

Винникова, Е. А. Ребенок с детским церебральным параличом / Е. С. Слепович [и др.] // Специальная психология: учеб. пособие / под ред. Е.С. Слепович, А.М. Полякова. – Минск: Выш. шк., 2012. – Параграф 2.6. – С.346-397.

2.6 Ребенок с детским церебральным параличом

2.6.1 Клинико-психологическая характеристика детского церебрального паралича

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по происхождению и проявлениям:

- ✓ детский церебральный паралич (ДЦП);
- ✓ последствия полиомиелита в восстановительной или резидуальной стадии;
- ✓ миопатия;
- ✓ врожденные и приобретенные недоразвития и деформации опорно-двигательного аппарата.

Причинами этих расстройств могут быть генетические нарушения, а также органические повреждения головного мозга и травмы опорно-двигательного аппарата. Наиболее распространенное двигательное нарушение – детский церебральный паралич (до 89 %)¹. В данном разделе мы остановимся именно на этом нарушении в развитии ребенка.

Большой вклад в изучение таких детей и разработку методов их реабилитации внесли клиницисты К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова. Клинико-психолого-педагогические особенности этой группы детей описаны в трудах М.В. Ипполитовой, Э.С. Калижнюк, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, Н.В. Симоновой, И.А. Смирновой, Л.М. Шипицыной и др. Психологических исследований детей и подростков с двигательными нарушениями в психологической литературе представлено крайне недостаточно.

И.И. Мамайчук выделяет три основных этапа изучения ДЦП: донозологический, клинический, комплексный².

На *донозологическом* этапе подчеркивалась необходимость обучения детей-инвалидов, приобщение их к социально-трудовой деятельности.

Клинический этап связан с именем английского ортопеда Вильяма Литтля, который первый дал клиническое описание ДЦП в монографии «Спастичный ребенок» (Little, 1862). В 1893 году Зигмунд Фрейд предложил объединить все формы спастических параличей перинатального происхождения под одним названием – ДЦП. Только спустя полвека, в 1958

¹ Варенова, Т.В. Ранняя коррекционная помощь детям с двигательными нарушениями / Т.В. Варенова // Коррекционно-педагогическая работа с детьми до трех лет с особенностями психофизического развития: пособие для педагогов-дефектологов/ Е.А. Винникова [и др.]; под ред. М.В. Былино, Ю.Н. Кисляковой. Минск: Адукацыя і выхаванне, 2009. С. 11–39.

² Мамайчук, И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции/ И.И.Мамайчук. СПб.: СПбГУ, 2000. 168 с.

году, интернациональная группа ученых на заседании ВОЗ в Оксфорде утвердила этот термин. Там же впервые было дано определение детского церебрального паралича как «непрогрессирующего заболевания головного мозга, поражающего те его отделы, которые ведают движениями и положением тела; заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга».

М.Я. Брейтман первым описал патологоанатомическую и клиническую картину ДЦП в первой отечественной книге полностью посвященной ДЦП «О клинической картине детского головномозгового паралича» (1902) и отметил, что при данном заболевании страдает не только двигательная сфера, но также интеллект и речь.

Третий, *комплексный* этап изучения ДЦП (клинико-психолого-педагогический) базируется на эволюционно-динамическом подходе изучения закономерностей формирования психики ребенка (К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин (1968), Э.С. Калижнюк (1987), Л.О. Бадалян (1988) и др.).

ДЦП – это сложная патология развития, начинающаяся внутриутробно, в период родов или ранний постнатальный период, обусловленная органическим поражением двигательных отделов центральной нервной системы. Клиника ДЦП различна в зависимости от того, на какие отделы мозга преимущественно распространился патологический процесс. Основным клиническим симптомом при ДЦП является нарушение двигательных функций, т.е. неспособность произвольно управлять процессом мышечного движения. У детей с ДЦП имеют место нарушения зрения, слуха, речи, интеллекта. У некоторых детей наблюдаются судорожные припадки.

Распространенность.

В 1999 году К.А. Семенова привела следующие данные о распространенности ДЦП в России: в 1962 году – 0,4 на 1000 детского населения, в 1972 году – 1,72 – на 1000, в 1982-1989 годах – 5,6 - 8,9 на 1000³.

Среди причин роста статистических данных о заболеваемости ДЦП специалисты отмечают следующие:

- улучшение диагностики и учета детей с ДЦП.
- успехи медицины в области акушерства. В настоящее время значительно снизилась смертность новорожденных, но возросло количество детей с врожденной патологией центральной нервной системы.

По данным И.И. Мамайчук (2004) на 10 000 новорожденных приходится 34-42 ребенка, страдающих церебральным параличом. По данным И.А. Смирновой (2003) ДЦП встречается в 1,3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек.

В Беларуси по данным республиканского банка данных детей с ОПФР по состоянию на 15.09.2010 года насчитывалось 2057 детей с ДЦП (1169

³ Семенова, К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией ДЦП / К.А. Семенова. М.: «Антидор», 1999. 384 с.

мальчиков и 888 девочек), что составляло 0,12 % от общего количества детей в Республике Беларусь⁴ или 2,13 % от общего количества детей с отклонениями в развитии⁵.

Этиология.

Еще в 1861 г. В. Литтль указывал на роль родовой травмы и недоношенности, а позже – асфиксии в происхождении церебрального паралича.

Современные знания (Л.О. Бадалян, Э.С. Калижнюк, У.К. Курбанов, В.В. Лебединский, Е.М. Мастюкова, Н.М. Махмудова, К. А. Семенова, О.А. Стерник и др.) дают основание предполагать, что в большинстве случаев ДЦП является результатом внутриутробного поражения плода различными вредными факторами.

Особенно важны:

1. токсикоз первой половины беременности, когда разворачиваются основные этапы органогенеза. В результате токсикоза изменяется проницаемость сосудов мозга плода, возникает внутриутробная гипоксия;
2. нарушение эмбрионального развития вследствие патологических состояний матери и плода, вызванных различными инфекциями, интоксикациями, травмами, соматическими заболеваниями;
3. недоношенность, т.к. недоношенные дети особенно предрасположены к внутричерепным кровоизлияниям, их сосудистая система недоразвита и легко ранима;
4. асфиксия плода и связанное с ней кислородное голодание, к которому особенно чувствительны клетки головного мозга. Асфиксия влечет за собой нарушение всех видов обмена: белкового, липоидного, углеводного и т.д. Мозг плода как наиболее высокоорганизованный орган, в котором процессы протекают весьма интенсивно, оказывается крайне чувствителен к дефициту кислорода. Чем раньше возникает внутриутробная гипоксия, тем сильнее выражено ее воздействие на нервную систему. Асфиксия наиболее тяжело сказывается на состоянии пирамидных клеток коры, имеющих непосредственное отношение к развитию пирамидных двигательных путей.

Кроме того, к внутриутробным факторам возникновения ДЦП относят несовместимость матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности.

Вследствие вышеперечисленного плод не имеет достаточной зрелости к моменту рождения. Именно это обстоятельство нередко приводит к родовой

⁴ Статистический обзор к Международному дню защиты детей/ Пресс-релиз// Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. 2011. Режим доступа: <http://belstat.gov.by/homep/ru/indicators/pressrel/child.php>. Дата доступа: 21.11.2011.

⁵ Основные показатели развития системы специального образования в Республике Беларусь: 1995-2010 годы: информ. бюллетень. Вып. 12 / М-во образования Респ. Беларусь, Гл. информ.-аналит. Центр. Минск: ГИАЦ, 2011. 132 с.

травме и сопутствующему нарушению мозгового кровообращения. Таким образом, родовая травма возникает как результат неправильной родовой деятельности, обусловленной состоянием плода.

Однако даже после благополучного внутриутробного развития в раннем постнатальном периоде плод может быть подвержен травме, асфиксии, гемолитической болезни, инфекции (менингоэнцефалит, нейроинфекция) и др. неблагоприятным факторам, приводящим к поражению мозга и, как следствию, к ДЦП.

Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Из каждых 100 случаев ДЦП 30 возникает внутриутробно, 60 в момент родов, 10 – после рождения⁶.

Однако вопрос этиологии ДЦП до настоящего времени остается дискуссионным.

Структура двигательного нарушения при ДЦП может включать следующие компоненты⁷:

1. Наличие параличей и парезов.

Центральный паралич – полное отсутствие возможности совершать произвольные движения. Парез – слабая форма паралича, выражающаяся в ограничении возможности совершать произвольные движения (ограничение объема движений, снижение мышечной силы и пр.). Например, ребенок не может или затрудняется поднять руки вверх, развести их в стороны, вытянуть вперед, согнуть или разогнуть ногу и др.

Различают четыре вида церебрального паралича в зависимости от локализации нарушения:

тетраплегия — общее поражение всех четырех конечностей;

диплегия (параплегия) — поражение либо верхних, либо нижних конечностей;

гемиплегия — поражение либо правой, либо левой половины тела;

моноплегия — редко встречающееся поражение одной конечности.

2. Нарушение мышечного тонуса.

Гипертонус (повышение мышечного тонуса, спастичность, мышечная гипертония). Ребёнок сохраняет флексорную (сгибательную) позу при всех манипуляциях. Руки согнуты и приведены к туловищу или разогнуты и

⁶ Бадалян, Л. О. Руководство по неврологии раннего детского возраста / Л.О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская. Киев: «Здоровье», 1980. 527 с.

⁷ Бадалян, Л.О. Детский церебральный паралич/ Л.О. Бадалян, Л. Т. Журба, О.В. Тимонина. Киев: «Здоровье», 1988. 328 с.

Мастюкова, Е.М. Двигательные нарушения и их оценка в структуре аномального развития / Е.М. Мастюкова // Дефектология. 1987. № 3. С. 3–9.

Махмудова, Н.М. Детский церебральный паралич / Н.М. Махмудова, У.К. Курбанов, О.А. Стерник. Ташкент: Медицина, 1978. 230 с.

Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/ Л.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 480с.

Семенова, К.А. Детские церебральные параличи/ К.А. Семенова. М.: Медицина, 1968. 259 с.

пронированы (повёрнуты ладонью вниз) в предплечьях. При пассивных движениях ощущается повышенное сопротивление разгибанию и сгибанию конечностей.

Наибольшее повышение мышечного тонуса отмечается в мышцах-сгибателях конечностей, в приводящих мышцах бедер, в подошвенных сгибателях стоп и в некоторых других мышечных группах. Повышение мышечного тонуса в данных группах мышц определяет специфическую позу детей с ДЦП: ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы сжаты в кулаки.

Гипотонус (снижение мышечного тонуса, мышечная гипотония). Ребёнок лежит с разогнутыми во всех суставах конечностями. Выраженность этой позы зависит от степени гипотонии. Уменьшено сопротивление любым пассивным движениям, их объём значительно увеличен. Мышцы характеризуются слабостью, дряблостью, вялостью.

Дистония (изменчивый мышечный тонус). В покое мышцы кажутся расслабленными, при попытке совершить произвольное движение тонус резко возрастает. При атетоидных гиперкинезах (проявляющихся медленными, извивающимися, червеобразными тоническими мышечными сокращениями с некоторыми интервалами, во время которых конечность принимает неестественные положения) дистония мышц создает изменчивый мышечный тонус и возникает червеобразный, непрерывно перемещающийся спазм.

Спонтанная активность при всех нарушениях мышечного тонуса снижена. При осложненных формах ДЦП отмечается сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса.

3. Повышение сухожильных и периостальных (надкостничных) рефлексов (гиперрефлексия).

Крайняя степень повышения сухожильных рефлексов проявляется клонусом – ритмичными, долго не прекращающимися сокращениями какой-либо мышцы, возникающими вслед за резким ее растяжением. Наиболее постоянны при ДЦП клонусы стопы и коленной чашечки.

4. Синкинезии (содружественные движения).

Синкинезии – это произвольные движения, сопутствующие произвольным. Различают физиологические и патологические синкинезии. К физиологическим синкинезиям относят, например, движения рук при ходьбе. При ДЦП возникают патологические синкинезии. Примером патологических синкинезии может быть произвольное поднятие парализованной ноги при попытке вставания с постели без помощи рук; произвольное сопровождение движениями языка и губ при каких-либо действиях рукой.

Наличие патологических синкинезий усложняет и затрудняет формирование произвольных движений и освоение различных видов деятельности.

5. Недостаточное развитие цепных выпрямительных рефлексов.

При недоразвитии этих рефлексов ребенку сложно удерживать в нужном положении голову и туловище (особенно – в вертикальном положении тела), развивать произвольную моторику.

Поэтому ребенку трудно овладевать навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

6. Несформированность состояния равновесия и координации движений.

Равновесие тела – это состояние устойчивого положения тела в пространстве. Существует статическое равновесие тела (при стоянии) и динамическое равновесие (при движении).

При ДЦП нарушено формирование реакции равновесия и координация движений из-за задержки созревания или поражения соответствующих мозговых систем, а также по причине тяжелых двигательных нарушений, ограничивающих накопление моторного опыта и искажающих выполнение движений. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП.

7. Кинестезии (нарушение ощущения движений).

