

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

И.Ю.ЛЕВЧЕНКО, О.Г.ПРИХОДЬКО

**ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ
И ВОСПИТАНИЯ
ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА**

Допущено
Министерством образования Российской Федерации
в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся
по специальности 0319- Специальная педагогика в специальных
(коррекционных) образовательных учреждениях

Москва 2001

Федеральная целевая программа книгоиздания России

Издательская программа
«Специальная педагогика и специальная психология»
для педагогических вузов и колледжей
Руководитель программы доктор педагогических наук
профессор Н. М. Назарова

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор К. А. Семенова,
кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник М.В.Ипполитова

Левченко И.Ю., Приходько О. Г.,

Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата:
Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. — М.: Издательский центр
«Академия», 2001. — 192 с. ISBN 5-7695-0564-8

В пособии представлены клинико-психолого-педагогические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата методы обследования их развития, система лечебно-восстановительной работы в специальных (коррекционных) дошкольных и школьных учреждениях. Особое внимание уделено технологиям специального образования детей с церебральным параличом. В приложении приведена карта диагностического обследования детей разных возрастов и конспекты коррекционных занятий.

Книга может быть также полезна студентам педвузов и практическим работникам.

Левченко И.Ю., Приходько О.С., 2001
Издательский центр «Академия», 2001

ПРЕДИСЛОВИЕ

Целью данного учебного пособия является ознакомление студентов с особенностями психофизического развития детей, имеющих двигательные нарушения, а также с системой лечебно-педагогической помощи им.

В настоящее время все более актуальной становится проблема профилактики, медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Основной задачей их обучения и воспитания является социальная адаптация и интеграция в общество, включение в общественно полезную деятельность.

Нарушения функции опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5—7 % детей и могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с такой патологией отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности. В зависимости от причины и времени действия вредных факторов отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.

I. Заболевания нервной системы:

детский церебральный паралич,
полиомиелит.

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:

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

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:

травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей,

полиартрит,
заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит),
системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит). При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства больше Детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата страдают церебральным параличом (89 %). Двигательные расстройства у них сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что связано с органическим поражением нервной системы. Очень часто отмечаются речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Потому эти больные помимо лечебной и социальной помощи нуждаются также в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Остальные, как правило, не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.

Чаще всего при выявлении заболевания или повреждения опорно-двигательного аппарата у ребенка в младенческом или раннем возрасте усилия родителей направлены преимущественно на развитие и коррекцию нарушенных двигательных функций, т. е. на восстановительное лечение. Это происходит потому, что одни родители, хотя и замечают некоторые особенности психического и речевого развития ребенка, не торопятся обращаться к специальным педагогам, логопедам, психологам. Другие считают, что психическое и речевое развитие выровняется после того, как малыш будет вылечен или добьется больших успехов в двигательном развитии. Третьи полагают, что болезнь всегда накладывает отпечаток на

психику, поведение ребенка, и это невозможно изменить. Любое из этих мнений свидетельствует, что многие взрослые не знают о существовании системы специального (коррекционного) обучения и воспитания детей с патологией опорно-двигательного аппарата.

Между тем основные направления и пути психолого-педагогической и логопедической коррекции детей с такой патологией уже несколько десятилетий разрабатываются и успешно применяются на практике в различных учреждениях. Отечественные ученые Л.А.Данилова, М. В. Ипполитова, Е.М.Мастюкова, Е.Ф.Архипова и другие обосновали необходимость специального обучения и воспитания детей с церебральным параличом, начиная с первых месяцев жизни. Они раскрыли задачи, содержание и методы коррекционной работы в младенческом, раннем и дошкольном возрасте и доказали ее высокую эффективность при условии раннего начала и адекватности коррекционного воздействия.

В настоящее время расширяется сеть специальных учреждений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. К ним относятся специальные ясли-сады, санатории, школы-интернаты, реабилитационные центры и др.

В связи с тем, что среди нарушений опорно-двигательного аппарата основное место занимает детский церебральный паралич, в настоящем пособии особое внимание уделяется именно этой патологии. Однако следует иметь в виду, что большинство приемов развития манипулятивной функции, обучения навыкам самообслуживания, формирования графических навыков, разработанных для детей с церебральным параличом, с успехом используются и в борьбе с другими видами патологии двигательной сферы.

В книге нашел отражение многолетний опыт совместной работы авторов во Всероссийском научно-методическом центре восстановительного лечения детских церебральных параличей (руководитель — профессор К. А. Семенова) и в детской психоневрологической больнице № 18 г. Москвы (главный врач — профессор Е.Г.Сологубов).

