Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Иркутск-2014

1. Причины нарушений опорно-двигательного аппарата в детском возрасте. Нозологические формы. Детский церебральный паралич (ДЦП)

Причины нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА) фактически не отличаются от таковых при других нарушениях развития. Любые инфекционные заболевания матери (особенно такие, как грипп, герпес, хламидиозы и др.), а также ее сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения; несовместимость плода и матери по резус-фактору или группам крови создают риск нарушений ОДА. Опасна анемия беременной. Еще опасней травмы, ушибы плода, которые могут произойти на больших сроках беременности при падении матери или какой-то катастрофе. Очень опасны интоксикации, а также, хронически действующие на будущего ребенка экологические вредности, рентгеновское излучение. В последние два десятилетия стали отводить большую роль токсоплазмозу, т.к. антитела к токсоплазмам находили у каждой пятой матери ребенка с детским церебральным параличом. ЦНС ребенка может быть повреждена в родах (стремительные, затяжные, вторичная слабость родовой деятельности, акушерские пособия). Все эти факторы провоцируют и асфиксию, и кровоизлияния в мозг.

Вместе с тем далеко не каждое повреждение ЦНС в ходе родового акта заканчивается патологией опорно-двигательного аппарата. Cовременные исследователи полагают, что в родах преимущественно травмируется уже неполноценная нервная система. Поврежденный внутриутробно мозг провоцирует и асфиксию при рождении, и гипотрофию плода (задержку внутриутробного развития), и, возможно, способствует поздним выкидышам, которые сейчас после срока в 24 недели беременности, квалифицируются как роды. Поэтому достаточно закономерно, что при преждевременных родах и появлении на свет ребенка с очень малым весом (менее 1000 г) фактически каждый второй выхоженный малыш окажется с повреждением ОДА.

После рождения, помимо общеизвестной пагубной асфиксии, а также травм с ушибами головы и нейроинфекций у ребенка до полугода, следует упомянуть осложнения после профилактических детских прививок. В возникновение детского церебрального паралича вносит свой вклад и генетическая предрасположенность. Есть данные, что родственники таких детей значимо чаще страдали нервно-психическими расстройствами, например, эпилепсией [4].

Отмечают различные виды патологии опорно-двигательного аппарата. К ним относятся: врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей; аномалии развития пальцев кисти; артрогрипоз (врожденное уродство). Ранее нарушения опорно-двигательного аппарата чаще всего встречались у детей, перенесших полиомиелит, который сейчас предупреждается прививками.

Перечисленные виды патологии имеют разный прогноз. В большинстве случаев они не приводят к дизонтогенезу психики, хотя психологические последствия, связанные с переживанием физического недостатка закономерны. Исключением является детский церебральный паралич (ДЦП). ДЦП преимущественно представляет собой резидуальные (остаточные) проявления перинатального поражения мозга и имеет медленно регрессирующее течение. Он занимает ведущее место среди нарушений опорно-двигательного аппарата у детей. Впервые ДЦП был описан Вильямом Литтлем в 1861 году. Термин же впервые предложил Зигмунд Фрейд в 1893 году, еще до начала своих занятий психологией.

ДЦП - обобщенное название для тяжелых заболеваний ЦНС, проявляющихся в виде различных двигательных, когнитивных и речевых нарушений. На первый план выходят ограничения произвольных движений. Двигательные нарушения при ДЦП обусловлены тем, что поражение незрелого мозга приводит к формированию и закреплению патологических двигательных рефлексов, а отсутствие движений и вынужденное положение поврежденных конечностей способствует формированию контрактур. [26, 27].

К.А. Семенова выделяла три стадии течения ДЦП: начальную, раннюю резидуальную и позднюю резидуальную с двумя степенями тяжести течения. Первая стадия заболевания начинается непосредственно после рождения или в период новорожденности; вторая - ранняя резидуальная стадия обычно выявляется в 4-5-месячном возрасте и длится до 2-3 лет, в тяжелых случаях она может перейти в третью - позднюю резидуальную стадию значительно раньше - в 6-8 мес. Окончательное формирование патологического двигательного стереотипа и появление контрактур и деформаций на основе неврологических синдромов, развернувшихся в течение первых двух стадий, происходит на третьей стадии заболевания.

Классификаций ДЦП за полтора века предложено более двух десятков. В России принята классификация К.А. Семеновой (предложена в 1974-1978 годах). В соответствии с ней выделяется пять основных форм ДЦП.

Спастическая диплегия. Возникает при повреждении моторных зон коры, причем с обеих сторон. При этой форме наблюдается паралич всех четырех конечностей, больше выраженный в ногах. Чаще эта форма появляется у недоношенных детей. Физическое развитие ребенка замедляется: он поздно начинает держать голову, сидеть. Начало ходьбы (с помощью посторонних) задерживается до четырех-пяти лет из-за высокого напряжения мышц ног. Эта болезнь и была впервые описана Литтлем, выделившим определенное сочетание признаков, обусловленных кровоизлиянием в мозг ребенка. Впоследствии было отмечено, что схожие явления наступают также из-за внутриутробных поражений плода и даже после рождения. К симптоматике относится приведение бёдер к животу, «перекрещенные» при опоре ножки, согнутые колени в положении лежа, рано появляющиеся контрактуры. Гипертонус ниже (вплоть до полного отсутствия) в ручках. К двигательным нарушениям часто присоединяется умственная отсталость. До настоящего времени это самая распространенная форма ДЦП, страдающих ею около 40 %. Спастическая диплегия считается прогностически благоприятной. Ребенок может научиться обслуживать себя, писать, а также способен овладеть рядом трудовых навыков.

Двойная гемиплегия также возникает в результате повреждения моторных зон обоих полушарий мозга и сопровождается параличом всех четырех конечностей с преимущественным поражением рук. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Речь отсутствует из-за анартрии. Функция рук практически не развивается. К счастью, подобная форма редка, по литературным данным таких детей лишь 2 %, т.е. в 20 раз меньше, чем с болезнью Литтля.

Гемипаретическая форма. При ней отмечается атрофия (похудание) мышц и задержка роста парализованных конечностей. Мышцы резко напряжены на больной стороне. Больше парализована рука, чем нога. Причиной также является повреждение моторных зон коры, однако, только с одной стороны. Эта форма встречается лишь немного реже, чем болезнь Литтля (32 % от общего количества случаев). Симптоматика различается в зависимости от локализации. Левополушарное повреждение провоцирует дислексию, дисграфию, нарушение фонематического восприятия. Правополушарные повреждения вызывают патологию эмоционально-волевой сферы: агрессивные проявления, эмоциональную ригидность или уплощенность. Интеллект может не страдать

Гиперкинетическая форма. Сюда относятся все случаи ДЦП, когда основным симптомом являются насильственные движения в конечностях. Они бывают хореоподобными (быстрыми), атетоидными (вычурно-замедленными), а могут носить смешанный характер. Наблюдается также тремор (дрожание). Судороги проявляются через несколько месяцев после рождения, нарастают и достигают максимума в раннем возрасте. При описываемой форме поражены базальные ганглии, т.е. повреждение носит подкорковый характер. При этой форме обязательно будут речевые нарушения. Ходить дети начинают очень поздно. Интеллект страдает приблизительно у каждого четвертого ребенка, сопутствующая патология анализаторов существенно утяжеляет прогноз. По частоте встречаемости описываемая форма предпоследняя (10 %).

Атонически-астатическая форма. Возникает при повреждении мозжечка, которое часто сочетается с патологией лобных долей (в этом случае у ребенка будет тяжелая умственная отсталость). У детей отсутствует физиологическое напряжение мышц-сгибателей, т.е. отмечается выраженный гипотонус. Такие больные очень поздно начинают сидеть (в 1-2 года) стоять и ходить (иногда к 6-8 годам и позже). Все это затрудняет развитие двигательных функций, особенно изолированных движений пальцев рук. Часто не могут писать, рисовать, овладевать навыками самообслуживания. Встречается у 15 % детей с ДЦП, прогноз обычно неблагоприятный [26].

Итак, для клинициста, наблюдающего ребенка с ДЦП, значимы: состояние рефлекторной сферы; тонус мышц; возможности произвольных движений рук; судорожный синдром; способность самостоятельного передвижения; гиперкинезы; контрактуры суставов; нарушения координации движений, в первую очередь, рук; показатели мышечной силы и способность к дифференцированию мышечных усилий.

Для педагогов и родителей первоочередное значение имеют другие «мишени», поражаемые ДЦП: способность к самообслуживанию, точность движений, речь и коммуникация, зрительно-пространственное восприятие, поведение и состояние эмоционально-волевой сферы и. конечно, способность к обучению.