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

При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, что ведет к искажённому восприятию положения собственного тела и конечностей, а так же направленности, силы, скорости движений, к трудностям в сохранении равновесия и удержании позы, к нарушениям координации движений и пр. Например, движение руки вперед по прямой ощущается ими как движение в сторону, а если при пассивном обведении пальцем квадрата ребёнку говорят «круг», ему кажется, что он обводит круг. Такое искаженное представление о собственных движениях приводит к неадекватности во взаимодействии ребенка с окружающей средой, к нарушениям в формировании различных видов деятельности, навыков самообслуживания, речи (затруднения в ощущении артикуляционных движений).

8. Гиперкинезы (насильственные движения).

Это произвольные, беспорядочные движения типа поворотов, выгибаний, подёргиваний, дрожания. Обычно проявляются в 4-6-месячном возрасте. Во время движений и при волнении они усиливаются, в состоянии покоя уменьшаются, во сне – исчезают.

По данным Л.О. Бадаляна (1988), гиперкинезы представлены следующими формами:

Хореический – быстрые сокращения разных групп мышц. Они носят неритмичный, нескоординированный характер.

Атетоз – медленные, червеобразные, вычурные движения в мышцах.

Торзионный спазм характеризуется возникающими при ходьбе штопорообразными движениями туловища.

Спастическая кривошея – судорожные сокращения мышц шеи, вследствие которых голова поворачивается в сторону и наклоняется к плечу.

Гемибаллизм – крупные, размашистые движения конечностей.

Лицевой гемиспазм – периодически повторяющиеся сокращения мышц половины лица.

Тремор – дрожание вытянутых рук, туловища, головы.

Тик – насильственные однообразные движения отдельных групп лицевых мышц.

Насильственные движения существенно затрудняют осуществление произвольных двигательных актов. Они препятствуют своевременному формированию предметной, игровой, учебной и других видов деятельности, негативно сказываются на речи и письме.

9. Защитные рефлексы.

Защитные рефлексы — это непроизвольные движения, выражающиеся в сгибании или разгибании парализованной конечности при ее раздражении.

10. *Патологические рефлексы (сгибательные и разгибательные).* Патологическими называются рефлексы, которые у взрослого здорового человека не вызываются, а проявляются лишь при поражениях нервной системы, связанных со снижением тормозного влияния головного мозга.

Патологические рефлексы разделяют на сгибательные и разгибательные (для конечностей). Эти патологические рефлексы составляют синдром центрального паралича. У детей до 1 года эти рефлексы не являются признаками патологии.

11. Позотонические рефлексы.

Позотонические рефлексы относятся к врожденным безусловно рефлекторным двигательным автоматизмам. При нормальном развитии к 3 месяцам жизни эти рефлексы угасают и не проявляются, что создает оптимальные условия для развития произвольных движений. Сохранение позотонических рефлексов является симптомом поражения ЦНС. У детей с церебральным параличом эти рефлексы сохраняются, их влияние остается стойким в течение жизни.

К позотоническим рефлексам относят:

✓ *Лабиринтный тонический рефлекс.* Он проявляется при изменении положения головы.

В положении на спине нарастает тонус мышц-разгибателей. Голова запрокинута назад, ноги и руки напряжены и разогнуты. Кисти рук сжаты в кулаки. Тонус в положении на спине может быть выражен в разной степени, вплоть до резкого разгибания. Тогда тело выгнуто в виде дуги и ребенок касается опоры лишь затылком и пятками. Он не может поднять голову, вытянуть вперед руки и взять предмет, поднести руки к лицу и т.д. Такая поза препятствует развитию моторных навыков, навыков самообслуживания, различных видов деятельности. Данный рефлекс зачастую распространяется на мышцы глаз, что сужает поле зрения, негативно влияет на развитие зрительно-двигательной координации, затрудняет восприятие окружающего. Все это сказывается на развитии зрительного восприятия и познавательной

деятельности в целом. Лабиринтный тонический рефлекс способствует повышению мышечного тонуса в языке, что затрудняет жевание, артикуляцию звуков, способствует слюнотечению и влияет на развитие речи.

В положении ребенка на животе шея и спина сгибаются — проявляется повышение тонуса мышц-сгибателей. Плечи вытягиваются вперед и вниз, руки согнуты под туловищем, а кисти рук сжаты в кулаки, бедра и голени приведены и согнуты, таз приподнят. Такая поза тормозит развитие произвольных движений, так как ребенок не может поднять голову, повернуть ее в сторону, выпрямить руки, встать и др. Постоянно согнутая спина способствует искривлению позвоночника.

Таким образом, лабиринтный тонический рефлекс оказывает негативное воздействие на развитие произвольной моторики, задерживает формирование основных двигательных функций. Очевидно и патогенное влияние рефлекса на формирование пространственного восприятия, перцептивной, познавательной активности, зрительно-двигательной координации, всех видов деятельности.

✓ *Асимметричный тонический шейный рефлекс* проявляется в изменении положения конечностей при повороте головы в сторону: в той стороне тела, куда повернуто лицо ребенка, повышается мышечный тонус в разгибателях руки и ноги, в противоположной стороне тела — в сгибателях руки и ноги. Поэтому поворот головы в сторону вызывает изменение в положении конечностей и ребенок принимает позу «фехтовальщика». Особенно пагубно рефлекс сказывается на зрительно-моторной координации, зрительном восприятии и предметной деятельности. При повороте головы в сторону предмета рука на стороне поворота непроизвольно разгибается и ребенок не может взять этот предмет. Если все же ребенок с усилием сгибает руку, то голова автоматически отворачивается в другую сторону и рассмотреть предмет уже не возможно. Данный рефлекс влияет отрицательно как на элементарный процесс создания целостного образа, так и на овладение учебными и трудовыми умениями и навыками.

✓ *Симметричный тонический шейный рефлекс* проявляется в усилении разгибательного тонуса в руках и сгибательного в ногах при поднятии головы, а при наклоне головы вперед усиливается тонус мышц сгибателей рук и разгибателей ног. Этот рефлекс формирует патологическую схему ходьбы, нарушает согласованную работу рук и ног при ходьбе.

В ряде случаев может фиксироваться сочетание различных позотонических рефлексов у одного и того же ребенка.

Таким образом, ДЦП — это не просто отставание в моторном развитии или выпадение отдельных двигательных функций, а заболевание, характеризующееся извращенным ходом моторного развития, что в большинстве случаев нарушает последовательный ход и динамику психического развития ребенка, приводя к своеобразному нарушению развития в целом.

Видоизменение симптоматики ДЦП по мере роста и развития ребенка.

К.А. Семенова выделяет три последовательно сменяющих друг друга стадии течения ДЦП⁸:

✓ *Начальная стадия.* Констатируется сразу после рождения (если заболевание протекало внутриутробно и его действительное начало неизвестно). Обычно продолжается 2-4 месяца. На этой стадии обнаруживается рефлекторная патология. Характеризуется тяжелым общим состоянием ребенка, нарушением тонуса мышц, ригидностью или гипотонией, тремором, нистагмом, нарушением сосательного рефлекса и т.д. При постнатальных заболеваниях – это острый период. Врожденные двигательные рефлексы появляются с опозданием, сохраняются и препятствуют развитию произвольной моторики.

Развитие моторных функций задерживается и искажается, а поскольку первичные сенсорные реакции тесно сопряжены с моторными, то задерживается развитие слухового и зрительного восприятия. Ребенок слабо вычленяет компоненты в окружающей среде, это влияет на проявление эмоциональных реакций – долго не формируется «комплекс оживления». Для педагогов и родителей на этой стадии крайне важно проявлять терпение и настойчивость в попытках установить контакт с малышом, сформировать у него слуховые и зрительные реакции⁹.

✓ *Ранняя резидуальная стадия.* Начало которой в случае внутриутробного поражения или поражения во время родов относится к концу второго началу четвертого месяца жизни. Может длиться от нескольких месяцев до 3-4 лет. В этой стадии наблюдаются: а) симптомы задержки развития стато-кинетических рефлексов первого и второго полугодия жизни; б) патология тонуса мышц; в) паралитические и гиперкинетические синдромы. При постнатальных поражениях мозга эта стадия развивается вскоре вслед за острым периодом заболевания или сразу после него.

На этой стадии начинается развитие произвольной моторики, которое протекает в сложных условиях. Характерна задержка и нарушение первых этапов развития моторики¹⁰. Тонические рефлексы приобретают патологический характер и вплетаются в формирующиеся двигательные стереотипы. Это проявляется, прежде всего, в неправильных позах сидения и стояния, а также в специфической походке. Но особые проблемы возникают в развитии ручной моторики, поэтому ребенок плохо овладевает навыками самообслуживания.

⁸ Семенова, К.А. Детские церебральные параличи/ К.А. Семенова. М.: Медицина, 1968. С. 18 – 19.

⁹ Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие / И.А. Смирнова. СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. С. 15.

¹⁰ Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие / И.А. Смирнова. СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. 160 с.

В это время необходимо настойчиво работать над подавлением патологических рефлексов и развитием произвольной моторики. Нужно помнить, что ребенок растет, а для роста необходимо движение. Если пораженная конечность или часть конечности (например, пальцы) мало двигается, то она физически отстает в росте. Если суставы мало работают, то плохо растет суставной аппарат, образуются контрактуры. Уже на этой стадии функциональные контрактуры могут трансформироваться в органические. Для устранения органических контрактур медикам необходимо оперативное вмешательство.

На этой стадии сенсорное, интеллектуальное и речевое развитие ребенка обычно протекает с задержкой.

✓ *Поздняя резидуальная стадия.* Течение характеризуется помимо перечисленных особенностей наличием контрактур и деформаций, перерождением мышечной ткани, на основе чего создается (стабилизируется) патологический двигательный стереотип, в рамках которого формируются все движения. *Эту стадию можно охарактеризовать не как болезнь, а как патологическое состояние.* Решающая роль в развитии ребенка на этой стадии отводится психолого-педагогическим мероприятиям¹¹.

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по степени сформированности двигательных навыков дети делятся на три группы¹²:

1. Дети с тяжелыми нарушениями. У многих из них не сформированы ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; другие с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений, навыки самообслуживания у них сформированы частично.
2. Дети, имеющие среднюю степень выраженности двигательных нарушений. Большая часть этих детей может самостоятельно передвигаться, хотя и на ограниченное расстояние. Они владеют навыками самообслуживания, которые недостаточно автоматизированы.
3. Дети, имеющие легкие двигательные нарушения, — они передвигаются самостоятельно, владеют навыками самообслуживания, однако некоторые движения выполняют неправильно.

Помимо двигательных расстройств у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут отмечаться недостатки интеллектуального развития: 40 — 50 % детей имеют задержку психического развития; около 10 % — умственную отсталость разной степени выраженности. В большинстве случаев эти недостатки имеют сложную природу. Они обусловлены как непосредственно поражением головного мозга, так и двигательной и социальной депривацией, возникающей в результате ограничения двигательной активности и социальных контактов.

¹¹ Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие / И.А. Смирнова. СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. 160 с.

¹² Бадалян, Л. О. Руководство по неврологии раннего детского возраста / Л.О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская. Киев: «Здоровье», 1980. 527 с.

Классификация ДЦП. В отечественной клинической практике используется классификация К.А. Семеновой (1968), в которую включены собственные данные автора и элементы классификации Д.С. Футера (1967) и М.Б. Цукер (1947). Автором выделяется пять основных форм ДЦП: спастическая диплегия, гемипаретическая форма ДЦП, гиперкинетическая форма ДЦП, двойная гемиплегия, атонически-астатическая форма¹³.

1. Спастическая диплегия — наиболее часто встречающаяся форма ДЦП, известная под названием болезни, или синдрома, Литтля. Характеризуется наличием спастических парезов во всех конечностях (тетрапарез). При данной форме в значительной степени поражены ноги, однако ребенок частично может научиться обслуживать себя. Часто наблюдается задержка психического развития. 30-35 % детей со спастической диплегией страдают умственной отсталостью в степени нерезко выраженной дебильности. У 70 % наблюдаются речевые расстройства в форме дизартрии. Большинство детей с этой формой имеют благоприятный прогноз в психическом развитии и положительную динамику в физическом развитии.

2. Гемипаретическая форма ДЦП в 80 % случаев развивается у ребенка в ранний постнатальный период, когда вследствие травм, инфекций и пр. поражаются формирующиеся пирамидные пути. При этой форме поражена одна сторона тела (правосторонняя гемиплегия или левосторонняя гемиплегия): левая — при правостороннем поражении мозга и правая — при поражении преимущественно левого полушария. При данной форме обычно тяжелее поражаются верхние конечности. У 25-30 % детей с гемипаретической формой ДЦП наблюдается дебильность, у 40-50 % — вторичная задержка умственного развития.

3. Гиперкинетическая форма ДЦП развивается у ребенка вследствие билирубиновой энцефалопатии, что является результатом гемолитической болезни новорожденных. В неврологическом статусе у этих больных наблюдаются гиперкинезы, мышечная ригидность шеи, туловища, ног. Несмотря на тяжелый двигательный дефект, ограниченную возможность самообслуживания уровень интеллектуального развития при данной форме ДЦП выше, чем при предыдущих. В 10 % случаев наблюдается тугоухость. Большинство детей с гиперкинетической формой успешно развиваются в психическом отношении, но менее успешно — в моторном.

