической стороны речи нередко находит отражение на письме. Чаще всего это проявляется в ошибках, которые связаны с нарушением морфологической структуры слова, неправильным употреблением приставок, суффиксов для образования родственных слов. В письменных работах учащиеся нередко употребляют слова, словосочетания, которые ими недостаточно поняты. Из-за недостаточности понимания смысла слов при письме учащиеся делают пропуски, перестановки, повторения слов,

путают приставки и предлоги, при написании отрывают приставку от слова, а предлоги могут написать слитно. Чаще всего учителю приходится сталкиваться с обедненностью и некоторой шаблонностью письменной речи таких учащихся. Если учитель видит, что у ученика имеются стойкие ошибки на пропуски слов при написании, нарушение согласования слов и предложений, слитное написание слов, этого ребенка надо обязательно показать логопеду, который определит причину этих нарушений и предложит педагогу конкретные педагогические рекомендации.

### Контрольные вопросы и задания

1. Составьте таблицу двигательных и речевых нарушений у детей раннего возраста при ДЦП.
2. Опишите взаимосвязь орально-моторных рефлексов с артикуляцией у детей.
3. Дайте характеристику основных форм дизартрии при ДЦП.
4. Раскройте особенности лексико-грамматических нарушений при детском церебральном параличе.
5. Дайте характеристику связной речи и понимания речевого высказывания у детей с церебральным параличом.
6. В чем специфика нарушений письменной речи при ДЦП и пути ее коррекции?

## НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА С ДЦП

### § 1. Основные причины нарушения развития личности детей с церебральным параличом

Отечественный психолог А.Н.Леонтьев (1903—1979) подчеркивал, что необходимой предпосылкой научного психологического анализа личности является в первую очередь различие понятий «индивид» и «личность».

Даже в обыденном языке слово «личность» мы употребляем только по отношению к *определенному человеку*, и притом лишь с *определенного этапа* развития. Мы не говорим о личности животного, новорожденного или младенца, однако у нас не возникает затруднений говорить о животном и о новорожденном как об индивидах и их индивидуальных особенностях — возбудимости, агрессивности и пр.

В психиатрии мы можем встретиться со случаями болезненного раздвоения личности, но никакой патологический процесс не может привести к раздвоению индивида, целостности его биологической организации. Разумеется, что понятие личности, так же как и понятие индивида, выражает целостность субъекта жизни, но целостность личности — уже особого рода. Она приобретает не генотипически, а в процессе воспитания, обучения, т. е. личностного развития: *личностью не рождаются, личность становятся*. Таким образом, личность есть относительно поздний продукт как общественно-исторического, так и онтогенетического развития человека.

Методологической основой изучения личности детей с психическим дизонтогенезом является концепция Л.С. Выготского (1956) о сущности дефективности, в которой подчеркивается, что огромную роль в развитии личности аномального

ребенка играют социальная среда и общество. Физический недостаток сам по себе не делает ребенка дефективным, но, изменяя социальную позицию личности, приводит к появлению особых черт в его поведении и характере. Для изучения влияния дефекта на личность аномального ребенка важными являются положения Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта, в которой он выделял *первичные особенности* организма и *вторичные новообразования*.

В.Н. Мясищев (1960), изучая структурно-динамические характеристики личности, подчеркивал, что к первичным особенностям относятся динамические свойства личности, обусловленные свойствами нервной системы, и особенностями заболевания. На основе первичных симптомов возникают вторичные особенности в форме различных характерологических сдвигов, представляющих собой результат сложных взаимодействий внешних и внутренних факторов. Возникновение вторичных особенностей личности больного ребенка может быть вызвано рядом причин, к которым относятся переживания по поводу физического дефекта, условия воспитания, характер отношений в семье ребенка. Все это приводит к нарушению системы отношений ребенка, и если он не приобретает в ходе развития способности адекватно разрешать встающие перед ним проблемы, то это может привести к нарушению социальной адаптации.

Среди *механизмов патологического формирования личности* у лиц с физическими нарушениями ведущая роль принадлежит реакции личности на осознание дефекта, физической неполноценности. Негативное влияние на развитие личности оказывают также такие факторы, как ранняя социальная депривация, т. е. изоляция от сверстников в связи с физическим недоразвитием, а также неправильное воспитание и своеобразное отношение окружающих к ребенку с ограниченными возможностями. Все это обуславливает незрелость эмоционально-волевой сферы, эгоцентризм, повышенную внушаемость у такого ребенка.

При ДЦП нарушается формирование личности ребенка. Нормальное интеллектуальное развитие при этом заболевании часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная

незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание самостоятельной практической деятельности. Выдержанные трудности социальной адаптации способствуют развитию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью. Наиболее часто, по данным Э.С. Калижнюк (1987), при ДЦП встречаются астеноневротический, психоастенический, реже — неустойчивый и возбудимый типы акцентуации личности.

Важное значение в развитии личности при ДЦП придается формированию эмоционально-волевой активности. Негативное влияние органического поражения ЦНС в значительной степени определяет особенности личностного реагирования ребенка на физический дефект как пассивно-оборонительное или агрессивно-защитное. Нарушение представлений о своем теле, неадекватность самооценки выявляются уже в раннем возрасте.

Частая госпитализация детей с двигательными расстройствами приводит к ранней психической и социальной депривации. Основным стилем семейного воспитания ребенка с ДЦП является гиперпротекция, которая негативно влияет на формирование социальной адекватности его поведения, поскольку чем выше уровень гиперпротекции, тем ниже уровень социальной адекватности поведения ребенка. Незрелость родительских чувств, неустойчивость воспитательного процесса влияют на формирование таких личностных особенностей ребенка с ДЦП как снижение самостоятельности, сенситивность, фрустрированность.

В случае нарушения интеллекта при ДЦП особенности развития личности сочетаются с низким познавательным процессом, недостаточной критичностью. Отмечаются безразличие, слабость волевых усилий и мотиваций.

Для выявления отклонений в развитии личности ребенка с церебральным параличом необходим комплексный психолого-медико-педагогический анализ ее особенностей. При этом

следует обратить внимание не только на ярко выраженные признаки поведения ребенка, нарушающие процесс его социальной адаптации, но и учесть более тонкие особенности проявления его характера, темперамента, влечений, мышления, направленность интересов, развитие деятельности и общения с окружающими.

Психологу важно отметить не только отрицательные черты личности, а прежде всего положительные, на которые можно будет опереться в психокоррекционной работе.

## § 2. Психопатологические варианты личности

Нарушение личности при ДЦП чаще всего встречается по типу психического инфантилизма. Поражение незрелого головного мозга приводит к тому, что формирование лобных долей происходит замедленно и неравномерно, что является причиной изменений личности [Е.М. Мастюкова, 1985].

Специфическим условием развития психического инфантилизма является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, что связано с двигательной и речевой недостаточностью при ДЦП.

Незрелость эмоционально-волевой сферы сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у отдельных детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в целенаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей более раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладают



двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Выделено три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом.

Первый невропатический вариант осложненного инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии [В.В. Ковалев, 1985], при котором дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемостью с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно бывают чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности личности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, к социальному окружению в целом; у детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью.

Не найдя признания у сверстников, некоторые из этих детей проявляют склонность к уходу в свой внутренний мир фантазий, у них развивается чувство одиночества. Все это приводит к еще большей дисгармонии в развитии свойств личности. При длительных неблагоприятных воздействиях окружающей среды тормозные варианты поведения могут стать первичными, что будет способствовать формированию характерологических отклонений тормозного типа.

«Аффект неадекватности» при невропатическом варианте психического инфантилизма проявляется в различных формах. Одной из форм являются реакции протеста, которые представляют собой преходящие расстройства поведения, возникающие на основе аффективных переживаний

(переживания обиды, ущемленного самолюбия и т. д.). Для реакций протеста характерна определенная избирательность и направленность.

При невропатическом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержания мочи), энкопреза (недержания кала). Значительно реже как результат пассивного протеста может возникать суицидальное поведение, которое проявляется либо только в мыслях и представлениях либо в совершении суицидальной попытки. Несмотря на то, что у детей с церебральным параличом при правильном их воспитании эти формы поведения встречаются чрезвычайно редко и проявляются в основном в мыслях и представлениях, педагогам и воспитателям важно знать, что суицидальные попытки как реакции пассивного протеста возникают в основном в препубертатном и пубертатном возрасте в результате острого переживания чувства обиды, недовольства окружающими и самим собой; поводом для возникновения суицидального поведения может быть незаслуженное наказание, получение плохой оценки, неразделенное первое чувство любви и т. д. Это поведение заранее не обдумывается, возникает внезапно, импульсивно, по механизму «короткого замыкания»; оно может быть достаточно неожиданным для окружающих.

Наиболее частым проявлением пассивного протеста учащихся с ДЦП может быть отказ от выполнения тех или иных требований учителя или воспитателя. При неправильном воспитании в семье — отказ от выполнения требований родителей.

Формой проявления «аффекта неадекватности» у учащихся с ДЦП могут быть также реакции отказа. Они проявляются в пассивности ребенка, в отказе от его обычных желаний и стремлений, нередко в бездумном характере его ответов, в отсутствии стремления к контакту с окружающими. Ребенок остро переживает потерю перспективы и как бы

отказывается от притязаний. Подобные реакции у детей с церебральным параличом могут возникать на ситуацию фрустрации. Состояние фрустрации — сложное состояние, которое возникает при встрече с трудностями, неудачами. С психологической стороны это расстройство планов, крушение надежд, проявляющиеся в растерянности, беспокойстве, ощущении беспомощности. Проявлением подобного рода состояния у учащихся с ДЦП могут быть общая пассивность, отказ от стремлений, от общения и т. д. \*

Закрепление вышеописанных форм поведения, проявляющихся в виде пассивного протеста, отказа, при неправильном воспитании способствует так называемому патохарактерологическому формированию личности тормозного типа.

При тормозном варианте возникает сочетание таких черт характера, как неуверенность в себе, тормозимость, обидчивость, склонность к страхам. У детей с церебральным параличом этому в значительной степени способствует воспитание по типу гиперопеки, которое ведет к подавлению естественной активности ребенка, его стремления к самостоятельности; в результате у ребенка постепенно начинают закрепляться ощущение зависимости от взрослых, неуверенность в себе, пассивность, робость как устойчивые свойства личности.

Второй вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с ДЦП представляет собой сочетание психического инфантилизма с симптомами раздражительной слабости. Данный вид описан в литературе как *церебрастенический вариант осложненного инфантилизма* [В.В. Ковалев, 1985]. Проявления эмоционально-волевой незрелости у этих детей сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушениями внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение данных школьников отличается повышенной раздражительностью, несдержанностью; характерной для этих школьников является склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной психической утомляемостью,

быстрым истощением активного внимания. Настроение у них крайне неустойчивое, иногда проявляется с оттенком недовольства, раздражения. Эти дети требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий; в противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами. У них наиболее часто наблюдаются аффективно-возбудимые формы поведения, однако в новой для них обстановке может, напротив, проявляться повышенная тормозимость.

У детей этой группы часто отмечаются неправильные взаимоотношения с коллективом сверстников, что неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии их личности. Особенностью школьного возраста является возникновение новой социальной потребности найти свое место в коллективе сверстников. Если эта потребность не реализуется, могут возникнуть различные эффективные реакции, проявляемые в форме обидчивости, озлобленности, замкнутости, иногда агрессивного поведения.

Взаимоотношения детей в коллективе зависят от многих факторов, прежде всего от особенностей характера, поведения, от прежнего опыта социального общения. В семье и в специальном детском саду к детям с церебральным параличом предъявляются другие требования, чем в школе. В школе уровень этих требований намного возрастает, церебрастеническое состояние детей углубляется, и теперь они уже могут приспособиться к новым условиям. Порицания учителя, воспитателя, выносимые в отношении медлительности, недостаточной сформированности навыков по самообслуживанию, «грязного» письма и т. д., травмируют детей, вызывают у них отрицательное отношение к школе. Возникает конфликт между ставшей привычной самооценкой ребенка и оценкой его окружающими. В результате дети становятся упрямыми, раздражительными, плаксивыми, иногда агрессивными. Аффективное поведение связано с тем, что предъявляемые требования окружающих начинают превышать возможности детей. Все это порождает атмосферу постоянного недовольства педагога и воспитателя ребенком, приводит к возникновению у последнего чувства неполноценности.

Третий вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом относится к так называемому *органическому инфантилизму*, описанному отечественными психиатрами [Г.Е. Сухарева, 1955; С.С. Мнухин, 1968; и др.].

В основе органического инфантилизма — сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности, проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают двигательно расторможены, благодущны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков.

Проявления органического инфантилизма чаще наблюдаются при атоническо-астатической форме церебрального паралича, когда имеется поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т. е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности.

Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуется большой дисгармонией. Наряду с чертами «детскости», повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерны склонность к «расторможению» влечений, недостаточная самокритичность; импульсивность сочетается у них с проявлением инертности.

Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале обучения показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний неадекватно завышены; отсутствует и адекватная реакция на неуспех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды у этих детей наблюдается формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбуждимого типа. Дети становятся двигательно-беспокойными, раздражительными, импульсивными, не способными адекватно учитывать ситуацию.

Таким образом, формирование личности детей с церебральным параличом связано как с ранним органическим поражением мозга, так и с особенностями их воспитания и окружения. Специфика ДЦП определяет некоторые особенности формирования личности. Прослеживается связь развития личности с тяжестью и характером двигательных нарушений. При более тяжелых формах заболевания, когда ребенок длительное время нуждается в уходе и помощи со стороны взрослых и у него бывают резко ограниченными социальные контакты, предметно-манипулятивная деятельность, отклонения в развитии личности по типу осложненного психического инфантилизма проявляются в более выраженной форме.

Специфика двигательного поражения, связанная с вовлечением в патологический процесс различных мозговых структур, также оказывает определенное внимание на особенности развития личности детей с церебральным параличом. Так, при спастической диплегии наиболее часто наблюдаются проявления невропатической формы осложненного психического инфантилизма с преобладанием тормозимости, повышенной пугливости, неуверенности в своих силах. При осложненных формах спастической диплегии, когда пораженными бывают как корковые отделы двигательного анализатора, так и подкорковые структуры, а также при гиперкинетической форме заболевания с преимущественными поражениями подкорковых мозговых структур, преобладает церебрастеническая форма осложненного психического инфантилизма с различными проявлениями аффективного поведения.

### § 3. Нарушение коммуникативных функций

Общение следует рассматривать в качестве специфической формы деятельности человека и одного из главных регуляторов его социального поведения. Общение оказывает решающее влияние на формирование личности, ее содержательных



и формальных характеристик, психических процессов, свойств и состояний.

Обязательным компонентом общения является *гностический компонент* — познание людьми друг друга в совместной жизни и деятельности. Способность к общению складывается из умения разбираться в людях и верно оценивать их психологию, адекватно эмоционально откликаться на состояние и поведение окружающих, умения выбора способа обращения с окружающими, адекватного с точки зрения, как общественной морали, так и индивидуальных особенностей общения.

*Общение* — это многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями в совместной деятельности. Он включает обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека.

В первые годы жизни речь ребенка возникает и развивается в процессе общения. Общение у новорожденных и у детей раннего возраста подразумевает способность останавливать внимание на лице, речи, зрительных и слуховых раздражителях. Уже в доречевом периоде формируются разные способы общения.

М.И. Лисиной (1974—1981) были выделены три основных этапа в процессе овладения речью как средством общения: довербальный, этап возникновения речи и этап развития речевого общения. Эмоциональное ситуативно-личностное общение со взрослым, доминирующее в первом полугодии жизни ребенка, является необходимой предпосылкой для формирования речи. При этом важное место в развитии общения играют его невербальные формы: крик, плач, улыбка, взгляд.

*Крик* протекает на фоне отрицательных эмоций и является активным средством коммуникации. Плач становится средством общения постепенно.

*Плач* детей с церебральным параличом в возрасте нескольких месяцев жизни значительно отличается от плача здоровых детей. Характер плача ребенка, его выразительность, тональность, интонационная окраска, сила, продолжительность

и ритм, позволяет установить характер расстройств. Плач больных детей обычно затухающий, монотонный, аритмичный, быстро прерывающийся, фрагментарно однотипный [Е.С. Мاستюкова, 1973].

*Речь* как основное средство общения развивается через движение и в социальном контакте, и ее основа закладывается еще на первом году жизни ребенка. Когда у ребенка при ДЦП имеются отклонения сенсомоторной сферы, управления мимикой лица и жестами, кинестетического восприятия, контроля за дыханием и передвижением, артикуляции, звукопроизношения, исчезает возможность самостоятельно реализовывать себя в окружающем мире. Все это оказывает непосредственное влияние на развитие коммуникативной деятельности и психическое развитие в целом.

У детей с ДЦП функция общения развивается неравномерно, в отличие от здоровых детей. Наиболее развитыми при ДЦП в 2—3 года оказываются мотивы, формы и потребности общения. Последнее место занимают средства общения. Нарушение артикуляции и координации движений неблагоприятно отражается на процессе общения со взрослым. Также отрицательно сказывается на общении неспособность выразить собственное эмоциональное состояние [К. Стока, 2001].

В отличие от здоровых детей первых трех лет жизни дети с ДЦП ведут себя пассивно и не проявляют особого желания к сотрудничеству со взрослым. Они не стремятся по собственной инициативе к общению, но при настойчивом побуждении и поддержке устанавливают контакты. При обращении к ним взрослого дети обмениваются впечатлениями и периодически ищут поддержки и внимания взрослого. Экспрессивно-мимической речью, в отличие от здоровых детей пользуются крайне редко, чаще употребляют жесты.

Детям, страдающим ДЦП, требуются побуждения взрослого, для того, чтобы принять участие в процессе общения. Их действия с игрушками и предметами носят одиноличный характер, редко появляется желание действовать совместно со взрослым или подражать его действиям. Дети не обращают внимание на взрослого, игрушка или какое-нибудь новое

занятие интересуют их больше, чем вступление в контакт со взрослым. Не наблюдается активного стремления разделить игру с партнером или обратиться к нему.

В процессе общения дети 2—3 лет с ДЦП крайне редко пользуются речью. Экспрессивно-мимические средства общения, оживленный взгляд, двигательные спонтанные реакции появляются не сразу и являются кратковременными, монотонными и маловыразительными. В процессе общения дети с ДЦП предпочитают использовать жесты, сопровождают их резкой мимикой и гримасами подчеркнуто восклицательного характера, выражая таким образом свои эмоции (например, вместо слова «дай» дети используют гримасы, как бы разговаривая сами с собой). Установление контакта со взрослым происходит только при его инициативе и поддержке. Слабо проявляется эмоциональное состояние или желание поделиться впечатлениями.

Таким образом, у детей с ДЦП в возрасте первых трех лет формируются те же мотивы и формы общения, что и у здоровых детей. Однако потребность в общении выражена менее интенсивно. Это можно объяснить как естественной гиперопекой взрослых по отношению к больному ребенку, так и слабой познавательной активностью детей, обусловленной сенсомоторной недостаточностью и социальной изоляцией в домашних условиях. Отставание в развитии средств общения связано также с малой коммуникативной активностью ребенка с ДЦП и с недостаточным развитием функций, включающих моторные компоненты.

Дети с церебральным параличом в дошкольном и школьном возрасте обычно еще менее многословны, и их ответы менее разнообразны.

**Выделяют пять типов коммуникативных нарушений при ДЦП:**

- связанных с нарушением движений;
- связанных с повреждением мозга;
- из-за длительной госпитализации;
- из-за социально-эмоциональных проблем;
- в связи с физическим дефектом.

Нарушение дыхания, работы мышц гортани и горла, артикуляторных мышц отрицательно влияет на формирование плача, гуления и лепета в доречевой период. Ослабленная когнитивная деятельность и отсутствие коммуникативного опыта — основные факторы, влияющие на формирование коммуникативных навыков.

Когда ребенок с двигательными нарушениями пытается начать разговор, ему приходится сталкиваться с разными сложностями. Кроме того, ему сложно зачастую установить контакт, так как нередко его взгляды, движения, слова бывают неверно поняты. После неудач в контактах у детей с ДЦП редко появляется желание инициативы.

Двигательные нарушения влияют и на невербальное общение. Если руками невозможно делать понятные жесты, передача сообщений усложняется. Навыки невербального общения будут развиваться только тогда, когда окружающие встретят подобные попытки с пониманием.

Впервые в специальной психологии описание развития личности ребенка с дефектом было дано Л.С. Выготским. Он убедительно показал, что любой дефект, любой телесный недостаток является фактором, в известной степени изменяющим отношения человека с окружающим миром, что в результате дает «социальную ненормальность поведения». Следовательно, *психологическим фактом двигательный недостаток при ДЦП становится только тогда, когда человек вступает в общение с отличающимися от него здоровыми людьми.*

Нарушение социальных контактов приводит к ряду отклонений в формировании личности у детей с патологией опорно-двигательного аппарата и при отсутствии или недостаточно квалифицированной психолого-педагогической коррекции могут вызвать появление негативных черт характера.

**§ 4. Нарушение формирования образа «Я»**

Становление личности предполагает осознание самого себя как существа, отличного от других, как некоторой субъективно

замкнутой реальности. Все это проявляется в факте именованности себя «Я». Поэтому феномен «Я» — центральный пункт формирования личности и ее структуры, личность — это и есть «Я» или прежде всего «Я». Поэтому многие психологи полагают, что узкое понимание личности должно включать только ее ядро, т. е. «Я»-концепцию и направленность личности (мотивация, ценностные ориентации).

*«Я»-концепция — это совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой.* Описательную составляющую «Я»-концепции часто называют *образом «Я»*, или картиной «Я». Составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, называют *самооценкой*, или принятием себя. В сущности, «Я»-концепция определяет и то, что представляет собой индивид, и что он о себе думает и как смотрит на свое развитие в перспективе.

U Вопрос о связи физического недостатка и образа «Я» привлекает внимание многих специалистов. Установлено, что лица с двигательными нарушениями добивались меньших успехов, чем здоровые. Особенно негативно на образ «Я» у молодых людей влияет ДЦП.

Система «Я» применяет различные системы защиты. В чрезвычайной ситуации она может полностью закрыть важную информацию, так как возбуждает страх. Например, некоторые отрицают свой физический недостаток. Однако таким образом система «Я» изолируется от остальной личности и не позволяет человеку учиться на основании приобретенного опыта.

Образ «Я» развивается в контакте со средой. При этом «Я» стремится к цельности. Переживания, не соответствующие «Я», либо игнорируются, либо символически игнорируются, либо символически отрицаются или преобразуются.

Кроме того, человек нуждается в позитивной оценке и уважении. Инвалидность усложняет восприятие человека окружающими, из-за нее он может почувствовать недостаток позитивной оценки, под влиянием чего развивается негативный образ «Я». S.J. Rogers (1991) подчеркивает отличия в социальных переживаниях ребенка с физическими

недостатками. Он считает, что в основном из-за этого у детей и возникают сложности эмоционального и поведенческого плана. Взаимоотношения родители—дети выглядят иначе, чем в семьях, где дети здоровы. Также по-иному проявляются реакции родных, социальные контакты в школе, реакции окружающих на хорошее или плохое поведение.

В семье, имеющей одного или нескольких членов семьи с физическими нарушениями, имеются большие трудности. Рождение ребенка с физической аномалией — часто только начало длительного процесса, в ходе которого ребенок (либо дети) и родители переживают это событие и адаптируются к нему — это лишь первый кризисный момент, и подобных моментов будет немало.

**Райт [В.А. Wright, 1976]** указывает на *пять* таких кризисных переломов:

- рождение ребенка с физической аномалией;
- потребность самоутверждения;
- планы получения образования;
- переходный возраст, сексуальность;
- подготовка к взрослой жизни.

Сам процесс приятия взрослой жизни ребенка неоднократно становился предметом исследований. Можно выделить этапы этого процесса для родителей: шок, отрицание, вина и гнев, стыд и мученичество, депрессия, а затем приятие [В.А. Wright, 1976]. Дункан [Т. Duncan, 1977] пишет о пяти этапах: отрицание, ведение переговоров, гнев, депрессия и приятие, а **P.W. Power, A.E. Dell Ortho (1980)** выделяют четыре этапа: шок, отрицание, печаль — гнев — стыд, приятие.

М. Мейхеузен-Де Регт [Meihuizen-De Regt, 1980] описывает «социально-эмоциональные проблемы» с двигательными нарушениями. Он пишет об амбивалентности родителей в отношении к своему ребенку с ограниченными физическими возможностями и их склонности излишне его опекать. Если это происходит, может случиться, что ребенок слишком сильно будет зависеть от окружающих его людей (несамостоятельность), из-за этого он будет лишен социальных



контактов, попадет в изоляцию, что, в свою очередь, негативно скажется на формировании образа «Я».

**М.Л. Калхоун и М. Хавишер** [Calhoun, Hawisher, 1979] пишут о «растерявшихся» родителях. Родители могут прийти в замешательство из-за того, например, что их ребенок испытывает сложности при сосании и глотании. Внешность младенца, так же как и отсутствие у него улыбки, лепета, может мешать проявлению родительской ласки. Все это может повлечь за собой возникновение модели отношений, в которой у родителей нарушена ответная реакция. Таким образом, перед ребенком встает еще одно препятствие: отсутствие полноценной связи с родителями.

Другая опасность — чрезмерная опека. Многие дети, подростки и взрослые люди, с ограниченными физическими возможностями подвержены этой опасности, из-за чего социальные навыки и опыт самостоятельности проходит мимо них.

Гиперопека родителей создает почву для возникновения у детей таких нежелательных черт характера, как капризность, упрямство, пассивность, безразличие и безучастность ко всему происходящему вокруг. В этих случаях у детей резко снижается потребность в речевом общении, в овладении навыками самообслуживания, желание заниматься игровой и любой другой деятельностью. Таким образом, родители, имея самые добрые побуждения — максимально помочь больному ребенку, гиперопекая его, приносят ему непоправимый вред.

Некоторые родители занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка с церебральным параличом, требуя от ребенка неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, распоряжений, не учитывая при этом его двигательных и речевых возможностей. Нередко при невыполнении ребенком этих требований прибегают к наказаниям. В результате подобного поведения родителей у детей возникают излишняя плаксивость, раздражительность, повышенная возбудимость, что еще больше ухудшает физическое и психическое состояние. Как следствие, у детей отмечается расстройство сна, недержание мочи, подергивания в различных частях тела и даже возникновение судорог.

Правильное отношение к больному ребенку родителей и соблюдение ими вышеперечисленных требований имеет огромное значение для формирования у детей с церебральным параличом адекватной самооценки, правильного отношения к дефекту и развитию у них необходимых в жизни волевых качеств. По отношению к дефекту и оценке своих возможностей детей с церебральным параличом можно условно разделить на две группы.

Одни дети осознают, что у них тяжелое заболевание, не позволяющее им двигаться, бегать, овладевать речевыми и двигательными навыками в той мере, в какой это делают их здоровые сверстники. Такие дети отчетливо понимают, что их успешное развитие, преодоление речевых и двигательных затруднений находятся в прямой зависимости от их настойчивости. Невзирая на физический дискомфорт, болевые ощущения, они охотно ходят на занятия лечебной физкультурой, принимают физиотерапевтические процедуры, занимаются с логопедом. Дома эти дети выполняют все рекомендации специалистов. Их также отличает постоянное стремление овладеть все более сложными навыками и умениями, им свойственна адекватная оценка достигнутых успехов.

Вторая группа детей также ясно осознает тяжесть своего заболевания, однако проявляет крайний негативизм и не стремится преодолеть недуг. Для включения их в активную деятельность требуется большое участие взрослых. Родители должны умело формировать мотивационную сторону поведения и интерес к занятиям по овладению двигательными и речевыми навыками, другими видами деятельности. Формирование активных качеств личности в условиях семьи следует начинать с таких видов деятельности, как игра и элементарный труд. Включение труда в жизнь ребенка после 3—4 лет и систематическое развитие трудовых навыков положительно сказываются на образе жизни больного ребенка, формирует его умственные, физические и моральные качества. Постепенное усложнение задач, доступных ребенку, воспитывает в нем упорство и настойчивость. При этом для формирования у детей адекватной самооценки взрослые должны постоянно оценивать результаты

их деятельности, особенно в случаях, когда ребенок очень старался и приложил много усилий.

Оптимально организованные условия жизни в семье создают больному ребенку предпосылки для его успешного развития, обучения и дальнейшей социальной адаптации.

Ребенок с церебральным параличом, как и все дети его возраста, прежде всего должен научиться некоторым общим правилам поведения. Доброе отношение близких в сочетании с требовательностью помогают ему в этом. Необходимо также, чтобы ребенок начинал понимать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей болезни, к своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит родителям: именно у них ребенок будет заимствовать оценку и представление о себе и о своей болезни. В зависимости от реакции и поведения родителей он будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или, наоборот, как человека, вполне способного достичь успехов. Родители должны понять сами и внушить ребенку, что болезнь является лишь одной из сторон его личности, что у него есть много других качеств и достоинств, которые надо развивать. Ни в коем случае родители не должны стыдиться больного ребенка, тогда и он сам не будет стыдиться своей болезни, не будет замыкаться в своем одиночестве. Такой больной будет лишен эгоцентризма, направленности только на себя, он будет с удовольствием выполнять посильную работу и радоваться тому, чего достигает. Это даст ему возможность вести спокойную богатую впечатлениями и положительными переживаниями полноценную жизнь.

## § 5. Нарушение формирования эмоционально-волевой сферы

Уже с 4 месяцев здоровый ребенок реагирует общим комплексом оживления на появление матери, на ее голос, улыбку. Однако до 4 месяцев его реакции могут быть

недифференцированными, ребенок одинаково положительно может встречать как близких, так и чужих людей. В 9—10 месяцев младенец радостно тянется к матери, выражая свое удовольствие в ее присутствии. Появление чужого человека может вызвать у него настороженность, удивление, а при попытке постороннего приблизиться к ребенку или взять его на руки малыш отвечает оборонительными движениями головы, рук, громким плачем. С 6 месяцев у ребенка начинают проявляться позитивные эмоциональные реакции при восприятии различных игрушек и действий с ними.

У детей с церебральным параличом наблюдается задержка в развитии эмоциональных реакций. У них не выражен комплекс оживления при появлении матери, на ее голос или на улыбку. Матери обращали внимание, что дети не отличают их от других взрослых. Кроме того, у этих младенцев наблюдаются негативные эмоциональные проявления: частый плач или смех без соответствующей внешней стимуляции. Позитивных эмоциональных реакций не вызывают и предметы. Нарушение эмоциональных реакций, особенно на близкие и знакомые предметы, является важным прогностическим показателем наличия у ребенка отставания в психическом развитии.

Независимо от степени двигательных дефектов у детей с ДЦП встречаются нарушения эмоционально-волевой сферы. Они проявляются в повышенной возбудимости ребенка, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям и пугливости. У одних детей отмечаются беспокойство, суетливость, расторможенность, у других, напротив, — вялость, пассивность, безынициативность и двигательная заторможенность.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью, обидчивостью, болезненно реагируют на тон голоса, на малейшие замечания, чутко подмечают изменения в настроении окружающих. У них легко возникают реакции недовольства, упрямства и негативизма.

Для большинства детей с ДЦП характерно наличие страхов, возникающих при простых тактильных раздражениях (например, в ходе массажа), при изменении положения тела и окружающей обстановки. У некоторых детей



отмечается боязнь высоты, закрытых дверей, темноты, новых предметов. Страх вызывает резкие изменения в общем состоянии ребенка.

Дети с церебральным параличом растут пугливыми, нерешительными и неуверенными в себе, они теряются в новых условиях. В школе такие дети тревожны, испытывают страх перед устным ответом, нередко у них возникает заикание или появляются насильственные движения. Они ничем не увлекаются, все свободное время тратят на приготовление уроков, стремятся заучить заданное наизусть. Все это препятствует развитию их интеллекта.

В школьном возрасте у таких детей нередко появляется страх за свое здоровье. Чаще это отмечается у детей, которые воспитываются в семье, где все внимание сосредоточено на болезни. В доме говорят только о болезни, малейшее изменение в состоянии ребенка вызывает у родителей не только тревогу, но и панику. В его присутствии ведут разговоры о болезнях близких. Все это приводит к тому, что ребенок сосредоточивает внимание на своей болезни, на собственных болезненных ощущениях. Правильное воспитание в семье может предупредить подобное состояние.

Известно, что страх у маленького здорового ребенка бывает тогда, когда он сталкивается с незнакомыми явлениями. У ребенка с церебральным параличом представления об окружающем крайне ограничены. Поэтому очень важно постепенно расширять его кругозор, знакомить с различными предметами и явлениями, приучать к новым явлениям осторожно, не перегружая обилием впечатлений. Прежде чем ребенку показать каких-либо домашних животных, необходимо рассказать о них, показать их на картинках.

Особый подход требуется к ребенку, у которого болезненно выражено чувство страха. Родители должны очень осторожно знакомить его с предметами, которых он боится, помогать ему постепенно преодолевать свой страх.

Важное значение для предупреждения страха и развития таких отрицательных черт характера, как неуверенность, боязливость, имеет воспитание у ребенка активности. Он должен обязательно выполнять в доме посильную работу; его

надо научить (с учетом его двигательных возможностей) самостоятельно есть, одеваться, привить элементарные бытовые навыки. Важно, чтобы ребенок не только обслуживал себя, но и постоянно имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих, — помочь накрыть на стол, убрать посуду и т. д. В результате у него появляется интерес к труду, чувство радости, что он может быть полезен старшим, уверенность в своих силах.

В ходе деятельности расширяется кругозор ребенка, развивается его интеллект. Многие родители, боясь, что ребенок упадет, уронит посуду, обольется или неправильно оденется, не дают ему ничего делать самостоятельно. Это приводит к тому, что он растет пассивным, вялым, отказывается от выполнения задания, не может соблюдать правила коллективных игр. Таким образом, желая избавить ребенка от трудностей, постоянно опекая его, оберегая от всего, что может огорчить, родители тем самым ставят своего ребенка в трудное положение на многие годы. Терпение, организованность и выдержка — главные условия воспитания ребенка в семье.

Для больного ребенка вредны частые посещения гостей, эмоциональное возбуждение перед сном. Вечером, когда вся семья собирается дома, он перевозбуждается, быстро устает, у него усиливаются насильственные движения, нарастает общее беспокойство. Чтобы успокоить ребенка, полезно пойти с ним погулять, переключить его на более спокойную деятельность. Только постоянное соблюдение режима и правильное воспитание способствуют укреплению нервной системы больного ребенка.

Психодиагностика эмоциональной сферы у детей и подростков с диплегической и гемипаретической формами ДЦП при нормальном интеллекте [И.И. Мамайчук, 2000] выявляет высокие показатели эмоциональной нестабильности, что свидетельствует о неуравновешенности, эмоциональной неустойчивости, легкой возбудимости, повышенной лабильности у больных детей.

Применение личностного опросника Кеттела показывает, более низкие интеллектуальные возможности при ДЦП в связи с эмоциональной дезорганизацией мышления. У этих



детей выявляется сдержанность, повышенная озабоченность, склонность к пессимизму. Наблюдается также доминирование тревожно-депрессивного фона настроения, высокая степень фрустрированности, повышенная зависимость от окружающих, конформность.

У детей с ДЦП отмечается высокий уровень тревожности как характерологический признак и главный индикатор нарушений в эмоциональной сфере.

В психологии тревожность рассматривается как отрицательно окрашенные переживания внутреннего беспокойства, озабоченности. Известно, что уровень тревожности существенно зависит от обстоятельств, однако каждый человек имеет свой личностный уровень тревожности. У детей с ДЦП высокий уровень тревожности обусловлен рядом патогенных факторов: церебрально-органическая недостаточность, частая госпитализация, переживания по поводу физической недостаточности.

У детей с ДЦП наблюдается недостаточность интеллектуального контроля над поведением. Высокая эмотивность поведения проявляется в неустойчивости поведения во фрустрационных ситуациях, в сниженной способности решать возникающие задачи. Снижение эмоциональной вовлеченности в ситуацию является индикатором формирования у ребенка более адекватного поведения.

Особенностью личностного профиля детей с ДЦП может быть эмоционально-волевая неустойчивость. Это проявляется в высокой степени фрустрированности и тревожности личности, в нестабильности нервных процессов. Имеются такие стойкие характерологические особенности, как повышенная зависимость от окружающих, неактивность, социальная робость, чувствительность.

Изучение фрустрационных реакций у детей с церебральным параличом показало наличие у них большого числа безобвинительных реакций, т.е. восприятие ими ситуации как чего-то фатального, неизбежного. Такую направленность реакций больных детей можно рассматривать как своеобразную психологическую защиту — уход от конфликта. Повышенная фиксация на имеющихся препятствиях, на трудностях нахождения оптимального, рационального

выхода из конфликта, их внутренняя беспомощность, неспособность самостоятельно справиться с жизненными трудностями, пассивность, несамостоятельность в разрешении конфликта — характерны для больных с ДЦП.

У здоровых детей тип и направленность реакций в ситуации фрустрации определяются такими личностными характеристиками, как самостоятельность, настойчивость в достижении цели, самоконтроль поведения и ответственность. У больных с ДЦП особенности реакций фрустрации связаны с эмоционально-волевыми характеристиками личности, а именно с эмоциональной неустойчивостью, тревожностью, недостаточной общительностью. Все это снижает социальную адекватность их поведения.

С возрастом детей с ДЦП значимость эмоционально-волевых компонентов личности увеличивается. Преобладание безобвинительных и препятственно-доминантных реакций на фрустрацию указывает на неадекватные способы психологической защиты, что проявляется в уходе от конфликта с целью уменьшения эмоционального дискомфорта. Такие защитные механизмы являются иррациональными и в значительной степени негативно отражаются на особенностях поведения больного ребенка.

### Контрольные вопросы и задания

1. Составьте таблицу разных вариантов психического инфантилизма и характерных для них нарушений личности больных с ДЦП.
2. Опишите вербальные и невербальные нарушения общения при ДЦП и объясните их патогенез.
3. В чем причины нарушений формирования самооценки детей с церебральным параличом?
4. Раскройте особенности эмоциональных нарушений при ДЦП и их возможные причины.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

### § 1. Значение ранней психодиагностики

Детский церебральный паралич является тяжелым инвалидизирующим заболеванием. В большинстве случаев, особенно при значительной степени тяжести заболевания, прогноз реабилитации при ДЦП неблагоприятен. Однако при условии ранней диагностики — не позднее 4–6-месячного возраста ребенка и раннего начала адекватного систематического лечения практическое выздоровление может быть достигнуто в 60–70% случаев к 2–3-летнему возрасту. При начале лечения с 12–18-месячного возраста выздоровление даже при самых современных методах лечения может быть лишь у 15–20% и минимальная степень инвалидности — у 30–40% больных. При более поздней диагностике, позднем начале лечения в 60–70% случаев больной ребенок может самостоятельно передвигаться, достаточно обучаем и социально адаптирован. Однако и в этом случае результат может быть достигнут при многолетнем упорном применении комплекса реабилитационных мероприятий: медицинских, психологических, педагогических и социальных.

Первоочередной формой реабилитации является медицинское или восстановительное лечение. Восстановительное лечение детей с ДЦП проводится, как правило, в медицинских, чаще всего специализированных учреждениях, где добиваются максимального исправления имеющихся у ребенка функциональных нарушений. Если полного исправления этих нарушений добиться не удастся, то ребенка выписывают из лечебного учреждения с рекомендациями по проведению поддерживающей терапии, физиотерапии и лечебной физкультуры.

Наличие остаточных нарушений приводит к ограничению жизнедеятельности и социальной адаптации ребенка, поэтому после завершения цикла интенсивного восстановительного лечения необходимы меры психологической, педагогической и социальной реабилитации.

Ограничения жизнедеятельности при ДЦП складываются из различных сочетаний нарушения двигательных, сенсорных, высших психических, вегетативных функций как на элементарном, так и на более сложно организованном уровне. Так, наличие пареза и спастики мышц ног в различном сочетании может повлиять на способность передвигаться. Значительная степень пареза в сочетании с легкой спастикой приводит к полной неспособности ходить, но та же степень пареза в сочетании с выраженной спастикой позволяет сохранить работоспособность ног и возможность передвигаться.

*Согласно международной классификации выделяют 5 видов ограничения жизнедеятельности при ДЦП, включающие снижение способности:*

- адекватно вести себя;
- передвигаться;
- действовать руками;
- владеть телом при решении бытовых задач;
- ухаживать за собой.

Каждый вид ограничения жизнедеятельности обусловлен специфическими для этого заболевания нарушениями функций, из которых наибольший вес занимают нарушения двигательных функций.

Психологическая помощь детям и подросткам с церебральным параличом — сложная система реабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности больного с ДЦП, формирование системы ценностных установок и ориентации, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим возможностям больного ребенка.

## § 2. Психодиагностика в системе реабилитации больных

Психологическая реабилитация при ДЦП подразумевает проведение *системы специальных мероприятий*, направленных на восстановление (развитие, формирование) психических функций, процессов, свойств, способностей, позволяющих ребенку усваивать и выполнять различные социальные роли, адаптироваться в обществе, т. е. направленных на восстановление (развитие) психологических механизмов социальной интеграции.

Система психологической реабилитации состоит из следующих составляющих: *психодиагностики, психокоррекции, психологического сопровождения и психологической профориентации*. Целесообразность психологической реабилитации, ее приоритетные направления, оптимальные методические приемы определяются прежде всего тем, какие сферы психической деятельности оказались нарушенными и тем, какие психические функции следует восстанавливать и развивать в первую очередь.

Для этого необходимо проведение психодиагностического обследования.

Психодиагностика позволяет определить особенности актуального психического состояния и потенциальных возможностей психического развития (зоны ближайшего развития) ребенка с ДЦП.

*В процессе психологической диагностики детей и подростков с ДЦП необходимо соблюдать ряд основных принципов:*

1. **Деятельностный** принцип, направленный на проведение психологического обследования в контексте деятельности, доступной ребенку с ДЦП: предметно-практической, игровой, учебной.
2. **Принцип качественного анализа** полученных данных психологического обследования. Это принцип, построенный на концепции Л.С. Выготского об определяющей

роли обучения в процессе развития ребенка, является чрезвычайно важным при психологической диагностике нарушений развития. Для психолога важен не только конечный результат выполнения тестового задания, но и способ работы ребенка, умение его переносить усвоенные навыки на новое задание, отношение ребенка к заданию, собственная оценка его результатов.

3. **Принцип личностного подхода** в процессе диагностики психолог анализирует не отдельный симптом, а личность ребенка в целом.
4. **Принцип сравнительного подхода** при изучении нарушенного развития психолог должен правильно ориентироваться в особенностях психического развития здорового ребенка.
5. **Принцип комплексного подхода** к диагностике психического развития ребенка включает учет множества факторов, лежащих в основе нарушений развития ребенка с ДЦП: клинических, педагогических, психологических, социальных.

*По результатам психодиагностики должны быть:*

- выявлены нарушения психической деятельности, их механизмы для определения перспектив реабилитации;
- выявлены наиболее сохранные психические функции, чтобы «задействовать» компенсаторные механизмы, что крайне важно, особенно когда нарушенная функция не подлежит восстановлению;
- осуществлена оценка тех особенностей психической деятельности, которые будут способствовать успешной социальной интеграции ребенка на разных этапах возрастного развития.

В качестве объекта психологической реабилитации выступает не только сам ребенок с ДЦП, но и его ближайшее окружение, в первую очередь родители, семья, поэтому необходима психодиагностика семьи для оценки той системы отношений, в которой развивается ребенок, формируется его



личность. Психологическое обследование семьи особенно актуально на ранних этапах онтогенеза ребенка с ДЦП, так как проведение психологической реабилитации с детьми до 3—5 лет без активного участия их родителей организационно затруднено. Кроме того, позиция родителей предопределяет возможность адекватного и активного «включения» ребенка в реабилитацию. И наконец, родители тяжелобольного ребенка сами нуждаются в психологической помощи в силу дистресса, вызванного болезнью ребенка.