Таким образом, ДЦП представляет собой медицинскую, психолого-педагогическую и социальную проблему, актуальную во всем мире, поскольку количество детей с церебральными параличами обнаруживает тенденцию к увеличению. По разным данным их от 1,5 до 9 на 1000 новорожденных.

. Психолого-педагогическая характеристика детей с ДЦП, генезис трудностей развития

Психологическая характеристика детей с ДЦП наиболее подробно представлена в работах И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, И.И. Мамайчук [16, 18, 22]. Авторами единодушно отмечается, что при ДЦП имеет место сложная структура дефекта, относимая по классификации В.В. Лебединского к варианту дефицитарного развития [14].

Психологической характеристикой дефицитарного развития является в разной степени корригируемая специфика формирования всех сфер личности, обусловленная в данном случае тяжелыми двигательными нарушениями, сочетающимися с психологическими признаками повреждения (иногда сопряженного с недоразвитием) ЦНС, а также возможной патологией анализаторов.

Грубая недостаточность моторной сферы предопределяет явления двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушения эмоционально-волевой сферы. Вся последующая симптоматика предопределена с одной стороны, депривацией базовой потребности ребенка в движении и сенсорных ощущениях, с другой - ограничениями впечатлений вне дома и социальных контактов, с третьей - гиперопекой со стороны родителей, с четвертой - реакцией ребенка на имеющееся нарушение.

Рассмотрим эти моменты подробней. Уже в три месяца нормально развивающийся малыш схватывает игрушки, тянет их в рот, являющийся в это время главным органом познания. Начиная с полугодовалого возраста, он начинает ползать, ближе к восьми месяцам у него формируется щипковый захват, и он берет маленькие предметы, что координирует систему глаз-рука. В год ребенок активно передвигается, открывает шкафы, вынимает предметы и подолгу «знакомится» с ними, получая удовольствие и от передвижения, и от новых впечатлений. На втором и третьем году с ребенком много гуляют, берут его с собой в поездки, что существенно расширяет его социальный опыт. При ДЦП всего этого малыш фактически лишен. Родители вынуждены постоянно ухаживать за ним. В большинстве случаев у них не хватает ни времени, ни терпения попытаться научить его хоть чему-нибудь. Тем более, что последнее очень сложно: гипертонус или гипотонус мышц, неуправляемые движения не позволяют ребенку произвольно действовать.

Эмоциональная сфера неблагополучна по многим причинам. С одной стороны, у ребенка наличествует органическое повреждение ЦНС, которое всегда проявляется аффективной неустойчивостью, «недержанием аффекта». С другой стороны, он переживает разнообразный дискомфорт, связанный, в том числе, и с болевыми ощущениями при переодевании и т.п. Наконец, капризность малыша обусловлена закрепляющимися стереотипами реагирования, когда он получает желаемое благодаря плачу.

Большая роль в отклонениях психического развития детей с ДЦП принадлежит не только двигательным, но речевым и сенсорным нарушениям. Так, парез глазодвигательных нервов, недоразвитие и задержка формирования важнейших статических функций (удерживание головы, сидение и т. п.) приводят к ограничению полей зрения, что, в свою очередь, обедняет процесс восприятия окружающего, предопределяет недостаточность произвольного внимания, пространственной ориентировки и познавательных процессов [16, 19].

Когда ДЦП сочетается с умственной отсталостью, маленький ребенок очень слабо реагирует на любые раздражители извне. Если умственной отсталости нет, иногда он может отвечать на обращение только взглядом. Но даже в таком случае малыш потенциально способен к развитию.

В раннем возрасте основное значение приобретают препятствия к развитию предметно-практической деятельности. Общеизвестно, что предметные действия - важнейшая форма активного познания ребенком окружающего мира, основа формирования сенсорно-перцептивных и мыслительных процессов. Двигательные нарушения ограничивают предметно-практическую деятельность [23].

Маленький ребенок с ДЦП фактически беспомощен. В лучшем случае он начинает ходить. В дошкольном возрасте совершенно очевидна задержка в психическом развитии, связанная с многочисленными трудностями. Они касаются и коммуникации, и становления бытовых навыков, и познания окружающего предметного и социального мира. Поэтому даже сохранные возможности интеллекта не всегда очевидны.

Психолого-педагогическую характеристику детей с ДЦП давать сложно, потому что первоочередное значение в психологическом портрете ребенка играет не возраст, а двигательные возможности и интеллект [16]. Поэтому можно обозначать лишь самые общие возрастные закономерности. Выраженную диспропорциональность и неравномерный, нарушенный темп развития, а также качественное своеобразие в формировании психики И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, И.А. Смирнова и другие исследователи называют главными особенностями познавательной деятельности и личности ребенка с ДЦП [16, 19, 30].

В школьный период при относительно нетяжелых формах ДЦП, с одной стороны, происходит компенсация, с другой - начинаются переживания, связанные с ограничениями, которые достигают своего максимума в подростковом и юношеском возрасте. Впрочем, успешность коррекции как двигательных расстройств, так и «социального вывиха» в какой-то мере зависит от воли и активности самого ребенка, а также усилий его близких (в плане лечения и социальной адаптации).

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с тяжестью поражения опорно-двигательного аппарата. Он в значительной мере обусловлен клинической формой заболевания. Однако решающее значение имеет потенциальная сохранность интеллектуальной сферы, также зависящая от клинической формы. При ДЦП не существует прямой зависимости между тяжестью двигательной патологии и степенью интеллектуальной недостаточности.

. Дифференциация детей в зависимости от двигательных возможностей и возможностей усвоения учебного материала

Двигательные расстройства при ДЦП обычно ведут к инвалидизации. Однако степень ее различается. Поскольку причиной установления инвалидности является ограничение способности к передвижению, выделяются следующие степени тяжести. [4, 34]

.Тяжелые больные (колясочники) - не способны перемещаться в пространстве без посторонней помощи;

.Больные средней тяжести - могут перемещаться самостоятельно на небольшие расстояния с вспомогательными средствами передвижения (трости, костыли, ходунки и др);

. Больные с легкой степенью тяжести передвигаются без посторонней помощи.

Вместе со способностью к передвижению может нарушаться и способность к самообслуживанию, а также к обучению. Все это в совокупности определяет группу инвалидности, устанавливаемую ребенку.

Как уже указывалось, при различных формах ДЦП может встречаться и нормальное, и задержанное психическое развитие, а также умственная отсталость разной степени выраженности (от легкой до глубокой). Это и определяет образовательные потребности ребенка.

Потенциально сохранный интеллект при ДЦП не означает, что детское развитие полноценно и полностью соответствует нормальному. При обсуждаемом расстройстве преимущественно наблюдается сочетание психического дизонтогенеза дефицитарного типа с дизонтогенезом по типу задержанного развития или недоразвития. В связи с этим познавательные психические процессы при ДЦП имеют ряд общих особенностей, которые следует учитывать при обучении.

Из-за повреждения снижена выносливость нервной системы. Обычно это проявляется как повышенная истощаемость, нарушение активного произвольного внимания. Бесспорно, что невозможность выдерживать длительное умственное напряжение негативно отражается на познавательной деятельности. Цереброастенические проявления усиливаются после различных заболеваний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При интеллектуальном перенапряжении проявляются вторичные невротические осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость и утомляемость способствует патологическому развитию личности: у детей появляется робость, страхи, пониженный фон настроения и пр. Таким образом, нарушаются предпосылки для учебных успехов.

Поскольку мозг работает как сложнейшая функциональная система, любое повреждение так или иначе влияет на все познавательные процессы. Познавательная деятельность детей с ДЦП развивается замедленно. Это происходит и из-за уже упомянутой функциональной слабости ЦНС, и из-за существенного искажения социальной ситуации развития ребенка. Очень большое значение имеет локализация повреждения мозга, провоцирующая появление дисфункций, дополнительно затрудняющих обучение. Наиболее типичными являются нарушения речи, пространственных представлений, мелкой моторики, эмоциональной сферы. Они будут описаны ниже.

Рассмотрим кратко ведущие отклонения со стороны основных познавательных процессов. Нарушения восприятия могут связываться с недостатками зрения и слуха, однако, в первую очередь, играет роль бедность сенсорного опыта. У детей с ДЦП существуют объективные препятствия для становления различных видов перцептивных действий (слуховой, зрительной, кинестетической идентификации, лежащей в основе усвоения систем сенсорных эталонов, а затем перцептивного моделирования). Это происходит из-за затрудненности осмотра объектов, их ощупывания, целенаправленного слушания.

Перечисленную патологическую симптоматику описывали Р.Я. Абрамович-Лехтман; Т.А. Дворникова, М.В. Ипполитова, Э.С. Калижнюк, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, К.А. Семенова, Т.Н. Симонова и мн.др. [29].