4. Двойная гемиплегия — возникает при обширных поражениях головного мозга. Этот тетрапарез — самая тяжелая форма ДЦП. Преобладает ригидность мышц. Такой ребенок не сидит, не держит голову, не стоит. Кроме тяжелых двигательных нарушений (поражение нижних и верхних конечностей) при данной форме ДЦП, как правило, наблюдаются тяжелые речевые нарушения, выраженное снижение интеллекта. Самый неблагоприятный прогноз по сравнению с другими формами.

¹³ Семенова, К.А. Детские церебральные параличи / К.А. Семенова. М.: Медицина, 1968. 259 с.

5. *Атонически-астатическая форма* возникает при поражении мозжечка. Встречается значительно реже других форм. Характеризуется мышечной гипотонией, атаксией – нарушением равновесия, гиперметрией – чрезмерной размахистостью движений. Часто у детей наблюдается недоразвитие речи и интеллекта. Однако, при этой форме возможно отсутствие сочетания с другими нарушениями, двигательные нарушения с возрастом могут компенсироваться.

По данным английского ученого Хенинга Рая, среди детей с ДЦП наиболее часто встречаются дети со спастичностью (спастической диплегией, гемиплегией, двойной гемиплегией) – 75 %, в то время как дети с гиперкинетической формой составляют 10 %, с атонически-астатической – 5%, со смешанными формами – 10 % из всего количества детей с ДЦП¹⁴.

Особые трудности представляет прогностическая оценка психомоторного развития детей с ДЦП. Благоприятный прогноз наиболее вероятен при спастической диплегии и гемипаретической формах ДЦП. По данным К.А. Семеновой (1972), 70 % детей с гемипаретической формой ДЦП учится в массовых школах, и только 29,2 % имеют сниженный интеллект.

По данным И.И. Мамайчук (2000) у 65 % детей со спастической диплегией интеллект первично сохранен, и они способны к обучению по программе обычной школы, у 38 % отмечается умственная отсталость в степени дебильности, и только у 7 % детей наблюдаются глубокие нарушения интеллекта.

Серьезные проблемы в процессе социальной адаптации испытывают дети с гиперкинетической формой ДЦП. Несмотря на первично сохраненный интеллект они не могут посещать массовые школы и в дальнейшем работать из-за тяжелого двигательного дефекта. Наиболее неблагоприятен социальный прогноз у детей с двойной гемиплегией и с атонически-астатической формой ДЦП из-за грубого недоразвития интеллекта¹⁵.

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 % детей с ДЦП имеют потенциально сохраненный интеллект, однако их развитие идет в дефицитарных условиях, что сказывается на формировании психики. Потенциально сохраненный 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). Вместе с тем не существует прямой зависимости между тяжестью двигательной патологии и степенью

¹⁴ Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие/ И.А. Смирнова. СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. С. 19.

¹⁵ Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. М.: ВЛАДОС, 2004. 367 с.

интеллектуальной недостаточности при ДЦП. При различных формах ДЦП может встречаться и нормальное, и задержанное психическое развитие, и умственная отсталость.

И.А. Смирнова (2003) указывает на то, что при разных формах ДЦП необходимы разные подходы в реабилитации ребенка. Так, ребенок со спастической диплегией использует обе руки в своей деятельности, у него развивается ручная умелость, в доступных для него пределах. Ребенок с гемиплегией, имея здоровую руку, стремится максимально ее использовать, больная же рука не используется, а значит, не развивается на пределе своих возможностей. Уже в дошкольном возрасте наблюдается отставание в росте больной руки.

Ребенок с атонически-астатической формой производит впечатление абсолютно здорового ребенка, однако он не может соответствовать в моторном отношении ожиданиям окружающих.

Знание локализации поражения в ЦНС позволяет предположить возможные особенности в познавательной сфере детей. Интеллектуальные нарушения более характерны для детей с корковыми нарушениями, особенно обширными, менее присущи детям с поражениями экстрапирамидной системы.

Дети с одинаковыми клиническими формами ДЦП могут иметь существенные различия в степени выраженности двигательных расстройств. «Учет этого обстоятельства имеет существенное значение не только в выборе методов реабилитации, но и в определении ее стратегии. При слабо выраженных расстройствах предпринимаются попытки коррекции, т.е. исправления отклонений в развитии. Когда двигательные расстройства выражены значительно, требуется стратегия компенсации, чтобы обеспечить максимальное развитие сохранных и доступных для коррекции звеньев психики ребенка»¹⁶.

Многолетние исследования Л.О. Бадаляна, Е.М. Мастюковой, К.А. Семёновой показывают, что прогноз развития ребенка зависит от объема и характера поражения центральной нервной системы, а также от объема и характера медико-психолого-педагогической помощи. Большое значение приобретает ранняя комплексная помощь. Практика показала, что в раннем и дошкольном возрасте можно достичь большей эффективности реабилитационных воздействий. В случае раннего выявления перинатальной патологии и организации соответствующей коррекционной работы можно достичь значительных успехов в её преодолении. При условии ранней диагностики не позднее 4-6-месячного возраста ребёнка и раннего начала адекватного систематического медико-педагогического воздействия практическое выздоровление и нормализация различных функций могут быть достигнуты в 60-70% случаев к 2-3-летнему возрасту. В случае позднего выявления детей с перинатальной патологией и отсутствия адекватной

¹⁶ Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие / И.А. Смирнова. СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. С. 19.

коррекционной работы возникновение тяжёлых двигательных, психических и речевых нарушений является более вероятным¹⁷.

Обобщим вышесказанное:

1. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием, но по мере роста и развития ребенка клиническая картина меняется. В поздней резидуальной стадии ДЦП можно уже охарактеризовать как патологическое состояние (вариант дефицитарного дизонтогенеза).
2. Диагноз ДЦП включает пять клинических форм. Могут наблюдаться смешанные формы. Дети с разными формами имеют разную неврологическую симптоматику, следовательно, и разные психологические особенности.
3. Любая клиническая форма ДЦП может быть выражена в разной степени.

2.6.2 Психологическая характеристика развития ребенка с ДЦП

2.6.2.1 Особенности социальных отношений

Своеобразие социальной ситуации развития детей с церебральным параличом характеризуется сложным взаимодействием органического нарушения, приводящего к двигательным, интеллектуальным, речевым расстройствам и психической депривации. Фактически центральная нервная система оказывается не в состоянии обеспечить ту материальную основу, которая необходима для нормального функционирования организма, формирования адаптационных механизмов.

Психологические механизмы формирования социальных отношений едины для нормально развивающегося ребенка и для ребенка с детским церебральным параличом, но *разные условия этого формирования приводят к появлению специфических особенностей во взаимоотношениях такого ребенка с миром.*

Наиболее значимыми среди таких условий являются¹⁸:

✓ Двигательные, речевые, интеллектуальные нарушения. Такие дети часто длительно обездвижены, лишены возможности активно и в полной мере познавать окружающий мир, в ряде случаев самостоятельно,

¹⁷ Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. М.: ВЛАДОС, 2004. 367 с.

¹⁸ Детский церебральный паралич / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова. Москва: Образование Плюс, 2008. 197 с.

Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. - Киев: Высшая школа, 1987. 272 с.

Кроткова, А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: уч.-метод. Пособие / А.В.Кроткова. М.: ТЦ Сфера, 2007. 144 с.

Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. М.: ВЛАДОС, 2004. 367 с.

продуктивно организовывать общение с окружающими людьми и сверстниками.

✓ Резидуально-органические расстройства. Составляют основу психоорганического синдрома, который отмечается у детей с ДЦП уже с раннего возраста. У одних он проявляется в виде вялости, апатии, адинамии, повышенной утомляемости. У других – в виде психомоторной расторможенности, нарушении активного внимания, целенаправленности, разнообразных аффективных нарушениях. На фоне данных состояний наблюдаются также неврозоподобные расстройства (повышенная впечатлительность, боязливость и т.д.)

✓ Психическая депривация. Возникает в связи с изменением межличностных отношений в детском коллективе и ограничением контактов, а также явлениями госпитализма, поскольку дети данной категории значительное время проводят в больницах и специальных санаториях. Длительное вынужденное одиночество может приводить к аутистическому складу личности, у детей может отмечаться чувство собственной неполноценности, особая сентиментальность, а иногда и своеобразные фантазии, уход в мир собственных переживаний и мечтаний. Ограниченное жизненное пространство приводит к тому, что дети становятся зависимыми от окружающих и одновременно эгоистичными, эгоцентричными, излишне требовательными.

✓ Неправильный тип семейного воспитания. При гиперопеке (является преобладающим типом) у ребенка не формируется потребность в активной деятельности, развивается общая пассивность, неумение преодолевать трудности, а при гипоопеке – развивается чувство неуверенности в себе, нежелание преодолевать трудности, в результате чего возникают реакции протеста, негативизм.

✓ Своеобразное отношение окружающих: переживание недоброжелательного отношения сверстников, положения отвергнутого, либо чрезмерного внимания окружающих.

✓ Психическая травматизация. Она связана с лечебными процедурами, после которых у детей возникают реактивные состояния вследствие отсутствия видимых результатов терапии.

Кроме того, немаловажным фактором является реакция личности на осознание своего дефекта, физической неполноценности. И.И. Мамайчук и Л.М. Шипицина (2004) считают данную реакцию одним из основных механизмов патологического формирования личности у лиц с физическими нарушениями.

Э. С. Калижнюк (1987) 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).

Все вышеперечисленное обуславливает незрелость эмоционально-волевой сферы, эгоцентризм, отсутствие уверенности в себе, самостоятельности, повышенную внушаемость и в целом, своеобразие отношений ребенка с ДЦП с социумом.

Современные исследования данной проблемы (О.В. Воробьева, 1987; Э.С. Калижнюк, 1987; Е.И. Кириченко, 1983; А.В. Кроткова, 2007; И.Ю. Левченко, 2001; И.И. Мамайчук, Г.В. Пятакова, 1990; И.И. Мамайчук, 2000, 2003; О.Л. Раменская, 1980; К.А. Семенова, 1979; Н.В. Симонова, 1974; С.А. Стельмах, 1999 и др.) показывают, что специфичность социального развития детей с церебральным параличом обнаруживается уже в младенчестве и раннем возрасте. Она проявляется в бедности и ограниченности эмоциональных реакций, их неустойчивости, порой неадекватности. У детей отмечается повышенная чувствительность к разного рода раздражителям, заторможенность поведенческих реакций. Нередко возникают немотивированные страхи, чрезмерная пугливость, вызванные чувством незащищенности и зависимости от окружающих.

Дети ориентированы на близких взрослых, прежде всего на мать, которые обеспечивают главным образом удовлетворение их витальных потребностей. Фактически самостоятельное взаимодействие с социумом вследствие двигательных, психических, речевых проблем резко ограничено или вообще отсутствует. Дети с церебральным параличом оказываются не готовы к изменению окружающей их обстановки, теряются в новых, ранее незнакомых для них ситуациях общения. Нередко, испытывая чувство беспокойства, они совсем отказываются от контактов. Защитные оборонительные реакции в виде ухода в себя, мир собственных ощущений и переживаний превалируют над познавательным интересом, заставляя детей избегать неизвестных предметов, действий, явлений, взрослых и сверстников. Такой тип эмоционального реагирования провоцирует появление все новых проблем в ситуации социального развития дошкольников данной категории¹⁹.

Практически во всех психологических исследованиях указывается на наличие характерного фобического синдрома (страха), как фактора обуславливающего противоречивость личности таких детей и затрудняющих их социализацию и индивидуализацию.

Исследование В.И. Николаенко (2004) выявило, что детям с ДЦП свойственно значительное преобладание негативного эмоционального опыта и недостаточное эмоциональное приспособление к тем или иным ситуациям межличностного общения, что обусловлено двигательной патологией. Это подтверждается:

¹⁹ Кроткова, А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: уч.-метод. Пособие / А.В.Кроткова. М.: ТЦ Сфера, 2007. 144 с.

- ✓ частым проявлением (80% случаев) в выборке детей с ДЦП повышенного уровня тревожности;
- ✓ преобладанием «безобъективных» форм тревожности, не связанных с реальным источником тревоги²⁰.

Дети с ДЦП демонстрируют различные виды страхов (боязнь за свое здоровье, темноты, неудачи, одиночества). Показательно, что страхи обнаруживаются почти у всех детей, могут сохраняться на протяжении всего детства и их количество может достигать 10—12 единиц. Преобладающее место занимают страхи, связанные с причинением физического ущерба (транспорт, пожар, стихия); интенсивный и устойчивый страх одиночества, боязнь остаться без поддержки и помощи близких и действовать самостоятельно; фиксация и болезненное заострение страха собственной смерти; «медицинские» страхи (больница, уколы, врачи); страх перемещения в пространстве²¹.

Вместе с тем необходимо отметить следующую тенденцию: в случаях благополучных семейных взаимоотношений общее количество страхов сокращается, а при гипо- и гиперопеке их число увеличивается. При этом у половины отмечаются тенденции к достижению эмоционального комфорта через протест, отстаивание собственной позиции с незначительными элементами агрессии, имеющими оборонительный характер²².

У детей с тяжелыми двигательными нарушениями страхи более выражены, чем у детей с легкой двигательной патологией²³.

«Несформированность психических процессов ведет к недостаточному контролю эмоциональных переживаний и реакций. Поэтому переживание такими детьми состояний страха и тревоги носит острый и затяжной характер: в эмоциональной памяти фиксируется физиологическое ощущение страха и все, даже незначительные, детали психотравмирующего раздражителя. В результате дети не могут самостоятельно преодолеть свой страх, найти для него конструктивное решение и объяснение, а часто и не пытаются это сделать» – отмечают И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова²⁴.