У детей, страдающих церебральным параличом, могут наблюдаться многообразные нарушения психического развития. Тем не менее можно выделить *типичные феноменологические особенности развития детей, страдающих ДЦП*. Они выражаются в:

- нарушениях психомоторных функций, когда страдают как крупная, так и мелкая моторика;
- нарушениях речевых функций, когда страдают как экспрессивная, так и импрессивная речь;
- нарушениях сенсорно-перцептивных функций, когда существенно затрудняется пространственная ориентация;
- нарушениях функции памяти и внимания, которые наиболее отчетливо проявляется в отношении произвольной (активной) памяти и активного внимания;
- разнообразных нарушениях функций вербального и невербального мышления, когда наиболее ощутимый дефект наблюдается в отношении процессов обобщения и абстрагирования, индуктивного, концептуального и пространственного мышления, практического математического мышления;
- «заторможенности» умственной деятельности, повышенной истощаемости, крайне неустойчивой динамике ее продуктивности;
- неустойчивости эмоционального тонуса, повышенной (реже пониженной) эмоциональной возбудимости, частых перепадах настроения;
- повышенной тревожности, чувстве страха;

- невротизации, которая может проявляться в различных формах, в преимущественном доминировании астенической или депрессивно-ипохондрической симптоматики (невротическая симптоматика может быть крайне разнообразной);
- снижении толерантности к фрустрациям, склонности к агрессивным реакциям или аутизму;
- психопатоподобном развитии личности и тенденциях к асоциальному поведению.

*У детей с ДЦП также часто наблюдаются некоторые психологические особенности, не относящиеся прямо к патопсихологическим, которые могут существенно препятствовать их успешной социальной интеграции. К ним относятся:*

- низкий уровень самокритики, неадекватные (часто завышенные) самооценка и уровень притязаний;
- недостаточное усвоение коммуникативных навыков;
- своеобразное избирательное принятие социальных норм и правил поведения, отрицание многих из них;
- недостаточная социальная опосредованность ценностных ориентации и ведущих мотивов, общий социальный инфантилизм;
- узость круга интересов, «размытость» иерархии структуры мотивов.

Как правило, у детей, страдающих ДЦП, наблюдается характерная динамика проявления расстройств психического развития. Так, уже на ранних этапах онтогенеза (первые недели, месяцы жизни) у них могут выявляться психомоторные, сенсорно-перцептивные и речевые расстройства, нарушения функций внимания (в виде неадекватной двигательной активности, дискоординации моторных актов, отсутствию поведенческих и эмоциональных реакций на сенсорные и речевые стимулы и т. п.). На относительно ранних этапах развития могут обнаруживаться различные нарушения интеллектуальных функций. В то же время эмоционально-

мотивационные расстройства, нарушения на уровне личности проявляются обычно к 4—5 году жизни. При этом в ходе возрастного развития наблюдается недостаточно позитивная динамика общего состояния «психического здоровья» детей с ДЦП. В первую очередь это относится к эмоционально-мотивационным расстройствам, нарушениям на уровне личности и характерологическим дисгармониям. Это приводит к тому, что в ряде случаев даже при относительно успешном восстановлении, например, интеллектуальных и двигательных функций, ребенок оказывается неспособным усваивать необходимые виды деятельности, «включаться» в разнообразные системы социальных и межличностных отношений.

подавляющее большинство родителей в первые годы жизни ребенка, страдающего ДЦП, ориентированы на обеспечение максимально полного, интенсивного лечения, проблема же обеспечения психического развития оказывается для них не столь актуальной.

Осознается она, как правило, к 5—7 году жизни ребенка, когда он оказывается некомпетентным в условиях детских коллективов (дошкольных или школьных учреждений), т. е. когда правила и нормы социума ставят перед ребенком условия, выполнение которых для него затруднительно во многом в силу психологических причин.

*Углубленное психодиагностическое обследование ребенка, страдающего ДЦП, должно обеспечивать:*

- а) оценку психомоторного развития (особенно на относительно ранних этапах развития ребенка);
- б) всестороннюю оценку интеллектуального развития (от оценки состояния отдельных интеллектуальных функций до интегральной оценки уровня умственного развития и структуры интеллекта);
- в) оценку эмоционально-мотивационной сферы;
- г) оценку характера и особенностей личности в целом;
- д) оценку поведения и психологических механизмов его регуляции.

*Психологическое обследование семьи, родителей детей с ДЦП должно обеспечивать:*

- а) оценку состояния психического здоровья родителей, характера общей психологической атмосферы в семье;
- б) оценку психолого-педагогической, медицинской грамотности родителей, их реабилитационной компетентности;
- в) оценку стиля взаимоотношений в семье, в диадах «мать — ребенок», «отец — ребенок»;
- г) оценку адекватности установок родителей в отношении перспектив ребенка.

В соответствии с вышесказанным производится выбор способов, методических приемов, тестов, посредством которых можно решить данные психодиагностические задачи.

### § 3. Особенности психологического обследования детей

Психологическое обследование детей с ДЦП является чрезвычайно сложным. Это обусловлено тяжелой двигательной патологией, а также наличием у большинства детей интеллектуальных, речевых и сенсорных нарушений. Поэтому обследование детей с ДЦП должно быть направлено на качественный анализ полученных данных.

Предъявляемые ребенку задания должны быть не только адекватны его биологическому возрасту, но и уровню его сенсорного, моторного и интеллектуального развития. Процесс обследования необходимо проводить в игровой форме, доступной ребенку. Особое внимание следует обратить на двигательные возможности ребенка.

Учет физических возможностей больного с ДЦП очень важен при психологическом обследовании. Например, при полной обездвиженности ребенок укладывается в удобное для него положение, в котором достигается максимальное

мышечное расслабление. Дидактический материал, используемый при обследовании, необходимо располагать в поле его зрения. Обследование рекомендуется проводить в манеже, на ковре или в специальном кресле. При выраженном мышечном напряжении, ребенку придают так называемую эмбриональную позу (голову ребенка пригибают к груди, ноги сгибают в коленных суставах и приводят к животу, руки сгибают в локтевых суставах и скрещивают их на груди). Затем производят несколько качательных движений по продольной оси тела. После этого тонус мышц значительно уменьшается, и ребенка укладывают на спину. При помощи специальных приспособлений (валиков, мешков с песком, резиновых кругов, поясов и т. д.) ребенка фиксируют в этом положении.

При выраженности лишних произвольных движений — гиперкинезов, которые мешают захвату игрушки, перед началом обследования рекомендуется провести специальные упражнения, способствующие их уменьшению. Например, можно производить перекрестные движения с одновременным сгибанием одной ноги и разгибанием и приведением к этой ноге противоположной руки. Приспособления для фиксации позы особенно важны при обследовании ребенка с гиперкинезами (применяются специальные пояса, манжеты, марлевые кольца, шлемы и т. д.).

У детей с церебральными параличами нарушения в психическом развитии находятся в тесной взаимосвязи с двигательными расстройствами. Обездвиженность ребенка с церебральным параличом во многом мешает ему активно познавать окружающий мир. Положение многих детей с церебральным параличом бывает вынужденным, они подолгу лежат в одной позе, не могут изменить ее, повернуться на другой бок или на живот. Помещенные в положение на живот, они не могут поднять и удержать голову, в положении сидя они не могут пользоваться руками, так как используют их для сохранения равновесия и т. д. Все это способствует значительному ограничению поля зрения, препятствует развитию зрительно-моторной координации.

Основные трудности психолога при работе с больными, страдающими ДЦП, заключаются в том, что многие широко

распространенные, верифицированные и валидные методики не могут использоваться полностью или частично в связи с грубыми нарушениями речи и двигательных функций (особенно тонкой моторики).

Так, при выраженных гиперкинезах, правостороннем гемипаразе психолог не может в полном объеме воспользоваться широко применяемым для определения интеллектуальной функции тестом Векслера. Больные вследствие своих двигательных нарушений неспособны выполнить 7, 9, 11 и 12 субтесты. Причем это не позволяет судить об их способности к зрительному представлению, к конструктивному мышлению, о внимании, зрительно-моторной координации, экстраполяции.

Если даже состояние больного позволяет провести психологический эксперимент, как правило, необходим пересмотр временных ограничений, предусмотренный методикой.

Те же причины могут препятствовать использованию рисуночных тестов и многих других. Разнообразие по качеству и степени тяжести нарушений речи, отмечающиеся у больных ДЦП, может существенно затруднить применение вербальных методик.

Психолог, работающий в учреждении для детей больных ДЦП, должен владеть большим количеством методов и взаимозаменяемых методик и перед обследованием больного тщательно подобрать наиболее пригодные для его обследования с учетом двигательных и речевых расстройств.

Итак, выбор методического арсенала во многом зависит от «возможностей» обследуемого ребенка с ДЦП, от его способностей выполнять те или иные тестовые задания. Так, до 3—4 лет психологическое обследование ребенка основано на методах фиксированного наблюдения в естественных или экспериментально смоделированных ситуациях.

Тестовое психологическое обследование детей возможно с 4—5 лет. При этом тестовые задания дают в устной форме и проводят индивидуально. С 12—14 лет возможно использование опросников.

Нарушение интеллектуального развития при ДЦП вносит свою специфику в организацию психологического обследования,



целесообразность изменения стандартной процедуры обследования или модификации инструкций.

Учитывая повышенную истошаемость данного контингента детей, нужно внимательно относиться к «дозированию» тестовых нагрузок. Как правило, до 5—7 лет длительность разового обследования не должна превышать 20—30 минут.

Для оценки интеллекта и интеллектуальных функций при ДЦП могут быть использованы:

- тест Векслера;
- графические тесты;
- тесты классификации;
- методика исключения предметов;
- тест интеллекта Амтхауэра;
- тесты школьной зрелости;
- индивидуальный тест интеллекта и др.

Для диагностики нарушения психомоторных функций (непроизвольности движений, снижение или повышение двигательной активности в целом) используются методы наблюдения за поведением, характером двигательных реакций, а также графические тесты, проба на тремор, теппинг-тест (с 5 лет), проба на время реакции (с 5 лет), методика оценки нервно-психического развития (4—6 лет), методика определения коэффициента психомоторного развития (до 4 лет).

При диагностике нарушений восприятия и внимания кроме методов наблюдения используют патопсихологические тесты: корректурная проба (с 5 лет), тест «Недостающие детали» (с 5 лет). Распространенной методикой исследования внимания являются таблицы Шульте, а для исследования работоспособности и утомляемости методики Крепелина, Ландольта.

Различные виды памяти (слуховая, зрительная, логическая и т. п.) оценивают с помощью специальных методик

(тесты Бентона и Мейли, пробы на заучивание слов, слогов, цифр, рассказов, пиктограмм и т. д.). Кроме того, целесообразно использование субтестов для оценки памяти, которые входят в психодиагностические тесты интеллекта (Векслер, Амтхауэр и др.).

Оценку особенностей личности и эмоциональной мотивационной сферы производят с помощью теста Розенцвейга, патохарактерологического опросника, личностного опросника Айзенка, теста тематической апперцепции, личностного вопросника Кеттелла, теста Люшера, теста животных Заззо, теста семейных установок, методики Рене Жиля и т. д.

При диагностике психических функций при ДЦП необходимо особое внимание уделять детям раннего возраста (до 3—4 лет). Их диагностика базируется в основном на методе фиксированного наблюдения, описанного в «Руководстве по раннему обучению» (Портредж, США), в котором оцениваются различные уровни психического развития: моторных функций, речи, навыков самообслуживания, познавательных способностей, социализации.

На ранних этапах развития ребенка используют также скрининг развития по Коваржику, шкалы развития младенцев Бейли, шкалы Бинэ-Симона. Полученные при этом результаты позволяют определить наиболее «страдающие» сферы психического развития и выделить приоритетные направления психокоррекционной работы. Учитывая относительную недифференцированность психодиагностики в раннем возрасте, следует считать ее предварительной, указывающей на общие тенденции психического развития.

#### § 4. Психодиагностика двигательных функций ребенка

При оценке двигательных возможностей ребенка для развития его познавательной деятельности необходимо учитывать состояние моторики не только в момент обследования, но важно обратить внимание на время овладения ребенком

теми или иными двигательными навыками (время удержания головы, время первых захватываний игрушек, время самостоятельного передвижения).

Вторым важным моментом в исследовании двигательных функций у детей с церебральным параличом является оценка их «функциональной приспособляемости» к своему двигательному дефекту. У детей с сохранным интеллектом она достаточно выражена, т. е. ребенок, несмотря на тяжелый гипертонус, пытается схватить предмет и приспособляется его рассматривать, удерживая предмет в кулаке или между средним и безымянным пальцами.

Важное значение при оценке двигательной сферы детей с ДЦП играет уровневый подход с учетом особенностей нарушения развития моторной сферы, обусловленных недостаточностью различных отделов нервной системы. Например, при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений. При поражении коркового уровня страдают сила, точность движений, формирование предметных действий.

При ДЦП наблюдаются нарушения мышечного тонуса, играющего ведущую роль в преднастройке движения, их стойкости, стабильности, эластичности. При недостаточности тонической функции в раннем возрасте нарушается формирование ряда рефлексов, обеспечивающих удержание головы, сидение, стояние, сохранение позы. В более старшем возрасте нарушения мышечного тонуса оказывают отрицательное влияние на работоспособность, обучение. Патологический мышечный тонус у ребенка вызывает усталость рук, быстрое общее утомление, нарушение внимания. Патологический гипертонус с напряженностью позы, недостаточность пластичности также приводят к быстрой утомляемости и снижению внимания. Особенно наглядно это отражается в рисунках и в письме у ребенка. Из-за скованности движений линии не дотягиваются до конца, рисунок мелкий, с прерывистостью линий. Нарушение тонуса отражает дефицит подкорковых функций у детей с ДЦП. Недостаточность подкорковых образований приводит к нарушению в формировании автоматических движений. У ребенка страдает

синхронность движений ног и рук при ходьбе, поворотах туловища, наблюдается недоразвитие выразительных движений, в первую очередь мимических, особенно важных в процессе общения. Отставание в развитии выразительных движений на ранних этапах детства, когда еще недостаточно развита речь усугубляет задержку его психического развития. Например, значительное недоразвитие выразительной моторики наблюдается при умственной отсталости. Это проявляется в невыраженности, обедненности, монотонности мимики, жестов, защитных и автоматических движений.

Как указывалось выше, *патология кортикального уровня движений формирует разнообразную симптоматику нарушений моторных функций*. При повреждении ядерных зон сенсомоторных отделов страдают отдельные компоненты движения: его сила, точность и скорость, что наблюдается при параличах конечностей ребенка. При патологии как премоторных, так и постцентральных отделов головного мозга выявляются нарушения целостных двигательных актов (апраксия).

В исследованиях А.Р. Лурия (1948) было показано, что при нормальном развитии, премоторные системы работают как своеобразные посредники, устанавливающие и поддерживающие связь между кортикальной и экстрапирамидной системами. Это отражается на характере нарушений. При премоторном дефекте возникает дисфункция «кинетической мелодии» движения. Из плавного оно превращается в толчкообразное, дезавтоматизированное, состоящее из отдельных не связанных друг с другом элементов. При постцентральных нарушениях коры головного мозга наблюдается так называемая афферентная апраксия с недостаточностью коркового анализа кинестетических импульсов, выражающаяся в затруднениях выбора нужной комбинации движений.

При анализе нарушений движений у ребенка необходимо помнить, что в детском возрасте двигательная система, особенно отдельные ее стороны, еще находятся в процессе становления. Поэтому у детей меньше, чем у взрослых, проявляются четкость, локальность и изолированность нарушений движений. При ДЦП наблюдается диффузная

симптоматика, сочетающая явления повреждения в двигательной сфере с ее недоразвитием.

К явлениям недоразвития относятся синкинезии: *непроизвольные движения, не связанные по смыслу с произвольными движениями*. Например, ребенок при попытке поднять одну руку одновременно поднимает и вторую, при движении пальцев одной руки возникают аналогичные движения в другой. Синкинезии наблюдаются и у здоровых детей, особенно в раннем возрасте, но в дальнейшем они уменьшаются, и в подростковом возрасте уже не наблюдаются. При ДЦП они имеются и у ребенка, и у подростка в течение длительного времени, а в тяжелых случаях сопровождают ребенка всю жизнь.

## § 5. Психодиагностика сенсорно-перцептивных функций

У многих детей, страдающих церебральным параличом, отмечаются сенсорные нарушения, которые проявляются в недостаточности зрительного и слухового восприятия, в недостаточности перцептивных действий.

В отечественной психологии под перцептивными действиями понимают *восприятие, направленное на создание образа предмета*. Основное свойство перцептивного образа — его предметность, формируется при соотнесении субъектом получаемой сенсорной информации с действительными качествами воспринимаемого объекта, для обнаружения которых недостаточно одного созерцания, а требуется практическое взаимодействие с объектом. Перцептивное действие осуществляется при помощи сенсорно-двигательной интеграции. Примером перцептивного действия может быть рассматривание ребенком нового предмета, для чего необходимо прежде всего выделение его из окружающего фона. При нарушении перцептивных действий у детей с ДЦП наблюдается неспособность к интеграции частей воспринимаемого

предмета в целостный образ [И.И. Мамайчук, 1976]. Например, ребенок может выделить какую-то отдельную часть предмета, но соотнести его с другими частями и воспринять целостность этого предмета ребенок с ДЦП нередко затрудняется. Особенно наглядно недоразвитие перцептивных действий проявляется в процессе конструирования и рисования.

У детей с ДЦП могут существенно страдать зрительные функции на всех этапах развития. У многих детей с церебральными параличами отсутствует активность при зрительном восприятии предметов. Ребенок не ищет глазами спрятый или упавший предмет. Чтобы вызвать у ребенка прослеживание предмета, необходимо, чтобы предмет попал в поле зрения ребенка. Такая функция прослеживания при нормальном развитии характерна для детей первых 4 месяцев жизни. У детей с ДЦП наблюдается недостаточность зрительно-моторной координации (ребенок не тянется к видимой игрушке и не захватывает ее, т. е. зрение активно не направляет движение его руки к определенной цели). С другой стороны, захватив игрушку, ребенок не пытается ее рассмотреть, т. е. отмечается отсутствие единого поля зрения и поля действия.

При исследовании зрительного восприятия у ребенка с церебральным параличом ему показывают яркую блестящую игрушку, которую помещают в поле его зрения, и отмечают возможность и длительность фиксации взора на ней, прослеживания ее во всех направлениях. Психолог отмечает, тянется ли ребенок к видимой игрушке. При недостаточности указанных функций необходимо определить причину этих нарушений: отсутствие интереса, преобладание реакций страха, грубое нарушение глазодвигательной иннервации, тяжелая двигательная патология. Наряду с указанными наиболее простыми зрительными функциями исследуют узнавание знакомых игрушек, картинок (в 1—2 года), возможность сличения цветов (в 2—3 года).

Например, исследование сличения цветов проводят в виде обучающего эксперимента. Дают занятие по подбору шариков по цвету. При этом 6—8 шариков одинакового размера, окрашенных в два цвета, складывают в общую



коробку. На стол помещают две пластмассовые тарелочки такого же цвета, как шарики. Педагог на глазах у ребенка берет красный шарик, кладет его в красную тарелку, затем дает синий шарик и просит положить его в соответствующую по цвету тарелку. Если ребенок с тяжелым двигательным поражением, то он должен взглядом указать на тарелку, куда надо положить шарик соответствующего цвета. Постепенно задание усложняют: увеличивают количество предъявляемых ребенку цветов. При оценке результатов учитывают объем оказанной ребенку помощи.

У детей, начиная с 3—4-летнего возраста, исследуют особенности восприятия объемного предмета и его соотношения с плоским изображением. Для этого используют яркие игрушки и такие же картинки: ложка, ботинки, мячик, собака, яблоко. Ребенок рассматривает игрушки и при показе картинки показывает или подает соответствующую игрушку. При усложнении задания ребенку можно предложить сличение геометрических форм.

Наряду с нарушениями зрительного восприятия у детей с церебральными параличами может отмечаться недостаточность слухового восприятия.

Слуховое восприятие у детей с ДЦП подробно обследуют в тех случаях, когда ребенок не понимает или ограниченно понимает обращенную речь. Исследуют состояние ориентировочного слухового рефлекса, проверяют возможность локализации звука в пространстве. Для этого ребенку предлагают указать жестом или взглядом спрятанный звучащий предмет. Если у ребенка есть подозрение на нарушение слуха, необходимо обследование у сурдолога.

У некоторых детей с ДЦП отмечается повышенная чувствительность к слуховым раздражителям. Эти дети вздрагивают при любом неожиданном звуке. У многих детей это выражение врожденного безусловного рефлекса Моро, который при нормальном развитии является физиологическим до 6 месяцев, но у детей с ДЦП сохраняется значительно дольше.

При исследовании зрительного и слухового восприятия необходимо выявить, имеется ли у ребенка диссоциация

в реагировании на зрительные и слуховые раздражители. Если это наблюдается, то возможно нарушение сенсорной функции. Если ребенок слабо реагирует на оба раздражителя, то это может быть связано с нарушением познавательной активности, что выявляется у детей с задержкой психического развития или с умственной отсталостью:

Для определения уровня перцептивного и умственного развития у детей с ДЦП в дошкольном возрасте используют различные диагностические методики, широко применяемые в отечественной и зарубежной психологии.

Учитывая тормозящую роль сенсорных нарушений в умственном развитии детей с ДЦП, основное внимание при психологическом обследовании следует уделять уровню развития сенсорно-перцептивной деятельности. На первых этапах обследования рекомендуется исследовать особенности развития *зрительного восприятия*: восприятия формы, цвета, величины и пространственных отношений предметов; уровень развития *осознательного восприятия* предметов: формы, фактуры, веса; *уровень сформированности конструктивных и графических навыков и умений*. Обязательно в обследование необходимо включить изучение процессов *анализа, синтеза и обобщений предметов*, а также *уровня развития количественных представлений*.

При исследовании особенностей сенсорного и интеллектуального развития дошкольников с ДЦП важен не только сам *результат* выполнения заданий, а главное — *способ* их выполнения. Методики должны быть построены соответственно особенностям уровня развития предметно-практических манипуляций.

Для проведения обследования необходимо иметь следующее оборудование и материал: детский стол и стул, а если ребенок самостоятельно не сидит, то специальное кресло.

Следует иметь также определенный материал для обследования: доска Сегена; четырехцветные блоки и такого же цвета доска к ним; кубики Косса (детский двухцветный вариант); лото «цвет и форма», «цвет и количество»; набор объемных и плоских фигур для осязания; предметные картинки; набор карточек для исследования обобщений методом исключения; цветные карандаши, альбомы для рисования.

В процессе обследования ребенок должен чувствовать доброжелательное отношение к нему. Не рекомендуется выставлять ребенку сразу все игрушки. Чтобы вызвать у него интерес к занятию, можно предложить привлекательную игрушку, например красивую пирамидку, матрешку или доску с цветными шарами. Во время свободной игры ребенка психолог фиксирует следующие моменты: проявляет ли ребенок интерес к игрушкам; как длительно ими занимается; правильно ли употребляет игрушку.

После наблюдения за ребенком ему могут быть предложены следующие задания:

### Исследование восприятия формы на доске Сегена

Перед началом обследования психолог показывает ребенку собранную доску Сегена, затем раскладывает фигуры на столе и предлагает положить их на место. Результаты выполнения заданий оцениваются по пятибальной системе в зависимости от сложности задания и способов их выполнения.

Здоровые дети с трехлетнего возраста правильно соотносят фигуры на доске Сегена, а к концу дошкольного возраста правильно их называют. Дети с ДЦП с потенциально сохранным интеллектом справляются с заданием с 4—5 лет, однако испытывают некоторые трудности в их словесном обозначении. У детей с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием наблюдается преимущественно хаотичный, беспланный способ работы в результате чего продуктивность выполнения задания резко снижена.

### Исследование восприятия цвета предметов

Психолог предлагает ребенку расположить цветные шары или кубики на доске, разделенной на четыре части соответственно основным цветам: красный, синий, желтый, зеленый.

Здоровые дети в 3 года успешно справляются с заданиями на соотнесение цветов, а в 4 года знают названия основных четырех цветов, а к концу дошкольного возраста способны

различать оттенки. Дети с ДЦП с сохранным интеллектом, как правило, трудностей при соотнесении цветов по подобию не испытывают, но путают их названия. У детей с ДЦП с психическим недоразвитием наблюдаются трудности соотнесения цветов по подобию.

### Восприятие величины предметов

Для исследования особенностей восприятия величины предметов психолог может предложить ребенку собрать двух или трех составные матрешки, пирамидки из разного количества колец, блоки или цилиндры разной величины.

Выполнение этих заданий не вызывает особых затруднений у здоровых дошкольников с 4 лет. Различение контрастных предметов по величине не вызывает особых трудностей у детей с ДЦП с сохранным интеллектом. Но при соотнесении предметов с местом с учетом величины у большинства детей отмечается хаотичный, беспланный способ работы, они правильно соотносят только контрастные величины. Однако дополнительная инструкция: «Возьми самый большой цилиндр и поставь его в самое большое отверстие» — позволяет детям справляться с заданием и успешно переносить усвоенный способ работы на выполнение других заданий. Дети с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием затрудняются в выполнении всех заданий, хаотично манипулируют с предметами.

### Исследование особенностей осязательного восприятия предметов

Исследование особенностей осязательного восприятия у дошкольников с церебральным параличом рекомендуется начинать\*с игры в «волшебный мешочек». Однако психолог должен ориентироваться не только на правильное название ребенка осязаемой фигуры, но и на способы ее обследования, поэтому можно использовать в процессе исследований особенностей осязания специальную ширму.

Наборы фигур для осязания состоят из следующих предметов: 1) набор объемных деревянных предметов (яйцо, катушка, бутылка, гриб, кольцо и т. д.); 2) набор геометрических фигур одинаковой фактуры (куб, квадрат, шар, круг, треугольник, цилиндр и т. д.); 3) набор предметов различной фактуры (металлический шарик, шар, сшитый из шерстяной ткани, стеклянная бутылочка, деревянная бутылочка и др.). В процессе обследования психолог должен требовать от ребенка правильного названия предмета, а в случае затруднения предложить ребенку сопоставить предмет со знакомыми ему бытовыми объектами. Кроме того, необходимо следить за движениями рук ребенка в процессе ощупывания.

Анализ способов осязания предметов ребенком позволяет психологу выявить уровень развития перцептивных действий. Перцептивное действие осуществляется при помощи сенсорно-двигательной интеграции, а при их недоразвитии у детей с ДЦП наблюдаются затруднения в соотношении частей воспринимаемого предмета в целостный образ.

### Исследование конструктивной деятельности

При исследовании конструктивной деятельности ребенку предлагают следующие задания: а) конструирование объемных построек из цветных кубиков одинаковой величины с помощью образца-рисунка; б) выкладывание по рисунку определенных плоскостных фигур из цветных кубиков с выкрашенными в разные цвета сторонами; в) задания по конструированию по методике Косса (используют пять первых вариантов этой методики — двухцветные кубики).

Выполнение этих заданий вызывает особые трудности у детей с церебральным параличом. Здоровые дети к концу дошкольного возраста успешно выполняют первые четыре задания по методике Косса. Дети с ДЦП с первично сохранным интеллектом успешно выполняют задания серии а) и б), однако задания по методике Косса им практически недоступны. Дети путают пространственные расположения деталей, отмечают трудности в предварительной ориентировке в задании.

У детей с ДЦП с умственной отсталостью особые трудности вызывают задания серий а) и б).

### Исследование особенностей рисования

Рисование детей рекомендуется оценивать по степени развития у ребенка графических умений и особенностей качества изображения фигур.

Здоровые дошкольники успешно справляются с заданиями, но отображение в рисунках размера фигур еще вызывает у них некоторые затруднения. Рисунки детей с церебральным параличом существенно отличаются от их здоровых сверстников, как по качеству изображений, так и по технике рисунка. Даже к концу дошкольного возраста рисунки детей с ДЦП с сохранным интеллектом могут находиться на уровне символического изображения фигуры и ее частей.

### Исследование мыслительных процессов

Для исследования уровня обобщений у детей используют методику на выделение лишнего предмета. При проведении обследования необходимо иметь наборы карточек, на каждой из которых нарисованы четыре предмета. Ребенка просят показать, какой из четырех предметов подходит к остальным трем. Психолог отмечает, как ребенок понимает задание, на какой признак предмета ориентируется: цвет, форму, величину и т. д., а также как ребенок словесно обозначает три объединенных в одну группу предмета.

### Классификация предметных картинок

Метод предметных классификаций позволяет выявить не только особенности обобщения и абстрагирования, но и особенности внимания, памяти, личностных реакций на свои достижения и неудачи.



Перед началом занятий психолог кладет перед ребенком 6—7 предметных картинок и предлагает ему положить вместе те, которые подходят друг к другу. На трех карточках этого набора изображены животные, на двух — одежда, на одной — посуда. Если ребенок успешно справился с заданием, рекомендуется добавить еще 10—15 карточек, подходящих к тем же группам. Психолог фиксирует, как ребенок понимает задание, адекватно ли его выполняет и какова его обучаемость. Это задание рекомендуется давать детям с 5 лет.

В начале занятия дети могут классифицировать картинки неадекватно, но после двух-трех дополнительных инструкций должны провести обобщение по существенному признаку.

### Исследование счетных навыков

Особое место у детей с ДЦП занимает нарушение функций счета. Понятие числа имеет сложную психологическую структуру, что в значительной степени связано с пространственным восприятием множества объектов, с речевым развитием и требует высших форм анализа и синтеза.

Исследование количественных представлений необходимо проводить поэтапно. Сначала исследуется способность ребенка дифференцировать «много—мало», «один—много», «больше—меньше», одинаковое количество. Важно исследовать способность ребенка абстрагироваться от формы и величины предметов и ориентироваться только на количество.

Для этого необходимо приготовить счетный материал из предметов разной величины и формы и на этом материале изучить, как дети соотносят количества разных предметов. Можно, например, предложить детям два стержня, на одном из них нанизаны кольца, а на другом — шары. Несмотря на одинаковое количество деталей на обоих стержнях, пирамидка с шарами будет выглядеть выше, чем с кольцами. Спросить: «Чего больше — колец или шаров?»

При обследовании детей школьного возраста рекомендуется использование и психометрических методов, например

методики Равена и Векслера. Их целесообразно использовать для детей с преимущественным поражением нижних конечностей с относительно сохранным развитием речи, как лексической, так и фонематической ее сторон.

Психодиагностику детей с ДЦП обязательно производят при определении ребенка в специализированное лечебное или учебное учреждение для выяснения вопроса об обучаемости ребенка, а также при выборе школьной программы; для определения внутренней картины болезни пациента и его реабилитационного потенциала; при разработке индивидуальных психокоррекционных программ, включающих в себя постановку и решение конкретных дидактических и психотерапевтических задач; для текущей и окончательной оценки эффективности психокоррекционной работы.

При отборе детей в специальные (коррекционные) дошкольные и школьные образовательные учреждения психологу следует опираться на действующие нормативно-правовые документы Министерства образования РФ, в которых определены показания и противопоказания к приему в эти учреждения.

*Приему в детское дошкольное учреждение для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата подлежат дети, не нуждающиеся в индивидуальном уходе, умеющие себя обслужить или имеющие двигательные возможности для воспитания у них навыков самообслуживания, умеющие ходить самостоятельно или с помощью ортопедических приспособлений, со следующими заболеваниями:*

- церебральными параличами, последствиями полиомиелита в восстановительном и резидуальном периодах;
- различными врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата;
- артрогриппозом, хондродистрофией, миопатией;
- сколиозом.

*Не подлежат приему в детское дошкольное учреждение указанного типа дети:*

- не передвигающиеся без посторонней помощи, не способные обслужить себя в силу тяжести двигательных нарушений;
- страдающие умственной отсталостью в умеренной и тяжелой степени;
- с выраженными нарушениями слуха и зрения;
- с заболеваниями, которые являются противопоказанием для приема в детские дошкольные учреждения общего типа.

*Приему в специальные (коррекционные) школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата подлежат дети школьного возраста при нормальном интеллекте, самостоятельно передвигающиеся, не требующие индивидуального ухода, со следующими заболеваниями:*

- церебральными параличами;
- последствиями полиомиелита в восстановительном и редуальном периодах;
- различными врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата;
- артрогриппозом, хондродистрофией, миопатией.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата и умственной отсталостью направляются в специальные классы, организуемые при наличии контингента в составе данных школ по решению отдела образования.

*Не подлежат приему в школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата:*

- дети, не передвигающиеся самостоятельно, не обслуживающие себя, требующие индивидуального ухода;
- страдающие эпилептическими припадками;

- страдающие недержанием мочи и кала вследствие органического поражения центральной нервной системы.

Итак, психологическое обследование детей, страдающих ДЦП, в прагматическом смысле оказывается ценным настолько, насколько оно позволяет осуществить их результативную реабилитацию. Это предъявляет соответствующие требования к организации, процедуре психологического обследования и, что особенно важно, к анализу, интерпретации, получаемой при этом психодиагностической информации, в конечном счете именно это дает возможность разработать научно обоснованную, индивидуальную и достаточно эффективную программу психологической реабилитации ребенка, без которой невозможно его полноценная интеграция в общество.

*Основные требования к психодиагностике детей с церебральным параличом:*

1. Психодиагностика должна быть *максимально ранней*, т.е. проводиться непосредственно после установления медицинского диагноза.
2. Психодиагностика должна *обеспечить обоснованность разработки программы психокоррекции*, текущий контроль ее результативности в процессе сопровождения психического развития ребенка, оказания ему, в случаях необходимости, психологической помощи.
3. Психодиагностике подлежат не только сами *дети*, но по возможности и *их родители, семья*.
4. Программа психодиагностики должна определять по возможности все *нарушения психического развития*, а используемые методы и методики должны отличаться надежностью, валидностью и быть *адекватными возрасту и степени тяжести заболевания ребенка*.
5. Результаты психодиагностики носят *конфиденциальный характер*, и к ее проведению могут привлекаться лишь лица, прошедшие специальную психологическую подготовку.

### Контрольные вопросы и задания

1. Составьте схему диагностики психического развития ребенка с ДЦП.
2. Разработайте программу психодиагностики с обоснованием необходимости использования разных методов и методик для больных ДЦП:
  - младенческого возраста (от 0 до 3 лет);
  - дошкольного возраста (от 3 до 7 лет);
  - школьного возраста (от 7 до 18 лет).
3. Сформулируйте основные требования и организационные правила психологического обследования детей с церебральным параличом.
4. Каковы основные причины нуждаемости родителей ребенка с ДЦП в психологической помощи?
5. Опишите основные приемы психологического обследования семьи ребенка с ДЦП.

## КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПРИ ДЦП

Проведение комплексной диагностики при ДЦП не всегда позволяет определить прогноз заболевания и разработать адекватные лечебные и коррекционные меры воздействия.

При определении прогноза у детей с ДЦП считают, что *основной неблагоприятный признак* — это начало сидения после двух лет. В 91% случаев это определяет плохой прогноз, присоединение к этому признаку других признаков, по мнению некоторых исследователей, уже не повышает ценность прогноза.

Некоторые авторы склонны учитывать прогностическое значение и других факторов, а не только лишь позднее сидение, полагая целесообразным учитывать в плане прогноза *следующие признаки*: 1) возраст начала сидения; 2) степень моторной дисфункции; 3) функциональное состояние нижних конечностей; 4) степень ментальной ретардации; 5) наличие примитивных рефлексов.

В плане состояния прогноза возможностей социальной адаптации при различных формах ДЦП, можно отметить, что *хороший прогноз* наиболее вероятен при спастической гемиплегии и спастической диплегии. По данным К.А. Семеновой, больные со слабо выраженными гемипарезами могут учиться в 70,8% случаев, а в 29% имеют несколько сниженный интеллект. При гиперкинетических формах ДЦП дети труднее адаптируются из-за двигательного дефекта, но в 60% случаев могут выполнять работу, не связанную с тонкой манипулятивной деятельностью рук; *неблагоприятен* социальный прогноз для детей с двусторонней гемиплегией и атонически-астатическими формами ДЦП.

Комплексная реабилитация детей с церебральным параличом включает оказание *медицинской, психологической, педагогической, социальной и логопедической помощи, обеспечение наиболее полной социальной интеграции, общего*



и профессионального обучения. Важным условием комплексного воздействия является взаимодействие специалистов разного профиля в процессах диагностики, лечения, коррекции, сопровождения ребенка с ДЦП и его семьи.

Психологу, работающему с такими детьми, важно знать и согласовывать с другими специалистами основные направления психокоррекционной работы.

## § 1. Медицинская коррекция

В медицинскую коррекцию ДЦП включается широкий спектр методов лечения: медикаментозная терапия, физиотерапия, использование различных устройств и приспособлений, лечебная физкультура (ЛФК), массаж, орто- и нейрохирургическое лечение и другие методы.

Мы не будем останавливаться на медикаментозном и хирургическом видах лечения, они подробно изложены в соответствующих медицинских руководствах. Кратко рассмотрим методы коррекции, применяемые не только в клиниках, но и в специальных образовательных учреждениях.

### Лечебная физкультура и массаж

Возможности лечебной физкультуры при лечении детей с ДЦП широко используются в восстановительном лечении ДЦП. Применяется два вида массажа при ДЦП: вибрационный и склеромерный.

*Вибрационный массаж* обеспечивает избирательное воздействие на мышцы, оказывая рефлекторное влияние на функциональное состояние нервной системы и тем самым способствуя восстановлению нарушенных реципрокных взаимоотношений мышц антагонистов путем снижения тонуса спастических мышц. Воздействие осуществляется с помощью точечного вибратора, нагретого предварительно до 40°C, амплитуда колебаний 0,5—1 мм в режиме. После воздействия вибрационного массажа рекомендуется проведение лечебной гимнастики направленной на разработку суставов.

Вибрационный массаж показан при всех спастических формах ДЦП со средне-тяжелым и тяжелым типом течения.

*Склеромерный массаж* основан на том, что сегмент спинного мозга является относительно самостоятельным и автономным отделом нервной системы, который обеспечивает двигательную и чувствительную иннервацию определенной части тела: конкретного участка кожи, мышц, надкостницы, кровеносных сосудов и внутренних органов. Спастичность мышц при ДЦП обусловлена патологическим повышением активности в сегменте спинного мозга так называемых тонических двигательных нейронов, от которых к мышцам поступает избыточная импульсация, повышающая мышечный тонус. В свою очередь от мышц к спинному мозгу поступает обратная информация, которая при ДЦП еще более усиливает перевозбуждение тонических нейронов.

Но одновременно информация от спастических мышц отражено влияет на те зоны тела, которые также иннервируются тем же сегментом, главным образом — на сегментарную область надкостницы. Врач или массажист, воздействуя на зоны надкостницы, может снижать патологическую функциональную активность тонических нейронов, а затем и мышечную спастичность.

### Мануальная терапия

В последнее время обсуждается возможность использования в нейромоторной коррекции статокINETических нарушений при ДЦП мануальной терапии. Патогенетической основой нейромоторной коррекции с помощью мануальной терапии является применение корригирующих методик, воздействующих на афферентацию, и создание на этой основе физиологической статокINETической системы. Функционирование последней направлено на оптимальный результат. В процессе лечения афферентный поток становится более целенаправленным. Метод мануальной терапии предложен для комплексного лечения ДЦП. Этот метод обладает выраженным миорелаксирующим эффектом.

Основной показатель положительной динамики — значительная релаксация мышц синергистов. Оптимизация клинической симптоматики характеризуется следующими показателями: 1) уменьшение контрагирования суставов с увеличением объема движения; 2) позитивная динамика в проявлениях аддукторного симптомокомплекса — снижение эквинирования стоп; 3) улучшение кинематической ходьбы; 4) увеличение угла супинации предплечий и экстензии кистей; 5) регресс гиперкинезов атетоидного характера, хореоатетоидного и билатерального — частичная редукция в проявлениях позы фехтовальщика; 6) в системе речедвигательного анализатора отмечается уменьшение проявления оральной синкезии и гиперсаливации, что положительно сказывается на произнесении слов.

### Метод функционального биоуправления

Результаты ряда исследований показали высокую клиническую эффективность применения нового метода восстановительной терапии при двигательных нарушениях — метода функционального биоуправления или биологической обратной связи.

Суть метода заключается в *перестройке механизмов движений* под воздействием восходящих потоков двигательной афферентации, возникающей при направленной целевой тренировке активности активных мышц или группы мышц, сигнализирующих об успешности и правильности выполнения движений в заданном объеме.

### Метод комплексной стимуляции

Новый комплексный метод лечения ДЦП, разработанный **И.А. Скворцовым** и **Т.Н. Осипенко (1993)**, в настоящее время успешно применяется в Научно-терапевтическом Центре профилактики и лечения детской неврологической инвалидности в Москве. Метод акцентирован на топологическом

принципе воздействия на пораженные структуры головного и спинного мозга. Создана эффективная система комплексной стимуляции развития статико-моторных, перцептивных и интеллектуально-речевых функций в соответствии с нормативным возрастным профилем развития ребенка.

### Метод кондуктивной педагогики (Conductive education)

Разработан профессором Пето (Peto) в 1945—1967 гг. и нашел широкое применение в Институте Пето по исследованию и лечению двигательных расстройств (Будапешт). Кондуктивная педагогика (КП) представляет собой метод воздействия на больного, осуществляемого специально обученным в Институте, кондуктором. Основное внимание в методе уделено медико-педагогической коррекции. Последняя направлена на выработку самостоятельной активности и независимости ребенка. Метод базируется на концепции, согласно которой мозг развивается в конкретных условиях. В связи с этим кондуктор стремится, обучая ребенка, руководить удовлетворением биологических и социальных потребностей организма, т.е. руководить адаптацией к окружающей среде. Полагают, что для удовлетворения повседневных потребностей вначале возникает подсознательное построение двигательного стереотипа. Затем организованный двигательный акт переходит в сферу подсознания, как средство достижения цели, становясь, в конце концов, автоматическим. Кондуктор на основании мотивации выбирает задачу, при которой легче достичь эффективных результатов обучения.

В процессе осуществления КП проводятся групповые занятия, в группу входят 6—7 человек. Занятия всегда проводит *один* человек-кондуктор, владеющий основными знаниями по широкому кругу проблем, таких, как медицина, педагогика, психологические методы воздействия, лечебная гимнастика, речевая терапия и др.

Обучение пациента кондуктором ведется в процессе повседневной жизни. Обучаются дети в том же помещении, в котором живут. В итоге обучение фактически оказывается

частью жизни ребенка. Очень важно, чтобы в ходе проведения занятий господствовала атмосфера теплого общения, чтобы спокойный тон кондуктора располагал ребенка к занятиям. Во время занятия кондуктор никогда не делает замечаний конкретному ребенку, обращаясь только к группе. В ходе занятия осваиваются различные виды деятельности: вставание, умывание, одевание, еда и пр., а также рисование, письмо, счет. Ребенку не дают команды, не говорят: «Пройди комнату до конца!», а дают задание, маскирующее команду: «Брось, пожалуйста, бумагу в корзину». Действие при его выполнении сопровождается словами «я иду», «я сажусь» с певучим приговариванием. Движение подкрепляют словом, музыкальным сопровождением. Авторы методики придают этим элементам первостепенное значение в терапии, исходя из того, что все это способствует эффективному закреплению движения.

По данным авторов методики и их последователей в Институте Пето, эффективность метода высока. Положительный эффект колеблется от 90% до 100%. Наименьший эффект наблюдается при спастической диплегии. Важным показателем активности лечения является процент детей, переходящих после курса лечения в обычную школу и обычные дошкольные учреждения. Показано, что в среднем 70% детей поступают в обычные детские учреждения, при этом среди детей 3—5 лет этот процент составляет 80—85, а среди детей 14 лет и старше — 50—65%.

*Мировые Центры по изучению ДЦП применяют комплекс различных мер профилактики, диагностики коррекции и реабилитации детей с ДЦП. Всемирно известны Центры:*

- Центр изучения спастики (Сидней, Австралия);
- Центр по изучению церебрального паралича (Сидней, Австралия);
- Центральная подростковая клиника Ньюкомена (Лондон, Англия);
- Институт по изучению методики кондуктивной педагогики (Бирмингем, Англия);

- Клиника по лечению церебрального паралича (Северная Каролина, США);
- Национальный Институт здоровья детей и развития человека (США);
- Американская национальная академия по исследованию церебрального паралича и развития ребенка (Луисвилл, Кентукки, США);
- Центр ментальной ретардации и отклонений в развитии (Штат Нью-Йорк, США);
- Институт Пето по изучению двигательной дисфункции (Будапешт, Венгрия).

Следует отметить, что центры реабилитации больных с ДЦП организованы практически во всех странах, что подтверждает действительно глобальный характер этой проблемы.

### **Использование технических вспомогательных средств**

Социальная интеграция предполагает участие лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности в повседневной жизни общества. Для лиц с нарушением опорно-двигательных функций важное значение для участия в различных аспектах жизни представляет применение разных вспомогательных средств и новых технологий.