Трудности восприятия у детей с ДЦП определяют недостатки образной памяти. По данным, полученным И.И. Мамайчук, невозможность последовательного зрительно-осязательного восприятия приводит к тому, что образ объекта отличается фрагментарностью, нечеткостью, искаженностью. Ребенку не удается оценить контуры предмета, его форму, детали, пропорции, фактуру и другие особенности. Такой неполноценный образ и «закладывается» в память.

У некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее. Тогда на начальных этапах обучения именно она помогает осваивать счет и чтение. Вместе с тем нередко наблюдается механическое запоминание порядка следования явлений и их названий. Дети с ДЦП иногда правильно перечисляют сезонные изменения, части суток и дни недели, но затрудняются в понимании каждого явления. Они путают то, что уже было, с тем, что наступит. Впечатление о плохой памяти может складываться из-за уже упоминавшейся истощаемости, препятствующей актуализации имеющихся знаний.

Основу полноценного усвоения школьной программы составляет, как известно, словесно-логическая память, благодаря которой удается «встраивать» воспринимаемый учебный материал в уже существующую систему представлений и понятий, использовать при заучивании мнемотехнические приемы, а при воспроизведении - схемы и модели, облегчающие актуализацию знаний. Все это предполагает, что достигнут достаточно высокий общий уровень сформированности познавательной деятельности и соответствующий ему уровень развития речи и мышления. Поскольку именно речь и мышление у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении Таким образом, у детей с ДЦП наблюдается специфическое развитие памяти.

Несовершенное восприятие, как известно, препятствует и развитию мышления. По данным Е.М. Мастюковой, наглядно-действенное мышление у детей с ДЦП формируется с большим опозданием и весьма своеобразно. Познание окружающего мира в активной деятельности нарушается. Зачастую наглядно-образное мышление начинает развиваться практически без «фундамента», который закладывается наглядно-действенным мышлением. Основной связью с предметом у многих детей долгое время остается зрительная, что приводит к недостатку образного, а затем словесного обобщения. Исследователи отмечают, что наглядная ситуация, внешние (перцептивно воспринимаемые), а поэтому нередко несущественные признаки предметов, имеют большее значение, чем для здоровых детей того же возраста. Ребенок познает мир, основываясь на наблюдениях, а не на действиях. Такое познание психологи считают менее полноценным.

Известно, что становление словесно-логического мышления начинается с развития словесного обобщения. Вместе с тем обобщающая функция речи существенно отстает в развитии. Последнее зависит от тяжести речевого недоразвития и нарушений мышления, а также от недостатка личного опыта в познании окружающего мира и общении. Негативную роль играет также несвоевременная организация грамотного коррекционно-развивающего воздействия. Иногда имеет место «поверхностное обучение».

В итоге у детей отмечается не только ограниченный запас знаний и представлений об окружающем предметном и социальном мире, но и закрепляются специфические трудности переработки информации. В работах различных исследователей упоминается, что дети с трудом устанавливают сходства и различия, причинно-следственные связи между предметами и явлениями окружающей действительности. Наблюдается задержка в формировании обобщающих понятий (классификация предметов, выделение четвертого лишнего, осмысление простого рассказа). Обычно задержка в развитии логического мышления сочетается с низким уровнем сформированности познавательных интересов, преобладанием игровых мотивов [15, 33].

Оптимальное развитие ребенка с ДЦП может происходить только при условии адекватного воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционно-развивающей работы возникают и нарастают явления депривации, усугубляющие двигательные, познавательные и личностные отклонения.

. Речевые нарушения детей с ДЦП

Речевые нарушения выявляются у подавляющего большинства больных ДЦП, некоторые авторы полагают, что это наблюдается в 90-98 % случаев, другие указывают на 70-80 %. По данным М.В. Ипполитовой, у детей с ДЦП отмечается своеобразие общего речевого развития. Сроки его, как правило, задержаны. Отставание в развитии речи вызвано как поражением двигательных речевых механизмов, так и влиянием самого заболевания.

У большинства детей первые слова появляются лишь к двум - трем годам, фразовая речь - к трем - пяти годам. В более тяжелых случаях фразовая речь формируется лишь к периоду школьного обучения, при сопутствующей умственной отсталости может вообще не возникнуть. Второй причиной отсутствия речи является анартрия (отсутствие речи вследствие тяжелого поражения иннервации артикуляционного аппарата).

Типичными для ДЦП являются различные формы дизартрии. Выраженность дизартрических нарушений может быть разной - от легких (стертых) форм до совершенно неразборчивой речи. У части детей, преимущественно с гиперкинетической формой ДЦП, выраженные дизартрические расстройства сочетаются с нарушениями слуха.

Речедвигательные (дизартрические) расстройства имеют различную степень выраженности: легкую, умеренно выраженную и тяжелую. В структуру дефекта при дизартрии входят как речевые, так и неречевые симптомы (проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата). Проблемы коррекции речевых расстройств у детей с ДЦП наиболее полно раскрываются в докторской диссертации О.Г. Приходько [23].

Нарушения звукопроизношения в большинстве случаев сочетаются с общим (системным) недоразвитием речи. Наличие речевых нарушений часто снижает мотивацию к речевому общению, ведет к трудностям речевого контакта. Многие авторы подчеркивают, что речевые расстройства у детей с ДЦП редко встречаются изолированно, чаще отмечается сочетание дизартрии с задержкой речевого развития или с алалией (Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко и др.). По данным Л.Б. Халиловой, мелодико-интонационная сторона речи при ДЦП также нарушена: голос обычно слабый, иссякающий, немодулированный, интонации невыразительны [22].

Особенно очевидна системность речевых нарушений в дошкольном возрасте (О.Г. Приходько, Т.Н. Симонова и др.). Большинство детей пользуются фразовой речью, но предложения обычно состоят из двух - трех слов, которые не всегда правильно согласуются, не используются или используются не в полной мере предлоги. Типичны недостатки лексики. Имеет место ограниченность пассивного и активного словаря, свидетельствующая об узости представлений. Крайне бедно в словаре представлены группы слов, отражающих определенную тематику (транспорт, животный и растительный мир, мебель и пр.). Ограничен запас прилагательных, глаголов. Бедность словарного запаса приводит к использованию одних и тех же слов для обозначения разных предметов и действий. В речи отсутствует ряд слов-названий, а также видовые, родовые, другие обобщающие понятия. У большинства детей выявляются недостатки актуализации в активной речи временных и, особенно, пространственных связей и отношений.

Речевые нарушения затрудняют коммуникацию. При этом имеет значение не только недоразвитие речи, но и несформированность экспрессивно-мимических (контактного взгляда, мимики, вокализаций) и предметно-действенных (жестов) средств общения. Используемые ребенком знаки недостаточно понятны для окружающих.

На основании таких критериев, как сформированность экспрессивной, импрессивной речи и активность в общении А.В. Мамаева выделила четыре типа коммуникативных нарушений:

I тип (с ведущей несформированностью коммуникативных умений при относительной сохранности речи). Несмотря на возможность говорить, дети данной группы не умеют пользоваться имеющимися у них средствами в ситуации естественного общения.

II тип (с ведущей несформированностью экспрессивной речи при относительной сохранности импрессивной речи и коммуникативных умений). В данную группу входят безречевые дети, проявляющие активность в общении, пытающиеся компенсировать недостаток вербальных средств экспрессивно-мимическими и предметно-действенными средствами коммуникации.

III тип (с грубой несформированностью как экспрессивной речи, так и коммуникативных умений при относительно сохранном понимании речи (не ниже номинативного уровня)). Это - безречевые дети с низкой активностью в общении, которые почти не компенсируют отсутствие языковых средств невербальными.

IV тип (с грубой несформированностью коммуникативных умений, экспрессивной и импрессивной речи). У данной группы детей двигательная и речедвигательная патология не является ведущей в структуре дефекта. У них наблюдаются нарушения слуха, тяжелые нарушения зрения, сенсомоторная алалия, грубые нарушения поведения. Уровень понимания речи ниже номинативного [17].

Речевые нарушения встраиваются в общую структуру дефекта детей с ДЦП. Вместе с тем, они непосредственно зависят от уровня интеллекта. Естественно, что сохранные интеллектуальные возможности при условии логопедической помощи могут помочь фактически полностью сгладить недостатки в лексике и грамматическом оформлении высказывания. Успешность коррекции дизартрических проявлений также во многом зависит от интенсивности работы над формированием правильного звукопроизношения.

. Нарушения пространственных представлений детей с ДЦП

Недостатки пространственных представлений во многом связаны с нарушением межполушарных взаимодействий, более поздней латерализацией. Немалую роль играют и речевые расстройства, однако нейропсихологическая симптоматика первична.