При написании главы «Организация и содержание обучения детей и подростков с церебральным параличом» использованы материалы и консультации М.В.Ипполитовой, стоявшей у истоков организации системы школьного образования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и разработавшей основные нормативные документы в этой области. Авторы выражают глубокую благодарность кандидату педагогических наук Г.В.Кузнецовой и кандидату психологических наук В. В. Ткачевой, предоставившим материалы из своего опыта работы с детьми, страдающими двигательной патологией.

ГЛАВА 1. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

1.1. Клиническая характеристика детей с церебральным параличом. Причины ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом (от 5 до 9 в разных регионах страны). Только по Москве насчитывается около 4 тысяч таких детей.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга — большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений.

Ведущими в клинической картине детского церебрального паралича являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом — минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут отсутствовать или быть минимальными и, наоборот, при легких

двигательных нарушениях могут наблюдаться грубые психические и речевые расстройства.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробный (пренатальный) период, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в ранний постнатальный период). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придают сочетанию Поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов.

В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов способны оказать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Это может произойти в любой момент беременности, но особенно опасно их действие в период до четырех месяцев внутриутробного развития, т.е. в период, когда интенсивно

закладываются все органы и системы. К вредным факторам, неблагоприятно действующим на плод внутриутробно, относятся:

инфекционные заболевания, перенесенные будущей матерью во время беременности (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз);

сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери;

токсикозы беременности;

физические травмы, ушибы плода;

несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови. Гемолитическая болезнь новорожденных может возникнуть в тех случаях, когда мать резус-отрицательна, отец — резус-положителен, а плод унаследовал резус-принадлежность от отца. В основе гемолитической болезни лежит разрушение (гемолиз) эритроцитов плода под влиянием резус-антител матери. Заболевание плода уживается в среднем у одной из 25—30 резус-отрицательных женщин. С каждой последующей беременностью вероятность резус-конфликта повышается;

физические факторы (перегревание или переохлаждение; действие вибрации; облучение, в том числе и ультрафиолетовое в больших дозах);

некоторые лекарственные препараты;

экологическое неблагополучие (загрязненные отходами производства вода и воздух; содержание в продуктах питания большого количества нитратов, ядохимикатов, радионуклидов, различных синтетических добавок).

Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию плода (внутриутробной гипоксии). Развитие плода, особенно его нервной системы, в условиях хронической гипоксии нарушается; может иметь место недоношенность, врожденная гипотрофия, функциональная незрелость, пониженная сопротивляемость к действию внешних факторов. У плодов, перенесших внутриутробную гипоксию, недостаточность защитных и адаптационных механизмов определяет большую возможность для возникновения родовой травмы, которая в свою очередь усугубляет

изменения, возникшие внутриутробно. Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения детского церебрального паралича. Родовая травма, с одной стороны,]воздействует на мозг, как и всякая механическая травма, с другой — она вызывает нарушение мозгового кровообращения и в тяжелых случаях — кровоизлияние в мозг. Причинами родовой травмы могут быть узкий таз матери, особенно при беременности крупным плодом, преждевременное отхождение вод, слабость родовой деятельности, неправильное предлежание плода.

Действие родовой травмы обычно сочетается с асфиксией (патологическим состоянием организма, характеризующимся недостатком кислорода в крови и избыточным накоплением углекислоты, нарушением дыхания, сердечной деятельности). У детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности), имеется высокая степень риска для возникновения ДЦП. Недоношенный плод имеет повышенную склонность к асфиксии и родовой травме.

В настоящее время асфиксия и родовая травма часто рассматриваются как следствие действия уже имеющейся внутриутробной патологии. Реже причиной возникновения ДЦП может быть механическая родовая травма (применение щипцов, вакуум-экстрактора).

Детский церебральный паралич может возникать и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых ушибов головы, как осложнение после прививок на первом году жизни.

Итак, ДЦП — это полиэтиологическое заболевание мозга, которое возникает под влиянием действия различных вредных воздействий внутреннего и внешнего характера на организм эмбриона, плода или новорожденного. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов.

1.2. Особенности двигательного развития детей с церебральным параличом

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП широко варьируются. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Важнейшими из них являются следующие.

Нарушения мышечного тонуса.

Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регуляция мышечного тонуса обеспечивается согласованно!! работой различных звеньев нервной системы. При ДЦП отмечаются различные нарушения мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии).

Часто у детей с церебральным параличом наблюдается повышение мышечного тонуса — **спастичность**. Мышцы в этом случае напряжены, что связано с поражением пирамидной системы. Для ДЦП является характерным нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом нога приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуть в кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема

пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей. Нарушение мышечного тонуса по типу спастичности наиболее часто наблюдается при спастической диплегии и гемипаретической форме ДЦП (формы ДЦП будут рассмотрены ниже).

