*Хрестоматия 6.5*

*Печатается по изданию:* Основы специальной психологии // Под ред. Л.В. Кузнецовой. М., 2002.

Стр. 286–302

Раздел III. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
ПРИ ДИЗОНТОГЕНИЯХ ДЕФИЦИТАРНОГО ТИПА

Глава 4. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ
ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

И.Ю. Левченко

***4.4.* ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ**

При ДЦП имеет место сложная структура дефекта. Структуру двигательного дефекта мы подробно рассмотрели в предыдущем разделе, где неоднократно подчеркивалась взаимосвязь этого дефекта с нарушениями психического развития.

При ДЦП 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 обусловливает 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.

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.

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.

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 (цереброастенические 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.

**Внимание**

Внимание детей с ДЦП характеризуется рядом патологических особенностей. У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная психическая истощаемость и утомляемость, пониженная работоспособность. Дети с трудом сосредоточиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными.

Нарушения внимания могут быть связаны не только с цереброастеническими явлениями, но и с отклонениями в функционировании зрительного анализатора: с невозможностью фиксации взора, с недостаточным уровнем развития прослеживающей функции глаз, с ограничением поля зрения, нистагмом и др.

Обычно при ДЦП все свойства внимания задерживаются в своем развитии и имеют качественное своеобразие. Нарушается формирование избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Например, при выполнении методики «Корректурные пробы» отмечаются пропуски элементов (предметов, букв, цифр), пропуски строчек, зачеркивание сходных по начертанию знаков. Кривая работоспособности отличается неравномерностью. Это говорит о недостаточной устойчивости, концентрации и распределении внимания. Отмечаются также трудности в переключении внимания, застревание на отдельных элементах, что связано с инертностью психической деятельности.

Особенно значимые трудности возникают при формировании произвольного внимания. Бывает, что ребенок не в состоянии целенаправленно выполнять даже элементарные действия. Отмечается слабость активного произвольного внимания. При нарушениях активного произвольного внимания страдает начальная стадия познавательного акта – сосредоточение и произвольный выбор во время приема и обработки информации.

Исследование внимания у дошкольников (до 4 лет) с ДЦП проводила Н. В. Симонова. У детей с тяжелой двигательной патологией (без движений) с отсутствием речи и глубокой задержкой интеллектуального развития наблюдалось грубое нарушение внимания. Эти дети были неспособны фиксировать свое внимание на окружающих их людях и предметах. Более сохранным оказалось внимание к собственным действиям, частично удавалось привлечь их внимание к некоторым предметам постоянного обихода. При всех формах ДЦП особенно страдает переключение внимания (для этого в большинстве случаев требуется длительный период и неоднократная стимуляция).

Описанные выше нарушения внимания при ДЦП отражаются на всех последующих стадиях познавательного процесса, на функционировании всей познавательной системы в целом.

**Восприятие**

Восприятие у детей с ДЦП существенно отличается от восприятия нормально развивающихся детей, и здесь можно говорить и о количественном отставании от возрастных нормативов, и о качественном своеобразии в формировании данной психической функции.

У детей с ДЦП имеет место своеобразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. У ребенка с ДЦП на оптический и звуковой раздражитель возникает притормаживание общих движений. При этом отсутствует двигательный компонент ориентировочной реакции, т.е. поворот головы в сторону источника звука или света. У некоторых детей вместо ориентировочных реакций возникают защитно-оборонительные реакции: вздрагивание, плач, испуг.

Зрительное сосредоточение появляется у детей с ДЦП после 4–8 мес. Оно характеризуется рядом патологических особенностей, вызываемых косоглазием, нистагмом или влиянием позотонических рефлексов на мышцы глаз.

Прослеживающая функция глаз при нормальном развитии формируется уже начиная с 1 мес. жизни. К 3 мес. ребенок способен следить за разнообразными движениями игрушки и в вертикальной, и в горизонтальной плоскости. Зрительное прослеживание у детей с ДЦП формируется позднее и характеризуется фрагментарностью, скачкообразностью и ограничением поля зрения.

При нормальном развитии с 5–6 мес. особенно интенсивно начинают развиваться такие свойства восприятия, как активность, предметность, целостность, структурность и др. Все эти свойства начинают формироваться на основе активного перцептивного поведения. Ребенок погружается в предметный мир, активно осваивает пространство. Перцептивное поведение включает в себя активные зрительные «изучающие» действия и осязательные движения. Например, ребенок, знакомясь с игрушкой, осматривает ее и ощупывает. Такое зрительно-осязательное познание предмета иллюстрирует формирование образа восприятия.

У детей с ДЦП перцептивная активность затруднена в силу двигательного дефекта: нарушения двигательных функций, а также мышечного аппарата глаз нарушают согласованные движения руки и глаза. У некоторых детей глазодвигательная реакция имеет рефлекторный, а не произвольный характер, что практически не активизирует моторную и психическую деятельность ребенка. Дети не в состоянии следить глазами за своими движениями, у них нарушена зрительно-моторная координация, нет единства поля зрения и поля действия, что негативно сказывается на формировании образа восприятия, препятствует выработке навыков самообслуживания, развитию предметной деятельности, пространственных представлений, наглядно-действенного мышления, конструирования, а в дальнейшем тормозит усвоение учебных навыков, развитие познавательной деятельности в целом. Зрительно-моторная координация у детей с ДЦП формируется примерно к 4 годам. Недостаточность зрительно-осязательной интеграции отражается на всем ходе их психического развития.

У детей с ДЦП нарушение зрительного восприятия (гнозиса) затрудняет узнавание усложненных вариантов предметных изображений (перечеркнутых, наложенных друг на друга, «зашумленных» и др.). Существенные трудности наблюдаются в восприятии конфликтных составных фигур (например, утки и зайца). У некоторых детей часто долго сохраняется зрительный след от предыдущего изображения, что мешает дальнейшему восприятию. Наблюдается нечеткость восприятия картинок: одну и ту же картинку со знакомым предметом дети могут «узнавать» по-разному. Многие не умеют найти нужную картинку или узнать ее, не умеют найти нужную деталь на картинке или в натуре. Это мешает осмыслению сюжетных картин. Возникают затруднения в написании цифр и букв: изображения могут быть зеркальными либо перевернутыми, ребенок плохо ориентируется на строке или в клетках тетради. Трудности графического воспроизводства букв могут быть связаны не только с нарушением оптико-пространственных представлений, но и с неврологическими проявлениями (атаксия, парез, гиперкинезы и др.). Нарушения счета могут основываться на трудностях в восприятии количества, что выражается в невозможности узнать графическое изображение цифр, сосчитать предметы и т. д.

Нарушение зрительного восприятия может быть связано с недостаточностью зрения, что нередко наблюдается у детей с ДЦП. Тяжелые нарушения зрения (слепота и слабовидение) встречаются примерно у 10% детей с ДЦП, а примерно 20–30% имеют косоглазие. Так, некоторые из них из-за внутреннего косоглазия используют ограниченное поле зрения: игнорируются его наружные поля. Например, при значительном поражении двигательного аппарата левого глаза у ребенка может выработаться привычка игнорировать левое поле зрения. При рисовании и письме он будет использовать только правую сторону листа, при конструировании – не достраивать фигуру слева, при рассматривании картинок – видит только изображение справа. Те же нарушения отмечаются и при чтении. Нарушение зрительного сосредоточения и прослеживающей функции глаз, а также процесса создания целостного образа восприятия может быть связано и с нистагмом. Наличие позотонических рефлексов также негативно сказывается на зрительном восприятии. Такие особенности зрительного анализатора, как снижение остроты зрения, косоглазие, двоение в глазах, нистагм и другие, приводят к дефектному, искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности. Таким образом, нарушения зрительного восприятия у детей с ДЦП могут объясняться патологией зрительной системы.

И.И. Мамайчук было проведено исследование, которое показало, что перцептивные действия и образы восприятия (гаптического и зрительного) формируются у дошкольников с церебральным параличом в значительно более замедленном темпе, чем у их здоровых сверстников. Определяющую роль в их формировании играет умственное развитие ребенка. Тяжесть нарушения двигательных функций верхних конечностей, в результате которой происходит рассогласование сенсорных и исполнительных действий, препятствует адекватному графическому изображению предметов у детей с ДЦП с сохранным интеллектом, а также отрицательно влияет на качества гаптического восприятия фигур. У детей с ДЦП с умственной отсталостью наблюдаются более глубокие нарушения сенсорно-перцептивной и исполнительной деятельности, причем степень этих нарушений главным образом зависит от глубины интеллектуального дефекта. Важную роль в развитии обобщенности и осмысленности гаптических и зрительных образов восприятия у здоровых и больных детей играет уровень их речевого развития. У детей с ДЦП с сохранным интеллектом не наблюдалось устойчивой связи между словом и сенсорным образом, что в значительной степени тормозило соотнесение усвоенных наименовании с предметом в процессе решения перцептивных задач. У детей с ДЦП, осложненным легкой степенью умственной отсталости, трудности словесного отражения гаптических и зрительных образов восприятия главным образом определялись низким уровнем анализа и синтеза сенсорных сигналов.