Общеизвестно, что развитие пространственных представлений базируется на двигательной активности. Ее нарушение и считается одной из главных причин трудностей в формировании пространственных представлений детей с ДЦП. Двигательная недостаточность затрудняет манипуляцию с предметами, их восприятие на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации и речи могут быть причинами недостаточности высших корковых функций и, в первую очередь, несформированности пространственных представлений.

В свою очередь, дефицит пространственных представлений может вести к проблемам не только в обучении (замедляя формирование квазипространственных структур, лежащих в основе понимания логико-грамматических конструкций и математических операций), но и в освоении бытовых навыков (Э.С. Калижнюк, Н.В.Смирнова, О.В.Титова). Ведущая роль в задержке развития зрительно-пространственных функций, по мнению ряда исследователей, принадлежит патологии двигательно-кинестетического анализатора, которая может осложняться дефектами зрительной системы. Симптомами последних являются нарушения плавности движения глаз, трудности переключения взора с одного предмета на другой, снижение остроты зрения, нистагм и др. [26].

М.М. и Н.Я. Семаго описали генезис пространственных представлений, формирование которых начинается с ориентировки в схеме собственного тела [25]. Отклонения в становлении пространственных представлений при ДЦП начинаются именно с этого уровня. В работах И.Ю Левченко отмечается, что формирование представлений о ведущей руке, о частях лица и тела происходит значительно позже, чем у здоровых сверстников, выявляются устойчивые затруднения при дифференциации правой и левой стороны тела [15].

Затем в онтогенезе пространственных представлений появляется возможность ориентировки «от себя» и уже в конце дошкольного возраста становится возможным определять отношения объектов по отношению друг к другу. Высшим уровнем становятся квазипространственные представления, критерием сформированности которых является понимание пространственно-временных связей, представленных исключительно в речевом плане.

В результате овладения пространством ребенок учится оценивать взаиморасположение объектов, усваивает последовательные ряды (числовой ряд, времена года, дни недели, месяцы, алфавит), становится способным ориентироваться на тетрадном листе, читать схемы, карты. У него формируется пространственно-временная картина мира. Фактически одновременно появляется устойчивая возможность «временного смещения», которое, по мнению Г.М. Бреслава, свидетельствует о правильном формировании детской личности [2].

Сформированность пространственных представлений позволяет решать конструктивные задачи. Они, в свою очередь, имеют очень большое значение для умственного развития ребенка, поскольку способствуют формированию не только пространственного мышления, но знаковой функции.

По свидетельству И.Ю. Левченко при наличии ДЦП многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются только в ходе специального обучения. Дети с трудом определяют пространственную удаленность. Понятия «далеко-близко», «дальше-ближе» заменяются на «там» и «тут». Дети закономерно затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около) [15].

Значительная часть дошкольников с ДЦП не способна сложить разрезную картинку, тем более не может конструировать по образцу из строительного материала, собирать кубики, конструировать из бумаги, палочек. Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям сложно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать. Нарушения оптико-пространственного восприятия в рисунках выражаются неправильной передачей пространственных отношений между отдельными предметами или их элементами, смещением рисунка относительно центра листа, а также выраженная асимметричность изображения [10].

При выполнении заданий по словесной инструкции дети обычно не могут разместить предметы на листе в соответствии с инструкцией («нарисуй крест под кругом»), а при срисовывании часто выполняют рисунок в зеркальном изображении. Отмечается прямая зависимость между тяжестью двигательной патологии и степенью выраженности пространственных нарушений.

Недостатки пространственных представлений зависят от локализации мозговых повреждений (И.И. Мамайчук). У больных с левосторонними гемипарезами (правополушарный дефект) ведущим является недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза, а при правосторонних гемипарезах (левополушарный дефект) этого может не быть [19].

Некоторые исследователи устанавливали особенности, типичные для той или иной клинической формы ДЦП. Описаны своеобразные расстройства по типу оптико-пространственных нарушений у детей с атонически-астатической формой. Эти испытуемые с трудом узнают перевернутые, перечеркнутые и заштрихованные изображения, иногда испытывают затруднения при выделении фигуры из фона, затрудняются в выделении основной фигуры на сюжетной картине (А.В. Кашталова, Т.Н. Симонова). Об избирательном характере этих расстройств и невозможности их объяснения за счет нарушений общего интеллектуального развития свидетельствует относительная сохранность выполнения вербальных заданий, отмечающаяся как зарубежными, так и отечественными авторами [22].

Недостаточная сформированность пространственного различения выражается в ряде типичных симптомов.

Ребенок допускает пространственные ошибки при выполнении правил расположения учебного инвентаря на партах и требований учителя, связанных с направлением движения (вперед, назад, в сторону).

При чтении ограничено воспринимаемое пространство строчек, что затрудняет переход к беглому чтению, отмечается неразличение сходных по форме букв и т.д.

Ребенок с трудом ориентируется в пространстве тетрадного листа, наблюдается смешение верха и низа сходных букв, зеркальные ошибки вследствие перевертывания буквенного знака в обратную сторону, часто встречается ошибочное написание цифр (9 вместо 6, 5 вместо 2).

Детям трудно научиться симметрично расположить запись примеров в тетради, у них плохой глазомер. Им сложно усвоить меры длины, понять, что метром можно измерять не только длину, но и высоту, и ширину, не только горизонтальные, но и вертикальные плоскости.

На занятиях физкультурой дети плохо выполняют команды, не могут легко перестроиться, переключать направление движений [16].

Коррекция несовершенных пространственных представлений считается одной из наиболее актуальных образовательных задач при работе с детьми, имеющими ДЦП [29].

. Специфика формирования школьных навыков, особые образовательные потребности и организация обучения детей с ДЦП

Учебная деятельность детей с ДЦП формируется медленно. Если рассматривать ее в классической трактовке, то в наибольшей мере затруднено становление различных учебных действий. Причиной этого является и общее замедление темпов психического развития, и в части случаев, дефицит познавательных способностей (легкий при задержке психического развития, умеренный при легком психическом недоразвитии, выраженный при легкой умственной отсталости). Мешают учебе разнообразные дисфункции, связанные с мозговыми повреждениями и личностные отклонения [18].

Остановимся еще раз на уже обсуждавшейся проблеме дисфункций. Поврежденная ЦНС провоцирует изменение нейродинамики, проявляющееся повышенной инертностью и замедленностью всех психических процессов. На описанной основе возникает типичная симптоматика - трудности в переключении с одного вида деятельности на другой. В результате ребенок «застревает» на отдельных фрагментах учебного материала, обнаруживает «вязкость» мышления.

Упоминавшаяся выше повышенная утомляемость - отличительная особенность, характерная практически для всех детей с ДЦП. В процессе коррекционной и учебной работы, даже при условии высокого интереса к заданию, ребенок быстро устает, становится плаксивым, раздражительным, отказывается от работы. Некоторые дети в результате утомления становятся беспокойны: темп речи ускоряется, при этом она менее разборчива; усиливаются гиперкинезы, проявляется агрессивное поведение - ребенок может разбрасывать находящиеся на парте предметы, рвать тетради.

Описанные выше нарушения пространственных представлений ведут к многочисленным трудностям при усвоении учебного материала. Дети с ДЦП испытывают затруднения в узнавании и воспроизведении геометрических фигур, складывании целого из частей. Во время письма выявляются ошибки графического изображения букв, цифр, их зеркальность, асимметрия. Отмечаются расстройства в усвоении числа и его разрядного строения, трудности механического счета.

Расстройства внимания и памяти проявляются в повышенной отвлекаемости, неспособности длительно концентрировать внимание, узости его объема, преобладании слухоречевой памяти над зрительной и тактильной. Все это иногда сочетается с нарушениями слуха, зрения, и, почти всегда, речи.

Особенностью психического развития при ДЦП, как уже говорилось, является неравномерный характер формирования отдельных, главным образом, высших корковых функций, расхождение между относительно удовлетворительным мышлением и крайне выраженными затруднениями пространственного анализа и синтеза, счетных способностей и т.п.

Особые образовательные потребности детей с ДЦП описаны И.Ю. Левченко. К ним в первую очередь относится помощь в преодолении двигательных нарушений. Для этой цели используются коляски, ходунки. Очень большое значение имеет так называемая безбарьерная среда, предусматривающая устранение механических препятствий для передвижения (пороги, ступеньки).

Детям-инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата около парты следует предусмотреть дополнительное пространство для хранения инвалидной коляски (если ребенок пересаживается с нее на стул), костылей, тростей и т.д. Ширина прохода между рядами столов в классе должна быть не менее 90 см. Такая же ширина должна быть у входной двери без порога. Также желательно оставить свободным проход около доски, чтобы ребенок на коляске или на костылях мог спокойно перемещаться там. Если занятия проходят в классе, где доска или какое-либо оборудование находится на возвышении, это возвышение необходимо оборудовать съездом.