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

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

При нарушении регуляции мышечного тонуса со стороны подкорковых структур возникает **дистония** — меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством; В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает. В результате этого движение может оказаться невозможным. Дистония наблюдается при гиперкинетической форме церебрального паралича.

При смешанных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом. Например, у больного со спастической диплегией со временем могут появиться насильственные движения — гиперкинезы — в руках и артикуляционном аппарате. Это

свидетельствует о сложном механизме нарушений мышечного тонуса, которые зависят от многих факторов.

Большое значение в нарушении мышечного тонуса у детей с церебральным параличом имеет неравномерность созревания различных мозговых структур. Нарушения мышечного тонуса могут широко варьировать от грубых до практически приближающихся к норме.

Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи).

В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей головного мозга, называется центральным параличом, а ограничение объема движений – центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ногу. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы.

Для центрального паралича характерно повышение мышечного тонуса, поэтому даже при гипотонии или дистонии у детей с церебральным параличом отмечается повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук.

Наличие насильственных движений.

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

Гиперкинезы — непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз незаконченных двигательных актов. Они могут наблюдаться в покое и

усиливаться при попытках произвести движения, во время волнения.

Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей. Гиперкинезы характерны для гиперкинетической формы ДЦП и гиперкинетического синдрома, который может осложнять все формы заболевания. Тип гиперкинеза зависит от локализации поражения в экстрапирамидной системе. Клинически отмечаются гиперкинезы хореического (хореоформного), атетоидного и смешанного хореоатетоидного характера.

Хореический (хореоформный) гиперкинез характеризуется произвольными быстрыми, размашистыми, неритмичными движениями, возникающими в разных частях тела. Хореоформные гиперкинезы преимущественно выражены в мышцах шеи, головы, артикуляционной мускулатуре и в верхних отделах плечевого пояса; больше всего проявляются в проксимальных отделах конечностей (расположенных ближе к средней линии тела) и в лицевой мускулатуре. Локализация и распространенность этих гиперкинезов различны — от вовлечения одной лишь мускулатуры лица до нарушения деятельности мышц всех конечностей туловища и шеи, Хореоформные движения обычно проявляются на фоне низкого мышечного тонуса. Для них характерно быстрое переключение с одного движения на другое на каком-либо незаконченном уровне. Произвольное выполнение движения затрудняется «вставочными» произвольными движениями. Например, для того чтобы вытянуть руку вперед больной должен преодолеть ряд произвольных движений, таких, как отведение плеча, сгибание предплечья и пр. Выраженность хореоформного гиперкинеза значительно затрудняет выполнение различных манипуляций с предметами и особенно препятствует овладению речью и навыками письма.

Атетоидный гиперкинез характеризуется медленными, вычурными, червеобразными движениями с переразгибанием пальцев. Эти гиперкинезу

захватывают преимущественно дистальные отделы конечностей (расположенные дальше от средней линии тела), чаще пальцы рук, иногда проявляются и в пальцах ног, реже — в мышцах языка. Для атетоидного гиперкинеза характерны тонические спазмы мышц с вычурным положением пальцев и кисти. Вычурные движения и позы при атетозе имеют тенденцию к повторению через различные промежутки времени. Выраженность этого гиперкинеза может способствовать образованию более или менее постоянных контрактур, придающих дистальным отделам конечностей вычурное положение.

Сочетание атетоидных движений с хореоформными называется хореоатетозом. Наиболее тяжелой формой является двойной атетоз, при котором отмечается выраженный атетоидный гиперкинез мышц лица и конечностей с двух сторон. При двойном атетозе наблюдаются наиболее выраженные нарушения манипулятивной деятельности и речи.

Тремор — дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Тремор проявляется при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальце-носовая проба по выявлению тремора). Тремор характерен для поражения мозжечковой системы. Наблюдается при атонически-астатической форме ДЦП и при других формах, осложненных атактическим (мозжечковым) синдромом.

Нарушения равновесия и координации движений.

Несформированность реакций равновесия и координации — атаксия проявляется как в статике, так и в локомоции. Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия проявляются при открытых и закрытых глазах. Нарушения локомоции проявляются в виде неустойчивости походки: дети ходят пошатываясь, отклоняясь в сторону, для компенсации дефекта на широко расставленных ногах. Нарушения координации проявляются в неточности,

несоразмерности движений (прежде всего рук). Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор (мелкое дрожание пальцев рук). Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме. Такие дети затрудняются бросить мяч в цель, поймать его. Недостаточность реакций равновесия и координации характерна для атбнически-астатической формы ДЦП, когда поражена мозжечковая система.

Нарушение ощущений движений.