²⁰ Николаенко, В.И. Психологический анализ личностных особенностей школьников с тяжелыми двигательными нарушениями / В.И. Николаенко // Специальная психология. 2004. №2 (2). С. 28-31.

²¹ Устинова, Е.В. Психологические особенности страхов и тревожности у дошкольников с двигательными нарушениями и психокоррекционная система их преодоления: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 / Е.В.Устинова; Самарский госуд. пед. университет. Самара, 2005. 23 с.

²² Кроткова, А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: уч.-метод. Пособие / А.В.Кроткова. М.: ТЦ Сфера, 2007. 144 с.

²³ Детский церебральный паралич / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова. М.: Образование Плюс, 2008. 197 с.

²⁴ Детский церебральный паралич / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова. Москва: Образование Плюс, 2008. С. 20.

Многие авторы указывают на то, что интенсивность и продуктивность контактов со взрослыми и сверстниками у детей с ДЦП низкая.

Отношения *со взрослыми* примитивны и, как правило, свойственны более раннему периоду жизни ребенка. Взрослый прежде всего предстает в образе человека, который удовлетворяет жизненно необходимые потребности и почти не воспринимается на личностном уровне. Эти дети реже, чем нормально развивающиеся сверстники и дети с другими нарушениями, ориентируются на мнение и оценки взрослого.

Взаимоотношения *со сверстниками с ДЦП(в условиях специальных групп)* также складываются весьма своеобразно. Установление контактов происходит медленно, иногда крайне напряженно. Несмотря на то, что у большинства детей с церебральным параличом отмечается потребность во взаимодействии со сверстниками, преобладающими оказываются неустойчивые, непродолжительные детские объединения с низким уровнем благополучия взаимоотношений в них. В зависимости от возраста при нормальном развитии в основе детских объединений лежат несколько групп мотивов: общее положительное эмоциональное отношение, выделение положительных качеств сверстника (внешних, обеспечивающих успешность совместных действий, нравственных), интерес к совместной деятельности, дружеские отношения. Однако при выборе партнера вплоть до конца дошкольного возраста дети с церебральным параличом в отличие от нормально развивающихся сверстников преимущественно руководствуются ситуативным интересом к совместной деятельности и положительным эмоциональным отношением. Внеситуативные же мотивы фактически не формируются. По мнению А.В. Кротковой (2007), вероятно, это происходит вследствие недостаточности собственных интересов, низкого уровня развития коммуникативных умений, неуверенности в собственных возможностях дошкольников с ДЦП.

Малая значимость социального взаимодействия, т.е. снижение интереса к социальным отношениям обнаруживается в характере ролевых игр, которые до конца дошкольного возраста остаются на уровне бытовой ообразительной игры с элементами сюжета и почти не отражают системы социальных отношений.

Преобладание стихийности и неустойчивости в детских коллективах находит отражение и в статусной структуре групп детей с церебральным параличом. Большинство из них (80% групп для детей с ДЦП) характеризуется неполнотой, а именно отсутствием ребенка-лидера, «звезды». Наиболее распространенным в такой группе является положение «непринятого» (ребенок, с которым сверстники не избегают общения, но и не проявляют интереса, остаются безразличными) или «изолированного» (ребенок, которого избегают или отказываются от общения с ним)²⁵.

²⁵ Кроткова, А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: уч.-метод. Пособие / А.В.Кроткова. М.: ТЦ Сфера, 2007. 144 с.

Во многом проблемы развития детских контактов связаны с овладением средствами реализации потребности в общении. Вступая во взаимодействие с ровесниками, дети с церебральным параличом часто не учитывают позицию и состояние партнера. Они могут в авторитарной форме отстаивать свои интересы, не проявляют сочувствия к другому ребенку.

По данным А.В. Кротковой (2007) в зависимости от уровня эмоционально-волевого благополучия выделяются следующие группы дошкольников с ДЦП:

1. наибольшую группу (60%) составляют дети с низким уровнем эмоционально-волевого благополучия. В нее входят дети с ярко выраженными симптомами эмоциональной неустойчивости, плаксивостью, раздражительностью, частой сменой настроения, высоким уровнем тревожности, большим количеством страхов, с повышенной нервной чувствительностью и ослабленностью. Дошкольники этой группы воспитываются в неполных семьях или в семьях с неправильным типом воспитания (гиперопека или гипоопека);
2. группу со средним уровнем эмоционально-волевого благополучия (25%) составляют дети с менее ярко выраженными симптомами эмоционально-волевых нарушений, средним уровнем тревожности, менее выраженными страхами. Наибольшее значение в структуре эмоционально-волевого своеобразия имеют быстро наступающее утомление нервной системы и некоторая неустойчивость поведенческих реакций при их выраженной зависимости от общего соматического состояния;
3. наиболее малочисленную группу (15%) составляют дошкольники с высоким уровнем эмоционально-волевого благополучия. У них отмечается средний и низкий уровень тревожности. В наименьшей степени обнаруживаются признаки психического напряжения и невротических тенденций. Преобладают положительные эмоциональные адекватные ситуации реакции, ровный фон настроения.

Вместе с тем исследования показывают, что значительная часть детей с церебральным параличом испытывают достаточно выраженную потребность в глубокой привязанности, эмоциональном комфорте, достижении чувства внешней защиты. Они хотят быть более эмоционально вовлеченными, социально активными, т.е. многие качества, свойственные нормально развивающейся личности, у таких дошкольников отмечается на неосознанном уровне и обеспечивают возможность их дальнейшего развития» – отмечает А.В. Кроткова²⁶. Автор отмечает, что у подавляющего количества дошкольников (76,7 %) вне зависимости от возраста выявляются признаки нарушений адаптационной фазы средней и тяжелой степени выраженности. В связи с повышенной эмоциональной привязанностью и витальной зависимостью от отдельных членов семьи дети переживают глубокий

²⁶ Кроткова, А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: уч.-метод. Пособие / А.В.Кроткова. - М.: ТЦ Сфера, 2007. С. 27.

психологический стресс, отражающийся на их психофизиологическом и эмоционально-личностном состоянии.

Волевая активность детей с ДЦП имеет свои особенности. Исследование Н.М. Сараевой (1980) позволило установить следующие три группы по уровню волевого развития среди испытуемых:

✓ Для первой группы (37 %) характерно общее снижение эмоционально-волевого тонуса, астенизация поведения, волевой инфантилизм. Это проявляется в неумении, а порой и нежелании подростка регулировать свое поведение, в общей вялости, доходящей до апатии у одних, и в крайней несдержанности у других, в отсутствии достаточной настойчивости в достижении как коррекционно-восстановительного эффекта, так и хороших результатов в учебной работе. Свыкаясь с ролью больных, подростки ослабляют свою самостоятельность, проявляют иждивенческие настроения.

✓ Вторую группу (20 %) составляют подростки, уровень волевого развития которых достаточно высок. Обладая адекватной самооценкой, правильно определяя свои возможности, подростки данной группы способны на основе длительных волевых усилий мобилизовать компенсаторные силы организма и личности. Они активно ведут борьбу с заболеванием и его последствиями, настойчивы в достижении терапевтического эффекта, воздержанны и терпеливы, проявляют упорство в учебе, развивают свою самостоятельность, занимаются самовоспитанием.

✓ Уровень волевого развития подростков, входящих в третью группу (43 %), можно определить как средний. В зависимости от состояния здоровья, самочувствия, многих других обстоятельств подростки эпизодически проявляют достаточную волевою активность. В учебной работе это связано с интересом, текущими оценками, в медицинских мероприятиях — с лечебной перспективой и т.д. Периоды волевого подъема сменяются у них снижением уровня волевой активности.

В экспериментально-психологических исследованиях, проведенных О.Л. Раменской (1977) под руководством В.В.Лебединского, изучалось влияние пассивных установок, возникающих у детей младшего школьного возраста с церебральным параличом, на формирование ряда сторон их личности.

В экспериментах на психическое насыщение (по методике А. Карстен)²⁷ изучалась побудительная сила мотивов. Дети выполняли простое монотонное задание — черчение рядов из палочек. В качестве мотивов предлагались игровой (соревнование — кто быстрее выполнит) и учебный (на отметку). Учитывая двигательные трудности этих детей, оценивалось количество начерченных палочек и время, когда в игровой и учебной сериях появлялись признаки пресыщения. В эксперименте участвовали здоровые и

²⁷ Раменская О.Л. Психологическое изучение личности дошкольников с церебральным параличом: автореферат дис. канд. психол. наук / О.Л. Раменская. М.: 1980. 25 с.

дети с ДЦП 7-летнего возраста, у которых отмечалась задержка психического развития.

Эксперимент показал, что здоровые испытуемые получили лучшие результаты в учебной серии. В игровой серии пресыщение (появление вариаций в черчении палочек) возникало в норме в среднем после 6 минут работы, а в учебной — лишь через 29 минут. Можно было ожидать, что дети с ДЦП, обнаруживающие признаки задержки психического развития, покажут лучшие результаты в игровом варианте эксперимента. Однако в условиях как игровой, так и учебной мотивации обнаружили одинаково низкие результаты у детей с ДЦП. Признаки пресыщения появлялись при игровой мотивации через 15 минут, учебной — через 16. Детей с ДЦП не интересовала мотивировка задания, им важно было лишь знать, что они должны делать. Поэтому, когда в специальной серии им было предложено задание вообще без какой-либо мотивировки — «по приказу», пресыщение наступало в те же сроки. Данный эксперимент показал, что ведущий мотив деятельности этих детей — *мотив подчинения взрослому*.

Такой мотив имеется и у обычного ребенка, однако по мере психического развития этот мотив отодвигается. Оставаясь же центральным в психическом развитии ребенка с ДЦП, мотив подчинения взрослому оказывает отрицательное, тормозящее влияние на формирование собственных активных личностных установок. Поэтому дальнейший прогноз развития личности ребенка, страдающего церебральным параличом, в значительной мере зависит от того, насколько зафиксировался данный мотив в качестве ведущего.

Другое экспериментальное исследование личности детей с церебральным параличом (с использованием методики Ф. Хоппе) показало отчетливую тенденцию к формированию низкого уровня притязаний, сочетающегося с избирательно завышенной самооценкой в отношении здоровья. Из них 90 % отнесли себя к здоровым (в том числе 50 % — к «самым здоровым») и только 10 % — к больным. В контрольной группе здоровых детей к «самым здоровым» отнесли себя также 50 %. Такое сочетание завышенной самооценки с низким уровнем притязаний у ребенка с церебральным параличом, по-видимому, является защитным механизмом, амортизирующим чувство собственной неполноценности²⁸.

М.В. Вагина (2009) в своем исследовании указывает на неадекватность самооценки, связывая ее с повышенной тревожностью этих детей.

Пассивно защитная позиция, недостаточность опыта общения приводят к недоразвитию у этих детей этических представлений. О.Л. Раменской (1977) была разработана специальная методика, в которой использовались сюжетные картинки с изображением отрицательных и положительных

²⁸Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений/ В.В. Лебединский. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 144 с.

поступков детей в отношении сверстников и взрослых. Так, на одной картинке мальчик помогает встать упавшей девочке, на другой — проходит мимо; на одной — девочка помогает матери в уборке квартиры, на другой — во время уборки сидит за столом и режет ножницами бумагу, падающую на пол. В эксперименте принимали участие дети 7 лет, здоровые и с церебральным параличом. Эксперимент показал отставание в освоении этических правил у детей с церебральным параличом. При этом в оценке положительного поступка (ситуации взаимопомощи) они показывали худшие результаты, чем в оценке отрицательного поступка (ситуации нарушения правила). Этот эксперимент выявил более выраженный дефицит именно положительного сотрудничества со взрослым. Ребенок с ДЦП лучше знал, что не надо делать, и хуже, что надо.

В целом, у детей с ДЦП с нормальным интеллектуальным развитием часто повышенная внушаемость сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной социальной деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражено чувство неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации. По данным Э.С. Калижнюк (1987), отмечается некоторая корреляция между формой ДЦП и эмоциональными и характерологическими особенностями детей с ДЦП: дети со спастической диплегией склонны к страхам, робки, пассивны, с трудом устанавливают контакт с окружающими, глубоко переживают физический дефект; дети с гиперкинетической формой ДЦП более активны, эмоциональны, общительны, чаще недостаточно критичны к своему заболеванию, переоценивают свои возможности. При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации.

У всех детей с ДЦП возникают существенные проблемы в различных аспектах социального развития. Эти трудности не только выражены в разной степени, но и имеют разное психологическое содержание. Условно А.В. Кроткова (2007) выделяет три уровня социального развития дошкольников с ДЦП.

1. *Высокий уровень(40%).* У детей отмечаются адекватные эмоциональные реакции, правильная самооценка, сформированы основные личностные новообразования данного возраста, в том числе контрольные

функции и произвольность поведения. Дети заинтересованы в межличностном взаимодействии, что свидетельствует о наличии социальной направленности и достаточности социальных представлений. Трудности адаптации в коллективе и дошкольном учреждении, хотя и отмечаются, но являются незначительными. Особенности эмоционально-волевой сферы не оказывают влияния на развитие межличностных контактов. Однако данная группа детей не может быть сопоставлена по уровню социального развития с нормально развивающимися сверстниками как по количественным, так и по качественным показателям. Общая интенсивность и продуктивность общения со взрослыми и сверстниками оказывается более низкой.