Ребенку с ДЦП в любом возрасте необходимы общеукрепляющие и оздоровительные мероприятия. В комплексное восстановительное лечение включаются: медикаментозные средства, различные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры. Полнее этот вопрос будет раскрыт в другом параграфе.

Для социализации очень важно обучать ребенка в соответствии с возможностями. Коррекционная работа должна строиться не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок. Важно развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательно-кинестетического. Желательно опираться одновременно на несколько анализаторов (зрительный и тактильный, тактильный и слуховой) .

Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-педагогической работы (индивидуальных, подгрупповых и фронтальных) .

Дети могут обучаться в общеобразовательной школе, если только у них нет очень грубых двигательных нарушений, приводящих к резкой затрудненности самостоятельного передвижения и самообслуживания, а также они живут в семье, решающей проблемы передвижения. Если такой возможности нет, дети учатся в СКОШ VI вида. Если диагностирована ЗПР, или умственная отсталость различной степени выраженности, дети обучаются в специальных классах СКОШ VI вида. При очень сложных нарушениях опорно-двигательного аппарата и отсутствии специальной школы соответствующего вида, дети обучаются на дому.

Тенденция инклюзивного образования в России заставила школы задумываться об обеспечении безбарьерной среды, подготовке педагогов для работы с обсуждаемой категорией детей. Разрабатываются различные технические средства, облегчающие движения. Большие надежды возлагаются на компьютеры, которые снабжаются более приспособленными для детей клавиатурами, мышками, управляемыми с помощью взгляда. Предположительно, позитивную роль в социализации сыграют различные формы дистанционного образования. Создание возможности доступа детей-инвалидов в компьютерную сеть может способствовать их дальнейшему образованию, общению, поиску работы, облегчению контактов с окружающим миром. Современные реабилитационные технологии помогают детям с ДЦП не чувствовать себя оторванными от общества.

. Особенности психолого-педагогического обследования

Сведения о психолого-педагогическом обследовании детей с ДЦП изложены И.Ю. Левченко и О.Г. Приходько [15]. Указывается, что психолого-педагогическое изучение этой группы затруднено из-за описанных выше многочисленных нарушений, ограничивающих возможности применения экспериментально-психологических методик и тестов.

Труднее всего проводить дифференциальную диагностику меры дефицита познавательных способностей (ЗПР, ЛПН, умственная отсталость и ее степень). Авторы справедливо указывают, что слишком велико число влияющих факторов, которые необходимо учитывать. Наиболее объективной является диагностика, опирающаяся на длительное наблюдение в сочетании с экспериментальными исследованиями отдельных психических функций и оценкой обучаемости. Но, поскольку она затруднительна, диагностических ошибок довольно много (гипердиагностика умственной отсталости). Иногда сохранные возможности интеллекта показывает только начало школьного обучения, но детям обязательно нужен подготовительный класс, т.к. в дошкольном возрасте они многого недополучают. Длительное педагогическое изучение позволяет точнее установить образовательные потребности детей.

Как уже указывалось, в сопровождении детей с ДЦП реализуется принцип комплексности. Поэтому наряду с задачей образовательной дифференциации появляется необходимость диагностики в процессе сопровождения [8]. С современной точки зрения комплексное изучение детей с ДЦП требуется для составления программ коррекционно-развивающей и абилитационно-реабилитационной работы. Необходимыми являются и динамические исследования, позволяющие оценить изменения в состоянии ребенка под воздействием лечебных, коррекционных и воспитательных мероприятий и корректировать программу сопровождения.

Задачи диагностики меняются с возрастом. Наиболее сложно обследовать маленьких детей с ДЦП, потому что, во-первых, их трудности развития всегда выглядят очень тяжелыми, во-вторых, они боятся новых людей, поскольку их опыт коммуникации крайне ограничен. Специалисту тоже трудно установить структуру дефекта, т.к. моторная недостаточность препятствует манипуляциям с игрушками и выполнению других заданий, потенциально доступных в раннем возрасте.

И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько указывают, что при проведении психолого-педагогического изучения детей первых лет жизни, страдающих церебральным параличом, необходимо учитывать:

 Соответствие уровня выполняемых ребенком заданий его возрасту, двигательным возможностям и степени сохранности анализаторов.

 Возможности обучения ребенка, показателями которых являются темп приобретения навыков и количество упражнений, необходимое для этого.

 Характер помощи взрослого и возможность ее использования.

 Способность к самостоятельному выполнению заданий.

 Отношение больного ребенка к заданию, его активность.

 Возможность частично приспособиться к двигательному дефекту.

 Использование неречевых средств коммуникации (движений глаз, мимики, жестов) .

 Устойчивость внимания.

Обследование ребенка с ДЦП необходимо проводить в удобном для него положении. Изучается предметная (подражательная и самостоятельная) деятельность. Прогностически благоприятными считаются попытки сотрудничества со взрослым, возможности удержания внимания, настойчивость, неблагоприятными - вялость, безразличие, немотивированное возбуждение. В наиболее тяжелых случаях следует обращать внимание на глазодвигательную реакцию ребенка и пробовать сформировать ее для установления контакта.

В схему обследования более старших детей (дошкольного и младшего школьного возраста) авторы рекомендуют включать задания на изучение всех видов восприятия, конструирования, пространственных и временных представлений, графических навыков. Особую важность приобретает обследование школьных умений (предпосылок для их формирования).

Согласно разработкам Т.Н. Симоновой, целесообразно определять потенциал развития, способный к росту в специальных педагогических условиях. Он включает мотивационную готовность к взаимодействию; уровень интеллектуального развития; потенциальные моторные способности» как биологические предпосылки формирования статико-динамического праксиса; способность к саморегуляции как внутреннему условию формирования субъектной активности индивида [28].

В подростковом возрасте обследование обязательно должно дополняться диагностикой личностных особенностей. Важно своевременно выявить депрессивные тенденции, а также формирующуюся стойко потребительскую позицию с обидой на весь мир и склонностью к саморазрушающему поведению. Если депрессия чревата суицидом и требует, наряду с психологической помощью, консультации психиатра, то для коррекции тяжелых отклонений личности нужны комплексные усилия со стороны семьи, педагогов, социального окружения.

. Особенности личностного и социального развития при ДЦП

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

 биологическими особенностями, связанными с характером заболевания;

 социальными условиями - воздействием на ребенка семьи и педагогов [1, 21, 32].

Тяжелые повреждения ЦНС, следствием которых является ДЦП, влияют, как уже много раз упоминалось, на ее функциональное состояние. Его стабильное ухудшение проявляется не только недостатками умственной работоспособности, но и симптоматикой эмоциональных нарушений, предрасполагающих к отклонениям личности.

Для детей с ДЦП характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы, в частности, расстройства сна. Их мучают ночные кошмары, они тревожно спят, с трудом засыпают. Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью. Они чутко относятся к поведению окружающих и способны уловить даже незначительные изменения в их настроении. Однако эта впечатлительность зачастую носит болезненный характер. Вполне нейтральные ситуации, невинные высказывания способны вызывать негативную реакцию.

На развитие и формирование личности ребенка, с одной стороны, существенное влияние оказывает его исключительное положение, связанное с ограничением движения и речи; с другой стороны - отношение семьи к болезни ребенка, окружающая его атмосфера. Родители, при желании, могут создать ребенку условия для социальных контактов, а могут и изолировать его от общества, усугубив эмоциональное неблагополучие.

Эмоционально-волевые нарушения при ДЦП различны. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности; у других - в виде заторможенности, застенчивости, робости; для третьих типично состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим [9, 21, 32].

При повышенной возбудимости дети беспокойны, суетливы, раздражительны, склонны к проявлению немотивированной агрессии. Для них характерны резкие перепады настроения: они то чрезмерно веселы, то вдруг начинают капризничать, кажутся усталыми и раздражительными.

Для пассивных детей типична безынициативность, излишняя застенчивость. Любая ситуация выбора ставит их в тупик. Их действиям свойственна вялость, медлительность. Такие дети с большим трудом адаптируются к новым условиям, тяжело идут на контакт с незнакомыми людьми. Им свойственны различного рода страхи (высоты, темноты и т.д.). В любом случае у детей есть сложности эмоциональной децентрации, а также алекситимия.

Большинство авторов отмечает пониженную мотивацию к деятельности, страхи передвижения и общения, стремление к ограничению социальных контактов. Причинами подобных симптомов называют изнеживающее воспитание и реакцию на свой дефект [32].