*В мире насчитывается более 5000 вспомогательных средств для больных церебральным параличом, которые можно классифицировать следующим образом:*

- *средства передвижения:* кресло-каталка (с ручным или электрическим приводом); кресло-каталка-кровать; трехколесный велосипед (с мотором или без него); автомобиль, приспособленный для инвалида (управление, подъемник для посадки) и др;
- *приспособления для жилья и мебель:* приспособления для дверей (автоматическое открывание), для лестницы (площадка-подъемник); для туалета (стульчак, ручки и перила, подъемник для ванны);



- *приготовление и прием пищи*: кухонные приборы, вспомогательные средства для приготовления еды, подачи блюд, мытья посуды, специальные столовые приборы и посуда, приспособления для совершения покупок;
- *личная гигиена*: приспособления, помогающие мыться, чистить зубы, ходить в туалет;
- *общение* (средства, помогающие разговаривать, писать, читать, говорить по телефону); приборы коммуникации (компьютерные или нет), устройства для чтения, телефон с увеличенными кнопками, который не нужно держать руками;
- *компьютеры и программное обеспечение*: альтернативные способы загрузки и вывода данных;
- *одежда* (в том числе защитная);
- *уход и терапия*: подъемники, велотренажеры, коврики;
- *спорт, хобби, игры*: спортивные кресло-каталка, электронные игры;
- *управление приборами и предметами*: переключатели, специальные ручки и перила.

Перечисление вспомогательных средств и новых технологий не решает проблемы улучшения жизнедеятельности и социальной интеграции лиц с ограниченными двигательными возможностями, хотя и делают таких людей более независимыми. Человек может жить в доме, наполненном устройствами и приспособлениями, иметь электронное кресло-каталку, компьютер для работы дома, но означает ли это интеграцию?

Если сам человек не заинтересован или у него недостаточно воли стать частью общества и использовать для этого имеющиеся вспомогательные устройства, если общество с его структурой и моралью не дает такой возможности, изоляция берет верх над интеграцией.

## § 2. Принципы психокоррекции ребенка

Психологическая коррекция является одним из важных звеньев в системе комплексной реабилитации детей

с церебральным параличом при различной степени тяжести интеллектуального и физического дефекта.

В патопсихологии и в специальной психологии психокоррекция рассматривается как *способ психологического воздействия, направленный на коррекцию отклонений в психическом развитии ребенка*.

В процессе психологической коррекции нарушений детей с ДЦП необходимо учитывать сложную структуру особенностей развития ребенка, характер сочетания в картине его состояния таких факторов, как социальная ситуация развития, выраженность обусловленных заболеванием изменений личности, степень физической беспомощности.

Психологическую коррекцию можно рассматривать в широком и узком смысле этого понятия.

В широком смысле *психологическая коррекция — это комплекс медико-психолого-педагогических воздействий, направленных на устранение имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств*.

В узком смысле *психологическая коррекция рассматривается как метод психологического воздействия, направленный на оптимизацию развития психических процессов и функций и на гармонизацию развития личностных свойств*.

Б.Д. Эльконин (1980) в зависимости от характера направленности коррекции выделяет две ее формы; симптоматику, направленную на симптомы отклонений в развитии, и коррекцию, направленную на источник и причины отклонений в развитии. Симптоматическая коррекция, безусловно, не лишена существенных недостатков, так как симптомы отклонений в развитии имеют различные причины и вследствие этого различна психологическая структура нарушений в развитии ребенка. Например, у ребенка с ДЦП наблюдается недоразвитие счетных операций. С помощью специальных педагогических методов можно помочь ребенку усвоить порядковый счет, состав числа и пр. Однако, несмотря на интенсивные занятия, у ребенка по-прежнему отмечаются существенные трудности в усвоении математики. Такой способ коррекции является недостаточным, если мы

не знаем истинную причину, порождающую нарушения счета у детей с ДЦП. В основе нарушений счетных операций у детей с ДЦП лежит недоразвитие пространственных представлений, что обусловлено церебрально-органической недостаточностью теменно-затылочных отделов мозга. Поэтому психологическая коррекция должна быть больше сконцентрирована не на внешних проявлениях отклонений в развитии, а на действительных источниках, порождающих эти отклонения. Для эффективности психокоррекции необходимы занятия по развитию зрительно-пространственных функций ребенка с ДЦП.

Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от анализа психологической структуры нарушения и его причин.

Сложность и своеобразие нарушений развития ребенка требуют тщательного методологического подхода к его анализу и психокоррекционным воздействиям. Разработка принципов, как основополагающих, отправных идей, чрезвычайно важна в теории и практике психологической коррекции.

Важным принципом психологической коррекции является **принцип комплексности**. Согласно этому принципу психологическую коррекцию можно рассматривать как единый комплекс медико-психолого-педагогических воздействий. Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от учета клинических и педагогических факторов в развитии ребенка. Например, коммуникативные тренинги, которые использует психолог в клинике с целью оптимизации процесса общения ребенка, не будут эффективны, если психолог не учитывает клинические факторы и ту социальную среду (медперсонал, педагоги, родители), в которой находится ребенок.

Второй принцип психологической коррекции — **личностный подход**. Это подход к ребенку как целостной личности с учетом всей ее сложности и индивидуальных особенностей. В процессе психологической коррекции мы учитываем не какую-то отдельную функцию или изолированное психическое явление у человека, а личность в целом. К сожалению, этот принцип не всегда учитывается в процессе групповых

тренингов, психорегулирующих тренировок. При использовании разнообразных приемов психокоррекционных воздействий психолог не должен оперировать такими понятиями, как обобщенная норма (возрастная, половая, нозологическая). В процессе психологической коррекции мы ориентируемся не на один какой-то параметр, а на личность в целом.

Третий принцип — **деятельностный подход**. Личность проявляется и формируется в процессе деятельности. Соблюдение этого принципа чрезвычайно важно в процессе психологической коррекции детей и подростков. Психокоррекционная работа должна строиться не как простая тренировка умений и навыков ребенка, не как отдельные упражнения по совершенствованию психической деятельности, а как целостная осмысленная деятельность, органически вписывающаяся в систему повседневных жизненных отношений ребенка. Психокоррекционный процесс должен проводиться с учетом основного, ведущего вида деятельности ребенка. Если это дошкольник — то в контексте игровой деятельности, если школьник — то в учебной деятельности. Однако, учитывая специфику и задачи психокоррекционного процесса, следует ориентироваться не только на ведущий тип деятельности ребенка, но и на тот вид деятельности, который является личностно значимым для ребенка и подростка. Особенно это важно при коррекции эмоциональных нарушений у детей. Эффективность коррекционного процесса в значительной степени зависит от использования продуктивных видов деятельности ребенка (например, рисование, конструирование и др.).

Четвертый принцип психологической коррекции — это **единство диагностики и коррекции**. Задачи коррекционной работы могут быть правильно поставлены лишь на основе полной психологической диагностики не только зоны актуального, но и зоны ближайшего развития ребенка. Схема и подбор диагностических и психокоррекционных методов и методик должны соответствовать нозологии заболевания ребенка, особенностям его возрастных характеристик, физических возможностей, специфике ведущей деятельности, характерной для каждого возрастного периода. Процессы психологической диагностики и коррекции являются

взаимодополняющими процессами, не исключаящими друг друга. В самом процессе психологической коррекции заложен огромный диагностический потенциал. Например, ни при каком психологическом тестировании так не раскрываются коммуникативные способности личности, как в процессе групповых психокоррекционных занятий. Или психогенные переживания ребенка с наибольшей глубиной отражаются в процессе игровой психокоррекции. Процесс психологической диагностики содержит в себе коррекционные возможности, особенно при использовании обучающего эксперимента.

Пятый принцип психологической коррекции — *иерархический*. Он базируется на положении Л.С. Выготского о ведущей роли обучения в психическом развитии ребенка. Реализация этого принципа означает целенаправленное формирование психологических новообразований, требует максимальной активности ребенка и носит опережающий характер, так как коррекция направлена не на актуальную зону, а на зону ближайшего развития ребенка. Например, для коррекции мнестических функций у ребенка необходимо развивать мыслительные операции: анализ, синтез, обобщение. Обучение ребенка использованию мыслительных операций в процессе запоминания материала повысит эффективность запоминания в большей степени, чем простые тренировки памяти.

Шестой принцип — *каузальный*. Реализация этого принципа в психокоррекционной работе направлена на устранение причин и источников отклонений в психическом развитии ребенка. Например, первопричиной эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с ДЦП могут быть как социальные факторы, так и биологические, а нередко сочетание обоих факторов. В зависимости от первопричины разрабатывается стратегия психокоррекции. Если причиной эмоционального неблагополучия ребенка являются семейные конфликты, неадекватные стили семейного воспитания больного ребенка, то психокоррекционный процесс должен быть направлен на нормализацию семейных отношений. Если причиной эмоциональных нарушений является резидуально-органическая недостаточность ЦНС, то главным звеном

психологической коррекции должно быть снижение эмоционального дискомфорта ребенка специальными методами психорегулирующих тренировок на фоне медикаментозной терапии.

Седьмой принцип психокоррекции — *временной*, так как важно раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции. В последние годы широко внедрена в практику ранняя диагностика ДЦП. Несмотря на то, что уже в первые месяцы жизни можно выявить патологию речевого развития и нарушения ориентировочно-познавательной деятельности, коррекционная работа с детьми нередко начинается после 3—4 лет. В этом случае работа чаще всего направлена на исправление уже сложившихся дефектов речи и психики, а не на их предупреждение. Раннее выявление патологии доречевого и раннего речевого развития и своевременное коррекционное педагогическое воздействие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые нарушения у детей с церебральным параличом в старшем возрасте. Необходимость ранней коррекционной работы при ДЦП вытекает из особенностей детского мозга — его пластичности и универсальной способности к компенсации нарушенных функций, а также в связи с тем, что наиболее оптимальными сроками созревания речевой функциональной системы являются первые три года жизни ребенка. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок.

*Основные направления психокоррекционной работы при ДЦП в раннем и дошкольном возрасте:*

- развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими;
- стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, кинестетического восприятия и стереогноза), формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений;



- развитие предпосылок к интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, воображения);
- развитие зрительно-моторной координации и функциональных возможностей кисти и пальцев; подготовка к овладению письмом.

Восьмой принцип — *единство коррекционной работы с ребенком и его окружением*, прежде всего с родителями. В силу огромной роли семьи, ближайшего окружения в процессе становления личности ребенка необходима такая организация социума, которая могла бы максимально стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Родители — основные участники психолого-педагогической помощи при ДЦП, особенно если ребенок по тем или иным причинам не посещает учебное учреждение.

Для создания благоприятных условий воспитания в семье необходимо знать особенности развития ребенка, его возможности и перспективы развития, организовать целенаправленные коррекционные занятия, сформировать адекватную самооценку, развить необходимые в жизни волевые качества. Для этого важно активное включение ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность, стремление к тому, чтобы ребенок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду). В результате у него появляются интерес к труду, чувство радости, что он может быть полезен, уверенность в своих силах. Часто родители, желая избавить ребенка от трудностей, постоянно опекают его, оберегают от всего, что может огорчить, не дают ничего делать самостоятельно. Такое воспитание по типу гиперопеки приводит к пассивности, отказу от деятельности. Доброе, терпеливое отношение близких должно сочетаться с определенной требовательностью к ребенку. Нужно постепенно развивать правильное отношение к своему состоянию и возможностям. Родители не должны стыдиться своего ребенка. Тогда и он сам не будет стыдиться своей болезни, уходить в себя, в свое одиночество.

### § 3. Психологическая коррекция познавательных процессов

Сложная структура интеллектуального дефекта у детей с церебральным параличом требует дифференцированного подхода к психологической коррекции. При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать форму, степень тяжести и специфику нарушения психических функций. Диапазон интеллектуальных нарушений при ДЦП чрезвычайно велик; от нормального уровня психического развития до тяжелых степеней умственной отсталости.

Для детей с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием характерно раннее время поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичный дефект при этой форме патологии развития — недоразвитие высших форм мыслительной деятельности (абстрактного мышления).

Как показано выше, у больных с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием наблюдаются нарушения сенсорно-перцептивных процессов, что проявляется в недоразвитии константности и предметности восприятия, в замедленном темпе узнавания предметов, в трудностях обобщения сенсорных сигналов.

<i>Основные задачи коррекции</i>	<i>задачи сенсорных</i>	<i>психологической процессов:</i>
----------------------------------	-------------------------	-----------------------------------

- |  |  |  |
|--|--|--|
| — обучение детей усвоению сенсорных эталонов и формирование перцептивных операций; |  |  |
| — развитие константности, предметности и обобщенности восприятия;                  |  |  |
| — развитие скорости восприятия объектов.   |  |  |

Сам процесс коррекции должен проходить в процессе обучения детей продуктивным видам деятельности: конструированию, рисованию, лепке, аппликации. Особое внимание уделяется формированию конструктивной деятельности.

Конструктивная деятельность является сложным познавательным процессом, в результате которого совершенствуется восприятие формы, величины предметов и их пространственных соотношений.

**А.Р. Лурия (1948)** провел психологический анализ развития конструктивной деятельности дошкольников. В отличие от обычно применяемых в дошкольной педагогике, конструктивных игр, где ребенок точно копирует образец, автор предложил конструирование с нерасчлененных образцов, где перед ребенком стояла задача мысленного анализа элементов, из которых состоит предложенная модель.

Однотельные близнецы были разделены на две группы. Одна группа обучалась конструированию по традиционной методике, а вторая группа (их сестры и братья) обучалась конструированию с нерасчлененных образцов (готовые постройки были заклеены белым плотным картоном).

Сравнительный анализ результатов исследования показал, что предложенный метод конструирования по моделям радикально изменяет развитие конструктивной деятельности ребенка, положительно сказывается на развитии сенсорно-перцептивных и мыслительных процессов. Обучение конструированию по моделям существенно повлияло на умственное развитие детей, на развитие зрительно-пространственного анализа и синтеза.

*Занятия с детьми по конструктивному моделированию с использованием методики А.Р. Лурия предполагают решение следующих задач (табл. 2):*

- обучение детей самостоятельным способам обследования образцов;^
- обучение самостоятельным способам решения конструктивных задач;
- обучение словесному анализу пространственных положений деталей конструкции;
- обучение самостоятельному поиску допущенных ошибок.

Таблица 2

## Содержание обучения детей конструктивному моделированию

Этапы	Программа	Задания
1. Подготовительный	Знакомство детей со строительным материалом. Обучение простым конструктивным действиям. Обучение планомерному обследованию образцов и деталей. Обучение словесному обозначению пространственных отношений предметов (рядом, на, над, под, около и т. п.)	Конструирование «башни» из трех-пяти кубиков разного цвета. Конструирование «дорожки» из кирпичиков разного цвета. Конструирование «забора» из кирпичиков разного цвета (вертикальное расположение деталей). Конструирование фигур из одинаковых по величине и форме блоков в вертикальном и горизонтальном направлениях
2. Модельное конструирование	Обучение детей планомерно рассматриванию образцов-моделей и выделению их существенных компонентов. Обучение эффективным способам конструирования с использованием развернутых действий с деталями в виде прикладывания, приставления, примеривания. Обучение использованию пространственных и метрических признаков предметов. Обогащение словаря специальной пространственной терминологией (квадрат, круг, треугольник и пр.)	Конструирование объемных образцов-моделей из деталей одинаковой величины и формы (модель заклеена белой плотной бумагой). Конструирование объемных построек из деталей разной величины и формы. Конструирование плоскостных моделей из деталей, одинаковой величины и формы. Конструирование плоскостных моделей из деталей разной формы и величины
3. Конструирование с нерасчлененных образцов-рисунков (объемных)	Обучение детей рассматриванию образцов-рисунков, выделение их существенных элементов. Обучение детей называнию пространственных отношений. Обучение детей правильному воспроизведению в постройках пропорциональных отношений деталей	Конструирование построек в вертикальном, горизонтальном направлениях с различными деталями по величине и форме

Окончание табл. 2

Этапы	Программа	Задания
4. Конструирование с символических рисунков	Обучение детей воспроизведению в постройках пропорций, количества и величины деталей	Конструирование построек с символического рисунка с учетом количества деталей, формы и величины

Параллельно с обучением конструированию проводят обучение рисованию в четыре этапа.

На *первом этапе* дети обучаются элементарным графическим движениям в вертикальном и горизонтальном направлениях.

На *втором этапе* — обучение произвольному управлению графическими движениями с помощью рисования по трафаретам.

На *третьем этапе* — рисование после предварительного конструирования предметов из готовых форм.

На *четвертом* (последнем этапе) — изображение предметов с натуры.

Память детей с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием отличается недостаточностью объема запоминания, трудностями приема, хранения и воспроизведения информации. Невозможность опосредованного запоминания обусловлена трудностями смысловой организации запоминаемого материала.

#### *Направления психокоррекции памяти:*

- увеличение объема памяти в зрительной, слуховой и осязательной модальностях;
- развитие приемов ассоциативного и опосредованного запоминания предметов в процессе игровой деятельности.

Недоразвитие мышления является ядерным признаком у детей с данной формой дизонтогенеза. Их мышление отличается конкретностью, невозможностью образования

понятий, трудностями переноса и обобщения. Развитие мышления у них непосредственно связано с развитием деятельности и восприятия. Важным направлением психокоррекции является развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

#### *Психологическая коррекция мышления решает следующие задачи:*

- обучение детей многообразным предметно-практическим манипуляциям с предметами различной формы, величины, цвета;
- обучение использованию вспомогательных предметов (орудийные действия);
- формирование наглядно-образного мышления в процессе конструктивной и изобразительной деятельности.

Процесс психокоррекции должен проходить в ходе того вида деятельности, который доступен ребенку с интеллектуальной недостаточностью. Если у ребенка не сформирована игровая деятельность, то психокоррекцию необходимо проводить в контексте предметно-практической деятельности, доступной ребенку. При этом важен тесный контакт психолога со специальным педагогом, логопедом, воспитателем и родителями. Психолог в процессе коррекции должен ориентироваться не только на уровень актуального развития ребенка, но и на его потенциальные возможности.

У детей с церебральным параличом наблюдаются варианты задержанного развития. Для них характерно недоразвитие мышления, а именно: внимания, памяти, пространственного гнозиса. При психологической коррекции познавательных процессов и личности у этих детей следует учитывать форму и степень задержки психического развития.

Для удобства анализа нарушения познавательной деятельности у детей с ЗПР при церебральном параличе целесообразно выделить три ее основных блока: *мотивационный, операционно-регуляторный* и *блок контроля* (табл. 3).



Таблица 3

**Направления и задачи психологической коррекции детей  
с задержкой психического развития при ДЦП**

Наименование и содержание блока	Психокоррекционные задачи и приемы	Формы дизонтогенеза
<p><b>Мотивационный.</b> Неумение ребенка выделиться, осознать и принять цели действия</p>	<p>Формирование познавательных мотивов: — создание проблемных учебных ситуаций; — стимулирование активности ребенка на занятии; — анализ типа семейного воспитания (при доминантном типе снижается познавательная активность у ребенка) <i>Приемы:</i> — создание игровых учебных ситуаций; — дидактические и развивающие игры</p>	<p>Задержанное развитие (дети с двигательными нарушениями), обусловленное социально-педагогической запущенностью</p>
<p><b>Операционно-регуляторный.</b> Неумение планировать свою деятельность по времени и содержанию</p>	<p>Обучение ребенка планированию деятельности во времени. Предварительная организация ориентировки ребенка в задании. Предварительный анализ с ребенком используемых средств деятельности <i>Прием:</i> обучение ребенка продуктивным видам деятельности (конструирование, рисование, лепка, моделирование)</p>	<p>Повреждено развитие (дети с ревматоидным артритом). Задержка психического развития при ДЦП (диплегическая и гемипаретическая формы)</p>
<p><b>Блок контроля.</b> Неумение ребенка контролировать свои действия и вносить необходимые коррективы</p>	<p>Обучение контролю по результатам деятельности. Обучение контролю по способу деятельности. Обучение контролю по ходу выполнения деятельности. <i>Приемы:</i> — дидактические игры и упражнения на внимание, память, наблюдательность; • — обучение конструированию и рисованию по моделям</p>	<p>Задержанное развитие у детей с вялыми параличами и детей с ДЦП. Поврежденное психическое развитие детей с ревматоидным артритом</p>

Психокоррекционные занятия с детьми по развитию познавательных процессов могут проводиться как индивидуально, так и в группе. Важным является единство требований к ребенку со стороны педагога, психолога и других специалистов, особенно при коррекции способности контролировать свои действия. Это успешно достигается при соблюдении режима дня, четкой организации повседневной жизни ребенка, исключении возможности незавершения начатых ребенком действий.

#### **§ 4. Психологическая коррекция эмоциональных нарушений**

Спектр эмоциональных нарушений у детей и подростков с различными формами ДЦП чрезвычайно велик. Это могут быть тяжелые неврозоподобные нарушения и психопатоподобные нарушения на фоне органического поражения ЦНС, которые нередко встречаются при спастической диплегии и гемипаретической формах. Также у детей и подростков с ДЦП могут наблюдаться эмоциональные расстройства в связи с наличием физического дефекта, воспитанием по типу гиперопеки или ранней социальной и психической депривацией.

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей — это *организованная система психологических воздействий*. Основным ее направлением является смягчение эмоционального дискомфорта у детей, повышение активности и самостоятельности детей, устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, таких, как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др. Важным этапом работы с этими детьми является коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

Психологическая диагностика эмоциональных расстройств у детей с ДЦП требует тщательного дифференцированного подхода к этой проблеме. Перед психологом стоит задача диагностики направленности конфликта у ребенка.

Традиционно выделяют три вида направленности конфликта у детей: конфликт *в рамках межличностных отношений, интрапсихический конфликт* (внутриличностный) и *смешанный конфликт*.

Дети, у которых эмоциональные проблемы проявляются в рамках *межличностных* отношений, отличаются повышенной возбудимостью, что выражается в бурных аффективных вспышках в процессе общения, особенно со сверстниками. Негативные эмоциональные реакции у этих детей могут возникнуть по любому незначительному поводу. Чаще всего, межличностные конфликты наблюдаются у детей с различными формами ДЦП, обусловлены не столько тяжестью церебрально-органического дефекта, сколько особенностями воспитания ребенка.

У детей с *внутриличностной* направленностью конфликта в поведении прослеживается повышенная тормозимость, слабо отраженная общительность. Эти дети глубоко переживают обиду, у большинства из них возникают стойкие неврозоподобные реакции (энурез, страхи и пр.). Эти явления достаточно часто встречаются у детей с ДЦП, но в отличие от детей с неврозами они обусловлены не только наличием психогенных переживаний, но и церебрально-органической недостаточностью мозга.

Дети с внутриличностными и межличностными конфликтами (*смешанный тип*) отличаются агрессивностью, импульсивностью. У подавляющего большинства детей с церебральным параличом имеется именно такой тип направленности конфликта.

Успешность диагностики конфликта зависит от способности психолога анализировать эмоциональные проявления ребенка. Прежде всего это достигается в процессе наблюдения за игрой ребенка, беседы с родителями и педагогами. Рекомендуется использование психологических методик для уточнения полученных в процессе наблюдения и беседы данных. Экспериментально-психологическое обследование детей необходимо проводить как индивидуально, так и в присутствии родителей. Перед психологом стоит важная задача диагностировать родительскую позицию по отношению к ребенку, проанализировать родительские установки и сти-

ли воспитания, оценить психологический климат в семье. Наибольшую информацию психологу может дать совместная игра родителей с детьми, разыгрывание семейных ситуаций с обменом ролями (родители участвуют в роли детей, а дети — родителей). Игровые методы в системе диагностики стилей и методов семейного воспитания детей с ДЦП имеют большое значение. Процесс диагностики продолжается и на других этапах психокоррекционного комплекса, так как одним из определяющих принципов психологической коррекции, как выше было отмечено, является единство диагностики и коррекции.

Особое место занимает *содержательный анализ психической травмы* ребенка. Психические травмы — это внешние раздражители, оказывающие патогенное, болезненное воздействие на ребенка. Они могут быть двух видов — ситуационные и пролонгированные.

К ситуационным психическим травмам относится неожиданный испуг ребенка, острый межличностный конфликт в семье ребенка или в школе. Например, нередко острые психические травмы у детей с ДЦП приводят к страху самостоятельного передвижения. Например, мальчик с ДЦП со спастической диплегией в возрасте 6 лет начал самостоятельно передвигаться и в момент его ходьбы был напуган собакой, после чего появился страх самостоятельной ходьбы, который длился в течение пяти лет. После направленной психологической коррекции стал передвигаться самостоятельно. Наибольшее патогенное влияние на личность ребенка с ДЦП оказывают не острые психические травмы, а пролонгированные (хронические). Пролонгированной психотравмирующей ситуацией является их физическая беспомощность вследствие двигательной недостаточности, вынужденная изоляция в связи с инвалидизацией, частая госпитализация. Следует подчеркнуть, что патогенное влияние оказывает не столько сама тяжесть физического дефекта, сколько его значимость для ребенка и родителей.

Эмоциональное неблагополучие у детей с ДЦП может быть обусловлено органическими патохарактерологическими особенностями. У подавляющего большинства детей с раннего возраста отчетливо проявляются повышенная раздражитель-

ность, тревожное беспокойство, капризность, негативизм. Все это благоприятный фон для формирования таких личностных характеристик, как противоречивость, сенситивность, наивность, эгоцентризм, импрессивность. Важными факторами, предрасполагающими ребенка с ДЦП к эмоциональному неблагополучию, служат неадекватные родительские установки и дисгармоничный стиль семейного воспитания. Преобладают стили семейного воспитания детей — гиперопека и гиперпротекция, что проявляется в излишней концентрации родителей на проблемах ребенка. Патогенное влияние на стиль воспитания оказывает наличие у родителей, особенно матерей чувства вины за рождение больного ребенка. Это в значительной степени дизгармонизирует личность детей с ДЦП, формирует у них инактивность и зависимость.

Методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей целесообразно разделить на две группы: основные и специальные.

К *основным* Методам относятся: игротерапия, арттерапия, психоанализ, метод десенсибилизации, аутогенная тренировка, поведенческий тренинг.

*Специальные* методы включают тактические и технические приемы психокоррекции, направленные на устранение имеющегося дефекта с учетом индивидуально-психологических факторов.

Эти две группы методов взаимосвязаны друг с другом. При подборе методов психокоррекции эмоциональных нарушений необходимо исходить из специфической направленности конфликта, определяющего эмоциональное неблагополучие ребенка: при внутриличностном конфликте целесообразно использовать игровые методы психокоррекции, психоаналитические методы, методы семейной психокоррекции; при преобладании межличностных конфликтов используются групповая психокоррекция, направленная на оптимизацию межличностных отношений, психорегулирующие тренировки с целью развития навыков самоконтроля поведения и смягчения эмоционального напряжения. Кроме того, необходимо учитывать и степень тяжести эмоционального неблагополучия ребенка.

Особое значение в психокоррекции эмоциональных нарушений детей с ДЦП имеют *игровые методы*.

Игра — это наиболее естественная форма жизнедеятельности ребенка. В процессе игры формируется активное взаимодействие ребенка с окружающим миром, развиваются его интеллектуальные, эмоционально-волевые, нравственные качества, формируется личность в целом. Существенным психологическим признаком игры является одновременное переживание человеком условности и реальности создавшейся ситуации. В условных обстоятельствах, создаваемых определенными правилами, игра позволяет человеку переживать удачи, успех, раскрывать свои физические и психические возможности. Эти свойства игры как деятельности отражают ее богатый психокоррекционный потенциал.

В середине 1920-х гг. З. Фрейд и М. Кляйн впервые обратились к использованию игры как метода психотерапии детей. Авторами были предложены две формы игровой терапии: *направленная* и *ненаправленная*. Первая из них предполагает активное участие психолога в игре ребенка, где он организует и интерпретирует деятельность ребенка. Вторая форма проходит *в форме свободной игры* ребенка, что способствует большему самовыражению, достижению эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

Зарубежные исследователи разработали огромное количество методов недирективной игротерапии. Например, широко используются игры с песком и водой с целью коррекции эмоционального дискомфорта ребенка.

Недирективная игровая коррекция одновременно решает три основные задачи: 1) способствует развитию самовыражения ребенка; 2) корректирует имеющийся у ребенка эмоциональный дискомфорт; 3) формирует саморегулирующие процессы.

В процессе такой коррекции психолог устанавливает с ребенком эмпатическое общение, эмоционально сопереживает с ним, вводит определенные ограничения в игру. Введение ограничений в игру ребенка является главным условием достижения коррекционного успеха. При этом важная роль принадлежит технике формулирования запретов и ограничений.



В направленной (директивной) игровой психокоррекции психолог является центральным звеном, его функции заключаются в организации игры, в анализе ее символического значения. Различают два вида такой коррекции: сюжетно-ролевые игры и игры-драматизации.

**Сюжетно-ролевые игры** направлены на коррекцию самооценки ребенка, на формирование у него позитивных отношений со сверстниками и взрослыми. Перед началом игры необходимо разработать специальные сюжеты, в которых перед ребенком возникали бы различные конфликтные ситуации, близкие ему по значению, выбрать игровой материал, сформировать группу. В процессе игры психолог фиксирует эмоциональные проявления ребенка. Способность ребенка войти в роль, уподобление разыгрываемому образу — это важное условие для коррекции эмоционального дискомфорта ребенка и его внутриличностных конфликтов.

Сюжетно-ролевые игры рекомендуется проводить совместно с родителями ребенка. Психолог предварительно вместе с родителями обсуждает конфликтную ситуацию, характерную для данной семьи. В игровой ситуации рекомендуется меняться ролями. Например, мать выступает в роли ребенка, а ребенок — в роли матери. Использование этого метода психологической коррекции вызывает у детей широкий диапазон положительных эмоций — от спокойно-удовлетворенного состояния до состояния эмоционального вдохновения. Однако эффективность проведения сюжетно-ролевых игр в значительной степени зависит от интеллектуальных и физических возможностей ребенка, его социального опыта, от особенностей его представлений о людях, их чувствах и взаимоотношениях.

Игровую психокоррекцию в форме сюжетно-ролевой игры рекомендуется использовать для детей с ДЦП в случаях потенциально сохранного интеллекта, а также с выраженными межличностными конфликтами и нарушением поведения. Целесообразно предложить детям не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование нового опыта в стрессовых условиях, например, на этапах послеоперационного лечения, в ситуации вынужденного общения и пр.

Для детей с ограниченным вследствие физической и психической неполноценности социальным опытом используются **игры-драматизации** на темы знакомых им сказок. Основной целью игр-драматизаций является коррекция эмоциональной сферы ребенка. Проведению игры-драматизации должна предшествовать подготовительная работа с ребенком. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок должен создать образ персонажа и уподобиться ему. Способность ребенка войти в роль и уподобляться образу — это важное условие, необходимое для коррекции не только эмоционального дискомфорта, но и негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества личности дети переносят на игровой образ, надевая персонажи собственными отрицательными эмоциями и чертами характера.

**Групповые методы** психокоррекции широко используют психологи и психотерапевты при коррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков. Рассматривая психокоррекционный процесс как систему, **А.С. Спиваковская (1988)** выделяет четыре блока: *диагностический, установочный, коррекционный и оценочный*. Основная цель диагностического блока — изучение индивидуальных особенностей ребенка, анализ факторов, приводящих к эмоциональному неблагополучию ребенка. Главная цель установочного блока — это формирование положительной установки ребенка и его родителей на занятия. Целью коррекционного блока является гармонизация процесса развития личности ребенка с эмоциональным неблагополучием. При оценке эффективности психологической коррекции (оценочный блок) анализируют отчеты родителей о поведении детей в начале и после занятий. Оценивают также поведенческие и эмоциональные реакции ребенка с помощью метода наблюдения, анализа продуктов деятельности ребенка до занятий и после.

В процессе психокоррекции детей с ДЦП в форме групповых занятий особое внимание следует уделять положительной установке родителей и детей на процесс занятий. С этой целью используются разнообразные психотехнические приемы: организация веселой, эмоционально насыщенной игры с детьми с привлечением родителей, организация встречи родителей, дети которых успешно закончили курс психокоррекции, с начинающими. Особое значение для установочного этапа имеет место, где проводятся занятия. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение с мягким освещением, со специальными креслами и приспособлениями для ходьбы детей, условия, где ребенок чувствует себя безопасно.

В процессе групповой психокоррекции каждый участник моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него типы эмоционального реагирования, реализует конкретные эмоциональные установки и отношения. В атмосфере откровенности и доверия ребенок свободно раскрывает свои эмоциональные проблемы, получает эмоциональную поддержку, модифицирует эмоциональные отношения и переживания, способы реагирования.

С учетом сложной структуры эмоциональных расстройств у детей с ДЦП можно выделить четыре основные фазы процесса групповой психокоррекции (см. табл. 4).

Важное значение в коррекции эмоциональных расстройств у детей с ДЦП имеет *психорегулирующая тренировка*. Основные цели этих занятий: смягчение эмоционального дискомфорта, формирование приемов релаксации, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения. Занятия проводятся поэтапно с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка, через день с небольшой (до пяти человек) группой детей.

I этап — успокаивающий, в процессе которого используется *вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения*. Детям предлагают зрительно-музыкальные стимулы, направленные на снятие тревожности и создание позитивных установок на последую-

Таблица 4

Групповая психокоррекция детей с церебральным параличом

Фаза	Задачи	Психотехнические приемы	Субъект психокоррекции
1. Установочная	Образование группы как целого. Формирование положительного настроения на занятие. Диагностика поведения и особенностей общения	Спонтанные игры. Игры на невербальную коммуникацию. Коммуникативные игры	Для детей со спастической диплегией и с гемипарезами не более пяти человек. Дети с гиперкинезами не больше трех человек
2. Подготовительная	Структурирование группы. Формирование активности и самостоятельности. Формирование эмоциональной поддержки у членов группы	Сюжетно-ролевые игры. Игры-драматизации для снятия эмоционального напряжения	Для детей с ДЦП и сниженным интеллектом игры-драматизации, с сохранением интеллектом — сюжетно-ролевые игры
3. Реконструктивная	Коррекция неадекватных эмоциональных реакций. Эмоциональное реагирование и вытеснение негативных переживаний. Обучение самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования	Разыгрывание детьми конкретных жизненных проблемных ситуаций	Для детей с ДЦП возможно привлечение родителей
4. Закрепляющая	Закрепление адекватных форм эмоционального реагирования на конфликт. Формирование адекватного отношения к себе и окружающим	Специальные сюжетно-ролевые игры, предложенные детьми	Детям с ДЦП необходима помощь психолога в выборе игры. Рекомендуется включать в игру родителей и здоровых сверстников

шие занятия. Чем младше ребенок, тем в меньшей степени он осознает свой физический дефект и тем сложнее поддерживать у него интерес к упражнениям. Важным принципом психорегулирующей тренировки является создание игровой ситуации в процессе занятий (например, занятия вместе с куклой, игра в сказку и т. п.).

У детей более старшего возраста, особенно подросткового, на первый план выступает стимулирование потребности быть самостоятельным, волевым, здоровым. Психолог рассказывает детям о значении психорегулирующей тренировки, о ее применении в спорте, в космонавтике, в профессиях, связанных с высоким нервно-психическим напряжением.

Следующий важный принцип — это создание эмоционально-волевого настроя к занятиям. Больной или группа больных располагаются в кресле или на диване в зависимости от физического состояния. Психолог предлагает закрыть глаза и сосредоточиться на прослушивании музыкального произведения. Следует подбирать аудиозаписи, оказывающие положительное эмоциональное воздействие на слушателя и дающие успокаивающий эффект. Это, например, произведения Чайковского, Рахманинова, Баха, Бетховена. Каждому музыкальному произведению и темпу его исполнения соответствуют определенные субъективные переживания и ассоциации. Сеанс длится 25—30 минут. Задача первого этапа считается выполненной, если ребенок проявляет интерес к занятию и расслабляется. На фоне музыки ребенку предлагают упражнения на общее успокоение с традиционными формулами (например: «Я совершенно спокоен, меня ничто не тревожит. Мышцы моего тела все больше и больше расслабляются»). Больному предлагают запомнить формулы и использовать их перед засыпанием.

II этап — обучающий, целью которого является обучение детей релаксирующим упражнениям. Используют упражнения на вызывание тепла, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений. После того как ребенок, находясь в удобной позе, расслабился и успокоился с помощью приемов, усвоенных на первом этапе занятий, ему предлагается сосредоточить свое внимание на руках и ногах. Некоторые авторы рекомендуют начинать тренировку с мышц

рук, в которых легче вызвать ощущение расслабленности и тепла. Каждое слово формулы необходимо сопровождать подготовленными мысленными образами. Например, произнося слово «руки», ребенок должен мысленно видеть свои руки со всеми их особенностями, при произнесении слов «расслабляются» и «тепеют» — мысленно видеть источник тепла, который согревает руки (теплая ванна, рефлектор, грелка). Чем точнее и конкретнее мысленный образ, тем отчетливее ощущается его действие. После успешного овладения первыми упражнениями, на что требуется от 4 до 10 занятий, в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка, можно приступать к упражнениям на расслабление других групп мышц; ног, шеи, туловища, лица. На овладение упражнениями этого этапа требуется от 12 до 30 занятий.

III этап — восстанавливающий. На фоне релаксации дети выполняют специальные упражнения, направленные на коррекцию настроения, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов, двигательных функций и пр. Так, психолог предлагает ребенку, который находится в состоянии аутогенного расслабления (пассивного бодрствования), выполнять идеомоторный проигрыш конкретного двигательного акта (например, больному с гемипаретической формой ДЦП предлагается представить, что он берет ложку или карандаш больной рукой либо выполняет другие манипулятивные действия). Идеомоторные проигрыши рекомендуется повторять 3—4 раза в день.

#### [. Пример

Елена Ш., 14 лет, с диагнозом — ДЦП, спастическая диплегия, множественные контрактуры нижних конечностей, подвывих в правом тазобедренном суставе. До операции самостоятельно не передвигалась. Были выраженные фобии высоты, передвижения, в связи с чем девочка отказывалась заниматься с методистом ЛФК. Психологический статус: недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза, уменьшение объема слухоречевой памяти. Уровень осведомленности, суждения, обобщения в пределах возрастной нормы. Эмоционально-волевая сфера — высокий уровень реактивной и личностной тревожности, повышенная зависимость от окружающих, робость,



отсутствие самостоятельности в разрешении конфликтных ситуаций, необщительность. Учится в 8-м классе по массовой программе, успеваемость удовлетворительная, за исключением математики.

До оперативного лечения с девочкой были проведены два этапа занятий (успокаивающий и обучающий). После операции ежедневно проводили гетерогенные идеомоторные тренировки. После достижения состояния аутогенного расслабления больной предлагали формулу: «Представь, что ты стоишь на костылях, твои ноги уверенно опираются на пол, твои руки крепко удерживают костыли. Ты высокого роста, прямая, уверенная в себе. Все окружающие любят тебя. Ты держишься спокойно, тебе легко и приятно. Правой рукой ты выставляешь костыль вперед и легко подтягиваешь правую ногу, затем то же самое делаешь левой рукой и ногой. Ты сделала первые шаги, ты уверенно шагаешь дальше, чувствуешь себя легко и спокойно. Ты делаешь второй, третий, четвертый шаг...» После восьми занятий больная стала уверенно передвигаться, страхи ходьбы и высоты уменьшились.

Для коррекции интрапсихических конфликтов и межличностных отношений разыгрывают различные психодраматические ситуации, с использованием специальных сценариев, имеющие целью отреагировать на конфликт, разрешить его, адаптироваться к трудностям, нормализовать отношения.

Психорегулирующая тренировка способствует повышению устойчивости детей к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях у детей нормализуются тормозные процессы, что дает возможность ребенку управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Особенно целесообразно использовать психорегулирующие тренировки с детьми, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в сфере межличностных конфликтов.

Кроме психорегулирующих тренировок для коррекции эмоционального напряжения у детей с двигательными нарушениями целесообразно использовать психомышечные тренировки. Данный метод включает четыре задачи: 1) обучение ребенка расслаблять мышцы тела и лица методом прогрессивной мышечной релаксации, по Джекобсону; 2) обучение с предельной силой воображения, но без напря-

жения представлять содержание формулы самовнушения; 3) обучение удерживать внимание на мысленных объектах; 4) обучение воздействию на себя необходимыми словесными формулами. Психомышечные тренировки могут быть использованы с детьми от 10 лет и старше.

При выполнении психорегулирующих и психомышечных тренировок необходимо учитывать возрастные, индивидуально-психологические и клинические особенности ребенка. Не рекомендуется брать на занятия детей с эписиндромом в анамнезе, с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с эндокринными нарушениями и легочной недостаточностью. Необходимо тщательно выполнять следующие методические требования: 1) выполнение упражнений ребенком; 2) самонаблюдение и фиксация возникших во время упражнений ощущений; 3) самостоятельное повторение ребенком упражнений в течение дня.

## § 5. Проблемы коррекции детей с ДЦП, имеющих патохарактерологические и невротические проявления

Влияние различных патохарактерологических (психопатических или психопатоподобных) и невротических (неврозоподобных) проявлений, довольно часто встречающихся у детей (примерно у трети детей) с выраженными двигательными расстройствами, на процесс обучения чрезвычайно велико.

Указанные расстройства, существенно затрудняют как процесс обучения, так и социально-трудовую адаптацию в целом. Причинами этих расстройств являются, с одной стороны, патологические изменения центральной нервной системы и организма в целом, связанные с остаточным заболеванием, и дефекты процесса воспитания, допущенные по вине взрослых (родителей, педагогов и др.), — с другой.

Поэтому коррекция и реабилитация указанных нарушений также должны идти по двум параллельным направлениям: медицинскому и психолого-педагогическому.

#### Медицинская коррекция *включает три аспекта:*

- лечебно-воспитательные мероприятия, направленные на устранение или уменьшение общесоматических расстройств и дефектов (двигательных, речевых, сенсорных и т. д.), являющихся зачастую мощным фрустрирующим фактором, повышающим уровень невротизации и психопатизации больного ребенка;
- медикаментозное лечение органической мозговой патологии, являющейся благоприятной почвой для возникновения и развития указанных расстройств;
- психотерапевтическое лечение, воздействующее непосредственно на личность больного ребенка.

*Психолого-педагогическая коррекция* проводится педагогом на основании конкретных рекомендаций психолога и в тесном контакте с ним.

#### *Основные направления данной коррекции:*

- воздействие на ребенка с целью формирования адекватного отношения к окружающим, к себе, к учебе, к труду и т. д.;
- воздействие на мотивационную сферу ребенка с целью переориентации личностных установок на достижение реальных, доступных целей, формирования четкой ближайшей и отдаленной жизненной перспективы, и также развития и укрепления общепринятых морально-этических норм поведения в социальной среде.

Для достижения указанных целей необходимо учитывать имеющуюся у большинства этих детей эмоциональную

лабильность, неуравновешенность и склонность к истероидным или депрессивным реакциям. Редкая декомпенсация психопатических проявлений и невротических расстройств чаще всего наступает при попадании таких детей из среды себе равных в общество физически здоровых сверстников. Обычно чувство собственной ущербности и дефектности способствует быстрому формированию «комплекса неполноценности», что в свою очередь приводит к неосознанной защитной реакции ухода личности на более низкий, инфантильный уровень с резким заострением эгоцентрических черт. У детей экстравертированных, с возбудимым типом психической деятельности это проявляется в усилении раздражительности, озлобленности, истероидности, требовании повышенного внимания к себе со стороны окружающих. У интравертов с чертами тормозимого круга происходит усиление психоастенических и депрессивных проявлений самоуничтожения, ущербности и нежелания жить.

В связи с этим очень важным моментом в работе педагога с такими детьми является стремление *выявить* те способности, которые имеются у ребенка, добиться успехов в их развитии, пусть даже небольших, и обязательно акцентировать его внимание на этих успехах. Тем самым в ребенке пробуждается чувство самоудовольствования и желание трудиться в данном направлении, появляется новая эмоциональная установка, с одной стороны, являющаяся противовесом по отношению к указанному «комплексу неполноценности», а с другой — способствующая формированию в сознании ребенка положительной перспективы в плане дальнейшей реализации основных жизненных потребностей.

Убирая как внешние, так и внутренние аутопсихологические препятствия на пути реализации этих потребностей, мы тем самым ликвидируем основные психопатирующие и невротизирующие начала и создаем благоприятную почву для целенаправленного совершенствования, а в дальнейшем и самоусовершенствования личности. Поскольку потребности и установки личности во многом зависят от ее шкалы ценностей, задачей педагога является вывести на первое место в этой шкале те ценности, которые бы способствовали ориентации личности ребенка на достижение реальных, доступных

для него целей (например, учебы, приобретения профессии, занятия любимым и полезным делом, решение какой-либо творческой задачи и т. п.) и формированию адекватного уровня притязания.

Для повышения эффективности проводимых мероприятий по медико-психолого-педагогической коррекции необходимо привлекать на свою сторону родителей учащихся, разъяснять им цели и задачи этой работы и вырабатывать общую тактику поведения в отношении их детей.

