

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ»



КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

2003
/ 2017

Антропология детства
Краевая научно-исследовательская
лаборатория

Ставрополь
2017

Рецензенты:

С. В. Бобрышов – доктор педагогических наук, профессор, зав. кафедрой воспитания, социализации и развития личности ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»;

Е. А. Тютинина – кандидат педагогических наук, директор ГБУСО «Ставропольский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья»

Комплексная помощь лицам с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / под ред. А. Ю. Кабушко. – Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2017. – 203 с.

В пособии представлены различные аспекты нарушений опорно-двигательного аппарата и основные направления психолого-педагогической помощи лицам с ДЦП: рассматривается этиология и патогенез нарушений функции опорно-двигательного аппарата; психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, психологические методы диагностики их психической сферы, особенностей личности, особенностей формирования деятельности; приемы психологического и коррекционно-педагогического сопровождения и всего комплекса реабилитационной работы, имеющей своей конечной целью интеграцию таких детей в общество.

Адресовано педагогам-психологам, дефектологам, учителям-логопедам, педагогам, работающим в системе инклюзивного образования, студентам, обучающимся по направлениям подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование, а также всем, кто интересуется вопросами специальной педагогики и психологии.

Работа над пособием выполнена сотрудниками ВНИК «Антропологические основы организации и содержания комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в образовательном пространстве» лаборатории «Антропология детства» в рамках реализации научной программы «Подготовка педагога для работы в условиях внедрения федеральных государственных образовательных стандартов для развития системы образования Ставропольского края», финансируемой Правительством Ставропольского края.

УДК 37.01
ББК 74. 1

Авторы-составители:

В. М. Акименко (2.3, 3.4), Я. И. Гостунская (1.3, 2.2, 2.4), В. В. Ершова (1.1),
А. Ю. Кабушко (3.3), Е. С. Слюсарева (3.1), Г. Н. Соломатина (2.2),
Е. А. Шеховцова (2.1, 3.2)

© Коллектив авторов, 2017

© ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт», 2017

Содержание

Введение	4
ГЛАВА I. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
1.1. Строение и функции опорно-двигательного аппарата	5
1.2. Этиология и патогенез нарушений опорно-двигательного аппарата	9
1.3. Виды нарушений опорно-двигательного аппарата	16
ГЛАВА II. ДЦП КАК ВИД НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
2.1. Классификация и проявления ДЦП	31
2.2. Специфика двигательного развития детей с ДЦП	45
2.3. Особенности познавательного и речевого развития детей с ДЦП	59
2.4. Особенности эмоционально-волевого и личностного развития детей с ДЦП	81
ГЛАВА III. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЦП	
3.1. Психолого-педагогическая диагностика детей с ДЦП	94
3.2. Психологическая помощь детям с ДЦП	126
3.3. Обучение и воспитание детей с ДЦП	141
3.4. Устранение речевых нарушений у детей с ДЦП	177
Сведения об авторах	202

Введение

Современный этап развития специальной педагогики и системы коррекционно-развивающего сопровождения характеризуется усилением внимания к проблеме своевременного выявления у детей особых образовательных потребностей и оказанию им специальной помощи.

Одной из распространенных патологий развития является детский церебральный паралич. Категория детей с ДЦП крайне разнородна, что обуславливает различные психолого-педагогические подходы к выявлению данной патологии и оказанию психолого-педагогической помощи.

Отечественная дефектология имеет достаточный опыт психолого-педагогической абилитации детей с ДЦП в раннем и дошкольном возрасте. Однако изменения в нормативно-правовой базе, а также вступление в силу Федерального государственного образовательного стандарта для обучающихся с ОВЗ, ставят перед субъектами образовательного процесса новые задачи и требуют учета современных подходов к обучению и воспитанию детей, имеющих различные нарушения развития, и в частности ДЦП.

В учебном пособии рассматривается этиология и патогенез нарушений функции опорно-двигательного аппарата. Описываются психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, психологические методы диагностики их психической сферы, особенностей личности, особенностей формирования деятельности; приемы психологического и коррекционно-педагогического сопровождения и всего комплекса реабилитационной работы, имеющей своей конечной целью интеграцию таких детей в общество.

Глава I

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1.1. Строение и функции опорно-двигательного аппарата

Опорно-двигательный аппарат – это кости скелета с суставами, связки и мышцы с сухожилиями, которые наряду с движениями обеспечивают опорную функцию организма. Кости и суставы участвуют в движении пассивно, подчиняясь действию мышц, но играют ведущую роль в осуществлении опорной функции. Определённая форма и строение костей придают им большую прочность, запас которой на сжатие, разжатие, сгибание значительно превышает нагрузки, возможные при повседневной работе опорно-двигательного аппарата [1].

Скелет состоит из соединённых между собой костей. Он обеспечивает нашему телу опору и сохранение формы, а также защищает внутренние органы. У взрослого человека скелет состоит примерно из 200 костей. Каждая кость имеет определённую форму, величину и занимает определённое положение в скелете. Часть костей соединена между собой подвижными суставами. Они приводятся в движение прикреплёнными к ним мышцами.

Оригинальной конструкцией, составляющей основную опору скелета, является позвоночник. Если бы он состоял из сплошного костного стержня, то наши движения были бы скованными, лишёнными гибкости и доставляли бы столь же неприятные ощущения, как езда в телеге без рессор по булыжной мостовой.

Упругость сотен связок, хрящевых прослоек и изгибов делает позвоночник прочной и гибкой опорой. Благодаря такому строению позвоночника человек может нагибаться, прыгать, кувыркаться, бегать. Очень сильные межпозвонковые связки допускают самые сложные движения и вместе с тем создают надёжную защиту спинному мозгу. Он не подвергается какому-либо механическому растяжению, давлению при самых невероятных изгибах позвоночника.

Волнообразные изгибы позвоночника обеспечивают его упругость. Появляются они с развитием двигательных способностей ребёнка, когда он начинает держать голову, стоять, ходить.

Грудная клетка образована грудными позвонками, двенадцатью парами рёбер и плоской грудной костью, или грудиной. Рёбра представляют собой плоские изогнутые дугою кости. Их задние концы подвижно соединены с грудными позвонками, а передние концы десяти верхних рёбер при помощи гибких хрящей соединяются с грудной костью. Это обеспечивает подвижность грудной клетки при дыхании. Две нижние пары рёбер короче остальных и оканчиваются свободно. Грудная клетка защищает сердце и лёгкие, а также печень и желудок.

Лёгкие кости – ключицы и лопатки, лежащие на верхней части грудной клетки, охватывают её, точно пояс. Это опора рук. Выступы и гребни на ключице и лопатке являются местом прикрепления мышц. Чем больше сила этих мышц, тем больше развиты костные отростки и неровности. У атлета, грузчика продольный гребень лопатки более развит, чем у часовщика или счетовода. Ключица – перекидной мост между костями туловища и рук. Лопатка и ключица создают надёжную рессорную опору руки [1].

Кости таза толстые, широкие и почти полностью сросшиеся. У человека таз оправдывает своё название – он, как чаша, поддерживает внутренние органы снизу. Это одна из типичных черт человеческого скелета. Массивность таза пропорциональна массивности костей ног, несущих основную нагрузку при передвижении человека, поэтому скелет таза человека выдерживает большую нагрузку.

При вертикальной позе руки человека не несут постоянной нагрузки как опоры, приобретают лёгкость и разнообразие действия, свободу движения. Рука может совершать сотни тысяч различных двигательных операций. Ноги же несут всю тяжесть тела. Они массивны, имеют чрезвычайно прочные кости и связки.

Когда мы говорим о мышцах, то обычно представляем себе скелетные мышцы. Но, кроме них, в нашем организме в соединительной ткани находятся гладкие мышцы в виде одиночных клеток, в отдельных местах они собраны в пучки.

Много гладких мышц в коже, они расположены у основания волосяной сумки. Сокращаясь, эти мышцы поднимают волосы и выдавливают жир из сальной железы.

В глазу вокруг зрачка расположены гладкие кольцевые и радиальные мышцы. Они всё время, незаметно для нас, работают: при ярком освеще-

нии кольцевые мышцы сужают зрачок, а в темноте сокращаются радиальные мышцы и зрачок расширяется.

В стенках всех трубчатых органов – дыхательных путей, сосудов, пищеварительного тракта, мочеиспускательного канала и др. – есть слой гладкой мускулатуры. Под влиянием нервных импульсов она сокращается. Например, сокращение её в дыхательном горле задерживает поступление воздуха, содержащего вредные примеси – пыль, газы [1].

Благодаря сокращению и расслаблению гладких клеток стенок кровеносных сосудов их просвет то сужается, то расширяется, что способствует распределению крови в организме. Гладкие мышцы пищевода, сокращаясь, проталкивают комок пищи или глоток воды в желудок.

Сложные сплетения гладких мышечных клеток образуются в органах с широкой полостью – в желудке, мочевом пузыре, матке. Сокращение этих клеток вызывает сдавливание и сужение просвета органа. Сила каждого сокращения клеток ничтожна, поскольку они очень малы. Однако сложение сил целых пучков может создать сокращение огромной силы. Мощные сокращения создают ощущение сильной боли.

Скелетные мышцы осуществляют как статическую деятельность, фиксируя тело в определённом положении, так и динамическую, обеспечивая перемещение тела в пространстве и отдельных его частей относительно друг друга. Оба вида мышечной деятельности тесно взаимодействуют, дополняя друг друга: статическая деятельность обеспечивает естественный фон для динамической. Как правило, положение сустава изменяется с помощью нескольких мышц разнонаправленного, в том числе противоположного действия. Сложные движения сустава выполняются согласованным, одновременным или последовательным сокращением мышц ненаправленного действия. Согласованность (координация) особенно необходима для выполнения двигательных актов, в которых участвуют многие суставы (например, бег на лыжах, плавание).

Скелетные мышцы представляют собой не только исполнительный двигательный аппарат, но и своеобразные органы чувств. В мышечном волокне и сухожилиях имеются нервные окончания – рецепторы, которые посылают импульсы к клеткам различных уровней центральной нервной системы. В результате создаётся замкнутый цикл: импульсы от различных образований центральной нервной системы, идущие по двигательным нервам, вызывают сокращение мышц, а импульсы, посылаемые рецепторами мышц, информируют центральную нервную систему о каждом элементе системы. Циклическая система связей обеспечивает точность движениям и их координацию.

Хотя управление движением скелетных мышц осуществляется различными разделами центральной нервной системы, ведущая роль в обеспечении взаимодействия и постановке цели двигательной реакции принадлежит коре больших полушарии головного мозга. В коре больших полушарии двигательная и чувствительная зоны представительств образуют единую систему, при этом каждой мышечной группе соответствует определённый участок этих зон. Подобная взаимосвязь позволяет выполнять движения, относя их действующими на организм факторами окружающей среды.

Схематически управление произвольными движениями может быть представлено следующим образом. Задачи и цель двигательного действия формируется мышлением, что определяет направленность внимания и усилий человека. Мышление и эмоции аккумулируют и направляют эти усилия. Механизмы высшей нервной деятельности формируют взаимодействие психофизиологических механизмов управления движениями на различных уровнях. На основе взаимодействия опорно-двигательного аппарата обеспечиваются развёртывание и коррекция двигательной активности.

Большую роль в осуществлении двигательной реакции осуществляют анализаторы. Двигательный анализатор обеспечивает динамику и взаимосвязь мышечных сокращений, участвует в пространственной и временной организации двигательного акта. Анализатор равновесия, или вестибулярный анализатор, взаимодействует с двигательным анализатором при изменении положения тела в пространстве. Зрение и слух, активно воспринимая информацию из окружающей среды, участвует в пространственной ориентации и коррекции двигательных реакций.

Неправильно думать, что мышца сама по себе может сокращаться. Трудно было бы представить хоть одно согласованное движение, если бы мышцы были неуправляемы. «Пускают» мышцу в ход нервные импульсы. В одну мышцу в среднем поступает 20 импульсов в секунду. В каждом шаге, например, принимают участие до 300 мышц, и множество импульсов согласует их работу [2].

Количество нервных окончаний в различных мышцах неодинаково. В мышцах бедра их сравнительно мало, а глазодвигательные мышцы, целями днями совершающие тонкие и точные движения, богаты окончаниями двигательных нервов. Кора полушария неравномерно связана с отдельными группами мышц. Например, огромные участки коры занимают двигательные области, управляющие мышцами лица, кисти, губ, стопы, и относительно незначительные – мышцами плеча, бедра, голени. Величина

отдельных зон двигательной области коры пропорциональна не массе мышечной ткани, а тонкости и сложности движений соответствующих органов.

Каждая мышца имеет двойное нервное подчинение. По одним нервам подаются импульсы из головного и спинного мозга. Они вызывают сокращение мышц. Другие, отходя от узлов, которые лежат по бокам спинного мозга, регулируют их питание.

Нервные сигналы, управляющие движением и питанием мышц, согласуются с нервной регуляцией кровоснабжения мышцы. Получается единый тройной нервный контроль [1].

Таким образом, опорно-двигательный аппарат состоит из костей скелета с суставами, связок и мышц с сухожилиями. Они обеспечивают двигательную и опорную функцию организма.

Литература

1. Большая медицинская энциклопедия. М.: АСТ, Астрель, 2006.
2. Детский церебральный паралич: Хрестоматия для студ. высших и средних пед., психолог. и мед. учеб. заведений / сост.: Л. М. Шипицина, И. И. Мамайчук. СПб.: Дидактика-Плюс, 2003.

1.2. Этиология и патогенез нарушений опорно-двигательного аппарата

При рассмотрении любого нарушения в развитии в научной литературе используется термин «этиология», обозначающий учение о причинах и условиях возникновения нарушения. Достаточно часто при описании причин отклонений также принято обозначение – «этиологический фактор», который, по сути, является тем пусковым механизмом, который, непосредственно воздействуя на организм, вызывает при определенных условиях то или иное нарушение.

Знание об этиологических факторах позволяет специалисту, работающему с ребенком с отклонением в развитии, решать диагностические, профилактические и коррекционные задачи.

Как и любое отклонение в развитии нарушения опорно-двигательного аппарата имеют самые разнообразные причины. Однако все эти нарушения в клинической картине объединяет двигательный дефект, проявляющийся в задержке формирования, недоразвитии, нарушении или утрате двигательных функций. Поэтому знание этиологических факторов

позволяет разграничить сходные состояния при различных нарушениях опорно-двигательного аппарата.

Этиологические факторы, определяющие развитие нарушений опорно-двигательного аппарата, по происхождению можно классифицировать на внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные).

К внутренним факторам относят наследственность и конституциональные особенности организма. К внешним – механические, физические, химические и биологические факторы.

К механическим факторам можно отнести патологию протекания родовой деятельности, различные переломы, ушибы, приводящие к повреждению спинного мозга; к физическим факторам – ионизирующую радиацию; к химическим – воздействие лекарственных препаратов; к биологическим – различные вирусные, бактериальные заболевания, поражающие головной или спинной мозг.

По времени воздействия этиологические факторы подразделяют на врожденные и приобретенные. Врожденные факторы воздействуют на организм беременной женщины, приобретенные – после рождения ребенка. По времени воздействия неблагоприятные факторы также подразделяют на пренатальные, натальные и постнатальные. Пренатальные факторы оказывают неблагоприятное воздействие во время беременности, натальные во время родов, а постнатальные – после появления ребенка на свет.

Нарушения опорно-двигательного аппарата разнообразны по своему проявлению, симптоматике и патогенезу. Разнообразны и причины, вызывающие эти нарушения. Поэтому для рассмотрения этиологических факторов необходимо знать классификацию этих нарушений.

В научной литературе выделяются следующие виды нарушений опорно-двигательного аппарата (О. Г. Приходько, 2004) [4]:

- заболевания нервной системы (детский церебральный паралич (ДЦП), полиомиелит);
- врожденная патология (врожденный вывих бедра, кривошея, деформации стоп, сколиоз, недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кистей);
- приобретенные заболевания и повреждения (травмы головного и спинного мозга, травмы конечностей, полиартрит, заболевания скелета туберкулез, опухоли, остеомиелит, хондродистрофия, рахит).

Рассмотрим этиологические факторы в соответствии с данной классификацией.

Заболевания нервной системы

К заболеваниям нервной системы О. Г. Приходько отнесла полиомиелит и детский церебральный паралич [4].

Причиной полиомиелита является инфицирование человека вирусом рода Enterovirus семейства Picornaviridae. Вирус полиомиелита оказывает поражающее воздействие на моторные и вегетативные нейроны, которые контролируют региональные рефлексy, произвольные мышечные движения, а также регулируют автономные функции внутренних органов соответствующих сегментов. Воспалительные процессы, вызываемые этим вирусом, сопряжены с активной миграцией иммунных клеток, выделяющие биологически активные вещества в очаге воспаления. Это оказывает негативное воздействие на нервные клетки. В клинике этого заболевания по сравнению с сегментарным распределением воспалительной реакции гораздо большее значение имеет тяжесть воспаления, которое в большинстве случаев одинаково.

Вирус полиомиелита также вызывает воспалительный процесс и в задних рогах спинного мозга, в той части, которая ответственна за восприятие и передачу информации о чувствительности. Вместе с тем, несмотря на поражение этих структур при полиомиелите не отмечается чувствительный дефицит.

Полиовирус присутствует в тканях спинного мозга только в первые несколько дней от начала заболевания. Это доказывается возможностью его изоляции из данных структур на протяжении данного периода. После истечения этого срока вирус уже не диагностируется, однако воспалительные процессы продолжаютy и могут длиться в течение нескольких месяцев, что вызывает все большее поражение нейронов.

Вирус полиомиелита передается от человека к человеку. Поэтому, заражение полиомиелитом происходит только от одного человека к другому, который в данный момент либо болеет, либо находится в стадии выделения вируса.

Причины детского церебрального паралича более разнообразны [5]. Одной из самых распространенных причин является внутриутробная патология. В настоящее время многими исследователями доказано, что более 400 факторов могут оказать воздействие на ЦНС развивающегося плода, особенно в период до 4 мес. внутриутробного развития. Нарушение формирования мозга на ранних этапах онтогенеза может быть вызвано, прежде всего, инфекционными заболеваниями матери: микробными, вирусными (за последние годы распространённость нейроинфекций воз-

росла, особенно вирусных – таких, как гриппозные, герпес, хламидиозы и др.). Среди вирусных заболеваний отмечают краснуху, болезнь Боткина, заражение плода паразитами, попавшими в организм матери (токсоплазмоз, хламидиоз).

К врожденным пренатальным факторам относят также последствия острых и хронических соматических заболеваний матери (сердечно-сосудистые, эндокринные нарушения); тяжелые токсикозы беременности; травмы, ушибы плода; иммунологическую несовместимость крови матери и плода; интоксикации; перенесенные во время беременности психические и физические травмы. Среди внешних факторов, влияющих на организм беременной женщины, можно выделить плохую экологию – высокий радиоактивный фон, загрязнение окружающей среды выхлопными газами.

Факторами риска также является возраст матери моложе 18 и старше 30 лет, неустойчивое социально-экономическое и семейное положение женщин, иммунологическая несовместимость матери и плода, перенесенная беременность, многоплодная беременность, низкая масса тела ребенка при рождении. Вредное воздействие на плод может оказывать прием беременными лекарственных препаратов, угроза выкидыша, маточные кровотечения.

Воздействие вредных факторов на мозг во внутриутробный период развития, в родах и после рождения вызывает разнообразные изменения в оболочках и веществе мозга, которые в дальнейшем нарушают их нормальное развитие.

Среди натальных факторов выделяют различную патологию родов. Прежде всего, это обвитие плода пуповиной, длительная гипоксия при тяжелых родах, наложение щипцов во время родовой деятельности, случаи асфиксии, внутричерепная родовая травма.

Статистические данные показывают, что от 40–50 % детей с детским церебральным параличом были рождены преждевременно. Недоношенные дети становятся особенно уязвимыми, так как при рождении у них недоразвиты органы и системы, а это, в свою очередь, становится фактором высокого риска повреждения мозговых структур вследствие гипоксии (кислородного голодания). В более чем 10% всех случаев рождения детей с ДЦП отмечалась асфиксия в момент родов. Также большое значение для развития заболевания имеют скрытые инфекции у матери, поскольку они главным образом оказывают токсичное воздействие на мозг плода. Среди других распространенных факторов риска можно выделить следующие:

– крупный плод;

- неправильное предлежание;
- узкий таз матери;
- преждевременная отслойка плаценты;
- стремительные роды;
- медикаментозная стимуляция родов;
- ускорение родовой деятельности с помощью прокола околоплодного пузыря.

Неблагоприятные факторы, воздействующие на внутриутробное развитие, способствуют нарушению маточно-плацентарного кровообращения, которые обуславливают расстройства питания и кислородное голодание плода (внутриутробную гипоксию). Нарушения развития плода, в частности нервной системы, в условиях хронической гипоксии приводит к недоношенности, врожденной гипотрофии, функциональной незрелости, пониженной сопротивляемости к действию внешних факторов. У плода с последствиями внутриутробной гипоксии отмечается недостаточность защитных и адаптационных механизмов, что с большой вероятностью может привести к возникновению родовой травмы, которая, в свою очередь, может усугубить нарушения, которые возникли внутриутробно.

В современной научной литературе отмечается, что внутриутробная патология в сочетании с родовой травмой является наиболее частой причиной возникновения детского церебрального паралича. Родовая травма, по сути, является, с одной стороны, механической травмой, воздействующей на мозг, с другой, – она нарушает мозговое кровообращение и в тяжелых случаях способствует кровоизлиянию в мозг.

Таким образом, наибольшее значение в возникновении ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Из каждых 100 случаев ДЦП 30 возникает внутриутробно, 60 – в момент родов и только 10 – после рождения (Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская, и др.). При этом асфиксия новорожденного и родовая травма считаются основными причинами ДЦП [2].

Врожденная патология

В качестве основных причин врожденной патологии можно назвать врожденный вывих бедра, кривошею, деформацию стоп, сколиоз, недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кистей. Эти нарушения негативно влияют на формирование двигательной функции и ребенка, существенно нарушая его моторное развитие.

Приобретенные заболевания и повреждения

Приобретенные заболевания и повреждения являются постнатальными факторами. К постнатальным факторам относят гемолитическую

желтуху, которая относится к заболеваниям крови. Это заболевание у новорожденных детей возникает в тех случаях, когда у матери отрицательный резус-фактор, а у отца – положительный. Если плод унаследует резус-принадлежность от отца, то происходит резус-конфликт, приводящий к гемолитической желтухе. В основе этого заболевания лежит разрушение (гемолиз) эритроцитов плода под влиянием резус-антител матери. Заболевание плода по статистике развивается в пропорции 1:25, т.е. у одной из 25–30 резус-отрицательных женщин. При каждой последующей беременности увеличивается вероятность резус-конфликта.

Среди них можно также отметить нейроинфекции, такие как менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, черепно-мозговые травмы, травматические повреждения спинного мозга, конечностей, осложнения после прививок, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит); отравления (свинец); инциденты, приводящие к гипоксии мозга (утопление, закупорка дыхательных путей кусочками пищи, посторонними предметами). Надо отметить, что все факторы риска не являются абсолютными. В большинстве случаев факторы, оказывающие негативное влияние на состояние здоровья ребенка, можно предотвратить или минимизировать через распространение знаний об этой проблеме среди молодежи, через систему профилактических мероприятий.

К приобретенным заболеваниям относят также нарушения осанки. Причины, обуславливающие нарушения осанки (сколиоз), многочисленны. Негативное влияние на формирование осанки могут оказать следующие факторы:

- неблагоприятные условия окружающей среды;
- социально-гигиенические факторы, в частности длительное пребывание ребенка в неправильном положении тела;
- недостаточная двигательная активность детей (гиподинамия);
- нерациональное увлечение однообразными физическими упражнениями;
- неправильное физическое воспитание;
- недостаточная чувствительность рецепторов, определяющих вертикальное положение позвоночника;
- ослабленность мышц, удерживающих вертикальное положение;
- ограничение подвижности в суставах;
- акселерацией современных детей;
- нерациональная одежда;

- заболевания внутренних органов;
- снижение зрения, слуха;
- недостаточная освещенность рабочего места;
- несоответствующая росту ребенка мебель и др. [3].

Как правило, нарушения осанки являются приобретенными и проявляются у 90–95 % случаев. Чаще всего это нарушение развивается у детей с астеническим телосложением в период интенсивного роста скелета, который происходит в 6–7 лет, 12–15 лет. После окончания роста позвоночника увеличение деформации позвоночника прекращаются. Исключение составляют случаи паралитического сколиоза, при котором деформация может прогрессировать в течение всей жизни.

В результате неправильного положения тела происходит образование навыка неправильной установки тела. В одних случаях этот навык неправильной установки тела формируется при отсутствии функциональных и структурных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата, а в других – на фоне патологических изменений в опорно-двигательном аппарате врожденного или приобретенного характера.

Таким образом, в возникновении различных нарушений опорно-двигательного аппарата играет роль комплекс самых разнообразных врожденных и приобретенных, пренатальных, натальных и постнатальных факторов.

Литература

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М., 1989.
2. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. М., 1989.
3. Ермолаев Ю. А. Возрастная физиология. М., 1985.
4. Приходько О. Г., Моисеева Т. Ю. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни: методическое пособие. 2-е изд. М., 2004.
5. Шипицина Л. М., Мамайчук Л. М. Детский церебральный паралич. СПб., 2001.

1.3. Виды нарушений опорно-двигательного аппарата

Врожденные и приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5–7 % детей. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.

I. Заболевания нервной системы: детский церебральный паралич; полиомиелит.

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:

- врожденный вывих бедра;
- кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалии развития позвоночника (сколиоз);
- недоразвитие и дефекты конечностей;
- аномалии развития пальцев кисти;
- артрогрипоз.

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит); системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит) [8; 9].

I. Заболевания нервной системы

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

Детский церебральный паралич – группа двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за произвольными движениями [8].

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.

Наблюдается не только замедленный темп психического развития в целом, но и неравномерный, диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций. 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 [3; 8; 9].

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:

- 1) двойная гемиплегия;
- 2) спастическая диплегия;
- 3) гемипаретическая форма;
- 4) гиперкинетическая форма;
- 5) атонически-астатическая форма

На практике выделяют смешанные формы ДЦП [9].

Полиомиелит – вирусная инфекция, протекающая с преимущественным поражением центральной нервной системы (серого вещества спинного мозга) и приводящая к развитию вялых парезов и параличей. В зависимости от клинической формы течение полиомиелита может быть как малосимптомным (с кратковременной лихорадкой, катаральными явлениями, диспепсией), так и с выраженными менингеальными симптомами, вегетативными расстройствами, развитием периферических параличей, деформации конечностей и т.д. [5].

В основном протекает в бессимптомной или стертой форме. Иногда случается так, что полиовирус проникает в ЦНС, размножается в мотонейронах, что приводит к их гибели, необратимым парезам или параличам иннервируемых ими мышц

Проявления полиомиелита могут быть различными и значительно варьировать по степени выраженности. Почти в 95 % случаев возникает бессимптомное течение болезни, при котором никаких внешних проявлений заболевания нет. Распознать данную форму недуга можно только

путем проведения ряда лабораторных анализов с выделением и идентификацией вируса или антител.

В зависимости от клинических проявлений принято различать следующие формы полиомиелита:

1. Abortивная форма характеризуется общими неспецифическими признаками вирусной инфекции, которые проходят в течение 3–5 дней.

2. Менингеальная форма возникает при воспалении мозговых оболочек, вызванного проникновением вируса. Характеризуется более тяжелым течением.

3. Паралитическая форма возникает при поражении двигательных нейронов серого вещества спинного мозга, продолговатого мозга, а в редких случаях – коры головного мозга [7].

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата

Аномалии развития позвоночника. Причинами врожденных деформаций позвоночника являются главным образом пороки развития скелета позвоночника, грудной клетки, плечевого и тазового пояса. Изолированные поражения мышц без участия скелета наблюдаются редко. Порок развития скелета позвоночника может быть выражен в увеличении или уменьшении общего числа позвонков или изменении нормального количества позвонков в том или ином отделе позвоночника (например, люмбализация и сакрализация). Наблюдаются изолированные сращения тел позвонков. Порок развития грудной клетки, вызывающий искривление позвоночника, состоит в сращении или раздвоении ребер. Неправильному развитию позвоночника могут способствовать аномалии развития лопаток и крестца. При этих пороках развития скелета часто оказываются недоразвитыми и мышцы соответствующего отдела позвоночника и грудной клетки, что существенным образом изменяет форму и функцию позвоночного столба [1].

Люмбализация и сакрализация – своеобразные деформации позвоночника. Они проявляются увеличением числа позвонков поясничного и крестцового отделов позвоночника, так называемая патология переходящего пояснично-крестцового позвонка.

Платиспондиллия – уплощение позвонков на ограниченном участке в сочетании с такими пороками, как сращение тел позвонков, гипертрофия их. Деформация нередко комбинируется с незаращением дужек и другими уродствами. Болезнь характеризуется сколиозом, резко прогрессирующим и вызывающим боли в позвоночнике, ограничением движений и диспропорцией отдельных частей позвоночника [4].

Скрытое незаращение дужек в отличие от спинномозговой грыжи или открытого незаращения позвоночника чаще всего не имеет внешних признаков, а выявляется только рентгенологически.

В отдельных случаях над местом незаращения удается обнаружить гипертрихоз, пигментацию кожи, ангиоматозное развитие подкожных сосудов, амниотическое углубление.

Спондилолиз – аномалия позвоночника, состоящая в отсутствии костного сращения дужек с телом V поясничного позвонка. Различают одностороннюю и двустороннюю аномалию. Часто спондилолиз не имеет клинических проявлений, однако могут быть жалобы на утомляемость поясничного отдела позвоночника, боли, а в отдельных случаях развивается сколиоз.

Кифоз – искривление позвоночника выпуклостью кзади. Он может быть тотальным, захватывающим все отделы позвоночника, и локальным – в верхнегрудном, грудном, грудопоясничном и поясничном отделах.

У детей встречается как врожденный, так и приобретенный кифоз. Последний является результатом рахитического процесса, туберкулезного спондилита, асептического некроза тел позвонков, а также компрессионных переломов позвоночника. Тотальный кифоз является физиологическим только для новорожденных и детей первых месяцев жизни [1].

Лордоз. В отличие от кифоза патологический лордоз как самостоятельная деформация встречается редко.

Все виды приобретенного лордоза разделяют на две группы:

- 1) лордозы, возникшие от патологических процессов, в позвоночнике;
- 2) лордозы, развивающиеся вследствие различных деформаций нижних конечностей.

Лордоз позвоночника наблюдается при рахитических и туберкулезных горбах. Такие состояния, как патологический и врожденный вывих бедра, коксит, контрактуры на почве полиомиелита и спастического паралича, анкилоз в тазобедренном суставе в порочном положении, всегда ведут к значительному поясничному лордозу, особенно при двусторонних поражениях [4].

Сколиоз – боковое искривление позвоночника, сочетающееся с его торсией, обусловленное патологическими изменениями в позвоночнике и паравертебральных тканях, т.е. костной, нервно-мышечной и соединительной. Это наиболее часто встречающаяся ортопедическая деформация у детей. Выделяют 5 основных групп сколиоза:

I группа – сколиозы миопатического происхождения. В основе этих искривлений позвоночника лежит недостаточность развития мышечной

ткани и связочного аппарата. К этой же группе могут быть отнесены и рахитические сколиозы, которые возникают в результате дистрофического процесса не только в скелете, но и в нервно-мышечной ткани.

II группа – сколиозы неврогенного происхождения: а) на почве полиомиелита; б) спастического паралича; в) нейрофиброматоза; г) сириингомиелии. В эту же группу могут быть включены сколиозы на почве радикулита, люмбашиалгии и сколиозы, вызванные дегенеративными изменениями в межпозвонковых дисках, ведущие нередко к сдавлению корешков и вызывающие корешковые гетеро- и гомоплегический синдром.

III группа – сколиозы на почве аномалий развития позвонков и ребер. К этой группе относятся все врожденные сколиозы, возникновение которых обусловлено костными диспластическими изменениями.

IV группа – сколиозы, обусловленные заболеваниями грудной клетки (рубцовые на почве эмпиемы, ожогов, пластических операций на грудной клетке).

V группа – сколиозы идиопатические неясной этиологии.

В сложившейся мировой практике сколиозы различают по разнице во времени их проявления (манифестации) в типичные скачки роста:

- инфантильными идиопатическими сколиозами называются сколиозы, появившиеся между первым и вторым годом жизни;
- ювенильными идиопатическими сколиозами называются сколиозы, появившиеся между четырьмя годами и шестью;
- подростковыми (идиопатическими) сколиозами называются сколиозы, возникающие в основном между десятью и четырнадцатью годами [1].

По различным локализациям искривлений различают:

- торакальный сколиоз – искривление только в грудном отделе позвоночника;
- люмбальный сколиоз – искривление только в поясничном отделе позвоночника;
- тораколюмбальный сколиоз – одно искривление в зоне грудопоясничного перехода;
- комбинированный сколиоз – двойное S-образное искривление [4].

Дисплазия тазобедренного сустава (врожденный вывих бедра) – это врожденная неполноценность сустава, обусловленная его неправильным развитием, которая может привести (или привела) к подвывиху или вывиху головки бедренной кости – к «врожденному вывиху бедра». Речь идет о дисплазии развития (о нарушении развития всех

структур сустава в процессе пре- и постнатального онтогенеза). Врожденный вывих бедра являются одними из самых часто встречающихся пороков развития [2].

По данным международных исследователей этой врожденной патологией страдает 1 из 7000 новорожденных. Заболевание поражает девочек примерно в 6 раз чаще, чем мальчиков. Одностороннее поражение встречается 1,5–2 раза чаще двустороннего.

Выделяют три степени дисплазии:

1. Дисплазия тазобедренного сустава. Суставная впадина, головка и шейка бедра изменены. Нормальное соотношение суставных поверхностей сохраняется.

2. Врожденный подвывих бедра. Суставная впадина, головка и шейка бедра изменены. Соотношение суставных поверхностей нарушено. Головка бедра смещена и находится около наружного края тазобедренного сустава.

3. Врожденный вывих бедра. Суставная впадина, головка и шейка бедра изменены. Суставные поверхности разобщены. Головка бедра находится выше суставной впадины и в стороне от нее [6].

Кривошея – заболевание, вызванное изменением мягких тканей, скелета и нервов шеи, выраженное наклонным положением головы с поворотом её в противоположную сторону; это патологическое состояние, сопровождающееся наклоном головы с ее одновременным поворотом в другую сторону [4].

Кривошея является широко распространенной патологией новорожденных, однако может встречаться и в старшем возрасте. Включает в себя группу заболеваний со сходной симптоматикой. Причиной кривошеи становится поражение одной или нескольких анатомических структур шеи, чаще всего данное состояние возникает при патологических изменениях в области грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Кривошея по времени возникновения бывает двух видов: врожденная и приобретенная.

– Врожденная кривошея появляется во внутриутробном периоде в результате инфекционного заболевания матери или плода, патологии строения таза у матери, неправильного положения плода относительно таза, генетических и хромосомных болезней.

– Приобретенная кривошея может появиться вследствие патологических родов при травме мышц шеи, вывихе, ишемии, обвитии пуповиной, а может возникнуть в более позднем возрасте вследствие инфекции, травмы, заболеваний нервной системы.

По характеру поражения кривошея классифицируется следующим образом:

- мышечная (возникает из-за нарушений в самой ГКС-мышце);
- компенсаторная (в результате болезней глаз или связанных с нарушениями слуха);
- неврогенная или нейрогенная (в результате нарушений в центральной нервной системе или в периферической нервной системе);
- костная (связана с проблемами в позвоночнике);
- рефлекторная (связана с мышечными спазмами и сокращениями);
- атрогенная (вывихи или травмы суставов позвоночника);
- дерматогенная (связана с появлением на коже рубцов);
- гипопластическая (развивается в результате частичного формирования ГКС мышцы);
- вторичная (развивается на фоне вторичного заболевания) [1].

Установлено, что заболевание в 80% случаев развивается справа, когда слева кривошея встречается лишь у 20% больных детей. Тем не менее, левосторонний тип недуга ничем не отличается от правостороннего, ни по классификации, ни по вариантам лечения.

Врожденная косолапость – врожденное нарушение развития голеностопного сустава и формирующего его мышечно-связочного аппарата. Это распространенное заболевание опорно-двигательного аппарата у детей, которое и составляет 35,8 % врожденных аномалий развития [4].

Данный дефект встречается у одного из 1000–1500 новорожденных. Частота его распространения у мальчиков в 2 раза выше, чем у девочек. Преобладает двусторонняя косолапость.

Причинами могут стать: задержка развития стоп в раннем эмбриональном периоде, когда они физиологически находятся в положении «косолапости»; давление пуповины на стопу; давление матки на наружную поверхность стопы при маловодии; давление опухолью тела матки; нарушение функции спинномозговых нервов; нарушение нормального развития нижних конечностей в первые 3 месяца жизни; наследственность.

Независимо от причины и механизма развития эквиноварусной деформации стопы, будут присутствовать общие клинические признаки нарушения функции. Отчётливо определяется характерное положение дистальных отделов нижней конечности:

- подошвенное сгибание стопы в голеностопе;
- поворот вовнутрь подошвенной части ступни с провисанием наружного края;
- приведение переднего отдела ступни.

Ко всему прочему при ходьбе выявляется ограничение движения в голеностопе, атрофия группы мышц голени (больше всего страдает икроножная мышца) и своеобразная переваливающаяся походка [5].

Недоразвитие и дефекты конечностей

Наиболее часто встречаются следующие врожденные аномалии развития верхней конечности:

- 1) врожденные ампутации конечности, частичное недоразвитие конечности (извращение развития отдельных сегментов или суставов);
- 2) амниотические перетяжки;
- 3) избыточный рост конечности или врожденное укорочение конечности;
- 4) врожденные ложные суставы [5].

1. Отсутствие и недоразвитие конечностей бывает трех видов: эктромелия, гемимелия и фокомелия.

Эктромелией называют полное отсутствие одной или нескольких конечностей. Встречается отсутствие одной из конечностей (верхней – *monobrachius*, нижней – *monopus*), двух верхних (*abrachius*) или двух нижних (*apus*) и, наконец, наиболее редко отсутствие всех 4 конечностей (*amelus*).

Гемимелией называют отсутствие дистальной части конечности, проксимальный конец которой развит нормально. В этих случаях конечность имеет ампутированный вид. Эта редкая форма наблюдается на плече, предплечье, бедре и голени.

Фокомелия (*phoke* – тюлень) – порок развития, при котором наблюдается недоразвитие проксимальных к туловищу отделов конечности; при этом пороке дистальные отделы руки или ноги непосредственно начинаются от туловища. Конечности при этом напоминают лапы тюленя, откуда и произошло название [2].

2. Амниотические перетяжки.

Амниотические перетяжки («амниотические сращения» или «тяжи Симонара») – волокнистые нити, которые возникают в плодном пузыре. Они могут сдавливать или перевязывать пуповину, прикрепляться к частям тела плода, вызывая пороки развития (ампутация рук, ног, пальцев или их фаланг, иногда декапитация). Это врожденные нитевидные вдавления на протяжении сегментов конечностей или пальцев. На коже голени, предплечья или пальцах обнаруживается глубокая циркулярная борозда, достигающая иногда кости. Глубокие перетяжки приводят к слоновости, трофическим язвам, частичному гигантизму дистального отдела конечности.

3. Избыточный рост конечности или врожденное укорочение конечности.

Избыточный рост конечности представляет собой либо гигантизм всей конечности, либо быстрый рост части конечности. Чаще всего поражается нижняя конечность, а при частичном поражении конечности наблюдается поражение её дистальных отделов, чаще – одного из пальцев.

Врожденные укорочения встречается чаще, чем гигантизм. Для верхней конечности это всего только косметический дефект. При врожденном укорочении сегментов нижней конечности требуется либо ношение специальной обуви, компенсирующей укорочение, либо удлиняют укороченный сегмент с помощью компрессионно-дистракционных аппаратов внешней фиксации [5].

4. Врожденные ложные суставы.

Врожденные ложные суставы (псевдоартроз) – это дефект целостности длиной трубчатой кости с патологической подвижностью, которая наблюдается с рождения. Данный дефект может быть на любом сегменте, но наиболее часто встречается на голени.

Псевдоартрозы чаще всего возникают в результате травмы во время беременности. Довольно часто у детей с врожденными ложными суставами выявляются очаги фиброзной остеодисплазии в других костях.

Врожденный псевдоартроз напоминает своим видом посттравматический ложный сустав, со всеми клиническими (патологическая подвижность в зоне ложного сустава) и рентгенологическими признаками (остеосклезоз, облитерация костномозгового канала, замыкательные пластинки на концах отломков) [6].

Аномалии развития пальцев кисти

Пороки развития пальцев могут выражаться в уменьшении их числа – эктродактилия, увеличение их числа – полидактилия, а также в нарушении формы пальцев и их сращении между собой - синдактилия.

Синдактилия – это сращивание одного или нескольких пальцев с нарушением функции или косметического состояния пораженного сегмента конечности. Ее причинами могут быть генетический фактор, воздействие токсических веществ во время беременности, а также инфекции.

Полидактилия – анатомическая аномалия, проявляющаяся в увеличении количества пальцев на руках или ногах. Количество добавочных пальцев может достигать десяти. Разновидностью полидактилии также является раздвоение пальца – pollex duplex. Полидактилия может быть единственной аномалией развития или же сочетаться с другими порока-

ми развития опорно-двигательного аппарата. Чаще всего это синдактилия, брахидактилия, дисплазия суставов.

Брахидактилия и эктродактилия (короткие пальцы) – врожденные недоразвития пальцев кисти, сопровождающиеся их укорочением вплоть до полного отсутствия. Различаются тем, что при брахидактилии сохранены, как правило, ногтевые пластинки [4].

Артрогрипоз – системное заболевание скелетно-мышечной системы, характеризующееся контрактурой и деформацией конечностей, недоразвитием суставов и мышц, а также фиброзом [5].