У некоторых детей с ДЦП отмечается снижение слуха, что отрицательно влияет на становление и развитие слухового восприятия, в том числе и фонематического (неразличение сходных по звучанию слов: «коза» – «коса», «дом» – «том»). Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого развития. Ошибки, обусловленные нарушением фонематического восприятия, ярче всего проявляются на письме.

Слабое ощущение своих движений и затруднения в ходе осуществления действий с предметами являются причинами недостаточности активного осязательного восприятия у детей с ДЦП, в том числе узнавания предметов на ощупь (стереогноза). Известно, что у здорового ребенка первое знакомство с предметами окружающего мира происходит путем ощупывания предметов руками. Через действия с предметами дети устанавливают целый комплекс их свойств: форму, вес, консистенцию, плотность, термические свойства, размеры, пропорции, фактуру и др. Стереогноз не является врожденным свойством, а приобретается в процессе активной предметно-практической деятельности ребенка. У большинства детей с ДЦП имеет место ограниченность предметно-практической деятельности, ощупывающие движения рук слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. По данным Н. В. Симоновой, у детей с атонически-астатической формой ДЦП на фоне глубокой задержки интеллектуального развития возникают наибольшие затруднения в формировании стереогноза. Недостаточность активного осязательного восприятия приводит к задержке формирования целостного представления о предметах, их свойствах, фактуре, что ведет к дефициту знаний и представлений об окружающем мире, препятствует становлению различных видов деятельности.

Восприятие пространства является необходимым условием ориентировки человека в окружающем мире. Овладение знаниями о пространстве предполагает: умение выделять и различать пространственные признаки и отношения, умение их правильно словесно обозначить, ориентироваться в пространственных отношениях при выполнении различных видов деятельности. Пространственный анализ осуществляется целым комплексом анализаторов, хотя основная роль принадлежит двигательному анализатору, который является главным нарушенным звеном при ДЦП. В силу двигательной недостаточности, ограниченности поля зрения, нарушения фиксации взора, речевого дефекта развитие ориентировки в пространстве может задерживаться, а к школьному возрасту у ребенка с с ДЦП обычно выявляются выраженные пространственные нарушения. У детей с ДЦП многими авторами были обнаружены значительные нарушения пространственного восприятия (Р.Я. Абрамович-Лгетман, К.А. Семенова, М.Б. Эйдинова, А.А. Добронравова и др.).

При всех видах ДЦП наблюдается нарушение пространственного восприятия. При гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии – ориентация по вертикали, при тетраплегии – ориентация в направлении спереди назад (сагиттальная). При последней форме искажение пространственного восприятия несет самые тяжелые последствия для психики ребенка.

Исследования А.А. Добронравовой показали, что недостаточность объемных представлений приводит к тому, что у парализованного ребенка возникает неправильное представление о форме и сущности окружающих его предметов. У большинства изученных детей с ДЦП был грубо нарушен двигательно-кинестетический анализатор при сохранности зрения. У половины обследованных детей оказались нарушенными представления об объеме и соотношение плоскостного изображения с тем же объемным предметом. Например, если дети без труда узнавали на картинках лошадь или дом, то выбрать аналогичный объект среди игрушек они затруднялись. У ряда детей в возрасте 3 – 5 лет отождествление предметов, изображенных на картинке, с предложенными для выбора игрушками производилось не по форме, а по цвету, что характерно для здоровых детей второго года жизни. А.А.Добронравова рассматривала это как показатель задержки развития детей с ДЦП. Значительную помощь детям оказывало называние предмета, изображенного на картинке, исследователем. Это облегчало ребенку поиск аналогичного предмета среди игрушек. У многих детей с ДЦП отмечалось нарушение представления о величине объемных предметов. Так, дети затруднялись в подборе одежды, обуви, посуды определенной величины в соответствии с размерами кукол. У детей, с которыми проводилась в дальнейшем работа по развитию объемных представлений, значительно легче и быстрее шло становление пространственного восприятия. Данные этого исследования указывают на тесную связь развития объемных представлений и пространственного восприятия, а также на необходимость ранней работы по развитию пространственного восприятия у дошкольников с ДЦП.

В детском возрасте развитие пространственно-временных отношений представляет собой сложный процесс. В дошкольном возрасте формирование представлений о времени связано с развитием понимания длительности, скорости, последовательности в изменениях явлений окружающей действительности. В этот период дети овладевают умением различать и выделять признаки времени в процессе наблюдения за сезонными явлениями и изменениями в природе, организуя свое поведение в различные периоды суток, обозначая последовательность привычных действий. В дошкольном возрасте восприятие времени связано с системой привычных действий, главным образом режимных моментов, например: «Утро будет, когда надо делать зарядку». С зависимостью восприятия времени и пространства дети встречаются в своей практической, игровой и других видах деятельности. У детей с ДЦП могут страдать самые различные звенья пространственного и временного восприятия: чувственное восприятие, предметно-пространственная и временная ориентировка, пространственная организация двигательного акта, словесное обозначение пространственных и временных компонентов.

В результате исследований, проведенных Н.В. Симоновой, можно утверждать, что формирование пространственно-временных отношений у детей с ДЦП сопряжено с многочисленными трудностями. Особые трудности возникают в тех случаях, когда последовательность и длительность явлений определяется с помощью пространственных отношений. Причиной трудностей в освоении пространственно-временных отношений является то, что у детей с ДЦП формирование пространственно-временных представлений происходит при малом включении активного перемещения самих детей, при ограничении практического, бытового, игрового опыта. Затруднения в различении пространственных отношений, правильные объяснения и ошибочное воспроизведение пространственных признаков указывают на недостаточность обобщенного понимания уже сложившихся у детей словесных формулировок, на вербализацию пространственных отношений, опережающую практическое освоение пространства. При ДЦП это связано с освоением окружающего на основе максимально сохранных (и все же нарушенных!) функций, например на основе речи.

По данным Н.В. Симоновой, у детей с выраженной спастичностью обнаруживается наиболее выраженное нарушение ориентации в пространстве, сопровождающееся чувством страха, возникающим при первом знакомстве с объемными предметами, а затем при развитии объемных представлений. Плоское изображение предметов на картинках, как правило, не вызывает неприятных ощущений у этих детей. Исследования автора показали также, что дети с гиперкинетической формой ДЦП раньше проявляют способность к пространственному восприятию и простейшему обобщению. У них раньше развивается представление о схеме своего тела, в то время как у детей с другими формами ДЦП обычно существует лишь формальное знание схемы своего тела, основанное на длительном обучении. Соотношение и распознавание отдельных частей тела на игрушках, т.е. абстрактное знание схемы тела, у детей с другими формами ДЦП нередко оказывается нарушенным. У детей с атонически-астатической формой ДЦП на фоне глубокой задержки интеллектуального развития в возрасте до 3–4 лет можно заметить полную пространственную дезориентацию, проявляющуюся особенно ярко при формировании пространственных представлений о предмете, даже хорошо знакомом.

По данным Н.В. Симоновой, у детей с ДЦП могут быть нарушены различные звенья процесса активного восприятия пространства, что отчетливо проявляется в разнообразных видах деятельности, требующих наличия пространственных представлений. Эти нарушения возрастают по мере усложнения и видоизменения деятельности детей. Проводилось специальное исследование пространственных представлений и элементарной практической ориентировки у детей с ДЦП в возрасте 6–7 лет, не имеющих умственной отсталости, в процессе выполнения заданий по развитию речи, конструированию и рисованию. Были обнаружены, помимо общих трудностей пространственного восприятия, характерных для здоровых детей данного возраста, и качественно своеобразные трудности восприятия пространства у детей с ДЦП, отличающиеся большей стойкостью и частотой проявления. Формирование пространственного восприятия у этих детей идет в более медленном темпе, при этом значительную роль играет уровень умственного развития детей и характер их познавательной деятельности. Практическая дифференцировка пространственных отношений и употребление адекватных словесных обозначений в большинстве случаев у детей с ДЦП имеет ситуативный характер. Наибольшие трудности вызывает практическая ориентировка по направлениям «лево – право» при изменении точки отсчета. Зависимости уровня развития пространственных представлений и ориентировки от тяжести общей двигательной патологии ребенка в исследовании Н.В.Симоновой обнаружено не было, однако особенности пространственного восприятия отражали характер патологии двигательной сферы при различных клинических формах ДЦП.

Исследование Л.А. Даниловой установило, что у многих школьников с ДЦП встречаются в комплексе дефекты стереогноза, зрительного восприятия формы и пространственных представлений. Нарушение этих функций значительно затрудняет овладение такими учебными предметами, как черчение, геометрия, география. Кроме того, эти дефекты лежат в основе особого вида дисграфии и дислексии (нарушения письма и чтения). В процессе коррекционной работы выявилось, что вначале компенсируется дефект зрительного восприятия, затем дефект пространственного восприятия и впоследствии астереогноз.