Экспериментально-психологические исследования выявляют преобладание в мотивационной сфере ребенка с ДЦП мотива подчинения взрослому, что тормозит формирование собственных активных личностных установок. Проявляется отчетливая тенденция к формированию низкого уровня притязаний, сочетающегося с избирательно завышенной самооценкой в отношении своего здоровья (90% детей считают себя здоровыми), что, по-видимому, является защитным механизмом [3].

По данным М.В. Вагиной общий уровень самооценки у испытуемых низок и отражает внутриличностный конфликт, неудовлетворенность собой, нарушение критичности и адекватности самоотношения. Самооценка испытуемых зависела от ситуационных и внешних факторов. Одним из ведущих мотивов деятельности являлось стремление быть принятыми, боязнь отвержения. Это приводило к неуверенности, лишним переживаниям, эмоциональной напряженности, очевидным в поведении.

Исследование показало, что наибольшую значимость для подростков имеют особенности физического облика. Свою адаптированность они оценивают низко, но стараются адаптироваться, соответствовать требованиям. Последнее удается не всегда.

При ДЦП двигательная недостаточность и ряд сопутствующих факторов могут приводить к формированию патологических свойств личности. На грубую органическую патологию неизбежно наслаиваются воздействия социальных факторов (недоброжелательное отношение сверстников, чрезмерное внимание окружающих, разлука с матерью или неполноценная семья, психическая травматизация в связи с лечебными процедурами, затруднения в процессе обучения из-за двигательных нарушений, неправильное воспитание по типу гиперопеки). Тогда ребенок обнаруживает признаки патохарактерологического формирования личности [18, 34].

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

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

. ребенок замыкается в себе, становится чрезмерно робким, ранимым, стремится к уединению;

. ребенок становится агрессивным, легко идет на конфликт.

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

С начала подросткового возраста нельзя забывать о такой проблеме как суицид. У детей с ДЦП наблюдается недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Как правило, мотивы, ведущие к самоубийству незначительны. Это затрудняет его предотвращение. Суицидальная попытка часто связана с депрессией, которая носит скрытый характер. Нередко встречается демонстративное суицидальное поведение с целью наказать родителей, обидчика. Суицид часто осуществляется на высоте сильного переживания. Наиболее глубокое переживание дефекта наблюдается в подростковом возрасте, после окончания школы-интерната и попадания в среду здоровых сверстников [21].

Исследования Е.Н. Дмитриевой были посвящены изучению психологического времени личности детей и подростков с ДЦП. Оказалось, что в большинстве случаев они оптимистично смотрят в будущее (70 %), но негативно относятся к своему личному прошлому. Приблизительно для каждого десятого испытуемого типично неадекватное отношение к будущему, завышенные ожидания от него.

Нелегкая задача по формированию у ребенка отношения к собственному физическому недостатку ложится на плечи родителей. Нельзя пренебрегать и помощью специалистов, в первую очередь, психологов, которые помогают сгладить переживания по поводу двигательных недостатков.

Еще одна область, в которой родители могут столкнуться с серьезными проблемами - это волевая активность ребенка. Любая деятельность, требующая собранности, организованности и целенаправленности, вызывает у него затруднения. Как уже отмечалось ранее, психический инфантилизм, свойственный большинству детей с ДЦП, накладывает существенный отпечаток на поведение ребенка. Например, если предложенное задание потеряло для него свою привлекательность, ему очень сложно сделать над собой усилие и закончить начатую работу.

#### Важность воспитательной позиции родителей по отношению к детям с ДЦП подтверждает и тот факт, что встречающиеся среди них ребята с высоким уровнем волевого развития являются выходцами из благополучных (в смысле психологического климата) семей. В таких семьях родители не зациклены на болезни ребенка. Они стимулируют и поощряют его самостоятельность в пределах допустимого, стараются сформировать адекватную самооценку. Их отношение можно выразить формулой: «Если ты не похож на других, это не значит, что ты хуже».

. Организация и содержание психолого-педагогического и медицинского сопровождения детей с ДЦП

Поскольку нарушения при ДЦП многоаспектны, коррекционно-развивающая, психокоррекционная, абилитационно-реабилитационная работа должна осуществляться комплексно, как единая система мер, направленных на коррекцию имеющихся недостатков и на активизацию индивидуальных компенсаторных возможностей.

Медицинская реабилитация детей должна начинаться с момента установления диагноза. Характер ее меняется вместе с взрослением ребенка. Постепенно на смену медикаментозному лечению и массажу приходит лечебная физкультура. В медицинской литературе отмечается, что многообразие клинических проявлений ДЦП создает у одной части родителей иллюзию безнадежности, а у другой - веру в «чудодейственные» лекарства и методы лечения. Порой на протяжении многих лет больные систематически получают курсы медикаментозной, мануальной терапии, массажа, иглорефлексотерапии, физиолечения и т.д. Однако все эти методы могут создать лишь фон для более или менее успешного проведения специальной ЛФК, без которой неправильные установки конечностей только усугубляются.

Вместе с тем медики неустанно ищут новые способы лечения: электростимуляцию мышц, нейротрансплантацию и т.п. Используется широкий спектр медикаментозных миорелаксантов. В последнее десятилетие стали использовать ботулотоксины, инъекции которых вызывают местный расслабляющий эффект [11]. Родители и специалисты не теряют надежды на то, что методы лечения станут более совершенными.

Однако ликвидация собственно двигательного расстройства не сможет автоматически решить проблемы обучения и социализации такого ребенка. С таким феноменом уже столкнулись сурдологи. Нейросенсорная тугоухость в определенной мере побеждена медицински внедрением метода кохлеарной имплантации, благодаря которому ребенок начинает слышать, но имплантированные дети все равно нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении. В его отсутствие они не могут беспрепятственно влиться в коллектив нормально слышащих сверстников.

Поэтому очень важна психологическая коррекция. Уже К.А. Семенова придавала большое значение правильно организованным играм. Процессуальные, сюжетно-ролевые, дидактические игры способствуют психическому и речевому развитию, овладению различными навыками, расширению кругозора, освоению норм социального поведения, формированию личности. Методисты считают, что все задания для детей должны объединяться игровым сюжетом, который бы обеспечивал целостность воспринимаемого материала.

Коррекционно-развивающая работа психолога направляется на преодоление недостатков познавательных процессов, повышение общего уровня сформированности познавательной деятельности, коррекцию дисфункций. Особое значение придается здесь работе над формированием пространственных представлений, развитием возможностей самоконтроля. При умственной отсталости в первую очередь стремятся усилить возможности подражания взрослому, а также работают над основными мыслительными операциями: сравнением, анализом, обобщением наглядно представленных объектов. Если отставание в психическом развитии можно квалифицировать как задержку, начинать все равно следует с наиболее легких заданий, однако по возможности быстрее усложнять их, побуждая ребенка думать и действовать самостоятельно. Психолог при проведении коррекционно-развивающих занятий обязан согласовывать их содержание с изучаемым программным материалом, а также тесно взаимодействовать с педагогом-дефектологом.

Специалисты при этом решают целый комплекс задач:

развитие разных сторон познавательной деятельности;

коррекция отклонений в психическом развитии;

формирование компенсаторных способов познания окружающей действительности;

формирование предпосылок к усвоению ребёнком материала занятий, проводимых воспитателями, и закрепление этого материала;

формирование предпосылок учебной деятельности [33].

Мощным средством коррекции называют адаптивное физическое воспитание. Игры типа Жмурки, Совушка оказываются полезными детям для улучшения эмоционального состояния, но их нельзя сильно перевозбуждать. Следует соблюдать психогигиенические требования [20].

Наряду с коррекционно-развивающей работой, которая осуществляется всеми участниками сопровождения, у психолога есть свой функционал - психокорреционная деятельность [12].

Высокий уровень тревожности у детей с ДЦП отмечается многими авторами. Предлагаются и средства коррекции. Исследователи рассматривают роль анималотерапии (иппо- и канис-) Иппотерапия не сразу вызывает у детей положительный отклик. Они испытывают страх высоты, боятся упасть с лошади, расстаться с костылями. Лучше всего к верховой езде адаптируются дети в возрасте 7-11 лет. Преодолев страх высоты, они занимаются с удовольствием В 12-16-летнем возрасте подростки быстрее устают, чаще недовольны собой [35].

В собаках (канис-терапия) дети с ДЦП не всегда находят опору, хотя привлекались собаки разных пород: лабрадор, кавказская овчарка, борзая. Дети преимущественно не могут управлять собакой, они только расчесывают шерсть, надевают ошейник, завязывают бантики, гладят. Если дети не боятся собаки, то эффективность занятий выше. Некоторые авторы считают, что канистерапия целесообразна только при работе с детьми в возрасте до 10 лет. Канис-терапия приводит к снижению тревожности к четвертому-пятому занятию, причем преимущественно у мальчиков. Другие авторы рекомендуют использовать канистерапию как средство совершенствования моторики у детей старше 10 лет. Пользу анималотерапии видят также в том, что дети лучше общаются, повышается речевая активность и растет чувство собственной значимости [35].