Таким образом, сложность и неординарность нарушений двигательной сферы и центральной нервной системы, наличие сочетанных форм с отклонениями в высшей психической деятельности, интеллекте, речи, сенсорном развитии, — обуславливают необходимость создания разных моделей психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации детей с ДЦП, начиная с самого раннего возраста.

## § 6. Коррекция нарушений речи

### Коррекция речевых нарушений в раннем возрасте

В коррекции речевых расстройств при ДЦП необходима согласованная деятельность психолога, логопеда, педагога и родителей.

Существует множество методов коррекции артикуляции у детей с ДЦП, начиная с самого раннего возраста. Наиболее известными зарубежными программами психомоторной коррекции являются методы К. и В. Бобатов (1975—1980) и В. Войта (1974). В методе К. и В. Бобатов особое значение придается торможению примитивных рефлексов, их патологической стойкости. Свой метод ученые назвали *методом торможения постуральных рефлексов* (Основы ортопедологии, 1999). По мнению авторов, чтобы достигнуть адекватной сенсомоторной модели, необходимо развивать нормальные проприоцептивные системы и нормализовать мышечный тонус путем торможения патологических

тонических рефлексов. После этого следует улучшить и укрепить нормальные позотонические реакции. Используя эти позы торможения, следует дать ребенку возможность воспроизведения противоположного движения по отношению к доминирующей тонической реакции. Например, осуществляются вращения головы без движения тела, чтобы ощутить > движения головы на фоне релаксации мышц шеи и лица.

По мнению В. Войта, ДЦП развивается в первые месяцы жизни ребенка. Ранняя коррекция должна активизировать развитие психомоторных функций и предупредить закрепление патологических реакций. Метод Войта называют «*принципом продвижения вперед*». Он предполагает гармоничное развитие позотонических реакций, выпрямительных и вращательных рефлексов, необходимых для движений. Цель коррекции — предупреждение фиксации патологических движений путем закрепления правильных функциональных схем движений.

Американские невропатологи и логопеды Н. Westlake и D. Rutherford (1961) разработали интересную *методику устранения нарушений речи* у детей с ДЦП, состоящую из двух частей:

- 1) обследование фоноартикуляторных органов и произношения, т. е. состояния органов слуха и речи, дыхания и периферических функций речи в разных ситуациях;
- 2) использование нестандартных процедур для фониатрического лечения и подбор специфической техники для развития потенциальных возможностей. Эта часть включает изучение психологического статуса ребенка с ДЦП, сенсоперцептивных данных (особенно важен 1-й год жизни), развитие диалогической речи, свободной речи, использование разнообразных фониатрических подходов и упражнений.

Особенно важны методики, включающие *обследование в позе релаксации, с дальнейшим акцентом на ощущение*



У воспроизведение движений в условиях сопротивления (данный подход называется «стабилизация»). Чтобы препятствовать развитию насильственных движений, нужно начинать лечение с нормализации периферических функций для формирования произвольных движений: от общих к индивидуальным, от пассивных к сопротивлению.

Шведский логопед **Helen Muller** [цит. по: Л.А. Даниловой, К. Стока, Г.Н. Казицыной, 1997] уделял большое внимание поведению ребенка и приспособлению к спонтанному положению тела. Эта работа была одной из первых, в которой непосредственно манипулировали во рту ребенка и обучали его сосанию. Был сделан вывод о том, что кормление из соски приводит к гиперстимуляции. Орально-тактильная чувствительность нормализовалась в процессе терапии и кормления.

Канадский логопед **Marie Crickmay** [цит. по: Л.А. Даниловой, К. Стока, Г.Н. Казицыной, 1997] разработала методику коррекции на основе методики К. и В. Vobath's, которая является уникальным средством обучения детей с ДЦП. Особое внимание обращают на артикуляцию, движение языка, связанное с положением тела, подбирают необходимые позы для облегчения движения головы и артикуляции.

Представляет интерес и методика **Е.Ф. Архиповой** (1989), базирующаяся на стимуляции и развитии психомоторных функций у детей, страдающих церебральным параличом, в доречевом периоде. Широко используются разнообразные подходы для стимуляции голосовых функций детей раннего возраста и тактильно-кинестетическая стимуляция.

Как было сказано, дети с ДЦП испытывают особые трудности при сосании. Для активизации оральной области следует стимулировать тактильные рефлексы в области рта, губ, щек; вызывать ощущения температуры (холодная, теплая); вызывать ощущения вкуса (сахара, соли, хинина, лимона); использовать запахи (духи, цветы и др.).

Рекомендуется сочетание разных стимулов. Следует помнить, что лечение и коррекция дефектов функционирования артикуляторного аппарата детей с ДЦП на раннем этапе развития является главной задачей.

Зарубежное направление в лечебной терапии акцентирует внимание на способе и образовании позотонических движений и правильном положении тела в отличие от российского подхода, где обращают большее внимание на тренировку артикуляционных поз и движений.

Для коррекции речевых нарушений необходимо выявить состояние функций, связанных с произношением [К. Стока, 2001].

*Для этого следует обращать внимание на:*

- гипотонию/гипертонию мышц лица, насильственные движения, резкие движения или изменение тонуса, объем движений;
- наличие или отсутствие рефлексов орального автоматизма, их влияние на дисфункции моторных структур, необходимых для питания;
- рефлексы: сосание-глотание, кусание, рвотный, поисковый;
- ответную реакцию при стимуляции области рта и вокруг него при помощи пальца логопеда.

*Важно проверить оральный мышечный тонус:*

- челюсти во время движений и без движений (например, в норме челюсти во время отдыха находятся в полуоткрытом положении). У детей с ДЦП челюсти в нейтральной ситуации часто находятся в открытом положении;
- тонус, подвижность, компенсаторные реакции, симметрию губ;
- тонус мышц языка, его изолированные движения, возможность их переключаемости;
- мягкое нёбо, твердое нёбо, координацию между ними, подвижность;
- ритм, объем дыхания, координацию между дыханием и речью (голосовыми реакциями), вдохом—выдохом,

- «обратное дыхание» (да/нет), сопровождение дыхания ребенка движениями тела и головы;
- взаимоотношение между моторным контролем, который используется во время еды и во время фонации, еды и звукопроизношения; активность этого контроля, объем движений, наличие стереотипных движений.

Для стимулирования появления артикуляции необходимо, чтобы ребенок мог контролировать мелкие движения и дифференцировать движения губ и челюстей, языка через выполнение упражнений, которые требуют большой определенности. Для этого необходимо формирование контроля за положением тела. С этой целью проводится работа в «рефлекс-запрещающей» позе ребенка, чтобы оценить мышечный тонус.

Коррекционную работу рекомендуется начинать с движений и упражнений, которые доступны, легко получаются у ребенка. Упражнения и движения должны быть разнообразны, интересны для ребенка, но самое главное, они должны быть функциональными, т. е. облегчать движения языка, формировать координацию движений, серии движений, которые необходимы в процессе кормления и речи.

Актуальным и перспективным является проведение с первых месяцев жизни ребенка комплексной работы психолога и логопеда с физиотерапевтом и акцентирование внимания на проприоцептивной сфере и контроле движений.

Будущее ребенка с ДЦП во многом зависит не только от его потенциальных возможностей, но — особенно — от правильности подбора коррекционных приемов для достижения максимальной возможности в развитии.

### **Коррекционная работа при различных формах дизартрии**

Эффективность коррекционной работы при разных формах дизартрии зависит от правильного определения вида дизартрии и соответственно от использования дифференцированных

методов коррекции [М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова, 1985; К.А. Семенова и др., 1972].

При разработке методов коррекции учитываются прежде всего ведущие расстройства при различных формах дизартрии. Так, при гиперкинетической форме дизартрии ведущее расстройство — асинхронность между подачей дыхательной струи, включением голоса, сокращением мягкого нёба и нужными движениями губ и языка. Такая же асинхронность наблюдается и при спастической дизартрии, но в первом случае механизмом нарушения являются гиперкинезы, а во втором — спастичность в различных отделах артикуляционного аппарата. Ведущее расстройство при мозжечковой форме — грубое нарушение интонационного оформления речи и ее монотонность.

При всех формах дизартрии можно выделить три степени поражения: легкую, среднюю и тяжелую.

При легкой степени спастической дизартрии экспрессивная речь внятная лишь с нечетким произношением отдельных звуков, имеются негрубые затруднения при переключении в артикуляционном аппарате и отдельные элементы спастичности в различных его отделах.

У детей со средней степенью спастической дизартрии в экспрессивной речи искажено произношение 1/3 звуков. Даже изолированно эти звуки не могут быть произнесены правильно. Спастичность наблюдается во всех отделах артикуляционного аппарата и в мимической мускулатуре.

При тяжелой степени поражения экспрессивная речь невнятная, носит не фразовый характер, а состоит из отдельных слов. Произношение большинства звуков искажено. В процессе речевого акта наблюдаются синкинезии в мимической мускулатуре, а в мускулатуре конечностей увеличивается спастичность. Отмечается высокая спастичность во всех отделах артикуляционного аппарата.

У больных с легкой степенью при гиперкинетической форме дизартрии выявляются элементы гиперкинезов в мягком нёбе и в кончике языка. В артикуляционном аппарате несколько затруднено переключение. Речь внятная, но в речевом потоке имеется нечеткое произношение отдель-

ных звуков при правильном изолированном их произнесении.

При средней степени гиперкинетической дизартрии количество гиперкинезов увеличивается, они распространяются на все отделы артикуляционного аппарата и на мимическую мускулатуру.

У этих больных искажено произношение примерно одной трети звуков, что делает их речь трудной для понимания.

У больных с тяжелой степенью гиперкинетической дизартрии интенсивность гиперкинезов резко возрастает, речь невнятная, искажены почти все звуки. При попытке к речи возникают гиперкинезы мимической мускулатуры, а также мускулатуры конечностей и туловища.

Для смешанной формы дизартрии характерен комплекс нарушений в экспрессивной речи и артикуляционном аппарате, свойственных соответствующим степеням поражения спастической и гиперкинетической форм.

### Коррекция речевых нарушений при спастической дизартрии

*Коррекция речи при этой форме дизартрии включает следующие основные направления [Л.А. Данилова, 1997]:*

1. **Нормализация тонуса** артикуляционного аппарата, мимической мускулатуре и конечностях.
  - подбор специальной позы, при которой наблюдается максимальное снижение тонуса и минимальное влияние патологических рефлексов в процессе речевого акта;
  - покачивание торса ребенка и легкое потряхивание всех конечностей.
2. **Развитие и формирование кинестетического контроля:**
  - формирование кинестетического следового образа в артикуляторной мускулатуре (логопед своей рукой воспроизводит определенное положение языка и губ у ребенка в зависимости от артикуляции звука);
  - массаж артикуляторной мускулатуры по общепринятой методике и точечный массаж методом штопора.

3. **Формирование слухового контроля** за произношением и развитием фонематического анализа:
  - игры-упражнения в звукоподражании;
  - работа по развитию фонематического анализа и синтеза по общепринятым методикам.
4. **Нормализация проприоцептивной дыхательной мускулатуры:**
  - работа по удлинению выдоха;
  - г- формирование умения задерживать дыхание и регулировать силу и толчок выдыхаемой струи.
5. **Формирование речевого дыхания вне фонации:**
  - постановка грудно-брюшного дыхания;
  - отработка синхронного дыхания с логопедом.
6. **Формирование синхронности речевого дыхания и голосоподачи:**
  - отработка синхронного дыхания на слогах: АХ, УХ, ИХ;
  - отработка голосоподачи при обоюдном контроле руки ребенка и логопеда при пении гласных а—, у—, и—,
7. **Коррекция нарушений звукопроизношения.** Последовательность постановки звуков и коррекции звукопроизношения зависит от локализации параличей и парезов в артикуляторном аппарате и индивидуальных компенсаторных способностей ребенка. В первую очередь ставятся те звуки, при образовании которых соответствующие отделы языка и губ наименее спастичны.

### Коррекция речевых нарушений при гиперкинетической дизартрии

Среди церебральных параличей у детей особо сложный характер имеют гиперкинетические формы.

Коррекция речи при этом заболевании особенно тесно связана с общими мероприятиями по *снижению гиперкинезов и по восстановлению произвольных движений*, поскольку гиперкинезы артикуляционного аппарата являются проявлением общего заболевания. При попытке к речи или при



выполнении намеренных движений органами артикуляторного аппарата гиперкинезы усиливаются не только в самом аппарате, но и в других частях тела.

Речь у таких детей толчкообразная, с голосовыми и дыхательными спазмами, с отсутствием дифференцированных движений губ и языка. Локализация гиперкинезов в артикуляторном аппарате определяет особенности поражения экспрессивной речи. Так, гиперкинезы дыхательной мускулатуры и голосовых связок делают голос прерывистым, затухающим, ребенок вынужден сделать вдох для произнесения отдельных слов, слогов, а иногда и звуков.

Голос у такого ребенка может несколько раз пропадать не только при произнесении какой-то короткой фразы, но даже и одного слова, что обуславливается гиперкинезами голосовых связок. При гиперкинезах в области мягкого нёба голосодыхательная струя периодически попадает в носовую полость, и произношение в этом случае сопровождается резким носовым оттенком. При гиперкинезах в различных отделах языка страдает произношение соответствующих групп звуков (переднеязычных, заднеязычных, среднеязычных). Гиперкинезы в губной мускулатуре приводят к нарушению всех губных звуков.

Характерно, что у детей, страдающих гиперкинетической дизартрией, довольно легко можно добиться правильного произношения изолированного звука, но в речевом потоке резко нарушается переключение звуков, и произношение получается с грубыми дефектами. К тому же эти больные в процессе речевого акта быстро утомляются.

Основным направлением восстановительных мероприятий является подавление насильственных движений. При этом большое внимание уделяется восстановлению статических положений с задержкой движений и выработке умения сохранять состояние покоя.

#### *Основные направления коррекционной работы на индивидуальных занятиях:*

1. Подбор для больного ребенка позы, при которой количество и интенсивность произвольных движений

были бы минимальны. При этом применяется фиксация конечностей и головы в среднем положении — в тех случаях, когда гиперкинезы отдельных частей тела вызывают или усиливают насильственные движения артикуляторного аппарата, а также тогда, когда попытки к речи усиливают произвольные движения отдельных частей тела.

2. Обучение ребенка удерживать мышцы лица в состоянии покоя с использованием способности к самоторможению гиперкинеза на основе обучения расслаблению мышц:

— *Психотерапевтическое воздействие*, основная цель которого — снять мышечное беспокойство и напряжение в возможных пределах и привести ребенка в состояние эмоционального покоя. Подобного состояния можно добиться объяснением, стимулирующим расслабление мышц шеи, конечностей, ротовой полости, дыхательной мускулатуры. Голос логопеда, в зависимости от цели воздействия, должен быть спокойным и властным, мягким и жестким, но без лишних звонких модуляций. Содержание речи логопеда очень простое, речевые инструкции повторяются, меняется лишь эмоциональный фон. После этого следует перейти к пассивным поворотам головы в любом направлении с одновременной фиксацией раздражимых областей.

— *Массаж* в основном одного типа: легкое плоскостное поверхностное поглаживание. Движения способствуют оживлению кинестетического анализа, повышению кинестетического контроля. Массаж лицевых мышц выполняют в зависимости от состояния мышечного тонуса артикуляторной зоны. По длительности — не более 5 минут, в медленном темпе. Подключается точечный перекрестный массаж тормозным методом.

— *Пассивные движения* двух видов: статические и динамические. Статические: когда ребенок говорит, логопед затормаживает насильственные повороты головы, движения челюстей, губ, приведение и отведение

рук, ног, вращение туловища. Динамические: направлены на изменение амплитуды движения челюсти губ, языка. Сразу же после проведения пассивных движений проверяют возможность самостоятельного управления нужной позицией при общем покое и при включении в движение. Все пассивные движения, сочетаемые с упражнениями на расслабление мышц, выполняются плавно, медленно, ритмично, с возможно большей амплитудой, не допуская болевых ощущений. На всем протяжении занятий необходимо привлекать внимание ребенка, обучая его выделять ощущение данного движения, воспроизводить его по словесному обозначению.

3. Обучение правильному речевому дыханию при беззвучной артикуляции. У детей с гиперкинезами наблюдается недостаточное развитие ритма и глубины дыхания. Вначале нужно обращать внимание на выработку активного сильного выдоха, затем тренировать ритмичность дыхательных движений (дышать ритмично и синхронно с логопедом). Можно использовать глубокое дыхание для борьбы с гиперкинезами как один из методов расслабления мышц.
4. Выработка правильного речевого дыхания при фонации гласных а, и, у, тренировка умения сочетать выдох с моментом голосообразования.
5. Постановка звуков. Последовательность постановки звуков определяется локализацией гиперкинезов в артикуляторном аппарате. В первую очередь отрабатывают звуки, которые образуются в тех отделах артикуляторного аппарата, где наблюдается наименьшее количество гиперкинезов. Например, если насильственные движения отсутствуют или слабо выражены, то в первую очередь ставят губные звуки.
6. Выработка плавного произношения и правильной интонации.

В результате этой работы удастся поставить все звуки, но чистого произношения всех звуков в связной речи достичь

не удастся. Достаточно, если звук будет понятен слушающим и отождествлен с необходимой фонемой.

При обучении грамоте детей, страдающих гиперкинезами, решающую роль играет индивидуальный подход, так как дети одного возраста имеют различный уровень развития моторики. Важен и учет психологических особенностей ребенка. Одни дети активны и самостоятельны, отличаются выраженным стремлением к преодолению своих двигательных затруднений, другие, наоборот, вялы, малоподвижны, они не используют даже имеющиеся двигательные возможности, требуют постоянного побуждения к движению.

На индивидуальных занятиях вырабатывают *правильную артикуляцию* звука, на групповых — его *автоматизацию*. Слоговые упражнения — один из лучших методов формирования артикуляционных движений необходимого качества и в то же время — эффективное средство отработки техники чтения и т. п.

Учитывая особенности и возможности детей с гиперкинезами, приходится отказаться от использования некоторых конкретных методических приемов, в частности физкультминутки, работы учеников у доски, с наборным полотном, с буквенными и слоговыми кассами.

Зрительная память этих детей развита намного лучше, чем слуховая, поэтому обучение должно быть максимально наглядным. Однако недоразвитие манипулятивных функций не дает возможности активно пользоваться обычными наглядными пособиями. Эта задача в отношении схематической «записи» и анализа устной речи решается с помощью набора деревянных брусочков разной величины и кружков разного цвета (предложение — слово — слог — звук). При работе с буквами удобна в использовании магнитная доска с набором пластмассовых букв и знаков.

Некоторые дети на определенных этапах нуждаются только в индивидуальной работе с ними, но и для них крайне важно подключение к групповым занятиям при наличии индивидуальной помощи. Уроки обучения грамоте являются идеальной возможностью для создания «языковой установки», для звукослогового творчества.

## § 7. Коррекция нарушений чтения и письма

Дислексия — сложное страдание, которое диагностируется примерно у 7—9% детей с расстройством чтения. Именно дислексия обуславливает стойкую неуспеваемость в начальной школе и значительные трудности в усвоении программного материала в старших классах.

Среди детей, страдающих церебральным параличом, примерно 40% имеют расстройства чтения. Специально проведенное исследование показало, что дислексия у детей в начальной школе носит качественно иной характер, чем в средней.

Дети в начальной школе не узнают графический образ буквы, читают слог и слово, переставляя буквы, и, ориентируясь на общий графический образ, произносят слово, изменяя его структуру и, как правило, искажая флексию.

В старших классах дети неправильно улавливают лексико-грамматические связи, так как ориентируются только на семантическую значимость слова, без учета флексивных и предложных отношений, а также синтаксических связей.

Методика коррекции дислексии, разработанная Л.А. Даниловой (1997), построена на воспитании у ребенка способности к восприятию графического образа буквы, слога, слова и предложения без опоры на семантическую значимость, лишая его возможности читать по догадке, опираясь на логически-смысловую память.

Чтение бессмысленных слов и текстов, составленных по законам морфемных образований и грамматических связей русского языка, позволяет сосредоточить внимание на графическом образе, а не пытаться домысливать слово или целый текст.

Коррекция дислексии проводится в несколько этапов:

*I этап.* Проводятся специальные подготовительные упражнения по развитию зрительного восприятия цвета, формы и пространственных отношений.

*II этап.* Тренировка чтения разных слогов.

*III этап.* Чтение слов, не несущих смысловой нагрузки: гаурезанкар, мордкан, кортлаля, малакартар, чиндростон. Предъявление слов, не имеющих семантического значения, не позволяет ребенку читать по догадке, опираясь на логически-смысловую память.

*IV этап.* Чтение текстов, которые составлены по законам морфологии и грамматических связей в русском языке из слов, не имеющих семантической значимости, по типу «глокая куздра...».

При обучении детей с церебральным параличом чтению в начальных классах педагог может воспользоваться такими приемами, как выделение (маркировка) начала строки, заглавной буквы, начальной фразы текста, с которой учащимся предлагается читать или писать, ограничение нужного слова, текста, предложения специальными прорезями и т. п.

В тех случаях, когда у детей с церебральным параличом отмечается неправильное произнесение звуков разной степени выраженности, а также возникновение спазмов при произнесении слов и фраз, или когда им очень трудно начать речевое высказывание, педагог должен дать детям время для подготовки к началу речевого акта. Поэтому сначала лучше обратиться с вопросом ко всему классу, заслушать ответ ученика с более развитой речью.

При оценке устного ответа и чтения педагог должен учитывать речевые особенности и ни в коем случае не снижать отметки (особенно на начальных этапах обучения) за недостаточную интонационную выразительность, замедленный темп и отсутствие плавности, скандированность.

Для более адекватной оценки следует соблюдать индивидуальный, дифференцированный подход при проверке знаний по чтению.

При коррекции нарушений письма нужно учитывать форму дисграфии и в зависимости от этого строить систему психологической и логопедической работы при оптической, грамматической дисграфиях или дисграфии, обусловленной нарушением языкового анализа и синтеза.

Несформированность двигательного навыка письма выдвигает необходимость рационального определения дозировки



выполнения письменных и контрольных работ. Сохраняя основную цель выявления знаний или степень усвоения программного материала по тому или иному предмету, педагог подбирает объем и способы выполнения индивидуальных заданий в каждом конкретном случае. Например, при установлении того, насколько ученик усвоил материал правописания безударных гласных, ему предлагают написание отдельных слов, словосочетаний из определенного текста, отдельных предложений.

Учитывая двигательные особенности учащихся с ДЦП, их быструю истощаемость, необходимо варьировать формы выполнения письменных заданий. Так, например, одним ученикам предлагается вставить в слова (или числа), написанные на карточке, нужную букву (или цифру), другим — писать не в тетради, а в альбоме, разлинованном для этой цели; можно предложить писать на общей или индивидуальной доске мелом. В наиболее тяжелых случаях ребенок может выкладывать слова и предложения на специальных магнитных досках. В связи с тем, что компьютер в последнее время занимает все больше место в обучении, в отдельных случаях возможно выполнение работы на компьютере.

Замедленный темп письма у учащихся с ДЦП определяет необходимость предоставления большего количества времени для выполнения письменных работ, а в некоторых случаях ребенок часть ответа может дать в устной форме.

При проведении письменных работ и при оценке знаний учащихся педагог должен продумывать условия предъявления учебного материала, объем и способ его выполнения.

Что касается вышеописанных затруднений, вызванных пространственными нарушениями и несформированностью зрительно-моторной координации, то при их наличии педагог должен специально обозначать (чернилами или карандашом) строку и место, с которых нужно начинать писать или рисовать, определять символами необходимое расстояние между строчками или частями задания.

Таким образом, применение различных психолого-педагогических и логопедических приемов коррекции речевых нарушений чтения и письма способствует более успешному обучению и социальной адаптации детей с ДЦП.

### Контрольные вопросы и задания

1. Опишите медицинские формы коррекции разных психических и физических нарушений при ДЦП.
2. Сформируйте основные направления и принципы психокоррекционной работы при ДЦП, проиллюстрируйте примерами.
3. В чем особенности психокоррекции познавательных процессов в зависимости от возраста ребенка, форм и тяжести ДЦП?
4. Опишите эмоциональные нарушения при ДЦП и возможные пути их психолого-педагогической коррекции.
5. Составьте таблицу речевых нарушений при ДЦП и методов их психологической, логопедической и педагогической коррекции.

## КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В СПЕЦИАЛЬНЫХ (КОРРЕКЦИОННЫХ) УЧРЕЖДЕНИЯХ

В нашей стране создана разветвленная система специализированных учреждений Министерств образования, здравоохранения, труда и социальной защиты для оказания помощи детям с нарушением функций опорно-двигательного аппарата.

Все дети и подростки с ДЦП наблюдаются в поликлиниках по месту жительства невропатологом и психиатром. Этими специалистами проводится первичный учет больных. Кроме того, часть детей находится в психоневрологических домах ребенка.

Помощь детям с патологией опорно-двигательного аппарата до трех лет осуществляется в районных поликлиниках (количество детей, зарегистрированных у невропатолога и ортопеда), детских психоневрологических домах.

Учет дошкольников ведется в городских отделах здравоохранения и образования. Существует сеть дошкольных учреждений: специализированные ясли-сады, детские сады, группы «Особый ребенок» в обычных детских садах, детские дома и санатории, куда направляются дети, чаще всего «неограниченные», т. е. воспитывающиеся в семье и находящиеся на учете у районных специалистов. В этих учреждениях находятся дети не только с поражением опорно-двигательного аппарата, но и в сочетании с разнообразными отклонениями (задержка речевого и психического развития, различная степень нарушения интеллекта), кроме того, как правило, у этих детей наблюдаются различные речевые нарушения типа дизартрии, алалии и множественные отставания в формировании познавательной деятельности.

Комплекс психических, неврологических и речевых нарушений определяет необходимость различных специалистов (невропатолога, психиатра, психолога, ортопеда, специального педагога и специалистов ЛФК) для проведения дифференцированного диагноза и организации реабилитационного процесса.

Система помощи предусматривает раннюю диагностику и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом. В основе такой системы лежат раннее выявление, еще в родильном доме или детской поликлинике, среди новорожденных всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи.

Амбулаторное лечение проводится на базе детской поликлиники врачами (невропатологом, педиатром, ортопедом), которые руководят лечением ребенка дома. При необходимости ребенок направляется на консультацию в специализированную неврологическую поликлинику. Комплексное лечение в амбулаторных условиях является достаточно эффективным при легких формах ДЦП, при выраженных нарушениях оно должно сочетаться с лечением в стационаре (в неврологических отделениях или психоневрологических больницах) или санатории. Дети, для которых все виды лечебно-педагогической помощи оказываются неэффективными, а также те, родители которых по каким-либо причинам не могут обеспечить им лечение и воспитание в домашних условиях, берутся государством под временную и постоянную опеку. Их направляют в дома ребенка, а затем в интернатные учреждения.

### § 1. Психолого-педагогическая коррекция в дошкольных учреждениях

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в специализированных детских садах, где осуществляют коррекционное обучение, воспитание и подготовку к школе. Важным является максимальное всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями.

Лечебно-педагогический процесс в дошкольных учреждениях построен с учетом специфики заболеваний и связанных с ними особенностей развития детей. При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных нарушений

опорно-двигательного аппарата у большинства детей наблюдаются сходные проблемы. Это отклонения в развитии сенсомоторных функций и познавательной деятельности в целом, что связано как с органическими поражениями нервной системы, часто сопутствующими опорно-двигательной патологии, так и с ограниченными возможностями познания окружающего мира вследствие моторной недостаточности. Это патология развития речи, которая имеет органическую природу и усугубляется дефицитом общения. Это эмоциональная лабильность, сопровождающая хронические заболевания, и психологическая пассивность, порождаемая гиперопекой в семье и медицинских учреждениях. В то же время перечисленные нарушения отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией.

Важным обстоятельством является то, что в дошкольном возрасте само развитие патологии еще не остановлено, так как в процессе физического роста у ребенка могут формироваться деформации опорно-двигательного аппарата. В связи с этим осуществляется активное систематическое лечение детей как в детском саду, так и по мере необходимости в медицинских учреждениях.

При определении специфики коррекционно-педагогического процесса учитывается не только характер заболевания, но и возраст детей. Известно, что раннее начало коррекционной работы позволяет достичь ощутимых положительных результатов, так как функциональные системы мозга находятся в стадии формирования. В связи с этим существует возможность оптимальной компенсации нарушений за счет активизации сохранных звеньев и формирования обходных путей.

Однако особенности дошкольного возраста заключаются и в том, что ребенок не в состоянии разрабатывать и реализовывать долгосрочные сложные программы поведения, ориентированные на конечный результат. Отсюда, как бы значимы ни были для ребенка вопросы психического и физического самосовершенствования, он не способен к длительным монотонным тренировкам, которые часто необходимы для выработки тех или иных компенсаторных навыков. Поэтому вся работа должна быть построена таким образом, чтобы

коррекция проводилась ненавязчиво, в процессе тех видов деятельности, которые привлекательны для дошкольников.

Целью коррекционного воспитания в специальном дошкольном учреждении является максимальное всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями.

*Эта цель достигается при решении следующих задач:*

- развитие познавательной деятельности детей по индивидуальным программам;
- коррекция развития речи;
- развитие двигательной сферы по индивидуальным программам;
- формирование социальной адаптации;
- развитие творческих способностей;
- подготовка к школьному обучению и подбор типа школы;
- формирование оптимальных подходов к воспитанию ребенка в семье.

*Система воспитания базируется на следующих принципах:*

#### 1. Принцип компетенции

Вся работа с ребенком должна проводиться профессионально-грамотно. Развитие познавательной деятельности детей осуществляют педагоги, имеющие специальное образование. Развитие и коррекцию речи проводят логопеды. Занятия по физическому воспитанию проводят инструкторы ЛФК. Воспитатели проводят занятия по программам I и II ступени, совместно с помощниками воспитателей формируют навыки самообслуживания в процессе выполнения режимных моментов, организуют деятельность детей вне занятий, прогулки, читают детям книги. Психологи корректируют развитие личности детей, работая непосредственно с детьми и их окружением, персоналом детского сада и семьей.



## 2. Принцип взаимосвязи в работе специалистов

Каждый специалист не только осуществляет непосредственно свой раздел работы, но и включает в свои занятия материал, рекомендованный другими специалистами для закрепления их работы. В свою очередь он дает рекомендации по своему разделу работы и контролирует правильность их выполнения.

## 3. Принцип сочетания индивидуального подхода с групповыми формами работы

Контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата крайне неоднороден. В то же время подготовка детей к обучению в классе и жизни в обществе предусматривает включение их в коллективную деятельность. Это определяет необходимость сочетания дифференцированных индивидуальных программ развития с такими программами фронтальной работы, в рамках которых возможен лабильный подход к уровню усвоения материала разными детьми.

## 4. Принцип ежедневного учета психофизического состояния ребенка при определении объема и характера проводимых с ним занятий

Органические поражения ЦНС, имеющие место у многих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, часто сопровождаются колебаниями внутричерепного давления, повышенной метеочувствительностью и как следствие колебаниями эмоционального состояния, работоспособности, внимания.

Нужно учитывать и то, что педагогический процесс осуществляется наряду с лечением. Проведение лечебных мероприятий требует значительного количества времени и сил ребенка. Кроме того, некоторые медицинские препараты и процедуры оказывают различное влияние на психофизическое состояние ребенка.

В связи с этим приходится максимально ограничивать занятия или вообще не проводить их с детьми, чувствующими себя дискомфортно, чтобы не сформировать у них негативное отношение к самому процессу занятий.

## 5. Принцип приоритетного формирования качеств личности, необходимых для успешной социализации

Весь лечебно-педагогический процесс строится таким образом, чтобы у детей формировалась активная жизненная позиция, коммуникативность, уверенность в своих силах.

## 6. Сочетание работы по развитию нарушенных функций и формированию приемов их компенсации

Чем тяжелее патология, тем больше акценты смещаются в сторону создания компенсаторных средств. Это означает, что нужно формировать функциональные системы за счет более активного развития сохранных функций. Усиленная тренировка нарушенных функций, попытки развить те из них, возможности развития которых чрезвычайно ограничены у данного ребенка, часто приводят к формированию комплексов неполноценности и негативному отношению к определенным видам деятельности.

Большое значение придается формированию правильного отношения к воспитанию ребенка в семье. Обычно в семьях детей дошкольного возраста основное внимание привлечено к лечению ребенка и подготовке к обучению. Педагогам нужно тактично подводить родителей к реальной оценке возможностей ребенка и прогнозированию дальнейших перспектив его жизни. Это поможет родителям переместить акцент в воспитании, оценить значение умений и навыков, необходимых в повседневной жизни, лучше понять своего ребенка.

*Коррекционно-педагогический процесс реализуется в две ступени:*

I ступень — пропедевтическая — включает воспитание детей в возрасте от 1 года до 4 лет.

На этой ступени осуществляется адаптация ребенка в дошкольном учреждении, первичная диагностика психического развития, составляются и реализуются индивидуальные программы развития, проводится пропедевтическая работа к усвоению программ II ступени.

### *Предпосылки усвоения программы II ступени:*

1. Адаптация ребенка в дошкольном учреждении:
  - а) создание положительной установки на посещение детского сада;

- б) активное включение ребенка в коррекционно-педагогический процесс.
- 2. Создание психологической основы развития разных видов деятельности:
  - а) развитие психических процессов: ощущения, восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, воображения;
  - б) формирование функций передвижения, манипулирования, имитации, соотнесения, обозначения, осмысления и замещения.
- 3. Формирование первичных умений и навыков разных видов деятельности: общения, игры, познавательной деятельности, творчества, самообслуживания.

II ступень — основная — включает воспитание детей в возрасте от 4 до 7 лет.

На этой ступени реализуются задачи коррекционного воспитания и формируется готовность к школьному обучению.

Педагог, учитывая двигательные нарушения у детей с церебральным параличом, должен помнить о правильной организации двигательного режима. Это заключается в том, что он должен подобрать для ребенка наиболее удобную позу во время работы за столом, во время проведения игр и сна. Педагог не должен забывать, что эти дети быстро устают, особенно во время активных действий, поэтому взрослый обязательно должен с детьми проводить физкультурную паузу. Например, дети делают постройку из кубиков. Педагог замечает, что ребенок с ДЦП устал и начинает отвлекаться. Он должен подойти к нему, попросить встать со стула, подойти к шкафу с игрушками и взять какую-либо из них. Смена активности — для ребенка отдых. После этого можно продолжать строительство из кубиков. Или, например, дети раскрашивают рисунки в альбоме. Педагог может подойти к больному ребенку и провести короткое собеседование по содержанию раскрашиваемого рисунка, тем самым давая руке отдых.

Педагогу важно помнить, что у детей с ДЦП не только не сформированы двигательные навыки из-за заболевания, но и отсутствуют правильные представления о движении.

Следовательно, при развитии двигательных навыков и умений у детей с ДЦП важно развивать не только тот или иной двигательный навык, но и воспитывать правильное представление о нем через ощущение движений.

Основными направлениями работы педагога по коррекции двигательных нарушений являются формирование навыков самообслуживания, развитие практической деятельности и подготовка руки к письму.

При этом важно помнить, что развитие двигательных навыков у детей с ДЦП, так же как и у здоровых, происходит поэтапно и требует большего времени и терпения со стороны взрослого. Развитие двигательных навыков у детей с ДЦП должно происходить в виде интересных и понятных для них игр. Все предъявляемые ребенку задания должны соответствовать его двигательным возможностям.

Развитие ручных навыков проводят постепенно, поэтапно. На первом этапе важно научить ребенка произвольно брать и опускать предметы, перекладывать их из руки в руку, укладывать их в определенное место, выбирать предметы, соразмеряя свои двигательные усилия в зависимости от их размера, веса, формы.

Для развития двигательных умений педагогу нужно использовать различные наборы замков, кранов, телефоны, с помощью которых взрослый обучает ребенка действию: открыть и закрыть замок (разные виды замков — разные движения), открывать и закрывать краны, крутить телефонный диск, поднимать трубку. При помощи имитации детей обучают таким действиям, как включить, выключить и переключить телевизор, приемник, свет и т. д. Такие занятия ребенку интересны, и тогда он быстрее овладевает тем или иным действием.

В процесс организации и проведения коррекционной работы должны включаться родители детей. Они отрабатывают и закрепляют навыки и умения у детей, сформированные специалистами. Домашние задания, предлагаемые логопедом и педагогом для выполнения, должны быть четко разъяснены. Это обеспечит необходимую эффективность коррекционной работы, ускорит процесс восстановления нарушенных функций у детей.

Важно учитывать возможности ребенка, четко знать, что можно от него потребовать и в каком объеме; он должен обязательно видеть результат своей деятельности.

Развитию движений руки нужно уделять особое внимание уже с первых дней пребывания ребенка в детском саду, только в этом случае у него к школе сформируются ее функции (опорная, указывающая, отталкивающая, хватательная), составляющие двигательную основу манипулятивной деятельности.

Перед школой особенно важно развивать у детей те движения рук, на основе которых затем формируются двигательные навыки, важные в самообслуживании, игре, учебном и трудовом процессах. При обучении различным движениям рук и действиям с предметами не нужно спешить.

Только терпеливое отношение, кропотливая работа взрослого, ободрения при неудачах, поощрения за малейший успех, неназойливая помощь и необходимая коррекция помогут добиться настоящего успеха.

Таким образом, в процессе подготовки ребенка с ДЦП к школе специальное внимание педагога и родителей следует обращать на формирование у детей двигательных навыков и умений, составляющих основу игровой, учебной и трудовой деятельности.

## § 2. Диагностика готовности к обучению

Контингент детей с ДЦП и другими поражениями опорно-двигательного аппарата очень разнороден по структуре как двигательного нарушения, так и познавательной деятельности.

Дети с ДЦП имеют разнородные комплексные нарушения движения, у многих поздно формируется навык прямохождения и ходьбы, в связи с этим не все дети посещают детский сад, где проходит подготовка к школе.

Большинство детей с церебральным параличом, даже прошедшие дошкольную подготовку, все еще имеют трудности

в усвоении учебного материала, обусловленные нарушением развития познавательной деятельности, психического развития и речи.

Определить сразу оптимальный подход в обучении, программу для обучения и коррекции невозможно без психолого-педагогического изучения и наблюдения за каждым ребенком в динамике. У большинства больных ДЦП имеются нарушения зрения, слуха, кинестезии, вестибулярной системы, что обуславливает трудности при диагностике уровне познавательной деятельности и подборе адекватной программы обучения в начальной школе.

Для всестороннего изучения возможностей ребенка, его психолого-педагогической диагностики в динамике обучения и определения наиболее адекватного варианта обучения в школе организуется обучение в диагностическом (подготовительном) классе.

*В диагностическом классе реализуются следующие задачи:*

- определение функциональной готовности к обучению;
- изучение структуры психического развития ребенка с выявлением сохранных функций;
- определение оптимальных методик обучения конкретного ребенка на основе изучения его познавательной деятельности и личности;
- выбор наиболее эффективных путей коррекции и компенсации сенсомоторных функций;
- формирование мотивов учебной деятельности;
- воспитание навыков самообслуживания;
- снятие гиперопеки, перестройка системы отношений ребенка с родителями и окружающими;
- определение ведущего типа речевого расстройства;
- формирование стереогноза;
- работа по обратному развитию позотонических рефлексов;
- подбор адекватных путей обучения графическим навыкам в соответствии с характером двигательного дефекта.



Наполняемость диагностических классов — до семи человек для детей с ДЦП при нормальном интеллекте и до пяти человек при снижении интеллекта. Срок обучения 1 год. Продолжительность урока 30 мин. Во время урока и между уроками проводятся динамические паузы и перемены.

*Психолого-педагогическая диагностика включает:*

- психологические срезы, проводимые три раза в году;
- психолого-педагогическое и медицинское наблюдение и сопровождение в динамике учебного процесса;
- проведение психолого-медико-педагогических консилиумов по обсуждению процесса и результатов обучения учащихся.

Программа диагностического класса составлена с учетом особенностей двигательного и познавательного развития учащихся с ДЦП на основе использования развивающих и коррекционных игр.

Ведущей деятельностью для детей с ДЦП в возрасте 7—8 лет остается игровая. Подбирая игровые методики, тренируют целенаправленно двигательные, психические и речевые навыки. Увлеченность игрой, положительный эмоциональный фон способствуют расслаблению ребенка, уменьшению гиперкинезов, содружественных движений. В игре быстрее вырабатываются и закрепляются двигательные стереотипы, необходимые для компенсации нарушений.

Коррекционно-развивающее обучение в диагностическом классе осуществляется в единстве с диагностикой.

Диагностику готовности к обучению проводят в диагностическом классе учитель вместе с психологом в присутствии родителей в три этапа в течение учебного года:

- 1 — первая неделя сентября;
- 2 — последняя неделя декабря;
- 3 — последняя неделя мая.

На I (начальном) этапе проводится индивидуальное знакомство с каждым ребенком с целью получения первоначальной

психологической оценки негативных и позитивных особенностей детей (установление зоны ближайшего развития) и разработки на этой основе индивидуальных, дифференцированных рекомендаций.

Систематическая комплексная и индивидуальная психолого-педагогическая игровая диагностическая работа с детьми в сочетании с коррекцией на протяжении учебного года обеспечивает возможности для установления динамики развития каждого ребенка и группы в целом по формированию способности к обучению. В игровой форме дети выполняют задания в определенной последовательности, хотя опорный алгоритм не дается.

*При этом выясняют:*

- запас знаний об окружающем мире в виде общих представлений;
- конкретные особенности их простейшей систематизации;
- специфика использования детьми имеющихся знаний в процессе решения мыслительных задач.

*При оценке саморегуляции мыслительной деятельности учитывают:*

- степень понимания;
- принятие задания;
- сохранение задания до конца выполнения;
- качество самоконтроля в процессе выполнения и оценке результатов.

Учет психологических особенностей детей производится после трудных заданий, с которыми ребенок не справляется, путем более легких; положительной эмоциональной окраски, устранения негативизма, желания выполнять задание.

Ряд вопросов выявляет этические особенности общения ребенка со сверстниками и взрослыми, необходимые для коллективных форм обучения.

В процессе игровой деятельности ребенок пытается ответить на простые вопросы, т. е. выявляется его умение

выполнять два действия одновременно, что необходимо для дальнейшего обучения.

Участие родителей в первом знакомстве заключается\* в наблюдении за деятельностью ребенка, родители рассказывают о раннем развитии и наиболее характерных особенностях своего ребенка. Родители получают рекомендации, как играть с ребенком дома и осуществлять психологическую поддержку с учетом его индивидуальных особенностей.

// **этап (промежуточный)** — диагностика школьной готовности предусматривает выявление динамики, которую отмечают учитель и родители, и продолжение работы, с детьми в классе и в домашних условиях.

/// **этап** является **итоговым** по результатам обучения детей в диагностическом классе.

Таким образом, в диагностическом плане ребенок, прежде чем войти в коллективный процесс обучения, устанавливает индивидуальный контакт с учителем, знакомится с ним, что крайне важно для детей с ДЦП, имеющих нарушения эмоционально-волевой сферы.

По окончании диагностического класса на психолого-медико-педагогическом консилиуме определяется вариант дальнейшего обучения учащихся с учетом достигнутого уровня, потенциальных возможностей, психофизического статуса и особенностей развития личности ребенка.

Ученику, пропустившему более 50% учебного времени, предоставляется возможность повторного обучения в диагностическом классе.

### § 3. Специальное (коррекционное) обучение детей

Согласно Типовому положению о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, утвержденному постановлением Правительства РФ от 4 сентября 1997 г. № 48

«О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I—VIII видов» коррекционные учреждения VI вида, создаются для обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (с двигательными нарушениями различной этиологии и степени выраженности, детским церебральным параличом, с врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата, вялыми параличами верхних и нижних конечностей, парезами и парапарезами нижних и верхних конечностей), для восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития детей, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практической деятельности.

Образование осуществляется в соответствии с уровнями образовательных программ трех ступеней:

I ступень — начальное общее образование (нормативный срок освоения 4—5 лет);

II ступень — основное общее образование (нормативный срок освоения — 6 лет);

III ступень — среднее (полное) образование (нормативный срок освоения — 2 года).

На первой ступени образовательные задачи решаются на основе комплексной коррекционной работы, направленной на формирование всей двигательной сферы воспитанников, их познавательной деятельности и речи.

На второй ступени образования закладывается фундамент общеобразовательной и трудовой подготовки, продолжается коррекционно-восстановительная работа по развитию двигательных, мыслительных, речевых навыков и умений, обеспечивающих социально-трудовую адаптацию воспитанников.