Для формирования пространственных представлений у здорового ребенка наряду с двигательным и зрительным анализаторами большое значение имеет слух. На 5 мес. жизни слуховая ориентировочная реакция является компонентом зрительного восприятия пространства. При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора.

Таким образом, у ребенка с ДЦП в силу двигательной недостаточности и других нарушений задерживается развитие пространственных представлений и формирование схемы тела.

Некоторые специалисты отмечают сенсорную сверхчувствительность у детей с ДЦП. Например, ребенок усиленным мышечным сокращением реагирует на внезапный шум или на неожиданное приближение человека. У совсем маленьких детей можно наблюдать мышечный спазм, даже когда на лицо ребенка падает солнечный луч. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма.

Таким образом, для детей с ДЦП уже с первого года жизни характерно нарушение процесса активного восприятия окружающего мира, что зачастую приводит к задержке психического развития даже при хороших потенциальных интеллектуальных возможностях, поскольку именно восприятие, как основа чувственного познания, составляет фундамент всей психической познавательной системы.

**Память**

Образная память включает в себя зрительную, слуховую, осязательную и некоторые другие виды памяти. Образная память тесно связана с восприятием и базируется на нем. Образы восприятия фиксируются в памяти. Таким образом, все недостатки восприятия у детей с ДЦП определяют недостатки образной памяти.

Например, нистагм не дает возможности ребенку создать целостное оптическое представление о предмете. Образ восприятия оказывается нечетким, «рваным», фрагментарным и искаженным. Таким же он и «закладывается» в память.

Часто слуховое восприятие у детей с ДЦП нарушено. Например, ребенку говорят: «Коса» – и показывают на картинку с ее изображением. Ребенок с нарушениями фонематического слуха слышит это слово как «коза» и запечатлевает картинку в памяти. Таким образом, нарушение фонематического восприятия приводит к неверному запоминанию.

Невозможность последовательного зрительно-осязательного восприятия игрушки приводит к тому, что образ памяти отличается фрагментарностью, нечеткостью, ребенку не удается оценить контуры предмета, его форму, детали, пропорции, его фактуру, другие особенности.

Все эти примеры доказывают, что нарушения в формировании образной памяти большей частью являются следствием нарушений восприятия.

Двигательная память, т.е. запоминание, сохранение, воспроизведение движений, развивается у детей с ДЦП с опозданием и весьма своеобразно. Это обусловлено тяжестью двигательной патологии при ДЦП.

Исследования И.И. Мамайчук и Е.Н. Бахматовой по изучению слухоречевой механической памяти у детей с ДЦП (предлагалось запомнить 10 слов и цифр) выявили у некоторых детей существенные трудности в удержании запоминаемого материала; при повторении дети нарушали порядок цифрового и словесного рядов, добавляли слова и цифры, которые не встречались в тексте. Аналогичные ошибки наблюдались и при запоминании материала, предъявляемого в зрительной модальности.

У некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее, тогда механическая память на начальных этапах обучения помогает осваивать счет и чтение. Часто, однако, наблюдается механическое запоминание порядка следования явлений и их названий. Дети с ДЦП правильно перечисляют сезонные изменения, части суток и дни недели, но затрудняются в понимании каждого явления, путают то, что уже было, с тем, что наступит, т.е. возникают трудности в осмыслении, в понимании сущности явлений.

Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении.

Изучение памяти у детей с ДЦП (до 4 лет) проводила Н. В. Симонова. Например, у детей с гиперкинетическим синдромом и относительно сохранным интеллектом способность к узнаванию и запоминанию сразу же после показа ранее незнакомого предмета и возможность запоминания и воспроизведения его звуковым символом или мимикой значительно более сохранна, чем у детей с другими формами ДЦП. Более полно запоминаются яркие предметы и те, по которым можно создать больше ассоциативных связей. Их воспроизведение и узнавание возможно и по истечении некоторого времени. Узнавание выражается в положительных эмоциях (смех, улыбка), повороте головы в сторону нужного объекта или его изображения, в движении глазных яблок и фиксации взгляда на нужном предмете, в попытке сделать указательный жест, в звукоподражании. Значительную трудность, а порой невозможность узнавания и запоминания представляют бесцветные изображения. Эта трудность остается даже после обучения и у более старших детей, в возрасте 3–5 лет.

Таким образом, у детей с ДЦП наблюдается специфическое развитие памяти и своеобразие в формировании мнемических процессов.

**Мышление**

Все, даже простейшие наглядно-действенные, задачи предусматривают произвольные целенаправленные действия с предметами. Именно эти действия у детей раннего возраста стимулируют познавательную деятельность, активизируют внимание, восприятие, память, мышление, речь, общение и взаимодействие со взрослыми. Однако двигательные нарушения у ребенка с ДЦП не дают ему возможности полноценно освоить все многообразие наглядно-действенных задач, которые нормально двигающийся малыш решает почти ежечасно в повседневной жизни. Ребенок с ДЦП лишен возможности двигаться, либо такая возможность ограничена. Следовательно, наглядно-действенное мышление будет формироваться с большим опозданием и весьма своеобразно. Таким образом, познание окружающего мира в активной деятельности нарушается. Зачастую наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинает развиваться практически без фундамента наглядно-действенного мышления. Ребенок познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и при опоре на менее нарушенные функции (например, речь). Поэтому в психическом развитии ребенка можно отметить «ножницы», когда ребенок может давать разумные объяснения, связанные с окружающей действительностью, событиями, явлениями, бытом, может описать все этапы выполнения каких-либо действий, но при этом он никогда их не выполнял и выполнить не может. Недостаточность наглядно-действенного мышления приводит к недостаточности в формировании других, более сложных форм мыслительной деятельности.

Наглядно-образное мышление обычно формируется на основе наглядно-действенного мышления и чувственного опыта (ощущения и восприятие). При ДЦП оба этих компонента значительно нарушены в своем развитии, поэтому данный вид мышления формируется позже нормативных сроков и имеет ряд специфических особенностей.

Развитие словесно-логического мышления начинается с формирования обобщенного значения слов и развития словесного обобщения. Этот этап в развитии мышления у детей с ДЦП существенно страдает. Это зависит как от тяжести речевого поражения, отсутствия практики и личного опыта в активном познании окружающего мира и общении, так и от ограниченности грамотного раннего коррекционно-развивающего воздействия. Основной связью с предметом у многих детей долгое время остается зрительная, что приводит к преобладанию чувственного обобщения над словесным и к задержке развития понятийного мышления. Наглядная ситуация, внешние, несущественные признаки предметов для этих детей имеют большее значение, чем для здоровых детей того же возраста. Поэтому становление и целенаправленное развитие речи на этом этапе способствует перестройке сенсорного типа восприятия на предметно-обобщенный, что в свою очередь приводит к развитию понятийного, словесно-логического мышления. По данным Е.М. Мастюковой, при некоторых клинических формах ДЦП процесс становления речи и мышления имеет свои особенности. Так, при гиперкинетической форме чувственное обобщение достигает своего наибольшего развития. Для многих детей с церебральными параличами даже до становления активной речи характерен обобщенный тип восприятия. С развитием речи происходит дальнейшее развитие словесного обобщения понятийного мышления. Большая эмоциональность этих детей' стремление к контакту способствуют тому, что речь уже на самых ранних этапах своего формирования становится средством связи и познания окружающего мира, в силу этого наиболее полное развитие абстрактного мышления происходит чаще при этой клинической форме ДЦП. При двойной гемиплегии и спастической диплегии чаще отмечается нарушение гностических зрительных функций, таких, как нарушение восприятия объемных величин и пространственных взаимоотношений, что приводит к недостаточному развитию чувственного обобщения. Психические особенности этих детей, такие, как повышенная пугливость, инертность, тормозят речевое обобщение, и речь не становится достаточно развитым средством познания, что приводит к задержке развития понятийного и абстрактного мышления. Своеобразно становление речи и мышления при атонически-астатической форме ДЦП. У этих детей речь остается отражением конкретной связи слова с предметом, обобщенный тип восприятия не развивается. Речь не становится средством связи и познания окружающего мира, что отражается в мышлении и поведении таких детей. Эти дети остаются часто вне ситуации, вне коллектива, не устанавливают связей с окружающими. Внимание их крайне неустойчиво, деятельность неорганизованна, мышление сугубо конкретное. Исследование Е.М. Мастюковой указывает на особенности становления речи и мышления у детей с ДЦП, а также на тесную связь и взаимовлияние речи и мышления в процессе развития как нормального, так и аномального ребенка.