По статистике, данная аномалия встречается примерно у 2–3 % всех больных другими аномалиями костно-суставного аппарата. Является не прогрессирующим заболеванием.

В настоящее время для определения формы артрогрипоза используется международная классификация.

1. Врожденный множественный артрогрипоз (89 % от всей патологии);
2. Дистальные формы (10–11 % от патологии);
3. Синдромальные проявления врожденных контрактур.

Наиболее распространенным является артрогрипоз, при котором повреждаются запястья, плечи, локти, бедра и колени. Самая тяжелая форма порока развития влечет за собой нарушение почти всех суставов, в том числе суставов челюсти.

При тяжелых формах артрогрипоза происходит поражение всех суставов конечностей и атрофия мышц. Чаще встречаются более легкие формы течения заболевания, при которых поражаются конечности, реже одна конечность.

Характеристика внешнего вида больного артрогрипозом: туловище непропорционально удлиненное, по сравнению с деформированными и недоразвитыми конечностями, плечи узкие и скошены под тупым углом, без типичного мышечного рельефа, шея выглядит очень широкой на фоне узких надплечий и массивных складок – птеригий.

Сначала появляются фиброзные, а затем развиваются костные контрактуры с установкой конечностей в положение наружного разворота и полного разгибания, стопы деформированы, кисти рук находятся в положении сгибания ладони с согнутыми пальцами. У некоторых пациентов отмечены подвывихи и вывихи, часто врожденные вывихи бедер, аплазия и гипоплазия надколенников. Заболевание нередко сочетается с другими пороками развития [1; 4].

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата

К приобретенным заболеваниям и повреждениям ОДА относят системные заболевания скелета (рахит, хондродистрофия), заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), полиартрит, травматические повреждения спинного мозга, головного мозга, конечностей.

Системные заболевания скелета

Рахит – заболевание быстрорастущего организма, характеризующееся нарушением минерального обмена и костеобразования. Рахит – это болезнь детей грудного и раннего возраста, связанная с нарушением нормального формирования костей в период их интенсивного роста [5].

Ребенок заболевает рахитом при недостаточном поступлении в организм витамина Д в период активного роста. Это происходит под влиянием ряда причин: дефицит солнечного облучения, особенности питания, факторы беременности. Под действием этих причин в организме ребенка формируется дефицит витамина Д. Это, в свою очередь, приводит к снижению всасывания кальция в кишечнике. Кальций в недостаточном количестве поступает в кости, нарушаются процессы роста костной ткани, кости деформируются. Кроме того, кальций является важным элементом, участвующий в сокращении мышц. Поэтому при рахите мышцы ребенка становятся вялыми, атоничными.

Рахит проявляется множественными изменениями со стороны опорно-двигательного аппарата (размягчением плоских костей черепа, уплощением затылка, деформацией грудной клетки, искривлением трубчатых костей и позвоночника, мышечной гипотонией и др.), нервной системы, внутренних органов. Для детей с рахитом характерно более позднее закрытие родничков, задержка прорезывания зубов. Из-за деформации костей челюсти формируется неправильный прикус. Характерным симптомом для рахита является большой живот, возникающий из-за дряблости мышц передней брюшной стенки. За счет слабости связочного аппарата ребенок может забрасывать ноги на плечи, совершать самые причудливые движения в суставах. Больные дети гораздо позже, чем сверстники, начинают держать головку, садиться, ходить. В разгаре заболевания у многих маленьких пациентов диагностируется анемия, увеличение селезенки и лимфатических узлов [6].

После лечения наступает период выздоровления, который характеризуется исчезновением мягкости костей, мышечной слабости, анемии. В возрасте 2–3 лет у части переболевших рахитом детей выявляются

необратимые костные изменения («рахитические четки», О-образная деформация ног, «килевидная» грудная клетка) на фоне отсутствия изменений в лабораторных анализах.

На основании изменений в анализах крови, а также тяжести поражения внутренних органов определяются степени рахита. Для первой степени свойственны изменения начального периода. Рахит второй степени подразумевает умеренно выраженные изменения костей и внутренних органов. Для третьей самой тяжелой степени рахита характерны выраженная деформация костей, а также значительные изменения внутренних органов с задержкой умственного и физического развития [1].

Хондродистрофия (синонимы: Парро – Мари болезнь, ахондроплазия, хондродистрофия гипопластическая хондродисплазией) – это врожденное заболевание, которое обусловлено аномалией развития костей хрящевого происхождения (конечностей, черепа). Заболевание начинает формироваться уже с третьей-четвертой недели развития зародыша (в этот период возникают отклонения от норм роста костей и окостенения), иногда плод погибает еще внутриутробно (около 80 %) [5].

Хондродистрофия характеризуется карликовым ростом за счет непропорционального симметричного укорочения конечностей при нормальном туловище. Симптомы патологии очень специфичны, и определить их не составляет труда. Дети, страдающие хондродисплазией, имеют укороченные верхние и нижние конечности (карликовость). Их бедра и плечи малы по сравнению с нормальными размерами тела, пальцы толстые, короткие и равные по длине, спина прямая (отсутствуют естественные изгибы). Голова же, напротив, имеет довольно крупные габариты (нависающий лоб, большой нос, толстый язык). Также у этих детей деформируются нижние конечности, становятся Х-образными или О-образными. Проблемы увеличиваются, когда ребенок встает на ноги [7].

Выделяют несколько форм хондродистрофии:

- гипопластическая – в этом случае наблюдается недостаточное развитие хрящевой ткани, а также уменьшение эпифизов;
- гиперпластическая – для нее характерен быстрый беспорядочный рост эпифизарного хряща, а также увеличение эпифизов;
- маляцийная – в данной ситуации наблюдается желатинообразное размягчение хряща.

В большинстве случаев диагностируется гипопластическая форма. Иногда наблюдается сразу три вида изменения хрящевой ткани.

В последние годы появляется довольно много атипических форм патологии, которые имеют мало общих признаков с классическим видом болезни [1].

Заболевания скелета

Туберкулез костей – инфекционное заболевание, вызываемое туберкулезными микобактериями (палочками Коха). Поражает участки губчатого вещества с обильным кровоснабжением, сопровождается формированием очагов разрушения, абсцессов и свищей. Нередко становится причиной деформации пораженного сегмента, может вызывать контрактуры и укорочение конечности. При туберкулезе позвоночника возможно выраженное его искривление, образование горба, а в тяжелых случаях – и паралич конечностей [2].

Более чем в половине случаев страдает позвоночник. Второе место по распространенности занимает туберкулез крупных суставов нижних конечностей (коленного и тазобедренного).

В течении заболевания выделяют три фазы:

- первичный остит (преартритическая фаза);
- вторичный артрит (артритическая фаза), включающая стадии – начало, разгар, затихание;
- постартритическая фаза, представляющая собой последствия туберкулёзного артрита, его обострения, затяжное течение и рецидивы.

Опухоли костей – группа злокачественных и доброкачественных новообразований, возникающих из костной либо хрящевой ткани. Чаще в эту группу относят первичные опухоли, но ряд исследователей называет опухольями костей и вторичные процессы, которые развиваются в костях при метастазировании злокачественных новообразований, расположенных в других органах. У детей чаще выявляются первичные опухоли костей, у взрослых – вторичные [6].

Остеомиелит – это гнойная инфекция, поражающая костную ткань (остит), окружающую кость надкостницу (периостит) и костный мозг (миелит). Впервые возникший остеомиелит называют острым. В случае длительного течения заболевания с периодами обострения и ремиссии говорят о развитии хронического остеомиелита. Остеомиелит развивается в результате попадания бактерий в костную ткань, надкостницу или костный мозг. Остеомиелитом может поражаться любая кость организма, однако статистически наиболее часто остеомиелит возникает в бедренной, большеберцовой и плечевой костях. Наиболее предрасположены к данному заболеванию мужчины [7].

Полиартрит – одновременное или последовательное воспаление нескольких суставов. Возможно как одновременное, так и последовательное поражение нескольких суставов. Может выступать как самостоятельное заболевание – инфекционно-неспецифический (ревматоидный) полиартрит, а также быть результатом ревматизма, сепсиса, подагры и многих других заболеваний.

Причиной развития являются иммунные нарушения, нарушения обмена, а также некоторые специфические и неспецифические инфекции. Нарушение функции может быть обусловлено как болью, так и изменениями в тканях. Проявляется болями, нарушением функции, отеком суставов, локальной гиперемией и гипертермией. Болевой синдром, как правило, имеет волнообразный характер, боли усиливаются в ночные и утренние часы. Явления острого полиартрита полностью обратимы; при хронических полиартритах в суставах развиваются необратимые патологические изменения.

При легких формах заболевания трудоспособность сохраняется, при тяжелых – ограничивается или утрачивается [5].

Травматические повреждения спинного мозга, головного мозга, конечностей

Травматические повреждения спинного мозга, головного мозга, конечностей – это морфологические функциональные изменения в организме, наступающие в результате воздействия по своей силе превосходящего сопротивляемость ткани.

Повреждение спинного мозга – это поражение в результате травмы или болезни любой части спинного мозга или нервов позвоночного канала. Эти травмы часто вызывают ухудшение или утрату двигательной или сенсорной функций. Тяжесть травмы подразделяют на полное повреждение (такая травма приводит к потере чувствительности и двигательных функций всех органов и частей тела, находящихся ниже уровня повреждения) и неполное повреждение (при неполной травме спинного мозга расположенные ниже места поражения органы и конечности сохраняют частичную двигательную активность).

Также травмы спинного мозга могут привести к тетраплегии (она же квадриплегия) – нарушение или потеря функций рук, туловища, ног и функций тазовых органов.

Травматические поражения конечностей. Непосредственной причиной, вызывающей травму и приводящей к нарушению анатомической целостности тканей и функциональным изменениям в них, может быть

воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических, световых и пр.). При этом возможны:

- 1) переломы костей – полное или частичное нарушение целостности кости, вызванное действием внешней силы;
- 2) вывихи в суставах – смещение суставных поверхностей костей относительно друг друга;
- 3) растяжения и разрывы связок [2; 6].

Литература

1. Волков М. В. Детская ортопедия. М., 1988.
2. Котельников Г. П., Миронов С. П., Мирошниченко В. Ф. Травматология и ортопедия. М., 2006.
3. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. М., 2006.
4. Ортопедия и травматология детского возраста / под ред. М. В. Волкова, Г. М. Тер-Егiazарова. М., 1983.
5. Ортопедия: национальное руководство с компакт-дискom / гл. ред. Г. П. Котельников, С. П. Миронов. М., 2008.
6. Травматология и ортопедия / под ред. Т. М. Кавалерского. М., 2005.
7. Травматология и ортопедия: учебник / под ред. Н. В. Корнилова. М., 2014.
8. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич. СПб., 2001.
9. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. М.: ВЛАДОС, 2004.

Глава II

ДЦП КАК ВИД НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

2.1. Классификация и проявления ДЦП

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 [2].

К основному симптому ДЦП – двигательным расстройствам, в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и другие. У некоторых детей наблюдается судорожный синдром.

Первое клиническое описание ДЦП было сделано В. Литтлем в 1853 году. В течение почти 100 лет ДЦП назывался болезнью Литтля.

Термин «детский церебральный паралич» принадлежит З. Фрейду. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей.

В настоящее время детский церебральный паралич рассматривается 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 [7].

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.

Центральными клиническими проявлениями детского церебрального паралича являются двигательные расстройства, параличи, парезы, гиперкинезы, атаксия, а также нарушения речи и психики. В результате поражения структур мозга, которые регулируют мышечный тонус, наблюдаются спастичность, ригидность (малоподвижный высокий тонус), дистония и гипотония. В связи с этим у детей задерживаются или развиваются аномально установочные рефлексы (рефлекс держания головы и т.д.), появляются патологические синергии – включение мышц, которые обычно не участвуют в этом движении. По мере роста и развития ребенка на основе патологических синергии и дистонии формируются вторичные изменения в мышцах, костях и суставах: контрактуры (неподвижность суставов), деформации (изменение строения позвоночника и суставов), патология двигательных стереотипов [3].

Разнообразие клинических проявлений ДЦП, возрастных особенностей состояния нервной системы, многообразие этиологических факторов и т.п. осложняют определение формы ДЦП.

Первая классификация детского церебрального паралича была предложена в 1893 году З. Фрейдом. В основе ее лежат клинические критерии: характер двигательных нарушений, степень тяжести, сопутствующие синдромы, этиологические и патогенетические факторы. Данная классификация ДЦП включала в себя следующие типы:

1. Гемиплегия.
2. Церебральная диплегия (двусторонний церебральный паралич).
3. Генерализованная ригидность.
4. Параплегическая ригидность.
5. Двусторонняя параплегия.
6. Генерализованная хоря.
7. Двойной атетоз.

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

В 1959 году Международным обществом по изучению ДЦП в Англии (Клубом Литтля) была разработана классификация ДЦП, в которой от-

ражена распространенность двигательных нарушений и тип патологического мышечного тонуса. В классификации выделены:

1. Спастический церебральный паралич (гемиплегия, диплегия, двойная гемиплегия).
2. Дистонический церебральный паралич.
3. Хореоатетоидный церебральный паралич.
4. Смешанные формы церебрального паралича.
5. Атактический церебральный паралич.
6. Атоническая диплегия.

Все последующие классификации изменялись как в сторону разнообразной детализации форм, так и напротив, крайнего их упрощения. Всего в мировой литературе предложено более двадцати классификаций ДЦП. Они основаны на этиологических признаках, характере клинических проявлений, патогенетических особенностях [7].

В отечественной клинической практике используется чаще всего классификация К. А. Семеновой [4], в которую включены собственные данные автора и элементы классификации Д. С. Футера [5] и М. Б. Цукер [6].

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 – 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 [7].

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, как и ног, практически отсутствуют. Всегда преобладает ригидность мышц, усиливающаяся под влиянием сохраняющихся интенсивных топических рефлексов (шейного и лабиринтного). Из-за повышенной активности тонических рефлексов ребенок в положении на животе или спине имеет резко выраженные сгибательную или разгибательную позы. При поддержке в вертикальном положении, как правило, наблюдается разгибательная поза при свисании головы. Все сухожильные рефлексy очень высокие, тонус мышц в руках и ногах резко нарушен. Произвольная моторика совсем или почти не развита.

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 спастическая диплегия является тетрапарезом (т.е. поражены руки и ноги), но нижние конечности поражаются в значительно большей степени.

У детей со спастической 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 спастической диплегией страдают умственной отсталостью в легкой степени. У 70 % – наблюдаются речевые расстройства в форме дизартрии, значительно реже – форме моторной алалии.

Тяжесть речевых, психических и двигательных нарушений варьирует в широких пределах. Это связано со 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 рефлексy: защитный, ползания, опоры, шаговые движения новорожденного и др., т.е. нарушается основа, на базе которой формируются установочные рефлексy. Хватательный рефлекс чаще всего, наоборот, усилен, также как и тонические рефлексy: шейные, лабиринтные; 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, функции зрения и речь также страдают.

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.

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 спастической 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 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 рефлексy и с трудом формируются установочные выпрямительные рефлексy.

Дети со средней степенью тяжести двигательного поражения передвигаются самостоятельно, хотя с дефектной осанкой. У них неплохо развита манипулятивная деятельность рук. Тонические рефлексy 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 локомоции.

Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков [4].

Гемипаретическая форма. Эта форма заболевания характеризуется поражением одноименных 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 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 во время или с небольшим запозданием, при этом поза оказывается асимметричной, что может приводить к сколиозу.

Проявления гемипареза формируются, как правило, к 6–10 мес. жизни ребенка, которые постепенно нарастают.

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, не смотря 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. Манипулятивная деятельность верхней конечности практически отсутствует. Уменьшены кисть, длина всех фалангов пальцев, лопатка, стопа.

В паретичной руке и ноге отмечается гипотрофия мышц и замедление роста костей. Дети начинают ходить самостоятельно только с 3–3,5 лет, при этом наблюдается грубое нарушение осанки, формируется ско-

лиоз 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 функций 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 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 [4].

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 (насилиственные 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 офаниченные. Сосательный рефлекс ослаблен, 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 запаздывают в своем формировании.

Задержка формирования установочных рефлексов, мышечная дистония, а в последующем и гиперкинезы нарушают формирование нормальных поз и приводят к тому, что ребенок длительное время не может научиться самостоятельно сидеть, стоять и 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, паркинсоноподобный тремор. Хореоформный гиперкинез характеризуется быстрыми и отрывочными движениями, чаще всего он более выражен в проксимальных отделах конечностей. Атетоз характеризуется медленными, червеобразными движениями, одновременно возникающими в сгибателях и разгибателях, наблюдается преимущественно в дистальных отделах конечностей.

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 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 наблюдается 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 необучаемыми дети могут оказаться в связи 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 хореическом – дети, как правило, овладевают самостоятельным передвижением к 2–3 годам; при двойном атетозе прогноз крайне неблагоприятен [4].

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 [3].

С момента рождения выявляется несостоятельность врожденных двигательных рефлексов: отсутствуют рефлексы опоры, автоматической походки, ползания, слабо выражены или отсутствуют, защитный и хвата-

тельный рефлекс. Снижен тонус мышц (гипотония). Цепные установочные рефлексy значительно задерживаются в развитии. Такие дети начинают 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-мостомозжечковый 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 выраженное, наблюдается эйфория, суетливость, расторможенность. Эта форма прогностически тяжелая.

Смешанная форма. Наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. При ней имеются сочетания всех перечисленных выше форм: спастико-гиперкинедоческая, 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 отчетливее гиперкинезы.

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

1. Легкая – физический дефект позволяет передвигаться, пользоваться городским транспортом, иметь навыки самообслуживания.

2. Средняя – дети нуждаются в частичной помощи окружающих при движении и самообслуживании.

3. Тяжелая – дети целиком зависят от окружающих.

Особенно сложно классифицировать ДЦП в раннем возрасте ребенка.

Классификация с учетом возрастной динамики мозга предложена Л.О. Бадалянoм с сотрудниками (1987).

В данной классификации выделяются следующие формы ДЦП:

I. Ранний возраст.

1. Спастические формы:

– гемиплегия;

– диплегия;

– двусторонняя гемиплегия.

2. Дистоническая форма.

3. Гипотоническая форма.

II. Старший возраст.

1. Спаستические формы:

- гемиплегия;
- диплегия;
- двусторонняя гемиплегия.

2. Гиперкинетическая форма.

3. Атактическая форма.

4. Смешанные формы:

- спастико-атактическая;
- спастико-гиперкинетическая;
- атактико-гиперкинетическая;
- атактико-спастико-гиперкинетическая [1].

Представленная классификация отражает возрастные стадии развития мозга и связанные с этим различные проявления ДЦП. Особый интерес представляет выделение дистонической и гипотонической форм.

Сочетание разнообразных двигательных расстройств особенно часто встречается при гиперкинетической форме ДЦП. У одного и того же ребенка часто обнаруживаются гиперкинезы, атаксия, повышение мышечного тонуса и дистония, патологические синкинезии.

Фаза мышечной дистонии, которая рассматривается у новорожденных с ДЦП, обычно возникает на фоне мышечной гипотонии в возрасте 2–3 месяцев жизни и может быть длительное время ведущим синдромом. Гиперкинезы в связи с особенностями созревания мозга (стриопаллидарной системы) обычно появляются к концу первого – началу второго года жизни ребенка.

Если атоническая симптоматика является ведущей весь первый год жизни, то в дальнейшем у таких детей развивается атактическая, либо атактико-астатическая форма. Это является свидетельством поражения мозжечка и его проводящих путей.

Наряду с ведущим синдромом двигательных расстройств в клинической картине наблюдаются и другие нарушения моторики, которые более четко определяются тогда, когда ребенок начинает овладевать навыками сохранения позы и произвольной двигательной активности.

У детей с ДЦП, наряду с общим моторным недоразвитием, нарушается моторный аппарат глаз, ограничивается поле зрения, отмечается нистагм. Задерживается формирование слуховых образов и представлений из-за моторных нарушений в среднем ухе и снижении слуха [7].

Таким образом, поражение рецепторных систем приводит к задержке либо к недоразвитию познавательных процессов.

У маленьких детей до года обязательно присутствует дизэнцефальная гипоталамическая патология, которая проявляется в нарушении регуляции температуры тела, аппетита, функции желудочно-кишечного тракта. Формируется особая реакция на внешние раздражители в виде рвоты, головокружений, повышения температуры, судорог и т.п. У таких детей наблюдается физическая и психическая истощаемость.

Астенические явления ярко выражены у детей с ДЦП. Интенсивность их проявления связана со временем суток, со временем года и погодой, с приемом пищи и т.д. С возрастом эта астения часто сочетается с нарастанием вялости, бездеятельности. Постепенно, по мере взросления ребенка органическая симптоматика несколько изменяется. К ней присоединяются расстройства невротического регистра и неврозоподобные явления: нарушения сна (его длительности, глубины и ритма), расстройства настроения, головные боли и т.п.

Повышенная истощаемость всех психических процессов связана с церебрастеническими явлениями. У детей отмечаются низкая интеллектуальная работоспособность, эмоциональная лабильность, нарушения памяти, внимания, усиливающиеся после соматических заболеваний, к концу недели, учебного года. Это сочетается с повышенной внушаемостью, инертностью, замедленностью психических процессов, что обуславливает трудность переключения, патологическое застревание, перенос заученного способа выполнения задания на другое задание.

У детей с ДЦП отмечается задержка в развитии эмоциональных реакций. В младенческом возрасте не выражен комплекс оживления при появлении матери, нет реакций на ее голос или улыбку [3].

Дети с ДЦП растут пугливыми, нерешительными, неуверенными в себе, нередко отличаются обидчивостью, болезненным реагированием на тон голоса, малейшее замечание. У них легко возникают реакции упрямства и негативизма.

При детском церебральном параличе может наблюдаться косоглазие, функциональные нарушения ЖКТ, расстройства дыхательной функции, недержание мочи. Примерно в 20–40 % случаев детский церебральный паралич протекает с эпилепсией. До 60 % детей с ДЦП имеют проблемы со зрением. Возможна тугоухость или полная глухота. В половине случаев детский церебральный паралич сочетается с эндокринной патологией (ожирением, гипотиреозом, задержкой роста и др.).

Детский церебральный паралич является хроническим, но не прогрессирующим заболеванием. По мере роста ребенка и развития его

ЦНС могут выявляться ранее скрытые патологические проявления, которые создают ощущение так называемой «ложной прогрессии» заболевания. Ухудшение состояния ребенка с ДЦП также может быть обусловлено вторичными осложнениями: эпилепсией, инсультом, кровоизлиянием, применением наркоза или тяжелым соматическим заболеванием.

Детский церебральный паралич протекает в три стадии:

1. Ранняя (до 5 месяцев).
2. Начальная резидуальная (с полугода до 3 лет).
3. Поздняя резидуальная (старше 3 лет).

Согласно стадиям проявления ДЦП, выделяют ранние симптомы и поздние признаки заболевания.

К ранним симптомам детского церебрального паралича относят:

1. Задержка развития ребенка (не держит головку, не переворачивается, не тянется руками к различным предметам, не сидит самостоятельно, не ползает, не ходит).

2. Хватательный и прочие детские рефлексy, сохраняющиеся в возрасте старше полугода.

3. Преимущественное пользование только одной верхней конечностью, что связано с ненормальным тонусом мышц на второй руке, которая не используется в играх [7].

Данные ранние симптомы детского церебрального паралича могут иметь различную степень выраженности – от практически незаметных до бросающихся в глаза. Степень выраженности нарушений зависит от объема пораженной ткани головного мозга. Например, патологический мышечный тонус может проявляться в чрезмерном напряжении или, напротив, расслаблении.

Напряжение – повышенный мышечный тонус, выражается в принятии конечностями вынужденного, неудобного положения (например, скрещенные ножки по типу ножниц).

Расслабление – пониженный мышечный тонус – напротив, приводит к болтанию конечностей и неспособности удерживать позу. Вследствие патологического мышечного тонуса движения ребенка с детским церебральным параличом характеризуются следующими признаками: избыточная резкость; внезапность; медленные и червеобразные; неподконтрольные; совершенно бесцельные.

Все остальные симптомы ДЦП относят к поздним.

Рассмотрим наиболее характерные и часто встречающиеся признаки ДЦП:

1. Скелетная деформация – характеризуется укорочением конечности на стороне поражения. Если оставить проблему без внимания, то впоследствии развивается сколиоз и искривление тазовых костей.

2. Контрактуры суставов – симптом характеризуется тугоподвижностью и ограниченным объемом движений. В этой ситуации происходит неравномерное сдавление сустава вследствие разницы в тонусе и силе различных мышц, окружающих его.

3. Судороги – частный симптом, который проявляется в первые месяцы жизни, или через некоторое время после развития самого ДЦП. Часто судороги трудно отличить от патологической двигательной активности.

4. Нарушение глотания развивается вследствие неполноценной работы, и отсутствия правильного и сочетанного взаимодействия различных мышц, принимающих участие в этом процессе. Ребенок плохо сосет, имеет проблемы с приемом пищи и питья, а также не способен контролировать слюноотделение. Поэтому следствием нарушения глотания у детей с детским церебральным параличом является непроизвольное слюнотечение.

5. Нарушение слуха выражено в том, что ребенок не воспринимает разнообразные окружающие звуки, что сильно влияет на задержку развития речевых навыков.

6. Нарушение речи – формируется вследствие невозможности скоординировать точные и тонкие движения губ, языка и горла. Тонус мышц нарушен, и дети не в состоянии контролировать работу губ, языка и горла, поэтому не способны воспроизводить нормальные звуки, что сильно затрудняет речь.

7. Нарушение зрения выражается в развитии косоглазия или близорукости.

8. Нарушения зубного ряда выражены в подверженности к кариесу, патологии положения отдельных зубов, проблемами с чисткой и патологическим строением эмали.

9. Задержка умственного развития может быть не у всех детей, страдающих детским церебральным параличом. Инвалидизация человека зависит именно от уровня интеллектуального развития. Чем выше умственные способности человека, страдающего детским церебральным параличом, тем ниже степень его инвалидности.

10. Нарушение процессов мочеиспускания и дефекации обусловлены бесконтрольной работой различных мышц, вовлеченных в выполнение данных физиологических действий.

11. Нарушение движений и мышечного тонуса. Все движения ребенка кажутся совершенно неуклюжими, неловкими, разболтанными, выполня-

ются толчкообразно и дискоординированно. Все движения выполняются медленно, и выглядят червеобразно.

Кроме того, детский церебральный паралич проявляется следующими нарушениями мышечных движений у ребенка:

- судороги различной степени выраженности;
- мышцы имеют очень напряженный или расслабленный вид;
- отсутствие рефлекса моргания в ответ на доносящиеся громкие звуки;
- старше 4 месяцев не поворачивает голову по направлению к источнику доносящегося звука;
- старше 4 месяцев не дотягивается рукой к игрушкам;
- старше 7 месяцев не в состоянии сидеть самостоятельно;
- в 1 год и старше не произносит отдельных слов;
- выраженное использование преимущественно правой или левой руки до 12-летнего возраста;
- косоглазие;
- походка затрудненная,
- шаги даются с трудом, видна тугоподвижность;
- при ходьбе ребенок встает только на пальчики, а не на всю стопу.

Таким образом, детский церебральный паралич может иметь разнообразные проявления с различной степенью выраженности. Клиническая картина ДЦП и его тяжесть зависят от локализации и глубины поражения мозговых структур.

Литература

1. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детский церебральный паралич. Киев, 1988.
2. Иваницкая И. Н. Детский церебральный паралич (обзор литературы) // Альманах «Исцеление». 1993. С. 41-65.
3. Левченко И. Ю., Приходько О. Г., Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. М., 2001.
4. Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972.
5. Футер Д. С. Заболевания нервной системы у детей. М., 1967.
6. Цукер М. Б. Основы невропатологии детского возраста. М., 1947.
7. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. СПб., 2001.

2.2. Специфика двигательных развития детей с ДЦП

Становление моторики ребенка связано с длительным анатомическим созреванием нервной системы и развитием опорно-двигательного аппарата. Формированию двигательных функций в раннем постнатальном онтогенезе предшествует способность ребенка принимать определенную позу на основе развития выпрямительных тонических рефлексов, реакций поворота и равновесия. Переходом от синкинезий к синергиям, развитием зрительно-моторной координации обозначается начало этапа целенаправленных действий. Другой стороной этого процесса служит функциональное усовершенствование двигательной регуляции. Развитие движений определяется сложной функциональной системой и формируется на разных уровнях и при участии различных афферентных систем; эта функциональная система имеет топологическое строение, при котором постоянными остаются начальное и конечное звено системы (задачи и эффект), а промежуточные звенья могут быть различными [1; 5; 10; 11].

В осуществлении произвольных движений формирующая роль отводится двигательной зоне коры, причем она не ограничивается прецентральной областью.

Нарушение мышечного тонуса у новорожденных проявляется в виде спастичности или ригидности и гипотонии. Спастичность может возникать в результате нарушения взаимосвязи активирующих и подавляющих влияний ретикулярной формации, сдвиг в сторону облегчения приводит к повышению мышечного тонуса. Перенесенная при рождении тяжелая асфиксия приводит к подавлению активности мозговых структур. У детей с нарушением двигательного развития мышечный тонус значительно изменяется в зависимости от постуральной установки [3].

В литературе освещены различные варианты изменения мышечного тонуса при сформировавшихся двигательных нарушениях и различной локализации патологического процесса. Однако недостаточно охарактеризованы отдельные патологические изменения позы и мышечного тонуса у детей в первые месяцы жизни, предшествующие развивающимся позже моторным дефектам. Кроме того, отсутствуют четкие прогностические и оценочные критерии двигательных нарушений у детей первого года жизни, перенесших гипоксию и ишемию при рождении [2; 5; 9; 10; 11].

Двигательные нарушения у детей раннего возраста имеют существенные отличия от таковых у взрослых и характеризуются обширностью эффектов, сочетающихся с задержкой общего развития. Нару-

шение элементарных процессов на раннем этапе онтогенеза приводит, преимущественно, к выпадению тех функциональных систем, которые надстраиваются на их основе, а в стадии сложившихся функциональных отношений при той же локализации очага, преимущественно, страдает низший, регулируемый центр.

Наиболее тяжелым нарушением двигательных функций является детский церебральный паралич, основным симптомом которого являются различные расстройства двигательной сферы. Расстройства движений основаны на нарушении передачи сигнала от головного мозга к мышцам, и на сопутствующем патологическом состоянии мышечных групп (повышенный или пониженный тонус) [2; 5; 6; 10].

В основе патофизиологических двигательных нарушений лежат специфические патологические механизмы, затрагивающие всю систему регуляции движений. К ним относятся:

- нарушение регулирующих влияний со стороны супраспинальных образований;
- денервационный синдром;
- деафферентационный синдром;
- нарушение интегративной деятельности (в том числе и познавательной сферы) нервной системы;
- поломка управляющих механизмов и образование новых патологических интеграций.

Все это, в свою очередь, приводит к изменению самой программы движения, обусловленного комплексным сегментарным и надсегментарным влиянием на осуществление сложного моторного акта. Дисбаланс тормозных влияний со стороны высших отделов центральной нервной системы сочетается с растормаживанием примитивных рефлекторных реакций (сегментарных, стволовых, мезенцефальных), сохранением программ поддержания равновесия и устойчивости в различных положениях на возможном уровне[3].

ДЦП характеризуется наличием двигательных, речевых, умственных, эмоциональных и волевых расстройств, которые связаны с повреждением самых разных мышечных групп и тканей головного мозга. Сложности развития детей с детским церебральным параличом обусловлены большими трудностями при выполнении ими координированных и сложных движений.

Особенности детей с ДЦП обусловлены двумя основными факторами:

1. Нарушение нормальной структуры тканей центральной нервной системы.

2. Ограничение самостоятельности из-за невозможности свободно двигаться, и лишь частичной способности к самообслуживанию [2].

Этапы эволюции симптомов и развития ДЦП

Ребенок в возрасте 1–3 мес. Тяжелые формы ДЦП могут быть диагностированы уже на 1–2 мес. жизни. На них приходится не более 10–12 % всех случаев данной патологии. Ребенок малоэмоционален, снижена спонтанная двигательная активность, голова запрокинута, руки разогнуты, ноги приведены к средней линии, и часто их трудно развести.

На первом месяце характерно развитие грубой патологической поструральной активности в сочетании с резким снижением или отсутствием нормальных безусловных рефлексов. Мышечная гипотония сменяется стойкой гипертонией, мышечной дистонией. Преобладают дизэнцефальные расстройства: термолабильность, изменение цвета кожных покровов, плохая прибавка массы тела, срыгивания, рвота. В некоторых случаях острый период затягивается до 2–3 месяцев [11].

Нарушение двигательного развития проявляется патологией мышечного тонуса (гипертония – гипотония – дистония), усилением тонических рефлексов (патологическая поструральная активность), задержкой выпрямительных рефлексов туловища, ограничением и неполноценностью произвольных движений.

Ребенок в возрасте 3–6 мес. Отсутствие контроля головы, стойкая гипертония мышц, ярко выраженная редукция всех безусловных рефлексов, руко-оральные синкинезии. Дети малоактивны, лицо гипомимично, реакция на внешние раздражители снижена. У них не формируется сложный комплекс ориентировочно-познавательных реакций, которые лежат в основе развития психических функций. Вследствие нарушения функций головного мозга страдают двигательная и вегетативная системы. Дети отстают в физическом развитии, у них нередко диагностируется рахит, анемия, дисфункция ЖКТ. Часто отмечаются судороги.

Нарушения двигательного развития проявляются в виде:

- патологии тонуса;
- патологической поструральной активности;
- синкинезий (оральных синкинезий);
- задержки формирования цепных симметричных рефлексов, произвольных движений рук.

Влияние позотонических рефлексов при гипертонусе определяется следующим образом:

- в положение на спине – проба на тракцию;

- проба на разгибание головы и шеи (в норме разгибание возможно);
- проба на асимметричный шейно-тонический рефлекс: в положении на спине у ребенка возникает поза фехтовальщика;
- проба на флексорную спастичность (сопротивление пассивным движениям);
- проба на экстензорную спастичность ног (сгибание ног к животу);
- проба на спазм приводящих мышц бедра;
- в положении на животе проба на защитный поворот головы;
- проба на флексорную спастичность рук;
- проба на защитную экстензию рук (рефлекс парашюта);
- проба на экстензорную спастичность ног (перекрест голеней);
- синкинезии[2].

При мышечной гипотонии отмечают:

- симптом Черни (западение эпигастральной области на вдохе);
- «поза лягушки»;
- уменьшение количества и качества произвольных движений.

К 5 мес. вырисовывается клиническая картина ДЦП, сочетающегося с грубой задержкой психического развития. Улучшение общего состояния наблюдается к 5–6 месяцу. Появляются умеренный прогресс в психическом развитии, гуление, попытки тянуться к игрушкам. Увеличивается объем движений в нижних конечностях.

Ребенок в возрасте 6–9 мес. К вышеописанным нарушениям присоединяются патологические движения, стереотипии, яктация.

Ребенок в возрасте 9–12 мес. В большинстве случаев к году формируется клиническая картина ДЦП. Ее характеризуют следующие признаки:

- резкое изменение тонуса мышц;
- наличие патологических поз и установок;
- невозможность совершать целенаправленные действия;
- отставание в психическом и речевом развитии;
- псевдобульбарный синдром;
- различные пароксизмальные состояния (судороги, дистонические атаки, аффективно-респираторные приступы, гипертермические кризы и др.) [3; 11].

Приведенный обзор показывает, что эволюция различных симптомов развития детского церебрального паралича происходит на определенных возрастных этапах.

К. А. Семенова выделяет три стадии протекания ДЦП:

1. Ранняя (до 5 месяцев).

2. Начальная резидуальная (с полугода до 3 лет).

3. Поздняя резидуальная (старше 3 лет) [10].

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

Ранняя резидуальная стадия ДЦП продолжается в зависимости от формы и тяжести заболевания от нескольких месяцев до трех-четырёх лет. Эта стадия является непродолжительной при двойной гемиплегии и тяжелой спастической диплегии. Эта стадия характеризуется тем, что активность тонических рефлексов у ребенка остается и даже может нарастать, установочные рефлексы не формируются или формируются их элементы. Произвольная моторика у ребенка резко задерживается в своем развитии. Кроме того, формируются патологические двигательные стереотипы.

Третью стадию условно называют конечной стадией заболевания. Она характеризуется окончательным развитием патологического двигательного стереотипа, организацией контрактур и деформаций на основе неврологических синдромов, которые развиваются в течение первых стадий заболевания. Внутри этой стадии К. А. Семенова выделяет две подстадии:

– конечная стадия первой степени характеризуется патологическими двигательными стереотипами, позволяющими ребенку самостоятельно или с поддержкой передвигаться, овладевать письмом, теми или иными элементами самообслуживания, трудовыми процессами; речь ребенка может развиваться нормально или могут иметь место негрубые речевые нарушения;

– конечная стадия второй степени может наступить очень рано, в первые месяцы жизни ребенка; у ребенка быстро нарастают массивные, множественные контрактуры, тяжелые деформации [10].

Как правило, у детей наблюдается выраженное недоразвитие интеллектуального и речевого развития.

Согласно стадиям проявления ДЦП, выделяют ранние симптомы и поздние признаки заболевания. К ранним симптомам детского церебрального паралича относят:

1. Задержка развития ребенка (не держит головку, не переворачивается, не тянется руками к различным предметам, не сидит самостоятельно, не ползает, не ходит).

2. Хватательный и прочие детские рефлексы, сохраняющиеся в возрасте старше полугода. Преимущественное пользование только одной верхней конечностью, что связано с ненормальным тонусом мышц на второй руке, которая не используется в играх [2; 9;13].

Данные ранние симптомы детского церебрального паралича могут иметь различную степень выраженности – от практически незаметных до бросающихся в глаза. Степень выраженности нарушений зависит от объема пораженной ткани головного мозга. Например, патологический мышечный тонус может проявляться в чрезмерном напряжении или, напротив, расслаблении. Напряжение – повышенный мышечный тонус, выражается в принятии конечностями вынужденного, неудобного положения (например, скрещенные ножки по типу ножниц).

Расслабление – пониженный мышечный тонус, напротив, приводит к болтанию конечностей и неспособности удерживать позу. Вследствие патологического мышечного тонуса движения ребенка с детским церебральным параличом характеризуются следующими признаками:

- избыточной резкостью;
- внезапностью;
- медленностью и червеобразностью;
- неподконтрольностью;
- бесцельностью.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности [6].

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 [1].

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

Наиболее часто встречаются следующие неправильные позы [6]:

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 апраксии (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 [6].

Основными проявлениями ДЦП являются замедленность и несформированность двигательных навыков и умений, 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, гримасами лица и т.д., особенно усиливающиеся при волнении, испуге, неожиданном обращении к ребенку, а также при попытках выполнять те или иные целенаправленные действия.

Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи. Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания [13].

1. Нарушение мышечного тонуса

Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. При ДЦП отмечаются различные нарушения мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии).

Спастичность – мышцы в этом случае напряжены, что связано с поражением пирамидной системы. Для ДЦП является характерным нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей. Нарушение мышечного тонуса по типу спастичности наиболее часто наблюдается при спастической диплегии и гемипаретической форме ДЦП.

Ригидность (при ригидности мышцы находятся в состоянии максимального повышения мышечного тонуса) – напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов, при котором нарушается плавность и слаженность мышечного взаимодействия. Это происходит при тяжелом поражении экстрапирамидной (подкорковой) системы. Нарушение мышечного тонуса по типу ригидности отмечается при двойной гемиплегии.

Гипотония (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. Объем пассивных движений значительно больше нормального. Понижение тонуса мышц во многом связано с недостаточной функцией мозжечка и вестибулярного анализатора. При этом отмечается нарушение статики, несоразмерность движений, походка с покачиванием и потерей равновесия; ребенок сидит, согнувшись, не удерживается в вертикальном положении. Гипотония особенно выражена при атонически-астатической форме ДЦП и у детей с гиперкинетической формой ДЦП на первом году жизни.

Дистония (нарушения регуляции мышечного тонуса) – меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает. В результате этого движение может оказаться невозможным. Дистония наблюдается при гиперкинетической форме церебрального паралича.

При смешанных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом. Например, у больного со спастической диплегией со временем могут появиться насильственные движения – гиперкинезы – в руках и артикуляционном аппарате, это свидетельствует о сложном механизме нарушений мышечного тонуса, которые зависят от многих факторов. Нарушения мышечного тонуса могут широко варьировать от грубых до практически приближающихся к норме [13].

2. Парезы и параличи

Центральный паралич – это полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей головного мозга, называется центральным параличом.

Центральный парез – ограничение объема движений и снижение мышечной силы. Поскольку при детском церебральном параличе имеет место поражение головного мозга, парезы и параличи всегда носят центральный характер. Для центрального паралича характерны: повышение мышечного тонуса (поэтому даже при гипотонии или дистонии у детей с церебральным параличом отмечается повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах), повышение сухожильных рефлексов и расширение их зоны, отсутствие или снижение брюшных рефлексов, наличие патологических рефлексов, защитных рефлексов.

Выделяют 4 формы церебрального паралича:

- тетраплегия – общее поражение 4 конечностей;
- диплегия – поражение верхних или нижних конечностей;
- гемиплегия – поражение либо левой, либо правой конечностей;
- моноплегия – поражение одной конечности.

При парезах у детей с церебральным параличом страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук [2].

3. Повышение сухожильных и периостальных (надкостичных) рефлексов

Коленные и ахилловы рефлексы повышены. Зона их вызывания расширена. Поэтому коленный рефлекс может вызываться со всей передней поверхности бедра и голени, а ахиллов – с подошвы. Повышение сухожильных рефлексов при тяжелых формах поражения сочетается с клонусами стоп, коленных чашечек и кистей. Клонусы – это ритмические сокращения мышц в ответ на растяжение сухожилий. При тяжелых поражениях проводящих (пирамидных) двигательных путей или их недоразвитии клонус может возникать спонтанно при перемене положения тела, при попытке встать на ноги.