На третьей ступени образования обеспечивается завершение общеобразовательной подготовки воспитанников с учетом их возможностей, обусловленных особенностями их психофизического развития, на основе дифференцированного обучения, создаются условия для их активной социальной интеграции.

Специальное обучение детей и подростков с ДЦП невозможно без учета психофизических особенностей. При ДЦП, как правило, сочетаются двигательные расстройства, речевые нарушения и задержка формирования отдельных психических функций. Следует подчеркнуть, что не существует параллелизма между выраженностью двигательных и интеллектуальных нарушений — например, тяжелые двигательные нарушения могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП с тяжелым недоразвитием отдельных психических функций. Такое многообразие проявлений затрудняет стандартизацию образования этих детей, так как можно выделить большое количество групп учащихся с различной структурой нарушений, каждая из которых нуждается в собственных специальных образовательных условиях (применении различных методов, наличия разного оборудования и т. д.).

Как указывалось в предыдущих главах, формирование познавательных процессов при ДЦП характеризуется задержкой и неравномерно выраженным недоразвитием отдельных психических функций. У некоторых детей страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического, у других, наоборот, развиваются преимущественно наглядные формы мышления. У многих детей отмечаются трудности формирования пространственных и временных представлений, а также недифференцированность всех видов восприятия.

Практически у всех детей имеются астенические проявления: пониженная работоспособность, истощаемость всех психических процессов, замедленное восприятие, трудности переключения внимания, малый объем памяти.

Следует подчеркнуть, что у большинства этих детей потенциально сохранены предпосылки к развитию высших форм мышления, но множественные нарушения (движений, слуха, речи и т. д.), выраженность астенических проявлений, низкий запас знаний вследствие социальной депривации, маскируют возможности детей.

Дифференциация детей с нарушением опорно-двигательного аппарата с учетом их особенностей и возможностей овладения учебным материалом чрезвычайно сложна, так как

необходимо учитывать все факторы, определяющие психическое развитие этих детей, речевые и моторные трудности.

*В проекте Концепции Государственного стандарта общего образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (1997), разработанной под научным руководством академика В.И. Лубовского, предлагается выделить следующие категории учащихся с нарушением опорно-двигательного аппарата:*

- Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата различного этиопатогенеза, *передвигающиеся самостоятельно или с ортопедическими средствами* и имеющие нормальное психическое развитие или задержку психического развития. Эта группа выделяется в настоящее время для обучения в специальных школах-интернатах по адаптированной массовой программе.
- Дети, *лишенные возможности самостоятельного передвижения и самообслуживания*, с задержкой психического развития и разборчивой речью. Эта группа обучается на дому по программе массовой школы без учета специфики нарушений. Учащиеся нуждаются в коррекционных занятиях по развитию моторики, пространственной ориентировке, специальном оборудовании учебного процесса.
- Дети с *задержкой психического развития* при ДЦП, *осложненной тяжелыми дизартрическими нарушениями, ОНР, нарушениями слуха*. Учащиеся нуждаются в коррективке программ ряда общеобразовательных предметов, специальных методах развития речи и коррекции нарушений звукопроизношения. Многие из этих детей снимаются даже с надомного обучения из-за трудности установления с ними речевого контакта. Для работы с ними нужны подготовленные специалисты.
- Дети с *ДЦП и умственной отсталостью различной степени тяжести*. Эта категория детей в наибольшей степени нуждается в разноуровневых программах и в различных формах обучения. Особое внимание должно быть уделено предметам коррекционного цикла.



Наряду с необходимостью разработки единой системы дифференциальной диагностики для этих детей необходима разработка нескольких вариантов программ, учитывающих своеобразие интеллектуальных нарушений при ДЦП, их зависимость от состояния моторики, речи, выраженности астенических проявлений.

Поскольку целью образования детей с ДЦП является максимальное развитие личностного потенциала учащихся с направлением на социальную адаптацию и интеграцию выпускников в общество, то она может быть достигнута путем специфической реализации образовательных программ, соответствующих содержанию федерального, регионального и школьного компонентов стандарта для обеспечения сохранности единого образовательного пространства.

#### *Основные объекты стандартизации, образования:*

- содержание образования (особенности содержания общего базового образования, специальное содержание обучения учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата, трудовая подготовка);
- образовательные условия (специальные методы и организационные формы обучения, специальное оборудование, учебно-материальная база и др.);
- продолжительность обучения (общая и по ступеням);
- допустимая нагрузка учащихся;
- оценка учебных достижений учащихся.

До настоящего времени в нашей стране нет единого Государственного образовательного стандарта для специального образования, хотя разработан ряд проектов, которые в порядке эксперимента апробируются в различных (специальных) коррекционных школах.

Так, с 1995 г. такой эксперимент осуществляется в Санкт-Петербурге. Разработанные петербургскими специалистами (под научным руководством Л.М. Шипицыной) образовательные

стандарты включают для детей с двигательной патологией 4 варианта обучения (см. табл. 5).

Варианты обучения зависят от различной степени тяжести патологии опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушением интеллекта, речи и др.).

Достижение различных уровней образованности по одному из вариантов стандарта может быть достигнуто в соответствии с потенциальными возможностями учащихся.

При организации обучения по любому варианту возможны разнообразные формы занятий: индивидуальное обучение на дому, обучение в школе, школе-интернате, интегрированное обучение, экстернат. Формы и срок обучения зависят от особенностей психофизического развития ребенка и выбора образовательного маршрута.

Согласно данной концепции о стандарте специального образования для этой категории детей возможно обучение по четырем вариантам на I ступени (см. табл. 5). В зависимости от эффективности обучения на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической консультации, решения педагогического совета школы, согласия родителей могут изменяться варианты образовательных программ уже на I ступени по итогам года. С первого варианта может быть осуществлен перевод учащихся на второй, третий и четвертый варианты образовательных программ. Со второго варианта образовательных программ может осуществляться перевод на первый, третий и четвертый варианты и т. д.

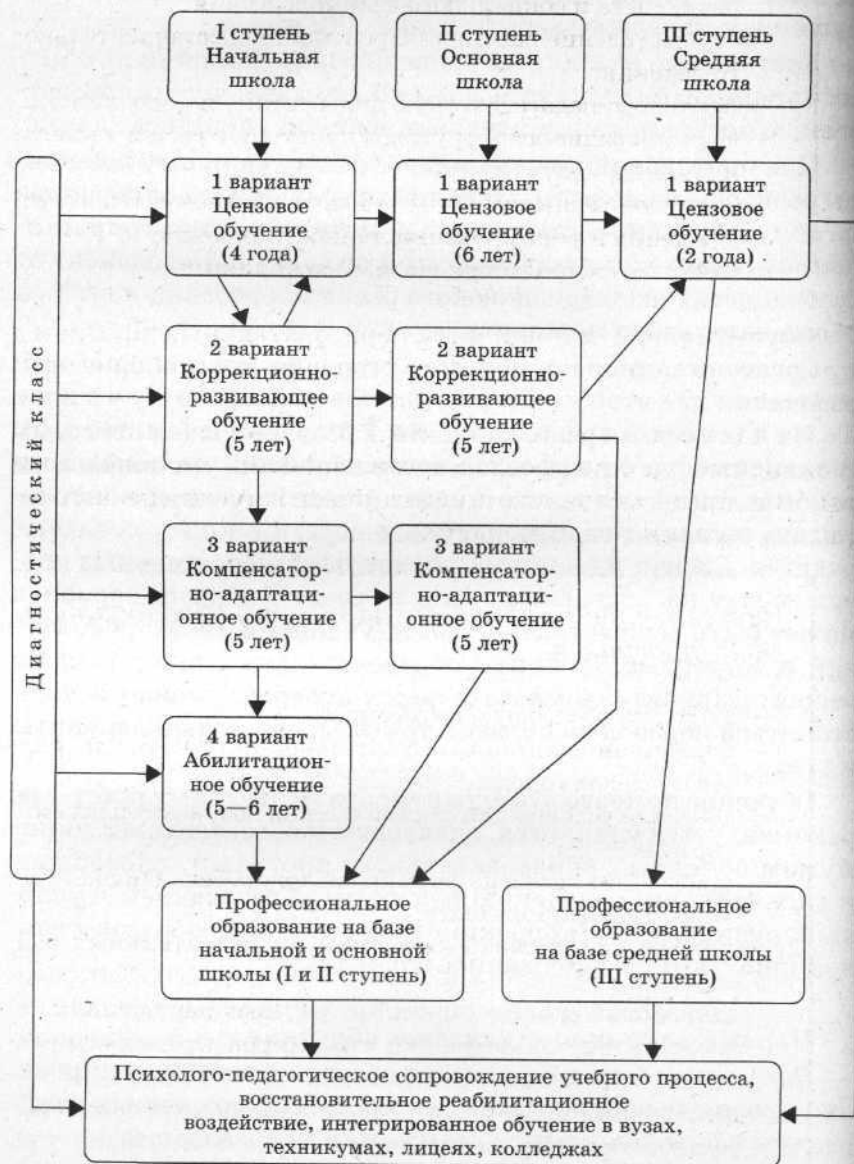
Обучение по первому варианту образовательных программ рекомендуется учащимся, овладевшим обязательным минимумом основных образовательных программ, способным к дальнейшему овладению цензовым образованием в условиях специальной (коррекционной) или общеобразовательной школы (интегрированное обучение).

#### *Первый вариант — цензовое обучение*

На I ступени обучения обеспечивается формирование уровня исходной грамотности, предусмотренных федеральным и региональным стандартами образования.

Таблица 4

Схема стандарта образования в специальных (коррекционных) учреждениях для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата



### Педагогический процесс включает:

- формирование умений и навыков устной и письменной речи, счета и социального взаимодействия;
- осуществление специализированного восстановительного лечения;
- психолого-педагогическую диагностику и коррекцию;
- формирование основ трудовой культуры и расширение социальных контактов;
- активное взаимодействие семьи и образовательного учреждения в формировании личности ребенка;
- развитие функций рук и общей моторики.

Обучение по 1-му варианту образовательных программ продолжается в течение 4 лет, включая диагностический класс.

На II ступень первого варианта образовательных программ переводятся учащиеся, овладевшие знаниями, умениями и навыками, предусмотренными стандартами I ступени первого варианта образовательных программ.

### Итоги обучения по 1-му варианту образовательных программ:

- выход на начальную грамотность;
- первичная адаптация в социальной окружающей среде и в пределах города;
- создание условий для формирования познавательных интересов;
- ориентация семьи на формирование у ребенка полного самообслуживания в быту;
- первичный уровень компенсации двигательных расстройств;
- первичный уровень коррекции речевых нарушений;
- развитие мелкой моторики и формирование целенаправленных практических действий;
- реализация различных видов и способов трудовой деятельности, доступной ребенку.

Учащиеся, успешно закончившие обучение на I ступени, переходят на II ступень своего варианта обучения.

На II ступени обучения обеспечивается достижение уровня функциональной грамотности в условиях общеобразовательной или специальной школы.

*При обучении реализуются следующие задачи:*

- овладение познавательными средствами, необходимыми в жизнедеятельности;
- ознакомление с компьютерной и технической грамотностью;
- формирование ориентации в социальной среде;
- формирование умения применять полученные навыки в нестандартных ситуациях, в сферах трудовой, общественной, семейной, в коммуникативной деятельности;
- компенсация двигательных расстройств в основных видах деятельности;
- формирование реального осознания своих возможностей, самоконтроля при целенаправленной двигательной деятельности.

На III ступени обучения достигается уровень информированности и компетентности, а также предпрофессиональная ориентация; адаптация и социализация личности.

На этой ступени образование может осуществляться в системе общеобразовательных и специальных школ и в средних специальных учебных заведениях (училищах, техникумах, ПТУ).

На III ступени в системе специальных (коррекционных) школ остаются учащиеся, нуждающиеся в охранительном режиме и лечебных мероприятиях. Учащиеся с компенсированными нарушениями интегрируются в общеобразовательные школы.

*Второй вариант — коррекционно-развивающее обучение*

Этот вариант обучения рекомендуется учащимся, имеющим затруднения в усвоении общеобразовательной программы, но показавшим в процессе психолого-педагогической диагностики наличие потенциальных возможностей для усвоения цензового образования в условиях специальной школы, но более медленными темпами, и имеющим возможность к продуктивному использованию помощи.

Второй вариант образовательных программ ориентирован на создание условий к получению цензового образования на второй ступени либо на продолжение обучения по данному варианту. Продолжительность обучения 5 лет, включая диагностический класс.

*Показатели итогов обучения на I ступени по второму варианту образовательных программ:*

- определение и подбор видов и способов трудовой деятельности с учетом особенностей ребенка;
- первичный уровень компенсации двигательных расстройств;
- формирование первичных навыков организации собственной трудовой деятельности;
- перевод на первый вариант образовательных программ (цензовый) на II ступени;
- продолжение обучения по второму варианту образовательных программ на II ступени;
- перевод на третий вариант образовательных программ.

Учащимся, нуждающимся в более длительной дифференцированной работе, имеющим тяжелые нарушения речи или испытывающим психологические трудности при изменении коллектива, рекомендуется продолжение обучения по второму варианту в условиях специальной (коррекционной) школы или классов выравнивания.

Продолжать обучение по второму варианту образовательных программ следует учащимся, которым необходимо



увеличение учебного времени и дифференцированная помощь педагогов для освоения программы цензового образования второй ступени.

На обучение по третьему варианту образовательных программ переводятся учащиеся, не овладевшие минимумом знаний, умений и навыков, предусмотренных стандартом цензового образования первой ступени.

Второй вариант образовательных программ предполагает достижение предпрофессиональной подготовки, необходимой для получения в дальнейшем профессионального образования.

Обучение на III ступени (средняя школа) могут продолжить учащиеся, достигшие более высокого уровня подготовки, в условиях специальной школы для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата или интегрированных в классах массовой школы. Учащиеся, успешно закончившие III ступень (11—12 классы), получают «Аттестат зрелости» того же образца, что и выпускники средней общеобразовательной школы.

#### **Третий вариант — компенсаторно-адаптационное обучение**

Этот вариант рекомендуется учащимся, имеющим отклонение в интеллектуальной сфере, низкий уровень обучаемости, которые из-за имеющегося дефекта не смогут достичь уровня образованности, соответствующего основному (цензовому) образованию.

Данный вариант образовательных программ ориентирован на достижение каждым учеником того уровня образованности, который соответствует его потенциальным возможностям.

Обучение по третьему варианту образовательных программ заключается в ранней ориентации на подготовку к овладению профессиям, не требующим цензового образования.

Образовательной программой предусмотрено усвоение коррекционной программы специальной школы VIII вида (для детей с умственной отсталостью) в течение пяти лет, включая диагностический класс.

<i>Основные при обучении</i>	<i>направления по данному</i>	<i>работы варианты:</i>
------------------------------	-------------------------------	-------------------------

- |  |  |  |
|--|--|--|
| — создание условий для развития познавательной деятельности;           |  |  |
| — первичная адаптация в социальной окружающей среде;                   |  |  |
| — частичное самообслуживание в быту и привитие навыков личной гигиены; |  |  |
| — формирование мотивов трудовой деятельности;                          |  |  |
| — развитие коммуникативной деятельности.                               |  |  |

В случае значительных затруднений в овладении программой обучения учащиеся по окончании каждого класса I ступени могут быть переведены на абилитационное обучение (четвертый вариант) для детей и подростков с тяжелой степенью нарушений в интеллектуальном развитии.

На II ступени (основная школа) третий вариант обучающих программ ориентирован на достижение предпрофессионального уровня, обеспечивающего возможность дальнейшей трудовой деятельности и создание предпосылок к социальной адаптации.

#### **Программа II ступени с п е циальной школы VIII вида:**

- |   |
|---|
| — достижение уровня знаний, соответствующего познавательным возможностям; |
| — компенсация двигательных расстройств в основных видах деятельности;     |
| — овладение доступными видами профессиональной деятельности;              |
| — формирование личностной ориентации на трудовую деятельность;            |
| — создание предпосылок к социальной адаптации.                            |

В зависимости от состояния здоровья, степени нарушения двигательной и интеллектуальной сферы учащиеся могут продолжить обучение в классах профессиональной подготовки.

*Четвертый вариант — абилитационное обучение*

В контингенте учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеются дети, которые не могут усвоить программу третьего варианта обучения, в силу тяжести и глубины нарушений познавательной деятельности и речи, сопутствующих двигательному дефекту. «

Программа данного варианта направлена на коррекцию личности ребенка, его познавательных возможностей, компенсацию двигательных нарушений, социальную адаптацию и интеграцию в общество сверстников и взрослых.

В классе обучается по три человека или осуществляется надомное обучение, для каждого из детей выбирается свой индивидуальный маршрут развития, возможно разновозрастное комплектование класса.

Уровень образованности, овладение санитарно-гигиеническими навыками, двигательную компенсацию при обучении чтению, счету, письму можно условно назвать пропедевтическим.

В зависимости от состояния двигательной сферы, степени нарушения умственного развития срок обучения по четвертому варианту может быть 5—6 и более лет.

### Учебный план

*Обучение детей, имеющих тяжелые двигательные нарушения или сочетание двигательных и речевых нарушений, предусматривает максимально возможную индивидуализацию обучения:*

- гибкий учебный план, позволяющий учитывать специфику нарушений;

- разноуровневые программы, адаптированные для коллективного и индивидуального обучения;
- вариативное начальное обучение с обязательным пропедевтическим периодом в подготовительном (диагностическом) классе.

Диагностический класс следует рассматривать как подвижную структуру, основная задача которой — изучение возможностей ребенка, проведение соответствующих психолого-педагогических исследований и подготовка к дальнейшему обучению в начальной школе.

Особенно необходим диагностический класс для детей, не прошедших специальной дошкольной подготовки и не достигших функциональной школьной зрелости. В учебный план диагностического класса вводят основы изобразительной деятельности и конструирования, ритмику, а также специальные дисциплины: самообслуживание и бытовая ориентировка, сенсорное воспитание.

Наряду с предметами общеобразовательного цикла учебным планом предусматриваются занятия по коррекции нарушенных функций.

Важная роль отводится трудовой и профессиональной подготовке, решающей многие лечебные задачи (развитие и коррекция мелкой моторики рук) и задачи социальной адаптации — подготовка к будущей профессиональной деятельности.

Вся учебная деятельность имеет коррекционную направленность на преодоление отклонений в физическом развитии, познавательной и речевой деятельности. Организация учебного процесса предполагает применение специальных методов и приемов обучения и воспитания, в который обязательно включаются:

1) ЛФК (групповые и индивидуальные занятия в целях коррекции и компенсации дефекта у детей с преимущественно двигательной патологией), которая организуется на фоне медикаментозного, ортопедического физиолечения, массажа, водных процедур.

2) Логопедические занятия для детей с речевой патологией, с использованием компьютерных программ при самых тяжелых нарушениях (анартрия).

*Для получения образования детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимо обеспечить специальные условия:*

- различные организационные формы обучения,
- специально приспособленное здание (лифты, пандусы и др.),
- специальная мебель,
- специальные приспособления и приборы для обучения (ортопедическая обувь, ручки и др.),
- компьютерные классы,
- мастерские для трудовой подготовки.

*Достижения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в овладении программным материалом оценивают на протяжении всего периода обучения в школе. С этой целью используют:*

- тестовые задания для изучения уровня достижений в овладении знаниями, умениями и навыками по этапам обучения с учетом развития двигательных и речевых навыков;
- тематические текущие и годовые проверочные задания по основным предметам на протяжении всего периода обучения;
- срезовые задания, выявляющие жизненные потребности и интересы учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- экзамены за курс средней школы проводятся по билетам для общеобразовательной школы;
- анкеты для педагогов, воспитателей и родителей, позволяющие оценивать продвижение детей в интеллектуальном, речевом и двигательном развитии и выявлять трудности в овладении учебным материалом и особенности их поведения.

Соотношение, общеобразовательных, коррекционно-развивающих и индивидуальных занятий физкультурой, постоянная работа специального психолога и логопеда с детьми, учителями и родителями дает возможность постоянно корректировать образовательный маршрут каждого ребенка. Важную роль играет организация психолого-педагогического сопровождения учащихся с ДЦП, особенно при переходе с одной ступени обучения на другую, овладении профессионально-трудовыми навыками и интеграции в социум.

В последние 10 лет в системе образования созданы альтернативные формы обучения: гимназии, лицеи, колледжи и др. Родителям предоставлена свобода в выборе той или иной формы обучения своего ребенка.

До недавнего времени большинство детей с церебральным параличом обучались и воспитывались в специальных (коррекционных) дошкольных и школьных учреждениях. В настоящее время некоторые родители детей с ДЦП стремятся обучать их в общеобразовательных учреждениях.

Для более успешной организации учебного процесса учащихся с ДЦП учителю необходимо понимать особенности их психофизического развития, а также наиболее характерные трудности, возникающие у них при овладении учебным материалом и обусловленные характером основного заболевания. Педагогу важно понимать, как возникло то или иное затруднение в обучении, на каком этапе и как оно отражается на степени усвоения программного материала.

Установление тесного контакта и сотрудничества учителя с родителями является обязательным условием более успешной адаптации ребенка с ДЦП в структуру массовой школы. Родители должны принимать участие в изготовлении дидактических материалов, наглядных пособий, специальных приспособлений, облегчающих овладение учащимися с двигательными нарушениями навыками письма и чтения. Следует обратить внимание на тот факт, что параллельно с обучением в массовой школе ребенок с ДЦП должен продолжать получение специального комплекса лечебно-восстановительных мероприятий на базе районной поликлиники, проходить курсы лечения в специализированных клиниках.



Перед приходом ребенка с двигательными нарушениями в массовый класс необходима предварительная работа со здоровыми учащимися.

Учитель должен рассказать о личности больного ребенка, раскрыть мир его увлечений. Одновременно в очень тактичной форме учитель должен дать понять ученикам, что нельзя сосредоточивать их внимание на дефекте больного ребенка, тем более дразнить, обижать его, объяснить детям необходимость оказания ему посильной помощи (помогать спускаться по лестнице, передвигаться в физкультурном зале и т. д.), проявления терпения при замедленных ответах, письме и затруднениях при выполнении любых других заданий.

#### § 4. Проблемы реабилитации и обучения детей с тяжелыми формами ДЦП

Проживающие в крупных городах 60—70% детей с церебральным параличом обучаются в школах-интернатах, которые ставят своей задачей не только *сочетание учебно-воспитательного и лечебного процессов*, но и проведение *трудового обучения*, своевременной и целенаправленной *профессиональной ориентации*.

В школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата обучаются самостоятельно передвигающиеся и обслуживающие себя дети с сохранным интеллектом, ЗПР и умственной отсталостью в легкой степени.

Дети с тяжелыми формами ДЦП имеют возможность обучаться только на дому по резко сокращенной общеобразовательной программе (без неоправданного исключения ряда школьных дисциплин), с нерегулярным посещением преподавателей, в обстановке полной изоляции от сверстников, без профессиональной ориентации.

*При тяжелых формах ДЦП больной ребенок и семья, воспитывающая такого ребенка, автоматически выбывает из активного общественного процесса по причинам:*

1. Отсутствие радикальной медицинской помощи: сегодняшний низкий уровень развития данного направления в медицине, отсутствия государственного финансирования, внедрения зарубежного и отечественного опыта реабилитации и подготовки специальных медико-педагогических кадров, отсутствия социальных программ абилитации детей и реабилитации подростков-инвалидов.
2. Необходимость одному из членов семьи (чаще всего матери) оставлять работу вообще, либо менять свою профессию на низкооплачиваемую должность, не всегда постоянную, с тем чтобы высвободить время для работы с ребенком в качестве медицинской сестры, методиста ЛФК, педагога, воспитателя, няни. Это обстоятельство тяжело сказывается на материальном положении семьи. С учетом сегодняшнего экономического состояния эта причина не позволяет родителям правильно воспитывать больного ребенка из-за отсутствия средств и неподготовленности родителей к оказанию помощи по всем направлениям воспитания такого ребенка, его подготовки к самостоятельной жизни. Вместе с тем трудно переоценить значение деятельности родителей в восстановительном лечении ребенка-инвалида, но для эффективного включения их в этот процесс государством должны быть созданы определенные условия.

Самым оптимальным вариантом по дальнейшему улучшению материального положения, медицинского обслуживания, социальной адаптации таких семей является нахождение ребенка-инвалида без отрыва от семьи в специализированном детском учреждении, где ему будут созданы наиболее благоприятные условия в получении образования, лечении, профессиональной ориентации, трудовом устройстве, психологической подготовке к самостоятельной жизни;

3. Отсутствие нужного количества и взаимодействия специальных детских учреждений по медико-педагогической реабилитации детей, страдающих тяжелыми формами нарушения двигательных функций с сохранным интеллектом.

Вышеизложенные причины не оставляют практически надежды таким детям быть интегрированными в общественный процесс: получить образование, специальность, создать семью, т. е. быть равноправными членами общества.

*Основные направления развития личности ребенка:*

- максимально возможное улучшение физического состояния здоровья, что чаще всего сводится к приобретению и дальнейшему закреплению навыков самообслуживания, передвижения, труда;
- обучение по программе с учетом индивидуальных физических и умственных возможностей каждого ребенка-инвалида;
- ранняя профессиональная ориентация, выбор дальнейшей сферы деятельности;
- психологическая подготовка и осознание своего будущего места в обществе, значение своей личности, гарантия осознания своей необходимости в обществе.

Решение перечисленных задач невозможно только силами специалистов, обучение которых для работы с данным контингентом больных практически не ведется; большую роль в подготовке подростка-инвалида к жизни играет семья, членов которой также необходимо обучать. Только тандем «семья—школа» дает возможность работать непрерывно, длительно и разнообразно, поскольку дома ребенок проводит значительную часть времени. Грамотно работающие и заинтересованные в конечном результате родители продолжают

выполнение начатых в школе мероприятий, благодаря чему может быть достигнута большая результативность коррекционных мероприятий.

## § 5. Организация психологического сопровождения в школе

Организация психологического сопровождения детей с ДЦП в учебно-воспитательном процессе позволяет связать через единство целей и задач, традиционно разрозненных ее участников — родителей, педагогов и самих детей.

Особое значение приобретает психологическое сопровождение при коррекции нарушений развития. В тех же случаях, когда множественные первичные дефекты с годами обрастают вторичными и третичными, образуя вкуче с ними индивидуально неповторимый системный дефект развития (а именно так происходит при ДЦП), психологическое сопровождение оказывается ведущим фактором, обеспечивающим не только компенсацию дефектов и коррекцию развития, но и личностный рост.

Традиционный путь — непосредственное использование учителем психологических рекомендаций зачастую не эффективен, поэтому необходимо внедрение в школу специальной психолого-педагогической медико-социальной (ППМС) службы сопровождения.

*Служба ППМС-сопровождения осуществляет поэтапную организацию постоянной работы в следующих направлениях:*

1. Психолого-медико-педагогическое просвещение.
2. Психолого-медико-педагогическое консультирование.
3. Психолого-медико-педагогическая диагностическая работа.
4. Коррекционно-развивающая работа.
5. Психопрофилактика и психогигиена.

Психолого-медико-педагогическое просвещение проводится в форме лекционно-семинарских спецкурсов со сменными блоками, учитывающими специфику аудитории, и частично — в режиме активного социально-психологического обучения (балнтовские группы, деловые игры, групповые дискуссии).

Психолого-медико-педагогическое консультирование как индивидуальное, так и групповое рекомендуется для администрации школы, учителей и родителей по проблемам обучения и воспитания детей. Индивидуальное консультирование учащихся осуществляется по проблемам обучения, развития, межличностных отношений, самоопределения и пр. Групповое консультирование учащихся организуют по проблемам самовоспитания, профессиональной ориентации, культуры умственного труда и др.

Индивидуальное психологическое консультирование представляет собой цикл, включающий в себя клиническую беседу, экспресс-диагностику, разработку и передачу пациенту психолого-медико-педагогических рекомендаций, а при необходимости — проведение сеансов психотерапии.

Групповое психологическое консультирование рассчитано на обсуждение (под руководством психолога) проблем, общих для всех участников, с совместным поиском оптимальных путей их решения.

Комплексная психолого-медико-педагогическая диагностика индивидуального развития осуществляется на основе углубленного исследования ребенка с ДЦП.

*В результате такой диагностики решаются задачи:*

- контроля динамики психического и физического развития;
- установление оптимального направления развития;
- создание необходимых условий развития;
- коррекция психического и физического развития ребенка.

*Содержание диагностической работы предусматривает:*

- первичную диагностику;
- сбор дополнительной информации о ребенке;
- конструирование диагностических процедур;
- проведение диагностических процедур;
- установление психолого-медико-педагогического диагноза;
- разработку индивидуальной программы развития;
- составление индивидуального плана коррекционной работы;
- организацию коррекционной работы и текущего контроля.

Коррекционно-развивающая работа строится на основе углубленной диагностики в динамике развития.

*Задачи коррекционной развивающей работы:*

- контроль личностного роста;
- сохранение и оперативная коррекция условий личностного роста.

Реализуются индивидуальные программы развития ребенка, его обучения и воспитания с организацией промежуточного контроля и коррекции различных аспектов программы в зависимости от успехов ребенка и его трудностей.

Психопрофилактика и психогигиена призваны активно содействовать личностному росту и сохранению психического здоровья детей и подростков с ДЦП.

*Задачи службы ППМС-сопровождения:*

1. Контроль среды развития ребенка.
2. Формирование развивающей среды.
3. Предупреждение возможных осложнений в критические периоды развития.



**Содержание психопрофилактической работы предусматривает:**

- текущую диагностику и коррекцию психического и физического здоровья участников учебно-воспитательного процесса;
- текущий контроль и коррекцию межличностных отношений;
- помощь в создании и поддержании благоприятного социально-психологического климата в семье и школе.

**Для ППМС-сопровождения необходимо соблюдать следующие условия:**

- координация деятельности в рамках единого психолого-медико-педагогического комплекса;
- возможно более раннее (не позднее трехлетнего возраста) начало индивидуальной работы с ребенком с ДЦП и его семьей.

**§ 6. Профессиональная ориентация**

Важнейшим аспектом комплексной реабилитации учащихся с ДЦП является профессиональная реабилитация, включающая в себя профориентацию.

Профессиональная ориентация — это обобщенное понятие одного из компонентов общечеловеческой культуры, проявляющегося в форме заботы общества о профессиональном становлении подрастающего поколения, поддержки и развитая природных дарований. Профориентация содействует социальной адаптации молодых людей с ДЦП к общественно-производственной деятельности, помогает им в профессиональном самоопределении и выборе оптимального вида занятости с учетом состояния здоровья, его потребностей и возможностей, а также социально-экономической ситуации на рынке труда.

Можно выделить следующие аспекты профориентации: *социально-экономический, психолого-педагогический и медико-физиологический*, которые находятся в тесной взаимосвязи.

Экономический аспект профориентации — это процесс управления выбором профессии и места работы в соответствии с потребностями общества и возможностями личности.

Социальный аспект профориентации заключается в формировании ценностных ориентации в профессиональном самоопределении молодых людей. Представления о той или иной профессии, виде труда, оценки и отношении к этим видам знаний складываются под влиянием оценок общественного мнения ближайшего социального окружения.

Психологический аспект профориентации состоит в изучении структуры личности, создании методов изучения и оценки профессионально значимых ее свойств, а также различных типов деятельности и профессий. Психологические исследования призваны вскрыть сущность процессов соответствия системы «человек—профессия» и способствовать формированию профессиональной направленности. Психологический аспект переплетается с педагогическим.

Педагогический аспект профориентации в полной мере проявляется при организации профессионального обучения учащихся с ДЦП, что ведет к формированию у них профессиональных интересов, соответствующих психофизическим и физическим особенностям, облегчает своевременное выявление и развитие их профессиональных наклонностей.

Медико-физиологический аспект профориентации выдвигает такие основные задачи, как разработка критериев профотбора в соответствии с состоянием здоровья.

Трудовая подготовка осуществляется как в процессе повседневной жизни, так и на специальных занятиях по трудотерапии. Профориентация детей с церебральным параличом проводится в течение всего периода обучения с целью подготовки к будущей профессии, более всего соответствующей психофизическим возможностям и интересам подростка.

В школах-интернатах работают различные трудовые мастерские: швейные, столярные, слесарные.

Детей обучают делопроизводству и машинописи, компьютерным технологиям, садоводству и другим специальностям.

В психологии накоплен богатый опыт, позволяющий оценить сложности, возникающие в процессе профессионального самоопределения, сознательного выбора профессии. Суть его состоит в том, что выбор профессии подростком рассматривается как многоэтапный процесс выработки и принятия решения. Выбор будущей профессии является одним из первых самостоятельных шагов молодого человека в условиях высокой личной, групповой и социальной значимости. Ошибка в выборе будущей профессии нежелательна, так как ее последствия будут сказываться всю жизнь. Значимость профессионального самоопределения человека возрастает, если у него имеются значительные отклонения в здоровье, приводящие к инвалидности. Для инвалида овладение профессией и трудоустройство в значительной мере имеют адаптационное значение.

#### *Профессиональная ориентация осуществляется в целях:*

- обеспечения социальных гарантий в сфере выбора профессии, формы занятости и путей самореализации личности в условиях рыночных отношений;
- достижения сбалансированности между профессиональными интересами инвалида, его физическими возможностями, психологическими особенностями и возможностями рынка труда.

В организации процесса профессиональной ориентации условно можно выделить несколько основных подходов. Н.С. Пряжников (1996) на основании анализа различных литературных источников выделяет девять направлений организации помощи в выборе профессии:

1. *Справочно-информационное и просветительское направление* крайне важно при условии, если предоставляемая

клиентам информация является достоверной, достаточно свежей и эстетически оформленной. Эффективность данного направления работы значительно повышается, если с инвалидами профориентационная и профконсультационная работа проводится систематически, постепенно формируя у них готовность самостоятельно ориентироваться в обилии профессиографической информации.

2. *Текстологическое направление* является наиболее распространенным в профориентации. Оно является удобной стратегией в работе с инвалидами с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
3. *«Глубинное» направление*, связанное с психоанализом и его различными видами. В этом направлении предполагается, что в каждом человеке заложены глубинные психодинамические образования (энергия страха, агрессии, либидо и т. п.), которые необходимо распознать и направить в полезное русло, в том числе и в профессиональную деятельность.
4. *Гуманистическое направление* предполагает центрирование на личности клиента, которое достигается различными техниками установления психологического контакта с ним. Психологи этого направления пользуются очень эффективными психотерапевтическими технологиями. Однако их применение часто превращается в сеанс психотерапии, при этом теряется специфика собственно профессионального самоопределения.
5. *Организационно-управленческий подход* подразумевает координацию работы между различными службами социально-медицинской помощи, психологическими службами, учебными заведениями и предприятиями. В настоящее время координация усилий по социализации и интеграции инвалидов в обществе недостаточно.
6. *Рационалистический подход* предполагает опору на чисто логическое принятие решения, когда сложные профессиональные и жизненные выборы «просчитываются» с опорой на определенные правила размышления, на логические схемы и т. п.

7. *Воспитательный (мировоззренческий, идеологический)* подход существовал всегда, только идеология была различной. В его основе лежат ценностно-нравственные ориентиры современности. Применительно к инвалидам этот подход наиболее важен, поскольку через воспитание можно улучшить процесс интеграции их в обществе.
8. *«Частичные услуги»* — это такое направление, которое позволяет оказать клиенту «частичную», но зато реальную помощь, например дать справку, информацию, исследовать разновидность какого-то качества, просто «отрепетировать» его и т. п. В большинстве случаев профконсультант вынужден работать именно в рамках данного подхода. Однако для развития центров профориентации инвалидов, улучшения качества работы с данным контингентом необходимо вести более глубокую работу, сочетая ее с неизбежными «частичными услугами».
9. *Активизирующий подход* предполагает постепенное формирование у клиента внутренней готовности к осознанному и самостоятельному построению, корректировке и реализации перспектив своего развития (профессионального, жизненного и личностного).

При планировании проведения профессиональной ориентации среди молодых людей с ДЦП необходимо учитывать все стратегии профконсультационной помощи. При этом в качестве ведущего направления целесообразно выбирать активизирующий подход. В его основе лежит центральная идея реабилитационного процесса — развитие личности инвалида, максимально возможная компенсация нарушений.

#### Схема профориентационной работы среди учащихся с ДЦП

В ходе профориентационной работы с инвалидами по ДЦП следует придерживаться определенной системы:

1. *Предварительный этап.* До встречи с ребенком с ДЦП нужна профориентационная помощь, психолог должен познакомиться с предварительной информацией о нем. На основании анализа этой информации выдвинуть предварительную

профконсультационную гипотезу (определить проблему и наметить пути ее решения).

Первичную информацию о профессиональных ориентирах учащегося с ДЦП можно получить, например, в первоначальной беседе с ребенком, которому нужна профориентационная помощь. В ходе беседы выясняются необходимые сведения о нем, его интересы и склонности, а также наличие профессиональных интересов, степень продуманности путей приобретения профессии, наличие резервных профессиональных намерений, адекватность оценки учащимся своих возможностей в овладении избранной деятельностью и т. д.

*При изучении профориентационных намерений используются разнообразные анкеты, беседы, сочинения на тему о выборе профессии. При этом необходимо выяснить следующие факты:*

- есть ли у учащихся предпочитаемые профессии, продуманы ли пути овладения ими (учебные заведения, конкретные предприятия и т. д.);
- имеются ли резервные профессиональные намерения на случай, если не осуществляются основные, и т. д. Можно полагать, что профессиональные намерения серьезны, если учащийся с ДЦП отвечает на вопросы о содержании труда, привлекательных сторонах профессии, режима и условий работы и т. д.

2. *Общая оценка ситуации.* Оценить ситуацию ориентации и консультирования можно по следующим ее составляющим: особенности данного учащегося (в чем он сам видит для себя проблему), условия консультирования (насколько они позволяют решать его проблемы), самооценка психолога (насколько он готов помочь данному ребенку). На этом этапе важно не столько «исследовать» учащегося с ДЦП, сколько помочь ему сформулировать собственную проблему, поэтому особое значение здесь имеет организация эмоционально-доверительного контакта с ним. Развитие этого контакта в ходе профориентации происходит по следующей логике: вначале —



максимальная доброжелательность, далее — доброжелательность и конструктивность, в конце — доброжелательность и оптимистическое настроение.

**3. Выдвижение (или уточнение) профконсультационной гипотезы**, которая включает: общее представление о проблеме и возможные пути и средства ее решения (если на предварительном этапе была выдвинута предварительная консультационная гипотеза, то после реальной встречи с учащимся она может быть отредактирована).

Представленные выше этапы являются подготовкой к реальному взаимодействию, которое начинается с третьего этапа: совместное с ребенком-инвалидом уточнение проблемы и целей дальнейшей работы. Смысл данного этапа заключается в том, чтобы и психолог и учащийся с ДЦП работали над единой проблемой, над единым предметом их дальнейшей совместной деятельности.

**4. Совместное решение выделенной проблемы**, допускающее использование в ряде случаев и не активизирующих методов, например стандартизированных психодиагностических средств.

Важно выявить интересы и склонности ребенка с ДЦП к определенным видам деятельности, профессиям. Основным показателем здесь является стремление к длительному и систематическому занятию определенным видом деятельности. Информацию об интересах и склонностях учащихся можно получить из наблюдений за их деятельностью, бесед о предпочитаемых ими видах деятельности с ними и их родителями.

Психологическое профдиагностическое обследование позволяет оценить адекватность профвыбора ребенка его реальным психическим возможностям и выявить специфику психологических детерминант этого выбора.

*Углубленное психологическое обследование дает ценную профдиагностическую информацию, заключающуюся в сведениях:*

- о состоянии интеллектуально-мнестических функций, особенностях структуры интеллекта и об уровне интеллектуального развития в целом;

- о состоянии психических функций, о свойствах личности и темперамента, обеспечивающих предпочтение той или иной динамики трудовой деятельности, специфики ее организационных условий;
- об особенностях личности и характера, определяющих направленность на ту или иную содержательную сторону профдеятельности, о наличии специальных склонностей и способностей.

Так, анализ интеллектуальных параметров позволяет определить вероятность доступности профессий, характеризующихся высокой степенью интеллектуальных нагрузок в целом (умственных видов деятельности), предъявляющих специфические требования к определенному роду мыслительным операциям (абстрактно-логическим, образным и т. п.) и состоянию отдельных интеллектуально-мнестических функций — памяти, внимания, восприятия (например, операторские, водительские профессии).

При профессиональной деятельности, характеризующейся монотонностью, алгоритмизированностью операций, наиболее значимыми являются такие психологические параметры, как эмоциональная устойчивость, способность концентрации внимания, склонность к формированию относительно жестких стереотипов поведения и т. п.

Существенно важными характеристиками для оценки возможности успешного овладения профессией могут быть показатели коммуникативной активности и степень владения коммуникативными навыками, экстра- или интраверсии, эмоциональной ригидности и пластичности, особенности структуры доминирующих ценностных ориентации (утилитарных, социальных и т. п.). Анализ этих данных позволяет определить степень рациональности того или иного профвыбора, исходя из коллективности или индивидуальности условий труда, степени его престижности, личной ответственности, преимущественно творческого или исполнительского уклада и т. п.

Специальная профпсиходиагностика направлена на определение склонностей к различным типам профессиональной

деятельности в зависимости от предмета труда, а также желаний и интересов, обуславливающих ту или иную профессиональную ориентацию личности, позволяет выявить предпочитаемые профессии, исходя их обобщения их существенных характеристик (физическая тяжесть, уровень нервно-психического напряжения, система подчинения и т. п.), оценить уровень осведомленности о различных профессиях, специфику отношения предпочитаемого типа деятельности с характерологическими особенностями.

*С целью профпсиходиагностики могут быть использованы различные методики, например:*

- *дифференциально-диагностический опросник Е.А. Климова*, который позволяет выявить склонность к типам профессиональной деятельности в зависимости от предмета труда, выделяя следующие пять типов: человек-природа, человек-техника, человек-человек, человек-знаковая система, человек-художественный образ;
- *карта интересов*, позволяющая изучить глубину интересов и склонностей в разных сферах деятельности;
- *опросник профессиональной готовности*, позволяющий выявить способности и желание заниматься определенным типом профессиональной деятельности;
- *опросник профессиональной направленности*, предоставляющий возможность определить модель желаемой и доступной профессии на основании обобщения ее существенных характеристик (физическая тяжесть, коллективность — индивидуальность, уровень нервно-психического напряжения, система подчинения, уровень оплаты и т. п.), а также выявить предпочитаемый тип деятельности (предмет труда) и оценить информированность о содержательной стороне различных профессий;
- *методика Голланда*, позволяющая выяснить соотношения предпочитаемого типа деятельности (рационалистический, артистический и т. п.), с характерологическими особенностями личности;

- *методика изучения коммуникативных и организаторских склонностей*, которая опосредованно определяет коммуникативные и организаторские способности через выявление и оценку соответствующих склонностей.

Использовать специальные «профдиагностические» психологические методики следует, начиная с подросткового возраста (примерно с 14 лет), когда актуализируются субъективная и объективная значимость профвыбора.

Итоговое профориентационное заключение формируется на основании обобщения клинико-функциональных, психологических и педагогических исследований.

*О высоком уровне профессиональной направленности учащихся можно сделать вывод на основании исследующих данных:*

- 1) преобладает ли высокая мотивация в выборе профессии (интерес к содержанию труда, осознание социальной значимости выбранной профессии и т. д.);
- 2) если в кругу профессиональных интересов преобладают такие, которые удовлетворяются в активно-деятельных формах (занятия в кружке, участие в конкурсах и т. д.).

Низкий уровень профессиональной направленности определяется другим соотношением мотивов и интересов. В этом случае преобладают материальные мотивы выбора профессии (зарплата, престижность, условия труда и т. д.) или косвенные — внешние по отношению к данной профессии (принуждение родителей, местонахождение учебного заведения). При низком уровне профнаправленности интерес к данной деятельности либо отсутствует, либо преобладают относительно пассивные по своему характеру интересы (например, чтение научно-популярной литературы по предполагаемой специальности).

После окончания школы подростки продолжают профессиональное обучение в профучилищах, лицеях, колледжах или

в высших учебных заведениях, для поступления в которые, они имеют определенные льготы. Существует также сеть специализированных профучилищ Министерства социальной защиты. Для выбора профиля учреждения, в котором наиболее целесообразно учиться или работать подростку, страдающему церебральным параличом, проводится экспертиза трудоспособности. При трудоустройстве инвалидов строго следуют рекомендациям ВТЭК (врачебно-трудоустройственной комиссии).