Задержка в развитии словесно-логического мышления у детей с ДЦП проявляется в том, что дети с трудом устанавливают сходства и различия, причинно-следственные связи между предметами и явлениями окружающего мира. Классификацию предметов проводят по принципу конкретных ситуативных связей. Наблюдается задержка в формировании обобщающих понятий и форм (классификация предметов, выделение четвертого лишнего, осмысление простого рассказа и др.). Обычно задержка в развитии логического мышления сочетается с низким уровнем сформированности познавательных интересов, с преобладанием игровых мотивов. Недоразвитие абстрактного мышления проявляется прежде всего в усвоении счета.

Изучение первоначальных понятий о числе у учащихся подготовительных классов специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата проводила Г.С. Гуменная. Исследование позволило заключить, что у детей с ДЦП процесс овладения понятием количества протекает при патологическом формировании стереотипа счетного действия. Это отражается на правильности результата при выполнении практических действий количественного сравнения предметных совокупностей. Ограничение двигательного опыта препятствует нормальному развитию ручного действия, имеющего важное значение на начальных этапах становления счета. Затруднен процесс деления множества на части и отдельные элементы, их объединение в группу, что является условием количественной оценки.

На характер мыслительной деятельности детей с ДЦП оказывают влияние церебрастенические явления, выражающиеся в низкой интеллектуальной работоспособности, а также инертность психической деятельности.

**Речь**

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 звукопроизносительной стороны речи, носящих чрезвычайно выраженный характер при ДЦП.

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 звукопроизносительной стороны речи могут усиливаться по причине расстройств дыхания и голосообразования.

При ДЦП может наблюдаться недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи. Исследование Е.М. Мастюковой 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 формируются 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 xapaктеристики 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 употреблен 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.

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.

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.

Таким образом, при ДЦП нарушенными оказываются все стороны речи, что негативно влияет на психическое развитие ребенка в целом.

Стр. 302–314

**4.5. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ
И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ**

И.Ю. Левченко

Психологические механизмы формирования личности едины и для нормально развивающегося ребенка, и для ребенка с нарушениями в развитии, но разные условия этого формирования приводят к появлению специфических закономерностей развития личности ребенка с аномалиями в развитии.

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются задержки развития по типу психического инфантилизма (см. текст в конце раздела). 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. Однако, как отмечает М.С. Певзнер, «при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом». Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем (Т.А. Власова, М.С. Певзнер). Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм, к нему относят также гармонический инфантилизм. При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако пре имущественно в эмоционально-волевой. Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма существуют осложненные формы – так называемый органический инфантилизм (текст 9).

Текст 9

«Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются дети с задержками психического развития по типу психического инфантилизма.

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 (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, 1973).

Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм (В.В. Ковалев, 1973), к нему относят также гармонический инфантилизм (Г.Е. Сухарева, 1959). При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой (М.С. Певзнер, 1982).

Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма выделяют осложненные формы. Описано несколько вариантов проявления осложненного инфантилизма (М.С. Певзнер, 1982; В.В. Ковалев, 1973). Однако, как отмечает М.С.  Певзнер, «при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом». 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, по данным В.В. Ковалева (1973), 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.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-волевой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в нецеленаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Особенностью психического инфантилизма у наблюдаемых нами школьников с церебральным параличом было то, что он носил осложненный характер. Выделено три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом. *Первый* невропатический вариант осложненного инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии (В.В.Ковалев, 1973).

Для невропатии, или врожденной детской нервности, характерна повышенная возбудимость и значительная неустойчивость вегетативных функций нервной системы. Дети с невропатией отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, часто заторможенностью в поведении, проявляющейся в виде пугливости, страха перед всем новым.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью.

При невротическом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержание мочи), энкопреза (недержание кала).

Значительно реже как результат пассивного протеста может возникать суицидальное поведение, которое проявляется только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки.

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

*Второй* вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом представляет собой сочетание психического инфантилизма с симптомами раздражительной слабости. Данный вид описан в литературе как цереброастенический вариант осложненного инфантилизма (В.В. Ковалев, 1973). Проявления эмоционально-волевой незрелости у этих детей сочетается с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушением внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение данных школьников отличается раздражительностью, несдержанностью; характерной для этих школьников является склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной утомляемостью, быстрым истощением активного внимания. Настроение у них крайне неустойчивое, с оттенком недовольства, раздражения. Эти дети требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий; в противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами. У них наиболее часто наблюдаются аффективно-возбудимые формы поведения, однако в новой для них обстановке моет, напротив, проявляться повышенная тормозимость.

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

*Третий* вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом относится к так называемому органическому инфантилизму, описанному отечественными психиатрами (Г.Е. Сухарева, 1965; С.С. Мнухин, 1968; и др.).

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

Повышенная внушаемость сочетается у них с проявлениями упрямства, плохой переключаемости внимания. Отмечаются у этих детей более выраженные, чем в ранее рассмотренных вариантах, случаи проявления нарушения внимания, памяти, снижения уровня работоспособности.

Проявление органического инфантилизма чаще наблюдалось при атонически-астатической форме церебрального паралича, когда имеет место поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т.е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности. Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами «детскости», повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерными являются склонность к «расторможению» влечений, недостаточно высоко развитая критичность; элементы импульсивности сочетаются у них с проявлениями инертности. Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний у них были неадекватно завышенными; отсутствовала и адекватная реакция на успех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды у эти детей наблюдалось формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбудимого типа. Дети становились двигательно беспокойными, раздражительными, импульсивными, неспособными адекватно учитывать ситуацию, были некритичны к себе и своему поведению. Подобные формы поведения имели тенденцию к закреплению». *(Мастюкова Е.М.* Особенности личности учащихся с церебральным параличом: Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т.А. Власовой. М., 1985.)

Специфические особенности в развитии и формировании эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП могут быть связаны как с биологическими факторами (характер заболевания), так и с социальными условиями (воспитание и обучение ребенка в семье и учреждении). Степень нарушения двигательных функций не определяет степень нарушения эмоционально-волевой и других сфер личности у детей с ДЦП.

Эмоционально-волевые нарушения и нарушения поведения у детей с ДЦП в одном случае проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям. Обычно эти дети беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Для этих детей характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Более многочисленная группа детей, напротив, отличается вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Такие дети с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в быстро изменяющихся внешних условиях, с большим трудом налаживают взаимодействие с новыми людьми, боятся высоты, темноты, одиночества. В момент страха у них наблюдается учащенные пульс и дыхание, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюнотечение и гиперкинезы. Некоторым детям свойственно излишнее беспокойство за свое здоровье и здоровье своих близких. Чаще такое явление отмечается у детей, которые воспитываются в семье, где все внимание сосредоточено на болезни ребенка и малейшее изменение в состоянии ребенка приводит родителей в тревогу.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью: болезненно реагируют на тон голоса, отмечают малейшее изменение в настроении близких, болезненно реагируют на, казалось бы, нейтральные вопросы и предложения.

Часто у детей с ДЦП наблюдается расстройство сна: они плохо засыпают, спят беспокойно, со страшными сновидениями. Утром ребенок просыпается вялым, капризным, отказывается от занятий. При воспитании таких детей важно соблюдать режим дня, он должен находиться в спокойной обстановке, перед сном избегать шумных игр, воздействия различных резких раздражителей, ограничить просмотр телепередач.

Повышенная утомляемость характерна практически для всех детей с ДЦП. Они быстро становятся вялыми или раздражительными и плаксивыми, с трудом сосредоточиваются на задании. При неудачах быстро теряют к нему интерес, отказываются от его выполнения. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство. Ребенок начинает суетиться, усиленно жестикулирует и гримасничает, у него усиливаются гиперкинезы, появляется слюнотечение. Темп речи ускоряется, она становится невнятной и малопонятной для окружающих. В игре ребенок пытается схватить все игрушки и тут же их разбрасывает. Развитие организованности и целенаправленности всех видов деятельности у такого ребенка проходит с большим трудом и предполагает активное участие волевых процессов.

Волевая активность детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, имеет свои особенности. Исследование Н.М. Сараевой включало наблюдения, эксперимент и другие методы, которые позволили изучить волевую активность 120 подростков с ДЦП. Полученные данные позволили 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.

По уровню волевого развития среди испытуемых обнаружено три основных 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. Таких подростков было 37% из общего состава изученных.

**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. Таких детей из всего количества обследованных было 20%.

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 волевую 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 эту группу вошло 43% от общего числа изученных подростков.

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

Коррекционно-восстановительная работа с подростками, страдающими заболеваниями опорно-двигательного аппарата, требует учета отмеченных волевых различий. В особом внимании нуждается первая группа детей, у которых слабая воля лишь усугубляет их самочувствие и заболевание. Выстраивание перспектив для каждого такого ребенка, целенаправленная работа психолога, воспитателя, логопеда и других специалистов по развитию волевой стороны личности, подражание волевым подросткам (вторая группа) могут значительно укрепить волю детей и способствовать их социально-психологической реабилитации.