По мнению современных авторов, огромную роль играет игротерапия, рассматриваемая как особый метод психологического воздействия. Она используется в индивидуальной и в групповой формах, направляется на коррекцию эмоционального неблагополучия детей.

Для младших школьников и, особенно, подростков огромное значение приобретает трудотерапия. Поэтому во всех реабилитационных центрах обязательно функционируют кружки-студии, где обучают различным видам рукоделия. Считается, что нет лучшего средства тренировки парализованных мышц или тугоподвижных суставов, чем ручной труд (изготовление мягких игрушек, тестопластика или лепка и т.п.). Здесь иногда невозможно установить жесткие границы между трудотерапией и арттерапией. Детям с ДЦП очень полезна беспредметная лепка или изодеятельность, позволяющая выражать символически свое эмоциональное состояние, отношение.

В арттерапии совершенно особое место занимает музыкотерапия. Общепризнано, что, пение - это средство логопедической коррекции. Музыка развивает эмоциональную сферу, является средством активизации, движения под музыку способствуют моторному развитию. Работает психолог и над улучшением возможностей коммуникации.

В литературе сформулированы требования к работе с детьми, имеющими ДЦП:

. Психолог должен рефлексировать происходящее

. Не демонстрировать жалости.

. Не переутомлять детей (время занятия не более 20 минут).

. Требования должны быть индивидуализированными.

. Самостоятельность детей во время занятий следует поощрять.

Самостоятельное (и важнейшее) направление работы представляет логопедическая коррекция. Она состоит из двух блоков:

 работа над формированием вербальных и невербальных средств коммуникации; (здесь реализуется взаимодействие логопеда и психолога);

 специальные логопедические занятия по коррекции речевых недостатков.

О.Г. Приходько отмечает, что логопедическая работа характеризуется общими направлениями и этапами, но их прохождение имеет индивидуальный и дифференцированный характер, по-разному расставляются акценты, дифференцированно определяются содержание и приемы воздействия с учетом типа коммуникативного нарушения, особенностей речевого, когнитивного, эмоционально-личностного и моторного развития детей.

Основные направления логопедического воздействия:

 развитие моторных механизмов речи;

 формирование когнитивно-поведенческих предпосылок коммуникативной деятельности;

 развитие умения декодировать информацию;

 формирование вербальных и невербальных средств коммуникации;

 обучение применению средств коммуникации в процессе общения [22, 23, 30].

Основополагающим принципом организации логопедической работы является принцип коммуникативно-деятельностного подхода. Он предполагает формирование коммуникативных умений в ходе осуществления различных видов детской деятельности (предметно-практической, игровой, продуктивной, познавательной). В этом случае высказывание (или даже неречевое обращение) на логопедическом занятии является для ребенка не самоцелью, а средством успешного выполнения задания.

Естественно, что в коррекционно-развивающей работе принимает непосредственное участие обучающий ребенка учитель. От него требуется:

. Знать основные особенности детей с ДЦП и отличать затруднения и нарушения, преимущественно обусловленные дефектом, от проявлений лени, эгоизма, вседозволенности.

. Соблюдать требования охранительного педагогического режима.

. Внимательно наблюдать за ребенком, замечая не только его трудности, но и положительные черты, использовать их как опору для выполнения заданий, хвалить за труд развития.

. Находить пути индивидуального подхода, обсуждать их с другими участниками сопровождения.

. Оценивать успехи ребенка, сравнивая его только с самим собой, а не с одноклассниками.

. Выслушивать и соблюдать рекомендации специалистов по организации обучения ребенка и коррекции недостатков его развития. Принимать участие в разработке и корректировке адаптированной образовательной программы.

. Распределять ответственность за результаты обучения между собой и родителями ребенка, не допуская «перекосов» в ту или иную сторону.

. Если ребенок находится в ситуации инклюзии формировать оптимальное отношение к нему одноклассников (соучеников).

Коррекционно-развивающая и психокоррекционная работа не достигнут желаемого эффекта, если в процесс не будет вовлечена семья ребенка с ДЦП [7, 9].

. Психологическая помощь семьям, воспитывающим ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Социальная ситуация развития ребенка с ДЦП обычно складывается неблагоприятно. Медико-социальный портрет семей, воспитывающих детей-инвалидов с ДЦП, характеризуется плохими жилищными и материально-бытовыми условиями, более низким образовательным статусом родителей, высокой частотой незарегистрированных браков, разводов [13].

Существенны и психологические проблемы. В отношении детей преобладает гиперпротекция. Родители испытывают фобию утраты ребенка, и обнаруживают «расширение сферы родительских чувств», то есть стремятся сопереживать ребенку во всем, не давая ему личной свободы. Они характеризуются высоким уровнем тревоги, экстернальной оценкой причин заболевания. Болезнь в сознании родителей становится главной причиной всех неприятностей, трудностей и проблем ребенка. Врачи отмечают, что большинство родителей имеют недостаточные (58,2%) или неудовлетворительные (22,0%) знания о детском церебральном параличе, в т.ч. психологии детей с данным заболеванием [4, 13].

Многие семьи отличаются низкой медицинской активностью, пассивным отношением к заболеванию ребенка, что проявляется обособленностью их от других семей, имеющих детей с ДЦП, отказом от участия в обшественно-культурных мероприятиях, организуемых для детей-инвалидов, недостаточной обеспеченностью пациентов средствами реабилитации.

Исследователи часто отмечают, что одители впадают в созависимость, менее ориентированы на сотрудничество, отношения к детям противоречивы. С одной стороны, они проявляют мягкость и направленность на помощь ребенку, с другой - часто демонстрируют раздражение, безучастность, равнодушие.

Удельный вес влияния органических и социально-психологических факторов неодинаков на разных возрастных этапах развития ребенка. У детей раннего возраста преобладает задержка психического развития органического генеза, усугубляющаяся неправильным воспитанием и отношением родителей к недугу детей. В это время приоритеты родителей направлены на интенсивное восстановительное лечение. У детей младшего школьного возраста преобладают вторичные задержки психического развития. В это время продолжается материнская гиперопека и интенсивное медикаментозное лечение.

Психогенные изменения личности ребенка с церебральным параличом отчетливо выступают с их взрослением, и у подростков становятся более значимыми, чем психоорганические. В это время у родителей происходит осознание личностных проблем своих детей и возникает беспокойство о предполагаемых трудностях при вхождении в общество после окончания школы. Они понимают, что изменить имеющийся физический дефект маловероятно, и смещают своё внимание на интенсивное обучение и подготовку подростка к взрослой жизни.

Общей проблемой является то, что родители видят несостоятельность ребенка и переживают собственную несостоятельность, бессилие что-либо изменить. Поэтому проблема психотерапии родителей очень велика. Особенно это касается родителей детей с ДЦП и нарушенным интеллектом, которые находятся в самом неблагоприятном положении.

Родители очень устают физически, постоянно недосыпают. В основном уход за ребенком ложится на мать, потому что отец в худшем случае уходит из семьи, в лучшем - занят зарабатыванием средств на лечение ребенка. Огромной проблемой здесь становится большое количество посулов излечения, которые в подавляющем большинстве случаев не оправдываются, порождая еще большие страдания родителей. Вместе с тем опасен и уже упомянутый отказ от реабилитационных мероприятий.

Наш опыт показывает, что очень важно показать родителю, что их ребенок не самый «плохой» в плане достижений. Даже фиксацию взгляда и глазной ответ можно считать успехом в развитии. Это вселяет надежду на дальнейший прогресс. Крайне важно помочь родителям правильно расставлять приоритеты. Главное для умственно отсталого ребенка с ДЦП - овладение ходьбой, речью, элементарными навыками самообслуживания.

Семье очень полезно взаимодействие с другими родителями детей с ДЦП. Не менее важно постараться уменьшить созависимость, вернув мать хотя бы частично к общественной жизни. В городах и территориях, где помощь детям с ОВЗ хорошо организована, функционируют родительские школы по обучению уходу, приемам взаимодействия с ребенком. Там же проводятся психологические тренинги, направленные на коррекцию эмоционального состояния родителей, формирование у них гордости за свою миссию справляться со столь тяжелой заботой как уход за больным ребенком, повышение самопринятия и самоуважения. На подобных тренингах может корректироваться и отношение к больному ребенку, который нередко представляется родителю еще слабее и беспомощней, чем есть на самом деле.