4. Патологические рефлексы

Для детского церебрального паралича характерны кистевые и стопные патологические рефлексы, а также рефлексы орального автоматизма. Кистевые патологические рефлексы являются сгибательными, так как при различных способах их вызывания возникает рефлекторное медленное сгибание пальцев кисти. Стопные патологические рефлексы являются как сгибательными, так и разгибательными. Примером разгибательных стопных рефлексов может быть симптом Бабинского.

5. Синкинезии

Синкинезии – это произвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений. При детском церебральном параличе выделяют несколько видов синкинезии. Наиболее часто наблюдаются имитационные и координаторные синкинезии.

Имитационные синкинезии чаще всего проявляются при гемипарезах, когда ребенок выполняет движения здоровой рукой вместо попытки действовать пораженной или когда при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки.

Координационные синкинезии возникают тогда, когда человек не может выполнять отдельное движение изолированно, а только как часть

более сложного двигательного акта. Например, он не может разогнуть согнутые пальцы рук, но при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются.

Оральные синкинезии проявляются в том, что при попытках к активным движениям или при их выполнении происходит непроизвольное открывание рта [13].

6. Недостаточное развитие цепных выпрямительных рефлексов

При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. Кроме того, ему трудно овладевать навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

7. Несформированность реакций равновесия и координации

Эта несформированность проявляется как в статике, так и в локомоции. В наиболее тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия проявляются при открытых и закрытых глазах. Нарушение локомоции проявляется в неустойчивости походки: ребенок ходит, широко расставляя ноги, пошатываясь, отклоняясь в сторону. Движения рук неточные. Часто отмечается дрожание пальцев. Нарушена координация тонких движений. В результате ребенку трудно писать и производить манипулятивную деятельность. Недостаточность реакций равновесия и координации особенно характерна для атонически-астатической формы детского церебрального паралича [2].

8. Наличие насильственных движений

Для многих форм детского церебрального паралича характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы – непроизвольные движения. Эти движения (в отличие от синкинезии) могут наблюдаться и в покое. Они усиливаются при попытках произвести движения, во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порою делают его невозможным. Гиперкинезы характерны для гиперкинетической формы церебрального паралича и гиперкинетического синдрома, который может осложнять все формы заболевания. Наиболее частыми являются следующие формы гиперкинезов: хореиформный, атетонидный и смешанный (хореоатетоз) [6].

Хореиформный гиперкинез характеризуется непроизвольными быстрыми, размахистыми, неритмичными движениями в различных мышечных группах. Выраженность хореиформного гиперкинеза значительно затрудняет выполнение различных манипуляций с предметами и особенно препятствует овладению речью и навыками письма.

Атетоидный гиперкинез характеризуется медленными, вычурными, червеобразными движениями с переразгибанием пальцев. Этот гиперкинез захватывает преимущественно дистальные отделы конечностей, чаще пальцы рук, но иногда проявляется и в пальцах ног, реже – в мышцах языка. Вычурные движения и позы при атетозе имеют тенденцию к повторению через различные промежутки времени. Выраженность этого гиперкинеза может способствовать образованию более или менее постоянных контрактур, придающих дистальным отделам конечностей вычурное положение.

Хореоатетоз – смешанная форма, сочетание атетоидных движений с хореоформными.

Тремор – дрожание конечностей (особенно пальцев рук). Тремор наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например, при приближении пальца к носу при закрытых глазах (так называемая пальценосовая проба по выявлению тремора). Тремор характерен для поражения мозжечковой системы. Наблюдается при атонически-астатической форме церебрального паралича и при других формах, осложненных мозжечковым синдромом [9].

9. Нарушение ощущения движений (кинестезии)

Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется с помощью рецепторов, находящихся в мышцах, связках и сухожилиях (проприоцептивная чувствительность). Именно эти рецепторы передают в ЦНС информацию о положении тела в пространстве, о совершаемых движениях.

При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, что ведет к затруднениям в определении положения собственного тела в пространстве, к трудностям в сохранении равновесия и удержании позы, к нарушениям координации движений и пр. У многих детей искажено восприятие направления движения. Например, движение руки вперед по прямой ощущается ими как движение в сторону. Такое искаженное представление о собственных движениях приводит к неадекватности во взаимодействии ребенка с окружающей средой, к нарушениям в формировании различных видов деятельности, навыков самообслуживания, речи (затруднения в ощущении артикуляционных движений).

Особенно выражены нарушения ощущений движений при гиперкинетической и атонически-астатической формах ДЦП [13].

10. Защитные рефлексy

К симптомам поражения пирамидной системы относятся защитные рефлексy, проявляющиеся при центральном параличе, защитные рефлексy – это произвольные движения, выражающиеся в сгибании или разгибании парализованной конечности при ее раздражении.

11. Патологические рефлексy (сгибательные и разгибательные)

Патологическими называются рефлексy, которые у взрослого здорового человека не вызываются, а проявляются лишь при поражениях нервной системы, связанных со снижением тормозного влияния головного мозга (патологические рефлексy появляются при поражении пирамидной системы).

Патологические рефлексy разделяют на сгибательные и разгибательные (для конечностей). Эти патологические рефлексy составляют синдром центрального (спастического) паралича, развивающегося при поражении пирамидной системы. У детей до 1 года эти рефлексy не являются признаками патологии [5].

12. Наличие позотонических рефлексов

Их выраженность отражает основной механизм нарушений при детском церебральном параличе. Среди позотонических рефлексов в оценке структуры дефекта у детей с церебральным параличом важнейшее значение имеют следующие: лабиринтный рефлекс, асимметричный и симметричный шейные тонические рефлексy [1; 9; 11].

Лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР) – зависит от положения головы в пространстве и проявляется в двух положениях: на спине и на животе. В положении на спине ребенок запрокидывает голову назад, ноги разогнуты, напряжены, приведены и повернуты внутрь, стопы в подошвенном сгибании. Руки обычно разогнуты и повернуты ладонью вниз, пальцы сжаты в кулаки. Ребенок не может приподнять и согнуть голову или делает это с большим трудом, т.е. у него отсутствуют важнейшие предпосылки для сидения, он не может схватить предмет, поднести его к лицу, рассмотреть. В положении на животе при выраженности ЛТР у ребенка преобладает поза сгибания: согнута голова и спина; руки находятся под грудной клеткой в согнутом положении, кисти сжаты в кулаки; ноги также согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра и голени приведены к животу. За счет выраженности данного рефлекса ребенок и в положении на животе не может поднять голову, освободить руки и опереться на них, не может выпрямить ноги и спину, встать на колени, а затем принять вертикальное положение.

Симметричный тонический шейный рефлекс (СШТР) у детей с церебральным параличом проявляется во влиянии движений головы на мышечный тонус конечностей: опускание головы усиливает мышечный тонус в мышцах-сгибателях, разгибание (назад) головы повышает мышечный тонус в разгибателях. При опускании головы усиливается общее сгибание туловища, рук и ног, и ребенок наклоняется вперед; при разгибании головы усиливается разгибание рук и туловища, и ребенок запрокидывается назад. Когда у ребенка слабо развита функция удержания головы, и он ее сгибает в положении сидя, выраженность данного рефлекса может способствовать образованию сгибательных контрактур в коленных и локтевых суставах. Схема реализации СШТР сохраняется при любом положении тела (лежа на спине, животе, на боку, в положении сидя, стоя) [13].

Асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР). Этот рефлекс имеет особое значение в структуре дефекта у детей с церебральным параличом, так как он отличается значительной стойкостью и препятствует развитию не только произвольной двигательной активности, но и познавательной деятельности. Этот рефлекс проявляется во влиянии поворотов головы в сторону на мышечный тонус конечностей: так, если голова ребенка поворачивается вправо, его правые конечности разгибаются, а левые сгибаются, ребенок принимает «позу фехтовальщика». При выраженности данного рефлекса голова и глаза ребенка могут быть фиксированы в одну сторону, что приводит к ограничению его поля зрения и вызывает специфические трудности во время чтения и письма.

У детей с церебральным параличом может быть сочетание указанных рефлексов, что значительно утяжеляет структуру их дефекта. Выраженность тонических рефлексов обычно отражает тяжесть заболевания. Тонические рефлексы могут наблюдаться при всех формах церебрального паралича. Особенно они выражены у детей с гиперкинезами. У большинства же учащихся тонические рефлексы отмечаются лишь при специальном обследовании либо при выполнении наиболее трудных заданий, а также в процессе речевого общения [11].

Таким образом, ДЦП – это не просто отставание в моторном развитии или выпадение отдельных двигательных функций (как у взрослых при поражении двигательных систем головного мозга), а заболевание, характеризующееся извращенным ходом моторного развития, что в большинстве случаев нарушает последовательный ход и динамику психического развития ребенка, приводя к своеобразной аномалии развития в целом.

Литература

1. Бадалян Л. О. Детская неврология. М., 1998.
2. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. Киев, 1988.
3. Бархатова В. П., Завалишин И. А. Нейротрансмиттерная организация двигательных систем головного и спинного мозга в норме и патологии // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. №8.
4. Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей: учебное пособие / под ред. В. П. Зыкова. М., 2006.
5. Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития у детей первого года жизни. М., 1981.
6. Козьявкин В. И., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Львов, 1999.
7. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. М., 2006.
8. Парфенов В. А. Нервные болезни. Общая неврология: учеб. для студентов / В. А. Парфенов, Н. Н. Яхно, И. В. Дамулин. М., 2014.
9. Петрухин А. С. Неврология детского возраста: учебник. М., 2004.
10. Семенова К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. М., 1976.
11. Скворцов И. А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии: учеб. пособие. М., 2003.
12. Скоромец А. А. Нервные болезни: учеб. пособие. М., 2005.
13. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич. СПб., 2001.

2.3. Особенности познавательного и речевого развития детей с ДЦП

В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значительное место занимают нарушения речи, частота которых составляет до 80 %. Изучению речевых нарушений при ДЦП посвящено много специальных исследований (Л. А. Данилова, Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова, И. А. Панченко и др.).

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставание в развитии речи при ДЦП связано также и с ограничением объема знаний и представлений

об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности. Больные дети имеют сравнительно небольшой жизненный опыт, общаются с весьма небольшим кругом людей (как сверстников, так и взрослых). Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд [8]. При этом у ребенка не формируются потребности в речевой деятельности. В таких случаях ребенок бывает лишен речевого общения, которое является важной предпосылкой развития речи.

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология, ограничивающая возможности передвижения и познания окружающего мира. Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности [2].

При ДЦП нарушения развития имеют, как правило, сложную структуру, т.е. отмечается сочетание двигательных, психических и речевых нарушений [3].

Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом. Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают звукопроизводительную сторону речи. В связи с недостаточностью кинестетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей.

Отмечается определенная зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук [6]. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности.

Все перечисленные факторы определяют специфику нарушений доречевого и речевого развития детей с церебральным параличом. Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи.

Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и

качественными особенностями, значительным своеобразием. Частота речевых нарушений при ДЦП, по разным данным, составляет от 70 до 80 %. Длительное исследование детей с ДЦП позволило выделить ряд патологических особенностей уже в предречевой период. Е. Ф. Архиповой было проведено исследование 155 детей с церебральным параличом в возрасте от 6 мес. до 2 лет, у 73 из них лепет отсутствовал, у 62 детей спонтанный лепет появился лишь к 1 году, а у 20 детей – только к 2 годам. У детей была малая активность звуковых проявлений, их лепет был беден звуками (наиболее характерными в лепете были сочетания: ма, па, эа, аэ), фрагментарен, слоговые ряды отсутствовали. Патологическое состояние артикуляционного аппарата детей с ДЦП препятствовало спонтанному развитию артикуляционной моторики, появлению новых звуков, а также артикулированию слогов в период лепета. В большинстве случаев в лепете детей не наблюдалось той последовательности этапов развития лепета, которая характерна для здоровых детей. Рано начатая (уже в предречевой период) коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими ДЦП, способствует развитию их артикуляционного аппарата и подготовке его к членораздельному произнесению звуков, что предупреждает формирование грубых нарушений звукопроизводительной стороны речи, носящих чрезвычайно выраженный характер при ДЦП.

При ДЦП может наблюдаться недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи. Исследование Е. М. Мاستюковой показало, что первые слова у обследованных детей с ДЦП в среднем появились только к 1,5 годам, фразовая речь – к 3–3,5 годам. По данным М. В. Ипполитовой, а также Н. В. Симоновой, дети с ДЦП 6–7 лет очень редко употребляют в речи предлоги под, над, перед, между, в (середине). Для большинства детей характерна недостаточная дифференциация и низкая актуализация временных и особенно всех пространственных связей и отношений в активной речи. Зачастую словесное обозначение пространственных отношений носит примитивный характер, не соответствующий возрастной норме: «поближе ко мне», «от меня чуть-чуть в сторону» и т.д., что при нормальном онтогенезе наблюдается в более раннем возрасте – до 4 лет. Качество речи определяется характером психической деятельности в целом и темпом мышления.

Исследования Н. В. Симоновой показывают также, что дети с ДЦП в возрасте от 5 до 7 лет проявляют недостаточность лексико-грамматического развития. Имеет место ограниченность пассивного и активного словаря, что свидетельствует об узости общих представлений, которые фор-

мируются в процессе освоения различных видов деятельности. Крайне бедно в словаре представлены группы слов, отражающих определенную тематику: транспорт, животный и растительный мир, мебель и пр. Ограничен запас слов для характеристики предметов, их качеств и действий. Многие дети забывали словесные обозначения предметов и вынуждены были заменять их описанием ситуации, например, забыв слово «кормушка», говорили: «Это скворечник, нет, это насыпают зерна, корм для птичек». По мнению Н. В. Симоновой, слабая актуализация словаря, забывание словесных формулировок, неточности употребления отдельных лексико-грамматических групп, частое использование речевых штампов указывают на сходство лексико-грамматического развития детей с ДЦП с детьми, имеющими общее недоразвитие речи.

По данным М. В. Ипполитовой, у детей с ДЦП отмечается своеобразие общего речевого развития. Сроки речевого развития у детей, как правило, задержаны. У большинства детей первые слова появляются лишь к 2–3 годам, фразовая речь – к 3–5 годам. В наиболее тяжелых случаях фразовая речь формируется лишь к периоду школьного обучения. Задержка в развитии речи у детей с ДЦП вызвана как поражением двигательных механизмов речи, так и спецификой самого заболевания, ограничивающего практический опыт ребенка и его социальные контакты. Кроме того, у детей с ДЦП наблюдаются нарушения восприятия, играющие важную роль в формировании речи. У большинства детей школьного возраста можно определить своеобразие речевого развития, у некоторых – разную степень выраженности ОНР. У детей с ДЦП отмечается бедность словарного запаса, что приводит к использованию одних и тех же слов для обозначения разных предметов и действий, отсутствие ряда слов-названий, несформированность многих видовых, родовых, других обобщающих понятий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих признаки, качества, свойства предметов, а также различные виды действий с предметами. Большинство детей пользуются фразовой речью, но предложения обычно состоят из 2–3 слов; слова не всегда правильно согласуются, не используются или используются не в полной мере предлоги. У большинства детей школьного возраста сохраняется задержка в формировании пространственно-временных представлений, в их обиходной речи ограничено употребление слов, обозначающих расположение предметов в пространстве, в определенной временной последовательности. Отмечается и своеобразие в понимании речи: недостаточное понимание многозначности слов, иногда незнание предметов и явлений

окружающей действительности. Нередко вызывает трудности понимание текстов художественных произведений, арифметических задач, программного материала [4].

По данным Л. Б. Халиловой, у школьников с ДЦП имеются лексические затруднения, свидетельствующие в целом о низком уровне языковых способностей. Для большинства учащихся с ДЦП характерны слабая дифференциация лексических значений, незнание языковых правил перефразирования, неточности употребления антонимов и синонимов, нарушение лексической сочетаемости слов. Все это часто приводит к неправильному построению предложений [4].

Мелодико-интонационная сторона речи при ДЦП также нарушена: голос обычно слабый, иссякающий, немодулированный, интонации невыразительны.

Нарушение речевого развития может возникнуть в связи с неправильными условиями воспитания ребенка с ДЦП в семье. Значимым является развитие коммуникативной стороны речи, т.е. общения. Речь развивается только в процессе общения, в связи с потребностью в коммуникации. Ребенок с ДЦП нередко лишен возможности общаться со сверстниками и взрослыми. Часто родители намеренно ограничивают круг его общения, желая оградить ребенка от возможной при этом психической травмы. Негативно сказывается на развитии речи гиперопека со стороны родителей, которые пытаются облегчить состояние ребенка, стремясь выполнять все его просьбы и предугадывать желания. В таком случае не возникает даже потребность в общении.

При ДЦП речевые нарушения затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

У детей с церебральным параличом выделяют следующие основные формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия.

Речевые нарушения при ДЦП редко встречаются в изолированном виде. Например, наиболее частая форма речевой патологии – дизартрия – часто сочетается с задержкой речевого развития или, реже, с алалией.

Задержка речевого развития – более позднее начало речи и замедление темпа ее формирования. Более позднее становление речевой функции обусловлено задержкой развития мозга («молодые» участки коры головного мозга продолжают развиваться после рождения). При ДЦП не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. Задержка речевого развития отмечается уже с доречевого периода.

Доречевой период ребенка с церебральным параличом отличается от того же периода у нормально развивающегося ребенка. Обычно доречевой период при ДЦП затягивается на 2–3 года (Е. Ф. Архипова). Имеется определенная патогенетическая общность нарушения доречевого развития с двигательными нарушениями в целом [1].

Доречевой период ребенка с нормальным развитием состоит из 4 этапов, которые прослеживаются у детей с церебральным параличом.

1-й этап – безусловно-рефлекторный (до 3 мес). Крик у здорового новорожденного громкий, чистый, с коротким вдохом и удлиненным выдохом. При ДЦП отмечается качественное видоизменение крика, его однообразие, непродолжительность (тихий, сдавленный, пронзительный; может быть отсутствие крика; вместо крика – отдельные всхлипывания или гримаса на лице).

2-й этап – начало гуления (с 3 мес). В норме – наличие интонационной выразительности в крике. При ДЦП отмечается недоразвитие интонационной характеристики крика, который не выражает радости или недовольства, т. е. не изменяется в зависимости от состояния ребенка. Гуление отсутствует или его активность крайне низкая.

3-й этап – интонированное гуление (с 4 мес). У детей с церебральным параличом наблюдается задержка появления певучего гуления, бедность, неполноценность голосовых реакций. Часто крик преобладает над другими голосовыми реакциями.

4-й этап – лепет (с 6 мес). При ДЦП отмечается отсутствие или задержка появления лепета. Лепет характеризуется однообразием, бедностью звукового состава, фрагментарностью, малоактивностью, отсутствием четкой интонационной выразительности; возникает редко.

К 12 мес. у детей с церебральным параличом наблюдается снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность. Дети часто предпочитают общаться жестом, мимикой, криком. В лучшем случае ребенок может произносить всего одно-два слова. Таким образом, при ДЦП задержан доречевой период, а также нарушены предпосылки к развитию речи.

Индивидуальные сроки появления речи у детей с церебральным параличом значительно колеблются, что зависит от локализации и тяжести поражения мозга, состояния интеллекта, времени начала и адекватности коррекционно-логопедической работы. При ДЦП наиболее медленный темп речевого развития наблюдается в раннем возрасте (первые три года жизни). На втором году жизни, даже при самых тяжелых формах за-

болевания, развитие общей моторики обычно опережает развитие речи. Обычно дети начинают произносить первые слова примерно в 2–3 года. Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедических занятий наблюдается к концу третьего года жизни. На этом возрастном этапе темп речевого развития начинает опережать темп развития общей моторики ребенка. Как правило, фразовая речь формируется к 4–5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5–7 лет) наблюдается ее интенсивное развитие.

При нормальном развитии все стороны речи – лексическая, грамматическая и фонетическая – внутренне взаимосвязаны и взаимозависимы. При ДЦП отмечается задержка и нарушение их формирования.

У детей с церебральным параличом в раннем возрасте крайне медленно увеличивается активный словарь (собственная речь) и распространяется предложение, медленно улучшается внятность речи. Пассивный словарь (понимание обращенной речи) обычно значительно больше активного. Задерживается развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма. Речевая активность низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже – простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие. Часто они заменяются словами, обозначающими предметы. Отмечается недифференцированное употребление слов.

У детей с церебральным параличом в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита, прежде всего, фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков. На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится искаженно, либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к общей невнятности речи. Для многих детей с церебральным параличом характерно атипичное (патологическое) усвоение фонем, не совпадающее с последовательностью их усвоения при нормальном онтогенезе. Уже на ранних этапах овладения фонетическим строем языка могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые закрепляются в дальнейшем по мере формирования патологического речевого стереотипа.

В дошкольном возрасте многие дети общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений. Даже имея достаточный уровень речевого развития, дети не реализуют своих возможностей в общении (на заданные вопросы часто дают стереотипные однословные ответы).

Отмечается отставание в усвоении отдельных языковых категорий (особенно предлогов) и слов, обозначающих пространственно-временные отношения, абстрактные понятия. С трудом усваиваются лексические значения слов (иногда вычлняют в слове только конкретное значение, заменяют одно слово другим, совпадающим по звучанию). При ДЦП лексические нарушения обусловлены спецификой заболевания. Количественное уменьшение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограничением объема, несистематизированностью, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения формирования грамматического строя речи, которые зачастую обусловлены лексическими расстройствами. Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом, что во многом обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании сказуемого с подлежащим, употреблении правильных падежных окончаний.

Возрастная динамика речевого развития детей с церебральным параличом во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интеллект ребенка, тем более благоприятная динамика развития речи.

Задержка речевого развития, как правило, сочетается с различными формами дизартрии или алалии.

У 60–70 % детей с ДЦП отмечается дизартрия, т.е. нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Нарушение звукопроизношения при ДЦП в основном связано с общими двигательными расстройствами. Например, у детей с гиперкинетической формой ДЦП нормальное произношение нарушено из-за гиперкинезов языка, губ и т.д. Меняющийся мышечный тонус при гиперкинетической форме ДЦП определяет непостоянство нарушений звукопроизношения. При резком повышении мышечного тонуса в конечностях может наступить спазм мышц языка и гортани. При атонически-астатической форме ДЦП речь медленная, прерывистая, монотонная. Нарушения звукопроизношения выражаются в виде пропусков звуков, их искажений или замен. Нарушение кинестезии при ДЦП ведет к невозможности ощущать положение языка, губ, что существенно затрудняет артикуляцию. Наиболее тяжелые речевые расстройства возникают при нарушениях

слуха, которые чаще наблюдаются у детей с гиперкинезами. Нарушения звукопроизводительной стороны речи могут усиливаться по причине расстройств дыхания и голосообразования.

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Дизартрия является следствием органического поражения центральной нервной системы, при котором расстраивается двигательный механизм речи. Ведущими дефектами при дизартрии являются нарушение звукопроизводительной стороны речи и просодики (мелодико-интонационной и темпо-ритмической стороны речи), а также нарушения артикуляционной моторики, речевого дыхания и голоса. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая [7].

У детей с церебральными параличами, как правило, наблюдается моторная речевая недостаточность.

Поражение моторики имеет генерализованный характер, однотипный и для скелетной, и для речевой мускулатуры. В основе патологии движения лежит значительное, до степени ригидности, повышение тонуса мускулатуры при всяком активном движении и в меньшей степени при пассивном движении. Характерные черты спастического пареза в равной мере касаются как мышц конечностей, так и мимической, жевательной и артикуляционной мускулатуры. Так же как и в движениях конечностей, в этой мускулатуре отмечаются непостоянство в характере функционирования одних и тех же мышц, неточность, недифференцированность, неплавность и истощаемость движений, наблюдаются разные содружественные движения. Трудности произвольного сокращения в двигательном акте сочетаются с трудностями активного расслабления мышц. Последнее обстоятельство свидетельствует о неполноценности, недостаточности развития префронтальных зон коры, обуславливающее крайне трудное переключение в более тяжелых случаях от фонемы к фонеме, от слога к слогу, в более легких – от слова к слову. Возможно, это является одной из причин недостаточности развития «кинетической мелодии», создающей плавную речь. Недостаточность переключения наряду со спастичностью, нарастающей в процессе работы артикуляционных мышц, обуславливает то, что подражательные движения, с которых всегда начинается речь у здорового ребенка, для детей с церебральными параличами и резко выраженной спастичностью становятся практически невозможными, и, таким образом, выключается первое и главное звено речеобразования.

У ряда детей имеют место более или менее отчетливо выраженные элементы апраксии речевой мускулатуры. Апраксия речевой мускулатуры у этой группы детей имеет принципиальное сходство с гораздо более глубокой и тоже своеобразной апраксией позы пальцев – невозможностью воспроизведения позы по кинетическому следовому образу при возможности делать это по непосредственному и следовому зрительному раздражению. Это свидетельствует о недостаточности развития премоторных и ретроцентральных зон коры.

У детей с церебральными параличами имеется чрезвычайно легкая подавляемость возможности движения артикуляционной мускулатуры, так же как и мускулатуры кисти и пальцев, экстероцептивными раздражениями зрительными, слуховыми, тактильными, а также вестибулярными и собственно двигательными. Под влиянием раздражений повышается тонус артикуляционных мышц, и целенаправленное движение, если оно и было начато, становится невозможным.

У всех детей наблюдается недостаточность кинестетического отдела речедвигательного анализатора. Слабость кинестетического звена обуславливает, по-видимому, своеобразную апраксию мимико-артикуляционной мускулатуры, препятствующую развитию раздражительных речевых движений. Кроме того, можно полагать, что низкий тонус кинестетического отдела речедвигательного анализатора, обеспечивающего анализ поступающей из артикуляционного аппарата в мозг импульсации, является одним из основных препятствий для создания речевых схем и следового двигательного образа слов. Следовая двигательная реакция является одним из необходимых условий для создания цепных реакций – «кинестетических мелодий», лежащих в основе развития серийных движений при иннервации одним двигательным (речевым) импульсом.

Основные нарушения при дизартрии:

– Нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры (в мышцах лица, языка, губ, мягкого неба) – по типу спастичности, гипотонии или дистонии. У детей с церебральным параличом отмечается смешанный и вариативный характер нарушений тонуса в артикуляционной мускулатуре, т.е. в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному.

– Нарушение подвижности артикуляционных мышц. Ограниченная подвижность мышц артикуляционного аппарата – это основное проявление пареза или паралича этих мышц. Недостаточная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушение звукопроизношения. При этом в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения (прежде всего поднимание языка вверх).

– Нарушения дыхания. Недостаточная глубина дыхания. Нарушен ритм дыхания: в момент речи оно учащается. Отмечается нарушение координации вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный слабый выдох). Выдох часто происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот.

– Нарушения голоса. Недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий); отклонения тембра голоса (глухой, сдавленный, хриплый, прерывистый, напряженный, с носовым оттенком). При различных формах дизартрии нарушения голоса носят специфический характер.

– Нарушения просодики. Мелодико-интонационные расстройства часто относят к одним из наиболее стойких признаков дизартрии. Отмечается слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). Нарушения темпа речи проявляются в его замедлении, реже ускорении. Иногда имеет место нарушение ритма речи (например, скандированность).

– Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной мускулатуре. Гиперкинезы – произвольные насильственные движения, могут быть вычурные движения мышц языка, лица. Тремор – дрожание кончика языка.

– Нарушение координации движений (атаксия). Отмечается дисметрия (несоразмерность, неточность) произвольных артикуляционных движений. Часто нужное движение реализуется более размашистым, утрированным, замедленным движением, чем это необходимо (гиперметрия). Иногда наблюдается нарушение координации между дыханием, голосообразованием и артикуляцией (асинергия).

– Наличие синкинезий. Синкинезии – произвольные сопутствующие движения при выполнении произвольных артикуляционных движений (например, дополнительное движение нижней челюсти и нижней губы при попытке поднять кончик языка вверх). Оральные синкинезии – открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения.

– Нарушение акта приема пищи. Отсутствие или затруднение жевания твердой пищи; поперхивание, захлебывание при глотании. Нарушение координации между дыханием и глотанием.

– Гиперсаливация (повышенное слюнотечение). Усиленное слюнотечение связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. Оно часто утяжеляется за счет слабости ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны и снижения самоконтроля). Гиперсаливация может быть постоянной или усиливаться при определенных условиях.

– Наличие патологических рефлексов орального автоматизма. При нормальном развитии рефлекс орального автоматизма (губной, хоботовый, сосательный, поисковый и др.) проявляются с рождения, ослабевают к 3 мес. и пропадают к 1 году. У детей с церебральным параличом эти рефлекс могут быть ослаблены или не вызываться совсем в первые недели и месяцы жизни, что будет затруднять кормление этих детей и препятствовать развитию первых голосовых реакций. Сохранение и усиление этих рефлексов после 1 года препятствует развитию произвольных артикуляционных движений и задерживает развитие речи [4].

– Специфические нарушения звукопроизношения:

– стойкий характер нарушений звукопроизношения, особая трудность их преодоления;

– нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков (усредненность гласных);

– преобладание межзубного и бокового произношения свистящих (с, к ц) и шипящих (ш, ж, ч, ц) звуков;

– смягчение твердых согласных звуков;

– нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке. При увеличении речевой нагрузки наблюдается, а иногда и нарастает общая смазанность, нечеткость речи;

– специфические трудности автоматизации звуков (процесс автоматизации требует большого количества времени). При несвоевременном окончании логопедических занятий приобретенные умения часто распадаются.

Степень выраженности дизартрических нарушений речи зависит от тяжести и характера поражения нервной системы. В легких случаях отмечается неярко выраженная дизартрия. Стертая дизартрия проявляется в нарушении звукопроизношения, незначительных нарушениях речевого дыхания, голосообразования, просодики; ограничением объема наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений. При тяжелом поражении центральной нервной системы речь становится невозможной. Анартрия – полное или почти полное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. По тяжести проявлений анартрия может быть различной: 1) полное отсутствие речи и голоса; 2) наличие только голосовых реакций; 3) наличие звуко-слоговой активности (И. И. Панченко, 1979).

Существуют различные классификации дизартрии. В их основу положены принцип локализации мозгового поражения, синдромологический подход, степень понятности речи для окружающих.

- На основе принципа локализации мозгового поражения различают псевдобульбарную, бульбарную, экстрапирамидную, мозжечковую, корковую формы дизартрии (О. В. Правдина и др.).

- Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом Тар-Дье (1968). Им было выделено 4 степени тяжести речевых нарушений у детей с церебральным параличом: 1) нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка; 2) нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих; 3) речь понятна только близким ребенка; 4) речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (четвертая степень нарушения звукопроизношения, по существу, представляет собой анартрию).

- При классификации на основе синдромологического подхода выделяют спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии. У детей с церебральным параличом трудно вычленить симптоматику речедвигательных расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. При ДЦП общими двигательными нарушениями (основными синдромальными расстройствами) являются спастический парез, тонические нарушения управления типа ригидности, гиперкинезы, атаксия. В речевой моторике отмечаются аналогичные дефекты. Тип дизартрического нарушения речи определяется по характеру клинического синдрома. Эта классификация дизартрии ориентирует логопеда на качество нарушения артикуляционной моторики, что позволяет более целенаправленно определить выбор средств лечебной и логопедической работы по нормализации мышц и движений артикуляционного аппарата [4].

Большое место в патологии речи у этих детей занимают дизартрии – мозжечковая и псевдобульбарная.

М. Б. Эйдинова и Е. Н. Правдина-Винарская считают различного рода дизартрические речевые расстройства самым важным симптомом псевдобульбарного паралича. При слабости губных мышц ребенок плохо или совсем не произносит звуки *у, б, в, п, ф*, при слабости язычных мышц – *о, и, д, ф, с, р*, при парезе мягкого нёба – *г, х, к*. Не только парез, но и спастичность артикуляционных мышц и аппарата фонации играет большую роль в патологии речи. Самые разнообразные комбинации пареза черепномозговых нервов и спазма различных групп мышц, осуществляющих акты артикуляции и фонации, создают пеструю, во всех случаях своео-

бразную клинику псевдобульбарного паралича. Те формы расстройства речи, которые обязаны своим происхождением в большей степени экстрапирамидным нарушениям, характеризуются обязательным наличием двух симптомов: расстройства речи типа дизартрии в сопутствующих стриарных симптомах.

В процессе речи явления паралича мышц голосовых связок сменяются у некоторых детей таким же преходящим спазмом, который наблюдается в жевательной мускулатуре. Тогда афония или гипофония в свою очередь сменяются дисфонией, при которой тихая, часто шепотная речь перемежается неудержимо громкими выкриками слогов, слов, иногда фраз.

Обращает на себя внимание, и то, что у преобладающего большинства детей, судя по нашим наблюдениям, имеется амимия. Амимия может развиваться в результате тяжелого поражения надъядерных путей черепно-мозговых нервов.

Почти у всех детей, как самых маленьких, так и более старших, наряду с псевдобульбарной симптоматикой наблюдаются различного типа гиперкинезы, насильственный смех и плач, в 50 % – мозжечковые расстройства.

Каждая клиническая форма псевдобульбарного паралича обладает определенными характерными особенностями.

1. При паралитической форме симптомы псевдобульбарного паралича резко выражены во всех своих проявлениях; афония, дисфония, дисфагия нередко приводят к тому, что у ребенка нет даже отчетливого голосообразования, а процесс еды, глотания для него чрезвычайно сложен. У этих детей никогда не наблюдается выкрикивание слов обусловленного преходящим повышением тонуса или гиперкинезами мускулатуры голосовых связок. Паралич наблюдается и в собственно артикуляционной и лицевой мускулатуре, в связи с чем, амимия у них выражена более отчетливо, чем у детей других групп. Это состояние мимико-артикуляционной мускулатуры аналогично тому, которое наблюдается в скелетной, где явления паралича также преобладают над спастичностью. Спастичность выявляется либо в определенных группах мышц при движении, либо при определенном положении тела (вертикальном) – она развивается тогда в аддукторах бедер, икроножных мышцах, иногда сгибателях или разгибателях пальцев. Повышение тонуса возникает и в артикуляционной мускулатуре, но незначительное. Сходную картину вялого паралича у взрослых можно связывать с поражением варолиевого моста. У этих больных восстановление речи происходит с большим трудом – с трудом ре-

грессирует именно псевдобульбарные симптомы и с наибольшим трудом из них – паралич нёбной занавески и мышц языка. С таким же трудом и лишь незначительно развивается координация между дыхательными и артикуляционными движениями. Псевдобульбарная дизартрия наряду с афонией и носовым оттенком голоса держится долго.

2. *При экстрапирамидной форме* паралитические расстройства артикуляционной мускулатуры (нередко относительно легкие) осложняются глубоким тоническим напряжением артикуляционных мышц. Язык собран в ком у корня, малоподвижен, напряжены голосовые связки. Характер нарушения деятельности артикуляционной мускулатуры однотипен с нарушением деятельности скелетной мускулатуры. Спастичность распространяется и на дыхательную мускулатуру, и на мускулатуру гортани, что обуславливает своеобразие расстройства голосообразования у этих детей, характер дисфонии. Первой задачей логопеда в этих случаях является обучение ребенка расслаблению мышц артикуляционного аппарата, чем подавляется и гиперкинез, обучение активным движениям мышц языка, губ, гортани, отработка синхронности дыхания и голоса.

3. *При мозжечковой форме* наблюдаются различные варианты атаксических расстройств, парезы спастического напряжения артикуляционной, жевательной и дыхательной мускулатуры. Отмечаются замедление темпа, дискоординация всех движений, включая и речевые. И здесь имеется прямой параллелизм между характером патологии скелетной и артикуляционной, жевательной и дыхательной мускулатуры.

Общим для всех форм псевдобульбарного паралича является усугубление вегетативной и псевдобульбарной симптоматики при всех видах активного движения и скелетной, и артикуляционной мускулатуры: нарастание спастичности артикуляционных мышц, учащение и дизритмия пульса, гипергидроз, иногда изменение окраски кожи лица, отчетливое усиление гиперсаливации, учащение и нарушение ритма дыхания, усугубляющее недостаточность слабо развитой речевой функции.

Все эти явления, наряду с нарастающей при движении мимико-артикуляционных мышц спастичностью, затрудняют анализ поступающих речевых сигналов, что препятствует возможности закрепления речевых условно-рефлекторных связей.

Морфологически при псевдобульбарном параличе обнаруживается замедленное развитие моторной зоны коры и пирамидного пути. Эта же причина лежит в основе функциональной недостаточности тех корковых систем, сосредоточенных в премоторной зоне, с которыми, как говори-

лось выше, связана функция денервации речевых синергий и автоматизации определенных групп речевых движений, что создает плавность речи, автоматизм речевых процессов.

Недостаточность некоторых гностических функций у этих детей связана в основном с патологией ядерного отдела двигательного-кинетического анализатора, но усугубляется и слабой возбудимостью самих проприоцепторов.

Патология кинестезии лежит в основе симптоматики, указывающей на недостаточность ретроцентральных зон у детей преимущественно со спастическими и гиперкинетическими формами. У них наблюдается апраксия языка, нарушение некоторых сложных форм кинестетического чувства языка и пальцев. Этот момент, несомненно, препятствует появлению и закреплению условнорефлекторных речевых связей.

Наряду с этим у многих детей существуют оральные автоматизмы, которые в силу легкости подавления возбуждения в речедвигательном анализаторе также могут явиться препятствием к развитию речи по механизму подавления слабого очага возбуждения (в коре) более сильным, локализующимся в стволе. Часто встречается смешанная дизартрия [5].

Алалия – это отсутствие или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга. Различают моторную и сенсорную алалию. *Моторная алалия* характеризуется недоразвитием моторной речи. При относительно сохранном понимании речи отмечается недоразвитие лексической, грамматической и фонетической стороны речи. Ребенок испытывает затруднения в построении фраз, искажает слоговую структуру слов (переставляет и пропускает звуки и слоги). Отмечается бедность активного словаря, аграмматизмы. В отличие от дизартрии артикуляционные возможности для правильного произношения большинства звуков сохранены. Обычно ребенок может выполнить артикуляционные движения на неречевом уровне, но затрудняется реализовать эти возможности в речи.

При *сенсорной алалии* нарушено понимание обращенной речи при сохранном слухе и познавательной деятельности. Сенсорная алалия нередко наблюдается при гиперкинетической форме ДЦП.

Речевые нарушения у детей с церебральными параличами редко бывают изолированными. Чаще дизартрия сочетается с алалией.

При ДЦП имеет место сложная структура дефекта. В данном случае можно говорить об особом виде психического дизонтогенеза: о дефицитарном развитии. Данный вид психического дизонтогенеза возникает

при тяжелых нарушениях отдельных анализаторных систем, в том числе и при нарушениях в функционировании двигательного анализатора при ДЦП. Первичный дефект анализатора ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда психических функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Нарушения развития отдельных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Дефицитарность моторной сферы обуславливает явления двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушения эмоционально-волевой сферы.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с тяжестью поражения опорно-двигательного аппарата. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы.

Оптимальное развитие такого ребенка может происходить только при условии адекватного воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционно-развивающей работы возникают и нарастают явления депривации, усугубляющие двигательную, познавательную и личностную недостаточность.

Считается, что от 25 до 35 % с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие этих детей идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. Потенциально сохранный интеллект при ДЦП не означает полноценное, полностью соответствующее нормальному развитие. Основные виды психических нарушений при ДЦП – это задержка психического развития (встречается примерно у 50 % детей с ДЦП) и олигофрения (имеет место у 25 % детей с ДЦП), что свидетельствует о сочетании психического дизонтогенеза дефицитарного типа с дизонтогенезом по типу задержанного развития или недоразвития. Вместе с тем не существует прямой зависимости между тяжестью двигательной патологии и степенью интеллектуальной недостаточности при ДЦП. При различных формах ДЦП может встречаться и нормальное, и задержанное психическое развитие, умственная отсталость.

Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей:

I. Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем. Это обусловлено несколькими причинами:

– вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;

– затруднение познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств;

– нарушение сенсорных функций.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют интеллектуальную деятельность детей с церебральными параличами [5].

Около 25 % детей имеют аномалии зрения. Отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения. Часто отмечается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. У 6–25 % детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме ДЦП. В таких случаях особенно характерны снижение слуха на высокочастотные тона и сохранность на низкочастотные. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (*к, с, ф, ш, в, т, н*), затрудняется в их произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками). У некоторых отмечается недоразвитие фонематического слуха с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию (*ба-па, ва-фа*). У таких детей возникают трудности в обучении чтению, письму. В письме под диктовку они делают много ошибок. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. Иногда отмечается повышенная чувствительность к звуковым раздражителям (дети вздрагивают, мигают при любом неожиданном звуке), но дифференцированное восприятие звуковых раздражителей у них оказывается недостаточным.

При всех формах церебрального паралича имеет место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с

закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен стереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т.е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено. Таким образом, дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

II. Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т.е. отмечается недостаточность одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития; причем преимущественно страдают наиболее «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Причем чаще всего страдают отдельные корковые функции, т.е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между) усваиваются с трудом. Дети не могут сложить из частей целое (например, собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать (зеркальное письмо). У детей выражена недостаточность развития фонематического слуха, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений), процессов сравнения и обобщения. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других – наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

III. Выраженность психоорганических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной актив-

ностью, проявляющейся в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрastenическим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается целенаправленная деятельность.

Оценка психического развития ребенка раннего возраста с церебральным параличом до настоящего времени остается сложной проблемой [7]. По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у остальных имеет место умственная отсталость. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития (церебрально-органического генеза).

Можно выделить два варианта задержки психического развития у детей с церебральным параличом.

Первый – временная задержка темпа психического развития. При целенаправленной своевременной коррекции компенсируется. Положительная динамика более выражена, вплоть до достижения нормального уровня развития.

Второй – состояние стойкой, легкой интеллектуальной недостаточности. Недостаточность выражена в большей степени, чем у детей первой группы, но не достигает такой степени дефекта, как при умственной отсталости. Нарушения интеллекта носят обратимый характер, хотя отличаются менее выраженной тенденцией к обратному развитию и компенсации.

Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии.

У детей с умственной отсталостью нарушения всех психических функций чаще всего носят тотальный характер. На первый план высту-

пает недостаточность высших форм познавательной деятельности – восприятия, памяти, мышления, а также гностических функций. Тяжелая степень умственной отсталости преобладает при двойной гемиплегии и атонически-астатической формах ДЦП [7].

Психический дизонтогенез по дефицитарному типу и составляет основу аномалии психического развития у детей с ДЦП, определяет характерную возрастную динамику и неравномерность психического, двигательного и речевого развития. Выраженная диспропорциональность и неравномерный, нарушенный темп развития, а также качественное своеобразие в формировании психики – это главные особенности познавательной деятельности и всей личности ребенка с ДЦП.

Механизм нарушения развития психики сложен и определяется как временем мозгового поражения, так и его степенью и локализацией. Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный, неравномерный характер. Проблеме психических нарушений у детей, страдающих церебральным параличом, посвящено значительное количество работ отечественных специалистов (Э. С. Калижнюк, Л. А. Данилова, Е. М. Мастюкова, И. Ю. Левченко, Е. И. Кириченко и др.). Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральными параличами резко задерживается, на этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений – например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП – с тяжелым недоразвитием психических функций [2]. Для детей с церебральными параличами характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Таким образом, органическое поражение речедвигательного анализатора при детском церебральном параличе приводит к нарушениям артикулирования звуков речи, расстройствам голоса, дыхания, темпа и ритма речи, ее интонационной выразительности. Ведущими являются

фонетико-фонематические нарушения. Характерные особенности дизартрии при детском церебральном параличе проявляются прежде всего во влиянии тонических рефлексов на речевую мускулатуру. Это определяет специфику логопедической работы при дизартрии у детей с церебральным параличом.

Все познавательные психические процессы при ДЦП имеют ряд общих особенностей:

- нарушение активного произвольного внимания, которое негативно отражается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП, так как нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;
- повышенная истощаемость всех психических процессов (церебро-астенические проявления), выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности. Церебро-астенические проявления усиливаются после различных заболеваний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При интеллектуальном перенапряжении появляются вторичные невротические осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость и утомляемость способствует патологическому развитию личности: возникает робость, страхи, пониженный фон настроения и пр.;
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления и др.

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Литература

1. Архипова Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М.: АСТ: Астрель, 2008.
2. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: Академия, 2001.
3. Левченко И. Ю. Особенности обучения ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата в общеобразовательном учреждении: методические рекомендации. М.; СПб.: Нестор-История, 2012.
4. Правдина О. В. Логопедия. М.: Просвещение, 2002.
5. Сарсенбаева А. А. Обучение детей со сложным дефектом в условиях образовательного учреждения // Проблемы и перспективы развития образования: материалы III Междунар. науч. конф. Пермь: Меркурий, 2013. С. 106-109.

6. Семаго Н. Я. Новые подходы к построению коррекционной работы с детьми с различными видами отклоняющегося развития // Дефектология. 2000. № 1. С. 18-29.

7. Специальная дошкольная педагогика: учебное пособие / Е. А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова и др.; под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Академия, 2002.

8. Селюкова Е. А., Герасимова В. Н., Ильядис С. А. Система воспитания и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Актуальные задачи педагогики: материалы Междунар. науч. конф. Чита: Молодой ученый, 2011. С. 167-169.

2.4. Особенности эмоционально-волевого и личностного развития детей с ДЦП

У детей с синдромами двигательных расстройств и с ДЦП задержано и в той или иной степени нарушено овладение всеми двигательными навыками: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки самостоятельного сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических и речевых функций, а в частности, личностного и эмоционального развития. Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушений развития психики сложен и определяется временем, степенью и локализацией мозгового поражения (Э. С. Калижнюк, И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько, К. А. Семенова, Л. М. Шипицына и др.) [1; 4; 7; 15].

Многие авторы (Л. А. Данилова, Э. С. Калижнюк, И. Ю. Левченко, Е. М. Мастюкова и др.) подчеркивают, что для детей с церебральным параличом характерно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, сенсорными (патология зрения, слуха, кинестетического восприятия) и речевыми дефектами. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничение деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения [1; 2; 5; 6].

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности (Э. С. Калижнюк, Е. И. Кириченко, И. Ю. Левченко, Е. Н. Правдина-Винарская, М. Б. Эйдинова и др.).

Многие авторы указывают на неравномерный, дисгармоничный характер нарушений психических функций детей с церебральным парали-

чом. Эта особенность связана с «мозаичным» характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП; преимущественно страдают наиболее «молодые» и высокоорганизованные функции, которые формируются на более поздних этапах онтогенеза [1; 4; 7; 12; 15].

Однако в большинстве исследований подчеркивается, что при ДЦП страдает формирование личности ребенка.

Особенности формирования личности и эмоционально-волевой сферы у детей с диагнозом ДЦП могут быть обусловлены двумя факторами:

- биологическими особенностями, связанными с характером заболевания;
- социальными условиями – воздействием на ребенка семьи и педагогов.

Другими словами, на развитие и формирование личности ребенка, с одной стороны, существенное влияние оказывает его исключительное положение, связанное с ограничением движения и речи; с другой стороны – отношение семьи к болезни ребенка, окружающая его атмосфера. Поэтому всегда нужно помнить о том, что личностные особенности детей, страдающих ДЦП, это результат тесного взаимодействия этих двух факторов. Следует заметить, что родители, при желании, могут смягчить фактор социального воздействия [15].

Особенности личности ребенка с ДЦП связаны, в первую очередь, с условиями ее формирования, которые значительно отличаются от условий развития нормального ребенка.

Выраженные 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 при ДЦП встречаются астеноневротический, психоастенический, реже – неустойчивый и возбудимый типы акцентуации личности [1].

На грубую органическую патологию неизбежно наслаиваются воздействия социальных факторов (недоброжелательное отношение сверстников, чрезмерное внимание окружающих, разлука с матерью или неполноценная семья, психическая травматизация в связи с лечебными процедурами, затруднения в процессе обучения из-за двигательных нарушений, неправильное воспитание по типу гиперопеки). Тогда ребенок обнаруживает признаки патохарактерологического формирования личности.

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 влияет на формирование таких личностных особенностей ребенка с ДЦП как снижение самостоятельности, сенситивность, фрустрированность.

Для большинства детей с ДЦП характерна задержка личностного развития по типу психического инфантилизма: наивность, безответственность, эгоцентризм, слабость волевых установок. Дети руководствуются в первую очередь эмоцией удовольствия. У подростков отклонения личности проявляются в высокой внушаемости, слабости самоконтроля. При сниженном интеллекте для них типичен низкий познавательный интерес, недостаточная критичность, безразличие [4; 6].

Осознание дефекта у детей с ДЦП проявляется к 7–8 годам и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны окружающих и нехваткой общения. На сложившуюся ситуацию дети могут реагировать по-разному:

- 1) ребенок замыкается в себе, становится чрезмерно робким, ранимым, стремится к уединению;
- 2) ребенок становится агрессивным, легко идет на конфликт.

В связи с переживанием чувства неполноценности у ребенка возникают психогенные реакции, которые в случае гиперкомпенсации формируются в двух направлениях: пассивно-оборонительном и агрессивно-защитном. Такие дети стараются завоевать авторитет среди сверстников излишней бравадой, грубостью, драками. Отклонения поведения усугубляются патологией влечений в виде склонности к вредным привычкам, повышенной сексуальности [2].

С начала подросткового возраста нельзя забывать о такой проблеме как суицид. У детей с ДЦП наблюдается недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Как правило, мотивы, ведущие к самоубийству незначительны. Это затрудняет его предотвращение. Суицидальная попытка часто связана с депрессией, которая носит скрытый характер. Нередко встречается демонстративное суицидальное поведение с целью наказать родителей, обидчика. Суицид часто осуществляется на высоте сильного переживания. Наиболее глубокое переживание дефекта наблюдается в подростковом возрасте, после окончания школы-интерната и попадания в среду здоровых сверстников [8].

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций.

При ДЦП задержки в развитии эмоциональных реакций наблюдаются в следующем:

- не выражен комплекс оживления при появлении матери, на ее голос или улыбку; матери обращают внимание на то, что дети не отличают их от других взрослых;

- типичны негативные эмоции и реакция на предметы, частый плач;

- смех без соответствующей внешней стимуляции [2].

Многие дети повышено впечатлительны, обидчивы, болезненно реагируют на тон голоса, на малейшие замечания, чутко подмечают изменения в настроении окружающих. При ДЦП представления об окружающем крайне ограничены, поэтому для большинства детей характерно наличие страхов. Страх может возникнуть при простых тактильных раздражениях, при изменении положения тела и окружающей обстановки [6; 8].

У детей с ДЦП отмечается высокий уровень тревожности как характерологический признак и главный индикатор нарушений в личностной сфере [1; 2; 7; 15].

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 тревожность направлена в сферу таких жизненных ситуаций, которые имеют наибольшее психотравмирующее значение: «ребенок-ребенок», «ребенок-взрослый», «я сам». У детей с нарушениями двигательных функций наблюдается преобладание негативного эмоционального опыта в заданиях, моделирующих взаимоотношения ребенка с родителями, со сверстниками и его самостоятельные повседневные действия (сфера «я сам»). Интересно, что негативный эмоциональный опыт дошкольников с двигательными ограничениями был связан преимущественно с ситуациями взаимодействия с родителями.

Можно выделить несколько причин возникновения повышенной тревожности:

1. Повышенная тревожность из-за потенциального физического вреда. Этот вид беспокойства возникает у детей с церебральным параличом в результате ассоциирования некоторых стимулов, угрожающих болью, опасностью, физическим неблагополучием.

2. Повышенная тревожность вызывается чувством вины и характеризуется чувствами самоунижения, досады на себя, переживание себя как недостойного.

3. Повышенная тревожность возникает при авторитарном стиле общения взрослого с ребенком в семье и в предъявлении завышенных требований.

4. Повышенная тревожность из-за неспособности овладеть средой. Она происходит, если ребенок чувствует, что не может справиться с проблемами, которые выдвигает среда. Тревога связана с чувством неполноценности.

5. Повышенная тревожность возникает в состоянии фрустрации. Фрустрация определяется как переживание, возникающее при наличии препятствия к достижению желаемой цели или сильной потребности. Нет полной независимости между ситуациями, которые вызывают фрустрации, и теми, которые приводят в состояние тревоги (потеря любви родителей) [8].

Для дошкольников с ДЦП наиболее характерны особенности проявлений тревожности, выражающиеся в раздражительности, беспокойстве, пугливости, нерешительности и эмоциональной напряженности в ситуациях взаимодействия со сверстниками и родителями. При этом причинами возникновения повышенной тревожности является не только физическое неблагополучие, вынужденная изоляция и частые госпитализации, но и некорректные стили воспитания по отношению к больному ребенку в семье [7; 15].

У младших школьников и подростков с ДЦП преобладает завышенный и заниженный уровни реактивной тревожности по сравнению с их здоровыми сверстниками. Если реактивная тревожность приобретает постоянный характер, то существует достаточно большая вероятность того, что она перейдет в личностную тревожность. Если и она становится постоянной, то наступает невротизация личности. У подростков с ДЦП вызывает особую тревогу как общение с близкими людьми (родители, родственники), так и с одноклассниками и учителями. Для подростков

с ДЦП характерны уровни реактивной и личностной тревожности. Осознание собственной неполноценности возникает в связи с переживанием больным ребенком положения «отвергнутого», недоброжелательным отношением сверстников или чрезмерным вниманием и любопытством. Нередки случаи изменения школ, классов, коллективов, когда больной ДЦП ребенок не может влиться в коллектив одноклассников, что приводит к неуспеваемости.

На общем эмоциональном фоне у детей с ДЦП преобладают неуверенность в своих силах, разочарование ходом своей жизни. Помимо этого дети являются повышено возбудимыми, утомляемыми; потенциал их социальной активности очень невысок [13].

Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики к своему состоянию. Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, безучастного отношения к окружающим. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом.

Нарушение личности при ДЦП чаще всего встречается по типу психического инфантилизма [1; 4; 12; 15].

В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем.

Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм, к нему относят также гармонический инфантилизм. При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой.

Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма выделяют осложненные формы. Описано несколько вариантов проявления

осложненного инфантилизма. Однако, как отмечает М.С. Певзнер, «при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом» [6; 15].

Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Все эти особенности составляют в совокупности феномен «школьной незрелости», выявляющийся на первом этапе школьного обучения.

Поражение незрелого головного мозга при детском церебральном параличе приводит к тому, что корковые мозговые структуры, особенно поздно формирующиеся лобные отделы, созревают неравномерно и в замедленном темпе, что и служит причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Однако специфическим условием развития этого типа отклонений личности является неправильное воспитание, ограничение деятельности, связанное с двигательной и речевой недостаточностью [1; 4].

Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма. У отдельных детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности.

Невропатический вариант. Дети отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям. Наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке.

Церебрастенический вариант. Эмоционально-волевая незрелость сочетается с симптомами раздражительной слабости: с повышенной эмоциональной возбудимостью, нарушениями внимания, памяти. Дети повышено раздражительны, несдержанны. Характерна склонность к конфликтам в сочетании с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью психического напряжения.

Органический инфантилизм. В его основе – сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной дея-

тельности: инертностью, тугоподвижностью мышления при наличии низкого уровня операции обобщения. Эти дети часто двигательно расторможены, у них нарушена целенаправленная деятельность, снижена критика своих действий и поступков [12].

Волевая активность детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, имеет свои особенности. Исследование Н. М. Сарраевой позволило подразделить факторы, определяющие особенности волевой сферы детей с ДЦП, на объективные, к которым относятся условия заболевания, длительное пребывание в лечебном учреждении, искусственное ограничение активности, особое отношение к больному ребенку окружающих, и субъективные, такие, как отношение подростка к своему заболеванию и самооценка [10].

По уровню волевого развития подростков с ДЦП можно разделить на три группы.

Для первой группы характерно общее снижение эмоционально-волевого тонуса, астенизация поведения, волевой инфантилизм. Это проявляется в неумении, а порой и нежелании подростка регулировать свое поведение, в общей вялости, доходящей до апатии у одних, и в крайней несдержанности у других, в отсутствии достаточной настойчивости в достижении как коррекционно-восстановительного эффекта, так и хороших результатов в учебной работе. Свыкаясь с ролью больных, подростки ослабляют свою самостоятельность, проявляют иждивенческие настроения.

Вторую группу составляют подростки, уровень волевого развития которых достаточно высок. Обладая адекватной самооценкой, правильно определяя свои возможности, подростки данной группы способны на основе длительных волевых усилий мобилизовать компенсаторные силы организма и личности. Они активно ведут борьбу с заболеванием и его последствиями, настойчивы в достижении терапевтического эффекта, воздержанны и терпеливы, проявляют упорство в учебе, развивают свою самостоятельность, занимаются самовоспитанием.

Уровень волевого развития подростков, входящих в третью группу, можно определить как средний. В зависимости от состояния здоровья, самочувствия, многих других обстоятельств подростки эпизодически проявляют достаточную волевою активность. В учебной работе это связано с интересом, текущими оценками, в медицинских мероприятиях – с лечебной перспективой и т.д. Периоды волевого подъема сменяются у них снижением уровня волевой активности.

В указанные выше группы входят подростки, имеющие различные степени тяжести поражения опорно-двигательного аппарата [10].

В некоторых случаях у детей с тяжелыми двигательными и речевыми нарушениями и сохранным интеллектом тормозные формы поведения носят компенсаторный характер. Дети характеризуются замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы. Они осознанно выбирают такую форму поведения и тем самым пытаются скрыть свои двигательные и речевые нарушения. Владея развернутой речью, дети, маскируя дефекты произношения, односложно отвечают на вопросы, сами вопросов никогда не задают, отказываются выполнять доступные им задания двигательного характера.

Исследования показывают, что наибольшую значимость для подростков имеют особенности физического облика. Свою адаптированность они оценивают низко, но стараются адаптироваться, соответствовать требованиям. Последнее удается не всегда. В связи с этим, Проблема развития образа тела у детей с физическими дефектами имеет особый научно-практический интерес [9; 14].

Образ тела рассматривается как сложное психологическое образование, включающее в себя индивидуальный опыт ощущения, восприятия и переживания тела; представления о своих внешних данных и физических качествах; установки на восприятие собственного тела; эмоционально-ценностное отношение к своему телу. В исследованиях И. В. Поставневой выявлено, что восприятие детьми с физическими дефектами своего тела и его частей опосредуется специфическим отношением окружающих к дефекту, который имеет ребенок[9]. Результатом таких оценок и опыта использования дефектных частей тела является формирование у ребенка установок на восприятие своего тела и отношение к нему. У значительного числа детей с физическими дефектами средней и тяжелой степени выявлена установка на восприятие своего тела как слабого, беспомощного. У всех детей с физическими дефектами, как и у их здоровых сверстников, выявлена установка на оценку своего тела как соответствующего половой идентификации мальчика или девочки:

- а) на уровне психологических составляющих – низким уровнем сформированности схемы тела; негативным телесным опытом; установкой на восприятие своего тела как слабого, немощного; эмоционально-положительным отношением ко всему телу и отрицательным к дефектной части тела;
- б) на феноменологическом уровне – пальцевой агнозией и нарушениями пространственной ориентации; несформированностью представ-

лений о пластических свойствах тела человека; деформированностью представлений о размерах и форме частей тела, прежде всего, дефектных; неадекватностью оценки своих физических возможностей, несформированностью представлений о функциях дефектной части тела и возможности ее компенсации; заниженными притязаниями на признание в сфере общения и избеганием этими детьми контактов, предполагающих актуализацию переживаний, связанных с их телесными особенностями [9; 14].

Рассматривая особенности телесности ребенка, страдающего ДЦП, в соответствии с уровнями и структурой телесности Р. Шонц предложил следующую схему уровней образа тела. Первый уровень – «схема тела», служащая основой восприятия тела как объекта в пространстве. Второй уровень – «телесное Я». Этот уровень образа тела отвечает за сохранение телесной самоидентичности. Третий уровень – «представление субъекта о своем теле». Телесное представление может не подчиняться рациональной логике, поскольку тело и его функции могут быть носителями нескольких значений и смыслов одновременно. Концепция тела, или формальное знание о теле и его функционировании, которое выражается с помощью общепринятых знаков и символов, образует четвертый уровень телесности. Отношение к своему телу, болезни распределено по всем указанным уровням.

По мнению Е. Т. Соколовой, «схема тела обеспечивает представление о локализации стимулов на поверхности тела, об ориентации тела в пространстве и положении частей тела относительно друг друга. Схема тела стабильна и нарушается только при таких глубоких воздействиях, как повреждения мозга, нарушение иннервации и действие фармакологических препаратов». Калижнюк Э. С. отмечает, что среди механизмов патологического формирования личности у лиц с физическими дефектами ведущая роль принадлежит реакции личности на дефект, осознанию физической неполноценности. Трудности в удовлетворении коммуникативных потребностей из-за двигательных и речевых нарушений порождают у подростков психологическую напряженность, неудовлетворенность собой, социально-психологическую дезадаптацию [1].

В исследованиях структуры «Я- концепции» подростков с ДЦП выявлено, что наибольшую значимость в «Я-концепции» подростков с церебральным параличом имеют особенности их физического облика, отличающего их от сверстников, и выраженность напряжения и беспокойства в сфере эмоциональных проявлений. Представление о себе и самосознание подростков тесно сопряжены с имеющимся недугом и психологиче-

ской реакцией на него. Болезненное состояние, имеющее явные внешние проявления, опосредуясь через восприятие собственных физических недостатков внешности, находит свое отражение в «Я-концепции» [14].

Как известно, Я-концепция – это совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой. Инвалидность может усложнить восприятие человека окружающими, из-за этого он связанные с нарушением движений связанные с повреждением мозга из-за длительной госпитализации из-за социально-эмоциональных проблем в связи с физическим дефектом может почувствовать недостаток позитивной оценки, как следствие развивается негативный образ Я.

По отношению к дефекту и оценке своих возможностей детей ДЦП условно можно разделить на две группы:

1. Дети осознают, что у них тяжелое заболевание, не позволяющее им овладеть речевыми и двигательными навыками в той мере, в какой это делают их здоровые сверстники. Такие дети отчетливо понимают, что их успешное развитие зависит от их настойчивости. Их отличает адекватная оценка достигнутых успехов.

2. Дети ясно осознают тяжесть своего заболевания, но крайне негативны и не стремятся преодолеть свой недуг. Для включения их в активную деятельность требуется участие взрослых, формирование мотивации и интереса к коррекционным занятиям [11].

Особенности внутренней картины болезни (ВКБ) у детей с ДЦП в связи с особенностями эмоциональных отношений могут возникнуть три основных типа ВКБ:

1. Гипонозогностический – эмоциональная недооценка симптомов, игнорирование болезни, отсутствие беспокойства по поводу своего состояния, завышение ожидаемых результатов лечения.

2. Гипернозогностический – избыточная эмоциональная напряженность связанных с болезнью переживаний, преувеличение тяжести проявлений заболевания, неверие в успешность лечения.

3. Прагматический – стремление к реальной оценке заболевания и его прогноза, постоянный контакт с врачом и желание выполнять его рекомендации.

– неустойчивость эмоционального тонуса, повышенная (реже пониженная) эмоциональная возбудимость, частые перепады настроения; повышенная тревожность, склонность к страхам;

– невротизация в различных формах, преимущественно с доминированием астенической или депрессивно-ипохондрической симптоматики;

- снижение толерантности к фрустрациям, склонность к агрессивным реакциям или аутизму;
- психопатоподобные варианты развития личности и тенденции к асоциальному поведению [8].

Достаточное интеллектуальное развитие у таких детей 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 к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации.

Часто у детей с ДЦП наблюдаются психологические особенности, не относящиеся непосредственно к патопсихологии, но способные существенно препятствовать успешной социальной интеграции детей. Среди них отмечают низкий уровень самокритики, неадекватные, часто завышенные самооценку и уровень притязаний; недостаточное усвоение коммуникативных навыков; своеобразное, избирательное принятие социальных норм и правил поведения, отрицание многих из них; недостаточную социальную опосредованность ценностных ориентаций и ведущих мотивов, общий социальный инфантилизм; узость круга интересов, «размытость» иерархии структуры мотивов [2; 4; 15].

Таким образом, развитие личности у детей с ДЦП в большинстве случаев проходит весьма своеобразно, хотя и по тем же законам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Специфика развития личности детей с ДЦП определяется как биологическими факторами, так и факторами социальными. Развитие ребенка в условиях болезни, а также неблагоприятные социальные условия негативно сказываются на формировании всех сторон личности ребенка, страдающего детским церебральным параличом.

Своевременное внедрение систем психологической помощи, коррекционного воспитания и обучения, программ психологической поддержки

семьи, формирующие у ребенка чувства своей нужности и полезности, препятствует возникновению личностных образований, связанных с ощущением своей физической неполноценности.

Литература

1. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев, 1987.
2. Козьякин В. И., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Львов, 1999.
3. Крыжко Е. В. Влияние психологической коррекции на личность подростков с церебральным параличом // Известия Уральского отделения РАО. Приложение № 3. Образование и наука. 2007. С. 37-40.
4. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: Академия, 2003.
5. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2006.
6. Левченко И. Ю., Ткачева В. В., Приходько О. Г., Гусейнова А. А. Детский церебральный паралич. Дошкольный возраст. М., 2008.
7. Левченко И. Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича: Сб. науч. тр. М., 1991. С. 21-44.
8. Павлова О. С. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учебно-методическое пособие. Оренбург, 2012.
9. Поставнева И. В. Особенности образа тела у детей с физическими дефектами (по материалам работы с детьми 6 лет): автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1996.
10. Сараева Н. М. Различия в волевой активности подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Дефектология. 1980. № 2.
11. Симонова Т. Н., Симонов В. Г. Развитие познавательной и эмоционально-личностной сферы дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями // Вестник ТГУ. 2009. №9(77). С. 343-348.
12. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина. 1974.
13. Филатова М. В. Воспитание и обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб.-метод. пособие. Тула, 2010.
14. Тимофеева И. В. Образ тела как компонент «Я-концепции» личности детей с детским церебральным параличом // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2011. №4.
15. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич. СПб., 2001.

Глава III

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЦП

3.1. Психолого-педагогическая диагностика детей с ДЦП

Клинико-психолого-педагогическое обследование детей с ДЦП является чрезвычайно сложной деятельностью специалиста. Это обусловлено тяжелой двигательной патологией, а также наличием у большинства детей сопутствующих интеллектуальных, речевых и сенсорных нарушений.

Клиническое обследование является неотъемлемым компонентом комплексного изучения ребенка с ДЦП. Именно на основании клинического обследования определяется клинический диагноз ребенка [11].

ДЦП является, в первую очередь, описательным термином, в связи с этим для постановки диагноза ДЦП, как правило, достаточно проявлений специфических непрогрессирующих двигательных нарушений, которые обычно становятся заметны в начальную резидуальную стадию и наличия одного или нескольких факторов риска и осложнений в перинатальном периоде. Однако большой спектр дифференциальных диагнозов ДЦП и высокий риск пропуска наследственных заболеваний (в том числе, имеющих патогенетическое лечение), особенно у детей раннего возраста, требует тщательного диагностического поиска при любых отличиях клинических симптомов и анамнеза от «классической» картины ДЦП. К «настораживающим» факторам можно отнести: отсутствие у пациента перинатальных факторов риска, прогрессирование заболевания, утрату ранее приобретенных навыков, неоднократные случаи «ДЦП» или ранние смерти детей в семье без установленной причины, множественные аномалии развития у ребенка. В этом случае требуется обязательное нейровизуализационное обследование (МРТ головного мозга), консультация генетика с последующим проведением дополнительных лабораторных тестов. При наличии гемипареза, признаков локального инсульта показано исследование факторов свёртывающей системы крови, в том числе полиморфизма генов коагуляции. Все пациенты с ДЦП требуют обследования на предмет наличия нарушений зрения и слуха, задержки психи-

ческого и речевого развития, оценки нутритивного статуса. Исключение наследственных метаболических заболеваний, помимо специализированных биохимических тестов, подразумевает визуализацию внутренних органов (ультразвуковое исследование, МРТ внутренних органов, по показаниям). При преобладании в клинической картине симптомокомплекса «вялого ребенка» («распластанная» поза, снижение сопротивления в суставах при пассивных движениях, увеличение амплитуды движений в суставах, задержка моторного развития) следует проводить тщательную дифференциальную диагностику ДЦП с наследственными нервно-мышечными заболеваниями.

Алгоритм первичного обследования пациента с ДЦП представлен на рис. 1 (по Т. М. O'Sheaetal (2008) с дополнениями).

Примеры диагнозов:

Детский церебральный паралич: спастическая диплегия.

Детский церебральный паралич: спастический правосторонний гемипарез.

Детский церебральный паралич: дискинетическая форма, хорео-атетоз.

Детский церебральный паралич: атаксическая форма.

На ранней стадии развития ДЦП (до 4 месяцев, согласно классификации К. А. Семеновой) диагноз не всегда очевиден, однако наличие отягощённого перинатального анамнеза, задержка психомоторного развития ребёнка являются показаниями к целенаправленному наблюдению ребёнка педиатром и неврологом. Оказание помощи новорожденным, угрожаемым по развитию ДЦП, начинается в роддоме и продолжает на 2 этапе – в специализированных отделениях при детских больницах, и на 3 этапе – амбулаторно при детских поликлиниках под наблюдением педиатра, невролога и врачей-специалистов (ортопеда, офтальмолога и др.). Первичное обследование пациента с ДЦП и дальнейшее лечение могут проводиться в условиях стационара, дневного стационара и амбулаторно в детской поликлинике, что определяется степенью тяжести общего состояния пациента. Дополнительным этапом восстановительного лечения при ДЦП является направление пациентов в учреждения санаторного профиля. Продолжительность непрерывного пребывания ребенка с ДЦП в лечебном учреждении зависит от тяжести двигательных нарушений и сопутствующей патологии. Важным является не только проведение курсов комплексного восстановительного лечения в условиях медицинского учреждения, но и выполнение рекомендаций относительно уровня и ха-

рактера физических нагрузок, использования технических средств реабилитации в домашних условиях. Ключевыми принципами оказания помощи при ДЦП является ее раннее начало, непрерывность и преемственность всех этапов реабилитации, мультидисциплинарный подход.

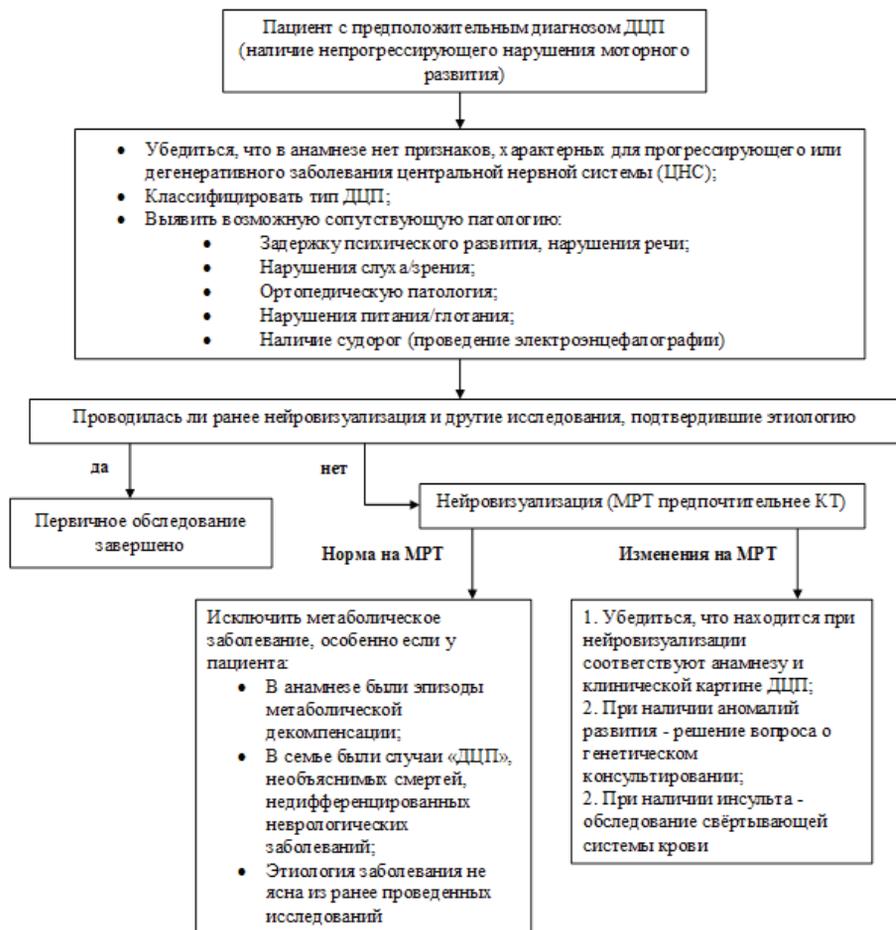


Рис. 1. Алгоритм первичного обследования пациента с ДЦП

В процессе психолого-педагогической диагностики детей и подростков с ДЦП необходимо соблюдать ряд основных принципов [3]:

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 сохраненные 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.

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.

Предъявляемые ребенку задания должны быть не только адекватны его хронологическому возрасту, но и уровню его сенсорного, моторного и интеллектуального развития. Сам процесс обследования необходимо проводить в форме игровой деятельности, доступной ребенку. Особое внимание следует обратить на двигательные возможности ребенка с ДЦП. Учет физических возможностей 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 подводят к животу, руки сгибают в локтевых суставах и скрещивают на груди). Затем производят несколько качательных движений по продольной оси тела. После этого тонус мышц значительно уменьшается, и ребенок укладывается на спину. При помощи специальных приспособлений (валиков, мешков с песком, резиновых кругов, поясов и т.д.) ребенок фиксируется в этом положении. При выраженности непроизвольных лишних движений – гиперкинезов, которые мешают захвату игрушки, перед началом обследования рекомендуется провести специальные упражнения, способствующие уменьшению гиперкинезов.

При оценке двигательных возможностей ребенка, для развития его познавательной деятельности необходимо учитывать состояние моторики не только в момент обследования, но следует 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.

Второе важное направление в психологической диагностике дошкольников с ДЦП – это оценка их сенсорно-перцептивных функций.

Для исследования зрительного восприятия у ребенка с церебральным параличом ему показывают яркую блестящую игрушку, которая помещается в поле его зрения, что дает возможность для длительной

фиксации на ней взгляда, возможность 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.

Слуховое восприятие у детей с ДЦП подробно изучается, особенно в тех случаях, когда ребенок не понимает или ограниченно воспринимает обращенную речь. Проверяется состояние ориентировочного слухового рефлекса, возможность локализации звука в пространстве. Для этого ребенку предлагается указать жестом или взглядом на спрятанный звучащий предмет. Если есть подозрение на нарушение у ребенка слуха, ему необходимо обследование сурдолога.

Задачи психолого-педагогического изучения детей с ДЦП определяются возрастным этапом.

При диагностике психических функций при ДЦП необходимо особое внимание уделять детям раннего возраста. Рекомендации по изучению и оценке психического развития детей раннего возраста представлены в работах Е. А. Стребелевой, Е. М. Мастюковой, О. В. Баженовой.

Исследование предметной деятельности ребенка раннего возраста направлено на изучение особенностей его участия в совместной деятельности, характеристик подражательной и самостоятельной деятельности.

Выбор методического инструментария во многом зависит от возможностей обследуемого ребенка выполнять те или иные тестовые задания. До 3–4 лет обследование основывается на методах фиксированного наблюдения в естественных или экспериментально смоделированных ситуациях.

При обследовании детей старше 3–4 лет используются экспериментально-психологические методики (С. Д. Забрамная, Е. А. Стребелева и др.), направленные на выявление нарушений в формировании восприятия, пространственных и временных представлений, различных видов мышления. Тестовые задания даются в устной форме и проводятся индивидуально. Учитывая повышенную истощаемость детей, следует внимательно относиться к «дозированию» тестовых нагрузок. Как правило, до 5–7 лет длительность разового обследования не должна превышать 20–30 минут.

При проведении психолого-педагогического изучения детей первых 3–4 лет жизни, страдающих церебральным параличом, необходимо учитывать (И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько):

- Соответствие уровня выполняемых ребенком заданий его возрасту, двигательным возможностям и степени сохранности анализаторов. Возможности обучения ребенка, показателями которых являются темп приобретения навыков и количество упражнений, необходимое в процессе обучения.

- Характер помощи взрослого и возможность ее использования.
- Способность к самостоятельному выполнению заданий.
- Отношение больного ребенка к заданию, его активность.
- Возможность частично приспособиться к двигательному дефекту.
- Использование неречевых средств коммуникации (движений глаз, мимики, жестов).
- Устойчивость внимания.

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.

В схему обследования детей дошкольного возраста рекомендуется включать задания на изучение всех видов восприятия, конструирования, пространственных и временных представлений, графических навыков, а также (в школьном возрасте) навыков чтения, письма, счета.

В раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте особого внимания, в связи с организацией коррекционной работы, требуют особенности формирования познавательной деятельности.

При исследовании зрительного и слухового восприятия необходимо выявить, имеется ли у ребенка диссоциация в реагировании на зрительные и слуховые раздражители. Если это присутствует, то возможно нарушение сенсорной функции. Если же ребенок слабо реагирует на оба раздражителя, то это может быть связано с нарушением познавательной активности, что наблюдается у детей с задержкой в развитии или с психическим недоразвитием.

Для определения уровня перцептивного и умственного развития у детей с ДЦП дошкольного возраста используются различные диагностические методики, широко применяемые в отечественной и зарубежной психологии.

Учитывая тормозящую роль сенсорных дефектов в умственном развитии детей с ДЦП, при психологическом обследовании основное внимание следует обратить на уровень развития сенсорно-перцептивной деятельности. На первых этапах рекомендуется исследовать особенности зрительного восприятия: восприятия формы, цвета, величины и пространственных отношений предметов; уровень развития осязательного восприятия предметов: формы, фактуры, веса; уровень сформированности конструктивных и графических навыков и умений. В обследование необходимо включить изучение процессов анализа, синтеза и обобщений предметов, а также уровень 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. И методики должны быть построены в соответствии с этими особенностями.

Важность диагностики эмоциональной сферы дошкольников определяется особой и дифференцированной ролью эмоций в формировании познавательных процессов, организацией поведения и социальной адаптацией на этом этапе развития. Диагностика эмоционального развития ребенка и выявление отклонений в эмоциональной сфере необходимы перед поступлением ребенка в школу для своевременной коррекции и предотвращения возможных стрессов и срывов в поведении и здоровье.

Психологическая диагностика эмоциональных расстройств у детей с ДЦП требует тщательного дифференцированного подхода к этой проблеме.

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.

Для оценки интеллекта и интеллектуальных функций при ДЦП могут быть использованы: тест Векслера; тест Равена; 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, теп-

пинг-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.).

В подростковом и юношеском возрасте нарушения познавательной деятельности отходят на второй план и выявляются лишь при направленном нейропсихологическом исследовании, однако часто затрудняют процесс обучения и овладения трудовыми навыками, поэтому должны учитываться при определении трудового прогноза и выработке рекомендаций. Первостепенное значение в этом возрасте обретает изучение личностных особенностей больных ДЦП и их профессиональных намерений как определяющих потенциал социально-трудовой адаптации.

Оценку особенностей личности и эмоционально-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.

Часто в работе с детьми с ДЦП встает вопрос дифференциальной диагностики сходных состояний.

У детей, страдающих ДЦП, выделяются многообразные, но типичные феноменологические особенности развития:

- нарушения психомоторных функций, крупной и мелкой моторики;
- нарушения речевых функций, экспрессивной и импрессивной речи;
- нарушения сенсорно-перцептивных функций с существенными затруднениями пространственной ориентации;
- нарушения памяти и внимания, особенно их произвольных (активных) форм;
- разнообразные нарушения вербального и невербального мышления, особенно процессов обобщения и абстрагирования, индуктивного,

концептуального, пространственного, практического математического мышления;

- «заторможенность» умственной деятельности, повышенная ее истощаемость, крайне неустойчивая динамика продуктивности;
- неустойчивость эмоционального тонуса, повышенная (реже пониженная) эмоциональная возбудимость, частые перепады настроения;
- повышенная тревожность, склонность к страхам;
- невротизация в различных формах, преимущественно с доминированием астенической или депрессивно-ипохондрической симптоматики;
- снижение толерантности к фрустрациям, склонность к агрессивным реакциям или аутизму;
- психопатоподобные варианты развития личности и тенденции к асоциальному поведению.

Наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика у дошкольников с ДЦП легкой умственной отсталости и ЗПР, а также дифференциация умственно отсталых детей по степени тяжести интеллектуального дефекта. Специалисты отмечают, что у большинства детей предпосылки к развитию высших форм мышления первично сохранены, но нарушения движений, слуха, речи, выраженность астенических проявлений, низкий запас знаний вследствие социальной депривации маскируют их возможности и это ведет к гипердиагностике умственной отсталости.

Унифицированной системы дифференциальной диагностики детей с ДЦП к настоящему времени не разработано, что объясняется слишком большим числом факторов, которые необходимо учитывать. Поэтому наиболее эффективной и объективной признается диагностика, основанная на длительном наблюдении в сочетании с экспериментальными исследованиями отдельных функций и изучением темпа приобретения новых знаний и навыков. Такой подход требует больших затрат времени и высокой квалификации специалистов.

Основной задачей дифференциальной диагностики является квалификация нарушения в развитии с отнесением данного конкретного случая к определенному варианту дизонтогенеза и педагогической группе.

Помимо основной задачи дифференциальная диагностика решает следующие задачи:

- отграничение друг от друга сходных состояний аномального развития различного генеза;
- выяснение первичности или вторичности конкретного отклонения в развитии;

- изучение атипичного протекания дизонтогенеза;
- определение роли различных дефектов при сложных, комплексных отклонениях;
- выявление связи между дизонтогенетическими (признаками нарушенного развития) и энцефалопатическими (повреждение мозговых структур) расстройствами.

И. И. Мамайчук и ее коллеги предлагают следующую диагностическую технологию в работе с детьми с ДЦП [4,5].

Клинико-психологическое обследование детей раннего возраста с церебральным параличом.

Авторы отмечают, что 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 (Ж. Пиаже, А. В. Запорожец). Перцептивное действие осуществляется при помощи сенсорно-двигательной интеграции. Примером перцептивного действия может быть рассмотрение 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 (Мамайчук И. И., 1978). 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 все этапы развития зрительных функций.

У многих детей с церебральным параличом отсутствует активность при зрительном восприятии предметов. Ребенок не ищет глазами спрятанный 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-х месяцев жизни. Кроме того, 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.

Наряду с указанными наиболее простыми зрительными функциями исследуют возможность узнавания знакомых игрушек, картинок (1–2 года), возможность сличения цветов (2–3 года). Исследование возможности сличения цветов проводится в виде обучающего эксперимента. Проводится занятие по подбору шариков по цвету.

Проведение занятия: 6–8 шариков одинакового размера, окрашенных в два цвета, складываются в общую коробку. На стол помещаются две пластмассовые тарелочки таких же цветов, как шарики.

Специалист на глазах у ребенка берет красный шарик, кладет его в красную тарелку, затем дает синий шарик ребенку и просит положить его в соответствующую по цвету тарелку. Ребенок с тяжелым двигательным поражением взглядом указывает тарелку, куда надо положить шарик соответствующего цвета. Постепенно задание усложняется: увеличивается количество предъявляемых ребенку цветов. При оценке результатов учитывается объем оказанной ребенку помощи.

У детей, начиная с 3–4 летнего возраста, исследуют особенности восприятия объемного предмета и его соотнесения с плоским изображением. Для этого используют яркие игрушки и такие же картинки: ложка, ботинки, мячик, собака, яблоко. Ребенок рассматривает игрушки и при предъявлении 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 обследуется, особенно в тех случаях, когда ребенок не понимает или ограниченно понимает обращенную речь. Если есть подозрение на нарушение слуха у ребенка, 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 является выражением 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 наблюдается у детей с задержкой в развитии или с психическим недоразвитием.