Важно, чтобы ребенок начал осознавать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей болезни и к своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит родителям и воспитателям: у них ребенок заимствует оценку и представление о себе и своей болезни. В зависимости от реакции и поведения взрослых он будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или как человека, вполне способного достичь успехов. Патохарактерологическое формирование личности (психогенно обусловленное развитие личности в связи с длительным действием психотравмирующего фактора и неправильным воспитанием) отмечается у большинства детей с ДЦП. Отрицательные черты характера формируются и закрепляются у детей с ДЦП в значительной степени по причине воспитания по типу гиперопеки, характерному для многих семей, где воспитываются дети с патологией двигательной сферы. Такое воспитание ведет к подавлению естественной, посильной ребенку активности. Родители, боясь, что ребенок упадет, уронит посуду, неправильно оденется, лишают его самостоятельности, предпочитают все сделать за него. Это и приводит к тому, что ребенок растет пассивным и безучастным, не стремится к самостоятельности, у него формируются иждивенческие настроения, эгоцентризм, ощущение постоянной зависимости от взрослых, неуверенность в своих силах, робость, ранимость, застенчивость, замкнутость, тормозные формы поведения. У части детей наблюдаются стремления к демонстративному поведению, тенденция к манипулированию окружающими.

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.

Отклонения в развитии личности ребенка с ДЦП могут возникнуть и при другом стиле воспитания в семье. Многие родители занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка с ДЦП. Эти родители требуют от ребенка выполнения всех требований и заданий, но при этом не учитывают специфику двигательного развития ребенка. Нередко такие родители, если ребенок не выполняет их требований, прибегают к наказаниям. Все это приводит к негативным последствиям в развитии ребенка и усугублению его физического и психического состояния.

В условиях гиперопеки или гипоопеки ребенка возникает наиболее неблагоприятная ситуация для формирования у него адекватной оценки своих двигательных и иных возможностей.

Изучение реакции ребенка на свой физический дефект является необходимым условием изучения личности, самосознания, самооценки, а также условием проведения правильной работы по воспитанию личности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Э.С. Калижнюк установила, что осознание дефекта у детей с ДЦП возникает чаще в возрасте 7–8 лет и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны сверстников, а также с социальной депривацией. Психогенные реакции, возникающие у таких детей, она разделила на два варианта:

*невротические реакции в сочетании с пассивно-оборонительными* – *гипостенический вариант* (чрезмерная ранимость, застенчивость, робость, склонность к уединению и т.д.);

*агрессивно-защитные формы поведения* – *гиперстенический вариант* (аффективная несдержанность, готовность к конфликтам и агрессии).

Психогенные реакции, протекающие на невротическом уровне, можно разделить на три группы, по их клинической выраженности: 1) астенофобические, 2) астенодепрессивные и 3) полиморфные синдромы с включением истерического компонента.

Дети с *астенофобическими проявлениями* робкие, застенчивые смущаются и затормаживаются в новой обстановке. Повышенная пугливость, сензитивность отмечаются у них в раннем периоде развития. Первый возрастной кризис (в 2–4 года) в связи с общей ретардацией развития несколько отставлен. Возраст овладения двигательными и речевыми функциями (3–5 лет) характеризуется нередко невротическими проявлениями, нарушениями соматовегетативной сферы, склонностью к привычным рвотам, энурезу, плаксивости, капризности. Второй возрастной кризис (11 – 12 лет), характеризующийся усилением астеноневротических проявлений нередко в сочетании с синдромом двигательной расторможенности, является аффективным этапом развития личности. И хотя истинного переживания дефекта в этом возрасте еще не наблюдается, дети сталкиваются с такой психотравмирующей ситуацией, как недоброжелательное отношение к ним здоровых сверстников. Вследствие невозможности полного устранения этой ситуации возникает повышенная эмоциональная возбудимость, что в сочетании с органической церебральной недостаточностью является благоприятным фоном для проявления различного вида фобических реакций. Своеобразием аффективного реагирования детей с ДЦП является склонность к возникновению аффекта страха под влиянием малозначимых внешних воздействий.

У детей с *астенодепрессивной формой реакций* на первый план выступает осознание своей физической неполноценности. У них отмечается повышенная ранимость и опасения оказаться смешными в обществе незнакомых людей, а отсюда стремление максимально оградить себя от посещения многолюдных мест – своеобразная изоляция, в некоторых случаях достигающая степени выраженного астенодепрессивного синдрома с суицидальными мыслями.

У детей с гиперстеническими реакциями наблюдается *полиморфная симптоматика.* В период первого возрастного кризиса наряду с невротическими проявлениями чаще обнаруживаются более выраженные отклонения в поведении – двигательная расторможенность, упрямство, негативизм, истерические реакции и др.

Переживание физической недостаточности наблюдается среди детей различного возраста. Наиболее остро они выделяются в подростковый и юношеский период. Данные периоды характеризуются многосторонними процессами, затрагивающими интеллектуальную, эмоциональную и волевую сферы. В подростковом возрасте активно формируются черты взрослого человека. Подросток сам начинает осознавать свое приближение ко взрослому возрасту и стремится к самостоятельности. Для детей с нарушениями движений возрастные трудности дополняются острой психической травой, связанной с физической недостаточностью.

Исследование, проводившееся Т. В. Есиповой в течение трех лет, дало основание выделить среди детей с нарушениями двигательной сферы три основные группы по их отношению к своему физическому дефекту.

Дети **первой группы,** наиболее благополучной, полностью понимают последствия заболевания, трезво оценивают свои силы и возможности и готовы к преодолению трудностей. Как правило, благодаря целеустремленности и волевым качествам они добиваются успехов в учебе, утверждаются в коллективе здоровых людей, в жизни.

Для детей **второй группы** типичным является подавленное настроение, потеря веры в улучшение их состояния. Это оказывает влияние на все сферы жизни и деятельности этих детей, затрудняет лечебную, психолого-педагогическую работу с ними.

В **третью группу** входят подростки, сравнительно спокойно относящиеся к своему заболеванию. У одних это объясняется компенсацией физической недостаточности другими развивающимися качествами и определенными достижениями (успехи в отдельных видах спорта, хорошая успеваемость, общественная работа и др.), у других – избалованностью в семье, иждивенчеством, у третьих – недостаточным развитием личности в целом. У подростков этой группы нет объективной оценки своих возможностей, критического отношения к ним.

Как это видно, переживания физической недостаточности одних мобилизуют на борьбу с болезнью, на занятие полноценного места в социальной жизни, у других эти переживания начинают занимать центральное место, уводят подростка от активной жизни.

Разница в реакциях подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата на физический дефект, как показывает данное исследование, определяется направленностью личности ребенка: у одних переживания связаны с повышенным вниманием к своему внешнему виду, т. е. к косметической стороне дефекта, у других наблюдается интерес к внутреннему содержанию, к интеллектуальным и нравственным сторонам личности. В целях правильного развития личности очень важно преодолеть переживания, направленные лишь на косметическую сторону дефекта. Это достигается не столько лечением физического недуга, сколько грамотной психологической работой с ребенком.

По данным Э.Хейссерман, некоторые интеллектуально одаренные дети с тяжелой формой ДЦП меньше страдают от своего дефекта, чем другие дети при физическом поражении той же степени тяжести. Благодаря своей природной одаренности эти дети дают высший уровень компенсации.

Другие исследования показывают, что наиболее остро переживают свой физический дефект те, кто приобрел нарушения опорно-двигательного аппарата в подростковом возрасте (спортивная травма, транспортная авария и др.).

Один из аспектов изучения особенностей развития личности детей с ДЦП – акцентуации характера подростков – был рассмотрен И.Ю. Левченко. Среди обследованных удалось выявить только часть тех типов акцентуации, которые обнаруживаются при обследовании здоровых подростков: астеноневротический (20%), сензитивный (19%), неустойчивый (22%), психоастенический (27%). Обращала на себя внимание относительно большая частота больных с ДЦП астеноневротического, психоастенического и сензитивного типов акцентуации, которые у здоровых подростков наблюдались крайне редко.

С большой частотой в группе обследованных был выявлен неустойчивый тип акцентуации характера, который столь же часто встречается и в норме. По данным проведенного анализа, особенности психического развития, недостаточная критичность в оценке тяжести своего заболевания – все это позволило предположить ведущую роль органического поражения мозга в формирования черт неустойчивого типа акцентуаций у этих детей.

В процессе исследования И.Ю. Левченко не выявила детей гипертимного, лабильного и циклоидного типов акцентуации характера. Она предположила, что конституционально обусловленные черты этих типов у детей данной категории нивелируются под влиянием обездвиженного или малоподвижного образа жизни, переживания дефекта и других факторов.