Овладение двигательными функциями тесно связано с ощущением движений (кинестезии). Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток (проприоцеп-торов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Эти ощущения называют мышечно-суставным чувством. Н.А.Бернштейном (1947) доказана важность проприоцеп-тивной регуляции в управлении движением. Специальными исследованиями показано, что при всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения (К. А. Семенова, Н. М. Махмудова, 1979). Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условнорефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений и их стереотипизации, задерживает формирование тонких

координированных движений. Нарушения ощущений движений особенно выражены при гиперкинетической и атонически-астатической формах ДЦП.

Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных (стато-кинетических) рефлексов.

Стато-кинетические рефлексы (установочный лабиринтный рефлекс с головы на шею, рефлекс Ландау, установочный цепной шейный асимметричный рефлекс и др.) обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

Синкинезии.

Синкинезии — это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных произвольных движений. При ДЦП синкинезии возникают вследствие чрезмерной иррадиации возбуждения, что исключает возможность необходимого контроля со стороны центральной нервной системы. Выделяют имитационные и координаторные синкинезии. Имитационные синкинезии чаще всего проявляются при гемипарезах, когда ребенок выполняет движения здоровой рукой вместо попытки действовать пораженной; или при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки. Координационные синкинезии возникают тогда, когда больной не может выполнять отдельное движение изолированно, а только как часть более сложного двигательного акта. Например, он не может разогнуть согнутые пальцы рук, но при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются.

У детей с церебральным параличом отмечаются также оральные синкинезии, которые проявляются в том, что при попытках к активным движениям или при их выполнении происходит непроизвольное открывание рта.

Наличие патологических тонических рефлексов.

Двигательные нарушения при церебральном параличе обусловлены тем, что поражение незрелого мозга изменяет последовательность этапов его созревания. При нормальном развитии тонические рефлексы проявляются не резко в первые месяцы жизни ребенка. Постепенно они угасают, что создает благоприятную основу для появления более высокой ступени в безусловнорефлекторной деятельности ребенка, так называемых установочных рефлексов. При нормальном ходе развития к 3 мес. жизни позотонические рефлексы уже не проявляются. Выявление их элементов на 5-м мес. жизни и в последующем представляет собой симптомы риска возможности возникновения ДЦП.

При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы. Их центрами являются нижележащие спинальные и стволовые отделы головного мозга. Высшие интегративные двигательные центры при ДЦП не оказывают тормозящего влияния на нижележащие отделы мозга. Выраженность активного функционирования нижележащих мозговых структур проявляется в патологическом усилении позотонических рефлексов, задерживает созревание высших интегративных центров коры, регулирующих произвольные движения, речь и другие корковые функции. Тонические рефлексы активизируются и сосуществуют с патологическим мышечным тонусом и другими двигательными нарушениями. Их выраженность препятствует последовательному развитию реакций выпрямления и равновесия, которые являются основой для развития произвольных двигательных навыков и умений. Патологически усиленные позотонические рефлексы не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, контрактур и деформаций у детей с церебральным параличом.

Среди позотонических рефлексов в оценке структуры дефекта у детей с церебральным параличом важнейшее значение имеют следующие.

Лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР) зависит от положения головы в пространстве и проявляется в двух положениях: на спине и на животе. ЛТР у детей с церебральным параличом проявляется в повышении тонуса мышц-разгибателей, когда ребенок лежит на спине, и мышц-сгибателей, когда он лежит на животе.

В положении на спине ребенок запрокидывает голову назад, ноги разогнуты, напряжены, приведены и ротированы (повернуты) внутрь, стопы в подошвенном сгибании. Руки обычно разогнуты и пронированы (повернуты ладонью вниз), пальцы сжаты в кулаки. Ребенок не может приподнять и согнуть голову или делает это с большим трудом, т.е. у него отсутствуют важнейшие предпосылки для сидения, он не может схватить предмет, поднести его к лицу, рассмотреть.

В положении на животе при выраженности ЛТР у ребенка преобладает поза сгибания: согнуты голова и спина; руки находятся под грудной клеткой в согнутом положении, кисти сжаты в кулаки; ноги также согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра и голени приведены к животу. За счет выраженности данного рефлекса ребенок и в положении на животе не может поднять голову, освободить руки и опереться на них, не может выпрямить ноги и спину, встать на колени, а затем принять вертикальное положение.

Симметричный шейный тонический рефлекс (СШТР) у детей с церебральным параличом проявляется во влиянии движений головы в шейном отделе позвоночника на мышечный тонус конечностей. При сгибании головы (наклон вперед—вниз) повышается тонус мышц-сгибателей верхних и разгибателей нижних конечностей; ребенок наклоняется вперед. При разгибании головы (назад) повышается тонус разгибателей верхних и сгибателей нижних конечностей, ребенок запрокидывается назад. Схема реализации СШТР сохраняется при любом положении тела (лежа на спине, животе, на боку, в положении сидя, стоя). Ребенок не может попеременно сгибать и разгибать ноги, не может изолированно двигать головой, не

вызывая патологические синергические (содружественные) движения в конечностях. При усилении СШТР в зону его влияния вовлекаются и мышцы туловища: при сгибании головы возникает сгибание туловища, а при разгибании головы. — его разгибание.

Асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР). Этот рефлекс имеет особое значение в структуре нарушений у детей с церебральным параличом, так как он отличается значительной стойкостью и препятствует развитию не только произвольной двигательной активности, но и познавательной деятельности. Этот рефлекс проявляется во влиянии поворота (ротации) головы в сторону на мышечный тонус конечностей. Поворот головы в сторону усиливает тонус разгибателей конечностей на стороне, куда повернуто лицо, и тонус сгибателей с другой стороны, куда повернут затылок. Так если голова ребенка поворачивается вправо, его правые конечности разгибаются, а левые сгибаются. Ребенок принимает «позу фехтовальщика». Рефлекс больше проявляется в руках. При выраженности АШТР голова и глаза ребенка могут быть фиксированы в одну сторону, что приводит к ограничению его поля зрения и вызывает специфические трудности во время чтения и письма.

У детей с церебральным параличом может наблюдаться сочетание указанных рефлексов, что значительно утяжеляет структуру дефекта. Выраженность тонических рефлексов обычно отражает тяжесть заболевания. При ДЦП проявления этих рефлексов в первые годы жизни могут усиливаться из месяца в месяц и в последующие годы оставаться стойкими. У больных детским церебральным параличом развитие моторики чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексy оказывают решающее влияние. Больному может быть 2, 5, 10 и более лет, а его двигательное развитие находится на уровне 2—5-месячного здорового ребенка.

Вопрос о влиянии позотонических рефлексов на структуру двигательных и речевых нарушений у детей с церебральным параличом рассмотрен в

специальной медицинской литературе (Л. О. Бадалян, Л.Т. Журба, Н.М.Всеволожская, 1980; К.А.Семенова, 1 Н.М.Махмудова, 1979; Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова, 1981; К.Вобат, 1966). Выраженность тонических рефлексов зависит от тяжести поражения мозга. В тяжелых случаях они резко выражены и их легко обнаружить. При более легких поражениях дети научаются их преодолевать.

Выраженность тонических рефлексов и повышенного мышечного тонуса создает патологическую проприоцептивную афферентацию. В мозг ребенка поступают афферентные импульсы от патологических поз и движений. Это задерживает и нарушает развитие всех произвольных движений и речи. Тонические рефлексы оказывают влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Лабиринтный тонический рефлекс повышает тонус мышц корня языка, в результате затрудняется формирование голосовых реакций. При выраженности асимметричного тонического рефлекса мышечный тонус в артикуляционной мускулатуре повышается асимметрично: он больше повышается на стороне, противоположной повороту головы ребенка. В этом случае затрудняется звукопроизношение. Симметричный шейный тонический рефлекс повышает мышечный тонус спинки и кончика языка; при этом кончик языка не выражен. Этот рефлекс затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, продвижение языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционного аппарата затрудняют формирование голосовой активности и звукопроизносительной стороны речи. Голос у таких детей тихий, слабый, мало-модулированный, назализованный (с носовым оттенком).

Все описанные выше нарушения не только затрудняют формирование статических и локомоторных функций у детей с церебральным параличом, но и существенно влияют на развитие познавательной деятельности и речи.

1.3. Формы детского церебрального паралича

В настоящее время в нашей стране принята классификация детского церебрального паралича К. А. Семеновой (1974—1978), которая очень

удобна в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов. В соответствии с современными представлениями о патогенезе заболевания эта классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания — двигательные, речевые и психические, а также позволяет прогнозировать течение заболевания. Согласно этой классификации выделяют пять форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия. Спастическая диплегия — наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Ею страдают более 50% больных церебральным параличом. В литературе ее иногда называют «болезнь Литтля», по имени врача, впервые описавшего ее в середине XIX в. При спастической диплегии поражены и руки, и ноги, причем нижние конечности затронуты в большей степени, чем верхние. Степень поражения рук различна — от выраженных парезов до минимальных нарушений в виде легкой моторной неловкости и нарушений тонких дифференцированных движений пальцев рук. Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях, ограничение силы и объема движений в сочетании с нередуцированными тоническими рефлексамии. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. При развитии контрактур конечности могут «застывать» в неправильной позе, тогда передвижение и манипуляции становятся невозможными.

Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьирует в широких пределах. У 70—80% детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития, реже — моторной алалии (К.А. Семенова, 1979, 1991; Е.М.Мастюкова, 1988). При раннем начале коррекционно-логопедической

работы речевые расстройства наблюдаются реже, и степень их выраженности значительно меньшая.

Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности. Такие дети могут учиться в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе массовой школы или по индивидуальной программе). Часть детей имеют умственную отсталость разной степени тяжести. Эти дети обучаются по программе школы для умственно отсталых детей (школы VIII вида).

Спаستическая диплегия — прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций.

Тонические рефлексы исчезают у детей к 2—3 годам, иногда позже. Установочные рефлексы развиваются поздно, после 1,5—2 лет, с теми или иными ограничениями. Лишь 20—25% детей самостоятельно передвигаются (без поддержки и подручных средств). Около 40—50% способны передвигаться, используя костыли или канадские палочки, на коляске (Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина, 1988). Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции рук.

Двойная гемиплегия. Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Основные клинические проявления двойной гемиплегии — преобладание ригидности мышц, усиливающейся под

влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Установочные выпрямительные рефлексy совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.

У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует либо больной произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость. Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Часто имеют место судороги (45 —60%).

Прогноз двигательного, психического и речевого развития неблагоприятный. Самостоятельное передвижение невозможно. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации. В большинстве случаев дети с двойной гемиплегией необучаемы. Тяжелый двигательный дефект рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность. Диагноз «двойная гемиплегия» является основанием направления ребенка в учреждения Министерства социальной защиты в связи с невозможностью социальной адаптации.

Гемипаретическая форма. Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипа-рез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний. По-видимому, левое полушарие при воздействии вредных факторов страдает в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны (К.А.Семенова, Л.О.Бадалян). В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться

различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушение функции счета. Каждое из этих расстройств может быть лишь частичным и проявляться только в трудностях освоения чтения, письма, счета. Поражение височных отделов левого полушария может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария отмечается патология эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности.

В тяжелых случаях одностороннее ограничение спонтанных движений заметно уже в первые месяцы жизни; при легких формах симптоматика становится отчетливой к концу 1-го года, когда ребенок начинает активно манипулировать руками. Дети с гемипарезами овладевают возрастными двигательными навыками позже, чем здоровые. Уже в период новорожденное™ (от 6 до 10 мес.) паретичная рука в большей степени, чем здоровая, приведена к туловищу, кисть сжата в кулак, ограничен объем спонтанных движений. При формировании функции хватания ребенок не может больной рукой схватить игрушку, соединить кисти перед грудью, поднести пораженную руку ко рту. Дети начинают ходить с опозданием на 1 — 2 года. Начиная ходить, ребенок обычно подает матери здоровую руку. Этим усиливается тенденция выносить здоровую сторону вперед, а паретичную оставлять несколько сзади («ходьба сенокосца»). Со временем формируется стойкая патологическая установка конечностей и туловища: приведение плеча, сгибание и пронация предплечья, сгибание и отклонение кисти, приведение большого пальца руки, сколиоз позвоночника. Из-за трофических расстройств у детей отмечается замедление роста костей, а отсюда — укорочение пораженных конечностей. Рука обычно в большей степени отстает в росте, чем нога.

Патология речи отмечается у 30—40 % детей, чаще по типу спастико-паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений варьируется от легкой задержки психического развития до

грубого интеллектуального дефекта. Причем снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений.

Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при своевременно начатом и адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Однако даже при выраженном ограничении функции руки, III сохранном интеллекте дети обучаются пользоваться ею. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.

Гиперкинетическая форма ДЦП. Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору), а также кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы. Двигательные расстройства проявляются в виде произвольных насильственных движений — гиперкинезов. Первые проявления гиперкинезов начинают выявляться с 4—6 мес. в мышцах языка, и только к 10—18 мес. появляются в других частях тела, достигая максимального развития к 2—3 годам жизни. В период новорожденное™ отмечается сниженный мышечный тонус, позже гипотония постепенно сменяется дистонией. Гиперкинезы возникают произвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2—4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно освоить стояние и ходьбу. Чаще

всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4—7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. У части детей (20—25%) имеют место нарушения слуха, особенно часто страдает высокочастотный слух; у 10—15% отмечаются судороги.

Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей (К. А. Семенова, 1991).

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. Большинство детей обучается самостоятельно ходить, однако произвольные движения, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по массовой, реже по вспомогательной программе. Затем, постепенно осваивая вертикальную установку тела и передвижение с поддержкой или без нее, 35—45% детей переходят в школы-интернаты для больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата или в массовые школы. Некоторые из них учатся в школе для умственно отсталых детей, что бывает обусловлено тяжелой речевой патологией и наличием гиперкинезов рук, не позволяющим освоить письмо. По окончании школы больные с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в

средние, а иногда и высшие учебные заведения, как правило, успешно заканчивают их и адаптируются к доступной трудовой деятельности.

Атонически-астатическая форма ДЦП. При данной форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).