Психолого-педагогическая диагностика детей дошкольного возраста с церебральным параличом

Для определения уровня перцептивного и умственного развития у детей с ДЦП дошкольного возраста используются различные диагностические методики, широко применяемые в отечественной и зарубежной психологии.

Учитывая тормозящую роль сенсорных дефектов 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 осязательного восприятия предметов: формы, фактуры, веса; уровень сформированности конструктивных и графических навыков и умений. Обязательно в обследовании необходимо включить изучение процессов анализа, синтеза и обобщений предметов, а также уровень 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 дошкольника с ДЦП.

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.

Обстановка обследования: в процессе обследования ребенок должен чувствовать доброжелательное отношение к нему. Не рекомендуется выставлять ребенку сразу все игрушки. Чтобы вызвать у ребенка интерес

к занятию, можно предложить ему привлекательную игрушку, например, красивую пирамидку, матрешку или доску с цветными шарами. Во время свободной игры ребенка психолог фиксирует следующие моменты:

- как проявляет ребенок интерес к игрушкам;
- как длительно ими занимается;
- правильно ли ребенок использует игрушку.

После наблюдения за ребенком ему предлагаются следующие задания:

1) 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 пятибалльной системе в зависимости от сложности задания и способов их выполнения.

Шкала оценок:

0 – хаотично располагает геометрические фигуры на доске Сегена без учета их формы.

1 – правильно соотносит две контрастные фигуры (квадрат и круг), но не называет их.

2 – правильно соотносит четыре фигуры (квадрат, круг, треугольник, овал), но затрудняется в их названии.

3 – правильно соотносит все фигуры на доске Сегена и знает название двух фигур (например, квадрата и круга).

4 – правильно называет четыре фигуры и соотносит все фигуры на доске Сегена.

5 – правильно соотносит все фигуры и знает названия шести фигур (квадрат, круг, треугольник, овал, ромб, прямоугольник).

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 четырех-пяти 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.

2) Восприятие цвета предметов.

Психолог предлагает ребенку расположить цветные шары или кубики на доске, разделенной на четыре части соответственно основным цветам: красный, синий, желтый, зеленый.

Шкала оценок:

0 – хаотично располагает шары на доске без учета их цвета.

1 – правильно соотносит на доске шары одного или двух цветов.

2 – правильно соотносит с местом на доске четыре основных цвета, но путает их названия.

3 – правильно располагает на доске шары по цвету и знает названия двух цветов.

4 – правильно располагает на доске шары по цвету и правильно называет все четыре цвета.

5 – правильно называет шесть цветов и оттенков: красный, синий, желтый, голубой, коричневый, розовый, оранжевый.

Здоровые дети уже в трехлетнем возрасте успешно справляются с заданиями на соотнесение цветов, в четырехлетнем возрасте знают названия основных четырех цветов, к концу дошкольного возраста знают названия оттенков. 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.

3) 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 цилиндрики разной величины.

Шкала оценок:

0 – Хаотично манипулирует с двухсоставной матрешкой, неправильно соотносит части по величине.

1 – Различает два контрастных по величине предмета и правильно называет их (собирает двухсоставную матрешку и называет: большая и маленькая).

2 – Собирает трехсоставную матрешку и правильно называет большую, маленькую и самую маленькую.

3 – Правильно, с первой попытки, соотносит с местом десять цилиндров или плоских предметов по диаметру

4 – Правильно, с первой попытки, соотносит цилиндрики по толщине, называет самый толстый и самый тонкий.

5 – Правильно соотносит цилиндрики только по высоте или составляет сериационный ряд из палочек в возрастающем порядке.

Выполнение этих заданий не вызывает особых затруднений у здоровых дошкольников с четырехлетнего возраста. Однако соотнесение

цилиндриков только по высоте или палочек по длине, где исключается контроль правильности выполнения заданий, вызывает еще некоторые затруднения у здоровых дошкольников в пятилетнем возрасте. Различение контрастных предметов по величине (первое и второе задания) не вызывает особых трудностей у детей с ДЦП с сохранным интеллектом. Но при соотнесении предметов с местом с учетом величины (третье и др. задания) у большинства детей отмечается хаотичный, беспланный способ работы, они правильно соотносят только контрастные величины. Однако при дополнительной инструкции: «Возьми самый большой цилиндр и поставь его в самое большое отверстие» дети с заданием справлялись и успешно переносили усвоенный способ работы на выполнение следующих заданий. Дети с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием затруднялись в выполнении даже первых заданий, хаотично манипулировали с предметами.

Исследование особенностей осязательного восприятия у дошкольников с церебральным параличом рекомендуется начинать с игры в «волшебный мешочек». Психолог должен ориентироваться не только на правильное называние ребенком осязаемой фигуры, но и на способы ее обследования, поэтому можно использовать в процессе исследований особенностей осязания специальную ширму.

Набор фигур для осязания состоит из следующих предметов: набор объемных деревянных предметов (яйцо, катушка, груша, бутылка, гриб, кольцо и т.д.); набор геометрических фигур одинаковой фактуры (куб, квадрат, шар, круг, треугольник, цилиндр и т.д.); и 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 (отождествить) предмет со знакомыми ему бытовыми объектами. Кроме того, необходимо следить за движениями рук ребенка в процессе осязания.

Шкалы оценок:

А. Словесное обозначение объектов.

0 – не называет предмет или дает ему неправильное название.

1 – называет правильно отдельные части фигуры (например, у осязаемой катушки выделяет в слове круги; у гриба – шляпку; у пирамидки – кольца и т.д.).

2 – отождествляет фигуру со знакомыми в быту предметами (например, катушку называет «ниткой», кольцо – «дыркой» и т.д.).

3 – правильно называет предъявленную фигуру.

Б. Способы гаптического обследования предложенных объектов.

0 – ребенок при первом соприкосновении с фигурой, предложенной ему, манипулирует с ней в виде постукиваний, катаний по столу, перекалываний из рук в руки и т.д.

1 – держит фигуру неподвижно, не производит никаких обследовательских действий.

2 – производит ощупывающие движения ладонной поверхностью руки или всеми пальцами.

3 – указательным пальцем правой или левой руки движет по контуру фигуры, вторая рука ее удерживает.

Анализ способов осязания предметов ребенком позволяет психологу выявить уровень развития перцептивных действий. Перцептивное действие (действие восприятия) осуществляется при помощи сенсорно-двигательной интеграции, а при ее недоразвитии у детей с ДЦП наблюдаются затруднения в соотнесении частей воспринимаемого предмета в целостный образ.

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 фигур на плоскости из цветных кубиков с выкрашенными в разные цвета сторонами;

в) задания по конструированию по методике Косса (используются пять первых вариантов этой методики: двухцветные кубики).

Шкалы оценок:

А. Конструирование объемных построек из кубиков с помощью рисунка-образца.

1 – строит дорожку из трех кубиков, ориентируясь по двум цветам (например, красный и желтый).

2 – строит «двухэтажную башню» из трех кубиков соответственно двум цветам (например, красный и желтый).

3 – строит «трехэтажную башню» из семи цветных кубиков.

4 – строит «трехэтажную» постройку сложной конфигурации из кубиков четырех цветов.

5 – строит «четырёхэтажную» постройку из восьми четырехцветных кубиков.

Б. Выкладывание фигур на плоскости по образцу-рисунку.

1 – складывает четыре двухцветных кубика так, что на плоскости получается цветной квадрат, разделенный по цвету на четыре части.

2 – складывает из четырех кубиков квадрат, разделенный по цвету на две части.

3 – складывает из девяти кубиков квадрат, разделенный по цвету на три части.

4 – складывает четыре кубика так, что получается ромб.

В. Конструирование по методике Косса.

1 – складывает квадрат из четырех кубиков двух цветов с вписанным в него треугольником с образца-рисунка.

2 – складывает квадрат со вписанным треугольником, основанием кверху.

3 – складывает квадрат из четырех кубиков, разделенный на два равнобедренных треугольника.

4 – складывает квадрат из четырех кубиков, с вписанным в него ромбом.

5 – постройка сложного рисунка из девяти кубиков.

Выполнение этих заданий вызывает особые трудности у детей с церебральным параличом. Здоровые дошкольники 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. Это проявляется в отсутствии предварительной ориентировки в задании, в хаотичных манипуляциях, в стереотипных действиях со строительным материалом.

Исследование особенностей рисования.

Рисование детей рекомендуется оценивать по степени развития у ребенка графических умений и особенностей качества изображения фигур.

А. Графические умения.

О – ребенок не умеет правильно держать карандаш, наносит на бумагу неопределенные линии.

1 – умеет правильно держать карандаш и располагать руку при рисовании; проводит вертикальные и горизонтальные линии по опорным точкам.

2 – умеет регулировать движения в соответствии с задачей изображения: а) правильно регулирует силу нажима; б) амплитуду, в) изменяет темп рисовального движения.

3 – умеет изменять направление графических движений: проводит линии, образующие угол, не отрывая карандаша от бумаги, совершает дугообразные движения.

4 – графические движения соразмеряет с заданной длиной или высотой отрезка, рисует короткую или длинную линию по словесной инструкции по образцу.

5 – движения соразмеряет с высотой и формой заданных изображений предметов, рисует прямоугольники с образца-рисунка, большой и маленький круг и квадрат по словесной инструкции и по образцу.

Б. Качество изображения фигур.

0 – изображение отсутствует или проводятся линии и точки, не имеющие сходства с объектом.

1 – изображение напоминает символический рисунок, имеющий отдельные элементы, сходные с объектом.

2 – в рисунке передается строение основной формы образца, но без некоторых существенных элементов.

3 – в рисунке достаточно верно и полно воспроизводится строение основной формы и дополнительных деталей образца, но не учитывается размер фигуры.

4 – изображение с сохранением размера заданной фигуры.

5 – изображение с сохранением размера и объема заданной фигуры.

Здоровые дошкольники успешно справляются с первыми тремя заданиями, отображение в рисунках размера фигур еще вызывает у них некоторые затруднения. Рисунки детей с церебральным параличом существенно отличаются от рисунков их здоровых сверстников как по качеству изображений, так и по технике. Даже к концу дошкольного возраста рисунки детей с ДЦП с сохраненным интеллектом могут находиться на уровне символического изображения фигуры и ее частей.

Исследование мыслительных процессов.

При исследовании у детей уровня обобщений используется методика 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 не подходит к остальным трем. Психолог отмечает, как ребенок принимает задание, на какой признак предмета ориентируется: цвет, форму, величину

и т.д., а также как ребенок словесно обозначает три объединенных в одну группу предмета.

Шкала оценок:

0 – не понимает инструкции, хаотично выбирает любую картинку.

1 – ориентируется на несущественный признак предмета. Например, на картинке, где нарисованы яблоко, слива, шар, груша – исключает грушу, так как она не округлой формы.

2 – ориентируется на существенный признак предмета, но не может дать правильное объяснение.

3 – ориентируется на существенный признак предмета и правильно объясняет свой выбор.

Классификация предметных картинок.

Метод предметных классификаций позволяет выявить не только особенности обобщения и абстрагирования, но также особенности внимания, памяти, личностных реакций на свои достижения и неудачи.

Перед началом занятия психолог кладет перед ребенком 6–7 предметных картинок и предлагает ему положить вместе те, которые друг к другу подходят. На трех карточках этого набора изображены животные, на двух одежда, а на одной посуда. Если ребенок успешно справился с заданием, рекомендуется добавить еще десять-пятнадцать карточек, подходящих к тем же группам. Психолог фиксирует, как ребенок принимает задание, адекватно ли его выполняет и какова обучаемость ребенка. Это задание рекомендуется давать детям не раньше пятилетнего возраста.

Шкала оценок:

0 – хаотично манипулирует с предметными картинками, не понимает инструкции.

1 – принимает инструкцию, самостоятельно раскладывает картинки в две группы, например, животных или транспорт.

2 – самостоятельно раскладывает картинки на четыре группы: животные, машины, инструменты, овощи, но затрудняется в назывании некоторых групп.

3 – самостоятельно раскладывает картинки на пять групп и правильно называет каждую из них.

В начале занятия дети могут классифицировать картинки неадекватно, но после двух-трех дополнительных инструкций должны провести обобщение по существенному признаку.

Особое место в структуре задержки умственного развития 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?».

Кроме описанных выше диагностических приемов рекомендуется широкое использование психодиагностических методов, разработанных для обследования детей с аномалиями в развитии (С. Я. Рубинштейн, В. И. Лубовской и др.).

Наиболее важной и сложной частью дифференциальной диагностики является интерпретация выполнения детьми заданий, их ответов: системный подход и приоритет качественного анализа психодиагностических данных, т.к. методики, предполагающие чисто количественную оценку результатов не являются достоверными в психодиагностике детей, представляющих разные категории отклоняющегося развития.

Квалифицированная оценка требует создания конкретной системы координат – критериев или параметров. Исследователями, разрабатывающими вопросы психодиагностики отклоняющегося развития, предлагаются различные параметры оценки выполнения детьми диагностических заданий:

Авторы	Параметры
С. Д. Забрамная	1) Эмоциональная реакция ребенка на сам факт обследования 2) Понимание инструкции и цели задания 3) Характер деятельности 4) Реакция на результат работы

В. И. Лубовский, И. А. Коробейников	1) Особенности аффективно-личностной сферы 2) Особенности работоспособности 3) Общая характеристика деятельности 4) Частные показатели интеллектуально-мнестической деятельности
Н. Я. и М. М. Семаго	1) Адекватность поведения 2) Критичность 3) Обучаемость
В. И. Лубовский	1) Определяющие нарушения, связанные с первичным дефектом 2) Речевое развитие 3) Мыслительная деятельность 4) Обучаемость
О. Н. Усанова	1) Принятие задачи 2) Понимание инструкции 3) Возможность самостоятельного выполнения заданий и поиска способов действий 4) Результативность выполнения задания и возможность коррекции ошибок

Рассмотрим подробнее предлагаемые разными авторами параметры оценки:

С. Д. Забрамная считает обязательным учитывать в ходе обследования четыре показателя:

1) *Эмоциональная реакция ребенка на сам факт обследования (волнение)* – естественная реакция на новую обстановку, незнакомых людей). Должна настораживать чрезмерная веселость, фамильярность в отношениях с психологом, неадекватность общения.

2) *Понимание инструкции и цели задания.* Выслушивает ли ребенок инструкцию до конца, делает ли попытки понять ее, прежде чем приступить к работе, какого рода инструкция понятна ребенку: устная или устная с наглядным показом и т.д.

3) *Характер деятельности.* Наличие и стойкость интереса к заданию, целенаправленность деятельности, умение доводить дело до конца, рациональность и адекватность способов действий, сосредоточенность в процессе работы. Учитывается общая работоспособность, наличие самоконтроля, саморегуляции. Одним из важных показателей является возможность использовать помощь: чем более выражена эта возможность, тем выше обучаемость ребенка. Показателем обучаемости является и перенос показанного ребенку способа деятельности на аналогичное задание.

4) *Реакция на результат работы*. Правильная оценка своей деятельности, адекватная эмоциональная реакция (радость при успехе, огорчение или неудаче) свидетельствуют о понимании ребенком ситуации.

В. И. Лубовский и И. А. Коробейников выделяют четыре параметра качественно-количественной оценки результатов деятельности детей:

1) *Особенности аффективно-личностной сферы* – контакт, интерес, аффективный компонент продуктивности, активность, критика.

2) *Особенности работоспособности* – динамика продуктивности, истощаемость, переключаемость, внимание.

3) *Общая характеристика деятельности* – наличие ориентировочной части, понимание обращенной речи, вербализация, целенаправленность.

4) *Частные показатели интеллектуально-мнестической деятельности* – непосредственная кратковременная и долговременная память, качество опосредованного запоминания, доступность опосредования, динамика обучения и качество переноса (обучающий эксперимент), конструктивный праксис, логические построения, простые и усложненные обобщения, анализ несообразностей.

По каждому из показателей начисляются соответствующие баллы, которые затем суммируются по группам. Перечисленные параметры выделены, главным образом, для старшего дошкольного возраста и в целях дифференциации нарушений развития в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, но являются также существенными для анализа и близких к дошкольному возрастным этапам развития, тем более, что хронологический возраст не всегда соответствует уровню развития.

Н. Я. и М. М. Семаго в качестве параметров оценки выделяют следующие:

1) Адекватность поведения в процессе исследования.

2) Критичность по отношению к результатам, успешности решения диагностических задач, собственному поведению.

3) Обучаемость как основной педагогический критерий.

В. И. Лубовский отмечает, что оценка результатов психодиагностического обследования должна быть в целом независимой от вида и содержания тестовых заданий. Единственно важным условием он считает достаточно полный охват исследованием всех основных компонентов психологической структуры нарушенного развития.

1) Определяющих нарушений, связанных с первичным дефектом, – зрительного и слухового восприятия, психомоторики, двигательной активности и т.д.

- 2) Особенности речевого развития.
- 3) Особенности развития мыслительной деятельности.
- 4) Обучаемости – потенциальных возможностей усвоения нового (в том числе навыков решения новых интеллектуальных задач) и возможностей переноса усвоенного в новые условия.

Соотношение проявлений всех перечисленных компонентов и определяет, согласно В. И. Лубовскому, психологическую структуру и своеобразие каждой категории нарушенного развития.

Качественные различия – это всегда результат накопления количественных сдвигов, поэтому состояние той или иной функции все же требует определенной количественной оценки. В отличие от клинических и параклинических (физиологических) оценок нарушения зрительных или слуховых функций психологическая оценка должна быть относительной, т.е. выражаться не в каких-либо единицах или баллах, а в степенях или уровнях состояния функции – например, отсутствие недостаточности, слабо выраженная, средняя и грубая недостаточность. Что именно понимается под каждой из этих оценок, должно обязательно оговариваться для каждой из диагностируемых функций.

Для иллюстрации используем оценку состояния мыслительной деятельности и обучаемости ребенка (по В. И. Лубовскому).

Для надежной оценки необходимы данные, характеризующие три основных вида мышления: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое.

Нормальный уровень развития мышления ребенка с тем или иным отклонением в развитии характеризуется показателями, примерно соответствующими показателям нормально развивающегося ребенка того же возраста или несколько более низкими, прежде всего в словесно-логическом мышлении.

Как *легкая и средняя степени* нарушения оцениваются случаи, когда количество выполненных мыслительных заданий, даже при условии оказания ребенку помощи, на 25–30 % ниже показателей нормативного выполнения.

К *тяжелой степени* нарушения мыслительной деятельности относятся случаи невыполнения большинства заданий, несмотря на оказанную помощь.

При *грубых нарушениях* развития мышления и познавательной деятельности в целом очевидные трудности возникают уже при восприятии и усвоении инструкции.

Определяя уровень обучаемости, степень ее недостаточности, к *нормальному уровню* можно отнести все случаи, когда ребенок решает полностью самостоятельно 60–80 % мыслительных заданий разных видов, а с остальными справляется после оказания ему помощи, исключая форму прямой подсказки или демонстрации полного решения.

Средняя степень недостаточности – самостоятельное выполнение ребенком 30–50 % заданий и 60–80 % после одного – двух этапов помощи.

Как *грубая недостаточность* обучаемости оцениваются случаи, когда психолог вынужден оказывать помощь в наиболее развернутой форме, вплоть до демонстрации решения. В наиболее тяжелых случаях решение может не воспроизводиться и после его демонстрации.

Психолого-педагогическая оценка выполнения предложенных заданий может осуществляться и с позиций структурных компонентов деятельности, позитивных или негативных условий ее изменения.

О. Н. Усанова предлагает четыре основных параметра деятельности.

1) *Принятие задачи*. Имеется в виду согласие (точнее, намерение) ребенка выполнить задание. При этом имеет значение, какая форма задания (игровая или учебная) была принята и каково его отношение к человеку, проводящему обследование. Анализ того, какую задачу и как принял ребенок, необходимо учитывать в коррекционной работе с ним.

Непринятие задачи может быть связано:

– с негативным отношением ребенка к ситуации обследования (возникли трудности контакта, которые нужно преодолеть, прежде чем проводить обследование);

– с завышением требований к ребенку (может выполнить задание с игровой мотивировкой, но отказывается от него из-за отсутствия учебного мотива);

– с неадекватной оценкой степени трудности задания при сниженной самооценке, что может быть скорректировано стимулирующей помощью.

2. *Понимание инструкции* обеспечивает ребенку возможность ориентировки в задании. При анализе понимания ребенком инструкции складывается представление о его возможностях ориентироваться в задании, вычлняются причины возникших трудностей.

При сохранном слухе нарушения понимания инструкции могут объясняться:

– неустойчивостью слухового внимания (при стимулирующей и организующей помощи, обеспечивающей концентрацию внимания, это затруднение компенсируется);

- семантическими факторами (понимание невозможно или затруднено вследствие неувоенности значений слов);
- акустико-гностическими затруднениями (вследствие несформированности фонематического восприятия). Иногда эти трудности могут быть преодолены при изменении инструкции, замене лексических единиц. Увеличение громкости голоса психолога снижает понимание инструкции;
- акустико-мнестическими факторами (нарушение понимания связано с объемом воспринимаемой речевой информации). Компенсация возможна при сокращении объема для восприятия в единицу времени, при расчленении сложной инструкции на основные части или ее сокращении;
- несформированностью восприятия сложных смысловых схем речи (нарушение понимания связано с несформированностью грамматического строя речи).

3. *Возможности самостоятельного выполнения заданий и поиска способов действий.* Ее оценка раскрывает специфику исполнительской стороны деятельности, сам процесс решения задачи. Анализ выбираемых ребенком способов действий и того, как они применяются, позволяет сделать заключение о стратегии и тактике деятельности, оценить их адекватность поставленной задаче и возможности вариативности при изменении условий деятельности.

Дети с неустойчивой нейродинамикой могут выбрать правильную стратегию, но при выполнении отдельных операций действовать неадекватно или непродуктивно, допуская ошибки или удлиняя время выполнения.

При организующей помощи взрослого ребенок может изменить тактику выполнения задания, но через некоторое время отмечается инертность применения уже нового способа действия. Это говорит о том, что ребенок усваивает новые способы действия, но с трудом переключается с одного способа выполнения на другой.

Важным условием, влияющим на выполнение заданий, является использование *дозированной помощи психолога* в процессе эксперимента. Восприимчивость к помощи является чувствительным параметром, характеризующим уровень умственного развития. Особенно важный показатель – качество и мера помощи. Чем меньше эта помощь, тем выше чувствительность к ней и выше обучаемость. При оценке результата деятельности ребенка важно зарегистрировать не только возможности самостоятельного решения задач, но и то, какая помощь ребенку потребовалась, насколько велика она была.

Дозированная помощь взрослого может быть организована в форме «обучающих уроков». В этом случае в каждом из предлагаемых ребен-

ку заданий предусматриваются облегченные варианты, при этом количество помощи оценивается в баллах. Применение обучающего эксперимента дает возможность дифференцировать первичные и вторичные нарушения, определять, возможная ли и за счет каких функций компенсация дефекта.

4. При оценке *результативности выполнения задания и возможности коррекции ошибок* анализируются возможности ребенка по контролю собственной деятельности.

Снижение контроля за деятельностью сопровождается ошибками, которые при частичном правильном выполнении задания приводят к неправильному результату. Ошибки могут возникнуть на любом этапе деятельности, и оценка их характера, динамики и контролируемости ребенком дает ценные сведения для диагностики.

На разных этапах деятельности характер ошибок меняется. Ошибки планирования чаще всего встречаются у детей с недоразвитием лобных систем мозга, а ошибки выполнения конкретных операций (при сформированности общей стратегии деятельности) чаще наблюдается при незрелости задних отделов мозга.

При самостоятельной фиксации ошибок можно говорить не о сформированности планирования, а о наличии текущего контроля за деятельностью. Отсутствие фиксации ошибок указывает на несформированность такого контроля.

В результате сопоставления всех четырех параметров психолого-педагогической оценки выполнения обследуемым ребенком диагностических заданий выявляются психологические и нейропсихологические факторы, лежащие в основе психического развития при данной форме патологии.

Принцип качественного анализа данных, получаемых в процессе психодиагностики, был выдвинут в противовес количественному подходу, характерному для классического тестирования. Однако, замечает В. И. Лубовский, и этот принцип нуждается в дальнейшей конкретизации, поскольку сама проблема качественных показателей разработана совершенно недостаточно. Кроме того, и в целом не существуют, и, видимо, принципиально не могут быть созданы единые психологические методики, позволившие бы однозначно и качественно дифференцировать не только детей, относящихся к разным видам аномального развития, но и нормальное развитие от нарушенного.

С одной стороны, различия в способах выполнения заданий, способах действий наблюдаются как среди аномальных, так и среди нормально

развивающихся детей; с другой стороны, не все такие различия доступны для наблюдения. В большинстве случаев аномальные дети выполняют или отдельные задания хуже, или только некоторые из тех заданий, с которыми справляются нормально развивающиеся дети, среди которых не всем оказываются по силе все задания. Таким образом, качественный подход в чистом виде невозможен.

Такое положение обуславливает:

- необходимость применения при диагностике целого набора или «батареи» методик, каждая из которых должна содержать несколько однотипных заданий, определяющих диапазон количественных различий;
- неизбежное сочетание количественного и качественного подходов к анализу и оценке результатов диагностики.

Основная трудность психологического обследования детей с ДЦП в том, что многие широко распространенные, верифицированные и валидные методики не могут использоваться полностью или частично. Нарушение интеллектуального развития при ДЦП обуславливает целесообразность изменения стандартной процедуры обследования или модификации инструкций. Обследование детей с ДЦП направлено, прежде всего, на качественный анализ данных, при котором не столь важен результат как способ выполнения заданий.

Составление заключения и психолого-педагогической характеристики по результатам обследования ребенка или подростка с церебральным параличом имеет некоторые особенности. В этих документах необходимо отразить не только уровень интеллектуального и речевого развития, но и такие важные для организации коррекционной работы показатели, как способ передвижения, уровень развития, манипулятивной функции и навыков самообслуживания, наличие сопутствующих нарушений.

В систематизации этих данных целесообразно придерживаться следующей схемы (И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько):

1. Нарушений двигательной сферы.

Удерживает вертикальное положение (сидя; стоя).

Передвигается: в коляске; с костылями; с опорой на трость; самостоятельно в пределах помещения; самостоятельно на значительные расстояния.

Ведущая рука (правая; левая).

Развитие манипулятивной функции (резко ограничена; частично ограничена; ограничена).

Участие пораженной руки в игре и процессах самообслуживания (функций пораженной руки отсутствует; пораженная рука выполняет

поддерживающую роль; пораженная рука принимает участие в выполнении простых двигательных актов; пораженная рука принимает участие в выполнении сложных двигательных актов).

2. Уровень развития навыков самообслуживания.

Навыки личной гигиены: умывание, чистка зубов, расчесывание волос (не владеет; частично владеет; полностью владеет).

Самообслуживание в одевании и раздевании:

а) раздевание (не владеет; частично владеет; полностью владеет) ;

б) одевание (не одевается; одевается с помощью; одевается сам, кроме застегивания пуговиц и шнуровки обуви; одевается полностью).

Самообслуживание при приеме пищи (не ест сам; сам ест твердую пищу (хлеб, пряник); сам пьет из кружки; сам ест ложкой; полностью пользуется столовыми приборами).

3. Нарушения зрения (близорукость, аномалии рефракции, косоглазие, нистагм, ограничение зрения вверх, ограничение полей зрения).

4. Нарушения слуха (степени снижения слуха).

Данные о нарушениях зрения и слуха специалист может получить из медицинской документации.

5. Степень разборчивости речи:

– из-за грубых нарушений звукопроизношения непонятна окружающим;

– понятна только близким людям;

– разборчивость речи несколько снижена;

– дефекты звукопроизношения не мешают пониманию речи ребенка.

Психологическая диагностика семьи, воспитывающей ребёнка с ДЦП

Специалисты подчеркивают, что в качестве объекта психологической реабилитации выступает не только сам ребенок с ДЦП, но и его ближайшее окружение, прежде всего, родители, семья. Проведение реабилитации с детьми до 3–5 лет без активного участия их родителей затруднено организационно. Сама позиция родителей предопределяет возможность адекватного и активного «включения» ребенка в реабилитацию. Кроме того, родители тяжело больного ребенка сами нуждаются в психологической помощи в силу дистресса, вызванного болезнью ребенка.

Психологическое обследование семьи, родителей детей с ДЦП должно представлять данные:

– о состоянии психического здоровья родителей, характере общей психологической атмосферы в семье;

- о психолого-педагогической и медицинской грамотности родителей, их реабилитационной компетентности;
- о стиле взаимоотношений в семье в целом, в диадах «мать – ребенок», «отец – ребенок» в частности;
- об адекватности установок родителей в отношении перспектив ребенка.

Психологическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, предполагает системный подход, включающий определение как основных целей, задач, принципов изучения семьи ребенка, так и направлений ее психологической диагностики.

Основная цель психологического изучения семьи – выявление причин, препятствующих адекватному развитию ребенка с ДЦП и нарушающих гармоничную внутрисемейную жизнедеятельность.

В качестве задач психологической диагностики семьи рассматриваются следующие:

- определение степени соответствия условий, в которых растет и воспитывается ребенок дома, требованиям его возрастного развития;
- выявление внутрисемейных факторов, как способствующих, так и препятствующих гармоничному развитию ребенка с психофизическими нарушениями в семье;
- определение причин, дестабилизирующих внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения;
- определение неадекватных моделей воспитания и деструктивных форм общения в семье;
- определение путей гармонизации внутрисемейного климата;
- определение направлений социализации как детей с отклонениями в развитии, так и их семей.

По итогам психологической диагностики проводится психологическое консультирование семей, воспитывающих детей с ДЦП, которое может осуществляться в следующих направлениях:

- психолого-педагогическое консультирование;
- семейное консультирование;
- профорientированное консультирование.

Психолого-педагогическому консультированию должна предшествовать медико-генетическая консультация, которая осуществляется в рамках оказания медицинской помощи семьям с детьми, имеющими отклонения в развитии.

Можно выделить следующую организационную форму консультирования семьи:

Первый этап: знакомство, установление контакта, необходимого уровня доверия и взаимопонимания.

Второй этап: определение проблем семьи со слов родителей или лиц, их замещающих.

Третий этап: психолого-педагогическое изучение психофизических особенностей ребенка.

Четвертый этап: определение модели воспитания, используемой родителями, и диагностика их личностных свойств.

Пятый этап: формулирование психологом реальных проблем, существующих в семье.

Шестой этап: определение способов, с помощью которых проблемы могут быть решены.

Седьмой этап: подведение итогов, резюмирование, закрепление понимания проблем в формулировке психолога.

Следующее направление – психокоррекционное, задачами которого являются:

1) формирование новых жизненных ориентиров родителя ребенка с отклонениями в развитии;

2) коррекция взаимоотношений в диаде родитель – ребенок с отклонениями в развитии;

3) коррекция личностных нарушений у родителей, воспитывающих детей с ДЦП;

4) коррекция нарушенного психологического состояния родителей детей с ДЦП (тревоги, ожидания перманентного неуспеха в учебе своего ребенка, состояний, связанных с пониманием себя как несостоявшегося человека);

5) коррекция неадекватных поведенческих реакций родителей как в отношении своих детей (наказание за любую провинность, окрик, подавление личности ребенка), так и в отношениях с социумом (скандальное поведение, неадекватные поведенческие реакции, агрессивное поведение, реакции протеста);

6) гармонизация интерперсональных отношений между диадой, представленной матерью с ребенком, и членами семьи; членами семьи и посторонними лицами.

Методы психологического сопровождения семьи можно условно объединить в следующие группы:

1) методы психодиагностики, решающие многочисленные задачи изучения социально-психологических характеристик личности, коллективов, воспитательных отношений;

2) методы психологической консультации, которые являются ведущими в структуре сопровождения семьи;

3) методы психологической адаптации включают реципиентов в социальную деятельность, развивают самооценку, помогают приспособиться к изменяющимся условиям жизни;

4) социально-психологический тренинг и аутотренинг способствуют формированию социальных качеств личности, отношений и приемов деятельности;

5) методы коррекции поведения, мотивации, общения, самооценки: родители осознают недостатки в структуре своей личности, вырабатывает новые модели поведения и упражняется в их применении с последующим обобщением и переносом социально-психическим образований в новые условия своей жизнедеятельности;

6) методы психотерапии ориентированы на психологические преобразования в структуре целостной личности.

Таким образом, медико-социальное и психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ДЦП, должно осуществляться на каждом возрастном этапе на основе принципов всестороннего изучения и удовлетворения потребностей семьи, принципов конфиденциальности, психологического доверия, гуманного и чуткого отношения к членам семьи ребенка.

Создание модели комплексной психологической помощи семье, воспитывающей ребенка с ДЦП, позволяет индивидуализировать подход к каждому ребенку, снижает фрустрационную нагрузку родителей и повышает реабилитационные возможности семьи.

Литература

1. Данилова Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. М., 1977.
2. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев, 1987.
3. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001.
4. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2006.
5. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001.
6. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст. М., 1997.
7. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М., 2003.

8. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. М., 2003.
9. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка / под ред. Л. Н. Шипицыной. М., 2003.
10. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М., 2004.
11. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с детским церебральным параличом. М., 2013.
12. Шипицина Н. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. СПб, 2001.

3.2. Психологическая помощь детям с ДЦП

Психологическая коррекция нарушений развития у детей и подростков с церебральным параличом предполагает сложную систему реабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции, формирование системы личностных установок и навыков социальной ориентации, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим возможностям ребенка.

Особое значение имеет решение таких задач коррекционной работы как устранение вторичных личностных реакций на физический дефект, на длительное пребывание в стационаре, на хирургическое лечение.

Психологическая коррекция детей и подростков с церебральным параличом опирается на качественную психолого-педагогическую диагностику. Успешность психодиагностической работы должна быть обеспечена соблюдением принципов диагностической работы и требований к диагностике психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Психологическая коррекция – это способ психологического воздействия, направленный на коррекцию отклонений в психическом развитии ребенка.

В процессе психологической коррекции нарушений развития 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 [3].

Психологическую коррекцию следует 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 [3].

Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от анализа психологической структуры нарушения и его причин.

Сложность и своеобразие нарушений развития ребенка с детским церебральным параличом требуют тщательного методологического подхода к его анализу и психокоррекционным воздействиям.

Психологическая коррекция отклонений в психическом развитии у детей с ДЦП должна проводиться при соблюдении ряда принципов.

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.

Третий принцип – *деятельностный подход*. Личность проявляется и формируется в процессе деятельности. Соблюдение этого принципа является чрезвычайно важным 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 [6].

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. Помимо этого 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, а процесс психологической диагностики содержит в себе коррекционные возможности, особенно при использовании обучающего эксперимента.

Пятый принцип – *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 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 [6].

Седьмой принцип – *единство коррекционной работы с ребенком и его окружением*, прежде всего с родителями. Родители – основные участники психологической 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, но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих.

Восьмой принцип психокоррекции – *временной*, то есть раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохраненные функции. 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.

Коррекция отклонений в психическом развитии у детей с детским церебральным параличом заключается, прежде всего, в *коррекции двигательных нарушений*. Ранняя работа по коррекции или сглаживанию двигательных дефектов может предупредить или ослабить негативное влияние моторных нарушений на психическое развитие ребенка с ДЦП. В то же время работа по коррекции отклонений в психическом развитии не может не опираться на двигательный компонент. Так, например, обучение ребенка предметным и игровым действиям, развитие пространственного восприятия, формирование счетных операций и многих других составляющих нормального психического развития предусматривают опору на двигательную сферу и знание психологом двигательных особенностей и возможностей ребенка.

Основой развития познавательной деятельности у старших дошкольников, страдающих детским церебральным параличом, является сенсорное воспитание, которое включает ознакомление с цветом, формой, величиной предметов, формирование музыкального и фонематического слуха,

развитие мышечно-суставного чувства, стереогноза. Важное место занимает здесь развитие восприятия пространства, времени и движения [2].

Для развития у детей зрительного восприятия необходимо им предлагать упражнения на развитие активной перцептивной деятельности, зрительно-моторной координации, на улучшение фиксации взора на предметах, тренировать плавное прослеживание предметов в разных направлениях. Особое внимание следует уделять специальной тренировке полей зрения. Другая группа упражнений имеет целью воспитание дифференцированности восприятия: большой интерес вызывают у дошкольников игры, направленные на узнавание целого образа по деталям, на выбор аналогичных цветов, дифференциацию объектов по цвету, форме и величине.

При всех формах детского церебрального паралича нарушается взаимодействие между анализаторными системами. На основе двигательного-кинестетического восприятия формируются многие высшие корковые функции, и в первую очередь пространственное восприятие. В связи с этим развитие кинестетического восприятия и стереогноза у дошкольников с церебральными параличами играет большую роль в развитии познавательной деятельности. Для развития стереогноза можно использовать дидактическую игру «Чудесный мешочек», когда ребенок опускает руку в мешок, ощупывает предмет и пытается догадаться, что это за объект, называет его. Игра может быть проведена и иначе. Ребенок видит, какие объекты кладет в мешок психолог, а затем он должен найти в мешке тот предмет, который назовет воспитатель или дети. Важно дать возможность ребенку определить предмет сначала наиболее сохранной рукой, а затем пораженной.

Дошкольники, страдающие церебральными параличами, затрудняются в конструировании из кубиков, палочек и т.п., что обусловлено нарушениями в пространственной ориентировке, недоразвитием пространственного восприятия. При собирании картинки из кубиков дети легко находят подходящие части, но соотнести их друг с другом часто не могут. При воспроизведении постройки из кубиков или фигуры из палочек по образцу перешифровка образца у них затруднена, копирование выполняется зеркально. Для тренировки конструктивного праксиса целесообразно применять различные конструктивные игры, мозаику, разрезные картинки, кубики; на прогулках рекомендуется проводить совместное конструирование из снега и песка; развитию конструктивных способностей помогают и занятия аппликацией, лепкой.

Необходимо закреплять в режимных моментах и в повседневной деятельности понятия, касающиеся восприятия пространства и времени.

Развитие слухового восприятия также должно проходить в игровой форме.

Психокоррекционная работа детей с детским церебральным параличом помимо коррекции и развития двигательных функций включает в себя психологическую коррекцию познавательных процессов и психологическую коррекцию эмоциональных нарушений.

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 [6].

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.

У детей 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. Учитывая эти особенности можно выделить основные задачи психологической коррекции сенсорных процессов:

- обучение детей усвоению сенсорных эталонов и формирование перцептивных операций;
- развитие константности, предметности и обобщенности восприятия;
- развитие скорости восприятия объектов.

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 [5].

В связи с этим важными направлениями психокоррекции памяти являются:

- увеличение объема памяти в зрительной, слуховой, осязательной модальностях;

– развитие приемов ассоциативного и опосредованного запоминания предметов в процессе игровой деятельности.

Недоразвитие мышления является ядерным признаком у детей с ДЦП. Их мышление отличается конкретностью, невозможностью образования понятий, трудностям переноса и обобщения. Развитие мышления у них непосредственно связано с развитием деятельности и восприятия. Учитывая эти особенности мышления, важным направлением психокоррекции является развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. В связи с этим психологическая коррекция должна решать 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 процесс 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 необходим 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 [2].

При организации психологической коррекции познавательных процессов и личности у детей с ДЦП следует учитывать форму и степени задержки психического развития.

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.

В систему коррекционных занятий с детьми с ДЦП входит обязательное обучение детей конструированию и рисованию, которые являются основными видами продуктивной деятельности в дошкольном детстве.

Занятия рекомендуется проводить с детьми, начиная с 4-летнего возраста, а если у ребенка наблюдается сопутствующее интеллектуальное недоразвитие (по типу задержки психического развития), то занятия можно начинать с 6–7-летнего возраста, в зависимости от уровня его умственного развития.

Рассмотрим это на примере формирования конструкционной деятельности дошкольников с ДЦП.

Конструктивная деятельность дошкольника является сложным процессом, который успешно формируется и совершенствуется в данном возрастном периоде. Обучение конструированию способствует умственному развитию ребенка, развивает его способность к дифференцированному анализу предмета, точному разделению целого на отдельные составные элементы, формирует глазомер у ребенка и положительно сказывается на произвольной регуляции процессов внимания и памяти.

В конструктивной деятельности детей дошкольного возраста можно выделить такие ее основные формы, как конструирование по образцу, конструирование на заданную тему и свободное конструирование.

При конструировании по образцу детям предлагают постройку и указывают на способы ее воспроизведения. Конструирование на заданную тему заключается в том, что ребенку указывается лишь общая тема, обычно усвоенная им раньше, например: постройка мостов, домов и т.д. При свободном конструировании каждый ребенок сам решает, что он будет делать. Здесь открываются возможности для развития воображения и творчества детей, воплощения их собственного замысла в практическую действительность.

Кроме общепринятых методов, в дошкольной педагогике получил широкое распространение особый вариант – конструирование по моделям. Этот метод обучения является наиболее эффективным средством умственного развития ребенка. В данном методе модель выступает для ребенка в качестве образца, структуру которого ребенок не видит (модель оклеена плотной бумагой или картоном) и он должен подобрать детали и расположить их соответственно конструкции образца. Такой способ конструирования требует от ребенка «мысленного обследования» образцов-моделей и их сенсорно-мануального обследования с включением не только зрительного, но и осязательного восприятия. Обучение дошкольников с ДЦП рекомендуется начинать с конструирования по наглядным образцам и только после этого этапа работы переходить к конструированию по моделям [2].

Помимо работы, направленной на формирование и коррекцию познавательных психических процессов, большое значение имеет работа по коррекции эмоциональных нарушений детей с ДЦП и по предупреждению у них патохарактерологического формирования личности.

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 [4].

Методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей целесообразно разделить на две группы: основные и специальные.

К основным методам относятся методы, которые являются базисными: это игротерапия, арттерапия, психоанализ, метод десенсибилизации, аутогенная тренировка, поведенческий тренинг.