Другое исследование И.Ю. Левченко, проведенное на подростках, дало следующие результаты:

•  анализ отношений с матерью показал, что почти 90% детей оценивали свои отношения с ней высоко положительно, но наблюдалась некоторая амбивалентность оценки – те же дети отмечали повышенную раздражительность матери, частые ссоры с ней. При обработке вопросов, предложенных детям, были получены следующие данные: 30% детей говорили, что мать их любит; 60% – описывали ее положительные качества («Моя мать очень добрая»). 10% детей отказались от откровенных ответов, наблюдалась яркая агрессивная реакция («Многие матери недостойны материнства»; «Если бы мама захотела, она бы в космос полетела»);

•  анализ отношения к отцу показал: 19% детей говорили о любви между отцом и ребенком; 64% – считали, что со стороны отца уделяется мало внимания их воспитанию («Отец очень много работает», «Отец редко занимается со мной», «Отец редко играет со мной»), главной причиной чего ребенок считал собственный дефект;

•  у более половины детей отношение к будущему резко отрицательное («Будущее видится мне жестоким», «трудным», «тяжелым», «не очень счастливым» и т.д.), и все-таки часть из них допускали возможность позитивного развития собственного будущего («Надеюсь на лучшее», «Надеюсь, что встречу свою любовь», что «выйду замуж», «закончу школу» и т. д.), 17% испытуемых выражали уверенность в своих силах, проявляли стремление выстроить собственное будущее, использовать весь свой умственный и физический потенциал («Надеюсь на себя», «Уверен в своих силах», «Буду стараться не быть дряхлым» и т. д.). У 11% из группы выявлен ярко выраженный эгоцентризм, неадекватное отношение к возможностям в будущем, 2% – надеялись на чудо;

•  по отношению к страхам и опасениям детей можно разделить следующим образом: для 50% детей самым страшным представлялась возможность серьезной конфликтной ситуации в собственном микросоциуме; 30 % испытывают предметные страхи («Боюсь лифтов», «Боюсь потерять ключ от класса», «Боюсь диких животных» и т.д.); 14% – выражали опасения перед возможностью осознания окружающими их ущербности, 6% – опасались за собственное здоровье;

•  отношение детей к себе можно представить следующим образом: 80% испытуемых считали себя способными нести более серьезную ответственность за себя, чем им позволяют родители и учителя. Эти дети осознают факт гиперопеки со стороны значимых взрослых, считая ее излишней. Только 15% воспринимают заботу родителей как должное, выражая опасения по поводу лишения ее. Было выявлено 5% детей, которые росли в условиях гипоопеки, общались вне школы в основном с более старшими неблагополучными подростками, имели тенденцию к «мнимому взрослению», подражали отрицательным, асоциальным примерам.

По результатам этого исследования, 90% детей полностью осознавали собственный дефект, считали себя инвалидами, сознательно ограничивали собственные возможности, не признавая общение со здоровыми сверстниками необходимым для себя. Они имели определенные цели и прогнозы в отношении своего будущего, а собственные нереализованные возможности связывали напрямую с имеющимся дефектом. 8% детей, осознавая собственный Дефект, не лишали себя возможности общения с нормально развивающимися детьми, но наблюдалась некоторая агрессивность по отношению к людям, имеющим такую же аномалию развития; наблюдалось отсутствие четких целей, тенденция к асоциальному поведению, недостаточная осознанность поступков. 2% испытуемых не имели четкого осознания собственного дефекта, были излишне самоуверенны, ставили перед собой «феерические» задачи и цели.

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.

Раздел III. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
ПРИ ДИЗОНТОГЕНИЯХ ДЕФИЦИТАРНОГО ТИПА

Глава 4. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ
ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

И.Ю. Левченко

Стр. 323–334

**4.7. Психологическая диагностика детей при нарушениях
функции опорно-двигательного аппарата и коррекция этих нарушений**

Трудности при исследовании ребенка с ДЦП могут быть вызваны умственной отсталостью, задержкой развития, недостаточностью зрения, слуха, речи, отклонениями в поведении. Особенно важно рано выявить нарушения слуха у детей с ДЦП. Эти нарушения встречаются достаточно часто. Большую помощь в диагностике нарушений слуха врачу и педагогам могут оказать родители и воспитатели: наблюдая за ребенком, они должны отмечать, реагирует ли он на внезапно раздавшийся звуковой сигнал (стук двери, гудок, плач ребенка), любит ли он играть со звучащими игрушками, подражает ли речи взрослого, знакомым звукам (гудок паровоза, лай собаки), узнает ли и реагирует на шаги и голоса близких людей, любит ли музыку, в каком режиме, тихом или громком, предпочитает слушать теле- и радиопередачи, понимает ли обращенную речь. В тех случаях, когда родители и воспитатель отмечают недостаточность реакций ребенка на звуковые стимулы, необходимо обратиться к специалисту и проверить у ребенка слуховую функцию. Ранняя диагностика даже незначительного снижения слуха у ребенка с ДЦП имеет важное значение для нахождения оптимальных подходов в диагностике и коррекции психического развития, предотвращения отставания в психическом и речевом развитии.

Для выявления отклонений в развитии личности ребенка с церебральным параличом необходим комплексный клинико-психолого-педагогический анализ ее особенностей. При этом необходимо обращать внимание не только на ярко выраженные признаки поведения ребенка, нарушающие процесс адаптации в детском саду, но и учесть более тонкие особенности проявления его темперамента, характера, его мотивационно-потребностную и эмоционально-волевую сферы, особенности деятельности и общения с окружающими. Необходимо проанализировать данные анамнеза, условия быта, воспитания ребенка в семье. Особенно важно отметить не только негативные стороны личности, но и позитивные аспекты развития личности ребенка. Положительные качества личности помогут в дальнейшем строить коррекционно-развивающую работу с опорой на них, что обеспечит большую эффективность и продуктивность деятельности воспитателя, дефектолога, психолога, логопеда и других специалистов.

Обследование ребенка с ДЦП представляет большие трудности, так как физические недостатки, речедвигательные нарушения, ограниченный запас знаний об окружающем, астенические проявления маскируют потенциальные возможности ребенка. Разнообразие наблюдаемых проявлений затрудняет обследование. Наиболее надежной остается диагностика, опирающаяся на тщательное наблюдение в сочетании с экспериментальным обследованием отдельных психических функций и изучением особенностей приобретения новых знаний и навыков. Ведущую роль в таком подходе играет психолог и воспитатель дошкольного учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Такой подход требует, во-первых, времени, во-вторых, высокой квалификации специалистов, глубокого знания ими клинико-психологических особенностей детей с двигательной патологией. Специалисты, работающие в МПК и ПМПК, иногда недостаточно знают специфику нарушений при ДЦП и не имеют времени на долгосрочное динамическое наблюдение. Результатом этого является признание необучаемости детей с тяжелыми двигательными нарушениями, особенно если эти нарушения сочетаются с речевыми недостатками, нарушениями умственного развития, дефектами слуха и зрения.

Таким образом, успешность диагностической работы может быть обеспечена при условии тесного сотрудничества специалистов разных областей, при соблюдении принципов диагностической работы, а также при соблюдении некоторых требований к диагностике психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Ведущая роль в диагностике психического развития таких детей принадлежит педагогу-психологу и воспитателю.

Психолого-педагогическая коррекция отклонений в психическом развитии у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, так же как и диагностическая работа, должна соответствовать нескольким принципам. Данная работа должна носить комплексный характер, т. е. в ней должны участвовать специалисты различного профиля, что обеспечит коррекцию и развитие ребенка во всех направлениях. Актуальным является и принцип раннего начала психолого-педагогической коррекционно-развивающей работы, учитывающей возрастные и индивидуальные особенности развития ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Работа по коррекции отклонений в психическом развитии у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата должна носить систематический, организованный, целенаправленный характер. Только при соблюдении всех перечисленных принципов возможно достижение максимальных результатов в коррекции имеющихся у ребенка нарушений в развитии.

Однако невозможно говорить о коррекции отклонений в психическом развитии у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата без решения вопроса о коррекции двигательных нарушений. В предыдущих главах мы неоднократно подчеркивали связь двигательного развития и психического, которые следует рассматривать как взаимосвязанные. 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 воспитателем и психологом двигательных особенностей и возможностей ребенка.

Коррекция двигательных нарушений предполагает комплексное, систематическое воздействие, включающее медикаментозную терапию, физиотерапию, ортопедическое лечение, массаж, лечебную физкультуру. Медикаментозное лечение направлено на нормализацию мышечного тонуса, уменьшение насильственных движений, усиление активности компенсаторных процессов в нервной системе. В каждом конкретном случае терапия носит индивидуальный характер с учетом формы ДЦП, структуры двигательного дефекта, особенностей психической деятельности и соматического состояния ребенка. Физиотерапевтические процедуры направлены на уменьшение спастичности, улучшение трофики тканей и кровообращения в мышцах (грязевое лечение, тепловые процедуры). Ортопедическая работа предусматривает соблюдение ортопедического режима, использование ортопедических приспособлений для ходьбы, коррекции положения конечностей и др. Лечебная физкультура направлена на развитие двигательных навыков и умений, обеспечивающих школьную и социально-бытовую адаптацию детей.