При проведении профориентации учащихся-инвалидов; *нужно учитывать характер протекания их основного заболевания.* Все заболевания опорно-двигательного аппарата можно разделить на две группы. В одну группу входят болезни, которые не носят прогрессирующего характера. К ним можно отнести ДЦП, полиомиелиты, недоразвитие конечностей и другие. В другую группу — заболевания, носящие прогрессирующий характер (миопатии, рассеянный склероз и прочие). Знания о характере протекания заболевания нужны для правильного прогнозирования эффективности профессиональной деятельности инвалида с двигательной патологией.

**Общие противопоказания к приему на обучение в высшие учебные заведения для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата:**

- открытые формы туберкулеза, активный прогрессирующий туберкулез;
- хронические заболевания легких с выраженной легочно-сердечной недостаточностью;
- заболевания сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения;
- хронические заболевания почек с явлениями стойкой почечной недостаточности;
- эндокринные заболевания тяжелой формы в фазе декомпенсации (инсулинозависимый диабет);

- заболевания системы крови, за исключением лимфолейкоза в фазе ремиссии более трех лет;
- высокая ампутация трех конечностей;
- тяжелые хронические рецидивирующие заболевания кожи;
- сифилис;
- СПИД (ВИЧ-носительство);
- трахеома;
- кахексия любого происхождения;
- обширные трофические язвы и пролежни;
- больные с психическими расстройствами, а также больные с психопатоподобным поведением;
- прогрессирующие мышечные заболевания (миастения, миопатия, миотония, рассеянный склероз и др.).

**Некоторые особенности инвалидов с ДЦП:**

1. Овладение какой-либо профессией и последующее трудоустройство является одним из основных способов интеграции их в социум здоровых людей.
2. При выборе профессии выпускники школ, как правило, ориентируются на социально-экономическую обстановку и ситуацию на рынке труда, складывающуюся на момент проведения профориентационной работы. В большинстве случаев они не делают долгосрочных прогнозов рынка труда по данной профессии на момент их трудоустройства при окончании обучения. При этом значительное внимание инвалидов сосредоточено на их трудоустройстве.
3. Выпускники-инвалиды основным внутренним своим недостатком, препятствующим их будущей деятельности, в большинстве случаев считают свое заболевание.



При выборе профиля трудового обучения помимо индивидуальных способностей и возможностей учащихся специальных школ необходимо учитывать многочисленные особенности региона, включая его экономику и географическое положение. Это позволит максимально облегчить процесс последующего устройства выпускника-инвалида на работу по полученной в школе специальности.

В большинстве школ для детей с церебральным параличом на наиболее высоком уровне находится бытовая реабилитация, на втором месте — профессиональная реабилитация.

Такое положение связано с отсутствием материальной базы трудовой подготовки, неукомплектованностью кадрами и отсутствием специальных приспособлений. Там, где хорошо поставлено трудовое и профессиональное обучение, достаточно высок уровень социальной реабилитации; это, как правило, обусловлено высокой квалификацией работников, адекватным выбором профиля трудового обучения, обеспеченностью материальной базы.

При получении образования после окончания специальной школы-интерната ее выпускники сталкиваются со значительными трудностями, однако социологические исследования показали, что большинство выпускников специальных школ-интернатов не ограничиваются знаниями и навыками, получаемыми в школе-интернате, а овладевают средним специальным и высшим образованием. Самые большие трудности встают перед выпускниками в процессе трудоустройства. Они обусловлены прежде всего нежеланием администрации брать на работу инвалида. Специфической трудностью, играющей роль при трудоустройстве в большом городе, является необходимость пользоваться общественным транспортом. Инвалиды боятся общения со здоровыми, замыкаются в себе, у них возникает страх быть непонятыми в коллективе. При попытках преодолеть такие трудности выпускники наталкиваются на нежелание здоровых людей входить в более тесное общение с инвалидом, вникать в его проблемы. Одна из причин такого поведения — отсутствие у населения информации о людях с ограниченными возможностями здоровья, о чем будет сказано ниже.

### Профессиональные предпочтения молодых инвалидов

Одним из наиболее важных элементов успешной реабилитации и интеграции инвалидов в общество является *не только их профессиональная ориентация, но и последующее трудоустройство*.

Для инвалидов возможность трудиться означает большее, чем возможность материально обеспечить себя и свою семью. Это дает надежду вырваться из мира болезней и нужды в мир относительного благополучия. Выявление профессиональных предпочтений инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата позволяет очертить круг учебных заведений, с которыми в большей степени необходимо контактировать, добиваясь предоставления льгот при поступлении и индивидуальной программы обучения.

С целью выявления интересов к тому или иному виду деятельности чаще всего используют в процессе профдиагностики «Дифференциально-диагностический опросник» (ДДО) **Е.А. Климова**. В большинстве работ выявлено, что инвалиды-опорники предпочитают профессии типа «человек—человек» (34%), требующие общения с людьми. **Н.В. Финкель (1991)** рассматривает подобные предпочтения как действие защитного механизма. Ряд авторов считает, что это зависит от особенностей личностного развития подростка с нарушением опорно-двигательного аппарата, особенно больных с церебральным параличом.

Для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата важным является сам факт трудоустройства. Можно предположить, что потребность в труде у них носит псевдокомпенсаторный характер. Труд в сознании молодых инвалидов означает реализацию жизненных целей. При этом рабочее место в большинстве случаев у них мифологизировано, т. е. отсутствуют четкие представления о непосредственном характере работы. Причина кроется в недостаточной эффективности профориентационной работы.

Достаточно велико беспокойство детей, страдающих церебральным параличом, о своей будущей профессии и жизни. При социологическом обследовании [**С.Б. Федоров, 2000**] установлено, что не уверены в благополучии своей дальней-

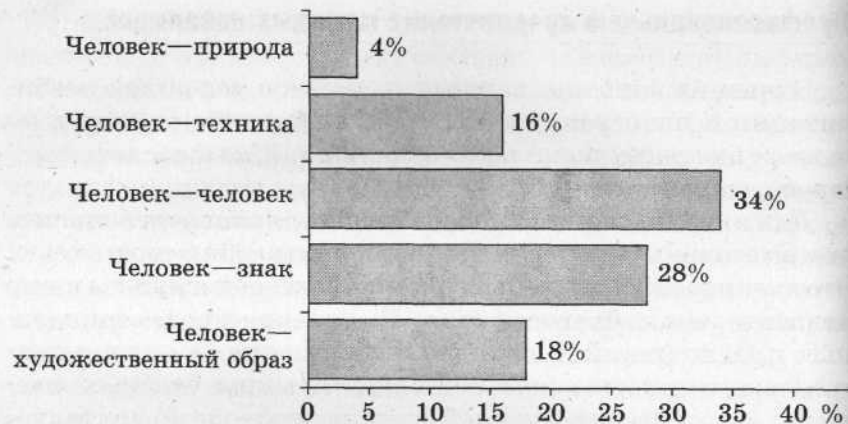


Рис. 14. Профессиональные предпочтения выпускников с ДЦП

шей жизни 76% выпускников школ-интернатов для учащихся с ДЦП Санкт-Петербурга, 68% сомневаются в том, что смогут трудоустроиться.

*Главной причиной беспокойства были названы проблемы здоровья. Среди прочих причин, встречающихся чаще других? можно выделить:*

- экономическую нестабильность в стране;
- боязнь не поступить в учебное заведение послешкольного образования;
- возможная платность образования;
- трудности общения (указаны учащимися с тяжелой в двигательном отношении формой заболевания и детьми с выраженными нарушениями речи);
- недостаточная пенсия по инвалидности;
- безработица;
- негативное отношение со стороны здоровых людей.

Неуверенность инвалидов в завтрашнем дне, возможно, не была бы столь высока, если бы существовала государственная программа трудоустройства инвалидов. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов» предусматривает элементы квотирования рабочих мест для инвалидов в объеме 3% среднесписочной численности работающих на предприятии. Но механизм реализации закона не проработан на уровне Правительства Российской Федерации.

*Основныенаправления работы, позволяющиеосуществлять более успешное трудоустройство инвалидов сДЦП:*

- совершенствование системы профессиональной ориентации;
- расширение перечня учебных заведений профессиональной подготовки и переподготовки инвалидов;
- увеличение количества рабочих мест;
- создание условий для социальной интеграции инвалидов в общество.

#### Контрольные вопросы и задания

1. Опишите основные задачи коррекционного воспитания детей дошкольного возраста с ДЦП и основные пути их психологического сопровождения.
2. Сформулируйте основные принципы системы воспитания детей с ДЦП и проиллюстрируйте их примерами.
3. Каким образом осуществляют развитие двигательных навыков при ДЦП в детском саду?
4. Цели и задачи диагностического класса, определение степени готовности к школьному обучению.

5. Составьте схему дифференциации детей с церебральным параличом по возможностям обучения.
6. Особенности стандарта специального образования и учебного плана для разных категорий учащихся с ДЦП.
7. Изложите основные направления службы психологического сопровождения детей с церебральным параличом в процессе школьного обучения.
8. Составьте схему профессиональной психодиагностики учащихся с ДЦП.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ (МИОПАТИЕЙ)

Предыдущие главы настоящего учебного пособия посвящены психодиагностике, психокоррекции и психологическим особенностям детей и подростков, страдающих церебральным параличом. Среди заболеваний опорно-двигательной системы достаточно часто встречаются и другие формы патологий, и этим детям также необходима помощь специальных психологов и педагогов. Поэтому в данной главе представлены современные представления о детях с тяжелой наследственной патологией — прогрессирующими мышечными атрофиями, заболеваниями, которые даже не упоминаются в руководствах по специальной педагогике и психологии.

### § 1. Этиология и патогенез миопатий

Прогрессирующие мышечные атрофии — это большая группа наследственных заболеваний, характеризующихся неуклонным нарастанием мышечной слабости и атрофии.

Прогрессирующие мышечные атрофии подразделяются на *первичные* и *вторичные* формы. Вторичные, или нейрогенные, атрофии зависят от поражения периферического двигательного нейрона, их называют также амиотрофиями. При первичных мышечных атрофиях спинной мозг и нервы анатомически остаются интактными, наблюдается первичное поражение мышц в результате нарушения в них обмена веществ. Первичные мышечные атрофии иначе называют *прогрессирующими мышечными дистрофиями (НМД)*, или *миопатиями*.

*НМД включают:*

- 1) псевдогипертрофическую форму Дюшенна (ранний детский и поздний детский варианты);



- 2) форму **Эрба** (ранний, юношеский и поздний варианты);
- 3) лице-лопаточно-плечевую форму **Ландузи—Детерина** и некоторые более редкие формы.

Из вторичных мышечных атрофии (амнотрофий) в раннем детском возрасте наибольшее значение имеют специальная амнотрофия **Вердинга—Гоффмана** (врожденная, ранняя, поздняя детская формы) и невральная амнотрофия **Шарко—Мари**.

**ПМД** (прогрессирующие миопатии) представляют собой клинически и генетически гетерогенную группу наследственных заболеваний, характеризующихся первичным поражением скелетной мускулатуры невоспалительного характера. Суммарная распространенность **ПМД** составляет около 200 случаев на 1 млн населения, что позволяет относить их к наиболее часто встречающимся формам наследственной патологии. Большинство клинических форм **ПМД** на сегодняшний день неизлечимы, дебютируют в молодом возрасте и характеризуются неуклонно прогрессирующим фатальным течением, в связи с чем исключительная медицинская и социально-экономическая значимость данной проблемы не вызывает сомнений.

Миодистрофия Дюшенна является наиболее распространенной формой **ПМД**, наследуется по X-сцепленному рецессивному типу и встречается с приблизительно одинаковой частотой — 1 случай на 3,5 тыс. рожденных мальчиков во всех географических регионах и этнических группах мира. Она характеризуется прогрессирующей атрофией скелетной мускулатуры и ранней инвалидизацией больных.

Миопатия Дюшенна была впервые описана французским врачом **Дюшенном (Duchenne)** в 1868 г. Миопатию Дюшенна иначе называют X-миопатией. Мутантный ген локализуется в X-хромосоме. Женщины, являющиеся гетерозиготными носителями такой мутации, как правило, клинически здоровы, поскольку патологическому гену противостоит нормальный ген второй X-хромосомы. В единичных случаях у них могут наблюдаться стертые проявления болезни — умеренно выраженная мышечная слабость, увеличение объема икроножных мышц, высокий уровень в крови мышечного фермента креатинфосфокиназы.

У мужчин мутантный ген расположен в единственной X-хромосоме и при отсутствии нормального аллеля проявляет свое патогенное действие. Такое представление о рецессивном сцепленном с полом типе наследования миопатии Дюшенна опирается главным образом на тот факт, что в одной семье заболевают несколько братьев, в то время как их сестры остаются здоровыми. Эти наблюдения подкрепляются родословными, где миопатия женской линии поражает исключительно мальчиков.

*Причина системных нарушений* при **ПМД** долгое время оставалось загадкой, пока в **1986 г. Лююисом Кункеллом** не был установлен локус гена, вызывающий миопатию Дюшенна.

Повреждения в локусах гена миопатии отражаются на изменении синтеза необходимого для нормальной работы мышечной клетки белка. Это приводит к нарушению биохимического равновесия: нарушается ионный транспорт, структура пептидов клетки и мышечных белков. Часть внутриклеточных ферментов выходит в кровь. Эти факторы могут быть причиной нестабильности мембран других клеток. В конечном итоге наступает так называемый хаос обменных реакций, что приводит к отравлению организма продуктами распада.

*Характерным гистологическим признаком* прогрессирующей мышечной дистрофии является беспорядочное расположение разнокалиберных мышечных волокон и увеличение промежуточной соединительной и жировой ткани.

Гистологические изменения предшествуют клиническим проявлениям болезни. При этом мышечная слабость, видимой на глаз атрофии, появляется лишь после включения в патологический процесс около 50% мышечных волокон.

## § 2. Клинические особенности миопатии Дюшенна

Принято считать, что болезнь Дюшенна начинается в возрасте 3—5 лет и редко — в более поздние годы. Многие формы миопатии Дюшенна имеют свое начало уже в пренатальном периоде.

Только у 1/4 больных существует так называемая преклиническая стадия болезни, проявляющаяся лишь биохимическими и гистологическими признаками. Эти дети заболевают в более позднем возрасте (в 5—7 лет), в раннем детстве они бывают достаточно подвижны. Гораздо чаще (у 75% больных) проявления мышечной слабости могут быть замечены к концу 1-го — началу 2-го года жизни ввиду недостаточной двигательной активности ребенка, затруднений при вставании с пола, с корточек, позднего начала ходьбы. В этой стадии болезни существует относительная компенсация — отсутствует видимое прогрессирование болезни, даже, напротив, в силу естественного развития ребенок со временем становится подвижнее. Симптомы болезни еще недостаточно специфичны, но черты слабости мышц тазового пояса налицо.

Дети, страдающие болезнью Дюшенна, начинают ходить позже своих сверстников, при ходьбе неуклюжи, с трудом поднимаются по лестнице. Нередко наблюдательные родители уже в этом периоде обращаются к врачу, но их жалобы не встречают должного внимания. Задержку ходьбы объясняют «рахитом», «плоскостопием», излишней упитанностью ребенка или общим ослаблением после перенесенного заболевания. Постепенное накопление дистрофических изменений в мышцах к 3—5-му году приводит к выявлению типичных двигательных расстройств, начинается явное прогрессирование болезни, которая проходит через ряд стадий.

В начальной стадии все симптомы выражены неявно, но достаточно четко. Дети еще сохраняют некоторую живость движений, но они не выдерживают нагрузки. При ходьбе на длительное расстояние можно заметить нарушение осанки в результате поясничного гиперлордоза, слегка переваливающую походку или небольшое выпячивание живота вперед, толстые икры. Ребенок испытывает затруднения при подъеме по ступеням, при вставании с пола, с корточек. Частые падения ребенка при ходьбе побуждают родителей обращаться к врачу.

Стадия выраженных проявлений болезни, или стадия генерализации атрофии, наступает довольно быстро, в некоторых случаях уже через несколько

месяцев после видимого начала прогрессирования мышечной слабости. Постепенно увеличивается поясничный лордоз, походка становится «утиной», деформируются стопы. В этой стадии наблюдается характерное поэтапное вставание с пола, обусловленное слабостью мышц. В дальнейшем больной не может сам подняться. При ходьбе живот резко выпячивается вперед, верхняя часть тела отклоняется назад. Временами силы покидают больного, и он, как подкошенный, может рухнуть на пол и подолгу не может встать. Такое состояние предвещает скорую утрату ходьбы.

Тяжелая паралитическая стадия болезни характеризуется невозможностью самостоятельного передвижения и наступает, как правило, в 10—11 лет, хотя длительность болезни до потери ходьбы может значительно варьировать (от 2 до 10 лет, а в исключительных случаях до 12—13 лет). Это объясняется не только тяжестью болезни, но в большей степени чрезвычайной чувствительностью миодистрофического процесса к внешним влияниям. Иногда достаточно больному провести несколько дней в постели по поводу гриппа, чтобы он больше не встал на ноги. Такая преждевременная утрата ходьбы наблюдается после наложения гипса, при быстром увеличении массы тела на 3—4 кг и более, после изменений физической нагрузки (длительная ходьба). Таким образом, для дистрофических мышц бездействие так же губительно, как и перегрузки.

Замечено, что при потере способности самостоятельно передвигаться мышечная атрофия и слабость нарастают очень быстро. Больной скоро теряет способность садиться в постели с помощью рук и переворачиваться на другой бок. Быстро развиваются контрактуры.

Через несколько лет сидения в кресле заметны грубые деформации скелета. К 14—16 годам обездвиженность больных достигает крайней степени. Обычно они погибают до 20 лет, редко позже \* — в состоянии глубокой общей дистрофии, от заболеваний легких, печени, сердца и др.

Увеличение объема икроножных мышц является постоянным и характерным симптомом болезни Дюшенна, получившей название *псевдогипертрофической*. Биопсия показывает, что увеличение икр редко зависит от истинной гипертрофии

мышечных волокон, а в большинстве случаев происходит за счет увеличения соединительной и жировой ткани. Отсюда и возникло название *псевдогипертрофия*.

При миопатии Дюшенна псевдогипертрофии выявляются обычно после того, как ребенок уже начал самостоятельно ходить. До 2—2,5 лет псевдогипертрофии не выглядят демонстративно из-за естественных особенностей строения детского тела, но при сравнительной пальпации можно обнаружить повышенную плотность икроножных мышц по сравнению с бедренными мышцами. В тяжелой стадии псевдогипертрофии нередко трудно выявить. Ранее гипертрофированные мышцы постепенно уменьшаются в объеме и по виду мало чем отличаются от атрофированных.

Снижение сухожильных рефлексов идет параллельно степени дистрофического процесса в мышцах, первыми обычно выпадают коленные рефлексы. В большинстве случаев исчезновение коленных рефлексов опережает развитие видимых на глаз атрофии четырехглавых мышц бедра. Затем понижаются и выпадают сухожильные рефлексы рук.

Мышечная слабость и атрофии при миодистрофическом процессе развиваются параллельно. Однако атрофии в мышцах тазового пояса и бедер в начальной и легкой стадиях болезни бывают незаметными, в то время как слабость выявляется отчетливо. Атрофии раньше становятся заметными в мышцах плечевого пояса.

Нередко на ранних стадиях болезни имеют место жалобы на боли в ногах, преимущественно в стопах, подколенных ямках и паховых сгибах. Боли возникают при ходьбе и исчезают в покое. Дети часто просят на руки. Иногда возникают редкие боли в икроножных мышцах. По всей вероятности, боли вызывают компенсаторной перегрузкой относительно сохранных мышц и связок, а также микроциркуляторными расстройствами.

Разрастание соединительной ткани в мышцах приводит к их укорочению. Этому процессу подвергаются также сухожилия и связки, что приводит к ограничению подвижности в суставах, контрактурам. Таким образом, контрактуры при мышечной дистрофии являются следствием

изменения самой мышцы. Ранее других обычно возникают укорочения икроножных мышц и ахилловых сухожилий с ограничением тыльного сгибания стопы. Больной начинает ходить на носочках. Постепенно изменяется форма стоп. Стопы с высоким сводом наблюдаются примерно у 1/4 больных, плоскостопие несколько реже. В паралитической стадии болезни высокий свод, сочетаясь с фиксированным положением, образует так называемую конскую стопу.

Довольно рано у больных можно заметить деформацию грудной клетки. Чаще всего грудная клетка уплощена в передне-заднем направлении. Если при этом имеется западание грудины, грудная клетка приобретает ладьевидную форму. Бочкообразная грудная клетка встречается несколько реже, нежели уплощенная.

Костные изменения, сужения диафизов больших трубчатых костей. Во всех случаях обнаруживается остеопороз. Эти изменения достаточно выражены уже в той стадии болезни, когда еще сохраняется хорошая подвижность больного, поэтому едва ли их можно отнести к вторичным атрофическим процессам в костях от бездействия. У больных миопатией Дюшенна рентгенологически определяется задержка окостенения.

При миопатии Дюшенна нередко эндокринно-обменные нарушения — чрезмерное похудение, достигающее в отдельных случаях степени кахексии, или, наоборот, необычная полнота. При миопатии Дюшенна ожирение, как правило, сопровождается чертами врожденного гипогенитализма (крипторхизм, маленькие размеры полового члена и мошонки).

Почти равномерное отложение жира несколько более выражено на животе, в области таза, груди, рук, лица. У больного сохраняется детская форма тела.

Умственная недостаточность больных псевдогипертрофической формой была отмечена еще Дюшенном, но до настоящего времени нет единого мнения по этому вопросу. Умственная отсталость наблюдается примерно у трети больных. Для больных миопатией Дюшенна характерны вялость, замедленность мышления. Это может дополняться плохой памятью и нарушением внимания, неспособностью сосредоточиться. Перечисленные черты делают



больных детей крайне инертными как на школьных занятиях, так и в кругу сверстников. Речь их бедна. В силу замедления умственной деятельности они не пользуются в речи имеющимся словарным запасом, предпочитают говорить простейшими фразами, иногда часами сидят молча. Во многих случаях не удается выявить переживаний, связанных с собственным тяжелым положением, обездвижением.

Одновременно с мышечными нарушениями страдают внутренние органы. Функциональная слабость мускулатуры миокарда снижает его способности к декомпенсации и во взрослом возрасте может привести к острой сердечной недостаточности с неблагоприятным прогнозом. Ослабление мышц, принимающих участие в акте дыхания, зачастую вызывает застойные явления в бронхо-легочном аппарате, что приводит к острым респираторным заболеваниям. Последнее может усугубляться развитием воспаления легких. Снижение перистальтической способности желудочно-кишечного тракта нарушает пищеварение.

На всех этапах развития патологического процесса очень важна *профилактика переломов в домашних условиях*. Падение больных мальчиков при неустойчивой ходьбе приводит к переломам конечностей. Этот факт объясняется патологическими изменениями в костной ткани, которая в ходе болезни становится хрупкой. Срастание переломов происходит в обычные сроки, но гипсование конечностей приводит к обездвиженности, после чего такой ребенок подчас теряет способность передвигаться без чьей-либо помощи.

Хотя ген заболевания известен, все еще нет эффективно-го лечения этой болезни. Однако в настоящее время ведется интенсивная разработка генетического лечения.

### § 3. Психологическая характеристика детей с болезнью Дюшенна

Больные, страдающие неизлечимым заболеванием XX века — мышечной дистрофией Дюшенна, — это люди, полностью исключенные из жизни общества, для них нет ни одного

центра реабилитации, нет ни поликлиники, ни школы, ни института и даже не все больницы могут принять больного в коляске. Дети-инвалиды ограничены в движениях, не имеют возможности посещать музеи, театры, тем самым сужая свой кругозор и нанося себе душевную травму.

В 1994 г. было положено начало разработке перспективных методик по генной инженерии, но это будущее. А сегодня необходимо создать все условия для диагностики, лечения, физической реабилитации и социальной адаптации таких больных, взять на себя заботу об их духовном формировании, учитывая не только их умственные способности, но и физические возможности.

Трудности в изучении психологии детей и подростков с миопатией Дюшенна связаны с прогрессирующим течением болезни и ее драматическим завершением.

Неизлечимо больные подростки осознают собственную приближающуюся смерть и ее необратимость. Наряду с эмоциональным стрессом пубертата они переживают потрясение из-за приближающейся собственной смерти. За малыми различиями, связанными с личностной зрелостью, подросток реагирует на близкую смерть так же, как взрослый. Специалисты полагают, что нельзя говорить неправду подростку о болезни. Это подрывает его веру в поддержку и возможность понимания. Чувства подростка меняются очень быстро: от гнева, печали, стыда, отвергания до приподнятого настроения. За жалобами следует безразличие, уступчивость или отгороженность. Сочувствие сверстников для больного очень важно, однако они не способны его поддерживать морально, так как сами переживают свою возрастную неполноценность и угрожающую кончину товарища, с которым они себя легко идентифицируют.

Подросток, узнавший о своем неизлечимом заболевании, настойчиво отвергает возможность неизбежной и близкой смерти, не признавая иногда сам факт существования смертельной болезни. Эта начальная стадия — принять печальную реальность — является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не мешает терапии. Подросток, понимающий, почему его сразила болезнь, переживает

гнев, который возникает после периода отвергания факта близкой смерти. Это возмущение несправедливостью судьбы может трансформироваться в агрессию по отношению к окружающим, родителям и сверстникам. Гнев подростка и его враждебность — нормальное явление, и его не следует наказывать за такую реакцию на свою судьбу.

Умиравший подросток неизбежно становится печальным. Депрессия у подростка может быть в двух вариантах. Первый тип — реактивная депрессия, обычно возникающая как результат потери части тела или функций, важных для образа «я», что может быть следствием соматической болезни. Реактивная депрессия углубляет имеющееся печальное настроение и сочетается с сильным чувством вины и обиды.

Второй тип депрессии, наблюдаемой у умирающих больных, понимается как преждевременное оплакивание утраты семьи, друзей, самой жизни. Это тяжелое переживание потери собственного будущего — признак печальной стадии принятия собственной смерти. Эти подростки крайне трудны для ухаживающих, они вызывают чувство тревоги и душевного дискомфорта. Попытки ободрить пациента веселыми, остроумными, но не уместными, по мнению больного, замечаниями противоречат печальным обстоятельствам и лишают подростка его законного достоинства в тот период, когда он горюет по всему, что любит и чему радуется. Наверное, наиболее драматично воздействует на умирающих подростков ослабление наиболее важных взаимоотношений в их жизни. Те, кто окружают этих больных, сочувствуя им, избегают общения с ними. В то же время подросток нуждается больше всего в душевном комфорте и эмоциональной теплоте. От психического состояния родителей, их отношения к болезни, приближающейся смерти, их поведения зависит то, как подросток будет чувствовать себя в последние месяцы жизни. В связи с этим, по мнению профессора Д.Н. Исаева (2001), необходима такая психотерапия, которая помогла бы родителям справиться со своим горем.

В связи с крайне скудными сведениями о психологических особенностях детей и подростков, больных миопатией, а также важностью разработки психокоррекционных

программ их сопровождения в процессе неизлечимого тяжелого заболевания в работе М.Е. Михушкиной было проведено изучение отношения детей-инвалидов с миопатией Дюшенна в возрасте 12—16 лет к своей болезни и к семье, а также исследованы особенности эмоциональной сферы подростков с этим тяжелым заболеванием.

#### § 4. Восприятие собственного «Я» детьми с болезнью Дюшенна

Восприятие собственного «Я» является важной отправной точкой любой деятельности человека. По мере взросления мы начинаем ассоциировать различные ощущения, восприятия и эмоции с определенными частями тела. Со временем наше тело становится нашим бытием и зарабатывает право быть одновременно объектом восприятия и субъектом ощущения. Осознание существования нашего тела подвержено разнообразным изменениям: страху боли, подовому возбуждению.

Схема тела формируется в процессе осознания себя как личности, видения себя окружающими и соотношения этих параметров с физиологической динамикой тела. Она тесно связана с самооценкой и слишком сложна, чтобы открыто проявляться в прямой коммуникации.

Проективные методики позволяют последовательно раскрыть глубинные, часто неосознаваемые, детерминанты самовыражения, когда вся созидательная деятельность формируется на базе существующих конфликтов и потребностей.

Рисуночные тесты являются наиболее показательными при изучении схемы тела, особенно тест «Нарисуй человека».

Был использован тест «Рисунок человека» для изучения схемы или образа тела детей, страдающих прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна. Особенности течения данного заболевания (отсутствие адекватной терапии, медленное

и неуклонное прогрессирующее, постепенное исчезновение жизненно важных двигательных функций и ранняя смерть в возрасте 16—20 лет) приводят к деформации схемы тела. Одновременно реализуется механизм интериоризации образа «Я» в структуру схемы тела.

Рассматривая рисунки детей с миопатией, можно выделить общую закономерность: *выделение головы и торса в единую систему*, где значимы лишь туловище и голова, а конечности воспринимаются как нечто, не связанное с телом, живущее собственной жизнью. В большинстве рисунков конечности прорисованы неуверенно, с меняющимся нажимом. Некоторые их детали стираются и перерисовываются. Ступни ног часто показаны в форме прямоугольника.

Иногда в этих рисунках недостает какой-либо конечности или она отсутствует. Очень часто детали рисунка несимметричны, неодинаковы, иногда разной длины. Во всех рисунках правая рука и правая нога фигуры человека прорисованы лучше, чем левые. Наблюдение за больным ребенком, рисующим человека, показывает, что он не знает, куда и как пририсовать руку или ногу, хотя с уверенностью рисует квадратоподобный торс с непропорционально большой головой, образующими «головоторс». Такие рисунки напоминают рисунки детей 3—4 лет, которые часто рисуют большую голову с конечностями, вырастающими непосредственно из нее.

Передвижение и исследование окружающего пространства становится наиболее важным этапом в развитии ребенка, что приводит к графической проекции головы, как интеллектуальной сферы, и конечностей, как инструмента мануального изучения собственного тела и пространства. Исполнение рисунка человека в виде «головоторса» является графической проекцией торса и головы, которые стали для ребенка основным средством коммуникации и манипуляции с окружающими его предметами и людьми при достаточно пассивной роли конечностей.

У больных детей гиперстенического телосложения искажение торса представлено в виде прямоугольника, где плечи и талия сглажены. Это отражает, очевидно, патологию

скелетной мускулатуры спины больных. При ослаблении мышц спины фигуры больных изменяются: сглаживается талия, тело уплощается, переходя из грубо прямоугольного в квадратоподобное за счет динамики торса. У астенических больных торс на рисунке человека изображен в виде перевернутого треугольника, как признак идеализации образа своего физического облика.

Подавляющее большинство детей с миопатией (93,8%) выполняют *рисунки малых размеров*. Известно, что микрографические фигуры представляются обычно индивидами, находящимися в тяжелом подавленном состоянии или невротической депрессии. Кроме того, рисунки малых размеров свидетельствуют о наличии комплекса неполноценности, эмоциональной зависимости и чувства дискомфорта. С этими чертами личности соседствуют такие, как доступность проблем и ориентация на настоящее, что отмечается в рисовании лица в анфас. Лицо четко прорисовано (93,8%), свидетельствуя о наличии импульса к социальному контакту. Но еще более детально социальные черты личности выражаются через рисование глаз. На рисунках у 75% больных миопатией изображены большие глаза с четко прорисованными зрачками. К глазам больные дети относятся не только как к «зеркалу души», отражающему внутреннюю жизнь, но и как к основному органу контакта с внешним миром. Глаза являются точкой концентрации Я» и одновременно точкой его максимальной уязвимости.

*Компенсация чувства неполноценности проявляется при описании рисунка.* Человек, изображенный на рисунке у 87,5% детей — добрый. Этот фактор может свидетельствовать о желании ребенка представить себя в лучшем свете. Но, кроме того, прослеживается тенденция *компенсировать физические недостатки духовными достоинствами*. Это выражается в реакциях детей при ответах на вопрос: «Этот человек добрый или злой?» — они, не задумываясь, довольно эмоционально отвечают: «Конечно, добрый!» И лишь в 12,5% человек на рисунке оказывается злым, наделяясь чертами выраженной мускулинности, что, очевидно, связано с представлениями детей-инвалидов из неполных семей с образом отца.



Рисунки детей с миопатией в различных возрастных группах очень отличаются. Чем старше ребенок, тем меньше ошибок он допускает в процессе рисования человека: более четко прорисовывается шея, менее заметны деформации торса, конечностей. Дети старшего возраста, встречаясь с трудностями в изображении ног, чаще рисуют сидящего в инвалидной коляске, на скамейке или в кресле, на стуле, человека. В процессе освоения собственного «Я» дети часто используют *фантазии и суеверия*. Фантазии отражают эмоциональное ощущение реальности и соответствуют логическим построениям. Используя реальный взгляд на окружающий мир и фантазии, ребенок полагает, что оба они реальны. Недостаток знаний и опыта дополняется фантастическими представлениями. Поэтому при слабо развитом мануальном опыте и гиподинамии, связанными с клиникой основного заболевания, слабое кинестетическое и тактильное ощущения приводят к компенсаторному построению схемы тела с элементами фантазирования. С возрастом приобретенные знания корректируют представление о собственном облике и физическом состоянии. Изменяется отношение к собственному телу, корректируется схема тела, а с ней и внутренняя картина болезни.

Кроме того, у детей с миопатией отмечается тесная *связь возрастной динамики рисунка с течением заболевания*. Деформация пропорций тела в рисунках человека достигает наивысшей точки в подростковом периоде. Известно, что данный период развития человека сопровождается достаточно серьезной физиологической и психосоциальной перестройкой. В периоде полового созревания активизируются метаморфозы тела, естественно нарушающие схему тела. Возникает необходимость в построении нового телесного «Я». Появляется тревожность, озабоченность своим внешним обликом. Образ тела, относительно стабильный между 8 и 11 годами, претерпевает множество изменений, достигающих максимума к 14-летнему. С другой стороны, наиболее активное прогрессирование болезни при мышечной дистрофии проявляется в 11–12 лет. И если у здоровых подростков противоречия на уровне образа «Я» разрешаются, то у детей с миопатией они нарастают в течение всей жизни вместе с физической регрессией.

На этом фоне развивается состояние *хронического стресса*, который тесно связан с внутренней картиной болезни.

Возникает *недооценка* или *переоценка болезни*. В этом случае психологический образ тела приобретает большее значение, чем сенсорный, в большей степени определяя поведение больного. Ребенок формирует модель прогноза и ожидаемых результатов и, сопоставляя последнюю с реальными результатами, переживает положительные или отрицательные эмоции. В соответствии с этим у больного ребенка складываются следующие типы эмоционального отношения: гипонозогнозический, когда болезнь игнорируется, и больной пренебрегает лечением, гипернозогностический, связанный с преувеличением переживаний в связи с болезнью, и прагматический, основанный на деловом отношении к врачам и реальной оценке болезни.

В соответствии с данными типами на основании проведенной беседы с детьми-инвалидами и их родителями, а также по итогам наблюдения за поведением больных детей в свободное время и их играми и по результатам психологического тестирования, дети были разделены на три группы. Рисуночные тесты каждой из полученных групп имели свои особенности, раскрывая общие внутригрупповые психосоциальные и эмоциональные черты личности. Самой многочисленной оказалась группа с *гипонозогностическим* типом (46,17%). Гипернозогностический и прагматический типы в процентном соотношении составляли, соответственно, 21,9% и 32,0%

Рисунки детей с гипонозогностическим типом отношения к болезни выполнены с неровным, переменчивым нажимом с преобладанием кривых линий. Обычно такие дети располагают сам рисунок в верхней части листа, смещая его влево. Фигура человека не имеет ушей, акцентируется шея. Во время беседы по рисунку ребенок говорит, что на нарисованного человека никто не смотрит. Ему, как правило, вдвое больше лет, чем самому рисующему. Интерпретация полученных результатов выявляет эмоциональную лабильность, нестабильную, достаточно конфликтную натуру, имеющую высокий уровень надежд, иногда, нереальный уровень оптимизма и завышенную самооценку.

Психологические проблемы этих детей центрированы на прошлом негативном опыте и с этим связан чрезмерный контроль за проявлениями своих эмоций, являющийся одной из причин замкнутости.

Дети, имеющие гипернозогностический тип отношения к болезни, выполняют рисунки с нажимом, слабым в процессе рисования, в рисунках мало гнутых линий, много острых углов. Располагаются такие рисунки в нижней части листа бумаги, смещаясь вправо. Фигуры человека прорисовываются с увеличенными ушами, когда шея отсутствует. При описании рисунка ребенок сообщает, что на фигуру человека смотрит сам рисующий. Нарисованному человеку либо очень мало лет (1 год, 3 года), либо фантастически много (1000 лет). Анализ результатов выявил следующие психологические черты: утомляемость, склонность к депрессии. Агрессивность и плохая адаптация в обществе сочеталась с чувством незащитности и, заниженной самооценкой. Такие дети испытывают страх перед будущим и глубоко интравертированы.

Последняя группа детей с *прагматическим* отношением к болезни выполняла рисунки с сильным нажимом. Фигура человека была прорисована с преобладанием вертикальных линий, а сам рисунок помещался в центре. Дети говорили, что изображают кого-либо из членов семьи. На вопрос «Кто смотрит на человека?» — дети отвечали: «Люди». Возраст фигуры человека, оказывался адекватным возрасту испытуемого. Интерпретация элементов рисунка и качества его выполнения выявляли энергичность, настойчивость рисующего, на фоне самоуверенности и упрямства. Такой ребенок чувствовал себя в безопасности, ориентировался на ситуацию «здесь и теперь». Был хорошо адаптирован в обществе, хотя и испытывал некоторую тревогу при отсутствии значимых членов семьи.

Изложенные данные имеют определенную практическую ценность. С их учетом следует разрабатывать мероприятия, улучшающие психологическую обстановку в семье ребенка-инвалида, и, центрируясь на изменении отношения детей к болезни, проводить социально-психологическую реабилитацию детей с миопатией.

## §5. Взаимоотношения в семье ребенка с болезнью Дюшенна

Семья ребенка с миопатией имеет противоречия, вытекающие из естественных социальных и психологических трудностей. Хронически больной ребенок, находящийся в коляске, без перспективы выздоровления, с небольшой продолжительностью жизни неизбежно создает напряжение во взаимоотношениях родителей. К сожалению, отцы нередко не выдерживают это испытание. Поэтому вскоре все бремя ответственности за семью ложится на плечи одинокой матери. Такая мать вынуждена разрываться между необходимостью обеспечивать семью и ухаживать за больным ребенком, неспособным самостоятельно позаботиться о себе и обойтись без помощи взрослого более или менее продолжительный период времени.

Считается, что взаимоотношения матери и ребенка, растущего без отца, должны быть более тесными. Есть мнение, что единственный родитель в семье должен заменить обоих и одновременно участвовать в механизме формирования тесной эмоциональной связи. Это сближает больного ребенка и мать.

Одинокая мать испытывает значительные нервно-психические перегрузки, «взваливая на себя» еще и роль отца. Работая мать становится раздражительной в отношении с ребенком, что вызывает у него ответную реакцию беспокойства (85% матерей детей с миопатией страдают невротическими расстройствами личности).

Среди этого круга проблем появляется еще одна немаловажная — страх одиночества, который вместе с общей тревожностью ведет к болезненной привязанности к ребенку. Когда порождающие данные чувства тенденции выходят за пределы допустимого, наступает эмоциональная перегрузка, и тогда приятное переходит в неприятное.

Болезненная привязанность усиливает гиперопеку, объективно обусловленную прогрессирующим заболеванием. Родители надоедают детям, навязывая им свою точку зрения, наблюдая за их поведением, не давая, в конце концов,

проявить инициативу. С возрастом отрицательная реакция ребенка на такое поведение матери увеличивается и расширяется.

С другой стороны, дети, потребность которых в независимости сталкивается с необходимостью принимать правила «игры» взрослых, испытывают состояние фрустрации, которое имеет выход через агрессию. В результате ребенок становится раздражительным, упрямым, уровень его критичности по отношению к матери резко возрастает. Особенно резкой критичность по отношению к матери становится в подростковом периоде, который является наиболее ответственным в становлении мировоззрения ребенка.

Начало подросткового периода у ребенка с миопатией отличается резким ухудшением физического состояния. Прогрессирующая мышечная дистрофия приводит к выраженному ослаблению мышечного аппарата, ребенок перестает самостоятельно передвигаться и садиться в коляску в возрасте 11—12 лет. В это время к фрустрации потребности в независимости присоединяется фрустрация физиологических потребностей.

У женщин, имеющих больного ребенка, по мере его взросления происходит изменение когнитивной и эмоциональной составляющих материнской позиции. В периоде установления диагноза у матерей развивается чувство вины перед ребенком, которое выливается в компенсаторный тип гиперпротективного воспитания больного ребенка. Но вскоре одинокая мать изменяет свою позицию на истинный тип гиперопеки, сублимируя чувство одиночества. В этом периоде наступает полное принятие ребенка. Принятие — явление само по себе позитивное. Однако в данном случае оно строится не на понимании психодинамических особенностей ребенка, уважении к его личности вопреки отчетливо осознаваемой его физической недостаточности, а является следствием вытеснения переживаний, анозогнозического отношения к болезни.

Со своей стороны ребенок, чье чувство независимости оказывается фрустрированным с двух сторон: из-за гиперопеки со стороны матери и из-за невозможности самостоятельно удовлетворять свои физиологические потребности в пище, передвижении, даже в физиологических отправлениях,

устанавливает с матерью симбиотическую эмоциональную связь и реагирует на усилившуюся заботу с ее стороны раздражительностью и упрямством.

Для определения направления психокоррекции семейных отношений были проведены исследования детей с миопатией с помощью проективной методики — рисуночный тест «Дом, дерево, человек».

Тест выполняли дети с миопатией и их матери. Результаты анализа позволили найти *общие* и *отличительные признаки* в подходах к понятию «семья» и «жизнь» у детей и их родителей.

Итак, общим в отношениях к семье у детей и родителей оказалось наличие сильного чувства вины (81% и 91% соответственно). Обе группы рисуют маленькие окна (56% и 82% соответственно), что интерпретируется как стеснительность и психологическая недоступность. На вопрос: «Кто живет в доме?» — отвечают: «Вся семья» (56% и 82%), что означает — желание эмоционального благополучия в семье.

Если матери детей с миопатией отрицают семейные и домашние ценности в 63,1% случаев, то их больные дети уделяют больше внимания яркому аспекту жизни, забывая о других. Выявлены разные приоритеты: для детей — это семья, дом, для родителей — их личная жизнь, собственный личностный рост.

У взрослых также обнаруживается озабоченность психологической атмосферой в доме (71%), что отсутствует у детей. И наконец, в рисунках взрослых в 82% случаев дверь оказывается сбоку, что может символизировать бегство. Это показывает, что сила эмоционального отношения к семье родителей детей с миопатией уступает таковой их детей.

Анализ рисунка «дерево» как символа жизненной энергии показал *разные приоритеты*: у детей — безопасность и успех в семейной жизни, у взрослых — возможность контролировать свою жизнь. У детей (78%) действие, происходящее на рисунке, по результатам опроса имеет отношение к дому, а у взрослых (94%) — либо к дереву, либо ни к тому, ни к другому. В рисунке человека отмечаются общие черты. Во-первых, у детей и у матерей отмечается неуверенность в себе, потребность



в одобрении и поддержке, боязнь принятия самостоятельных решений, стремление избежать нового опыта.

Анализ рисунка «человек» показал наличие комплекса неполноценности, предрасположенность к депрессии, эмоциональную уязвимость и чувство дискомфорта у 73% детей с миопатией. В 81% у взрослых рисунок больших размеров, некоторые детали выходят за пределы листа бумаги, что интерпретируется как компенсаторное превозношение себя в воображении.

Дети чаще располагают рисунок в нижней части листа (69%), отражая чувство незащитности, депрессии. Родителей в 79%, напротив, располагают чаще в верхней части листа, что говорит о высоком уровне надежд, нереального уровня оптимизма.

Итак, дети, ограниченные в передвижении, более привязаны к семье, дому, чем их родители. Это видимо, связано, не только с вынужденным бездействием, обусловленном их физическим состоянием, а и с тем, что дети-инвалиды стремятся идеализировать представления о семье. Для них дом, семья, очевидно, является той крепостью, которая обеспечивает надежное укрытие и безопасность от общества и воздействия окружающей среды.

Интересно, что дети представляют дом как своеобразную форму существования. Они уделяют большую часть эмоциональной энергии лишь одному аспекту жизни, игнорируя другие. Взамен же получают комплекс неполноценности, предрасположенность к депрессии, эмоциональную зависимость и чувство дискомфорта. Описывая свою семью, жизнь и самих себя, они больше оценивают и переживают, чем могут что-либо изменить.

## § 6. Психологическая коррекция детей-миопатов

Тяжелый недуг ребенка — это всегда трагедия для родителей. Их переживания по этому поводу приводят к ухудшению обстановки в семье, негативно сказываются на ребенке.