2. *Средний уровень (40%).* Характерным признаком является недоразвитие социальных представлений. У детей этой группы отмечаются неадекватные эмоциональные реакции, наличие эгоцентрических установок, неадекватность самооценки, преобладание мотивов получения удовольствия, безразличное отношение к собственному дефекту, трудности адаптации в коллективе. Общая потребность в общении снижена, наиболее успешно развивается взаимодействие со взрослыми. В коллективе сверстников воспитанники занимают позицию «исполнителя». Отмечается недоразвитие контрольных функций и произвольности поведения.

3. *Низкий уровень (20%).* Детям свойственны несформированность социальных мотивов, неадекватность поведения, низкий уровень произвольного контроля. Сверстники и взрослые не вызывают интереса, все контакты ситуативны. Отмечается неадекватность самооценки, несформированность социальных представлений и коммуникативных умений, трудности адаптации в коллективе. Особенности развития эмоционально-волевой сферы определяются выраженностью психоорганических синдромов.

Обобщим вышесказанное:

У детей с ДЦП значительную роль в интериоризации социальных отношений играет рассогласование между внутренними личностными установками и необходимостью их качественного преобразования в связи с изменениями внешней ситуации. Это связано с несформированностью психических процессов, сложностями эмоционального контроля, трудностями выделения, оценки и принятия социального содержания окружающей действительности, т.е. процесса социализации в целом.

2.6.2.2 Особенности освоения идеальных форм культуры и построения замысла деятельности

Интериоризация идеальных форм культуры осуществляется посредством продуктивных действий. В доступной нам литературе специфику развития продуктивных действий детей с ДЦП обнаружить не удалось. Однако она просматривается в исследованиях отдельных психических процессов и различных видов деятельности на разных этапах онтогенеза.

Как отмечает ряд авторов²⁹, *внимание детей с ДЦП* задерживается в своем развитии и имеет качественное своеобразие: нарушается формирование его избирательности, устойчивости, концентрации, распределения. Кривая работоспособности отличается неравномерностью. Отмечаются также трудности в переключении внимания (при всех формах ДЦП в большинстве случаев требуется длительный период и неоднократная стимуляция), застревание на отдельных элементах, что связано с инертностью психической деятельности, а также с отклонениями в функционировании зрительного анализатора (с невозможностью фиксации взора, с недостаточным уровнем развития прослеживающей функции глаз, с ограничением поля зрения, нистагмом и др.).

Особенно значимые трудности возникают при формировании произвольного внимания. Иногда ребенок не в состоянии целенаправленно выполнять даже элементарные действия. При нарушениях произвольного внимания страдает начальная стадия познавательного акта — сосредоточение и произвольный выбор во время приема и обработки информации.

Описанные выше нарушения внимания при ДЦП затрудняют, а иногда делают невозможными процесс целеобразования, влияют на его характер, не позволяют длительно удерживать образец деятельности в сознании, а, следовательно, ведут к специфике построения замысла и развития продуктивных действий.

У детей с ДЦП наблюдаются трудности в становлении сферы образов-представлений. Это связано, прежде всего, с тем, что у них существенно страдает вся совокупная сенсорная база перцептивных образов и свойств. Например, недостаточность активного осязательного восприятия приводит к задержке формирования целостного представления о свойствах, фактуре предмета, что ведет к дефициту знаний и представлений об окружающем мире. Зрительные, слуховые, кинестетические расстройства приводят к тому, что у детей с ДЦП нарушается восприятие, вследствие этого не формируются устойчивые четкие образы-представления, что в свою очередь приводит к специфике наглядно-образного мышления. Таким образом, можно

²⁹ Абрамович-Лехтман, Р.Я. Психологическая помощь детям с церебральными параличами // Лечебная помощь детям с церебральными параличами: Труды НИИ им. Г.И. Турнера. Л., 1962. С. 109-139.

Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. Киев: Высшая школа, 1987. 272 с.

Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/ Л.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 480с.

Симонова, Т.Н. Специальная образовательная среда как фактор социализации детей с тяжелыми двигательными ограничениями / Т.Н. Симонова // Специальная психология. 2009. №1(19). С. 21 – 31.

Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие / И.А. Смирнова. СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. 160 с.

Эйдинова, М. Б. Детские церебральные параличи и пути их преодоления / М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская. М.: Медицина, 1959. 275 с.

предположить, что затруднения в построении образов-представлений замедляют темп развития продуктивных действий у детей с ДЦП.

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%³⁰. В целом у детей с ДЦП отмечается своеобразие общего речевого развития, которое влияет на построение замысла детьми с ДЦП:

1. *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 (Е.М. Мастюкова). 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 ДЦП, ограничивающего практически опыт ребенка и его социальные контакты.

2. *Зависимость от нарушений артикуляции.* Словесное обозначение окружающих предметов у таких детей закрепляется с трудом ввиду слабости ощущения “двигательного образа” слова органами артикуляции. Ребенок не может самостоятельно найти сходное в разном и отличить похожие артикулемы друг от друга.

3. При ДЦП может наблюдаться *недостаточный уровень сформированности лексической стороны речи.* Имеет место ограниченность пассивного и активного словаря, что свидетельствует об узости общих представлений, которые формируются в процессе освоения различных видов деятельности. Так у детей 5-7 лет, по данным Н.В. Симоновой, крайне бедно в словаре представлены группы слов, отражающих определенную тематику: транспорт, животный и растительный мир, мебель и пр. Ограничен запас слов для характеристики предметов, их качеств и действий. Многие дети забывают словесные обозначения предметов и вынуждены заменять их описанием ситуации (например, забыв слово «кормушка», говорили: «Это скворечник, нет, это насыпают зерна, корм для птичек»).

Бедность словарного запаса 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. Все это ограничивает возможности построения замысла в соответствии с внеситуативными социальными требованиями и обобщенными знаниями, делает его чрезмерно зависимым от непосредственного чувственного опыта ребенка.

По данным Л.Б. Халиловой (1977, 1986), у школьников с ДЦП имеются лексические затруднения, свидетельствующие в целом о низком уровне

³⁰ Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/ Л.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 480 с.

языковых способностей. Для большинства учащихся с ДЦП характерны слабая дифференциация лексических значений, незнание языковых правил перефразирования, неточности употребления антонимов и синонимов, нарушение лексической сочетаемости слов. Все это часто приводит к неправильному построению предложений.

4. При ДЦП может наблюдаться *недостаточный уровень сформированности грамматической стороны речи*. 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.

Своеобразие формирования лексико-грамматической стороны речи часто находит отражение на письме. Чаще всего это отмечается в ошибках, связанных с нарушением морфологической структуры слова, неправильным употреблением приставок, суффиксов для образования родственных слов. В письменных работах дети употребляют слова, которые им недостаточно понятны.

5. По данным М.В. Ипполитовой, 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*. Словесные обозначения пространственных отношений носят 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. 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.

6. *Отмечается нарушение формирования связной речи 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.

В тоже время многие клиницисты и психологи отмечают *повышенный вербализм* у детей с ДЦП³¹. Это проявляется в многоречивости, склонности к философствованию, большом словарном запасе, но в слабом понимании значения употребляемых слов.

По мнению Н.В. Симоновой (1985), слабая актуализация словаря, забывание словесных формулировок, неточности употребления отдельных лексико-грамматических групп, частое использование речевых штампов указывают на сходство лексико-грамматического развития детей с ДЦП с

³¹ Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата/ Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. М.: ВЛАДОС, 2004. 367 с.

детьми, имеющими общее недоразвитие речи. Мы полагаем, что все перечисленные особенности приводят к *построению недостаточно четкого, обобщенного и «размытого» речевого замысла и, соответственно, невозможности его последовательного воплощения в собственных высказываниях.*

Известно, что способность к переносу действий и обобщению являются необходимым условием для осмысления человеческого опыта. У детей с ДЦП существенно страдает развитие словесно-логического мышления, которое и начинается с *формирования обобщенного значения слов и развития словесного обобщения*³². 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 зрительное восприятие, 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.

По данным Е. М. Мастюковой (1988), при некоторых клинических формах ДЦП процесс становления 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.

Психологический аспект переноса способов решения задач (действий) детьми с ДЦП описан лишь в единичных исследованиях. М.В. Ипполитова и Е.М. Мастюкова (1982) указывают на отсутствие самостоятельного переноса

³² Детский церебральный паралич / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова. М.: Образование Плюс, 2008. 197 с.

способов действия и решения задач без специального обучения у дошкольников 7 лет. А.А. Твардовская (2008) указывает на трудность формирования понятий, умения переносить и обобщать знания.

Приведенные особенности обобщения в сочетании со спецификой мотивационной сферы, выраженной в снижении самостоятельной активности и установках на подчинение взрослому, *препятствуют развитию внеситуативной и осмысленной творческой активности и самостоятельному порождению общих замыслов деятельности у детей с ДЦП.*

Работы К.А. Семеновой (1972), Е.М. Масюковой (1973), И.И. Мамайчук (1991, 2003) и др. позволяют говорить о повышенной утомляемости, низкой интеллектуальной работоспособности, повышенной инертности и замедленности всех психических процессов, нарушении активного произвольного внимания. Вследствие этого возникает сниженная активность в решении задач, по сравнению с нормой, трудности переключения с одной задачи на другую, патологическое застревание на отдельных фрагментах заданий, «графаретный» заученный способ их выполнения. При этом страдает первая начальная фаза познавательного акта – сосредоточение и произвольный выбор во время приема и переработки информации. Данные особенности создают *склонность к воспроизведению стереотипных и негибких замыслов, в результате чего деятельность приобретает репродуктивный характер.*

У детей с ДЦП задержано или нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. У них позже и менее точно формируется самообслуживание, звукопроизношение. Это объясняется, прежде всего, органическим нарушением, неспособностью произвольно управлять даже простыми мышечными движениями. В связи с этим развитие всех видов деятельности у них проходит своеобразно. Связано это, с одной стороны, с двигательной патологией, поскольку любая деятельность предполагает выполнение активных внешних действий и операций, формирование навыков и умений (в том числе и двигательных), с другой стороны – с недостаточностью более сложных функций, необходимых для познавательной деятельности, в основе которых лежит движение (зрительно-моторная координация, пространственный анализ и синтез и т.д.). Так развитие деятельности ребенка начинается с формирования ориентировочно-исследовательских реакций. Ребенок же с ДЦП часто не может произвольно повернуть голову, перевести взор на тот или иной раздражитель, приблизиться и захватить интересующий его предмет. Все это способствует недоразвитию зрительно-моторных и слухо-моторных условных связей, приводит к недоразвитию ориентировочно-познавательных реакций, пространственного восприятия, и в целом не создает первичной базы для деятельности, а соответственно, и для замысла любой деятельности.

У детей с ДЦП предметная деятельность, предшествующая игровой, формируется со значительным опозданием. Действия с предметами

формируются по мере совершенствования общей моторики. Так, нормально развивающийся ребенок начинает активно манипулировать предметами, когда уже хорошо держит голову, сидит. По мере совершенствования действий с предметами у него развивается активное осязание, появляется возможность узнавания предметов на ощупь. Все это имеет важное значение для развития познавательной деятельности ребенка. У детей с ДЦП предметные действия затруднены вследствие сложной структуры двигательного дефекта. Это приводит к задержке формирования целостного представления о предмете, к недостаточному запасу знаний и представлений об окружающем мире. Для развития предметной деятельности важное значение имеет сформированность зрительно-моторной координации. Дети с ДЦП часто не могут следить глазами за движениями и действиями рук, что препятствует формированию предметной деятельности. Эти и некоторые другие особенности формирования предметной деятельности негативно сказываются на развитии игры.

По данным Г.Н. Малофеевой по уровню сформированности игровой деятельности группа детей с ДЦП не является однородной. У некоторых детей отмечается отсутствие игрового процесса и предметной деятельности. Многие дети со спастическими параличами не умеют играть в сюжетные, ролевые и другие сложные игры. Иногда полностью отсутствует целенаправленная предметная деятельность, хотя в двигательном отношении дети могли бы свободно пользоваться руками и могли бы брать игрушки и манипулировать ими еще в раннем возрасте. Однако, по данным автора, к 8 — 11 годам многие из этих детей не умели играть даже в простейшие игры. Они, в лучшем случае, брали игрушку в руки, стучали ею по столу, по своей руке. Такая «игра» продолжалась по 25 — 30 мин с любым предметом. Свою «игру» дети никогда не сопровождали речью³³.

Динамику развития игровой деятельности у дошкольников с ДЦП изучала Н.В. Симонова (1990). В ее исследовании состояние и динамика развития игровой деятельности (сюжетно-ролевая игра) оценивались по следующим параметрам: наличие мотива, замысла сюжета игры, создание игровой ситуации и принятие на себя роли, овладение приемами реализации игрового действия, планирование, регулирование и соподчинение действий по ходу игры. Результаты исследования показали следующее.