Коррекция двигательных нарушений должна носить постоянный, непрекращающийся характер, поэтому занятия физической культурой, музыкальные занятия, занятия по формированию элементарных математических представлений, лепке, аппликации, рисованию, конструированию, труду, игре, ознакомлению с окружающим, развитию речи, а также все режимные моменты должны иметь коррекционную направленность и проводиться с учетом особенностей двигательного развития детей с ДЦП.

Итак, характерной особенностью организации обучения и воспитания в детских садах и школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата является тесное сочетание учебно-воспитательного процесса с лечебно-восстановительными мероприятиями.

Однако часто дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата вынуждены получать комплексное лечение в специализированных отделениях больниц, в санаториях. Это также позволяет сочетать лечебные мероприятия с обучением и воспитанием ребенка, но данная форма реабилитации детей сопряжена с рядом проблем психологического плана. Пребывание в стационаре не будет психической травмой для ребенка в том случае, если мать будет иметь возможность находиться вместе с ним. Преимущества такой формы реабилитации очевидны. Остановимся на них подробнее.

Необходимо привлекать родителей к непосредственному участию в лечении детей, страдающих церебральными параличами и находящихся в больнице. Оптимальным является вариант, когда ребенок поступает в лечебное учреждение вместе с матерью. Это позволяет, помимо лечения, осуществить специальную теоретическую и практическую подготовку матери, что важно для правильного проведения в дальнейшем в домашних условиях медикаментозного лечения, лечебной гимнастики, массажа, соблюдения верного ортопедического режима, оказания своевременной психологической и логопедической помощи. При такой модели оказания помощи в стационаре в первую половину дня все специалисты осуществляют лечение больных детей в присутствии и при активном участии матери, которая получает инструктаж с показом методики занятий для данного ребенка. Во вторую половину дня мать самостоятельно, по заданию специалистов, продолжает работу с ребенком под наблюдением дежурного персонала. Психологическая и логопедическая помощь также оказывается ребенку в присутствии родителей. При выписке ребенка родители получают план занятий с ребенком дома. Такая специализированная подготовка матерей позволяет и после выписки из стационара оказывать детям квалифицированную помощь и специальный уход, что способствует созданию более благоприятных условий для комплексного лечения и коррекционно-развивающей работы с ребенком. Чрезвычайно важным положительным моментом данной модели является минимализация негативных психических последствий, связанных с нахождением ребенка в специальном лечебном учреждении. Поскольку специфика заболевания приводит к необходимости частой госпитализации ребенка с ДЦП или с последствиями полиомиелита, расставание с привычным домашним укладом жизни, с близкими и родными людьми приводит к негативным последствиям в психическом развитии: ребенок остро переживает разлуку с близкими, сложно адаптируется к новым условиям и требованиям, испытывает страх и тревогу, эмоциональное напряжение. Все это может отрицательно сказаться на лечении, ухудшить соматическое и психическое состояние ребенка. Пребывание матери вместе с ребенком в стационаре позволяет избежать этих нежелательных последствий.

В каком бы учреждении ни находился ребенок с ДЦП, необходимо вести с ним активную и систематическую психолого-педагогическую коррекционно-развивающую работу. Эта работа должна быть направлена на развитие познавательных психических процессов, формирование личности и различных видов деятельности, коррекцию имеющихся нарушений и предотвращение вторичных нарушений. Данная деятельность осуществляется педагогом-психологом, дефектологом, логопедом, воспитателями.

Конечно, коррекционно-развивающая работа должна начинаться с первых дней жизни ребенка, так как нарушения двигательного развития приводят к вторичной задержке в формировании многих психических функций. Однако на практике это зачастую невозможно. Связано это с трудностями диагностики ДЦП, с отсутствием учреждений и специалистов, занимающихся этими детьми в младенческом и раннем возрасте, ошибочным поведением родителей, которые из ложного стыда пытаются как можно дольше держать ребенка дома и не афишировать имеющуюся у него двигательную патологию. Таким образом, в дошкольное учреждение для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата часто попадают дети, с которыми коррекционно-развивающая работа не велась вовсе либо эта работа носила эпизодический и фрагментарный характер. Между тем упускается самый важный, сензитивный период для развития многих психических функций.

Комплекс коррекционных мероприятий на этапе младенческого и раннего возраста должен включать следующее:

1)  стимуляцию сенсорной сферы (разнообразие зрительных, слуховых, кинестетических, эмоциональных впечатлений, тренировка различных видов восприятия, развитие всех форм безречевой коммуникации);

2)  развитие ручной умелости, предметных действий и зрительно-моторной координации путем формирования пассивно-активных действий;

3)  развитие понимания речи, стимуляция предречевой и речевой активности;

4)  активизацию деятельности (развитие эмоционально-положительного отношения к окружающему и к различным видам деятельности, формирование способности произвольно включаться в предметную, игровую деятельность, деятельность по самообслуживанию). Коррекционные психолого-педагогические мероприятия должны быть направлены на привитие интереса к игрушкам и выполнение простейших действий с ними, на активную познавательную деятельность и ориентировку в быту, на развитие понимания простейшей обращенной речи в конкретно-бытовых ситуациях.

Важной психолого-педагогической коррекционно-развивающей задачей является развитие ручной умелости, мелкой моторики рук У детей с ДЦП в раннем и дошкольном возрасте. Формирование мелкой моторики представляется чрезвычайно важным в свете овладения ребенком навыками самообслуживания, предметной, игровой, трудовой, учебной деятельностью. При формировании мелкой моторики развивается пространственное восприятие, произвольное внимание, память, мышление, воображение, речь, т.е. активизируется вся психическая деятельность ребенка. Таким образом, развитие мелкой моторики из частной и узкоспециальной задачи становится магистральной и одной из главных задач дошкольного периода развития.

Важной задачей является формирование навыков самообслуживания и культурно-гигиенических навыков у детей раннего и дошкольного возраста. Необходимо создать условия, в которых у дошкольников с ДЦП формировалась бы потребность в овладении этими навыками. Самым важным из таких условий является уход от воспитания по типу гиперопеки, только тогда у ребенка возникает потребность в самостоятельности и активности, и он под руководством воспитателя может овладеть посильными навыками. Такой подход является и частью работы по профилактике личностных нарушений у детей с ДЦП, вызываемых гиперопекой. Важно, чтобы уровень требований воспитателя совпадал или был близок к уровню требований родителей к ребенку, дабы избежать двойного стандарта в воспитании. В процессе формирования навыков самообслуживания, как и в процессе формирования мелкой моторики, можно решать большое количество дидактических, обучающих задач самой разной тематики. Например, при одевании можно посчитать количество пуговиц, определить их форму, цвет, размер; вспомнить, какие предметы имеют ту же форму, тот же цвет и т.д.

В дошкольном возрасте продолжается реализация тех направлений воспитания, которые осуществлялись в раннем возрасте. Идет формирование произвольности всех познавательных психических функций, развитие различных видов и свойств внимания, восприятия, памяти, формирование наглядно-действенного, наглядно-образного и элементов словесно-логического мышления, развитие всех сторон речи. Ведется работа по формированию личности, а также различных видов деятельности.

Игра в дошкольном возрасте, будучи ведущей деятельностью, занимает основное место среди методов физического и психического развития детей. Дошкольники с ДЦП нуждаются в усиленном внимании и помощи взрослых для развития их познавательных возможностей и ориентировки в окружающей среде. Одним из средств, помогающих в решении этой задачи, могут служить различные игры, подобранные с учетом имеющегося у ребенка нарушения. Особенностью этих игр является их направленность на развитие зрительной, слуховой памяти, зрительного и слухового внимания, пространственных представлений, понятий о цвете, форме и величине предметов, автоматизации различения фонем и др. Положительный эмоциональный фон, определяемый игровыми действиями, позволяет быстрее включить больного в игру, содействует раскрытию его возможностей и характерных для него трудностей. В связи с этим в воспитательной работе с больными дошкольного возраста специализированные игры используются как диагностический прием и метод обучения и тренировки. Опыт показывает, что предварительные групповые игровые занятия (5–8 человек) с использованием специализированных игр и проведением наблюдений за поведением детей создают благоприятные условия для определения дальнейших индивидуальных задач обучения, подтвержденных тестированием. Включение специализированных игр в воспитательную работу проводится в группе и в индивидуальных занятиях.

Подбор дидактических игр и игровых занятий для дошкольников с церебральными параличами должен основываться на знании специфических структурных нарушений познавательной деятельности и быть направлен на коррекцию этих нарушений. Большое значение имеет включение в комплекс коррекционных мероприятий таких видов деятельности, которые в своих истоках связаны с игрой: рисование, лепка, аппликация, конструирование, труд и др. Эти виды деятельности направлены прежде всего на развитие способности различать цвет, форму, величину, а также на развитие мышечно-суставного чувства и мелкой моторики. Вместе с тем эти виды деятельности существенно обогащают все психические функции и личность в целом.