В некоторых случаях, наоборот, приходится уменьшать завышенные притязания родителей, преодолевать их заблуждения относительно способностей ребенка (иногда умственно отсталого считают гениальным). В некоторых случаях самым трудным бывает передача родителям ответственности за ребенка, свои решения относительно его социализации. Каждый родитель-личность, а ребенок с ДЦП - индивидуум, поэтому общих рецептов здесь не может быть. Отличается и отношение к ребенку со стороны отцов, оказывающихся более мягкими, терпимыми и понимающими, чем у здоровых сверстников (А.В. Скребнева, Н.В. Заиграева).

Родительские форумы столь популярные в интернете, несут с одной стороны, позитивную, с другой - негативную функцию, иногда тиражируя массовые заблуждения относительно способов лечения и т.д. Однако любое общение ценно для родителей, не имеющих перспективы получить свободу от необходимости постоянно ухаживать за ребенком. Поэтому родителей надо понимать и оказывать им помощь, в том числе в трудоустройстве.

. Вопросы социальной адаптации и профориентации лиц с ДЦП

Неотъемлемой частью психологической коррекционной работы является проблема социальной адаптации - максимального приспособления к самостоятельной жизни, возможности обучения и профессиональной ориентации детей с церебральными параличами. Потенциальные возможности социально-трудовой адаптации и интеграции больного ДЦП в общество определяются степенью его социально-культурного развития.

Наблюдая возрастную динамику подростков с церебральным параличом, исследователи фиксировали сложности их социальной адаптации (завышенные ожидания от взаимоотношений с окружающими, слабое представление о реальности, неадекватные притязания на профессиональную деятельность и личную жизнь и т.д.) [5].

Работы Е.В. Крыжко, А.В. Тюрина и других авторов показывали, что для подростков и взрослых с последствиями ДЦП типична сверхценность трудовой деятельности. Они считают, что сам факт наличия трудового места означает хорошую интеграцию в обществе, но при этом не строят планов своего профессионального будущего. Для них наиболее важным является получение рабочего места, чем престижность специальности. В выборе будущей работы они ориентируются не на перспективные возможности профессии, а на популярность специальности в данное время. Для них не характерно обдумывание запасных профессиональных планов. Поэтому при неудаче они надолго (иногда, возможно, навсегда) остаются неработающими. Из этого следует, что в области профориентации имеются существенные проблемы. Само по себе ни дистанционное, ни иное обучение не сможет решить вопросы трудоустройства и адаптации к профессиональным требованиям, т.е. профессиональной занятости.

Обязательным условием социальной адаптации считается наличие семьи. Молодые люди с диагнозом ДЦП обычно находят себе будущих супругов среди инвалидов с этим же заболеванием. При выборе партнеров они делают упор на совместимость и взаимодополняемость в выполнении семейных обязанностей. Сведений о том, что представляют собой подобные семьи, нам не встретилось.

Авторы фактически единодушны во мнении о том, что адаптационные мероприятия должны акцентироваться на формировании позитивного отношения к конечному результату реабилитации. Для этого предлагают следующие направления работы.

. Коррекция отношения к себе.

. Коррекция отношения к другим.

. Коррекция, отношения к реальности (к жизни).

. Формирование приемлемой модели интеграции и социальной адаптации [36].

Психология лиц с церебральными параличами - сравнительно новая область специальной психологии, разработка которой в нашей стране продолжается менее полувека. Вместе с тем уже получено немало данных, которые позволяют практикам правильно организовать коррекционно-педагогический и абилитационно-реабилитационный процессы, помочь многим детям и взрослым с последствиями ДЦП социализироваться и перестать быть инвалидами в негативном значении этого понятия.

церебральный паралич личность психологический

Использованная литература

1. Алексеева Е.А. Психологическая диагностика и коррекция эмоционального развития детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом средствами художественной деятельности Автореф.дис.канд…психол.наук.М., 2010.

2. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения [Текст] / Г.М. Бреслав. - М. : Педагогика, 1990. - 144 с.

3. Вагина М.В. Психологическая диагностика нарушений формирования самооценки у учащихся с детским церебральным параличом Автореф.дис.канд…психол.наук. СПб, 2009.

4. Газалиева А.М. Инвалидность и комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом Автореф.дис.канд…мед.наук. М., 2008.-

5. Дмитриева Е.Н. Особенности временной перспективы детей и подростков с детским церебральным параличом Автореф.дис.канд…психол.наук. Томск, 2006.

6. Заиграева Н.В., Скребнева А.В. Отцовское отношение к дошкольнику с детским церебральным параличом в зависимости от полоролевого типа родителя // Дефектология. - 2013. - № 5. - С.22-34.

7. Иванова В.С. Учет особенностей отношения родителей к заболеванию ребенка детским церебральным параличом в психологическом сопровождении семьи: автореферат дис. ... кандидата психологических наук: - Томск, 2012.

. Инденбаум Е.Л. Психолого-педагогическая диагностика и консультирование в специальной психологии. Иркутск: ИГПУ, 2007.

. Ипполитова М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: пособие для родителей и воспитателей / М.В. Ипполитова, Р.Д. Бабенкова, Е.М. Мастюкова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Просвещение, 1993.

10. Коновалова С.В. Диагностическое изучение особенностей психического развития детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом и его коррекция средствами деятельности конструирования Автореф. дис.канд…психол.наук. Нижний Новгород, 2006.

11. Кислякова Е.А. Эффективность комплексной реабилитации с применением ботулинического токсина типа А у детей и подростков с детским церебральным параличом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук:.- Смоленск, 2006.

. Крыжко Е.В. Личностно-ориентированная психологическая коррекция подростков с церебральным параличом Автореф.дис.канд…психол.наук. СПб, 2009.

. Кухтина Э.И. Качество жизни детей-инвалидов с детским церебральным параличом. Автореф. дис. канд…мед. наук. Уфа, 2006.

. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте [Текст]: учеб. пособие для студ. психол. фак. вузов / В.В. Лебединский. - М.: Академия, 2003. - 144 с.

15. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. - М. : Академия, 2001.

16. Левченко И.Ю. Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации: Автореферат дис. докт. псх. н. - Москва, 2001

. Мамаева А.В. Формирование первоначальных коммуникативных умений у детей 7-9-летнего возраста с церебральным параличом в процессе логопедического воздействия.: Дис. … канд. пед. наук. - Екатеринбург, 2008.

18. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии СПб.: Речь, 2008. - 224 с.

19. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции : (На материале изучения детей и подростков с двигательными нарушениями) : Дис. ... д-ра психол. наук: СПб, 2004.

. Машаду И.П. Адаптивная физическая культура детей с церебральным параличом в условиях образовательного учреждения : дис. ... канд. пед. наук : СПб., 2006 169 с.

. Осокин В.В. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата //Нарушения психического развития у детей: основы специальной психологии и педагогики /Под ред. Е.Л. Инденбаум. Уч.пос. Иркутск, 2005.-С.89-96.

22. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации - СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2008 г. - 160 с.

. Приходько О.Г. Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом. Автореферат дис. докт. пед. н. - Москва, 2009.

. Рыженко И.В., Карданова М.С. Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятностные пути психологической помощи // Мир психологии. - 2003. - № 3. - С. 242-246.

25. Семаго Н.Я. Современные подходы к формированию пространственных представлений у детей как основы компенсации трудностей освоения программы начальной школы // Дефектология. - №1. - 2000.

. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. М., «Медицина», 1976.

. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М.: Медицина, 1972.

. Симонова Т.Н. Синергетическая модель психолого-педагогической помощи дошкольникам с тяжелыми двигательными нарушениями. Автореферат дис. докт. псх. н. - Москва, 2011.

. Симонова Т.Н. Современные подходы к изучению нарушений психического развития дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями /Монография.- Изд-во РПГУ им. Герцена, 2008-128 с.

30. Смирнова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие для логопедов и дефектологов / И.А. Смирнова. - СПб. : Детство-пресс, 2004.

31. Спицына Н.К. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом Автореф.дис.канд…психол.наук.. СПб 2008.

. Стельмах С.А. Особенности эмоциональной сферы детей с детским церебральным параличом дошкольного и младшего школьного возраста Автореф.дис.канд…психол.наук. М.1999

. Твардовская А.А. Особенности мыслительной деятельности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом Автореф.дис.канд…психол.наук.. Нижний Новгород, 2011

. Тюрин А.В. Психологическая адаптация инвалидов с последствиями детского церебрального паралича Автореф. дис. канд…психол. наук. М., 2000.

. Чеснокова Л.С. Динамика психического развития детей 6-7 лет с церебральным параличом в ходе иппотерапии : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 : Н. Новгород, 2005 133 c.

. Шулаева М.А. Психологические условия творческого развития подростков с последствиями детского церебрального паралича Автореф. дис. канд…психол.наук. М.2007.