Игровая деятельность дошкольников с ДЦП 4 — 5 лет (1-й год обучения) на момент их поступления в дошкольное учреждение носит процессуальный, подражательный характер, замысел игры отсутствует, набор операций ограничен, отмечается бедность средств выразительности, скудность или отсутствие речевого сопровождения игровых действий. На этом этапе сюжетно-ролевая игра как таковая не возникает, а имеют место одиночные игры и игры «рядом». Целенаправленное обучение игровой

³³ Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/ Л.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 480с.

деятельности с показом игровых действий и ситуаций изменяет характер игры, приводит к формированию устойчивых групп играющих «рядом» либо к подгрупповым играм на основе индивидуальных и эмоционально-личностных предпочтений. Возникает эпизодическое общение между детьми в рамках игры. Дети начинают отображать последовательность сюжетных действий, формируется и обогащается отобразительная игра, процессуальные действия, возникает использование предметов-заместителей. Под влиянием коррекционно-развивающей работы увеличивается продолжительность игры до 10—20 мин.

Игровая деятельность детей с ДЦП 5 — 6 лет (2-й год обучения) характеризуется становлением сюжетно-ролевой игры. Расширяется тематика игр, игра структурно обогащается, увеличивается ее продолжительность, совершенствуются игровые приемы, используются предметы-заместители, игра носит групповой характер (в игре участвуют 4 — 5 человек), возникает принятие на себя роли, ролевое общение в игре. Такие качественно-количественные положительные изменения в игровой деятельности возможны в основном за счет грамотного психолого-педагогического сопровождения детей и проведения коррекционно-развивающей работы с ними.

Игровая деятельность дошкольников с ДЦП 6 — 7 лет (3-й год обучения) характеризуется незначительными изменениями структурно-динамической стороны. Однако на этом этапе появляется формирование самостоятельных творческих коллективов, сворачивается направляющая, планирующая и контролирующая роль взрослого в игре. Если раньше он был инициатором игры, то теперь только содействует игре, наблюдает за процессом, советует и помогает. В игре в большей степени и более полно отражаются взаимоотношения людей, их ролевое взаимодействие. Замысел становится творческим, игра может включать в себя несколько компонентов и состоять из нескольких сюжетов, последовательно переходящих один в другой. Продолжительность игры достигает 35 мин и более.

Таким образом, изучение состояния игры и ее динамики на разных возрастных этапах показывает, что в развитии игровой деятельности детей с ДЦП наблюдаются те же тенденции, что и при нормальном развитии. Но вместе с тем игру ребенка с ДЦП и ребенка без двигательной патологии нельзя отождествлять. У детей с ДЦП обнаруживается больший, чем при нормальном развитии, разброс уровней игры в одном возрастном диапазоне, неравномерная сформированность отдельных структурных компонентов игры внутри одного игрового уровня. Дети с ДЦП обнаруживают большую потребность в помощи взрослого, недостаточность мотивации к игровой деятельности, снижение активности и самостоятельности в игре.

Данные особенности игровой деятельности позволяют предположить, что *дифференциация этапов создания замысла и его реализации будет происходить в более поздний период по сравнению с нормально развивающимися детьми.*

Самостоятельная постановка целей деятельности, учет различных требований к ней, развитие ориентировки в задании задерживается, происходит значительно медленнее, чем в норме, в силу двигательной недостаточности, ограниченного поля зрения, нарушения фиксации взора, речевого нарушения.

Исследований, направленных на выявление совпадения замысла и достижения результатов деятельности в современной психологии детей с ДЦП нами не обнаружено. Однако, вероятнее всего, и в этом компоненте присутствует определенная специфика.

Для того чтобы осуществить замысел деятельности, необходимо совершить ряд сложных движений, которые часто требуют учета множества параметров физического пространства, времени и предметов.

Для развития произвольных движений, навыков и умений нужна согласованная работа мышц. Нарушение схемы движений – явная зависимость нарушений движений в конечностях от положения головы ребенка с ДЦП – элементарно не позволяет осуществить такие сложные движения.

Кроме того, практическая деятельность детей с ДЦП крайне ограничена в силу их основного нарушения, поэтому развитие общих способов действий у них не может происходить спонтанно.

Для детей и подростков с детским церебральным параличом (ДЦП) в качестве одного из средств интеграции в социум может рассматриваться временная перспектива. Данный конструкт выступает в качестве одного из средств развития социальной активности личности и включает формирование жизненного плана, способность к самопроекции себя в будущее, учет прошлого опыта в поведении и деятельности. Наличие у человека социально значимых целей характеризует его как социально активного, полезного члена общества. Постановка подобных целей невозможна без учета прошлого опыта и возможностей настоящего. Если человек недостаточно осознает связь будущих событий с собственным прошлым и настоящим, возникает феномен «временной некомпетентности», который негативно влияет на уровень адаптированности личности, ведет к пассивности, дезорганизации, неэффективности деятельности и поведения (В.И. Ковалев, 1979; К.А. Абульханова-Славская, 1991; И.В. Дубровина, Н.П. Толстых, А.М. Прихожан, 1989, 2000; Е.И. Головаха, А.А. Кроник, 1988, 2002; Т.П. Березина, 1998; О.П. Арестова, 2000; А.К. Болотова, В.А. Штроо, 2002; В.Е. Купченко, 2003; В.П. Петрова, 2002, 2003 и др.)³⁴.

По данным Е.Н. Дмитриевой (2006), временная перспектива детей и подростков с ДЦП характеризуется рядом особенностей: проявление «нереалистичного оптимизма» при общем позитивном отношении к будущему на фоне ярко выраженного негативного отношения к прошлому.

³⁴ Дмитриева, Е.Н. Особенности временной перспективы детей и подростков с детским церебральным параличом : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Е.Н. Дмитриева. Томск, 2006. 21 с.

Картина будущего времени у детей и подростков с ДЦП определяется ситуацией настоящего момента, характеризуется нереалистичностью, иллюзорностью. Таким образом, *постановка дальних и общих целей будет отличаться неадекватностью, отсутствием соотнесенности с наличными возможностями и ситуациями.* Связь между прошлым, настоящим и будущим будет не достаточно осмысленна.

В связи с вышеизложенным становятся понятным насколько существенный отпечаток на построение замысла накладывают двигательные ограничения, а также особенности пространственно-временной ориентировки у данной категории лиц.

Процесс построения замысла связан с процессами построения образов. Предметность перцептивного образа развивается на основе сенсорно-двигательной интеграции, т.е. на основе сочетания чувственного восприятия с предметной действительностью. Первостепенное значение в формировании перцептивных действий имеет развитие зрительно-моторной координации, что у ребенка происходит поэтапно и отражает стадии созревания мозга. У здорового ребенка в возрасте от 6 месяцев до года уже завершается начальный этап развития зрительно-моторной координации, что появляется в формировании «единого» поля зрения и поля действия. Глаз направляет движение руки, ребенок тянется и захватывает привлекающие его внимание предметы, стремится приблизиться к ним. У детей с ДЦП отмечается нарушение самого первого, начального этапа развития зрительно-моторной координации³⁵. По данным Е.М. Мастюковой, даже в возрасте 4 лет дети с ДЦП в 70% случаев имеют недостаточное развитие единого поля зрения и поля действия. Такой ребенок в процессе игровой и манипулятивной деятельности не смотрит на предметы, находящиеся у него в руке. Таким образом, в силу нарушения зрительно-моторной организации, сенсорных расстройств (нарушения зрительного, слухового, тактильного и кинестетического восприятия), нарушения пространственного анализа и синтеза построение образов, вероятно, у таких детей очень специфично, а следовательно, и процесс построения замысла также будет иметь особенности.

Обобщим вышесказанное:

Интериоризация культурных образцов деятельности происходит у детей с ДЦП в условиях серьезных двигательных нарушений, в основе которых лежит большая сложность осуществления произвольных движений. Нарушение схемы движений, зависимость действий конечностей от положения головы является серьезным препятствием для осуществления продуктивных действий.

Отличительной особенностью данной категории детей является конструирование замысла деятельности в условиях вербализации, без

³⁵ Мастюкова, Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами/ Е.М. Мастюкова // Дефектология. 1973. № 6. С. 24–29.

моторной основы деятельности, сразу в наглядно-образном плане, без соответствующего этапа в наглядно-действенном плане.

Мы можем выделить следующие особенности построения замысла деятельности у детей и подростков с ДЦП:

- у детей снижена самостоятельная активность в построении замыслов;
- из-за сниженной самостоятельной активности, ограниченных познавательных способностях отстает в развитии умение учитывать условия и требования к построению замысла деятельности, что делает его зачастую неадекватным ситуации и возможностям ребенка;
- в структуре замысла отсутствуют общие цели, постановка которых необходима для построения внеситуативных форм деятельности (сюжетно-ролевой игры, внеситуативного общения и др.), в результате чего она становится чрезмерно зависимой от различных ситуативных факторов и недостаточно осмысленна;
- вследствие снижения самостоятельной активности в построении замыслов, деятельность приобретает стереотипный и репродуктивный характер;
- дифференциация этапов создания замысла и его реализации происходит в более поздний период по сравнению с нормально развивающимися детьми.

2.6.2.3 Особенности практических и умственных действий

Рассмотрим особенности овладения детьми с ДЦП операциональной стороной психической деятельности.

Особенностью формирования действий у детей с ДЦП, прежде всего, является тот факт, что они возникают на фоне тяжелых **двигательных нарушений** тесно связанных с сенсорными расстройствами. Безусловно, практические и умственные действия у таких детей в силу их структуры дефекта вырабатываются со значительным опозданием по сравнению с нормой. Однако нужно отметить, что существуют большие вариации в сроках развития действий, которые связаны с формой и тяжестью ДЦП, состоянием интеллекта, со временем начала коррекционной работы.

Для развития навыков и умений нужна согласованная работа мышц. Мышцы всегда работают в определенных схемах, регуляцию которых осуществляет ЦНС³⁶. Примером нормального движения может быть присаживание из положения лежа на спине: сгибание головы на грудь происходит одновременно со сгибанием и округлением спины, что позволяет сесть из положения лежа. Если в положении на спине прижать голову к подушке, спина выпрямляется, напрягается и присаживание становится невозможным. Подобное нарушение схемы движения имеется у детей с ДЦП. Таким образом, поражение ЦНС при ДЦП нарушает работу мышечных схем

³⁶ Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата/ Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. М.: ВЛАДОС, 2004. 367 с.

произвольных движений, что и определяет одну из основных трудностей формирования двигательных навыков. Уровень развития практических действий напрямую зависит от степени сформированности двигательных навыков и моторики в целом. К.А. Семёнова выделяет следующие уровни развития моторики у детей с ДЦП:

1. Отсутствие врождённых двигательных рефлексов или их глубокая задержка при наличии или патологической активности тонических рефлексов. Рефлексы позы (поднимание головы) и произвольная моторика не сформированы.

2. Наличие некоторых основных врождённых двигательных рефлексов. Тонические рефлексы ребёнок начинает преодолевать. С поддержкой или без неё ребёнок начинает сидеть и сохранять приданную ему позу сидя.

3. Наблюдаются остаточные тонические рефлексы. Появляется ручная умелость. Ребёнок удерживает приданную ему позу сидя и стоя. Шаговые движения неправильные. В суставах нижних конечностей — тугоподвижность.

4. Ребёнок ходит с поддержкой или самостоятельно при патологической установке нижних конечностей. Наблюдаются контрактуры и деформации. Ручная умелость неполноценна.

5. Ребёнок ходит самостоятельно или с палочкой при умеренно выраженных контрактурах или без них. Может рисовать и писать без патологических установок в руках, но его движения неловки, замедленны.

6. Ребёнок ходит самостоятельно без поддержки. Походка нормальная. Произвольные движения соответствуют возрасту.

Соотнесение с уровнем развития моторики позволяет максимально оценить двигательные возможности ребенка по следующим параметрам:

1. Общая моторика:

- ✓ способность удерживать голову;
- ✓ способность сидеть — с поддержкой или без поддержки;
- ✓ способность стоять — с поддержкой, у опоры, самостоятельно;
- ✓ способность ходить — с поддержкой, с приспособлениями, самостоятельно;
- ✓ способность прыгать;
- ✓ способность бегать.

2. Ручная умелость, использование обеих рук:

- способность удержания предметов — ладонью, пальцами;
- сформированность навыков самообслуживания: еда с помощью ложки, питьё из чашки, умывание, причёсывание, раздевание, одевание, разувание, обувание, застегивание липучек, молний, крючков, кнопок, пуговиц и пр.

3. Способность к выполнению творческих манипуляций:

- ✓ конструирование;
- ✓ рисование;
- ✓ лепка.

В зависимости от формы и степени тяжести ДЦП моторные навыки отличаются разной дифференцированностью, точностью движений.

И.И. Мамайчук и Л.М. Шипицына (2004) отмечают, что у некоторых детей при нерезко нарушенном мышечном тоне отмечаются явления апраксии (неумения выполнять целенаправленные практические действия). Такие дети с большим трудом осваивают навыки самообслуживания: одевания, раздевания и т.д. Многие затрудняются в рисовании, конструировании. Это понятно, поскольку целенаправленные практические действия формируются в процессе двигательного опыта, а у детей с ДЦП наблюдается его сильный дефицит.

Двигательные расстройства у детей с ДЦП отрицательно влияют на весь ход их психического развития, формирования навыков самообслуживания, всех видов деятельности. А.В. Кроткова (2007) выявила следующую устойчивую тенденцию: вне зависимости от формы и степени выраженности двигательной патологии дети не хотят и любыми способами стараются избежать самостоятельности любых действий.