На 1-м году жизни выявляются гипотония и задержка темпов психомоторного развития (затруднены или практически не развиваются контроль над положением головы, функции сидения, стояния и ходьбы). Функции хватания и манипулирования с предметами формируются в более поздние сроки и сопровождаются выраженным тремором рук и расстройствами координации движений. Сидение формируется к 1 — 2 годам, стояние и ходьба — к 6— 8 годам или позже. Длительное время двигательные функции остаются несовершенными. Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, туловище совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм. Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и овладение навыками рисования и письма.

У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии; может иметь место алалия.

При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только

мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, не критичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. В 55 % случаев (по данным К. А. Семеновой), помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-астатической формой ДЦП, имеет место тяжелая степень умственной отсталости. Такие дети направляются в учреждения Министерства социальной защиты, так как не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными навыками.

1.4. Особенности психического развития детей с церебральным параличом

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Проблеме психических нарушений у детей, страдающих церебральным параличом, посвящено значительное количество работ отечественных специалистов (Э. С. Калижнюк, Л.А.Данилова, Е. М. Мастюкова, И.Ю.Левченко, Е.И.Кириченко и др.).

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений — например, тяжелые двигательные расстройства, могут сочетаться с легкой задержкой психического развития а остаточные явления ДЦП — с тяжелым недоразвитием отдельных психических функции или психики в целом. Для детей с церебральным параличом характерно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными

двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют возникающие в связи с заболеванием ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения.

При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей. К ним относятся:

7. неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП;

8. выраженность астенических проявлений — повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы;

9. сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. Это обусловлено следующими причинами:

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

- затруднения в познании окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанные с проявлением двигательных и сенсорных расстройств.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

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

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. 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. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения. 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). У многих детей отмечается недоразвитие фонематического восприятия с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию (*ба-па, ва-фа*). В таких случаях возникают трудности в обучении чтению, письму. При письме под диктовку они делают много ошибок. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. Иногда отмечается повышенная чувствительность к звуковым раздражителям (дети вздрагивают, мигают при любом неожиданном звуке), но дифференцированное восприятие звуковых раздражителей у них оказывается недостаточным.

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

глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз — невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено. I

Перцептивные расстройства у больных детей связаны с недостаточностью кинестетического, зрительного и слухового восприятия, а также совместной их деятельности. В норме кинестетическое восприятие совершенствуется у ребенка постепенно. Прикосание к различным частям тела совместно с движениями и зрением развивает восприятие своего тела. Это дает возможность представить себя как единый объект. Далее развивается пространственная ориентация. У детей с церебральным параличом вследствие двигательных нарушений восприятие себя («образ себя») и окружающего мира нарушено.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП.

Чаще всего страдают отдельные корковые функции т.е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего отмечается недостаточность пространственных и временных представлений.

У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше, чем заменяются у них определениями там и тут. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около). Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия

величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов плохо дифференцируют сходные формы — круг и овал, квадрат и прямоугольник.

Значительная часть детей с трудом воспринимает пространственные взаимоотношения, У них нарушен целостный образ предметов (не могут сложить из частей целое — собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу из палочек или строи-тельного материала). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать. Часто выражена недостаточность фонематического восприятия, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений). У многих отмечаются нарушения в формировании мыслительной деятельности. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других — наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемостьюTM психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического

развития, у части детей имеет место умственная отсталость. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития, связанная как с ранним органическим поражением мозга, так и с условиями жизни.

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

У детей с умственной отсталостью нарушения психических функций чаще носят тотальный характер. На первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности — абстрактно-логического мышления и высших, прежде всего гностических, функций. Тяжелая степень умственной отсталости преобладает при двойной гемиплегии и атонически-астатической формах ДЦП.

Следует осторожно оценивать тяжесть поражения двигательной, речевой и особенно психической сферы в первые годы жизни ребенка с двигательными нарушениями. Тяжелые нарушения двигательной сферы, речевые расстройства могут маскировать потенциальные возможности ребенка. Нередки случаи гипердиагностики умственной отсталости у детей с тяжелой двигательной патологией.

Ряд нарушений познавательной деятельности характерен для определенных клинических форм заболевания. При спастической диплегии наблюдается удовлетворительное развитие словесно-логического мышления при выраженной недостаточности пространственного гнозиса и праксиса. Выполнение заданий, требующих участия логического мышления, речевого ответа, не представляет для детей с данной формой ДЦП особых трудностей. В то же время они испытывают существенные затруднения при выполнении

заданий на пространственную ориентировку, не могут правильно скопировать форму предмета, часто зеркально изображают асимметричные фигуры, с трудом осваивают схему тела и направление. У этих детей часто встречаются нарушения функции счета, выражающиеся в трудностях глобального восприятия количества, сравнения целого и частей целого, усвоения состава числа, восприятия разрядного строения числа и усвоения арифметических знаков. Важно подчеркнуть, что отдельные локальные нарушения высших корковых функций — пространственного гнозиса и праксиса, функции счета (последнее принимает иногда форму выраженной акалькулии) — могут наблюдаться и при других формах ДЦП, однако, несомненно, что эти нарушения чаще всего отмечаются при спастической диплегии.