Помочь пережить эту драму, найти силы, чтобы жить дальше и растить ребенка, принять его таким, каков он есть, и помочь ему стать таким, каким он может стать, — задача психолога.

Безусловно, основное место в системе психологической помощи детям-инвалидам должна занимать помощь самим детям. Необходимо помочь ребенку понять себя, научиться принимать себя, радоваться жизни, раскрывать себя в творчестве, осознать свою сопричастность к жизни, выйти за пределы своего недуга, почувствовать себя уникальной и необходимой частью семьи. Помочь ребенку развить его социальные навыки, формировать у родителей детей-миопатов оптимистическое отношение к жизни. Такое отношение может появиться лишь тогда, когда люди будут чувствовать доброе, внимательное отношение к своим трудностям и проблемам, перестанут замыкаться в кругу собственных забот, в стенах собственных квартир.

Психокоррекционная работа представляет собой процесс направленного психологического воздействия на эмоциональную структуру личности с целью ее полноценного развития и функционирования.

*Необходимость проведения психокоррекционной работы с детьми-инвалидами, страдающими миопатией Дюшенна, вызвана следующими факторами:*

1. Наличием у детей чувства неполноценности и неуверенности в себе. Необходимо довести до ребенка уникальность его прихода в этот мир, его неповторимость. Помочь ему больше узнать о себе, разобраться в трудностях и проблемах. Психокоррекционной задачей является поддержка человека, страдающего тяжелым заболеванием, повышение чувства необходимости, что приводит к самоуважению и повышению самооценки. Психологическая помощь может проходить в виде индивидуальных бесед.
2. Замкнутостью и нежеланием общаться со своими сверстниками и другими людьми. Основное значение в психокоррекционной работе необходимо уделять семье,

играющей исключительную роль в «социальной неадаптированности». В этом случае необходимы индивидуальные беседы с родителями, приобщение их, а значит и детей к общественной жизни, может быть использована семейная психотерапия с применением ролевых игр.

3. *Наличие тревожности.* Эта проблема делится на две части: устранение временной, ситуационной тревожности и устранение тревожности, как свойств личности. Приемы коррекционной работы с детьми, у которых высокая ситуационная тревожность могут быть следующие: снижение значимости ситуации, вызывающей тревожность; перенесение акцента на ситуацию, менее значимую для ребенка.

*Для детей с повышенной тревожностью как устойчивым свойством личности следует использовать следующие приемы:*

- настройка ребенка на определенное эмоциональное состояние. Для этого ему предлагается мысленно связать тревожное эмоциональное состояние с одной из мелодий или цветом; спокойное, расслабленное — с другим, а уверенное, «побеждающее» — с третьим. При сильном волнении сначала вспомнить первое, затем второе, затем переходить к третьему, повторяя последнее несколько раз;
- ребенку предлагают представить ситуацию, где он испытывал полный покой и постараться воспроизвести ее;
- ребенку предлагают мысленно представить ситуацию, вызывающую тревогу и детально продумать свое поведение;
- делается попытка проиграть, «отрепетировать» ситуацию, вызывающую тревогу.

Эти виды психокоррекционной работы можно проводить индивидуально и в группах по 3—4 человека.

Учитывая физические способности данной группы детей с нервно-мышечными нарушениями, а также сложности в транспортировке и ограничение общения, необходимо проживание таких детей некоторое время в реабилитационном

центре, где занятия будут чередоваться с медицинскими процедурами и психологической разгрузкой.

Социальная защита, реабилитация и адаптация детей-инвалидов, страдающих мышечной дистрофией — это работа не на один день, а на многие годы.

### Контрольные вопросы и задания

1. Опишите причины миопатии Дюшенна.
2. Какие стадии выявляются в клинике заболевания Дюшенна?
3. Дайте характеристику психологических особенностей детей с миопатией Дюшенна и их родителей.
4. В чем особенности психодиагностики и психокоррекции детей с болезнью Дюшенна?

## СОЦИАЛИЗАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

### § 1. Социальная и педагогическая интеграция: современные проблемы

*Начиная с 90-х гг. в России формируется новая образовательная система для детей с ограниченными возможностями здоровья. В сфере специального образования происходят существенные изменения, связанные со следующими факторами:*

- новым отношением к детям с ограниченными возможностями здоровья;
- эффективным решением вопросов их социализации, профессионально-трудовой подготовки в новых рыночных условиях;
- обновлением категориального аппарата в соответствии с международной практикой и тенденцией гуманистического подхода;
- расширением контингента детей, которые нуждаются в специальном образовании, специальной помощи и поддержке. Помимо традиционно относимых к категории детей с нарушением развития (слуха, зрения, речи, интеллекта) в сферу специального образования включают школьников массовых школ, испытывающих трудности в поведении, обучении, общении, детей-сирот и оставшихся без попечения родителей, а также одаренных детей, у которых свои сложности и проблемы;
- появлением новых типов образовательных учреждений, в которых оказываются образовательные и коррекционные услуги «проблемным» детям (коррекционные и реабилитационные центры, психолого-педагогические медико-социальные центры, семейные детские дома и т. д.);

- изменением концептуальных основ специального образования, появлением наряду с дифференциацией и совершенствованием 8 типов специальных (коррекционных) учреждений интеграции и интегрированного обучения (социальной и педагогической интеграции) и возможностью выбора родителями формы обучения и типа образовательного учреждения для своего ребенка;
- разработкой моделей стандартов специального образования и психолого-педагогического сопровождения развития ребенка в процессе обучения.

Специальное образование означает обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями развития и здоровья, направленные на их наиболее полную социальную интеграцию в общество, на достижение максимально возможного уровня образованности с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

Эффективность специального образования зависит от внедрения в жизнь общества принципа нормализации, который гарантирует социальные привилегии проблемным детям наравне с остальными. Но для успешной интеграции в обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо перенести акцент с принципа нормализации на другой важный принцип — «качество жизни». Под последним понимается упор на потребности индивидуума как на центральный фактор, и на право лиц с ограниченными возможностями здоровья на предоставление им условий для наиболее полного удовлетворения этих потребностей.

Ученые определяют «качество жизни» как образ жизни, достигнутый в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также, возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения.

Как показывают результаты ряда зарубежных исследований, «качество жизни» измеряется не только по потребностям самих лиц с нарушением развития, но и по качеству



жизни их семьи. Чем меньше ощущает семья последствия заболевания своего ребенка с нарушением психического и физического развития, тем выше «качество жизни».

Принцип «качество жизни» в России не приобрел еще ведущего значения в подходе к людям с проблемами в развитии. Работы по изучению «качества жизни» детей с ограниченными возможностями здоровья в нашей стране почти отсутствуют.

Таким образом, повышение «качества жизни» детей с ограниченными возможностями здоровья может быть достигнуто в первую очередь за счет наиболее полной их социализации.

**С о ц и а л и з а ц и я** — совокупность всех социальных процессов, благодаря которым индивид усваивает и воспроизводит определенную систему знаний, норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества, осваивая социальные роли и культурные нормы.

Как уже говорилось выше, цель системы образования для детей с ограниченными возможностями здоровья — максимально возможная социализация.

Социализация включает: раннюю социализацию (от рождения до поступления в школу); обучение (школьное и профессиональное), социальную зрелость (трудовая активность), завершение жизненного цикла (с момента прекращения постоянной трудовой деятельности).

#### *Направления социализации:*

- развитие личности ребенка (межличностного общения);
- подготовка к самостоятельной жизни;
- профессиональная подготовка и возможность трудоустройства.

Наиболее эффективна социализация в условиях *интеграции*. Ни у кого не вызывает сомнения, что конечная цель специального образования детей с физическими и психическими отклонениями — полное интегрирование в общество,

использование ими социальных привилегий и благ, доступных остальным гражданам.

Следовательно, интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья становится в нашей стране ведущим направлением в развитии специального образования в XXI веке.

В целевой федеральной программе «Дети-инвалиды» в качестве основной цели реабилитации детей-инвалидов выдвигается формирование их личности с учетом общего и особенного в их способностях к творческой и физической деятельности и создание условий для самореализации, саморазвития конкретной личности путем интеллектуального, эмоционального, нравственного, культурного, профессионального и других направлений развития личности. Итогом чего должно стать формирование к восемнадцати годам из ребенка-инвалида конкурентоспособного работника и гражданина.

В последние годы теоретические и прикладные задачи интеграции детей с отклонениями в развитии решаются в основном в области специальной педагогики. Но эти исследования не систематизированы, понятие «интеграция» используется специалистами зачастую прямо в противоположном смысле.

Концепция интеграции как в западной, так и в отечественной научной литературе представлена в виде множества теоретических подходов к отдельным ее проблемам, что затрудняет научную классификацию ее направлений. Термин «интеграция» рассматривается либо относительно локальной проблемы (интеграция инвалидов с нарушением движений в современном обществе; интегрированный подход в обучении глухих, их интеграция в общество; интеграция в общество детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и т. п.), либо интерпретируется в обобщенном виде (интеграция — включение в общий поток или одно из важных средств подготовки к самостоятельной жизни в обществе или сторона процесса развития, связанная с объединением в целое ранее разнородных частей и элементов).

Как следует из опыта разных стран, методологической базой интеграции детей с ограниченными возможностями в систему обычного образования является принцип равных прав и возможностей в получении образования.

При этом интеграция выступает в двух формах: *социальной* и *педагогической* (учебной).

Социальная интеграция (интеграция в общество) предполагает социальную адаптацию ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общую систему социальных отношений и взаимодействий прежде всего в рамках той образовательной среды, в которую он интегрируется.

Наличие проблемы интеграции детей-инвалидов в общество обусловлено, с одной стороны, имеющимися у них отклонениями в физическом и психическом развитии, а с другой — недостаточным совершенством самой системы социальных отношений, которая в силу определенной жесткости требований к своим потенциальным субъектам оказывается недоступной для детей с ограничениями жизнедеятельности.

Имеется два подхода к интеграции инвалидов в общество. Первый подход предполагает приспособление инвалида к вхождению в ординарное общество, его адаптацию к имеющимся окружающим условиям. Этот подход, безусловно, страдает односторонностью и узостью. Следуя ему, невозможно добиться желаемых результатов, тем более, что процесс социализации личности двусторонний. Кроме того, инвалид в этом процессе подготовки должен быть не только объектом интеграции, но и обязательно субъектом, активным участником этого процесса.

Второй подход предполагает кроме подготовки инвалида к вхождению в общество также и подготовку общества к принятию инвалида. Если какие-то аспекты первого направления уже разрабатываются, то пути реализации второго направления только нащупываются, к ним только-только подступают.

*Интеграция в общество детей с ограниченными возможностями здоровья должна включать:*

- воздействие общества и социальной среды на личность ребенка с отклонениями в развитии;

- активное участие в данном процессе самого ребенка;
- совершенствование самого общества, системы социальных отношений, которая в силу определенной жесткости требований к своим потенциальным субъектам оказывается недоступной для таких детей.

В рамках проблемы интеграции в общество детей с ограниченными возможностями в развитии важно учитывать социальные последствия, выражающиеся в ограничении жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Под ограничением жизнедеятельности имеются в виду адекватное поведение и эффективное общение.

Под социальной недостаточностью понимается нарушение способности выполнять так называемые «социальные роли». Однако ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность не взаимосвязаны с нарушениями, а в не меньшей степени определяются социальными условиями, общественными нормами, отношением к инвалидам в обществе и адаптированностью самого индивида.

Интеграция в общество детей-инвалидов — это целенаправленный процесс передачи обществом социального опыта с учетом особенностей и потребностей различных категорий детей-инвалидов при активном их участии и обеспечения адекватных для этого условий, в результате которого происходит включение детей во все социальные системы, структуры, социумы и связи, предназначенные для здоровых детей, активное участие в основных направлениях жизни и деятельности общества в соответствии с возрастом и полом, подготавливая и к полноценной жизни, наиболее полной самореализации и раскрытия как личности.

Передача социального опыта, обучение социальным формам и способам деятельности осуществляется посредством воспитания, обучения, включения в различные виды деятельности и воздействия среды.

Социальная адаптация, обуславливая способность человека приспособиться к изменяющимся условиям жизни, является важнейшим механизмом социализации и интеграции. Социальная адаптация осуществляется в процессе

различных видов деятельности (игра, общение, учение, труд) и самосознания человека. Эти виды деятельности являются одновременно средствами адаптации и его целями, результатами на различных этапах человеческой жизни.

В процессе обучения необходимо включить виды социальной адаптации: *социально-бытовую, социально-средовую, социально-трудовую, социально-психологическую, социально-педагогическую.*

Одним из важнейших факторов социальной интеграции детей-инвалидов является подготовка общества к принятию инвалидов. Эта подготовка включает формирование соответствующих правовых основ государства, регламентирующих благоприятные условия для интеграции, формирование положительного отношения здоровых членов общества к детям с ограниченными возможностями в развитии и приспособление среды обитания для этой категории детей.

Педагогическая интеграция предполагает формирование у детей с ограниченными возможностями в развитии способности к усвоению учебного материала, определяемого общеобразовательной программой, т. е. общим учебным планом (совместное обучение в одной школе или в классе).

Еще Л.С. Выготский (1956) указывал на необходимость создания такой системы обучения, в которой удалось бы органически увязать специальное обучение с обучением детей с нормальным развитием.

Он считал, что при всех достоинствах наша специальная школа отличается тем основным недостатком, что она замыкает своего воспитанника — слепого, глухого или умственно отсталого ребенка — в узкий круг школьного коллектива, создает замкнутый мир, в котором все приспособлено к дефекту ребенка, все фиксирует его внимание на своем недостатке и не вводит его в настоящую жизнь. Специальная школа, вместо того чтобы выводить ребенка из изолированного мира, обычно развивает в нем навыки, которые ведут к еще большей изоляции и усиливают его сепаратизм. Поэтому Л.С. Выготский полагал, что задачей воспитания ребенка с нарушением развития является его интеграция в жизнь

и создание условий компенсации его недостатка с учетом не только биологических, но и социальных факторов.

В настоящее время в России развиваются две основные модели педагогической интеграции: *интернальная* и *экстернальная*.

Интернальная интеграция — интеграция внутри системы специального образования, а экстернальная — предполагает взаимодействие специального и массового образования.

Формами интегрированного обучения являются специальные классы в общеобразовательной школе и совместное обучение в одном классе. Специальные классы могут быть созданы для определенной категории детей (например, с нарушением слуха, зрения, задержкой психического развития, умственной отсталостью, ДЦП и др.) или объединять различные категории детей с отклонениями в развитии (например, с задержкой психического развития и умственной отсталостью, сложным комплексным нарушением и др.).

Совместное обучение в одном классе более эффективно для детей с небольшими нарушениями развития (например, слабовидящих, слабослышащих, с легкой формой ДЦП и др.) при наличии хорошо налаженной деятельности службы сопровождения учащихся в школе. Для детей с тяжелыми формами нарушений в развитии возможна только социальная интеграция и частично интернальная форма педагогической интеграции.

*Для успешности педагогической интеграции необходимо соблюдение трех условий:*

- учета возможностей ребенка;
- соблюдение желания родителей, оказание помощи и поддержки;
- помощи службы сопровождения (как внутренней, так и внешней).



Подпонятием «сопровождение» подразумеваются помощь, поддержка и обеспечение развития ребенка. Службы сопровождения зародились вместе с развитием системы образования и существуют в России почти две сотни лет. Если для системы массового образования сопровождение развития ребенка является относительно новым явлением, то в специальном образовании (дефектологии) в современных условиях оно лишь видоизменило свою форму и содержание в связи с кардинальными социально-экономическими преобразованиями в нашем обществе и изменением отношения его членов к лицам с ограниченными возможностями здоровья.

*Психологические, педагогические, медико-социальные (ППМС) службы, или центры сопровождения, осуществляют работу с ребенком в следующих случаях:*

- выявление проблем в ходе диагностики;
- обращения семьи за консультацией;
- обращения педагогов;
- обращения самого ребенка по поводу проблем.

Основными функциями деятельности ППМС-центров являются: диагностика, консультации, информированность, помощь в решении проблем. Особую роль ППМС-центры сопровождения играют в выборе образовательного маршрута ребенка, в преодолении затруднений в учебе и решении проблем личностного развития. ППМС-центры оказывают помощь не только учащимся и учителям школы, но и родителям в решении проблем развития их ребенка, а также в связи с переходом подростка из школы в реальную жизнь, в подборе специальных условий работы и проживания. При коррекции проблем приоритет отдается индивидуальной работе, изменению окружающей ребенка-инвалида среды или изменению позиции ребенка по отношению к среде.

Структура службы сопровождения при экстернальной педагогической интеграции наиболее сложна и может быть эффективна лишь в условиях взаимодействия

администрации, педагогов, психологов и других специалистов массовой и специальной школ. В табл. 6 представлены основные этапы и уровни сопровождения при интегрированном обучении в условиях общего класса массовой школы с указанием основных ключевых фигур сопровождения учащихся с ДЦП при оказании помощи в классе, вне класса и вне школы.

Таблица 6

Структура сопровождения

Уровни Этапы	I — в классе	II — вне класса	III — вне школы
1. Диагности- ка проблем	Классный учи- тель (специ- альный педа- гог)	Специальный педагог, психо- лог, логопед	Специалисты ППМС-служ- бы и/или спе- циальной шко- лы
2. Анализ про- блем			
3. Разработка плана коррек- ционной рабо- ты			
4. Коррекция проблем			
5. Оценка результатов	Методсовет или педсовет	Педсовет или консилиум	ППМК (направ- ление в спец. школу)

Систематическое наблюдение за развитием каждого ребенка с ДЦП в условиях интегрированного обучения, разработка индивидуальных коррекционных программ в зависимости от уровня знаний учащихся, их потенциальных возможностей, способностей и динамики развития, условий и степени принятия психолого-педагогической помощи, способствуют их наиболее эффективной и адекватной социализации.

До сих пор инициатива в интегрированном обучении шла от специальной школы, от специальных педагогов. Между

тем совместное обучение дает многое как здоровым школьникам, так и детям с нарушениями в развитии. Интеграция способствует формированию у здоровых детей терпимости к физическим и психическим недостаткам одноклассников, чувство взаимопомощи и стремления к сотрудничеству. У детей с ограниченными возможностями в развитии совместное обучение ведет к формированию положительного отношения к своим сверстникам, адекватного социального поведения, более полной реализации потенциала развития и обучения. Зачастую отсутствие учебной успешности и адаптации при обучении в массовой школе ставит под сомнение целесообразность интеграции. Успешность интеграции детей с нарушением развития зависит не только от характера и степени имеющихся у них физических и психических нарушений и от эффективности учитывающих эти нарушения учебных программ и обучающих технологий, но и от системы отношений к таким детям со стороны социального окружения, и прежде всего в той образовательной среде, в которую ребенок интегрируется.

Из малочисленных работ по проблемам интеграции известно, что не только в обществе в целом, но и в сфере образования, педагоги, и даже со специальным педагогическим, психологическим и медицинским образованием, отрицательно относятся к интеграции детей с отклонениями, особенно психическими и тяжелыми двигательными (колясочники), в массовую школу.

Учителя массовых школ проявляют негативное отношение к детям с психическими отклонениями в большей степени, чем специалисты — врачи, психологи, специальные педагоги, социальные работники и др. Все это свидетельствует о необходимости, во-первых, медико-психологического, социально-психологического и психолого-педагогического просвещения всего населения. Во-вторых, необходимо проведение специального обучения родителей, здоровых школьников и педагогического персонала обычных школ, направленного на изменение у всех участников учебно-воспитательного процесса массовых школ отрицательных социальных установок и стереотипов по отношению к детям с проблемами в развитии.

Положительное отношение, понимание и принятие учителями и здоровыми людьми ребенка с отклонениями в развитии оказывает прямое влияние на его умственное, эмоциональное и социальное развитие. Поэтому знание системы отношений учителей, сверстников и родителей к имеющим проблемы в обучении детей, чрезвычайно важно с точки зрения их интеграции в условия массовой школы.

Отношение здорового окружения к детям с отклонениями в развитии во многом определяет возможность интегрированного обучения и интеграции в целом. Даже обучаясь в массовой школе, имея потенциальные возможности полноценно участвовать в жизни класса, школы, общении со сверстниками, ребенок с отклонениями в развитии не всегда может реализовать их, потому что здоровые дети не хотят вступать с ним в контакт, администрация массовой школы не хочет принимать его на обучение.

Установки здоровых могут стать решающей компонентой успеха или провала учащихся с ДЦП в обычной школе. Исследования показывают, что в ситуациях, не требующих тесного общения установки школьников в целом благоприятны. При более тесных контактах установки становятся негативными. Учащиеся средних школ чувствуют себя с одноклассниками-инвалидами менее комфортно, чем со здоровыми, во время общения с инвалидами они испытывают большую тревогу, и одноклассники-инвалиды оцениваются ниже, чем здоровые.

Исследования взаимоотношений детей-инвалидов и здоровых детей в нашей стране не проводилось, в то время как в других странах этой проблемой занимаются уже более сорока лет.

По результатам исследований зарубежных авторов установлено, что отношение здоровых к инвалидам характеризуется как откровенно неблагоприятное, в то же время с чувством сострадания, вежливым нерасположением, и имеет характер доминирования—подчинения, когда здоровые получают в том или иной виде власть над теми, у кого есть определенные отклонения.

В некоторых исследованиях отмечается амбивалентный характер отношений здоровых к больным: с одной стороны,

неприятие и даже враждебность, с другой — симпатия и сочувствие. В этом видятся скрытые возможности улучшения социальной интеграции инвалидов.

Существенной причиной отрицательного отношения детей к совместному обучению является вынужденная интеграция без достаточной подготовки как интегрируемой, так и принимающей стороны. Поэтому интеграция должна начинаться в специальном классе. Здесь ученик с ДЦП постепенно начинает осуществлять контакт с обычными детьми в учебной и внеучебной деятельности. И далее интеграция должна распространяться на обычный класс, где ребенок с нарушением развития в конце концов будет находиться все время вместе с обычными учениками. Учитель принимающего класса, кроме того, нуждается в опыте профессиональной коррекционной работы для выбора оптимальной программы обучения ребенка с ДЦП.

Таким образом, интеграцию ребенка с ДЦП следует начинать с социальной интеграции, желательно в дошкольном возрасте.

*При этом необходимо соблюдать следующие условия:*

- программа интеграции должна включать *непосредственные контакты* между детьми разных систем обучения;
- программа в своей основе *не может быть директивной*, должна основываться на неформальной ситуации общения;
- программа должна включать *совместную учебную и внеучебную деятельность* детей массовой и специальной школы.

Эффективная социальная интеграция будет в дальнейшем способствовать педагогической интеграции ребенка с ДЦП при обучении в массовой школе.

Эффективность педагогической интеграции зависит от возможностей ребенка, желания и помощи родителей, а также

наличия на всех этапах обучения квалифицированно организованной службы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения.

Одним из главных условий успеха социальной и педагогической интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья является коррекция отношений участников процесса интеграции (детей, педагогов и родителей) массовой и специальной школ друг к другу.

## § 2. Изменение нормативно-правовой базы в отношении инвалидов

Глубокие изменения в обществе в последнее десятилетие XX в., вызванные коренной перестройкой экономики, появлением различных форм собственности, не могли не сказаться на развитии системы специального образования в России.

Особенно значимым является факт изменения отношения государства к лицам с нарушениями в развитии. Права детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности регулируются отечественным законодательством и международными конвенциями и соглашениями.

Принятая Генеральной ассамблеей ООН Конвенция о правах ребенка (26.01.1990) гарантирует права всех детей, в том числе детей с ограниченными возможностями.

Принятый в 1992 г. и измененный в 1996 г. Закон РФ «Об образовании» дал возможность выбора родителям детей с отклонениями в развитии различных форм обучения.

Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995) определил понятия «инвалид», «реабилитация», закрепил право на воспитание, образование и социально-бытовую адаптацию детей-инвалидов. Для этого создаются соответствующие условия в учреждениях общего типа, специализированных учреждениях и на дому. Предусмотрено также оборудование жилых помещений специальными средствами в соответствии с программой реабилитации.



Указ Президента РФ № 543 «О первоначальных мерах по реализации Всемирной Декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы», постановление Правительства РФ № 848 от 23.08.1993 г. «О реализации Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной Декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы», «Национальный план действий в интересах детей Российской Федерации до 2000 года», принятый постановлением Правительства № 69 от 31.01.1994, являются основополагающими документами, обеспечивающими реализацию прав всех детей России, в том числе детей с отклонениями в развитии на достойную жизнь, охрану здоровья, получение образования, все виды реабилитации.

В соответствии со ст. 114 Закона РСФСР от 20.11.1990 «О государственных пенсиях в РСФСР» детям с ограниченными возможностями в возрасте до 16 лет назначается социальная пенсия, равная минимальной пенсии по старости. Материальное положение семей, имеющих детей, поддерживается системой социальных пособий и компенсационных выплат, адресной натуральной помощью.

Помимо денежной и натуральной помощи детям с ограниченными возможностями гарантируется ряд льгот. Так, постановление Совета Министров СССР от 27.03.1986 № 400 «О мерах по улучшению условий жизни инвалидов с детства» устанавливает скидку 50% стоимости проезда в любом виде междугородного транспорта. В большинстве субъектов РФ проезд в транспорте городского и пригородного сообщения для инвалидов бесплатный, что закреплено местным законодательством.

Правительством РФ (12.03.1997 № 288) принято «Типовое положение о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии», согласно которому дети с отклонениями в умственном и физическом развитии содержатся в специальных учреждениях бесплатно. Они имеют право на первоочередное получение жилплощади на основании действующего постановления Совета Министров СССР от 13.01.1983 № 38 и приказа Минздрава СССР от 18.03.1983 № 330.

Изменение характера отношения государства к инвалидам отражает и постановление Правительства РФ от 14.01.2000 № 36 «О Федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2000—2005 годы».

*Программа состоит из следующих разделов:*

1. Совершенствование нормативно-методического обеспечения, укрепление материально-технической базы и развитие сети учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы.
2. Развитие инфраструктуры государственной службы реабилитации инвалидов, разработка и внедрение современных реабилитационных технологий.
3. Развитие реабилитационной индустрии как промышленной основы социальной защиты населения.
4. Информатизация и кадровое обеспечение деятельности государственных служб медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов и реабилитационной индустрии.
5. Государственная поддержка общественных объединений инвалидов.

*В перечне 56 мероприятий программы учитывается информационный компонент:*

- создание телевизионных программ для инвалидов, в том числе по проблемам детей-инвалидов и общественных объединений;
- развитие полиграфической базы периодических печатных изданий ВОГ;
- организация и проведение рекламно-выставочной деятельности, семинаров, совещаний и конференций по проблемам инвалидов;
- разработка и внедрение федеральной автоматизированной информационно-справочной системы по проблемам инвалидов.

На основании анализа перечня нормативно-правовых актов можно сделать вывод о том, что инвалиды в России все более начинают занимать достойное положение.

Действительно, государство в последние годы немало сделало для людей с ограниченными возможностями здоровья, перестало замалчивать их проблемы, приняло ряд законодательных актов, обеспечивающих инвалидам равные со здоровыми людьми права, возможности реабилитации, льготы, материальную поддержку.

Позиция федеральных и местных органов власти также очень важна. Она задает вектор развития общества, направленный на реабилитацию, социальную адаптацию и интеграцию инвалидов. Для изменения отношения общества к людям с ограниченными возможностями потребуется гораздо больший промежуток времени, нежели для принятия законов.

Кроме того, принятие законов еще не гарантирует их исполнения. На местном уровне зачастую издаются законы, противоречащие федеральным. Пока не будет контроля государства за исполнением законов, трудно ожидать заметного улучшения ситуации в отношении к инвалидам.

### **§ 3. Отношение разных слоев общества к интеграции инвалидов**

#### **Социально-психологический мониторинг**

В последние годы, несмотря на неблагоприятную социально-экономическую ситуацию в стране, наметилась положительная динамика в изменении отношения общества к инвалидам. Изменение отношения к людям с особыми нуждами связано со степенью информированности общества о проблемах инвалидов, а также с развитием общечеловеческих ценностей, милосердия, гуманизма; с переходом от государственно-центристской к детоцентристской образовательной политике, с вытеснением коммунистической парадигмы в педагогике гуманистической. В связи с изменением отношения

общества и государства к людям с проблемами, ростом активности общественных объединений родителей детей-инвалидов и самих инвалидов отмечается улучшение социального самочувствия инвалидов, в том числе инвалидов-опорников.

В Институте специальной педагогики и психологии С.Б. Федоровым (2000) под руководством Л.М. Шпицной был проведен социально-психологический мониторинг по проблеме социальной интеграции.

Исследование было направлено на оценку уровня интеграции инвалидов-опорников (в частности детей, страдающих церебральным параличом) в общество, выявление картины отношения некоторых групп населения к инвалидам, взаимосвязи между информированностью населения о проблемах инвалидов и готовностью принять их в качестве полноправных членов общества, анализ изменения отношения к людям с отклонениями в развитии.

*В качестве объекта исследования были выбраны следующие социальные группы:*

- подростки и молодые люди, страдающие церебральным параличом (I группа);
- специалисты (II группа);
- обыватели (III группа), а именно: молодежь (граждане в возрасте до 30 лет); интеллигенция (люди с высшим образованием); пенсионеры (лица пенсионного возраста).

Каждую из перечисленных групп можно рассматривать как часть общества и как некое единое целое, состоящее из отдельных представителей. Следовательно, каждая группа может быть охарактеризована многочисленными внешними и внутренними связями, из которых нами были учтены лишь наиболее важные.

*Целостность групп определялась их значимостью (отводимой ролью) для данного исследования:*

- молодежь и пенсионеры, представители нового и старшего поколений, живущие и жившие при разном общественном управлении (тоталитарном и демократическом);
- специалисты — люди, наиболее информированные о проблемах инвалидов, знающие положение дел изнутри;
- интеллигенция — наиболее образованная часть общества, отражающая вектор изменения отношения к интеграции инвалидов в социум.

*В первую группу* вошли учащиеся 9—11 классов школы-интерната для детей с последствиями полиомиелита и детским церебральным параличом; инвалиды-опорники, уже имеющие общее (полное), общее специальное или высшее образование, проживающие в Санкт-Петербурге. Всего опрошены 100 человек. Возрастной диапазон опрашиваемых — от 15 до 20 лет.

*Вторая группа* включала в себя людей, связанных по роду своей деятельности с инвалидами-опорниками. Ее составили учителя, воспитатели, медицинские и социальные работники соответствующих учебных заведений, сотрудники психолого-медико-педагогических центров, представители общественных организаций, оказывающих помощь и поддержку детям-инвалидам и их родителям, студенты вечернего отделения Института специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка имени Рауля Валленберга. Численность группы — 180 человек.

*В третью группу* вошли представители пяти государственных и семи частных организаций и предприятий различных форм собственности, студенты десяти учебных заведений различного профиля, неработающие пенсионеры, люди с различным уровнем материального достатка.

*Количественно группа обывателей выглядит следующим образом:*

- молодежь — 130 человек;
- интеллигенция — 100 человек;
- пенсионеры — 170 человек.

### Процедура исследования

Проведение мониторингового исследования в пределах даже одного города по проблеме социальной интеграции инвалидов-опорников является дорогостоящей и долговременной процедурой. В связи с этим исследование проведено выборочно. Выборочное исследование также может дать реальную картину результатов при соблюдении определенных требований к совокупной выборке.

Главные критерии корректности выборки в исследовании: случайность отбора респондентов; формирование групп в соответствии с общей возрастно-половой структурой населения.

*Основой исследования стали анкеты, разработанные Л. М. Шипицыной. Вопросы, предлагаемые в анкетах, были составлены так, чтобы удовлетворять следующим основным требованиям:*

1. Однозначность формулировок и смысла вопросов.
2. Отсутствие непонятных респонденту терминов, оценок и единиц измерения.
3. Ограничение количества вариантов ответа на вопрос (не более пяти).
4. Сбалансированность шкал оценок. (Отсутствие смещений к положительному или отрицательному полюсу шкалы.)
5. Исключение непосильных требований к памяти опрашиваемого.



Анкетирование инвалидов-опорников проводилось организатором в форме индивидуальных бесед. Индивидуальный подход использован для исключения влияния опрашиваемых друг на друга. Мнение представителей остальных групп выявлено в процессе индивидуального и группового анкетирования.

Целью проведения *анкеты 1* (см. приложение 1) является оценка информированности общества об инвалидах. Анкета включает в себя вопрос о достаточности освещения проблем инвалидов в средствах массовой информации (СМИ) с последующим уточнением источников информации, где предоставляется возможность выбора из перечисленных источников и возможность указания другого варианта ответа. Качественный вопрос о наличии в России законов, защищающих права инвалидов, служб и организаций, оказывающих им помощь и поддержку, конкретизируется просьбой перечислить известные организации.

Вопросы анкеты носят содержательный характер и позволяют выяснить осведомленность, мнение и предпочитаемые респондентом источники информации.

*Анкета 2* (приложение 2) позволяет дать оценку отношения общества к инвалидам. Опрашиваемому предлагается выказать свое отношение к людям с различными видами проблем здоровья, отметить положительные и отрицательные качества инвалидов, определить позицию по вопросу педагогической интеграции детей-инвалидов. Вторая часть анкеты позволяет выявить готовность респондента к социальной интеграции с инвалидами, предлагая различные ситуации социальных отношений; выясняет мнение о необходимости льгот и государственной программы трудоустройства инвалидов.

Вопросы 2 и 3, предлагающие назвать положительные и отрицательные качества инвалидов, позволяют выяснить возможные причины того или иного отношения к инвалидам.

Вопросы 4—6 позволяют определить место в обществе, которое опрашиваемый отводит инвалидам. Эти вопросы несут в себе достаточно высокую степень социального давления, их можно считать основной частью анкеты. Перечисленные

вопросы дают возможность оценить уровень готовности респондента к интеграции с инвалидами. Если, например, респондент считает, что дети-инвалиды должны обучаться только в специальных учреждениях и при этом «разрешает» инвалиду быть не более чем соседом по дому, то степень его готовности к интеграции чрезвычайно низка.

В целом анкета 2 построена на использовании прямых вопросов, так как они психологически нейтральны к личности респондента.

*Анкета 3* (приложение 3) предназначена для самих инвалидов-опорников. Им предлагается качественно оценить отношение к себе со стороны общества, свою жизнь и жизнь здоровых людей. Анкета позволяет сделать выводы о трудностях общения и психологической устойчивости при контактах с родителями, учителями, воспитателями, друзьями и посторонними людьми. Сюда включены также вопросы о значении образования в жизни респондента, о готовности к интеграции, о трудоустройстве — как важнейшем элементе социальной реабилитации. Заканчивается анкета оценкой уровня тревоги о своей будущей жизни и работе с указанием причин беспокойства.

Выявление трудностей в общении позволяет сделать выводы о степени социализации подростков, страдающих церебральным параличом, и круге их общения. Отсутствие трудностей в общении далеко не всегда говорит о высоком уровне социализации, так как при узком круге общения, зачастую, трудностей тоже нет. Очевидна взаимосвязь вопроса 5, определяющего частоту конфликтов, с вопросом 4. По совокупности ответов на эти вопросы можно судить об эмоциональной устойчивости респондентов.

Вопрос 6 о значении образования показывает взгляд опрашиваемого на окружающий мир и ощущение своего положения в нем. Седьмой вопрос выясняет готовность детей с ДЦП обучаться вместе со здоровыми детьми.

Заключительные вопросы анкеты — 9 и 10 — позволяют оценить уровень тревожности. Значимыми являются причины неуверенности в будущем, — которые предлагается указать респонденту.

## Информированность общества об инвалидах

Информированность общества — одно из необходимых условий успешной социальной интеграции инвалидов. В этом вопросе первостепенную роль играют средства массовой информации (СМИ). Распределение мнений некоторых общественных групп о достаточности освещения проблем инвалидов в СМИ — вполне прогнозируемая картина (см. рис. 15).

Специалисты, работающие с детьми, страдающими церебральным параличом, заявляют о недостатке информации об инвалидах, плохую информированность о взрослых инвалидах отмечают 85%, о детях-инвалидах 90%, о проблемах родителей детей-инвалидов 98% специалистов. Большинство людей пенсионного возраста (в среднем 61%) также согласно с тем, что объем информации недостаточен. Из них высказывают озабоченность нехваткой информации о проблемах взрослых инвалидов 56%, детей-инвалидов — 60%, родителей детей-инвалидов — 68% опрошенных. Представители интеллигенции и молодые люди в большинстве своем не имеют мнения по этому вопросу (выбрали ответ «не знаю») и ранее не задавались им.

Следует отметить относительно небольшой уровень уверенности в достаточности освещения проблемы в СМИ. Трудности взрослых инвалидов считают достаточно освещенными лишь 6% специалистов, 7% молодых людей, 5% интеллигентов и 12% пенсионеров. Проблемы детей-инвалидов кажутся полностью представленными в СМИ только 4% специалистов, 3% лиц в возрасте до 30 лет, 4% людей с высшим образованием и 8% пенсионеров.

Анализ результатов показывает, что хуже всего отражены в прессе (в том числе электронной) трудности родителей детей-инвалидов. Лишь 5% лиц пенсионного возраста говорят о достаточности информации. Данные по другим категориям опрошенных и того ниже (0% или 1%).

В качестве основного источника информации (см. рис. 16) подавляющее большинство опрошенных называют телевидение. Телевизор считают своим «четвероногим другом» 94%

## § 3. Отношение разных слоев общества к интеграции инвалидов

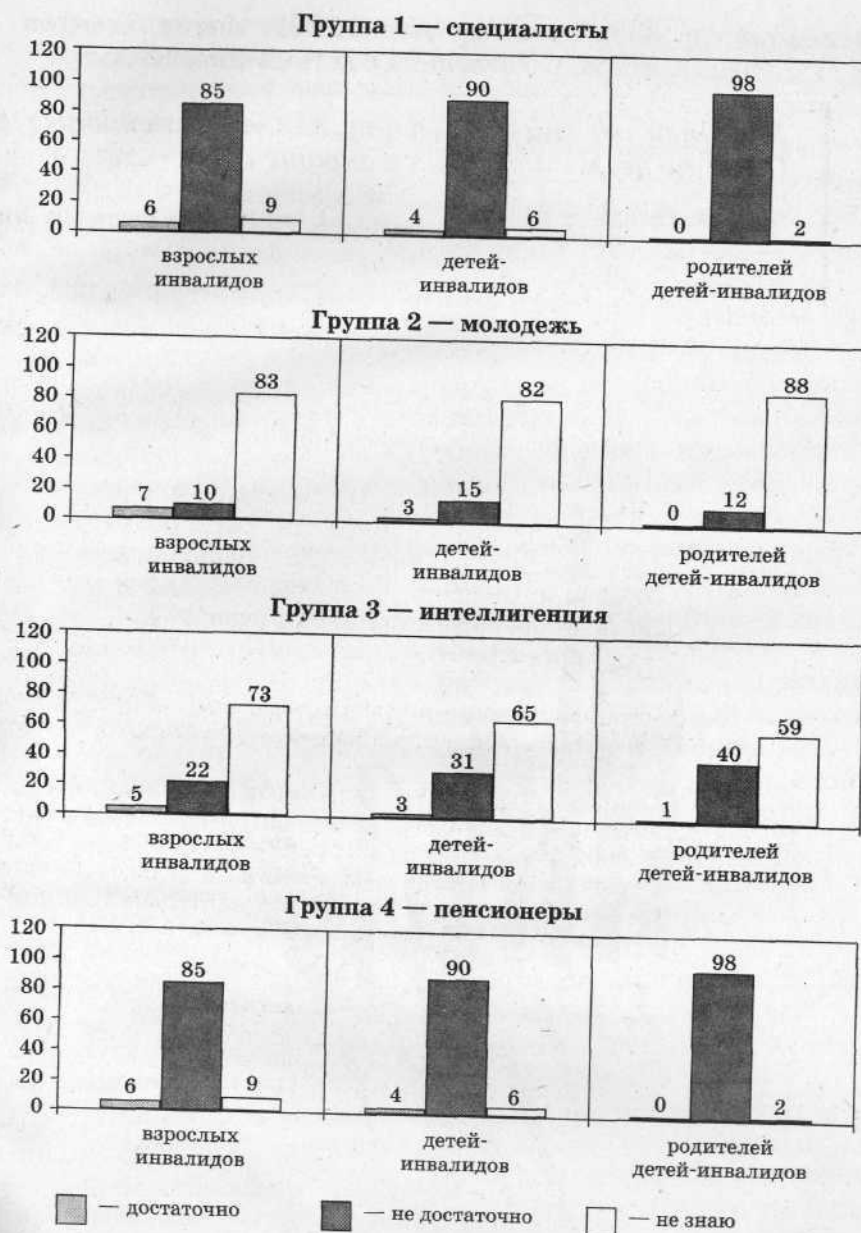


Рис. 15. Мнение некоторых общественных групп о достаточности освещения проблем инвалидов в СМИ, %

пенсионеров, 86% молодых людей, 80% интеллигентов и 71% специалистов, работающих с детьми-инвалидами.

**Усредненные значения о популярности основных СМИ по всем категориям опрошенных:**

- телевидение — 81%;
- газеты — 27%;
- радио — 23,5%.

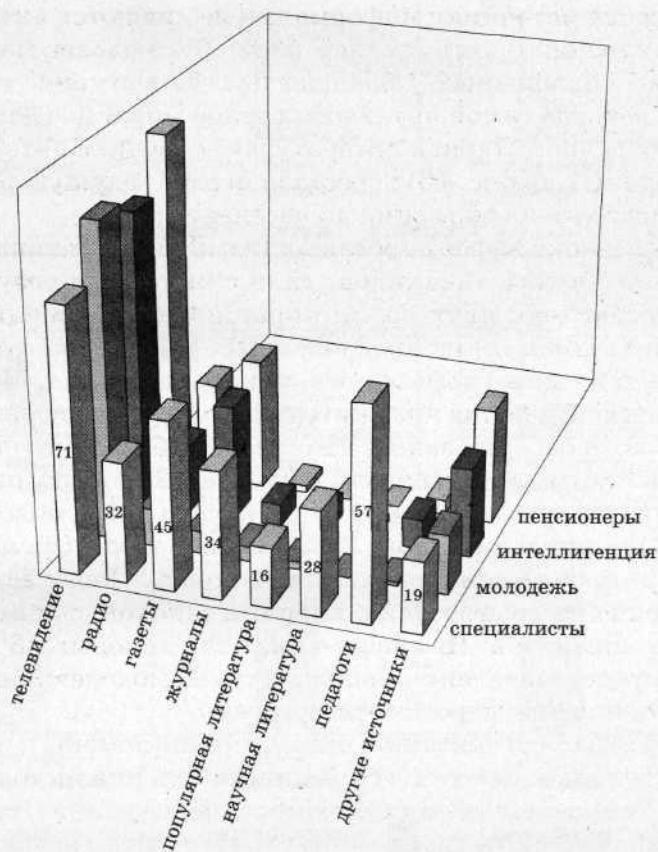


Рис. 16. Значимость источников информации о проблемах инвалидов для обследованных групп, %

Лишь для небольшой части специалистов (16% и 28%) источником информации является популярная и научная литература, значительную часть сведений (57%) они получают от педагогов (вероятно, коллег по работе).

Респонденты всех без исключения групп указали источники информации, не значащиеся в перечне предлагаемых ответов к вопросу анкеты. Чаще других назывались: улица, транспорт, магазин, родственники, знакомые. (На рис. 16 столбцы «другие источники».) В качестве «другого» источника информации 6% молодежи и 4% людей с высшим образованием отметили Интернет.

Прочие источники информации не являются актуальными, их используют в среднем около 3% человек из каждой группы опрошенных. Обращает на себя внимание тот факт, что в некогда самой читающей стране мира, печатное слово (столбцы «популярная литература», «научная литература», «журналы» на рис. 16) перестало играть ведущую роль в деле донесения информации до населения.

Выяснение информированности о наличии законов, защищающих права инвалидов, дало ожидаемые результаты. Представители двух групп опрашиваемых (специалисты и интеллигенция) из предложенных трех вариантов ответа (да, нет, не знаю) воспользовались только двумя. Многие из обывателей, давших положительный ответ, затруднились назвать хотя бы один закон, что говорит об абстрактности для них поставленного вопроса. В среднем 23% лиц, не являющихся специалистами в данной области (14% молодых людей, 31% интеллигентов, 25% пенсионеров), считают себя информированными по данному вопросу. Поражает неосведомленность обывателей о наличии законов, защищающих права инвалидов. Не знают о наличии таковых 83%, 69%, 71% представителей социальных групп молодежи, интеллигенции и пенсионеров соответственно.