Специальные методы включают в себя 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 благополучие ребенка, так как у детей и подростков с ДЦП эмоциональные проблемы могут проявляться в виде межличностных и внутриличностных конфликтов.

При внутриличностном конфликте целесообразно использовать игровые методы психокоррекции, психоаналитические методы, методы семейной психокоррекции; при преобладании межличностных конфлик-

тов 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 является наиболее естественной формой 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 [6].

Психокоррекционная работа с детьми и подростками с ДЦП может проходить с использованием двух форм – направленной (директивной) и ненаправленной (недирективной).

Направленная (директивная) игротерапия предполагает активное участие психолога в игре ребенка, где он направляет и интерпретирует деятельность ребенка.

Ненаправленная (недирективная) игротерапия проходит в форме свободной игры ребенка, что способствует большему самовыражению, достижению эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

К методам недирективной игротерапии относятся, например, 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 недирективной игровой коррекции психолог устанавливает с ребенком эмпатическое общение, эмоционально сопереживает с ним, вводит определенные ограничения в игре. Введение ограничений в игру ребенка является главным условием достижения коррекционного

успеха. Поэтому важная роль в процессе игровой коррекции принадлежит технике формулирования запретов и ограничений.

В направленной (директивной) игровой психокоррекции психолог является центральным звеном в игре, его функции заключаются в организации игры, в анализе ее символического значения. Различаются два вида директивной игровой 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. Рекомендуется детям поочередно меняться ролями. Способность ребенка входить 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. В процессе коррекции 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 могут использоваться игры-дра-

матизации на темы знакомых им сказок. Основной целью игр-драматизаций является коррекция эмоциональной сферы ребенка [2].

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 входить 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, наделяя персонажи собственными отрицательными эмоциями и чертами характера.

Групповые методы психокоррекции достаточно широко используются психологами и психотерапевтами при коррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков (Спиваковская, 1988; Захаров, 1982).

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 в начале психокоррекции с привлечением родителей, организация встречи родителей, дети которых успешно закончили курс психокоррекции, с начинающими. Особое значение для установочного этапа психокоррекции имеет место, где проводятся занятия. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение с мягким освещением, со специальными креслами и ходилками для детей, где ребенок должен чувствовать себя безопасно [1].

В процессе групповой психокоррекции каждый участник моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него типы эмоционального реагирования на условия, реализует конкретные эмоциональные установки и отношения. В атмосфере откровенности и доверия ребенок свободно раскрывает свои эмоциональные проблемы, получает эмоциональную поддержку, модифицирует свои эмоциональные отношения, переживания и способы реагирования.

Опыт работы ведущих специалистов в данной области коррекционной педагогики (О. Г. Приходько, И. И. Мамайчук, И. Ю. Левченко и др.)

показал, что повышению устойчивости детей к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения способствует психорегулирующая тренировка [1].

Занятия с использованием психорегулирующей тренировки проводятся поэтапно с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка, через день с небольшой (до 5 человек) группой детей.

I этап – успокаивающий. На данном этапе используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Детям предлагаются зрительно-музыкальные стимулы, направленные на снятие тревожности и создание позитивных установок на последующие 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.

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 настроения к занятиям. Больной или группа больных располагаются в кресле или на диване в зависимости от физического состояния детей. Психолог предлагает закрыть глаза и сосредоточиться на прослушивании музыкального произведения. Следует подбирать аудиозаписи, оказывающие положительное эмоциональное воздействие на слушателя и дающие успокаивающий эффект.

Сеанс длится 25–30 минут. Задача первого этапа считается выполненной, если ребенок проявляет интерес к занятию и расслабляется.

II этап – обучающий, целью которого является обучение детей релаксирующим упражнениям. Используются упражнения на вызывание тепла, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений. 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 [1].

При систематических занятиях с использованием психорегулирующей тренировки у детей с ДЦП 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 так называемые «психомышечные тренировки».

Данный метод включает в себя четыре основные задачи:

- 1) обучение ребенка расслаблять мышцы тела и лица методом прогрессивной мышечной релаксации, по Джекобсону;
- 2) обучение с предельной силой воображения, но без напряжения 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, индивидуальные психологические и клинические особенности ребенка. Не рекомендуется брать на занятия детей с эписиндромом в анамнезе с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с эндокринными нарушениями легочной недостаточностью [6].

При этом 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.

Важным направлением психокоррекции детей с церебральным параличом является работа с родителями. Основными задачами этого направления являются, во-первых, снижение того эмоционального дискомфорта, который испытывают родители в связи с тяжелой болезнью ребенка, во-вторых, формирование у родителей положительных установок на активную помощь ребенку, поиск адекватного стиля семейного воспитания детей с ДЦП.

В процессе работы с родителями необходимо формировать у них правильные представления о личности и психофизических возможностях больного ребенка. Целесообразно организованная система психокоррекционных воздействий (групповая дискуссия, индивидуальная беседа, анализ конфликтных ситуаций и пр.) способствует позитивной перестройке отношений родителей к больному ребенку, гармонизирует семейные отношения в целом, помогает редукации их негативных переживаний. Такая работа может проводиться в виде организации родительских ассоциаций и клубов с целью взаимной поддержки родителей тяжелобольных детей. Необходима также психотерапевтическая работа с родителями, особенно с отцами, включение их в процесс психолого-педагогической реабилитации ребенка.

Таким образом, психологическая коррекция является основным звеном всей системы психолого-педагогической помощи детям с церебральными параличами. Главная цель психокоррекции – исправление имеющихся нарушений в психическом развитии детей, гармонизация их личности и профилактика возможных отклонений в развитии, обусловленных как внутренней спецификой психического нарушения (тяжесть и структура дефекта), так и внешней (средовые факторы). Важное значение в психокоррекции детей с ДЦП имеет ориентация на сложные системно-структурные и онтогенетические модели их психического дизонтогенеза. Учет системно-структурных моделей психического дизонтогенеза при различных формах детского церебрального паралича с опорой на их возраст позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру дефекта. Учет онтогенетических моделей предполагает два основных направления в психокоррекции: первое – возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности, активизация этих процессов в качестве ранее не использованных резервов и второе – ориентация на уровень ближайшего развития ребенка.

Литература

1. Левченко И. Ю., Приходько О. Г., Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. М., 2001.
2. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2006.
3. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. М., 2003.
4. Ульяновская У. В., Лебедева О. В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. М., 2002.
5. Шипицына Л. М. Психология детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. М., 2005.
6. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. СПб., 2001.

3.3. Обучение и воспитание детей с ДЦП

Ребенок с таким тяжелым нарушением как детский церебральный паралич (ДЦП) имеет определенный круг особых образовательных потребностей, обусловленных характером нарушения, без удовлетворения которых непосредственно образование становится зачастую невозможным.

Понятие особых образовательных потребностей впервые вошло в научный обиход в 1978 году и в настоящее время оно широко используется при определении необходимых условий обучения и воспитания ребенка, имеющего нарушения в развитии. Как для различных нозологических групп, так и в рамках конкретной нозологической группы, будут характерны какие-то «свои» особые образовательные потребности. Но, несмотря на разницу в проблемах, можно выделить круг общих особых образовательных потребностей, которые необходимо учитывать при построении образовательного процесса с детьми, имеющими ДЦП.

1. Потребность в раннем начале целенаправленного обучения. Е. А. Архипова указывает, что специальное обучение ребенка с тяжелыми органическими поражениями ЦНС, к которым и относится ДЦП, должно начинаться с момента определения нарушения в развитии ребенка. Она отмечает, что «...крайне опасна для ребенка ситуация, когда после выявления первичного нарушения в развитии все усилия взрослых направлены исключительно на попытку лечения ребенка, т.е. реабилитацию средствами медицины. Игнорирование необходимости одновременной целенаправленной психолого-педагогической помощи приводит к не-

обратимым потерям в достижении возможного уровня реабилитационного потенциала ребенка.» [1].

2. Потребность во введении специальных разделов обучения, не присутствующих в содержании общеобразовательных программ. Для ребенка с ДЦП такими разделами являются развитие кинестетического восприятия и стереогноза, социально-бытовая ориентация, социально-эмоциональное развитие, коммуникативное развитие и т.п.

3. Потребность в использовании специальных методов, приемов и средств обучения и воспитания (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» развития, воспитания и обучения. В качестве «обходных путей для ребенка с ДЦП» используются зрительное и слуховое восприятие, заменяющее недостаточность тактильного восприятия, ранее начало обучения грамоте при грубом нарушении устной речи. В качестве средств обучения в настоящее время активно используются музыкотерапия, трудотерапия, арттерапия, зоотерапия и т.п.

4. Потребность в более дифференцированном, поэтапном обучении детей с ДЦП, в особой организации образовательной и развивающей среды. «Особость» организации такой среды заключается, прежде всего, в том, что она должна стимулировать их моторное и интеллектуальное развитие, она должна соответствовать сензитивным периодам развития ребенка с ДЦП и характеризоваться доступностью образовательных и воспитательных мероприятий.

5. Потребность в максимальном расширении образовательного пространства, что подразумевает выход за пределы образовательной организации с учетом психофизических особенностей детей с ДЦП. Удовлетворение этой потребности будет способствовать максимальной социализации ребенка с ДЦП, обогащению его социального опыта, представлений об окружающем, развитию коммуникативных навыков.

6. Потребность в пролонгированном процессе обучения (при необходимости выхода обучения за рамки школьного возраста).

7. Потребность в комплексном сопровождении образовательного процесса педагогов и специалистов разных профилей (учителей, воспитателей, специальных психологов, дефектологов, тьюторов, врачей разных специальностей т.п.). На всех этапах образования ребенка с ДЦП должно быть обеспечено мультidisциплинарное взаимодействие всех субъектов образовательного процесса, которые осуществляют психолого-педагогическое изучение ребенка, участвуют в проектировании индивидуального образовательного маршрута, разработке адаптированной

образовательной программы и т.п. Кроме этого, субъектами образовательного процесса являются и родители ребенка, без участия которых ни медицинская, ни образовательная, ни психологическая реабилитация не будет достаточно эффективной.

Эти образовательные потребности имеют особенности проявления на разных возрастных этапах, а также зависят от тяжести двигательной патологии или ее усложненности недостатками сенсорной, речевой или познавательной деятельности. Но определение особых образовательных потребностей является основой при принятии решения об образовательном маршруте ребенка с ДЦП и определении учреждения (как дошкольного, так и школьного), в котором он будет обучаться.

Понимание сущности особых образовательных потребностей необходимо и для правильного содержательного наполнения комплексных программ абилитации и реабилитации детей с ДЦП.

Обучение и воспитание детей раннего и дошкольного возраста с ДЦП

Становление дошкольной системы обучения и воспитания детей с ДЦП связано с исследованиями М. В. Ипполитовой и Л. А. Даниловой. В их работах была впервые обоснована необходимость построения государственной системы дошкольного образования детей с ДЦП. Впоследствии эта идея нашла свое подтверждение в работах Е. Ф. Архиповой, Е. М. Мастюковой, О. Г. Приходько, К. А. Семеновой, Н. В. Симоновой, Л. М. Шипицыной и др. Так, К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, Л. М. Шипицына разработали принципы, направления коррекционно-развивающей работы по преодолению психических и речевых нарушений у детей раннего возраста с ДЦП. Е. Ф. Архипова, на основе проведенного изучения особенностей доречевого развития детей с ДЦП, предложила методику по коррекции выявленных нарушений в доречевой период развития ребенка с ДЦП, ее работы легли в основу специального образования детей с ДЦП, начиная с первых месяцев жизни [1]. Изучению влияния ДЦП на психофизическое развитие ребенка и методике развития двигательной сферы у детей с ДЦП посвящены разработки И. А. Смирновой, И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько [5, 9]. Система развития познавательной деятельности у дошкольников с ДЦП представлена в исследованиях Л. А. Даниловой и И. А. Смирновой [9]. В работах О. Г. Приходько представлены задачи, содержание и методы ранней помощи детям с двигательными нарушениями [7].

О. Г. Приходько отмечает, что коррекционно-педагогическая работа с детьми раннего возраста с ДЦП должна носить комплексный характер и

предусматривать постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Как следствие, главной задачей в работе с ребенком раннего возраста является совместная стимуляция развития всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений [7].

В настоящее время дети раннего возраста с ДЦП коррекционную помощь могут получить как в условиях стационара, так и в центрах психолого-педагогической реабилитации и коррекции, службах ранней помощи, лекотеках, группах кратковременного пребывания и др. Независимо от типологии учреждения специалисты, осуществляющие коррекционную работу с ребенком раннего возраста с ДЦП, опираются на ведущий вид деятельности: в младенческом возрасте – эмоциональное общение со взрослым; в раннем возрасте – предметная деятельность.

В коррекционной работе с детьми младенческого возраста должна быть решена задача последовательного развития функций доречевого периода, что обеспечивает своевременное формирование речи и личности ребенка. Исходя из поставленной задачи, работа в доречевой период осуществляется по нескольким направлениям (О. Г. Приходько):

1) развитие эмоционального общения со взрослым (стимуляция «комплекса оживления», налаживание и удерживание эмоционального контакта со взрослым и т.п.);

2) коррекция кормления (сосания, глотания, жевания). Стимуляция рефлексов орального автоматизма (в первые месяцы жизни – до 3 мес.), подавление оральных автоматизмов (после 3-х мес.);

3) нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата – спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, тонических нарушений типа ригидности), развитие подвижности органов артикуляции;

4) стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активности (недифференцированной голосовой активности, гуления, лепета и лепетных слов);

5) развитие сенсорных процессов (зрительного сосредоточения и плавного просиживания; слухового сосредоточения, локализации звука в пространстве, восприятия различно интонируемого голоса взрослого; двигательного-кинестетических ощущений и пальцевого осязания);

6) развитие речевого дыхания и голоса (вокализация выдоха, увеличение объема, длительности и силы выдоха, выработка ритмичности дыхания и движений ребенка);

7) формирование движений руки и действий с предметами (нормализация положения кисти и пальцев рук, необходимых для формирования зрительно-моторной координации; развитие хватательной функции рук; развитие манипулятивной функции – неспецифических и специфических манипуляций; дифференцированных движений пальцев рук);

8) формирование подготовительных этапов понимания речи [7].

При проведении коррекционно-педагогической работы с ребенком с ДЦП важным является опора на систему межанализаторных связей, использование «обходных» путей, с обязательным включением двигательного-кинестетического анализатора.

Е. Ф. Архиповой сформулированы основные принципы коррекционно-педагогической работы с детьми с ДЦП в доречевой период их развития:

1. Максимально раннее начало специальной логопедической работы.

2. Поэтапное развитие психических функций в соответствии с последовательностью их развития в онтогенезе и анализ их состояния у конкретного ребенка.

3. Использование кинестетической стимуляции в развитии моторных, сенсорных и речевых функций.

4. Творческое применение принципов индивидуального подхода, систематичности, последовательности, активности, наглядности.

5. Организация занятий в рамках ведущей деятельности ребенка.

6. Комплексное медико-педагогическое воздействие с привлечением родителей ребенка [1].

Включение родителей в проводимую коррекционно-педагогическую работу с первых дней является важнейшим фактором, способствующим ее эффективности. Е. Ф. Архипова рекомендует все занятия с ребенком раннего возраста проводить в присутствии родителей, активно включая их в коррекционный процесс, тем самым обучая родителей приемам работы с ребенком.

По мере перехода ведущего вида деятельности от эмоционального общения со взрослым к предметной деятельности меняются и направления коррекционно-педагогической работы. Среди основных направлений работы в этот период О. Г. Приходько выделяет:

1) формирование предметной деятельности (использование предметов по их функциональному назначению), способности произвольно включаться в деятельность;

2) формирование наглядно-действенного мышления, произвольного, устойчивого внимания;

3) формирование речевого и предметно-практического общения с окружающими (развитие понимания обращенной речи, активизация собственной речевой активности; формирование всех форм неречевой коммуникации – мимики, жеста и интонации);

4) развитие знаний и представлений об окружающем (с обобщающей функцией слова);

5) стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, кинестетического восприятия);

6) формирование функциональных возможностей кистей и пальцев рук, развитие зрительно-моторной координации;

7) развитие навыков самообслуживания [7].

Целью дошкольного образования детей с ДЦП является максимальное всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями.

В настоящее время обучение и воспитание детей дошкольного возраста с ДЦП может быть осуществлено в различных организационных формах. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (ФГОС ДО) предусматривает для данной категории дошкольников как организацию дошкольного образования в дошкольных образовательных организациях компенсирующего и комбинированного видов, в группах компенсирующей и комбинированной направленности, так и в вариативных формах - группы кратковременного пребывания, лекотеки, центры игровой поддержки ребенка, группы «Особый ребенок» и т.п. [10]. В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» дошкольное образование может быть получено вне организаций – в форме семейного образования [11]. Для ребенка с тяжелыми формами ДЦП обучение и воспитание должно быть организовано в условиях домашнего обучения, предусматривающего полную интеграцию действий педагогов и родителей (законных представителей) дошкольников. Рекомендуемое количество детей с нарушениями ОДА в группах компенсирующей направленности, в лекотеке, в службе ранней помощи не должно превышать 6 человек в возрасте до 3 лет и 8 детей в возрасте старше 3 лет.

В группах комбинированной направленности, в центрах игровой поддержки ребенка, в службах ранней помощи рекомендуется следующее количество детей с нарушениями ОДА: до 3 лет – не более 10 детей, в том числе не более 3 детей с ограниченными возможностями здоровья, старше 3 лет – не более 10 детей, в том числе не более 3 детей с ОВЗ (глухих, слепых, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с умственной отсталостью умеренной, тяжелой, со сложным дефектом).

В силу сложности и многообразия проявлений двигательной, интеллектуальной и речевой недостаточности у детей раннего возраста с ДЦП не может быть единой стандартной программы (и не было никогда раньше), равно как и стандартной схемы коррекционных занятий в работе с ними. Каждый ребенок требует индивидуального подхода, каждый этап обучения решает четко определенные задачи, каждый метод коррекционного воздействия должен применяться с учетом показаний и противопоказаний у конкретного ребенка.

Весь образовательный процесс, в том числе и с дошкольниками с ДЦП, строится на основе ФГОС ДО, который вступил в силу с 1 января 2014 г. В соответствии с этим документом все дошкольные образовательные организации разрабатывают и реализуют основные образовательные программы дошкольного образования (ООП ДО). В мае 2015 г. в Реестр примерных общеобразовательных программ Министерства образования и науки РФ была внесена примерная основная образовательная программа дошкольного образования (ПООП ДО), в которой детям с ОВЗ и детям-инвалидам, посещающим дошкольные образовательные организации, отведен специальный раздел. В соответствии с ПООП ДО коррекционно-развивающая работа с детьми с ОВЗ, в том числе и с нарушениями ОДА, может быть реализована в группах ДОО компенсирующей и комбинированной направленности.

В группах компенсирующей направленности должна реализовываться адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования (АООП ДО). Эта программа является единой для всех детей группы компенсирующей направленности. В группах комбинированной направленности должны быть реализованы две программы – ООП ДО для детей с нормальным психофизическим развитием и АОП (адаптированная образовательная программа) для детей с нарушением ОДА, что обеспечивает в соответствии с современными нормативно-правовыми требованиями, реализацию инклюзивной формы образования.

Адаптированная образовательная программа – это программа, адаптированная для обучения детей с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц [11].

Разработка АОП ДО и дальнейшая координация ее реализации является задачей ПМПк (психолого-медико-педагогического консилиума) дошкольной образовательной организации, в состав которого входят все педагоги и специалисты, задействованные в реализации АОП ДО.

АОП предусматривает решение задач (обучающих, развивающих, воспитательных) по всем пяти образовательным областям основной образовательной программы дошкольного образования: «Социально-коммуникативное развитие», «Речевое развитие», «Познавательное развитие», «Художественно-эстетическое развитие», «Физическое развитие». Содержание всех образовательных областей зависит от возрастных и индивидуальных особенностей детей и может реализовываться в различных видах деятельности (общении, игре, познавательно-исследовательской деятельности - как сквозных механизмах развития ребенка):

- в раннем возрасте (от 1 до 3 лет) – предметная деятельность и игры с составными и динамическими игрушками; экспериментирование с материалами и веществами (песок, вода, тесто и пр.), общение с взрослым и совместные игры со сверстниками под руководством взрослого, самообслуживание и действия с бытовыми предметами-орудиями (ложка, совок, лопатка и пр.), восприятие смысла музыки, сказок, стихов, рассматривание картинок, двигательная активность;

- для детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) – игровая деятельность, коммуникативная (общение и взаимодействие со взрослыми и сверстниками), познавательно-исследовательская (исследования объектов окружающего мира и экспериментирования с ними), а также восприятие художественной литературы и фольклора, самообслуживание и элементарный бытовой труд (в помещении и на улице), конструирование из разного материала, включая конструкторы, модули, бумагу, природный и иной материал, изобразительная (рисование, лепка, аппликация), музыкальная (восприятие и понимание смысла музыкальных произведений, пение, музыкально-ритмические движения, игры на детских музыкальных инструментах) и двигательная (овладение основными движениями).

Кроме того, в структуру АОП ДО, в зависимости от психофизического развития и возможностей ребенка, структуры и тяжести его недостатков, интегрируются необходимые модули коррекционных программ, комплексов методических рекомендаций по проведению занятий с детьми с ОВЗ и другие компоненты коррекционного блока. При содержательном наполнении пяти образовательных областей АОП для детей с ДЦП следует опираться на методические разработки И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько, Е. Ф. Архиповой, Е. А. Стребелевой, Н. В. Симоновой, А. А. Гусейновой и др.

На основании рекомендаций ПМПк специалисты ПМПк образовательной организации разрабатывают индивидуальный образовательный маршрут (ИОП). В целях разработки индивидуального образовательного маршрута ребенка с ДЦП решаются следующие задачи:

- определение режима пребывания в образовательной организации, соответствующих возможностям и специальным потребностям ребенка;
- определение объема, содержания основных направлений, форм организации психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи;
- определение стратегии и тактики (форм и содержания) коррекционно-развивающей работы с ребенком;
- определение необходимости адаптации имеющихся или разработки новых методических материалов;
- определение индивидуальных потребностей ребенка в тех или иных материально-технических ресурсах.

После разработки АОП и ИОП педагоги и специалисты дошкольной образовательной организации осуществляют их реализацию и ведут динамическое наблюдение за развитием ребенка.

Для эффективного обучения и воспитания ребенка дошкольного возраста с ДЦП в дошкольном учреждении должны быть предусмотрены оптимальные условия, важнейшими из которых являются использование адекватных вспомогательных средств и педагогических приемов, а также совместные формы работы воспитателей, педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов и родителей ребенка с ДЦП. При организации образовательной деятельности по АООП ДО для детей с ДЦП в группах компенсирующей и комбинированной направленности в штатное расписание дошкольной образовательной организации вводятся специалисты сопровождения - учитель-дефектолог, учитель-логопед, специальный психолог или педагог-психолог, тьюторы.

И. Ю. Левченко и О. Г. Приходько выделены основные направления коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольного возраста с ДЦП:

1. Развитие игровой деятельности.
2. Коррекция речи, формирование коммуникативной функции речи.
3. Формирование представлений об окружающем.
4. Развитие и коррекция сенсомоторной сферы (формирование пространственных и временных представлений, развитие кинестетического восприятия и стереогноза).
6. Развитие математических представлений.
7. Воспитание навыков самообслуживания и гигиены.
8. Подготовка к обучению в школе [4].

Указанные направления реализуются на двух ступенях коррекционно-педагогического процесса с детьми с ДЦП, выделенных И. А. Смирновой [9]:

I степень – пропедевтическая – предполагает обучение и воспитание детей в возрасте от 2 до 4 лет. Основной задачей данного периода является адаптация ребенка в дошкольном учреждении, проведение первичной диагностика психического развития, составление и реализация индивидуальных программ развития, проведение пропедевтической работы к усвоению образовательных программ, реализуемых на следующей ступени.

II степень – основная – включает воспитание и обучение детей с ДЦП в возрасте от 4 до 7 лет. На этой ступени реализуются задачи дошкольного образования в соответствии с ФГОС, и проводится подготовка к обучению в школе.

Проводимая на пропедевтической ступени обучения и воспитания дошкольников с ДЦП адаптация ребенка подразумевает создание положительной установки на посещение дошкольного учреждения и активное включение ребенка в коррекционно-педагогический процесс. Большое значение в этот период имеет и формирование первичных коммуникативных умений и навыков, формирование игровых умений, развитие познавательной деятельности, навыков самообслуживания и бытовой ориентации, обеспечение необходимой двигательной активности ребенка в соответствии с его диагнозом. Все эти задачи решаются посредством интеграции всех образовательных областей в соответствии с ФГОС ДО в процессе организованной коррекционно-образовательной деятельности, коррекционно-образовательной деятельности при проведении режимных моментов, самостоятельной деятельности детей.

Решение задачи **формирования первичных коммуникативных умений и навыков** возможно при поэтапной организации взаимодействия ребенка с окружающими, прежде всего, с педагогами. Педагогам на данном этапе важно развивать у ребенка с ДЦП такие умения как:

- установление эмоционального контакта, побуждение к визуальному и речевому контакту,
- умение обращать внимание и реагировать на мимику, интонацию, жесты взрослого;
- подражание движениям взрослого;
- побуждение к речи в ситуациях общения;
- привлечение к выполнению совместных действий и побуждение к выполнению самостоятельных действий.

Развитие этих умений у детей младшего дошкольного возраста возможно посредством использования различных игровых приемов, таких как пальчиковые игры («Сорока-ворона», «Ладушки», «Пальчик-пальчик, где ты был?»), игры с предметами («Где наша Катя?», катание машинок,

с воздушным шариком и т.п.), игры, вызывающие речевую активность («Кукла хочет спать», «Диалог с кошечкой», чтение стихов, потешек с договариванием слов и звукоподражаний и т.п.), создание ситуаций, включающих ритуалы приветствия, прощания, благодарности. В тяжелых случаях проявления ДЦП, для детей, которые испытывают трудности в вербальном общении, используют невербальные средства как альтернативные системы коммуникации. Особое внимание следует уделять взгляду, жестам и мимике. К альтернативным средствам коммуникации также относят календарь (система коммуникации, в которой символы или предметы - символы используются для представления основных видов деятельности в течение всего дня), метод пиктограмм (изображение символов, заменяющих слова). Педагоги учат детей использовать средства невербальной коммуникации как сигнал о своих потребностях: еде, воде, отдыхе, туалете. Используя средства альтернативной коммуникации, педагоги должны помнить о необходимости постоянного создания мотивов речевой деятельности с использованием различных игровых приемов [3].

Работа по **формированию игровой деятельности** у детей с ДЦП тесно связана с остальными сторонами развития ребенка, поскольку именно в игре возможно успешное решение общеразвивающих и коррекционных задач. У дошкольников с ДЦП игра оказывается несформированной даже в случае сохранения двигательных возможностей для осуществления предметно-игровых и бытовых действий. Чаще всего в игровой деятельности дети с ДЦП пассивны, у них снижено побуждение к активному игровому действию. Важным условием развития игровой деятельности, является систематическое обучение умению играть, а также руководство играми детей в повседневной жизни. Основными задачами при формировании игровой деятельности являются:

- побуждение интереса к игре;
- обучение игровым действиям;
- формирование функции имитирования, соотнесения, осмысления, замещения;
- формирование первичных навыков коммуникаций в игре.

На пропедевтическом этапе используются игры, устанавливающие эмоциональный контакт с ребенком с педагогом и сверстниками. Это такие игры как «Поздороваемся пальчиками», «Поприветствуем друг друга обычным голосом, шепотом и громко», «Как здороваются друг с другом кошечки, собачки, лошадки» и т.п. Введению детей в сюжет игры способствуют игры с сюрпризом («Кто к нам в гости пришел?», «Телефон

звонит», «Подарок» и т.п.). На этом этапе педагог берет на себя ведущую роль, предлагает детям игру, раскрывает ее содержание, распределяет роли. При организации игровой деятельности большое внимание уделяется формированию представлений об использовании окружающих предметов (например, игры «Кормление кукол», «Идем на прогулку», «Воздушный шарик» и т.п.).

Игры должны быть организованы таким образом, чтобы ребенок имел возможность добиться успеха, выбирать и действовать разными путями, самостоятельно исследовать все возможности. Большие коррекционно-развивающие возможности заложены в играх с водой (например, игры «Запускаем кораблики», «Достань игрушку» и т.п.), в играх с песком (например, пересыпание песка, нахождение закопанных в песок игрушек и т.п.), в музыкальных играх с использованием «звучащих» игрушек – барабана, дудочки, металлофона и т.п. Важно при организации игровой деятельности следить за тем, чтобы у ребенка было устойчивое положение тела и надежная опора, чтобы было зафиксировано положение рук и кистей. Используемые игрушки должны соответствовать уровню интеллектуального и физического развития, а размер игрушки должен позволять ребенку удерживать ее.

Развитие познавательной деятельности у детей с ДЦП начинается с формирования у них интереса к предстоящей деятельности, способностью принять познавательные задачи. Сначала с ребенком просто рассматриваются окружающие предметы (игрушки, бытовые предметы), потом необходимо переходить к их обследованию – исследуются части, детали каждого предмета, как с ним можно действовать. Проводятся такие игры, как «Покажи такой же предмет», «Чем кушаем», «Покатай машинку» и т.п. Для формирования познавательной активности эффективны такие приемы как экскурсии по помещениям детского сада, прогулки по территории, позволяющие не только расширить представления об окружающем, но и больше узнать о свойствах и качествах окружающих предметов. Полученные представления затем должны закрепляться в игровой деятельности, например, «Приготовим игрушкам обед», «Мишка заболел», «Что нам нужно для прогулки» и т.п. Уже на начальном этапе необходимо вводить элементы опытнической деятельности, сравнивая предметы между собой, например, «Тонет – не тонет», «Сухой песок – мокрый песок» и т.п. Эти и подобные игры способствуют сенсомоторному развитию ребенка, большое значение которому будет уделено на основном этапе коррекционно-педагогической работы.

При формировании **навыков самообслуживания** необходимо учитывать наличие у детей целого ряда нарушений общей моторики и функциональных движений кисти и пальцев рук, познавательной деятельности, в частности, недостаточность пространственных представлений. Обучение должно быть максимально индивидуализировано в зависимости от двигательных возможностей ребенка. Основными навыками самообслуживания, формируемыми у детей дошкольного возраста, являются:

- самостоятельный прием пищи;
- самостоятельное умывание, причесывание;
- самостоятельное одевание и раздевание.

Важной задачей при развитии навыков самообслуживания является обучение самостоятельному приему пищи. Одной из главных причин, затрудняющих формирование этого навыка, является недостаточное развитие у детей зрительно-моторной координации, схемы движения «глаз–рука» и «рука–рот». Эти схемы движения развивают у детей с ДЦП, начиная коррекционно-педагогическую работу еще на первом году жизни. Обучение приему пищи начинают с приема твердой пищи, затем используют густую и полужидкую пищу (кашу, пюре, кисель). Вначале прививают навык подносить свою руку ко рту, затем брать кусок хлеба, бублик, сухарь, ложку и подносить их ко рту. Особое внимание уделяется предметной среде – необходимо использовать небьющуюся и нескользящую по поверхности стола посуду, ручки столовых приборов должны быть изогнуты для более удобного захвата, должна быть предусмотрена и фиксация посуды. При обучении питью можно сначала использовать резиновую трубку, соломинку, поильник с носиком, кружку с двумя ручками, пластмассовый стакан с вырезанным краем.

Обучая ребенка правильно умываться, нужно прививать ему умение совершать действия в определенной последовательности. На первых этапах ему показывают и объясняют самые простые действия (засучить рукава, смочить руки водой, потереть ладони). Позже, когда у ребенка образуются отдельные умения, требования будут усложняться – его необходимо научить открывать и закрывать кран, пользоваться мылом, полотенцем, зубной щеткой. Также важно обучить ребенка действиям, которые требуется выполнять во время раздевания и одевания. Вначале ребенка учат снимать и надевать одежду, не требующую застегивания. Позднее применяются различные приспособления для тренировки таких тонких движений, как расстегивание и застегивание пуговиц (сначала больших, потом мелких), расшнуровывание и шнурование ботинок. Эти

же навыки тренируются при раздевании и одевании больших кукол. После закрепления в играх на кукле они переносятся на самого ребенка. Важно, чтобы двигательные умения включались в повседневную жизнь и практическую деятельность, постоянно развивались и постепенно становились автоматизированными навыками. Все бытовые умения и навыки отрабатываются в пассивно-активной форме (с помощью педагога или родителей), постепенно роль взрослого уменьшается и, наконец, ребенок, по возможности, овладевает самостоятельным выполнением различных действий.

Стимуляция двигательной активности и развитие общих движений проводится поэтапно в ходе специальных упражнений, с учетом степени сформированности основных двигательных функций. Ведущую роль в развитии движений у детей с ДЦП играют лечебная физкультура (ЛФК) и массаж.

С дошкольниками ЛФК проводится в дошкольном учреждении в форме подгрупповых занятий от 3 до 5 раз в неделю (с детьми 3–4 лет – 15 мин, 4–5 лет – 20 мин, 5–6 лет – 25 мин, 6–7 лет – 30 мин). С детьми, имеющими среднюю и тяжелую степень ДЦП, занятия ЛФК проводятся индивидуально. Занятия ЛФК могут проводиться также в лечебных учреждениях или реабилитационных центрах различными курсами, включая комплексное лечение.

В процессе лечебной и коррекционно-педагогической работы необходимо сформировать следующие двигательные умения:

- 1) контролировать положение головы, осуществлять ее движения;
- 2) разгибать верхнюю часть туловища;
- 3) удерживать позу, опираясь на предплечья и кисти;
- 4) поворачивать туловище, переворачиваться;
- 5) самостоятельно присаживаться и сидеть, удерживая позу;
- 6) вставать на четвереньки, ползать, сохраняя равновесие;
- 7) вставать на колени, затем на ноги, сохраняя равновесие;
- 8) удерживать вертикальную позу;
- 9) ходить сначала с поддержкой, затем самостоятельно.

Формирование вышеперечисленных умений достигается комплексной работой различных специалистов, прежде всего, реабилитолога, инструктора по ЛФК, массажиста. Педагоги, в свою очередь, могут стимулировать двигательную активность детей общепедагогическими методами (игровыми, практическими) и следить за правильным положением тела ребенка в течение всего дня. Как можно раньше нужно добиваться вклю-

чения ребенка в активное поддержание позы и выполнение произвольных движений. Развивая различные стороны мотивации, нужно добиваться осознания ребенком производимых им действий, по возможности обосновывая ход выполнения каждого действия, терпеливо и настойчиво добиваться ответных реакций. При этом следует избегать чрезмерных усилий ребенка, что приводит обычно к нарастанию мышечного тонуса.

В процессе лечебной и коррекционно-педагогической работы при развитии двигательных функций большое значение придается использованию комплексных афферентных стимулов:

- зрительных (использование зеркал, стимуляция подражания по показу упражнений педагогом);
- акустических (сопровождение выполняемых упражнений словесной инструкцией, музыкальное сопровождение);
- проприоцептивных (использование упражнений с сопротивлением, чередование выполнения упражнений с закрытыми и открытыми глазами);
- тактильных (проведение массажа, использование различного температурного режима, элементов Су-Джок терапии, хождение по игольчатым аппликаторам).

Особое внимание на занятиях ЛФК уделяется тем двигательным навыкам, которые больше всего необходимы в жизни, и прежде всего, – обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность и самообслуживание. Тренируемые навыки и умения необходимо постоянно адаптировать к повседневной жизни ребенка.

Основными направлениями работы на основной ступени (II) работы с детьми дошкольного возраста, имеющими ДЦП, являются:

- развитие игровой деятельности;
- социально-коммуникативное развитие;
- расширение запаса знаний и представлений об окружающем;
- развитие и коррекция речи;
- развитие сенсомоторной сферы;
- формирование математических представлений;
- освоение различных видов художественной деятельности;
- развитие двигательных функций, навыков самообслуживания и гигиены;
- развитие психических процессов;
- подготовка к овладению чтением и письмом.

В старшем дошкольном возрасте игровая деятельность ребенка с ДЦП становится более разнообразной, к пальчиковым и предметным

играм, которые и на этом этапе сохраняют важнейшее коррекционно-развивающее значение, добавляются творческие игры (сюжетно-ролевые, игры-драматизации). Обучение игре проводится со всеми детьми, независимо от состояния их двигательной функции, в виде непосредственно организованной деятельности, регламентированной по времени. Выбор содержания игры, ее тематики и форма проведения определяется степенью сформированности психофизических предпосылок для овладения теми или иными игровыми действиями и состоянием собственно игровой деятельности ребенка. Обучение сюжетно-ролевым играм проводится в три этапа. На первом этапе педагог привлекает внимание детей к игрушкам, формирует мотивацию к игре; на втором – педагог организует игру, предлагая детям замысел игры, распределяет роли, контролирует реализацию замысла и соблюдение правил игры. На заключительном этапе функции педагога сводятся к наблюдению за игрой детей и вмешательством в нее только при возникновении спорных ситуаций, педагог может корректно направлять сюжет игры в случае возникновения заминок или утрата интереса детей. С детьми также проводятся игры-драматизации, дидактические и подвижные игры, игры со строительным материалом. Методика обучения этим видам игр, в целом, не отличается от традиционной, но в работе с детьми с ДЦП необходимо учитывать следующее:

- 1) игра должна соответствовать уровню психического и моторного развития ребенка, вызывать заинтересованность и желание играть;
- 2) при организации игр со строительным материалом необходимо предусмотреть дополнительные наборы игрушек. Игрушки должны быть такого размера, чтобы ребенок мог ухватить и удержать ее;
- 3) при организации игр со строительным материалом необходимо использовать разнофактурные материалы – глину, песок, камешки, шишки и т.п., что будет способствовать развитию сенсорных ощущений у ребенка с ДЦП;
- 4) в игровом уголке должна быть создана определенная игровая среда, в ней должно присутствовать оборудование для игры ребенка в различных позах (лежа, сидя, стоя);
- 5) для развития положительного отношения к игре и доброжелательности в игровом общении педагогу необходимо подчеркивать значимость каждого ребенка в процессе игры.

Социально-коммуникативное развитие дошкольника с ДЦП осуществляется посредством решения следующих задач:

- формирование у ребенка представлений о себе и об окружающих;

- формирование адекватного восприятия окружающего;
- формирование умения сотрудничать со сверстниками и взрослыми;
- формирование коммуникативных навыков, речевого общения, освоение основных правил общения со сверстниками и взрослыми;
- формирование основ безопасного поведения (в дошкольном учреждении, дома, на улице) для собственной жизни и жизни окружающих.

Реализация данных задач является основой для подготовки ребенка с ДЦП к самостоятельной жизнедеятельности.

Работа по **расширению запаса знаний и представлений об окружающем** у ребенка с ДЦП проводится во всех видах деятельности. Важным является не просто дать сведения об окружающем мире, а учить понимать сущность явлений, устанавливая причинно-следственные связи, оперировать имеющимися знаниями в различных ситуациях. Данное направление работы включает:

- знакомство с предметным миром;
- знакомство с природоведческим материалом;
- формирование системы элементарных обществоведческих знаний (родственные отношения, места проживания людей, деятельность людей, профессии).

В ходе ознакомления с окружающим детей учат проводить сравнения предметов и явлений по различным признакам, обобщения и исключения, устанавливать причинно-следственные связи явлений, делать выводы и заключения. Обучение использованию имеющихся знаний в конкретных видах деятельности заключается в формировании умения выделять в объектах те свойства, которые наиболее существенны для данного вида деятельности (например, что для собирания кубиков-вкладышей важен, прежде всего, их размер, а не цвет).

Основными методами обучения являются действия с натуральными предметами и их изображениями, наблюдения на занятиях и экскурсиях, дидактические игры, демонстрация презентаций и фильмов, беседы, чтение стихов, рассказов, сказок, составление тематических альбомов, элементарные опыты.

Развитие речи предполагает развитие фонетико-фонематической системы языка, обогащение и активизацию словарного запаса, развитие грамматического строя речи (словоизменения, словообразования, синтаксической структуры предложений), развитие диалогической и монологической связной речи. У детей с ДЦП нарушение речи является достаточно распространенным и имеющим конкретные особенности

нарушением. Чаще всего оно выражено в форме псевдобульбарной дизартрии, характерной чертой которой является затруднение со звукопроизношением и нарушение тембра голоса. Устранение речевой патологии требует организации специальной коррекционной работы, которую осуществляет учитель-логопед. Педагоги в соответствии с реализацией программных задач проводят работу по развитию речи в различных видах деятельности (непосредственная образовательная деятельность, режимные моменты, организация самостоятельной деятельности детей), используя следующие методы и приемы:

- беседы, речевое стимулирование;
- пальчиковые игры;
- проведение упражнений артикуляционной гимнастики (пассивной и активной);
- игры по развитию фонематического восприятия (на узнавание и выделение звуков, их различение в потоке звуков и т.п.)
- коммуникативные игры;
- чтение художественной литературы, проговаривание стихов, потешек, чистоговорок;
- имитативные упражнения, подражание речевым образцам педагога;
- сюжетно-ролевые игры и игры-драматизации;
- разучивание и чтение стихотворений;
- речевые тренинги;
- самостоятельная речевая деятельность (рассказывание).

На протяжении всего периода обучения необходимо проводить работу по активизации речевой деятельности, выработке речевого дыхания, развитию голоса, контроль за правильным произношением звуков.

Развитие сенсомоторной сферы дошкольников с ДЦП включает:

- развитие зрительного восприятия цветов: различение, называние цветов, классификация по цвету, рядообразование по интенсивности цвета;
- развитие зрительного восприятия форм: различение, называние, классификация, трансформация форм;
- развитие зрительного восприятия величин: различение, называние, классификация, трансформация, сравнение по величине, рядообразование по величине;
- развитие стереогноза;
- развитие пространственных отношений: понимание, называние, ориентирование, трансформация;
- развитие слухового восприятия;
- развитие темпо-ритмического чувства.