В формировании операционально-технической стороны **речевой деятельности** детей с ДЦП также отмечается ряд особенностей.

1. *Нарушение звукопроизношения* при ДЦП, как правило, связано с общими двигательными расстройствами, обусловлено органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Так, у детей с гиперкинетической формой нормальное произношение нарушено из-за гиперкинезов языка, губ и т.д. В этом случае, меняющийся мышечный тонус 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. Нарушения звукопроизводительной стороны речи могут усиливаться по причине расстройств дыхания и голосообразования.

У 70 – 80% детей с ДЦП отмечается дизартрия. Длительное исследование детей с ДЦП позволило выделить ряд патологических особенностей уже в предречевой период. Е. Ф. Архиповой (2005) было проведено исследование 155 детей церебральным параличом в возрасте от 6 мес. до 2 лет, у 73 из них лепет отсутствовал, у 62 детей спонтанный лепет появился (лишь к 1 году, а у 20 детей — только к 2 годам. У детей была малая активность звуковых проявлений, их лепет был беден звуками (наиболее характерными в лепете были сочетания: ма, па, эа, аэ), фрагментарен, слоговые ряды отсутствовали. Патологическое состояние артикуляционного аппарата детей с ДЦП препятствовало спонтанному развитию артикуляционной моторики, появлению новых звуков, а также артикулированию слогов в период лепета. В большинстве случаев в лепете детей не наблюдалось той последовательности этапов развития лепета, которая характерна для здоровых детей. Рано начатая (уже в предречевой период) коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими ДЦП,

способствует развитию их артикуляционного аппарата и подготовке его к членораздельному произнесению звуков, что предупреждает формирование грубых нарушений звукопроизводительной стороны речи, носящих чрезвычайно выраженный характер при ДЦП.

2. *Нарушение мелодико-интонационной стороны речи* при ДЦП: голос слабый, иссякающий, мало модулированный, интонации невыразительны.

3. *Несовершенство используемых коммуникативных средств.* Речь представлена крайне бедно, чаще в виде указаний и инструкций (короткие фразы вне зависимости от речевых возможностей). Возникающие диалоги отличаются краткостью и входят в систему жестов, выразительных взглядов и других внеречевых средств. Отсутствие достаточных, а иногда самых элементарных коммуникативных навыков провоцирует невозможность самостоятельного решения проблемы или выбор неправильной тактики³⁷.

4. *Своеобразие овладения навыками письменной речи.* Специфические затруднения при письме у детей с ДЦП чаще всего обусловлены недостаточностью взаимосвязи зрительных образов с их звуковыми и артикуляционными аналогами, с несформированностью зрительно-моторной координации³⁸. Ребенок не может плавно проследить движения пишущей руки, это затрудняет слитное написание слов или слогов особенно со стечениями согласных. Появляются пропуски, перестановки слогов и слов, повторения одних и тех же букв, слогов, целых слов.

Особенностью нарушений письма на начальном этапе обучения является его зеркальность³⁹. Чаще наблюдается у детей с правосторонним гемипарезом.

Затруднения при письме часто не соответствуют состоянию устной речи. Е.М. Мастюкова (1985) отмечает большое количество ошибок у детей с ДЦП, связанных с нарушением фонематического слуха, общего снижения слуха и нарушения слухового восприятия, а также нарушения внимания, работоспособности и неумения выполнить мыслительные операции, необходимые для сравнения слова со слуховыми и зрительными образами.

Мыслительная деятельность детей с ДЦП (операциональный компонент) имеет ряд особенностей.

Каждая ступенька в жизни ребёнка предполагает решение различных задач, которые требуют использования мыслительных операций. Самые простые наглядно-действенные задачи предусматривают произвольные целенаправленные действия с предметами. Именно эти действия у детей раннего возраста стимулируют познавательную деятельность, активизируют

³⁷ Кроткова, А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: уч.-метод. Пособие / А.В.Кроткова. М.: ТЦ Сфера, 2007. 144 с.

³⁸ Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. М.: ВЛАДОС, 2004. 367 с.

³⁹ Ипполитова, М.В. Формирование предпосылок учебной деятельности у дошкольников, страдающих церебральным параличом / М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова // Дефектология. 1982. № 2. С. 65–67.

внимание, восприятие, память, мышление, речь, общение и взаимодействие со взрослыми. Двигательные нарушения у ребенка с ДЦП не дают ему возможности полноценно освоить все многообразие наглядно-действенных задач, которые нормально двигающийся ребенок решает все время в повседневной жизни. Поэтому наглядно-действенное мышление формируется с большим опозданием и весьма своеобразно. Познание окружающего мира в активной деятельности нарушается.

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 парадокс, 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.* Крайняя недостаточность внешних форм мыслительной деятельности приводит к специфике интериоризации их во внутренний план сознания⁴⁰. Например, 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 (1977). 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, имеющему большое значение на начальных этапах становления счета.

Все недостатки восприятия определяют недостатки образной памяти, т.к. образы слухового, зрительного, тактильного и т.д. восприятия фиксируются в 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. 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*

⁴⁰ Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 480с.

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 (2004) 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. Вместе с тем, у некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее.

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. Она выявила, что 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 своеобразие в формировании мнемических процессов.

Специфика умственных действий отражается на становлении *эмоциональной сферы* детей с ДЦП: проявляется в виде высокого уровня тревожности. В норме страх возникает, когда ребенок сталкивается с неизвестными предметами и явлениями. Из-за крайне ограниченных представлений об окружающем вследствие двигательных нарушений, невозможности свободно передвигаться в пространстве, исследовать предметы ребенок с ДЦП гораздо чаще, чем в норме, сталкивается с неизвестным окружением, а, следовательно, и страх возникает у такого ребенка гораздо легче.

Обобщим вышесказанное:

- ✓ овладение практически всеми видами действий происходит позже по сравнению с нормально развивающимся ребенком;
- ✓ умственные действия осуществляются без достаточной опоры на практические (внешние) действия.

2.6.2.4 Особенности произвольной регуляции психических функций и поведения

Одним из аспектов овладения деятельностью является формирование умения использовать знаково-символические средства. Слова, знаки, символы, модели и т.д. – все это знаково-символические средства. Для того чтобы понять, как ребенок с ДЦП ими пользуется, необходимо выяснить как вообще у него формируются образы и как они затем «перешифровываются» в знаки.

В восприятии у детей с ДЦП обнаруживается специфика: можно говорить как о количественном отставании от возрастных нормативов, так и о качественном своеобразии в формировании данной психической функции, а значит, все это в свою очередь ведет к недостаткам знакового опосредствования.

Изначально у детей с ДЦП имеет место своеобразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций: 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. (в норме от 1 до 3 месяцев). Оно осложняется рядом патологических особенностей вызываемых косоглазием, нистагмом или влиянием позотонических рефлексов на мышцы глаз. Вследствие этого у детей с ДЦП отмечается *фрагментарность, скачкообразность восприятия, а ограничение поля зрения приводит к сужению объема воспринимаемого материала.*

При нормальном развитии с 5 – 6 мес. особенно интенсивно начинают развиваться такие свойства восприятия, как активность, предметность, целостность, структурность и др. Ребенок погружается в предметный мир, активно осваивает пространство путем осматривания и ощупывания. 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 3 годам. Недостаточность зрительно-осознательной интеграции отражается на всем ходе их психического развития.

Таким образом, на этапе раннего детства нарушения восприятия оказывают существенное влияние на формирование произвольных движений и предметных действий, которые лежат в основе овладения и навыками самообслуживания, формирования предметного и осмысленного восприятия, развития наглядно-действенного мышления и овладения значениями слов.

У детей с ДЦП нарушения зрительного восприятия проявляются в недостаточной сформированности *константности и осмысленности*. Так у них затруднено 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 важную деталь на картинке или в натуре. Это мешает осмыслению сюжетных картин. Возникают затруднения в написании цифр и изображения могут быть зеркальными либо перевернутыми, плохо ориентируется на строке или в клетках тетради. Трудности 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.⁴¹.

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. Как отмечают И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова (2001), у 20—25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме. В таких случаях особенно характерно снижение слуха на высокочастотные тона с сохранностью на низкочастотные. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (к, с, ф, ш, в, т, п), затрудняется в их произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками). В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может быть недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. Дифференцированное восприятие звуковых

⁴¹ Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 480с.

раздражителей чаще всего у детей с ДЦП оказывается недостаточным. Данные особенности приводят к *недоразвитию фонематического слуха*, затрудняют овладение сенсорными эталонами звуков речи.

Слабое ощущение своих движений и затруднения действий с предметами являются причинами недостаточности активного осязательного восприятия у детей с ДЦП, в том числе узнавания предметов на ощупь (стереогноза). В связи с ограниченностью предметно-практической деятельности, слабостью ощупывающих движений рук узнавание предметов на ощупь затруднено. 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 осязательного восприятия приводит к задержке формирования целостного представления о свойствах предметов, фактуре материалов, что ведет к дефициту знаний и представлений об окружающем мире, и как следствие препятствует расширению словарного запаса и развитию знаковой функции.

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 наполнении 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 ДЦП обычно выявляются выраженные пространственные нарушения. У детей с ДЦП многими авторами были обнаружены значительные нарушения пространственного восприятия (Р. Я. Абрамович-Лехтман, А.А. Добронравова, С.В. Коноваленко, К.А. Семенова, О.В. Титова, М.Б. Эйдинова и др.).

Нарушения пространственного восприятия наблюдаются при всех видах ДЦП. 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 ребенка⁴².

Исследования А.А. Добронравовой (1967) показали, что недостаточность объемных представлений приводит к тому, что у парализованного ребенка возникает неправильное представление о форме и

⁴² Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/ Л.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 480с.

сущности окружающих его предметов. У большинства детей с ДЦП грубо нарушен двигательно-кинестетический анализатор при сохранности зрения. Половина обследованных детей без труда узнавали на картинках лошадь или дом, но выбрать аналогичный объект среди игрушек затруднялись, т.е. отмечается проблема в звене перешифровки образа. 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.

У детей с ДЦП страдают 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 (1981), можно утверждать, что формирование пространственно-временных отношений у детей с ДЦП сопряжено с многочисленными трудностями, их причиной является малое активное перемещение 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.*

По данным Н.В. Симоновой, у детей с выраженной спастичностью обнаруживается наиболее значительное нарушение ориентации в пространстве, сопровождающееся чувством страха, возникающим при первом знакомстве с объемными предметами. 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.

Специфика овладения знаково-символическими средствами отражается на развитии *мышления* данной категории детей. Наглядно-образное мышление формируется на основе наглядно-действенного мышления и чувственного опыта (ощущения и восприятия). 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. 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 (2004), 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 неорганизована, мышление сугубо конкретное.

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 мотивов⁴³.

Недостаточность словарного запаса связана с дефицитом предметных действий у ребенка с ДЦП. Изначально в процессе развития значение слова связывается ребенком с предметным действием, через которое ребенок овладевает функцией и назначением (значением) предмета. Слово является, по А.Н. Леонтьеву (1983) свернутым действием с предметом. Соответственно, недостаток предметных действий приводит к недостаточности словарного запаса и использования слова как заместителя действия.

Особенности эмоциональной сферы проявляются в недостаточности интеллектуального контроля над поведением. Высокая эмотивность поведения (начав смеяться или плакать ребенок не может остановиться) обнаруживается в неустойчивости поведения во фрустрирующих ситуациях, в сниженной способности решать возникающие задачи⁴⁴.

Вторым аспектом овладения деятельностью является формирование способности подчинять свою деятельность цели, умение следовать плану, контролировать процесс и оценивать результаты деятельности.

У детей с ДЦП часто повышенная *инертность и замедленность* всех психических процессов, приводит к *трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, перехода от одних действий и целей к другим*, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления. При этом обычно нарушается соотношение конечной цели деятельности с промежуточными целями и результатами⁴⁵.

⁴³ Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/ Л.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 480с.

⁴⁴ Мамайчук, И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции / И.И.Мамайчук. СПб.: СПбГУ, 2000. 168 с.

⁴⁵ Бадалян, Л.О. Детский церебральный паралич/ Л.О. Бадалян, Л. Т. Журба, О.В. Тимонина. Киев: «Здоровье», 1988. 328 с.

Детский церебральный паралич / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова. М.: Образование Плюс, 2008. 197 с.

Коноваленко, С.В. Взаимосвязь конструктивной деятельности у детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом от сторонности и степени выраженности двигательного нарушения / С.В. Коноваленко // Специальная психология. 2009. № 1(19). С. 32 – 42.

Мамайчук, И.И. Психофизиологическая оценка умственной работоспособности у подростков с церебральным параличом / И.И. Мамайчук, Г.В. Пятакова, Н.М. Яковлев// Дефектология. 1991. №2. С.22-29.

Мастюкова, Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами / Е.М. Мастюкова // Дефектология. 1973. № 6. С. 24–29.

Практическая деятельность детей с ДЦП крайне ограничена в силу основного дефекта, поэтому развитие общих способов действий у них не может происходить спонтанно, а требует развития функции самоконтроля. М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова (1982) отмечают, что *функция самоконтроля развита у таких детей недостаточно*. Они затрудняются в сопоставлении собственных действий с образцом, не могут найти несоответствие между заданным и полученными результатами.