Службы и организации, оказывающие помощь и поддержку инвалидам, известны большинству специалистов. Из них информированы об организациях, помогающих взрослым инвалидам — 94%, детям-инвалидам — 98%, родителям детей-инвалидов — 77% респондентов. В среде обывателей прослеживается тенденция незнания о существовании таких



служб. Хуже всего информировано население об организациях, оказывающих помощь родителям детей-инвалидов. Знают о наличии этих организаций 21% пенсионеров, 12% интеллигенции и 9% молодежи.

Таким образом, информированность общества о проблемах инвалидов крайне недостаточна. Основными источниками получения сведений являются электронные СМИ и газеты. Ведущая роль принадлежит телевидению. Знания о законах, защищающих права инвалидов, службах и организациях, оказывающих им помощь и поддержку, незначительны, но имеют тенденцию к увеличению с возрастом.

### Оценка отношения общества к инвалидам

*Картина общественного отношения к инвалидам определяется множеством факторов, из которых наиболее важными являются:*

- информированность об инвалидах и их проблемах;
- исторические предпосылки к интеграции;
- экономическое положение страны и ее отдельных граждан;
- развитость демократических институтов общества;
- наличие законодательных актов, защищающих права инвалидов.

При проведении опроса выявлено положительное отношение большей части населения (см. рис. 17) к инвалидам. Специалисты, работающие с детьми, страдающими церебральным параличом, относятся без неприязни и к другим группам людей с проблемами: инвалидам по зрению и слуху — 91%, людям с психическими нарушениями — 88%. У остальной части опрашиваемого населения положительное отношение превалирует над равнодушным и отрицательным. Например, положительно относятся к инвалидам детства 64% молодежи, 71% интеллигенции и 68% пенсионеров. Аналогичная картина наблюдается (см. рис. 16) и по отношению к другим группам инвалидов. Следует также отметить,

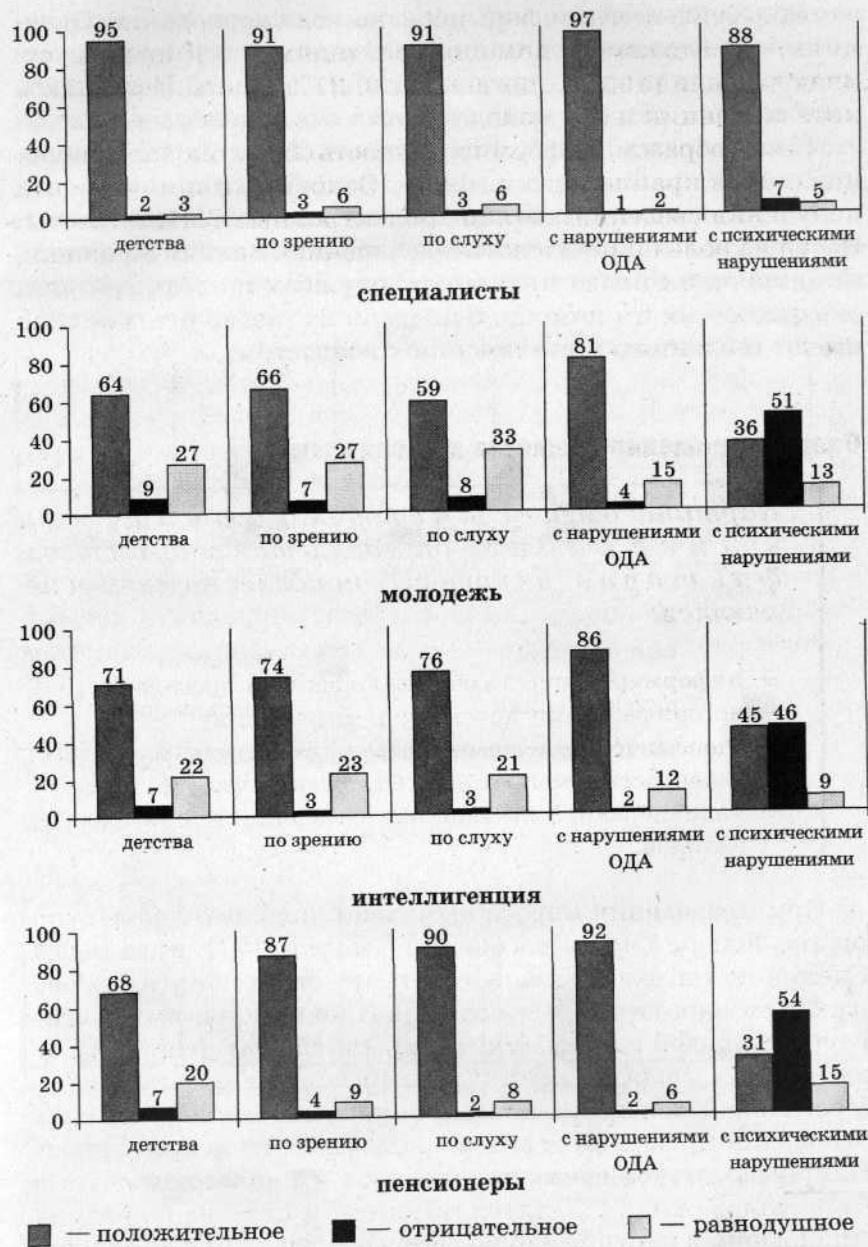


Рис. 17. Отношение к инвалидам, %

что безразличие высказано чаще, нежели негативизм. Однако по отношению к людям с психическими нарушениями отрицательные чувства преобладают над иными. Негативное отношение к лицам с психическими отклонениями выказали 51% молодых людей, 46% интеллигентов и 54% пенсионеров.

Причины полученной картины отношений раскрывает ответ на вопрос о положительных и отрицательных качествах



Рис. 18. Положительные качества инвалидов, %



Рис. 19. Отрицательные качества инвалидов, %

инвалидов (см. рис. 18, рис. 19). Данный вопрос был единственным, при ответе на который точки зрения специалистов и обывателей не слишком разнятся. Среди положительных качеств чаще всего отмечается терпение (в среднем в 49% ответов). Так считают 42% специалистов, 33% молодежи, 54% интеллигенции и 66% пенсионеров. Отмечая основным положительным качеством людей с особыми нуждами терпение, обыватели косвенно подчеркивают, что в стране не созданы условия, при которых инвалиды чувствовали бы себя в обществе комфортно.

Реже других положительным качеством инвалидов называется работоспособность (в среднем в 13% ответов).

Раскладка мнений об отрицательных качествах инвалидов достаточно равномерна (см. рис. 19). Разброс наблюдается лишь по некоторым позициям. Специалисты не отмечают у людей с проблемами значительного недоверия к окружающим (16%), считая главным недостатком инвалидов чрезмерное чувство жалости к себе (43%). Объяснение, возможно, кроется в специфических условиях, созданных для инвалидов во многих специальных (коррекционных) учреждениях,



Рис. 20. Мнение некоторых общественных групп о месте обучения детей-инвалидов, %

при которых формируется иждивенческая позиция. Многие дети-инвалиды считают нормой получаемые от государства льготы и обеспечение, называя к тому же их недостаточными. Воспитатели пенсионного возраста, количество которых довольно велико, часто поддерживают их в этом вопросе.

Оптимальным местом для обучения детей-инвалидов большинство респондентов считает специальную школу (см. рис. 20). Такой выбор обусловлен двумя основными причинами: лучшие условия для обучения «особых» детей и забота о здоровых детях.

Даже большинство специалистов, работающих с инвалидами-опорниками (52%), являются сторонниками специальных учебных заведений, т. е. выступают за педагогическую дифференциацию (раздельное обучение).

С целью конкретизации отношения к людям с проблемами респондентам предложено было высказать свое мнение о различных социальных ролях инвалидов. Аналогичный опрос проводился в 1992 г. Лабораторией психологических проблем реабилитации инвалидов при ЦИЭТИ-Не (рис. 21, а).

Сравнение диаграмм по четырем группам респондентов показывает незначительное изменение к лучшему в отношении к инвалидам. При этом в одинаковой степени учитывались мнения групп: специалисты, молодежь, интеллигенция, сестры милосердия.

При подсчетах не учитывались мнения респондентов, которые выказали равнодушное отношение.

Ухудшение отношения к инвалидам — соседям по квартире, наверное, вызвано ростом негативного отношения к коммунальным квартирам в целом или психологической несовместимостью с посторонним человеком-инвалидом.

По прочим социальным ролям инвалидов, значившимся в перечне вариантов, процент респондентов, выказавших положительное отношение, в 2000 г. был большим, чем в 1992 г.

Следует отметить, что подавляющее большинство респондентов (87%) согласны на проживание в одном доме с инвалидами, но возражают против соседства по квартире

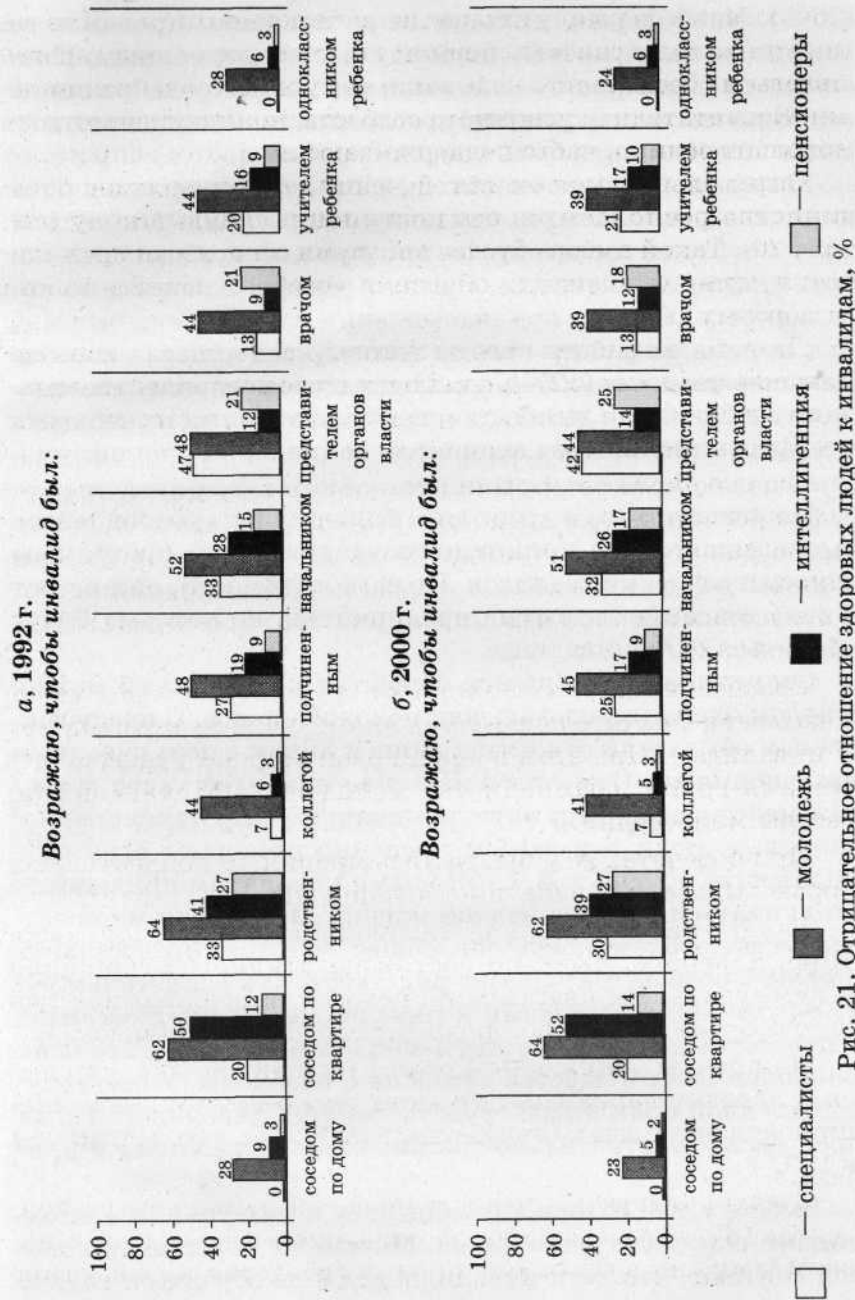


Рис. 21. Отрицательное отношение здоровых людей к инвалидам, %



(26%). Наибольшее единодушие респонденты проявили во мнениях о возможности инвалиду быть подчиненным. Максимальная полярность суждений (от полного одобрения до категорического неприятия) прослеживается во мнениях возможности инвалида быть учителем ребенка.

Результаты опроса о необходимости предоставления льгот инвалидам показывали, что почти все респонденты согласны с необходимостью льгот при проезде в общественном транспорте, при лечении, считают уместной пенсию по инвалидности. Однако при поступлении в вузы и техникумы, при приеме на работу льготы готовы предоставить гораздо меньшее число опрошенных. Некоторые респонденты заявляют о нежелании делиться «своими» рабочими и учебными местами, что является элементом социальной дискриминации по отношению к инвалидам.

Парадоксально, но при этом большинство респондентов высказываются за принятие государственной программы трудоустройства инвалидов. По всей видимости, они имеют в виду создание закрытых предприятий, на которых будут трудиться одни инвалиды.

Современное отношение общества к инвалидам можно в целом охарактеризовать как положительное. С предубеждением обыватели относятся лишь к лицам с психическими нарушениями. Отмечая в качестве наиболее часто встречающейся в характере инвалидов такую черту как терпение, здоровые люди тем самым косвенно признают огромное количество трудностей, с которыми инвалидам приходится сталкиваться в повседневной жизни. Признавая множественность проблем инвалидов, общество готово предоставить людям с особыми нуждами ряд льгот, что свидетельствует о гуманном отношении к инвалидам. Права инвалидов и предоставляемые им льготы закреплены законодательно. Большая часть общества согласна с необходимостью государственной программы трудоустройства инвалидов. Такая программа действительно должна быть разработана и принята.

Вместе с тем готовность общества к интеграции с инвалидами еще достаточно низка. Многие из опрошенных людей считают, что дети-инвалиды должны обучаться только

в специальных школах, не согласны с предоставлением льгот инвалидам при поступлении в высшие учебные заведения и приеме на работу, т. е. здоровые граждане, выказывая необходимость заботы об инвалидах, зачастую не готовы признать их полноправными членами общества.

Закон РФ «Об образовании» (1996) предоставляет родителям детей-инвалидов возможность выбора учебного заведения. Многие дети-инвалиды действительно способны обучаться в массовой школе, но процесс интеграции тормозится недостаточной информированностью родителей таких детей о своих правах и неготовностью массовой школы к обучению детей с отклонениями в развитии.

Отношение к людям с проблемами может служить индикатором развитости общественного сознания. В последние годы это отношение несколько улучшилось, увеличилось количество социальных ролей, отводимых инвалидам. Можно констатировать, что мы находимся на этапе перехода от благотворительности по отношению к инвалидам к подлинному равенству и участию.

#### § 4. Отношение к интеграции в общество инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата

Интеграция может быть обозначена как дорога с двусторонним движением. Оценив существующее отношение общества к инвалидам, необходимо определить мнение самих инвалидов о своем положении в социуме (рис. 22). Комментарий к диаграмме достаточно прост: 57% опрошенных не чувствуют себя комфортно в существующих условиях жизни. Из них 18% ощущают отрицательное отношение к себе, 39% — равнодушное.

Подростки и молодые люди, страдающие церебральным параличом, свою жизнь считают более трудной, чем жизнь здоровых людей.

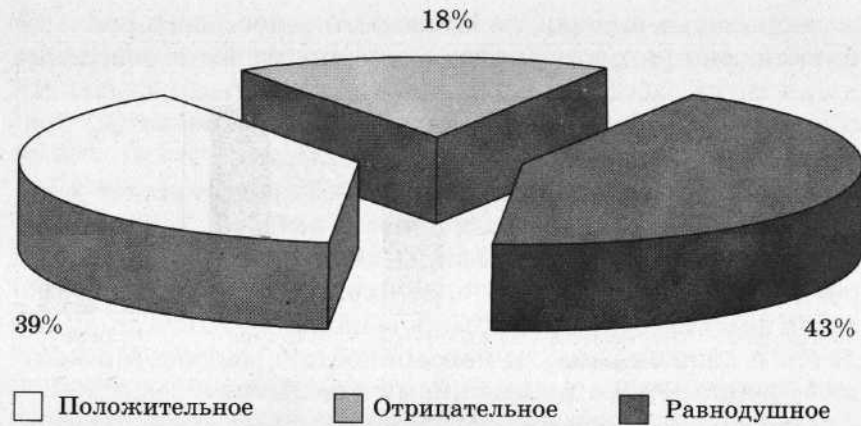


Рис. 22. Оценка инвалидами-опорниками отношения к себе со стороны окружающих

*Сравнительный анализ полученных данных 2000г. и данных Лаборатории психологических проблем реабилитации инвалидов при ЦИЭТИНе за 1991 и 1992 гг. (рис. 23) позволяет сделать следующие выводы:*

1. В 1992 г., когда в стране были введены свободные цены, начался этап перехода к рыночной экономике, сопровождавшийся снижением материального благосостояния населения, максимум оценки инвалидами своей жизни сместился к отметке «неудовлетворительно» (33% против 27% в 1991 г.). Уровень жизни здоровых людей также был оценен ниже (9% против 46% по шкале «хорошо»).
2. В начале 2000 г. наблюдается постепенный возврат к картине отношений 1991 г., существующей уже в новых экономических условиях.

Оценка собственной жизни «среднестатистическим» инвалидом-опорником стала выше, чем в 1991 г., а оценка жизни здоровых людей пока не достигла уровня 1991 года.

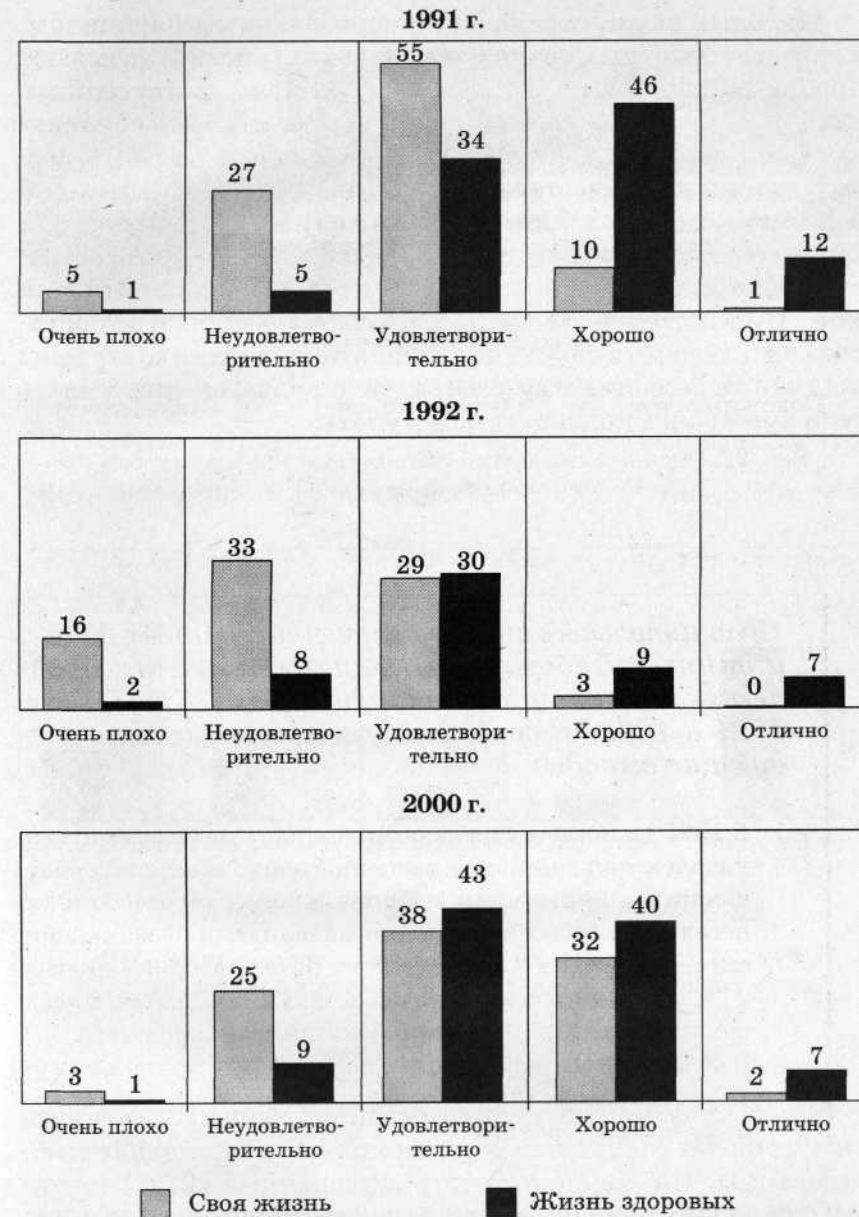


Рис. 23. Оценка инвалидами-опорниками своей жизни и здоровья людей, %

Молодые люди, страдающие церебральным параличом, в качестве основных трудностей общения (рис. 24) называют проблемы общения с родителями (33%) и посторонними людьми (44%). Трудности в общении с родителями объясняются возрастом опрашиваемых и тем фактом, что 84% респондентов живут вместе с родителями. Следует отметить, что разногласия с родителями и друзьями (рис. 24) почти всегда заканчиваются конфликтами (33% и 38%; 12% и 14% соответственно), но большинство опрошенных считают это нормой. При общении с учителями, воспитателями и посторонними людьми в случае негативного отношения со стороны последних большинству респондентов удается сдерживать свои чувства и в конфликт не вступать.



Рис. 24. Оценка детьми-инвалидами, страдающими ДЦП, трудностей в общении и частоты конфликтов, %

Важным элементом в формировании жизненной позиции выпускников специальных школ является отношение к образованию. Примерно четверть опрошенных (27%) считают, что образование позволит им занять определенное место в обществе (рис. 25), однако 41% учащихся с ДЦП рассматривают образование только как возможность получения



Рис. 25. Значение образования для учащихся выпускных классов, страдающих ДЦП

знаний, что, по всей видимости, свидетельствует о несформированности жизненной позиции.

Готовность инвалидов-опорников к процессу педагогической интеграции определялась при ответе на вопрос о желании обучаться вместе со здоровыми детьми (см. табл. 7).

Таблица 7

Желание детей-инвалидов обучаться вместе со здоровыми детьми, %

Вид педагогической интеграции	Процент учащихся, поддержавших интеграцию
Обучение в одной школе	68
Обучение в одном классе	45



*Учащиеся с ДЦП показали достаточно высокий процент согласия на совместное обучение в одной школе (68%) и в одном классе (45%) вместе со здоровыми детьми. Среди причин отказа от совместного обучения самыми распространенными оказались:*

- трудности в общении;
- боязнь насмешек и непонимания;
- опасение не успеть за темпом работы в классе.

Проведенное исследование позволяет констатировать, что социальное самочувствие инвалидов-опорников имеет тенденцию к улучшению. Большинство опрошенных считают, что готово к интеграции в массовую школу, однако наличие трудностей в общении с посторонними людьми заставляет усомниться в соответствии желательного положения дел действительному. Общество должно сделать еще не один шаг навстречу людям с ограниченными возможностями здоровья, чтобы их положение в социуме улучшилось.

### Контрольные вопросы и задания

1. Что такое социализация детей с ДЦП? Основные этапы и направления социализации.
2. Что такое интеграция? Основные формы интеграции.
3. Дайте определение социальной и педагогической интеграции.
4. Опишите особенности психолого-педагогического сопровождения при социальной и педагогической интеграции.
5. Составьте таблицу основных нормативно-правовых актов в отношении детей-инвалидов с ДЦП.
6. Как изменилась готовность разных групп населения к интеграции инвалидов в общество?
7. Как изменилось отношение детей-инвалидов к интеграции в общество?

## АНКЕТА 1 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ОБ ИНВАЛИДАХ

1. Достаточно ли на ваш взгляд освещаются проблемы инвалидов в средствах массовой информации:

- |                             | Да                       | Нет                      | Не знаю                  |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| — взрослых инвалидов        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — детей-инвалидов           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — родителей детей-инвалидов | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Из каких источников вы узнаете о проблемах инвалидов:

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| — телевидение           | <input type="checkbox"/> |
| — радио                 | <input type="checkbox"/> |
| — газеты                | <input type="checkbox"/> |
| — журналы               | <input type="checkbox"/> |
| — популярная литература | <input type="checkbox"/> |
| — научная литература    | <input type="checkbox"/> |
| — педагоги, воспитатели | <input type="checkbox"/> |
| — другой вариант        | <input type="checkbox"/> |

3. Имеются ли в России законы, защищающие права инвалидов:

- | Да                       | Нет                      | Не знаю                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Имеются ли в вашем городе службы и организации, оказывающие помощь инвалидам:

- | Да                          | Нет                      | Не знаю                  |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — родителям детей-инвалидов | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Перечислите, какие службы и организации оказывают помощь и поддержку инвалидам:

---



---



---



---

Приложение 2

**АНКЕТА 2  
ОТНОШЕНИЕ К ИНВАЛИДАМ**

1. Как вы относитесь к инвалидам?

	Положи- тельно	Отрица- тельно	Равно- душно
— детства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— по зрению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— по слуху	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— с нарушением движений («опорники», «колясочники»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— с психическими нарушениями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Какие положительные черты личности вы можете отметить у инвалидов?

— доброжелательность	<input type="checkbox"/>
— упорство в достижении цели	<input type="checkbox"/>
— работоспособность	<input type="checkbox"/>
— терпение	<input type="checkbox"/>
— другой вариант	<hr/>

3. Какие отрицательные черты личности вы можете отметить у инвалидов?

— завистливость	<input type="checkbox"/>
— недоверие к окружающим	<input type="checkbox"/>

- недостаток инициативы
- чрезмерное чувство жалости к себе
- другой вариант 

---

4. В какой школе лучше всего было бы учиться детям-инвалидам?

- в специальной школе
- в специальном классе массовой школы
- в обычном классе массовой школы
- в школе индивидуального обучения
- на дому

5. Как вы относитесь к тому, чтобы инвалид был (отметить нужное):

	Положи- тельно	Отрица- тельно	Равно- душно
— соседом по дому	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— соседом по квартире	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— родственником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— коллегой по работе (учебе)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— подчиненным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— начальником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— представителем органов власти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— учителем ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— одноклассником ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Нужны ли льготы для инвалидов?

	Да	Нет	Не знаю
— при поступлении в вузы и техникумы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— при приеме на работу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— в транспорте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— при лечении	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— пенсия по инвалидности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Нужна ли государственная программа трудоустройства инвалидов, создание для них рабочих мест?

Да	Нет	Не знаю
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Приложение 3

**АНКЕТА 3**  
**СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ**  
**ИНВАЛИДОВ**

1. Какое отношение к себе чаще всего вы ощущаете со стороны окружающих?

Положительное	Отрицательное	Равнодушное
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Как вы оцениваете свою жизнь?

Очень плохо	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Как вы оцениваете жизнь здоровых людей?

Очень плохо	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Имеются ли у вас трудности в общении?

	Да	Нет	Не знаю
— с родителями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— учителями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— воспитателями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— друзьями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— посторонними людьми (в магазине, транспорте, на улице и т. д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Часто ли вы ссоритесь (вступаете в конфликт)?

	Да	Нет	Не знаю
— с родителями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— учителями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— воспитателями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— друзьями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— посторонними людьми (в магазине, транспорте, на улице и т. д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Что в вашей жизни определяет образование?

— мировоззрение	<input type="checkbox"/>
— влияние на окружающий мир	<input type="checkbox"/>
— место в обществе	<input type="checkbox"/>
— возможность получения знаний	<input type="checkbox"/>
— возможность получения профессии	<input type="checkbox"/>
— другой вариант	<input type="checkbox"/>



7. Хотели бы вы обучаться вместе со здоровыми учащимися?

	Да	Нет	Не знаю
— в одной школе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— в одном классе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если нет, то укажите (по желанию) причину отказа:

---



---



---

8. Какую специальность вы хотели бы получить после школы?

— техническую	<input type="checkbox"/>
— гуманитарную	<input type="checkbox"/>
— психолого-педагогическую	<input type="checkbox"/>
— рабочую	<input type="checkbox"/>
— другой вариант	<input type="checkbox"/>

9. Испытываете ли вы беспокойство?

	Да	Нет	Не знаю
— о своей будущей жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— о своей будущей работе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Причины вашей тревоги о будущем:

---



---



---

1. *Абрамович-Лехтман Р.Я.* Об особенностях нервно-психического развития детей // Тезисы докладов научно-практической конференции по вопросам учебно-воспитательной работы в школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Л., 1962, 1965.

2. *Акош К., Акош М.* Помощь детям с церебральным параличом. Кондуктивная педагогика: Книга для родителей / Пер. с англ. С. Вишневской. М., 1994.

3. *Архипова Е.Ф.* Коррекционная работа с детьми с церебральными параличами (доречевой период). М., 1989.

4. *Бадалян Л.О.* Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка // Методологические аспекты науки о мозге. М., 1983.

5. *Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В.* Детский церебральный паралич. Киев, 1988.

6. *Бадалян Л.О., Темин П.А., Заваденко Н.Н.* и др. Прогрессирующая мышечная дистрофия у детей и подростков: проблемы патогенеза, диагностики, лечения и профилактики // ВНИИМИ: Обзорная информация: серия «Охрана материнства и детства». 1988.

7. *Брейтман М.Я.* О клинической картине детского головного — мозгового паралича. СПб., 1902.

8. *Вассерман Е.Л., Катыева М.В.* Многомерное клинико-нейропсихологическое исследование высших психических функций у детей с церебральными параличами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1998. № 2.

9. *Вассерман Е.Л., Катыева М.В., Никитина Л.Н.* Клинико-психологический анализ проблем, возникающих в школе у детей с цереброорганическим синдромом: четыре наблюдения // Дефектология. 1999. № 4.

10. *Выготский Л.С.* Избранные психологические исследования. М., 1956.
11. *Выготский Л.С.* Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии. 1966. № 6.
12. *Выготский Л.С.* Развитие высших психических функций. М., 1960.
13. *Глезерман Т.Е.* Мозговые дисфункции у детей. М., 1983.
14. Государственный доклад «О положении детей в Российской Федерации». М., 2002.
15. *Данилова ЛЛ.* Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. Л., 1977.
16. *Данилова ЛЛ., Стока К., Казицына Г.Н.* Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе. СПб., 1997.
17. Дети с острым церебральным параличом // Руководство по образованию / Под ред. Хеннинг Рай и Мириам Сьюэртен. М., 1989.
18. *Ермоленко НЛ., Скворцов ИЛ., Неретина А.Ф.* Клинико-психологический анализ развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных и речевых функций у детей с церебральными параличами // Журнал неврологии и психиатрии. 2000. № 3.
19. *Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М.* Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни. М., 1981.
20. *Иваницкая ИМ.* Детский церебральный паралич (обзор литературы) // Альманах «Исцеление». М., 1993.
21. *Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская ИЛ.* Молекулярные основы прогрессирующих мышечных дистрофий // Журнал неврологии и психиатрии. 1998. № 10.
22. *Ипполитова М.В.* Коррекционно-воспитательная работа с детьми дошкольного возраста, страдающими церебральными параличами // Очерки по патологии речи и голоса. Вып. 3 / Под ред. С.С. Ляпидевского. М., 1967.
23. *Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мاستюкова ЕМ.* Воспитание детей с церебральным параличом в семье: книга для родителей. М., 1993.
24. *Ипполитова М.В., Мاستюкова Е.М.* Нарушение речи у детей с церебральным параличом. М., 1985.

25. *Ипполитова М.В., Чернобровкина Е.Д.* Педагогам и воспитателям о детях с отклонениями в развитии: Методическое пособие. М., 1994.
26. *Исаев ДМ.* Психопатология детского возраста. СПб., 2001.
27. *Калижнюк Э.С.* Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев, 1987.
28. *Каппелле В., Фарричелли М., Соре В.* Лица с физическими аномалиями // Основы ортопедагогике / Под ред. Э. Брукарт. Lonven; Yarrant. 1999.
29. *Климов ЕЛ.* Образ мира в разнотипных профессиях. М., 1995.
30. *Ковалев В.В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.
31. *Кольцова М.М.* Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. М., 1973.
32. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом. Методические рекомендации. М.; СПб., 1998.
33. Концепция государственного стандарта общего образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. М., 1997.
34. Концепция интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (со специальными образовательными потребностями) // Актуальные проблемы интегрированного обучения. М., 2001.
35. *Корнев А.Н.* Нейропсихологические методы исследования // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. СПб., 1991
36. Коррекционно-педагогическая работа в школе для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Под ред. И.А. Смирновой. СПб., 2000.
37. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
38. *Лурия ЛР.* Развитие конструктивной деятельности дошкольника // Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста. М., 1948.
39. *Лурия АЗ\*.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Изд. 3. М., 2000.

40. *Малофеев Н.Н.* Характеристика лексического запаса у учащихся с церебральным параличом // Дефектология. 1985. № 1.
41. *Малофеев Н.Н.* Специальное образование в России и за рубежом. М., 1996.
42. *Малофеев Н.Н.* История становления развития национальных систем специального образования (социокультурный аспект) // Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. М., 2000.
43. *Мамайчук И.И.* Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом // Дефектология. 1976. № 3.
44. *Мамайчук И.И.* Психологическая служба в детской ортопедической клинике // Психологический журнал. 1988. № 2.
45. *Мамайчук И.И.* Нейропсихологические исследования гностических процессов у детей с различными формами детского церебрального паралича // Журнал невропатологии и психиатрии. 1992. № 4.
46. *Мамайчук И.И.* Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб., 2000.
47. *Марковская И.Ф.* Нейропсихологическая характеристика детей с задержкой психического развития // Невропатология и психиатрия. 1977. № 12.
48. *Марковская И.Ф.* Задержка психического развития церебрально-органического генеза: Автореф. канд. дисс. М., 1982.
49. *Марковская И.Ф.* Задержка психического развития (клинико-нейропсихологическая диагностика). М., 1993.
50. *Мастюкова Е.М.* Диагностика нарушений доречевого развития у детей с церебральным параличом и пути логопедических и педагогических мероприятий в этом периоде. М., 1973.
51. *Мастюкова Е.М.* О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами // Дефектология. 1973. № 6.
52. *Мастюкова Е.М.* Речевые нарушения у учащихся с гиперкинетической формой церебрального паралича и медицинское обследование логопедических мероприятий // Дефектология. 1979. № 3.

53. *Мастюкова Е.М.* Особенности личности учащихся с церебральным параличом // Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т.А. Власовой. М., 1985.
54. *Мастюкова Е.М.* Особенности личности учащихся с церебральным параличом // Психология детей с отклонениями и нарушениями психологического развития: Хрестоматия. СПб., 2001.
55. *Мастюкова Е.М.* Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе // Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой. М., 1989.
56. *Мастюкова Е.М.* Физическое воспитание детей с церебральным параличом. М., 1991.
57. *Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В.* Нарушение речи у детей с церебральным параличом. М., 1985.
58. Методика адаптивного нейропсихологического исследования для детских невропатологов: Методические рекомендации. М., 1988.
59. *Мендоса Х.* Психологические особенности у детей с вялыми параличами верхних конечностей: Автореф. канд. дисс. Л., 1990.
60. *Микадзе Ю.В., Корсакова Н.К.* Нейропсихологическая диагностика в коррекции младших школьников. М., 1994.
61. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
62. Образовательные стандарты для специальных (коррекционных) школ. СПб., 1996.
63. *Осипенко Т.Н., Стацевич Е.Е., Ночевка Л.Л.* и др. Психологические и психотерапевтические проблемы при нарушениях развития у детей // Альманах «Исцеление». М., 1993.
64. Основы ортопедагогики / Под ред. Э. Брукарта. Zeuven (Бельгия), 1999.
65. *Панасюк А.Ю.* Структурно-уровневый анализ динамики интеллектуального развития умственно отсталых и здоровых детей: Автореф. канд. дисс. Л., 1976.
66. *Приходько О.Г.* Специальное образование лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Специальная педагогика. М., 2000.



67. *Приходько О.Г.* Воспитание и обучение детей раннего дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Специальная дошкольная педагогика. М., 2001.
68. Психолого-медико-педагогическая консультация. Методические рекомендации. Под ред. Л.М. Шипицыной. СПб., 1999.
69. *Пряжников Н.С.* Профессиональное и личностное самоопределение. М.; Воронеж, 1996.
70. Саламанская декларация и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями. М., 1994.
71. *Семенова К.Л.* Лечение двигательных расстройств при детском церебральном параличе. М., 1979
72. *Семенова К.Л., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я.* Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972.
73. *Семенова К.Л., Махмудова Н.М.* Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. Ташкент, 1979.
74. *Симерницкая Э.Г.* Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.
75. *Симонова Н.В.* Формирование пространственно-временных представлений у детей с детским церебральным параличом // Дефектология. 1981. № 4.
76. *Спиваковская А.С.* Профилактика детских неврозов. М., 1988.
77. *Спирова Л.Ф.* Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи. М., 1980.
78. *Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955.
79. *Стока К.* Психологические механизмы формирования артикуляций у детей раннего возраста, страдающих ДЦП: Автореф. канд. дисс. СПб., 2001.
80. *Тюрин А.В.* Профессиональная ориентация инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы: Методическое пособие. М., 1999.
81. *Узун О.В.* О социальной адаптации выпускников школ-интернатов для детей с ДЦП // Дефектология. 1993. № 4.
82. *Федоров СБ.* Социальная интеграция инвалидов-опорников. СПб., 2000.

83. *Финкель Н.В.* Социально-психологические особенности личности больных ДЦП // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие ДЦП. М., 1991.
84. *Футер Д.С.* Заболевания нервной системы у детей. М., 1967.
85. *Халилова Л.Б.* Состояние первоначальных морфологических обобщений у младших школьников, страдающих церебральными параличами // Дефектология. 1977. № 3.
86. *Халилова Л.Б.* Основные направления лексической работы в специальной школе для детей с церебральным параличом // Дефектология. 1986. № 5.
87. *Цветкова Л.С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.
88. *Цукер М.Б.* Основы невропатологии детского возраста. М., 1947.
89. *Шайтор В.М., Богданов О.В.* ЭЭГ больных детским параличом до и после лечения методом функционального биоуправления // Ж. Неврологии и психиатрии. 1991. № 8.
90. *Шамарин ТТ., Белова ГЛ.* Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. Элиста, 1999.
91. *Шипицына Л.М.* Специальное образование в развитии. СПб., 1996.
92. *Шипицына Л.М.* Нейропсихологическое исследование детей с проблемами в развитии // Дефектология. 1999. № 1.
93. *Шипицына Л.М.* Социальная и педагогическая интеграция. Проблемы сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья // Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение развития ребенка. СПб., 2001.
94. *Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Данилова ЛЛ., Смирнова ИА.* Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. СПб., 1995.
95. *Шипицына Л.М., К. ван Рейсвейк.* Навстречу друг другу: пути интеграции. СПб., 1998.
96. *Шипицына Л.М., Назарова Н.М.* Общее и специальное образование: интеграция и дифференциация // Специальная педагогика. М., 2000.
97. *Эльконин Д.Б.* Психология игры. М., 1978.
98. *Botta N., Botta P.* L'education therapeutique des enfants moteurs cerebraux. Paris, 1958.

99. *Burns I.R., O'Callaghan M.* Early identification of cerebral palsy in high risk infants. *Aust Paediatr J.*, 1989, 25(4), 215-219.
100. *Calgoun M.Z., Hawisper M.* Teaching and learning strategies for physically handicapped Students. Baltimore, 1979.
101. *Cohen I.* A factorial structure of the WAIS between early adulthood and old age // *Journal of Consulting Psychology*. 1957. № 21.
102. *Dechesne B.H.H.* Zichamelijk gehandicapte jongeren. Sexualiteit, relaties, zelfbeeld. Rotterdam, Leminicaat, 1979.
103. *Doman G.* Kinderen men hersenletsel. Haarlem, De Toorts, 1976.
104. *Duncan T.* The Impact of handicapped Child upon the Family. Harrisburg, s. e., 1977.
105. *Finnie N.R.* Handling the young cerebral palsied Child at Homo. London, Medical Books, 1987.
106. *Frund S.* Die infantile cerebrallhamung. Handbuch d. spez. Pathology und Therapie. Henderson I.I. Cerebral palsy in childhood and adolescence (A medical, psychological and social study). Edinburgt-London, 1961.
107. *Hari M., Akos K.* Conductive Education. Translated by N. Smith, London, New-Your, 1988.
108. *Kaufman A.S.* Factor analysis of the WISC-R at eleven age levels between 6 and 16 years // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975. Vol. 43.
109. *Kimura D., Canad S.* Visual Perception in Hemiplegic Patients // *Journal of Psychology*, 1961. Vol. 15.
110. *Little W.V.* On the influence of abnormal parturition difficult labour, prematurition and physical condition of the chill, especially in relation to deformities // *Transaction of the the obsterical society of London*. 1862. Vol. VIII.
111. *Meiguizen-de Regt M.J.* Poina Bifida. Staffen, 1980.
112. *Merkens L.* Einfuhrung in die historische Entwicklung in der Behindertenpedagogik in Deutschland unter integrativen Aspernten. Munchen-Basel, Ernst Reinhardt, 1988.
113. *Nelson K., Ellenberg J.H.* Antecedents of cerebral palsy. Multivariate analysis. *N. Enge. J. Med.*, 1986, 315, 81-86.

114. *Power P.W., Dell Orto A.E.* Role of the Family in the Rehabilitation of the physically Disabled. Baltimore, 1980.
115. *Rogers S.J.* Obsevation of emotional functioning in young hondicapped Children, *Child Care, Health and Development*. Vol. 17(2). 1991.
116. *Saran M.* Assessment of intellectual Functioning Across the lifespan in Severe Cerebral Palsy *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1986. Vol. 28.
117. *Schonell F.F.* Erziehung und Bildung des spastisch gelahmten Kindes. Berlin-Charlottenburg. CarlMarhold, 1969.
118. *Stanley F., Alberman E.* The Epidemiology of the Cerebral palsies. *Clinics in Development. Medicine series*. 87. Philadelphia, PA, Lippincott, 1984.
119. *Suzuki H., Iso A., Ichikawa M.* Incidence rates of cerebral palsy, severe mental and motor retardation and Down syndrome in the city of Kokubnuit in Subaran Tokio. *Noto-Hetatsu*, 1993, 25 (1), 16-20.
120. *Volpel.* Neurology of the newborn. Philadelphia, 1981, 648.
121. *Von H.Nothangel, Hari M., Akos K.* Conductive Education. Translated by N. Smith, London; New-York, 1988.
122. *Westlahe H. & Rutherford D.* Speech therapy for the Cerebral Palsied. Chicago: Nat. Sve. for crippled Children and adults. Zuc. 1961.
123. *Wolfe W.F.* A comprehensive evolution of fifty cases of Cerebral palsy. *J.S.H.D.*, 1950.
124. *Wright BA.* The theoretical and Research Base for a Program of early Stimulation Care and Training of premature Infants // *Hellmuth J.* 1976.
125. *Wuyts B.* Historishe notites over maatschappelijke positie van mensen met een handicap in de westerse samenleving. *Orthopedagogica*, 53 ste jaargang, 2, 1991.

*Учебное издание*

Шипицына Людмила Михайловна,  
Мамайчук Ирина Ивановна

**Психология детей с нарушениями функций  
опорно-двигательного аппарата**

*Учебное пособие  
для студентов высших учебных заведений*

Зав. редакцией *В. Н. Кирьянова*  
Редактор *Л. О. Тарасова*  
Зав. художественной редакцией *И. А. Пшеничников*  
Художник обложки *МЛ. Уранова*  
Компьютерная верстка *А. И. Попов*  
Корректор *И. Н. Голубева*

Отпечатано с диапозитивов, изготовленных  
ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС».

Лицензия ИД № 03115 от 10.11.2000.  
Санитарно-эпидемиологическое заключение  
№ 77.99.02.953.Д.006153.08.03 от 18.08.2003.  
Сдано в набор 25.11.02. Подписано в печать 16.09.03.  
Формат 60х90/16. Печать офсетная. Бумага газетная.  
Усл. печ. л. 23,00. Тираж 10 000 экз.  
Заказ № 7784 к-г.

Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС.  
119571, Москва, просп. Вернадского, 88,  
Московский педагогический государственный университет.  
Тел. 437-11-11, 437-25-52, 437-99-98; тел./факс 735-66-25.  
E-mail: [vlados@dol.ru](mailto:vlados@dol.ru)  
<http://www.vlados.ru>

---

Федеральное государственное унитарное предприятие  
Смоленский полиграфический комбинат Министерства  
Российской Федерации по делам печати, телерадио-  
вещания и средств массовых коммуникаций.  
214020, Смоленск, ул. Смольянинова, 1.