Для развития представлений о цвете, форме и величине используют разноцветные кубики, разноцветные палочки, наборы специальных карточек (цветовых, с рельефным изображением геометрических форм и т.п.), организуются дидактические игры. Например, ребенку предъявляется карта с наклеенными разноцветными домиками, в которых вырезаны окошки. Затем ребенку дается комплект разноцветных квадратиков и предлагается закрыть ими окошки в домиках. Взрослый комментирует действия ребенка, называя цвет квадратиков и домиков, обращает внимание на то, что они подходят по цвету.

В основе стереогноза лежит достаточный уровень тактильной чувствительности, который у детей с ДЦП является крайне низким. Поэтому в коррекционно-педагогическую работу необходимо включать массаж рук ребенка, для которого используются специальные массажные игрушки, массажеры, разнообразие щетки, массажные поверхности. Для развития тактильного восприятия фактуры материалов служат тактильные альбомы, куда помещают лоскуты тканей различной текстуры. Для знакомства с признаками, которые можно определять на ощупь (твердый – мягкий, холодный – теплый, гладкий – шероховатый и т.п.), используются контрастные предметы (мячик пластмассовый – мячик ватный, бутылочка с холодной водой – бутылочка с теплой водой и т.п.). Эффективным средством для развития стереогноза являются пальчиковый (наполняется сыпучими веществами – фасолью, горохом, рисом) и песочный бассейны.

Формирование пространственных представлений начинают с развития представлений о схеме собственного тела, о его правой и левой стороне. Сначала используется прием непосредственного показа частей тела перед зеркалом, затем действия переносятся на куклу, схематическое изображение человека на картинке. Ориентировка по основным пространственным направлениям формируется в упражнениях с мячом, флажком, перемещении в пространстве (например, игра «Найди игрушку»). В процессе таких упражнений усваиваются и закрепляются понятия «вперед», «позади», «справа», «слева», «далеко», «близко» и т.д. Еще одним разделом работы по развитию пространственного восприятия является обучение ориентировке на листе бумаги. Ребенка учат размещать рисунок или геометрическую фигуру на листе бумаги в указанном месте, находить заданный угол листа бумаги, адекватно оценивать размеры фигур при размещении их на листе бумаги.

Для развития слухового восприятия используются как естественные ситуации, так и специально организованные игры со «звучащими» пред-

метами (музыкальными игрушками, инструментами, предметами, действия с которыми вызывают различные звуки – постукивание карандаша по столу, сминание бумаги, переливание воды из стакана в стакан и т.п.). Детям предлагается узнать звуки, которые они слышат вокруг, соотносить их с реальными предметами или предметами, изображенными на картинках, определять близкое и далекое звучание, определять направления в пространстве по звуку без зрительного сопровождения. Методы и приемы развития слухового восприятия представлены в методических разработках по логопедии и сурдопедагогике (Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Л. П. Назарова) и могут успешно применяться в работе с детьми с ДЦП.

Для развития темпо-ритмического чувства используются упражнения с предметами, хороводы, движения под музыку в различном темпе, отстукивание и отхлопывание ритмов (сначала простых, затем сложных, акцентированных), ритмические движения под музыку, проговаривание стихотворных ритмов.

Формирование математических представлений у дошкольников с ДЦП реализуется посредством решения следующих задач:

- обучение порядковому счету: прямому и обратному;
- обучение ориентированию в числовых рядах;
- знакомство с цифрами;
- формированию представлений о количестве;
- сравнение и уравнивание количеств;
- формирование представлений о составе числа;
- обучение решению задач на сложение и вычитание;
- обучение составлению задач с использованием конкретного материала;
- формирование представлений о времени.

В процессе формирования элементарных математических представлений у детей с ДЦП используются специальные приемы обучения, такие как использование двигательного-тактильного восприятия при счете, усвоении геометрических фигур, их расположении; использование наглядности (объяснение, решение задач проводится в процессе ситуаций, зрительно и тактильно воспринимаемых детьми, например, посчитать количество взмахов руки, обвести пальцем цифры, вырезанные из наждачной бумаги и т.п.); использование слухового анализатора (счет с отхлопыванием и восприятие количества хлопков, использование бубна и т.п.); введение математического материала непосредственно в практическую деятельность детей.

Особенно затруднено у детей с ДЦП формирование временных представлений, так как жизненный опыт у них крайне ограничен. Для решения этой задачи используют такие упражнения, как рассматривание и обсуждение серий картинок, фотографий, изображающих деятельность детей и взрослых в разные отрезки времени, игры «Когда это бывает», «Назови соседей ночи». Особое значение в овладении временными представлениями имеет систематическое наблюдение за явлениями природы, деятельностью людей, изменениями в жизни птиц и животных, зависящими от времени года и суток. Очень важно конкретизировать временные единицы через собственную деятельность детей, в первую очередь через режим дня.

Формирование элементарных математических представлений входит в комплекс задач познавательного развития ребенка с ДЦП и осуществляется:

- в повседневной жизни, когда педагог вовлекает детей в коллективную деятельность с математическим содержанием, в общение друг с другом) и т.д.

- в специально организованной деятельности (играх и упражнениях, непосредственной образовательной деятельности в соответствии с программными задачами);

- через опосредованное обучение при проведении игр, досугов, праздников.

Основными **направлениями работы по освоению различных видов художественной деятельности** детьми с ДЦП являются художественное творчество и музыка.

Художественное творчество включает в себя продуктивные виды деятельности ребенка – рисование, лепку, аппликацию. В процессе занятий продуктивными видами деятельности решаются следующие задачи:

- развитие мелкой моторики и зрительно-двигательной координации;
- сенсорное развитие (восприятие цвета, величины, формы, умения передать их в изображении; восприятие пространства, коррекция нарушений пространственного восприятия);

- развитие навыков конструирования;

- воспитание положительного эмоционального отношения к изобразительной деятельности и ее результатам;

- развитие психических процессов, воображения, творчества.

В работе с детьми с ДЦП используются и такие виды деятельности, способствующие решению коррекционных задач, как трафарет, трени-

ровочное рисование. Использование трафаретов способствует воспитанию правильного движения, расширению графических возможностей ребенка с нарушением двигательных функций рук. Тренировочное рисование – система графических упражнений для развития манипулятивной деятельности кисти руки. Специальное обучение рисованию предполагает многократное повторение упражнений в рисовании от руки прямых вертикальных линий, прямых горизонтальных линий, наклонных линий, дугообразных линий, замкнутых круговых линий. Эти графические упражнения в дальнейшем служат основой и для овладения письмом.

Специфика методов обучения продуктивным видам деятельности детей с ДЦП строится на применении средств, отвечающих психофизиологическим особенностям каждого ребенка. В зависимости от степени сохранности зрения, слуха, двигательной сферы ребенка и его интеллектуальных и речевых возможностей, следует подбирать разноплановый инструментарий, максимально удобный для использования (величина, форма, объемность, цвет, контрастность), продумывать способы предъявления материала (показ, использование табличек с текстом заданий или названий предметов, словесно-жестовая форма объяснений, словесное устное объяснение); подбирать соответствующие формы инструкций. Во время работы с детьми с ДЦП необходимо соблюдать ряд условий, направленных на уменьшение влияния моторной недостаточности:

- помещение ребенка в удобную позу, способствующую нормализации мышечного тонуса, снижению напряжения;
- определение ведущей руки;
- использование специальных приемов для снижения гиперкинезов (крепкое сжатие кисти руки ребенка, использование браслетов – утяжелителей, фиксаторов карандаша и т.п.);
- использование активно-пассивного метода (педагог своей рукой помогает действию руки ребенка);
- использование в начале каждого занятия приемов нормализации тонуса рук (массаж, термальное воздействие, гимнастика и т.п.).

Основными средствами музыкального воспитания детей с ДЦП являются слушание музыки, пение, выполнение музыкально-ритмических движений, танцы, игра на музыкальных инструментах. Для детей с ДЦП музыкальные занятия выполняют не только воспитательную функцию, но и имеют корригирующую направленность. Специфическими методами, используемыми в работе с данной категорией детей, являются:

- метод подражания;

– фонетический метод, в основе которого лежит явление физиологической инерции, смысл которой заключается в психофизиологической особенности вокально-слуховых координаций сохранять изначальную установку определенного звука при последующих изменениях тембра, регистра, интонации;

– коррекционная ритмика.

При использовании коррекционной ритмики коррекционная работа основывается на взаимодействии движения, музыки, речи, которые оказываются несформированными у детей с ДЦП. Обязательно в занятия включаются дыхательные упражнения, упражнения для развития голосовой функции, игры и упражнения, способствующие развитию и коррекции психо-эмоциональной сферы.

На основной ступени коррекционно-педагогической работы продолжается работа по развитию двигательных функций, а также навыков самообслуживания и гигиены. Проводятся регулярные занятия ЛФК, массаж, осуществляется постоянный контроль за положением тела, стимуляция двигательной активности ребенка. На этом этапе усложняется работа по социально-бытовой ориентировке детей с ДЦП. К умениям принимать пищу, умываться, одеваться и раздеваться добавляется работа по обучению сервировке стола, уборке и мытью посуды, обучение детей отдельным операциям по уборке помещения, пользования бытовыми приборами, открыванию и закрыванию замков, уходу за одеждой и обувью и т.п. Сначала все эти действия выполняются с помощью педагога, затем самостоятельно ребенком. Необходимо спокойно, в медленном темпе привносить каждое новое движение, показывать рукой ребёнка, как оно выполняется, затем предложить выполнить самостоятельно. Если ребенок не справляется с выполнением задания необходимо повторить несколько раз данное движение. При формировании каждой новой схемы двигательного действия необходимо добиваться от ребенка четкости выполнения, свободы движения, плавности переключения с одного действия на другие и целенаправленного увеличения или уменьшения амплитуды движений.

Подготовка дошкольников с ДЦП к **овладению чтением и письмом** включает:

- развитие мотивации к овладению чтением и письмом;
- индивидуальный подбор оптимальной позы для работы с книгой и с тетрадью;
- использование букв в качестве опорных сигналов при проведении упражнений на развитие фонематической системы;

- использование букв при проведении работ на развитие зрительного восприятия;
- обучение правильному удержанию карандаша, ручки или подбор индивидуального приема удержания;
- формирование навыков пространственной ориентировки в книге и тетради;
- формирование направления чтения и письма (сверху вниз и слева направо) на примере написания в строчках палочек, кружков, крючков и т.п.;
- формирование зрительно-моторной координации при письме (размер изображаемого, соблюдение интервалов между изображениями и т.п.).

О. Г. Приходько и И. Ю. Левченко выделяют два периода обучения грамоте детей с ДЦП: подготовительный и основной [4].

Задачами *подготовительного периода обучения* грамоте являются:

1. Формирование произвольной стороны речи.
2. Развитие слухового внимания и речеслуховой памяти.
3. Формирование фонематического восприятия.
4. Нормализация оптико-пространственного гнозиса.
5. Подготовка мелкой моторики руки к процессу письма.
6. Формирование психологической базы речи.
7. Формирование мыслительных операций.

Задачами *основного периода обучения* грамоте являются:

1. На основе звукового анализа и синтеза обучение чтению слогов и слов.
2. Формирование графо-моторных навыков (автоматизация навыка проведения прямых линий и линий разных конфигураций, овладение основными элементами букв, развитие зрительно-моторной координации, формирование буквенного гнозиса).
3. Формирование мыслительных операций, развитие основ математического мышления.

Задачи подготовки детей с ДЦП к обучению в школе решаются во всех видах деятельности детей. Для категории детей с тяжелым поражением манипулятивной функции, которые в силу двигательного нарушения не могут научиться самостоятельно писать (дети с тяжелой степенью поражения верхних конечностей при спастической диплегии и гиперкинетической форме ДЦП), важной является компьютеризация процесса обучения письму. Овладение работой на компьютере позволяет совершенствовать навыки письменной речи, дает возможность полноценного обучения, тренирует память, создает эмоционально положительный настрой, облегчает контроль педагога за уровнем знаний.

Коррекционно-педагогический процесс с дошкольниками с ДЦП на протяжении всего периода сопровождается работой педагога-психолога, дефектолога, логопеда. Педагог-психолог решает задачи психологического сопровождения детей с ДЦП и их семей, развитием психических процессов, формирует мотивационную готовность к обучению в школе, в задачи дефектолога входит работа по коррекции познавательной сферы, двигательному развитию ребенка, социально-бытовой ориентировке. Учитель-логопед проводит коррекцию речи, формирует предпосылки к овладению письменной речью (чтение и письмо). Коррекционная работа с дошкольниками с ДЦП проводится ежедневно во вторую половину дня.

Организация коррекционно-педагогической работы с дошкольниками с ДЦП предполагает внесение изменений в формы работы и учет следующих рекомендаций:

1. Вследствие имеющихся моторных трудностей в режиме дня должно быть предусмотрено увеличение времени, отводимого на проведение гигиенических процедур, прием пищи. Предусматривается широкое варьирование организационных форм коррекционно-образовательной работы: групповых, подгрупповых, индивидуальных.

2. При подборе дидактического материала для детей с ДЦП необходимо подбирать выраженную, легко ощутимую тактильную поверхность.

3. При проектировании индивидуальных коррекционных программ следует опираться на ряд принципов:

– принцип ориентации на возможности дошкольников, то есть индивидуально-психологические, клинические особенности детей с ДЦП;

– принцип дозированности объема изучаемого материала (в связи с замедленным темпом усвоения необходима регламентация объема программного материала по всем разделам программы и более рациональному использованию времени для изучения определенных тем);

– принцип линейности и концентричности (темы следует располагать систематически, последовательно по степени усложнения и увеличения объема; при концентрическом построении программы материал повторяется путем возвращения к пройденной теме);

– принцип инвариантности (при необходимости – изменение содержания программы, комбинирование разделов, изменение последовательности в изучении тем).

4. Необходима постоянная динамическая смена видов деятельности ребенка, что позволяет преодолевать нервно-психическую истощаемость, поддерживать внимание и работоспособность, преодолевать двигательную инертность.

5. Необходимо соблюдать индивидуальный двигательный режим, что предполагает выбор индивидуальных рефлекс-запрещающих позиций, подбор и использование ортопедических приспособлений.

6. В дошкольном учреждении для детей с ДЦП должна быть создана речевая среда, предусматривающая усвоение и практическое использование доступных детям коммуникативных средств (вербальных и невербальных).

4. По мере овладения ребенком практическими действиями необходимо сокращать объем оказания помощи от полного сопровождения всей операции (цепочки действий) к отдельным действиям, а также изменять характер помощи от неречевого (действий, предметов, жестов) к речевому (прямому указанию ошибки или оценке действия, поощрению). Предлагая ребенку помощь, нужно фиксировать, способен ли он использовать ее полностью или частично, насколько при этом улучшается результативность его действий.

Сроки получения дошкольного образования детьми с ДЦП устанавливаются ФЗ №273 от 29.12.2012 г. «Об образовании в Российской Федерации», в соответствии с которым по рекомендациям ПМПК он может быть пролонгирован [11]. Если детям с ДЦП из-за тяжести физических, психических нарушений недоступно для усвоения большинство образовательных областей, то разрабатываются индивидуальные программы, направленные на социализацию воспитанников и способствующие нормализации эмоционального поведения, формированию навыков самообслуживания, игровых действий, предметной деятельности, социально-бытовой ориентации.

Обучение и воспитание детей школьного возраста с ДЦП

В соответствии с современной образовательной политикой инклюзивного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), закрепленной в Законе «Об образовании в Российской Федерации», родители ребенка школьного возраста с ДЦП могут выбирать школу, где он будет обучаться. Это может быть как специальная (коррекционная) школа (необходимо отметить, что согласно Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации» специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями коррекционные школы стали называться общеобразовательными организациями), так и общеобразовательная школа по месту жительства. Однако при определении образовательного маршрута школьника с ДЦП необходимо учитывать возможности освое-

ния образовательной программы в соответствии со стандартами начального образования.

Группа детей с ДЦП крайне разнородна в возможностях освоения академического образования и в соответствии с этим могут обучаться в различных типах образовательных организациях:

1. Дети, имеющие двигательную патологию, с сохраненным психическим развитием или с задержкой психического развития, могут осваивать образовательную программу в общеобразовательной (массовой) школе или специальной коррекционной школе для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ранее С(К)ОУ VI вида).

2. Дети, имеющие двигательную патологию и легкую степень умственной отсталости, обучаются в специальной коррекционной школе для детей с нарушениями интеллекта (ранее С(К)ОУ VIII вида) или специальной коррекционной школе для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (в этом случае для данной категории детей открываются специальные классы, обучение в которых проводится по учебным планам и программам коррекционных школ VIII вида).

3. Дети, имеющие двигательную патологию и умеренную и тяжелую степени умственной отсталости, обучаются на дому в соответствии со специальными индивидуальными программами развития. Также для детей с тяжелыми степенями умственной отсталости возможно обучение по индивидуальной программе в условиях реабилитационного центра.

И. Ю. Левченко и О. Г. Приходько выделяют показатели развития, благоприятные для интеграции детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в общеобразовательную школу:

- нормальное или близкое к нормальному интеллектуальное развитие;
- отсутствие сопутствующих сенсорных нарушений (зрения и слуха);
- достаточный уровень сформированности навыков самообслуживания;
- возможность манипулирования хотя бы одной рукой;
- разборчивая речь, отсутствие тяжелого недоразвития речи [4].

В настоящее время образование школьников с ДЦП осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом начального общего образования (ФГОС НОО) для обучающихся с ОВЗ, который представляет собой совокупность обязательных требований при реализации адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования для детей с ОВЗ [12]. Независимо от типа образовательной организации и формы обучения предполагается реализация адаптированной основной общеобразова-

тельной программы (АООП). АООП разрабатываются образовательной организацией самостоятельно на основе требований ФГОС ОВЗ и в соответствии с примерными АООП.

Данный стандарт определяет 4 варианта АООП для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в том числе и ДЦП:

1. Вариант 6.1 предполагает, что обучающийся с ДЦП получает образование, сопоставимое с образованием здоровых сверстников, находясь в их среде и в те же календарные сроки обучения (1–4 классы). Срок освоения ООП НОО быть увеличен с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей (в соответствии с рекомендациями ПМПК). Данный вариант предназначен для образования детей с ДЦП, достигших к моменту поступления в школу уровня развития, близкого к возрастной норме, и имеющих положительный опыт общения со здоровыми сверстниками. Дети полностью включаются в общий образовательный процесс.

В спорных случаях на момент поступления ребенка в организацию с согласия родителей (законных представителей) следует рекомендовать более сложную образовательную среду, а в случае, если обучающийся не достигает минимального уровня овладения предметными результатами по всем или большинству учебных предметов в течение года, то в соответствии с рекомендациями ПМПК, с согласия родителей (законных представителей) организация может перевести обучающегося на обучение по варианту 6.2.

2. Вариант 6.2 предполагает, что обучающийся с ДЦП получает образование, сопоставимое по итоговым достижениям к моменту завершения школьного обучения с образованием здоровых сверстников, но в более пролонгированные календарные сроки, находясь в среде сверстников со сходными ограничениями здоровья, не противоречащими образовательными потребностями или в среде здоровых сверстников при условии создания необходимых условий для реализации как общих, так и особых образовательных потребностей. Среда и рабочее место организуются в соответствии с особыми образовательными потребностями детей с ДЦП и дополнительно приспособляются к конкретному ребенку.

Этот вариант предназначен для образования обучающихся с ДЦП, достигших к моменту поступления в школу уровня развития, близкого к возрастной норме, но имеющих особенности психофизического развития, которые затрудняют процесс овладения знаниями, и нуждающихся в специальных условиях получения образования.

3. Вариант 6.3 предполагает, что обучающийся с ДЦП получает образование, которое по итоговым достижениям не соответствуют требованиям к итоговым достижениям здоровых сверстников на всех этапах обучения и к моменту завершения школьного образования. Данный вариант предполагает пролонгированные сроки обучения и предназначен для образования обучающихся с ДЦП с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Обязательными являются организация специальных условий обучения и воспитания для реализации как общих, так и особых образовательных потребностей и использование СИПР, которая при необходимости индивидуализируется. Рабочее место каждого обучающегося организуется в соответствии со специфическими потребностями детей с ДЦП, особенностями развития и особыми образовательными потребностями конкретного ребенка. В данном варианте АООП НОО «академический» компонент редуцирован в пользу расширения области развития социальной компетенции.

4. Вариант 6.4 предполагает обучение ребенка, имеющего ДЦП в сочетании с тяжелыми и множественными нарушениями (УО, нарушения слуха, зрения). Такой обучающийся в соответствии с уровнем развития интеллекта получает образование по АООП, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями сверстников с ДЦП, не имеющих дополнительные ограничения. На основе АООП организация разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР), учитывающую специфические образовательные потребности ребенка. В данном варианте АООП НОО решаются только задачи формирования «жизненной» компетенции.

Учебные планы по каждому варианту АООП включают обязательные предметные области и коррекционно-развивающую область.

Обязательные предметные области учебного плана и основные задачи реализации содержания предметных областей варианта 6.1 соответствуют ФГОС НОО. Однако при разработке содержания и проведении педагогической работы необходимо учитывать особенности двигательных и речевых нарушений у учащихся с нарушениями с ДЦП. Процесс обучения по таким предметам, как русский (родной) язык, физическое воспитание, математика, особенно на начальных этапах, имеет специфику. Так, освоение отдельных разделов дисциплины «Русский (родной) язык» возможно лишь при условии решения ряда специальных задач – подготовка руки к письму, формирование двигательного навыка, его последо-

вательная отработка и закрепление, коррекция звукопроизносительной речи, предупреждение дизграфических и дислексических ошибок. При обучении математике большое значение следует уделить формированию пространственных представлений, что предполагает введение дополнительных упражнений при обучении к записи примеров в столбик (размещение одних предметов под другими, рисование фигур в клетках и т.п.), и развитию геометрических представлений. Коррекционная направленность обучения должна быть обеспечена специальными методами обучения, введением пропедевтических занятий, предшествующих изучению отдельных разделов и тем программы.

Варианты 6.2, 6.3, 6.4 предусматривают дифференцированный подход к определению и наполнению обязательных предметных областей в зависимости от познавательных возможностей ребенка. По мере «отягчения» степени имеющегося нарушения идет уменьшение объема академической («знаниевой») компетенции и увеличение объема жизненной компетенции (обеспечение ребенка практическими знаниями, умениями и навыками, необходимыми в повседневной жизни и формирующими основу дальнейшего развития отношений с окружением). Так, например, в вариантах 6.3 и 6.4 из образовательной программы исключается предметная область «Основы религиозных культур и светской этики»; в варианте 6.4 предметная область «Физическая культура» заменена на «Адаптивную физическую культуру», где основными задачами являются:

- развитие восприятия собственного тела, осознание своих физических возможностей и ограничений;
- освоение доступных способов передвижения (в том числе с использованием ортопедических приспособлений);
- соотнесение самочувствия с настроением, собственной активностью, самостоятельностью и независимостью;
- коррекция двигательных навыков, координации движений, физических качеств;
- освоение доступных видов физкультурно-спортивной деятельности.

В процессе всей учебной деятельности при изучении предметов учебного плана осуществляется коррекционно-развивающая работа. Также предусматриваются специальные коррекционно-развивающие занятия педагога-дефектолога, учителя-логопеда.

Коррекционно-развивающая работа в соответствии с требованиями ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ направлена на оказание комплексной помощи школьникам с ДЦП в освоении АОП НОО, коррекцию нарушений

физического, психического и речевого развития, социальную адаптацию. Комплексная помощь предусматривает медицинское воздействие, направленное, прежде всего, на коррекцию двигательных нарушений, логопедическое и психологическое сопровождение. Эти составляющие и образуют структуру коррекционно-развивающей области, дополняющей ООП. В качестве основных направлений коррекционно-развивающей работы с учащимися с ДЦП следует выделить:

- медицинскую коррекцию и абилитацию (лечебные мероприятия, медикаментозное лечение, психотерапевтическое лечение);
- психологическую коррекцию познавательных процессов;
- психологическую коррекцию эмоциональных нарушений;
- психологическую коррекцию социально-психологических проявлений;
- коррекцию нарушений речи;
- коррекцию нарушений чтения и письма.

В зависимости от структуры нарушений коррекционно-развивающая работа с детьми данной категории должна строиться дифференцированно. Предметы коррекционного цикла следует определять в зависимости от имеющихся у детей нарушений:

- преимущественно двигательных;
- преимущественно речевых;
- сочетание двигательных и речевых,
- недостатков общего психического развития.

Необходимо проводить групповые и индивидуальные коррекционные занятия, обеспечивающие усвоение программного материала (расширение знаний и представлений об окружающем, формирование пространственных и временных представлений, развитие графических навыков). Внутри каждой группы педагогу следует выяснить характер и степень затруднений учащихся, составить перспективный план на каждого ученика и организовать занятия с каждой группой 2–3 раза в неделю; продолжительность каждого занятия 20–30 минут.

Коррекционные занятия не должны дублировать ни содержание, ни форму урочных занятий. При их проведении необходимо использовать различные формы и виды работ, особое внимание следует уделять предметно-практической деятельности детей. В начальных классах целесообразно проводить часть занятий в игровой форме. Продолжительность пребывания учащихся в той или иной группе определяется степенью коррекции специфического затруднения и готовностью выполнения заданий вместе с классом. Поэтому состав групп должен быть подвижным: одних

детей следует выводить для работы с классом, а других включать в состав групп для коррекции нарушений. Таким образом, один и тот же ученик в течение года может входить в состав различных групп. Коррекционные занятия следует проводить, начиная с подготовительного и заканчивая девятым классом.

Обучение школьников с ДЦП в общеобразовательной школе осуществляется в соответствии с образовательными программами – адаптированной образовательной программой для школьников с ДЦП с сохраненным интеллектом или по адаптированной образовательной программе для школьников с нарушением интеллекта.

Адаптированная образовательная программа для школьников с ДЦП с сохраненным интеллектом может предусматривать иное распределение учебного материала по годам обучения в сравнении с основной образовательной программой. Объем содержания всех общеобразовательных дисциплин тот же, что и для школьников с нормальным психофизическим развитием, но в связи с особенностями двигательных и речевых нарушений у учащихся процесс обучения по таким предметам, как русский (родной) язык, физическое воспитание, математика, особенно на начальных этапах, имеет специфику. Так, например, на уроках русского языка особое значение следует уделять подготовке руки к процессу письма, развитию графомоторных навыков, формированию двигательного навыка письма. Также обращается внимание на развитие фонетико-фонематических процессов, усвоению грамматической системы языка, лексическим и грамматическим обобщениям. Решение коррекционных задач на уроках русского языка обеспечивается специальными методами обучения, введением пропедевтических занятий, предшествующих изучению отдельных разделов и тем программы, а также использованием индивидуального и дифференцированного подхода к таким ученикам. Большое внимание необходимо уделять формированию предметно-практической деятельности учащихся, различным формам работы с разрезной азбукой, графической записи слов и т.п.

Трудовое обучение строится с учетом возможностей, интересов воспитанников, включает в себя систему трудотерапии, направленную на восстановление, компенсацию и развитие трудовых умений и навыков, является основой для профессиональной подготовки. Наряду с предметами общеобразовательного цикла, базисный учебный план обязательно предусматривает занятия по коррекции недостатков двигательных и психических функций:

Дети, имеющие ДЦП и нарушение интеллекта, в 5–9 классах продолжают обучение общеобразовательным предметам, включающее основы отдельных наук с ограниченным количеством фактов, обобщений, некоторых понятий без глубокого проникновения в сущность явлений. На обучение русскому языку (чтение, письмо, русский язык) и математике как ведущим общеобразовательным учебным предметам, особо значимым в коррекции познавательной и речевой деятельности обучающихся, отводится максимально допустимое количество учебных часов. Большое внимание отводится профессионально-трудовому обучению, которое нацелено на подготовку обучающихся к самостоятельной жизни и труду в соответствии с возможностями ребенка.

Одной из форм организации педагогической помощи является надомное образование детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата. С одной стороны, надомное обучение включает данную категорию детей в образовательное пространство, с другой – имеет ряд недостатков: сокращенная общеобразовательная программа, нерегулярность домашних уроков, изоляция ученика от общества сверстников, отсутствие возможности профориентации.

К уровню подготовки обучающихся, в зависимости от осваиваемой ступени, предъявляются определенные требования. Так, на первой ступени (начальное общее образование) требования к уровню усвоения учебного материала соответствуют требованиям начальной общеобразовательной школы с учетом особенностей двигательного и речевого развития детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата. В подготовительном и 1-м классах используется только качественная оценка успешности освоения школьной программы. Знания учащихся оцениваются с учетом особенностей нарушений речи и затруднений в письме, обусловленных двигательными расстройствами. Ученики начальных классов, не справившиеся с учебной программой по состоянию здоровья, по решению ПМПК могут быть оставлены на повторный курс обучения с использованием при необходимости индивидуальной учебной программы.

По окончании основной школы (2-я ступень общего образования) учащиеся сдают экзамены. Процедура проведения экзаменационных испытаний, экзаменационные билеты разрабатываются с учетом двигательных и речевых возможностей детей. Выпускники могут быть освобождены от сдачи экзаменов по состоянию здоровья в установленном порядке. Обучающиеся на 2-й ступени и не освоившие до 3 предметов,

предусмотренных базисным учебным планом, могут переводиться в следующий класс и выпускаться с записью в документе государственного образца «прослушал». Обучающимся на 2-й ступени и освоившим учебную программу в рамках базисного плана обеспечиваются дополнительные возможности для завершения образования по индивидуальным планам и программам.

По усвоению учебного материала в соответствии с объемом среднего образования (3-я ступень) выпускники сдают экзамены за среднюю школу по экзаменационным работам и билетам, разработанным для общеобразовательных школ.

Требования к уровню подготовки учеников классов для умственно отсталых детей с двигательными нарушениями соответствуют требованиям, предъявляемым к учащимся школ для умственно отсталых.

В течение всего периода обучения детей с ДЦП проводится работа по раннему развитию трудовых навыков и профориентации. При сохранном интеллекте они могут овладеть профессиями программиста, экономиста, бухгалтера, библиотекаря, переводчика и др. Для получения профессионального образования выпускникам с ДЦП предоставляется возможность льготного поступления в профессионально технические училища, техникумы, высшие учебные заведения. В настоящее время функционирует сеть специализированных учреждений среднего профессионального образования, высших учебных заведений, принимающих для обучения студентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата (Московский государственный гуманитарно-экономический университет, Московский государственный технический университет им. Н. Э. Баумана, Челябинский государственный университет и т.п.). Кроме того, в соответствии с федеральным законодательством абсолютно каждый вуз должен быть способен принять абитуриентов с ОВЗ на любую программу подготовки (если нет профессиональных ограничений).

Специальные условия обучения и воспитания детей с ДЦП

Для каждого ребенка с ДЦП в образовательном учреждении должны быть созданы специальные образовательные условия, разработан индивидуальный образовательный маршрут [6].

Каждому дошкольнику и школьнику с ОВЗ требуются коррекционно-развивающие занятия со специалистом, а при необходимости – особая организация образовательного процесса, адаптация содержания образования с учетом свойственных ему особенностей усвоения учебного материала, а также специальные методы и приемы объяснения и за-

крепления учебного материала. При этом важную роль играет не только процесс обучения в стенах школы, но и организация его деятельности во второй половине дня, занятость в учреждениях дополнительного образования, где ребенок смог бы реализовать свои интересы и быть успешен. Режим дня ребенка с ДЦП должен быть четко отлажен во избежание перегрузок или, наоборот, недостаточной занятости.

Обязательным условием является соблюдение индивидуального ортопедического режима для каждого обучающегося. В соответствие рекомендациями врача-ортопеда, инструктора ЛФК определяются правила посадки и передвижения ребенка с использованием технических средств реабилитации, подбираются рефлекс-запрещающие позиции (поза, который взрослый придает ребенку для снижения активности патологических рефлексов и нормализации мышечного тонуса), обеспечивающие максимально комфортное положение ребенка в пространстве и возможность осуществления движений.

Обучение детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях:

- медикаментозное и физиотерапевтическое лечение;
- терапия нервно-психических отклонений;
- лечение сопутствующих заболеваний, нормализация соматического статуса.

Комплекс восстановительного лечения представляется ортопедо-неврологическими мероприятиями, лечебной физкультурой, массажем, физиотерапией, протезно-ортопедической помощью. Лечебные мероприятия, кроме обычной педиатрической службы, должны осуществлять врачи-неврологи, врачи ЛФК, физиотерапевты, ортопеды. Образовательная организация осуществляет взаимосвязь в учебной и лечебной работе посредством организации сетевого взаимодействия. В свою очередь, медицинская организация разрабатывает рекомендации по созданию лечебно-профилактического режима для детей с ДЦП, которые касаются, прежде всего, режима учебного дня, смены видов деятельности, включения в учебную деятельность динамических пауз.

Важным условием также является организация работы по формированию навыков самообслуживания, гигиены, социально-бытовой ориентации у детей с двигательными нарушениями. При формировании навыков самообслуживания и бытовой ориентации необходимо учитывать наличие у детей с церебральным параличом целого ряда нарушений

общей моторики и функциональных движений кисти и пальцев рук, речи, познавательной деятельности, в частности недостаточность пространственных представлений.

Обязательным условием в работе с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата является организация логопедической помощи по коррекции речевых расстройств. Логопедическая работа с детьми, имеющими различные речевые расстройства, позволяет в той или иной мере корригировать, а иногда и нормализовать речевые возможности детей.

Еще одним условием обучения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата является организация системы взаимодействия и поддержки образовательной организации со стороны ПМПК, ресурсных центров по развитию инклюзивного образования, специальных (коррекционных) школ VI вида, учреждений здравоохранения и социальной защиты. Реализация данного условия позволяет при недостаточном кадровом ресурсе самой образовательной организации обеспечить ребенку с ДЦП необходимый образовательный маршрут, максимально полно и содержательно реализовать адаптированную образовательную программу.

Литература

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. Доречевой период: Книга для логопеда. М.: Просвещение, 1989.
2. Дети с церебральными параличами: пути обучения и коррекции нарушенных функций / под ред. М. В. Ипполитовой. М., 1981.
3. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: методическое пособие для педагогов / Е. А. Стребелева, Ю. Ю. Белякова, М. В. Браткова и др.; под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Экзамен, 2004.
4. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: Академия, 2001.
5. Левченко И. Ю., Приходько О. Г., Гусейнова А. А. Детский церебральный паралич: Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками. М.: Книголюб, 2008.
6. Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях. Методические рекомендации для руководителей образовательных учреждений. Серия Инклюзивное образование. М.: МГППУ, 2012.
7. Приходько О. Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: методическое пособие. М.: КАРО, 2006.
8. Симонова Н. В. Программа воспитания и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 1987.
9. Смирнова И. А. Специальное образование дошкольников с ДЦП: учебно-методическое пособие. СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2003.

10. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2013/11/25/doshk-standart-dok.html>

11. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2012/12/30/obrazovanie-dok.html>

12. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1598 «об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71254376/>

3.4. Устранение речевых нарушений у детей с ДЦП

Система логопедического воздействия у детей с ДЦП, имеющих дизартрию имеет комплексный характер: коррекция звукопроизношения сочетается с формированием артикуляционной и мелкой моторики, звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи и связного высказывания. Спецификой работы является сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и артикуляционной гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением. В практическом осуществлении учебно-воспитательной работы с детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата коррекционное развитие как специально организуемый и направляемый процесс неразличим и не может существовать вне коррекционного обучения и воспитания [8].

И. Ю. Левченко и О. Г. Приходько считают, что различная степень нарушения двигательной и речевой функции, особенности формирования психических процессов делают необходимым использование разнообразных приемов и методов при обучении чтению детей с ДЦП [7].

При проведении коррекционной работы у детей с ДЦП необходимо учитывать форму дизартрии.

При бульбарной дизартрии речевая терапия проводится на фоне лечения бульбарного синдрома с применением существующих медикаментозных и немедикаментозных методов воздействия. Обращают внимание на развитие точности артикуляционных движений, проприоцептивных ощущения в речевой мускулатуре путем пассивно-активной гимнастики артикуляционных мышц. Для развития достаточной силы мышц используют упражнения с сопротивлением.

При псевдобульбарной дизартрии речевая терапия должна начинаться с первых месяцев жизни: воспитание навыков глотания, сосания, жевания развитие проприоцептивных ощущения в речевой мускулатуре путем пассивно-активной гимнастики артикуляционных мышц развитие дыхательной функции воспитание голосовой активности.

В дальнейшем по мнению Селюковой Е. А., Герасимовой В. Н., Ильядис С. А. производится воспитание речевых кинестезий, развитие кинестетического следового образа в речевой мускулатуре и в мышцах пальцев рук. Вся речевая терапия проводится на фоне медикаментозного лечения [11].

Предварительное снижение мышечного тонуса в речевой и скелетной мускулатуре с помощью подбора специальных поз и положений для проведения логопедической работы.

При псевдобульбарной дизартрии основное внимание обращают на расслабление общих и речевых мышц, развитие дифференцированных артикуляционных движений, преодоление гиперсаливации, синкинезий и рефлексов орального автоматизма. Для подавления последних логопед нежно прикасается к губам ребенка ваткой, другой рукой препятствуя их рефлексорным движениям. Таким же образом тормозят и оральные синкинезии. Эти упражнения проводят систематически 2–3 раза в день, чередуя их с обучением ребенка глотанию, жеванию, питью из чашки, произвольному дыханию, дутью.

При мозжечковой дизартрии укрепляющий массаж лицевых и артикуляционных мышц сочетают со специальными логоритмическими упражнениями, речевой игротерапией и пением для развития координации дыхания, фонации и артикуляции. Во время артикуляционной гимнастики тренируют способность воспроизводить и сохранять артикуляционные уклады, а также точность артикуляционных движений. Для усиления ощущения движений многие упражнения проводят с сопротивлением. Важно развивать точность артикуляционных движений и их ощущений, развивать интонационно-ритмическую и мелодическую стороны речи, работать над синхронизацией процессов артикуляции, дыхания и голосообразования

При экстрапирамидной дизартрии все речевые занятия проводят на фоне патогенетической и симптоматической медикаментозной терапии. Использование рефлекс – запрещающих позиций. При экстрапирамидной дизартрии артикуляционную гимнастику проводят в положениях,

способствующих расслаблению ребенка и торможению произвольных движений, особенно в мышцах лица и шеи. Дополнительно можно использовать специальные приспособления для фиксации головы и конечностей. Ребенка учат следить за положением рта, языка, общей мимикой лица, тормозить гиперкинез, произвольно закрывать и открывать глаза без общего напряжения и содружественных движений, воспроизводить, удерживать и ощущать различные артикуляционные уклады, а также плавно переходить от одного к другому.

Необходимо развитие произвольных движений в артикуляционной, фонационной, дыхательной и скелетной мускулатуре. Воспитание возможности движений в определенном ритме и темпе, произвольного прекращения движений и переключений с одного движения на другое. Разрабатывается ритмичное, произвольное дыхание. Используются определенные ритмические раздражители: слуховые – музыка, удары метронома, счет, зрительные – ритмические взмахи руками логопеда и потом самого ребенка. Важная роль принадлежит пению и логоритмике.

Используют специальные дыхательные игры-упражнения, надувание мыльных пузырей, задувание свечей, игра на губных дет. муз. инструментах (свирели, гармошки, дудочки). Развитие артикуляции и фонации. Развитие статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезий. Проводиться коллективная речевая игротерапия. Применяются отдельные элементы аутогенной тренировки.

При корковой на фоне медикаментозной терапии производится развитие тонких дифференцированных артикуляционных движений, кинестетических ощущений, орального и ручного праксиса.

При корковой афферентной апрактической дизартрии основное внимание обращают на развитие кинестетических ощущений, орального и ручного праксиса, лицевого гнозиса.

При корковой эфферентной дизартрии артикуляционная гимнастика направлена на развитие тонких дифференцированных артикуляционных движений, особенно перемещение кончика языка вверх. Логопед при помощи шпателя или языкового зонда помогает этому движению. Внимание ребенка сосредотачивают на ощущении положения языка. Одновременно он видит этот уклад в зеркале. Затем учат ребенка опускать язык на дно полости рта в нейтральную позицию и чередовать его опускание и поднятие. При корковой дизартрии в основном стимулируют произношение переднеязычных звуков, начиная с группы твердых перед-

неязычных – «т», «д», «н», затем ставят более сложные звуки – «р», «л» и аффикативные.

Работа над произношением проводится параллельно с развитием фонематических функций (фонематического восприятия, дифференциации, фонематического анализа и синтеза).

Сами приёмы постановки, автоматизации и дифференциации звуков такие же, как при коррекции любых звукопроизносительных расстройств.

Логопедическая работа при дизартрии проводится поэтапно. О.В.Правдина (1973) делит ее на 3 периода. Несмотря на общие задачи, для каждого периода можно выделить свою основную задачу.

Для I периода – освобождение речи и психики ребенка от вторичных и менее стойких явлений, которые мешают начать работу над речью. Это преодоление насильственных движений, обильного слюнотечения и пассивности.

Для II периода характерным является преодоление основного нарушения – фонетической неполноценности речи. Она стоит на первом плане. Обучение ребенка, организация его досуга в значительной степени должна быть подчинена этой задаче.

Для III периода, когда речь делается понятной для окружающих, работа над произношением занимает по-прежнему большое место, но она уже является дополнительной. Основной задачей становится подготовка детей к школьному обучению, то есть обучение грамоте.

Е. М. Мастюкова выделяет 2 этапа коррекционно-педагогической работы при устранении дизартрии.

Первый этап, подготовительный – основные его цели: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, у ребенка раннего возраста – воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса.

Методы и приемы работы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи.

Логопедическая работа проводится на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Второй этап – формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основная его цель: развитие речевого общения и звукового анализа. Проводится работа по коррекции артикуляционных нарушений: при спастичности – расслабление мышц артикуляционного аппарата, выработка контроля над положением рта, развитие артикуляционных движений, развитие голоса; коррекция речевого дыхания;

развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса [9].