Как и ранее, 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.

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 двигательно-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 воспитатель, 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. Воспитатель должен подбирать различные игры, целью которых является закрепление пространственно-временных отношений.

Развитие слухового восприятия также должно проходить в игровой форме. Например, игра «Кто позвал» предусматривает узнавание ребенком того, кто произнес его имя. Развитием фонематического восприятия целенаправленно занимается логопед, однако под его руководством и воспитатель может проводить многочисленные упражнения.

При взаимодействии с ребенком с ДЦП необходимо учитывать его сенсорную сверхчувствительность. Так, например, подвинуть кресло, в котором сидит ребенок, можно лишь в том случае, если вы окажетесь в поле его зрения и заранее предупредите его об этом. Такому ребенку необходимо говорить заранее о том, что вы уже рядом и что вы намерены сделать. Приближаться к таким детям необходимо только тихими шагами, легко и постепенно, в любом случае действовать осторожно, предотвращая всякую неожиданность.

Воспитатель совместно с психологом должен подбирать игровой материал для развития всех видов памяти, мышления, речи.

Большое значение в развитии ребенка с ДЦП и в подготовке его к школе имеет обучение счету. Для коррекции нарушений в данной сфере наряду со стандартными можно рекомендовать некоторые специальные приемы обучения счету, приемлемые для обучения детей с церебральными параличами. К этим приемам следует отнести, во-первых, введение двигательно-осязательного элемента в процесс пересчета. Опора на двигательный, зрительный и осязательный анализаторы способствует восприятию линейно-расположенных в пространстве предметов. У каждого ребенка во время обучения счету должен быть набор с определенным числом однородных предметов, которые он должен пересчитывать со зрительным контролем и без него. Во-вторых, обучение счету должно всегда исходить из принципа наглядности, объяснение – проводиться на примерах видимых и ощущаемых детьми предметов, и только потом на отвлеченном уровне. При обучении счету необходимо соблюдение определенной последовательности при введении понятия последующего числа: нахождение равенства, обучение порядковому счету, разбор состава числа, цифровое изображение числа. Работу по изучению состава числа рекомендуется проводить следующим образом: показать цифру, обозначающую число, подобрать различные варианты состава данного числа из подсобного материала (палочек, пуговиц и т.п.), предложить ребенку подобрать несколько вариантов состава данного числа из подсобного материала, затем обязательно дать возможность ребенку пересчитать подобранный материал. На следующем этапе необходимо учить детей подбирать число «на один больше», «на один меньше» и т.д.

Важно дать детям представление о том, что число не зависит от величины предметов, расстояния между ними, их пространственного расположения и направления счета. В лечебно-коррекционную работу необходимо вводить также «двигательный» и «звуковой» варианты счета: сколько хлопков, сколько ударов в бубен, сколько шагов, сколько взмахов руки соответствует данному числу и т. п.

В процессе обучения счету необходимо уточнить и автоматизировать в речи детей такие понятия, как «больше – меньше», «прибавить – отнять», «уменьшить – увеличить» и др.

При обучении детей знанию цифр необходимо использовать специальные трафареты с вырезанными цифрами для раскрашивания и обведения. Необходимо учить детей строить цифровой ряд слева направо, дать понятие увеличения цифрового ряда слева направо и уменьшения – справа налево.

Помимо работы, направленной на формирование и коррекцию познавательных психических процессов, большое значение имеют меры по предупреждению у детей патохарактерологического формирования личности. Здесь особенную важность имеют правильные условия воспитания ребенка в детском саду и в семье. Воспитатель должен разъяснять родителям пагубность гиперопеки, он должен развивать в детях самостоятельность, активность, инициативность, волевые качества, мотивационно-потребностную сферу личности, черты характера, которые позволят ребенку в Дальнейшем адекватно адаптироваться в обществе.

Важное место в развитии личности ребенка с ДЦП занимает преодоление страхов. Известно, что страх у здорового ребенка возникает тогда, когда он сталкивается с незнакомыми явлениями. У ребенка с ДЦП представления об окружающем крайне скупы. Поэтому очень важно постепенно расширять его кругозор, знакомить с различными предметами и явлениями, приучать ребенка к новым явлениям осторожно, не перегружая обилием впечатлений. Важное значение для предупреждения страхов и развития таких отрицательных черт личности, как неуверенность, боязливость, имеет воспитание у ребенка активности. Он должен выполнять в доме и в группе посильную работу, его необходимо учить (с учетом двигательных возможностей) самостоятельно есть, одеваться, прививать элементарные культурно-гигиенические навыки и навыки самообслуживания.

Родители детей с ДЦП часто умышленно ограничивают круг общения детей, аргументируя такую изоляцию ребенка желанием уберечь его от внешних негативных воздействий, стыдом и др. Проявляя чрезмерную заботу о больном ребенке и стремясь предугадать все его желания, родители не формируют у ребенка потребности пользоваться речью. Это приводит не только к отставанию в речевом развитии, но и к негативным особенностям в развитии личности.

Правильная коррекция нарушенных и ослабленных психических функций в старшем дошкольном возрасте является важным звеном профилактики тех затруднений, которые почти всегда возникают при обучении детей с церебральными параличами письму, чтению, счету, а позже – при освоении геометрии, черчения, географии.

После завершения дошкольного образования дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут получить образование в специальных школах для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами либо в массовой школе, если это позволяет состояние ребенка. В основу обучения в специальных школах положена программа общеобразовательной или вспомогательной школы. Дети, обучающиеся по программе массовой школы, получают неполное среднее образование за 10 лет, полное среднее – за 12 лет.

В основе специальной коррекционной работы со школьниками лежат общие принципы. Коррекционная работа по ряду разделов (пространственные, временные представления, обогащение словарного запаса) должна продолжаться и в средней школе, причем в этот период она строится непосредственно на программном материале.

В средней школе при построении системы занятий, направленных на дальнейшую компенсацию нарушенных функций, выделяются следующие направления:

– формирование пространственных представлений на основе программного материала по черчению, геометрии, географии;

– развитие временных представлений на материале истории, математики, литературы;

– развитие словарного запаса: отработка специальной терминологии при изучении различных предметов; овладение понятиями, обозначающими пространственные и временные представления в изучаемом материале;

– овладение терминами, обозначающими абстрактные категории;

– развитие речевого общения: грамматически правильное построение фраз; употребление в речи числительных и местоимений, служебных слов и предлогов, в первую очередь связанных с пространственными и временными категориями;

– развитие ручной умелости на уроках труда.

В ходе коррекционных занятий можно частично, а в некоторых случаях полностью компенсировать специфичные для данной категории детей нарушения познавательной деятельности и, таким образом, создать учащимся условия для овладения программным материалом общеобразовательной школы, а следовательно, и предпосылки для овладения квалифицированными профессиями в дальнейшем.

Большинство детей с ДЦП способно овладеть определенным комплексом трудовых навыков, благодаря использованию в процессе обучения оптимальных приемов и методов, среди которых важное место занимает метод тренировки, осуществляемый путем многократного повторения однотипных упражнений. В процессе формирования основных трудовых навыков необходимо строго следовать определенной этапности в предъявлении заданий. Начинать следует с показа действия воспитателем или учителем с последующим переходом на сопряженное и отраженное выполнение действия, а завершать итоговым сравнением результатов начальной и конечной стадии обучения. Выработку трудовых навыков необходимо строить на основе элементарных, достаточно автоматизированных двигательных навыков. Необходимо учитывать индивидуальные особенности проявления двигательной патологии у каждого конкретного ребенка. Для этого необходимо тесное сотрудничество воспитателей и учителей с врачами, методистами ЛФК и другими специалистами учреждения.

Важность трудового воспитания дошкольников и школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата связана и с необходимостью определения наиболее доступного круга профессий для каждого учащегося, а также с необходимостью создания наиболее благоприятных условий для профессиональной подготовки, что в дальнейшем облегчит социальную адаптацию ребенка. Больные детским церебральным параличом при систематическом проведении восстановительной терапии и направленном воспитании, несмотря на трудности, могут пройти обучение по программе общеобразовательной или вспомогательной школы и трудовую подготовку. Уровень образования и профессиональной подготовки определяется состоянием интеллекта больного, тяжестью двигательных и сопутствующих сенсорных нарушений, возможностью посещения различного вида учебных заведений, условиями жизни семьи, личностными особенностями больного. Важность лечебной, коррекционно-развивающей работы в дошкольный период была показана в исследовании И.И. Мирзоевой, О.П. Зайдель. По их данным, несомненное значение имеет характер полученного больным лечения, его систематичность и комплексность. Так, больные, начавшие лечиться в дошкольном возрасте, в дальнейшем трудоустраиваются значительно лучше, чем не получившие специальной помощи до школы. Таким образом, коррекционно-развивающая работа в дошкольный период оказывает огромное влияние даже на профессиональное определение лиц, страдающих ДЦП, а следовательно, на их социальную адаптацию и реабилита