Изучением планирования, самоконтроля и оценки в процессе трудовой деятельности у учащихся с ДЦП занималась Г.В. Тугорская (1987). Автор связывает *низкий уровень развития действий планирования, самоконтроля и оценки* учащихся с церебральным параличом со специфическими особенностями их психической деятельности.

Основные недостатки действия планирования она видит в отсутствии как полного перспективного, так и короткого планирования; в нарушении последовательности изложения и действия; в рассогласованности между словом, мыслью и действием; в отсутствии полноценного и всестороннего учета требований заданий.

Экспериментальное исследование показало, что основные недостатки контрольно-оценочных действий этих детей проявляются в большом количестве неисправленных ошибок; в трудностях осуществления как непосредственно контрольно-измерительных действий с помощью зрения и осязания, так и контрольно-измерительных действий с помощью инструментов; в своеобразии специальных учебно-трудовых действий; в преобладании немотивированных, неполных и неадекватных оценок; в отсутствии осознания необходимости осуществления самоконтроля и оценки процесса и результата труда.

Г.В. Тугорская (1987) отмечала, что детям с ДЦП свойственны ошибки в анализе образцов и планировании трудового процесса; нарушение последовательности действий; несоблюдение точности; ошибки, связанные с пространственными затруднениями; ошибки контрольно-измерительных операций. Ученики часто были нацелены на конечный результат, а не на фиксацию последовательности действий, позволяющих добиться результата. Недочеты в работе ими не исправлялись, так как контроль не производился, либо производился частично.

Семенова, К.А. Детские церебральные параличи/ К.А. Семенова. М.: Медицина, 1968. 259 с.

Симонова, Н.В. Динамика игровой деятельности у дошкольников с церебральными параличами / Н.В. Симонова // Дефектология. 1990. №5. С.71-75.

Тугорская, Г.В. Формирование действий планирования, самоконтроля и оценки у учащихся с церебральным параличом в процессе трудового обучения: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 / Г.В. Тугорская ; АПН СССР, НИИ дефектологии. М., 1987. 16 с.

Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. М.: ВЛАДОС, 2004. 367 с.

Анализ результатов экспериментов позволил выделить Г.В.Туторской три группы школьников, отличающихся уровнем овладения самоконтроля.

1. В первой группе наибольшее количество неисправленных ошибок, преимущественно связанных с нарушением последовательности действий. Число исправлений незначительно. Планирование у детей этой группы не верное, либо полностью, либо частично. В процессе работы ученики себя не проверяют, не замечают ошибок. Итоговый контроль по собственной инициативе не проводится. У таких учеников отмечалось своеобразие в осуществлении специфических учебно-трудовых действий: двигательные компоненты действий достаточно сформированы, но имело место неадекватное применение их при решении задачи. Для детей характерен низкий уровень предварительной ориентировки в задании, быстрый переход к исполнительским действиям, глобально нерасчлененный анализ образцов. Основными причинами выявленных затруднений у учащихся данной группы автор считает нарушения произвольности и целенаправленности деятельности. Большую часть этой группы составили дети с гемипаретической и атонически-астатической формами ДЦП.

2. У детей второй группы отмечалось меньшее количество неисправленных ошибок и большее количество исправлений. При предварительном планировании учащиеся обычно пользовались высказываниями, носившими слишком общий характер. Пооперационный контроль выражен у них недостаточно, дети слабо владели способами его осуществления, проверке подвергалась только какая-то часть. Итоговый контроль осуществлялся только по требованию экспериментатора. При осуществлении специфических учебно-трудовых действий на первый план выступали нарушения двигательных и перцептивных компонентов действий. Часто возникали трудности при ориентации в пространстве. Для них характерен недостаточный уровень предварительной ориентировки в задании; они не учитывали тех или иных условий либо привлекали неадекватные знания; односторонне, недостаточно дифференцировано анализировали образец (выделяли наряду с несущественными лишь некоторые существенные признаки). Анализ выявленных трудностей свидетельствует о том, что они обусловлены недостаточностью целого ряда психических функций, в значительной мере связанных именно с поражением сенсорной и двигательной сферы. Сюда относится нарушение совместной согласованности работы руки и глаза, нарушения зрительного контроля, недостаточность пространственного гнозиса. Большинство в этой группе составили дети со спастической диплегией и гемипаретической формой ДЦП.

3. У учащихся третьей группы было констатировано полное отсутствие либо наличие небольшого количества не исправленных ошибок, которые были в основном обусловлены трудностями кинестетического контроля. Предварительное планирование отличалось разной степенью полноты, но не включало ошибочных действий. Ученики владели способами осуществления пооперационного контроля. Итоговый контроль по собственной инициативе

осуществлялся не всегда, но по требованию взрослого полноценно и адекватно дети проверяли качество работы. Учащиеся достаточно овладели специфическими предметными и контрольно-измерительными действиями. Для них характерна наиболее полная ориентировка в ситуации задания, сравнительно полноценный анализ образцов и планомерный учет условий и требований в процессе деятельности. Большую часть составили дети со спастической диплегией и гиперкинетической формой ДЦП.

Г.В. Тугорская, делает заключение о том, что главными причинами несформированности самоконтроля у учащихся с ДЦП являются: несовершенство ориентировки в задании, вследствие чего создается неадекватный образ конечного продукта и действия; недостаточность внутреннего плана действия; несовершенство самого процесса сличения вследствие перцептивных и мыслительных затруднений; непонимание важности осуществления самоконтроля вследствие отсутствия специального обучения, направленного на его формирование.

Обобщим вышесказанное:

- ✓ интериоризация культурных средств деятельности у детей с ДЦП имеет свою специфику по сравнению с нормально развивающимися сверстниками;
- ✓ нарушения в развитии речемыслительной, сенсорной и двигательной сфер у детей с ДЦП отрицательно сказываются на овладении знаково-символическими средствами, а также на формировании действий планирования, контроля и оценки деятельности;
- ✓ нарушения целенаправленности проявляются в инертности, «вязкости» деятельности, трудностях переключения с одной задачи на другую;
- ✓ нарушение контрольных функций выражаются в недостаточной мотивированности к его осуществлению, отсутствии сопоставления конечной цели (образца) с промежуточными и конечными результатами, что препятствует развитию произвольной регуляции деятельности у детей и даже у подростков с ДЦП.

Список источников для самоподготовки

1. Абрамович-Лехтман, Р.Я. Психологическая помощь детям с церебральными параличами // Лечебная помощь детям с церебральными параличами: Труды НИИ им. Г.И. Турнера. Л., 1962. С. 109-139.
2. Архипова, Е.Ф. Актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии / Е.Ф. Архипова // Специальная психология. 2005. №1(3). С. 60-69.
3. Бадалян, Л. О. Руководство по неврологии раннего детского возраста / Л.О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская. Киев: «Здоровье», 1980. 527 с.

4. Бадалян, Л.О. Детский церебральный паралич/ Л.О. Бадалян, Л. Т. Журба, О.В. Тимонина. Киев: «Здоровье», 1988. - 328 с.
5. Варенова, Т.В. Ранняя коррекционная помощь детям с двигательными нарушениями / Т.В. Варенова // Коррекционно-педагогическая работа с детьми до трех лет с особенностями психофизического развития: пособие для педагогов-дефектологов / Е.А. Винникова [и др.] ; под ред. М.В. Былино, Ю.Н. Кисляковой. Минск: Адукацыя і выхаванне, 2009. С. 11–39.
6. Воробьева, О.В. Особенности самооценки у детей с ортопедическими заболеваниями: в сб. Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / О.В. Воробьева. Л., 1987. С. 20-25.
7. Гуменная, Г.С. Особенности первоначальных понятий о числе у детей с церебральными параличами/ Г.С.Гуменная // Дефектология. 1977. №2. С. 40-45.
8. Детский церебральный паралич / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова. М.: Образование Плюс, 2008. 197 с.
9. Ипполитова, М.В. Формирование предпосылок учебной деятельности у дошкольников, страдающих церебральным параличом / М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова // Дефектология. 1982. № 2. С. 65–67.
10. Калижнюк, Э.С. К вопросу о зеркальном письме у детей с церебральными параличами / Э.С. Калижнюк // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1970. №10. С. 292 – 300.
11. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. Киев: Высшая школа, 1987. 272 с.
12. Кириченко, Е.И. Роль биологических и социальных факторов в механизмах патологического формирования личности при детских церебральных параличах / Е.И. Кириченко, Э.С. Калижнюк // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1983. Вып. 9. С. 41-49.
13. Кроткова, А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: уч.-метод. Пособие / А.В.Кроткова. М.: ТЦ Сфера, 2007. 144 с.
14. Коноваленко, С.В. Взаимосвязь конструктивной деятельности у детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом от сторонности и степени выраженности двигательного нарушения / С.В. Коноваленко // Специальная психология. 2009. № 1(19). С. 32 – 42.
15. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений/ В.В. Лебединский. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 144 с.
16. Левченко, И.Ю. Психологические особенности подростков и старших школьников с детским церебральным параличом / И.Ю. Левченко. М.: РИЦ «Альфа» МГОПУ, 2001. 198 с.
17. Мамайчук, И.И. Исследование личностных особенностей детей с церебральными параличами / И.И.Мамайчук, Г.В.Пятакова // Дефектология. 1990. № 3. С. 16-22.

18. Мамайчук, И.И. Психофизиологическая оценка умственной работоспособности у подростков с церебральным параличом / И.И. Мамайчук, Г.В. Пятакова, Н.М. Яковлев // Дефектология. 1991. №2. С.22-29.
19. Мамайчук, И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции/ И.И.Мамайчук. СПб.: СПбГУ, 2000. 168 с.
20. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. СПб.: Речь, 2003. 400 с.
21. Мастюкова, Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами / Е.М. Мастюкова // Дефектология. 1973. № 6. С. 24–29.
22. Мастюкова, Е. М., Нарушение речи у детей с церебральным параличом: кн. для логопеда / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. М.: Просвещение, 1985. 170 с.
23. Мастюкова, Е.М. Двигательные нарушения и их оценка в структуре аномального развития / Е.М. Мастюкова // Дефектология. 1987. № 3. С. 3–9.
24. Мастюкова, Е.М. Исследование структуры интеллектуальных нарушений у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, Л.И.Переслени, М.С.Певзнер // Дефектология. 1988. № 4. С. 12–17.
25. Махмудова, Н.М. Детский церебральный паралич / Н.М. Махмудова, У.К. Курбанов, О.А. Стерник. Ташкент: Медицина, 1978. 230 с.
26. Николаенко, В.И. Психологический анализ личностных особенностей школьников с тяжелыми двигательными нарушениями / В.И. Николаенко // Специальная психология. 2004. №2 (2). С. 28-31.
27. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 480с.
28. Семенова, К.А. Детские церебральные параличи / К.А. Семенова. М.: Медицина, 1968. 259 с.
29. Семенова, К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин. М.: Медицина, 1972. 328 с.
30. Семенова, К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией ДЦП / К.А. Семенова. М: «Антидор», 1999. 384 с.
31. Симонова, Н.В. Формирование пространственно-временных представлений у детей с церебральными параличами / Н.В. Симонова // Дефектология. 1981. №4. С. 82-85.
32. Симонова, Н.В. Характеристика словарного запаса у дошкольников с церебральными параличами / Н.В. Симонова // Дефектология. 1985. №3. С.67 – 70.
33. Симонова, Н.В. Динамика игровой деятельности у дошкольников с церебральными параличами / Н.В. Симонова // Дефектология. 1990. №5. С.71 – 75.
34. Симонова, Т.Н. Специальная образовательная среда как фактор социализации детей с тяжелыми двигательными ограничениями / Т.Н. Симонова // Специальная психология. 2009. №1(19). С. 21 – 31.

35. Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие / И.А. Смирнова. СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. 160 с.
36. Твардовская, А.А. Психолого-педагогическое изучение особенностей мышления детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом / А.А. Твардовская // Коррекционная педагогика: теория и практика. 2008. № 4(28). С. 34–43.
37. Титова, О.В. К проблеме формирования пространственных представлений у детей с церебральным параличом // О.В. Титова / Коррекционная педагогика: теория и практика. 2005. № 2(8). С. 47–52.
38. Тугорская, Г.В. Некоторые аспекты саморегуляции у учащихся с церебральным параличом / Г.В. Тугорская // Дефектология. №1. 1987. С.27-34.
39. Халилова, Л.Б. Особенности фонематического восприятия и звукового анализа у младших школьников, страдающих церебральными параличами / Л.Б. Халилова // Дефектология. 1977. № 3. С. 63-68.
40. Халилова, Л.Б. Некоторые аспекты изучения лексической системы языка учащихся с церебральным параличом / Л.Б.Халилова // Дефектология. 1986. № 3. С. 20-24.
41. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. М.: ВЛАДОС, 2004. 367 с.
42. Эйдинова, М. Б. Детские церебральные параличи и пути их преодоления/ М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская. М.: Медицина, 1959. 275 с.
43. Эйдинова, М.Б. Особенности развития детей с церебральными параличами и коррекционно-восстановительная работа / М.Б. Эйдинова // Дефектология. 1969. №3. С. 18-22.