Е. Ф. Архипова в процессе комплексного подхода при устранении дизартрии выделяет три блока.

Первый блок – медицинский, который определяет врач-невролог. Кроме медикаментозных средств, назначаются ЛФК, массаж, рефлексотерапия, физиотерапия и др.

Второй блок – психолого-педагогический. Основным направлением этого воздействия будет развитие сенсорных функций. Развивая слуховое восприятие, формируя слуховой гнозис, тем самым подготавливаем базу для формирования фонематического слуха. Развивая зрительное восприятие, дифференцировки и зрительный гнозис, тем самым предупреждаем графические ошибки на письме. Реализуя это направление, развивают и стереогноз. Кроме развития сенсорных функций, психолого-педагогический блок включает упражнения по развитию и коррекции пространственных представлений, конструктивного праксиса, графических навыков, памяти, мышления. Этот аспект работы достаточно полно изучен и методически обеспечен (Л. А. Данилова, Н. В. Симонова, И. Ю. Левченко и другие).

Третий блок – логопедическая работа, которая проводится преимущественно в индивидуальном плане [4].

Е. Ф. Архипова, О. В. Правдина, Е. М. Мастюкова выделяют следующие направления коррекционной работы при дизартрии:

1. Преодоление моторных нарушений при дизартрии:

- развитие артикуляционного праксиса;
- артикуляционная гимнастика;
- преодоление нарушений мышечного тонуса;
- логопедический массаж;
- развитие мелкой моторики.

2. Коррекция фонетико-фонематических нарушений:

- развитие речевого дыхания;
- коррекция звукопроизношения;
- преодоление фонематических нарушений.

3. Коррекция просодической стороны речи:

- формирование интонационной выразительности речи при дизартрии;
- формирование представлений об интонационной выразительности в импрессивной речи;
- формирование интонационной выразительности в экспрессивной речи;

4. Развитие лексико-грамматических компонентов речи и связной речи

В преодолении речевых нарушений у детей с ДЦП при дизартрии большая роль отводится развитию общей, мелкой, артикуляционной моторики.

В течение всей коррекционной работы, начиная уже с подготовительного этапа, проводится работа по развитию артикуляционной моторики: логопедический массаж, артикуляционная гимнастика, развивается мелкая моторика, преодолеваются нарушения артикуляционного праксиса.

Логопедический массаж – это совокупность приемов механического дозированного воздействия в виде трения, давления, вибрации, проводимых непосредственно на органы артикуляционного аппарата. Логопедический массаж может выполняться руками, зондами и другими нетрадиционными средствами (зубная щётка, ложка и т.д.). Массаж является фоновой процедурой, улучшающий питание тканей.

Применение логопедического массажа приводит к постепенной нормализации мышечного тонуса, формированию нормативного произнесения звуков. Использование логопедического массажа, особенно на начальных стадиях коррекционной работы, может обеспечить ярко выраженный положительный эффект.

Различные методики проведения логопедического массажа описаны в исследованиях Е. Ф. Архиповой, Н. А. Беловой, Е. А. Дьяковой, И. З. Заблудовского, Е. М. Мастюковой, И. И. Панченко, Э. Д. Тыкочинской, Е. В. Новиковой, И. В. Блыскиной, Е. Е. Шевцовой, Г. В. Дедюхиной и др.

Основной целью логопедического массажа является улучшение подвижности, точности и координации движений органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звуков.

Эффективность логопедического массажа обеспечивается за счёт нормализации мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры; уменьшения проявления порезов и параличей мышц артикуляционного аппарата; снижения патологических двигательных проявлений мышц речевого аппарата (синкинезии, гиперкинезы, судороги и т.д.); стимуляции проприоцептивных ощущений; увеличения объема и амплитуды артикуляционных движений.

Вслед за логопедическим массажем проводится артикуляционная гимнастика.

При проведении артикуляционной гимнастики при дизартрии большое значение имеет тактильно-проприоцептивная стимуляция, развитие статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезий.

На начальных этапах работу проводят с максимальным подключением других, более сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Многие упражнения проводят с закрытыми глазами, привлекая внимание ребенка к проприоцептивным ощущениям (мышечно-двигательным), т.е. к ощущениям положения и движения языка. Артикуляционная гимнастика дифференцируется в зависимости от формы дизартрии и тяжести поражения артикуляционного аппарата.

Перед артикуляционной гимнастикой проводится работа по устранению гиперсаливации (слюнотечение, увеличение секреции слюнных желез).

Хорошим упражнением при нормализации гиперсаливации является произвольное закрытие рта за счёт пассивно-активных движений нижних челюстей. Сначала пассивно, одна рука логопеда – под подбородком ребёнка, другая – на его голове, путём надавливания и сближения руками челюсти ребёнка смыкаются – движение «сплющивание». Потом это движение продлевается при помощи рук самого ребёнка, затем активно без помощи рук, с помощью счёта, команды.

Перед работой по развитию подвижности речевой мускулатуры проводят упражнения для мимических мышц лица. Уже с дошкольного возраста у ребенка развивают произвольность и дифференцированность мимических движений и контроль за своей мимикой. Ребенка учат по инструкции закрывать и открывать глаза, хмурить брови, надувать щеки, проглатывать слюну, закрывать и открывать рот.

Для выполнения упражнений по выполнению мимических поз можно сделать «мимический кубик». Для его изготовления берём кубик и заклеиваем его стороны чистыми белыми листиками бумаги. На каждую грань наклеиваем (рисует) мимическое состояние человека: радость, удивление, испуг, страх, тревога и боль. По очереди с ребенком бросаете кубик и изображаете лицом то состояние, которое выпало на кубике.

Для развития достаточной силы мышц лица, губ используют специальные упражнения с сопротивлением, применяя стерильные салфетки, трубочки. Ребенок обхватывает трубочку губами и старается ее удержать, несмотря на попытки взрослого вытянуть ее изо рта.

Работа по развитию подвижности языка начинается с общих движений, с постепенным переходом к более тонким, дифференцированным движениям. В случае выраженной дизартрии для артикуляционной гимнастики рекомендуются следующие упражнения.

Для развития двигательной-кинестетической обратной связи необходимо проводить следующие упражнения: потряхивание верхней и ниж-

ней губы; расправление щек (приподнимание их от зубной арки). Опускание и поднятие нижней челюсти. Помещение языка над нижними и верхними резцами. Вначале логопед проводит их перед зеркалом, затем без него, глаза ребенка закрыты, логопед проделывает то или иное движение, а ребенок называет его.

Далее проводится работа по выполнению тонких, дифференцированных движений языка. С этой целью целенаправленно подбираются движения, направленные на выработку нужного артикуляционного уклада, с учётом нормальной артикуляции звука и характера дефекта. Артикуляционную гимнастику лучше всего проводить в виде игры, которые подбираются с учётом возраста ребёнка и характера и степени органического поражения. Работа по формированию артикуляционной моторики будет эффективной в том случае, когда она будет сочетаться с развитием общей и особенно ручной моторики.

Начинать работу по развитию мелкой моторики нужно с самого раннего возраста. Уже грудному младенцу можно массировать пальчики (пальчиковая гимнастика), воздействуя тем самым на активные точки, связанные с корой головного мозга.

Упражнения для развития мелкой моторики:

Массажруемая зона	Движения	Время выполнения
Растирание всей ладони	Рукой захватить кисть и пальцы. Совершать мягкие круговые движения. В окончании сделать движения, напоминающие мытье рук	2-3 минуты
Разминание каждого пальчика. Сначала на одной руке, потом на другой.	Круговые движения каждого пальчика со всех сторон	2-3 минуты
Растирания от большого пальца к запястью, так «обойти» всю кисть	Проводим петлеобразные растирания	2-3 минуты
Поглаживание всей кисти и предплечья. До локтя делать такое упражнение обязательно. Сначала на одной руке, потом на другой.	Для выполнения следующего движения надо представить, что надеваете перчатки	2-3 минуты

В раннем и младшем дошкольном возрасте нужно выполнять простые упражнения, сопровождаемые стихотворным текстом, не забывать о развитии элементарных навыков самообслуживания: застегивать и расстегивать пуговицы, завязывать шнурки и т.д.

В старшем дошкольном возрасте работа по развитию мелкой моторики и координации движений руки должна стать важной частью подготовки к школе, в частности, к письму.

С ребёнком можно выполнять следующие упражнения для развития тактильной чувствительности и сложно-координированных движений пальцев и кистей рук:

Действие (Что можно с предметами делать?)	Предметы
катать	каждым пальцем по очереди катать камешки, мелкие бусинки, шарики
запускать	указательным и большим пальцами мелкие «волчки»
разминать пальцами	лепить различные поделки из пластилина и глины
нанизывать	друг на друга крупные пуговицы, шарики с отверстием, бусинки на проволоку, упругую нитку
завязывать	узелки на шнурке, веревке
застегивать (расстёгивать)	пуговицы, кнопки
Играть	с конструктором, выкладывать мозаику, складывать матрешки
Выкладывать	из палочек узоры по образцу и по желанию
мять руками	поролоновые шарики, губки
рисовать, раскрашивать, штриховать	выполнять графические задания в тетрадях, рисовать карандашами, обводить по точкам
резать (вырезать)	ножницами по заданной линии, по форме, выполнять аппликации
плести из бумаги	коврики, корзинки, косички.
конструировать из бумаги	оригами, составлять композиции, подбирать детали по цвету и форме.
создание картин	из макарон, крупы, семечек, фасоли, пуговиц
нанизывание	на шнурок разноцветных бусин и маленьких фигурок

Эффективна при развитии мелкой моторики пальчиковая гимнастика:

Виды игр	Достоинство пальчиковой гимнастики
гимнастика для кистей рук	учит детей расслаблять и напрягать мышцы; переключаться с одного действия на другое, а также развивает у них способность к подражанию.
статические упражнения	закрепляют приобретенные ранее навыки и требуют более точного их выполнения.
динамические игры	позволяют научить дошкольников разгибать и сгибать пальчики, а также точно координировать свои движения

Гимнастика для кистей рук:

Движение	Игра
сжимать и разжимать кулачки	«бутонок проснулся и открылся, а вечером заснул и закрылся»,
делать кулачки «мягкими» и «твердыми»,	«тряпичная кукла» – «оловянный солдатик»
барабанить	всеми пальцами обеих рук по столу
махать	в воздухе только пальцами,
вращать	руки нужно соединить в замок, а затем начать крутить большие пальчики вокруг друг друга в ускоренном темпе, ладони, при этом, задевать нельзя.
переплести пальцы в замок, крепко сжать	Тянуть с напряжением в разные стороны.
Сцепить парные пальцы правой и левой рук	Энергично потянуть пальцы рук. Сгибать их и разгибать на пределе возможностей, в конце сгиба-разгиба зафиксировать.
сложить вместе пальцами	Сложенными вместе пальцами достать до основания ладони.
раскрыв ладонь, согнуть большой палец.	Согнутым кончиком пальца дотронулся до основания мизинца. Затем выпрямите его, повторить упражнение 7–8 раз с каждой рукой.

Не менее важным при развитии мелкой моторики рук является повседневный труд детей по дому:

- завязывание и развязывание узелков, перемотка ниток;
- уход за цветами (поливать, рыхлить землю);

– водные процедуры (мыть посуду, стирать кукольное бельё (объяснить и показать предварительно все процессы: смачивание, намыливание, перетираание, полоскание, отжимание);

– перебирать и разбирать крупу и т.д.

Эффективны игры – шнуровки Марии Монтессори, которые развивают речь, творческие способности, сенсомоторную координацию, мелкую моторику рук, пространственное ориентирование, способствуют пониманию понятий «вверху», «внизу», «справа», «слева».

У детей, имеющих дизартрию, могут быть нарушения фонематического слуха, но чаще они носят вторичный характер, это объясняется тем, что собственное нечеткое произношение не способствует его развитию. Поэтому развитию фонематического слуха уделяется большое внимание. В исследованиях Н. С. Варенцовой, Г. А. Каше, Е. В. Колесниковой, В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко, О. А. Степановой, Т. А. Ткаченко, Т. В. Тумановой, Т. Б. Филичевой, Г. В. Чиркиной и др. выделяются основные задачи, стоящие при развитии фонематического слуха.

На фонетическом уровне:

1) восприятия устной речи на сенсомоторном уровне т.е. развитие распознавания звуков речи;

2) развитие стимулирующей функции речеслухового анализатора (формирование четкого слухового образа звука);

3) формирование слухового контроля за качеством собственного произношения;

4) создание благоприятных условий для последующего формирования фонематических функций.

На фонологическом уровне:

1) развитие дифференциации фонем;

2) развитие фонематического анализа и синтеза.

Таким образом, можно выделить следующие этапы работы по развитию фонематического слуха у детей.

1. Развитие распознавания неречевых звуков.

2. Развитие узнавания и дифференциации фонем на слух.

3. Формирование фонематического восприятия.

На первом этапе можно рекомендовать упражнения на различение звуков окружающих шумов, звучание музыкальных инструментов, игрушек, голосов природы по схеме: Что звучит? Где звучит? Как звучит (громко – тихо, долго – кратко, высоко – низко). Далее, ребёнку предлагается

задания на определение количества хлопков, ударов, сигналов, звонков и т.д. (сколько?) и воспроизведение неречевых звуков (хлопков, ударов, сигналов, звонков и т.д.) с разной силой, темпом, ритмом.

На втором этапе вводятся речевые звуки. Можно предложить следующие упражнения:

- различение и отхлопывание ритмического рисунка слова;
- отхлопывание ритмического рисунка чистоговорки, скороговорки, стихотворения, отметить ударный слог движением руки;

- узнавание по беззвучной артикуляции гласных звуков. Работу начинаем с уточнения артикуляции гласных звуков. Гласный звук выделяем на основе звукоподражаний с использованием картинок, моделей артикуляции звуков. Например: девочка плачет: (а-а-а); волк воет (у-у-у); болит зуб (о-о-о). Обращаем внимание на положение губ (раскрыты, вытянуты, кружочком, вытянуты трубочкой, растянуты в улыбку и т.д.). Сначала гласный звук в словах произносим с интонированием, затем с естественной артикуляцией и интонацией.

- дифференциация слогов, слов, отличающихся одним звуком (выделить лишний слог, показать нужную картинку: *сок-сор*; *кол-гол* и т.д., выделить слог (используя слоги различные по структуре СГ, ГС, СГС. ССГ, ГСС, СГСС), слово с заданным звуком отхлопыванием или повторением, например, игры «Поймай звук», «Запомни и назови!» и т.д.);

- определение наличия звука в звуковом, слоговом ряду;
- определение места звука в ряду (в начале, в середине, в конце);
- определение последовательности звуков в ряду;
- воспроизведение артикуляции и самих звуков, произнесённых логопедом с использованием экрана, на слух с закрытыми глазами;
- определение количество слогов в названных словах. Поднять соответствующую цифру (1, 2, 3, 4). Слова предлагаются различной слоговой структуры.

- «Рассели картинки по домикам» на доске – домики одно-, двух-, трех-, четырехэтажные. Дети по количеству слогов расселяют картинки в домики;

- «Поезд». Детям предлагается макет поезда: паровоза и трех вагонов с цифрами 1, 2, 3. В первом вагоне «размещаются» слова – картинки из одного слога, во втором – их двух, в третьем – из трех слогов;

- «Разложи картинки в 2 ряда» (картинки разной слоговой структуры);
- выделить первый слог из названий картинок, записать его, объединить слоги в слово или предложение и прочитать.

- определить пропущенный слог в названии картинки: *-ва, до – га, ра – та;*
- составить слово из слогов, данных в беспорядке: *та, ка, пус; воз, ро, па; ка, мар;*
- повторить слово или предложение, произнесенное по слогам: *маль – чи – кииз – ра – ют в фут – бол;*
- выделить из предложений слова, состоящие из двух или трех слогов;
- по сюжетной картинке назвать слова из одного, двух, трех слогов;
- придумать слова с двумя или тремя слогами;
- придумать слово с определенным слогом в начале слова, например, со слогом *са;*
- придумать слово с определенным слогом в конце слова, например, со слогом *на;*
- определить количество слогов в названиях картинок;
- поднять цифру (1, 2, 3) в соответствии с количеством слогов в названии картинки;
- по сюжетной картинке назвать слово из одного, двух или трех слогов;
- составить слоги из букв разрезной азбуки: *са, та, ка, на* и т.д.;
- изменить порядок звуков в слове. Назвать полученный слог. Логопед читает слог. Дети воспроизводят звуки слога в обратной последовательности. Например: *ку – ук, на – ан* и т.д.;
- составить из букв разрезной азбуки пары слогов, состоящих из одинаковых звуков: *мо – ом, ша – аш* и т.д.;
- записать только слоги, начинающиеся с гласного звука, оканчиваются гласным звуком.

Так как фонематическое восприятие – это умственное действие по дифференциации фонем и установлению звукового состава слова, то на третьем этапе вводятся упражнения на формирование звукового анализа и синтеза и можно рекомендовать следующие упражнения:

- анализ прямых и обратных слогов (например, *ам, ом* и т.д.);
- узнавание звука на фоне слова в начале (в позиции под ударением, в безударной позиции), середине и конце слова. Определение ударного гласного звука в начале слова проводится в трёх вариантах: на слух, после произнесения слова ребенком, на основе слухопроизносительных представлений (например, по заданию подобрать картинку к соответствующему звуку);
- «Подбери слова». Ребенок подбирает слова, которые начинаются на гласный [а], [о], [у];

– «Подбери к картинке букву». Ребенок подбирает к картинке букву, которая соответствует первому звуку слова (предлагаемые картинки: облако, уши, ива);

– Игра в лото. Предлагаются карточки с картинками, называется слово. Ребенок закрывает картинку той буквой, с которой начинается слово. Например, картинка с изображением астры закрывается буквой А;

– подбор названий животных, птиц, насекомых, посуды, овощей, фруктов, цветов, деревьев и т.д., которые начинаются на заданный звук;

– выбрать только те предметные картинки, названия которых начинаются с заданного звука;

– по сюжетной картинке назови слова, которые начинаются с данного звука;

– упражнение «Скажи наоборот». Например: кость – гость, сайка – зайка, цвет – свет;

– лото «Необычные цветы». На доску прикрепляется контур цветка с прорезями для лепестков и лепестки с изображениями различных предметов. Из предложенных лепестков дети выбирают только те предметные изображения, названия которых начинаются с заданного звука, и прикрепляют их к контуру цветка;

– отгадывание загадок и называние первых звуков в словах;

– определение последнего согласного в слове. Слова предьявляются в последовательности: односложные слова без стечения согласных, которые состоят из обратного, закрытого слогов (*ум, дом, кот, сок, рак*);

– составить слова различной звуко-слоговой структуры из букв разрезной азбуки: *дом, мак, сом, крот, стол, стул, волк, врач, крыша, канавка, капуста*;

– подобрать слова, где заданный звук был бы на 1-м, 2-м, 3-м месте (*кот, окно, мак*);

– добавить 1, 2, 3, 4 звука к одному и тому же слогу так, чтобы получились разные слова (*па – пар, пары, парад, паруса; ко – кот, козы, кошка, корова*);

– преобразовать слова путем наращивания звуков и букв, перестановки звуков: в начале слова: *рот – крот, мех – смех, Оля – Коля, дочка – удочка* и т.д.; в конце слова: *шар – шарф, бок – бокс, стол – столб, лис – лист, лиф – лифт*; в) цепочка слов: *жи – ежи – ужи – лужи – ложки – ножи – моржи*;

– Образовать цепочки слов так, чтобы каждое последующее слово начиналось с последнего звука предыдущего;

– Разгадать ребусы;

– Отделение слов от псевдослов. Дается ряд карточек: на одних написаны слова (например, *ПАР, БЫК, БЛИН, СТОЛ...*), на других псевдослова, т.е. бессмысленные буквосочетания (например, *БЕН, ПАК, ПУН, ПЛЯМ...*). Нужно карточки со словами сложить в одну группу, а псевдослова – в другую. Это упражнение помогает сочетать побуквенный анализ слова с его смысловой оценкой.

Поскольку дыхание, голосообразование и артикуляция – это единые взаимообусловленные процессы, тренировка речевого дыхания, улучшение голоса и уточнение артикуляции проводятся одновременно. Задания усложняются постепенно: сначала тренировка длительного речевого выдоха проводится на отдельных звуках, потом – словах, затем – на короткой фразе, при чтении стихов и т.д.

Традиционно коррекция нарушений дыхания начинается с общих дыхательных упражнений, целью которых является увеличение объема, силы и глубины вдыхаемого и выдыхаемого воздуха и нормализация ритма дыхания:

Работа по формированию речевого дыхания включает в себя следующие этапы:

- 1) Расширение физиологических возможностей дыхательного аппарата (постановка диафрагмально-реберного дыхания)
- 2) Дифференциация носового и ротового дыхания
- 3) Формирование длительного выдоха через рот.
- 4) Формирование длительного фонационного выдоха и формирование речевого выдоха [2].

В каждом упражнении внимание детей направляется на спокойный, ненапряженный выдох, на длительность и громкость произносимых звуков.

Для того, чтобы научить ребенка полноценно естественно дышать, у детей вызывают потребность в притоке большого количества кислорода и в удалении накопившейся углекислоты. С этой целью можно рекомендовать подвижные игры с бегом на свежем воздухе.

С дошкольного возраста надо приучать детей дышать через нос. Дыхание через нос возбуждает дыхательный центр, который расположен в продолговатом мозге, человек дышит глубже, чем через рот.

В случае выраженной дизартрии работа над дыханием начинается с обще-дыхательных упражнений. Цель этих упражнений состоит в том, чтобы увеличить объем дыхания и нормализовать его ритм. Для закрепления удлиненного произвольного выдоха (через рот) необходимо опираться на кинестетические ощущения. Рекомендуется «видеть» и

«слышать» свой вдох. При проведении дыхательной гимнастики нельзя переутомлять ребенка. Необходимо следить за тем, чтобы не напрягал шею, плечи, не принимал неверную позу. Следует концентрировать внимания ребенка на ощущениях движения диафрагмы, межреберных мышц, продолжительности произвольного вдоха и выдоха. Нужно следить за плавностью и ритмичности дыхательных движений. Дыхательная гимнастика должна проводиться до еды в хорошо проветренном помещении.

Для достижения этой цели выполняются следующие упражнения:

Положение ребёнка	Действие логопеда	Темп (ритм) движений	Результат
Ребёнок лежит на спине	Логопед сгибает ноги ребёнка в коленных суставах и с согнутыми ногами надавливает на подмышечные впадины	Нормальный дыхательный ритм. Под счёт 1-3.	Нормализация движений диафрагмы
Ребёнок сидит	Логопед перед ноздрями ребёнка создаётся веер воздуха.	Ускоренный	Усиливается глубины вдоха за счёт включения в работу мышц диафрагмы
Ребёнок стоит	Ребёнок одну руку кладёт на свою диафрагму, другую – на диафрагму логопеда. Логопед осуществляет вдох и выдох, включая в работу мышцы диафрагмы, ребёнок, ощущая движения рукой, пытается дышать так же.	Нормальный дыхательный ритм. Под счёт 1-3.	Формируется диафрагмальное дыхание

После закрепления диафрагмального дыхания проводится работа над длительным, плавным выдохом через рот, которая осуществляется:

- без речевого сопровождения;
- с речевым сопровождением.

Работа без речевого сопровождения проводится в виде различных дыхательных упражнений с использованием разнообразных пособий («загоним мяч в ворота», игры с «султанчиком», ватными шариками, снежинками, листиками, и т.д.), которые позволяют осуществить зрительный контроль за продолжительностью и силой выдоха через рот.

Для формирования правильного носового дыхания эффективен также следующий комплекс дыхательной гимнастики:

№	Вдох	Выдох
1	Погладить боковые части носа от кончика к переносице	Постучать по крыльям носа 5-6 раз указательными пальцами.
2	Через правую ноздрию вдох, закрыв левую указательным пальцем. Повторить 8-10 раз	Через правую ноздрию выдох, закрыв левую указательным пальцем. Повторить 8-10 раз
3	Через левую ноздрию вдох, закрыв правую указательным пальцем. Повторить 8-10 раз	Через левую ноздрию выдох, закрыв правую указательным пальцем. Повторить 8-10 раз
4	Сделать вдох через нос.	На выдохе протяжно тянуть звук «м-м-м», одновременно постукивая пальцами по крыльям носа.
5	Сделать вдох через нос.	При вдохе оказывать сопротивление входящему воздуху, надавливая на крылья носа пальцами
6	Сделать вдох через нос.	На выдохе одновременно с постукиванием по крыльям носа произнести звуки «ба-бобу» и «г-м-м-м».
7	Сделать быстрый вдох через нос, одновременно резко втянуть живот.	Резкий выдох через нос (3-4 раз).
8	Сделать вдох через нос.	Широко раскрыть рот и, максимально высунуть язык, беззвучно произнести звук [а-а-а-а] (5-6 раз)

Дети дошкольного возраста имеют склонность задерживать дыхание при выполнении всякого непривычного движения, требующего от них некоторого усилия и напряжения.

Поэтому важно научить ребенка не задерживать дыхание при выполнении упражнений. Для этого гимнастические упражнения сопровождаются звуками или словами, соответствующими образу упражнения. Они произносятся в тот момент, когда надо сделать выдох, т.е. когда сужается грудная клетка. Вдох совпадает с моментом расширения грудной клетки и расслабления мышц брюшной полости. При боковом сгибании и поворотах туловища выдох совпадает с наклоном или поворотом туловища в одну сторону, а вдох – с поворотом или наклоном в другую, или с моментом выпрямления, если упражнения делаются с остановкой на моменте

выпрямления. Звуки и слова также придают упражнениям эмоциональную окраску.

Важно научить детей экономно расходовать имеющийся в легких воздух, регулировать работу своих дыхательных мышц. Такое экономное расходование воздуха имеет большое значение при речи и особенно при пении. Вдох делается очень быстро, а затем воздух задерживается в легких и постепенно выдыхается при произнесении звуков.

Некоторые упражнения можно проводить в двух темпах – медленном и быстром. При медленном темпе дети учатся экономно делать выдох, быстрый темп дается для повышения активности детей.

При медленном темпе выдох делается со звуками: «тсс», «шиш» «пф», или сопровождается словом «вниз». При быстром темпе на выдохе можно произносить слова: «вперед», «вправо», и т.д. В имитационных упражнениях образ иногда подсказывает определенный темп движения – например, «согревание». В этом упражнении после нескольких быстрых обхватов плеч руки надо медленно опустить через стороны вниз, с продолжительным выдохом.

Для регулирования дыхания необходимо, чтобы темп движения соответствовал темпу детского дыхания. Взрослые должны учитывать, что у ребенка более быстрый темп дыхания, поэтому выполнение упражнений в замедленном темпе сбивает детей с естественного ритма дыхания.

Нормализации речевого дыхания помогают «сценки без слов». В это время логопед показывает детям пример спокойной выразительной речи, поэтому на первых порах во время занятий больше говорит сам. В «сценках без слов» присутствуют элементы пантомимы, а речевой материал специально сведен к минимуму, чтобы дать основы техники правильного речевого дыхания.

Упражнения на нормализацию речевого дыхания:

Эмоция	Междометие	Техника произнесения
Радость	Ура-а-а-а-а!	Протяжно
Печаль	Ох-Ох-Ох-Ох	Протяжно
Удовольствие	Да-а-а-а-а	Протяжно
Отвращение	Фу-у-у-у!	Протяжно
Боль	О!	Протяжно
Удивление	О-О-О-О!	Протяжно

Гнев	Ух!	Отрывисто
Страх	Ой!	Отрывисто
Сожаление	Ой-Ой-Ой-Ой	Протяжно
Насмешка	Ай	Отрывисто
Упрёк	Ай-Ай-Ай-Ай	Протяжно
Оклик с пренебрежением	Эй!	Отрывисто
Веселье	Эй-Эй-Эй	Протяжно
Испуг	Ой!	Отрывисто
Осуждение	Ой-Ой-Ой-Ой	Протяжно
Безразличие, равнодушие	А-А-А-А	Протяжно

Во время этих упражнений используются только междометия (А! Ах! Ох! и т.д.), звукоподражания, отдельные слова имена людей, клички животных), позже – короткие предложения. Постепенно речевой материал усложняется: появляются короткие или длинные фразы, когда речь начинает улучшаться [3].

После того, как проведена подготовительная работа, можно приступить к постановке звуков.

Исправление нарушенного звукопроизношения при дизартрии является важной частью коррекционной работы.

Так как одной из основных причин нарушенного звукопроизношения при дизартрии является нарушения артикуляционной моторики, то особый акцент в подготовительном этапе коррекционной работы необходимо сделать на логопедический массаж, артикуляционную гимнастику, развитие мелкой моторики, преодолению нарушений артикуляционного праксиса.

Исправлять нарушенное звукопроизношение при дизартрии можно только после подготовки артикуляционной моторики: нормализации мышечного тонуса, улучшения артикуляционного праксиса, снижении проявлений гиперкинезов и синкинезий.

В подготовительный этап коррекционной работы необходимо также включать упражнения на развитие речевого дыхания и правильной голоподачи.

При постановке звуков следует широко использовать опору на различные анализаторы (слуховой, зрительный, кожный и двигательный), облегчающую воспроизведение требуемой артикуляции по образцу и контроль над ней. С самого начала работы над звуком необходимо раз-

вивать у ребенка слуховой самоконтроль. Для этой цели логопед привлекает внимание ребенка к неправильному произношению звука и предлагает сравнить его с правильным. Следует постоянно напоминать детям о необходимости вслушиваться в то, как они произносят. На первых порах полезно утрированное произнесение ребенком звука. Так ему будет легче приобрести навыки слухового самоконтроля.

По мере автоматизации навыков правильного произношения звука необходимость в зрительном контроле отпадает. Дальнейшая работа ведется с опорой на слуховой и кинестетический самоконтроль.

Так как у детей с дизартрией возможны замены звуков по артикуляторным параметрам, то вторично может страдать фонематический слух. В этом случае необходимо проводить работу над дифференциацией звуков.

Если у ребёнка с дизартрией нарушено произношение нескольких звуков, важна последовательность в работе. Исправлять нарушенное звукопроизношение необходимо в той последовательности, в какой они появляются в онтогенезе. Такая последовательность позволяет идти от простого к сложному: вначале ставятся звуки более лёгкие по артикуляционному укладу, затем более сложные.

При постановке звуков можно использовать следующие методы и приёмы коррекции звукопроизношения:

1. По подражанию.
2. По подражанию с применением моделей
3. От опорных звуков.
4. От артикуляционного уклада.
5. Механический способ, с применением зондов.
6. Смешанный.
7. С применением игровых приёмов [2].

Первый способ основан на сознательных попытках ребенка найти артикуляцию, позволяющую произнести звук, соответствующий услышанному от логопеда. При этом, помимо акустических опор, ребенок использует зрительные, тактильные и мышечные ощущения. Поиск часто приводит к положительным результатам при постановке шипящих звуков, парных звонких, а также парных мягких. Некоторые звуки, например, сонорные [р], [р*], а так же [л], аффрикаты [ч] и [ц], заднеязычные [к], [г], [х] более успешно ставятся другими способами.

В основе второго способа лежит постановка с применением моделей артикуляции звуков. Этот способ основан на сознательных попытках ребенка найти артикуляцию, но со зрительной опорой, которой являются

МАЗ. МАЗы отражают положение органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звука, их применение эффективно формирует образ положения органов артикуляционного аппарата. В моделях артикуляции звуков заложена информация о характеристике звука, о положении уклада органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звука, но её надо извлечь! Знания, заложенные в моделях артикуляции звуков, ребёнок сможет воспринять и освоить, если он их осмыслит. То есть, это не демонстрационная наглядность, со знаниями, которые можно «взять», а знания, требующие применения различных операций теоретического мышления [1].

Третий способ основан на применении опорных звуков, т.е. звуков, артикуляционные уклады которых подготавливают базу для нужного звука. Так для постановки звука [с] – опорными являются звуки [и] и [ф] звука [ш] – [с], звука [р] – [д] [др], [дн] и др.

Четвёртый способ основан на применении артикуляционного уклада, который отражает положение органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звука. Так для звука [с] – это «Катушечка», для звука [ш] – «Чашечка», [л] – «Болтушка», «Индюк».

Пятый способ основывается на внешнем, механическом воздействии на органы артикуляции специальными зондами или шпателями. Логопед просит ребенка произнести звук, повторить его несколько раз, и во время повторения он при помощи зонда несколько меняет артикуляционный уклад звука. В результате получается другой звук: например, ребенок произносит несколько раз слог [са], логопед помещает шпатель или зонд под язык и слегка приподнимает его в направлении верхних альвеол, слышится шипящий, а не свистящий звук. При данном способе ребенок сам не осуществляет поиск, его органы артикуляции только подчиняются действиям логопеда. После длительных тренировок ребёнок без механической помощи принимает необходимую позу органов артикуляционного аппарата, помогая себе шпателем или пальцем.

Шестой способ основывается на совмещении двух предыдущих. Ведущую роль в нем играют подражание, объяснение и механическая помощь. Механическая помощь применяется следующим образом: логопед, объясняет ребенку, что нужно сделать, чтобы получить нужный звук, например, поднять кончик языка (в тех случаях, если данное движение выполнено ребенком не совсем так, как это нужно для нормированного звука). При этом способе ребенок оказывается активным, а приобретенная им с помощью логопеда поза органов артикуляции фиксируется в

его памяти и легко воспроизводится в дальнейшем без механической помощи. Седьмой способ постановочным не является, но эффективен при закреплении поставленного звука. Для применения игрового метода применяются картинки. Например, для звука [ш] картинка с изображением змеи или лежащих на земле листьев.

Согласно теории поэтапного формирования умственных действий (Гальперин П. Я.) чем больше мы внимания уделяем на начальную часть любого действия, тем легче осуществляются последующие действия. Поэтому начинать постановку звуков нужно с приёма по подражанию, с демонстрации правильной артикуляции. Это требование относится к постановке почти всех звуков. Исключение составляет только работа над постановкой сонорных звуков [р] и [р*]. Эти звуки, как правило, по подражанию не ставятся. В случаях отсутствия звука, велярного, увулярного произношения звука [р] и даже замен нужно искать причину, и работать над её исправлением. Во всех остальных случаях приёмы постановки по подражанию, по демонстрации правильной артикуляции могут привести сразу к постановке звука. Данный приём позволяет сформировать у ребёнка образ положения органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звука, что в дальнейшем, упростит и сам процесс постановки, а далее автоматизацию, и при необходимости, дифференциацию звуков.

Конечно, такие приёмы поставки звуков как по подражанию, с применением моделей артикуляции звуков, игровых приёмов при дизартрии могут служить только для объяснения положения органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звуков. В результате объяснения и применения наглядности у ребёнка можно сформировать образ положения органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звуков. Даже если ребёнок сам не может выполнить нужный артикуляционный уклад, знание образа положения органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звуков формирует нужные кинестетические ощущения и поможет уточнить артикуляцию [2].

Что бы постановка звука был более эффективной, можно подключить приёмы одновременного проговаривания звука и его записи. Данная форма работы способствует обогащению звука моторным действием. Для детей, которые не могут писать, звук произносится одновременно с похлопыванием пальцами или постукиванием ногой.

Приёмы постановки от опорных звуков и от артикуляционного уклада могут быть использованы, при условии, если ребёнок может самостоятельно их выполнить. Наиболее эффективными приёмами исправления

нарушенного звукопроизношения при дизартрии являются механический способ и смешанный. При анартрии (тяжёлое проявление дизартрических нарушений) используется метод фонетической локализации, когда логопед языку и губам ребенка пассивно придает необходимую позицию для того или иного звука. Логопед может использовать зонды, плоские пластинки для языка, зубную щётку, ложку для чистки языка и т.д. Внимание ребенка привлекается к ощущению положения органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звуков. Устанавливаются связи между движением органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звука и ощущением их положения, между восприятием звука на слух и зрительным образом артикуляционного уклада данного звука. Вначале, артикуляционный уклад нужного звука формирует логопед, постепенно помощь логопеда уменьшается, и ребёнок самостоятельно начинает воспроизводить нужный артикуляционный уклад.

Коррекция звукопроизносительной стороны речи должна сочетаться с работой над ее выразительностью. Работа проводится путем подражания. Ребенка учат ускорять и замедлять темп речи в зависимости от содержания высказывания, равномерно чередовать ударные и безударные слоги, выделять паузами или повышением голоса отдельные слова или группы слов.

После того, как ребёнок научится изолированному произнесению звука, можно приступить к его автоматизации. За основу можно взять рекомендации, данные для автоматизации звуков при дислалии. Процесс автоматизации осуществляется в последовательности от простых слоговых рядов к более сложным, убыстряя темп проговаривания. При этом обязательно контролировать чёткость произношения.

С физиологической точки зрения этап автоматизации звуков представляет собой закрепление условно-рефлекторных речедвигательных связей на различном речевом материале. У детей с дефектами звукопроизношения закреплены стереотипы неправильного произношения слов, предложений. Автоматизация звука требует активного использования процесса внутреннего торможения, способности к различению правильного и неправильного артикуляционного уклада. Она осуществляется по принципу от простого к сложному.

Процесс автоматизации поставленного звука проводится в следующей последовательности:

1) в слогах (для щелевых звуков [с], [с*], [з], [з*], [ш], [щ], [ж] последовательность следующая: в прямых, обратных, со стечением согласных.

Для сонорных [p], [p*] – со стечением согласных, обратных, прямых слогах, для аффрикат – обратных, прямых слогах, со стечением согласных);

- 2) в словах (в начале слова, середине, конце);
- 3) автоматизация звука в чистоговорках и предложениях;
- 4) в стихах и скороговорках;
- 5) в коротких, а затем длинных рассказах;
- 6) автоматизация звука в разговорной речи.

Логопедическая работа по дифференциации смешиваемых звуков включает два этапа: 1) предварительный этап работы над каждым из смешиваемых звуков, 2) этап слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков.

При постановке и автоматизации звуков можно использовать следующие игры, которые вносят игровые моменты в коррекционный процесс:

– автоматизация при помощи бус – нанизывая бусы на веревочку, ребенок проговаривает слог, слово или предложение. Каждая бусина обозначает отдельный слог или слово;

– автоматизация при помощи волшебной веревочки – ребенок наматывает веревочку на пальчик и одновременно без остановки произносит слоги и слова;

– автоматизация при помощи колокольчика – ребенок называет картинки с автоматизируемым звуком. Если ребенок произносит слово не правильно – взрослый звенит в колокольчик;

– автоматизация при помощи пирамидки – нанизывая колечки пирамидки на стержень, ребенок произносит слоговые ряды или слова;

– автоматизация при помощи нарисованного поезда – ребенок читает сам или произносит за взрослым слоги, которые следуют друг за другом как «вагончики поезда»;

Необходимо проводить систематические занятия по развитию речи и постоянно побуждать детей произносить те или иные слова, строить элементарные фразы [3].

Таким образом, система логопедического воздействия у детей с ДЦП с дизартрией имеет комплексный характер и сочетается с дифференцированным артикуляционным массажем, артикуляционной гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Успех логопедических занятий во многом зависит от их раннего начала и систематичности проведения занятий.

Литература

1. Акименко В. М. Обучение грамоте при помощи моделей артикуляции звуков // Начальная школа. 2004. № 8. С. 35.
2. Акименко В. М. Исправление звукопроизношения у дошкольников. Ростов н/Д.: Феникс, 2016.
3. Акименко В. М. Исправление заикания у детей и взрослых. Практическое руководство для логопедов. Ростов н/Д.: Феникс, 2017.
4. Архипова Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М.: АСТ: Астрель, 2008.
5. Борякова Н. Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. М.: Астрель, 2008.
6. Левченко И. Ю. Особенности обучения ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата в общеобразовательном учреждении: методические рекомендации. М.–СПб.: Нестор-История, 2012.
7. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. М.: Академия, 2001.
8. Маллер А. Р., Цикото Г. В. Воспитание детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. М.: Издательский центр «Академия», 2003.
9. Правдина О. В. Логопедия. М.: Просвещение, 2002.
10. Сарсенбаева А. А. Обучение детей со сложным дефектом в условиях образовательного учреждения // Проблемы и перспективы развития образования: материалы III Междунар. науч. конф. Пермь: Меркурий, 2013. С. 106-109.
11. Селюкова Е. А., Герасимова В. Н., Ильядис С. А. Система воспитания и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Актуальные задачи педагогики: материалы Междунар. науч. конф. Чита: Молодой ученый, 2011. С. 167-169.

Сведения об авторах

Акименко Валентина Михайловна – канд. пед. наук, доцент кафедры специальной педагогики и предметных методик ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Гостунская Яна Игоревна – канд. психол. наук, доцент кафедры специальной и клинической психологии ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Ершова Валерия Валерьевна – канд. психол. наук, учитель-дефектолог МАОУ СОШ №6 г. Геленджика, Краснодарского края.

Кабушко Анна Юрьевна – канд. пед. наук, доцент кафедры специальной педагогики и предметных методик ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Слюсарева Елена Сергеевна – канд. психол. наук, доцент кафедры специальной и клинической психологии ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Соломатина Галина Николаевна – канд. пед. наук, доцент кафедры специальной педагогики и предметных методик ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Шеховцова Елена Алексеевна – канд. психол. наук, доцент, зав. кафедрой специальной и клинической психологии ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Учебное издание

КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Учебное пособие

Авторы-составители:

Акименко Валентина Михайловна

Гостунская Яна Игоревна

Ершова Валерия Валерьевна

Кабушко Анна Юрьевна

Слюсарева Елена Сергеевна

Соломатина Галина Николаевна

Шеховцова Елена Алексеевна

Компьютерная верстка и корректура Н. Неговора

Подписано в печать 16.01.2018

Формат 60x84 1/16

Усл. п. л. 11,81

Уч.-изд. л. 11,39

Бумага офсетная

Заказ

Тираж 100 экз.

Отпечатано в издательско-полиграфическом комплексе
ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет»
355029 г. Ставрополь, пр-т Кулакова, 2