У детей с правосторонним гемипарезом часто наблюдается оптико-пространственная дисграфия. Оптико-пространственные нарушения проявляются при чтении и письме: чтение затруднено и замедлено, так как дети путают сходные по начертанию буквы, на письме отмечаются элементы зеркальности. У них позже, чем у сверстников, формируется представление о схеме тела, они долго не различают правую и левую руку.

Структура интеллектуальных нарушений при гиперкинетической форме ДЦП отличается своеобразием. У большинства детей в связи с преимущественным поражением подкорковых отделов мозга интеллект потенциально сохранен. Ведущее место в структуре нарушений занимают недостаточность слухового восприятия и речевые нарушения (гиперкинетическая дизартрия). Дети испытывают затруднения при выполнении заданий, требующих речевого оформления, и легче выполняют визуальные инструкции. Для гиперкинетической формы ДЦП характерно удовлетворительное развитие праксиса и пространственного гнозиса, а трудности обучения чаще связаны с нарушениями речи и слуха.

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы проявляются в виде

повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других — в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики к своему состоянию. Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к: окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом; у детей с сохранным интеллектом — реже, чем у умственно отсталых, а у спастиков — реже, чем у детей с атетоидными гиперкинезами.

У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения личностного развития. Нарушения формирования личности при ДЦП связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Помимо реакции на осознание собственной неполноценности, имеет место социальная депривация и неправильное воспитание. Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию ребенка, подростка, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У детей с ДЦП отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является неправильное, изнеживающее воспитание больного ребенка и реакция на физический дефект.

Достаточное интеллектуальное развитие у этих больных часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации. По данным Э. С. Калижнюк, отмечается некоторая корреляция между характером неврологических расстройств (формой ДЦП) и эмоциональными и характерологическими особенностями больных: 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.

Итак, психическое развитие ребенка с церебральным параличом характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Перед специалистами, работающими с этими детьми, встает важная задача профилактики и коррекции этих нарушений. Конкретные задачи этой работы в отношении каждого ребенка могут быть определены только после комплексного обследования.

1.5 Психолого-педагогическое изучение детей с церебральным параличом

Психолого-педагогическое изучение детей с церебральным параличом представляет существенные трудности в связи с многообразием проявлений нарушений двигательного, психического и речевого развития этих детей. Двигательные нарушения в сочетании с нарушениями зрения и слуха, неразборчивая речь затрудняют организацию обследования ребенка и ограничивают возможности применения экспериментальных методик и тестовых заданий.

Психолого-педагогическая диагностика психофизических особенностей детей с ДЦП решает несколько задач. Наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика задержки психического развития и легкой умственной отсталости у дошкольников с церебральным параличом. Также трудно дифференцировать умственно отсталых детей по степени тяжести интеллектуального недоразвития. Следует подчеркнуть, что у большинства детей с ДЦП потенциально сохранены предпосылки к развитию высших форм мышления, но множественные нарушения (движений, слуха, речи и т.д.), выраженность астенических проявлений, низкий запас знаний вследствие социальной депривации маскирует возможности детей, что ведет к гипердиагностике умственной отсталости. Дифференциальная диагностика умственного развития при ДЦП очень сложна, так как необходимо учитывать все факторы, определяющие психическое развитие этих детей, в том числе сенсорную и социальную депривацию, трудности организации речевого общения, моторные затруднения. Унифицированная система дифференциальной диагностики детей с ДЦП в настоящее время не разработана, попытки ее создания у нас в стране также не имели успеха — слишком велико число факторов, которые необходимо учесть при создании такой системы. Наиболее объективной остается диагностика, опирающаяся на длительное наблюдение в сочетании с экспериментальными исследованиями отдельных психических функций и изучением темпа

приобретения новых знаний и навыков. Такой подход к изучению психолого-педагогических особенностей ребенка с ДЦП и его потенциальных возможностей требует, во-первых, больших затрат времени, а во-вторых, высокой квалификации специалистов, осуществляющих диагностику, глубокого знания клиники заболевания и особенностей психического и речевого развития детей с церебральным параличом. К сожалению, специалисты, работающие в медико-психолого-педагогических комиссиях и консультациях, осуществляющих комплектование специальных образовательных учреждений, часто недостаточно хорошо знают специфику нарушений развития при ДЦП и не имеют времени на длительное динамическое наблюдение. Результатом является необоснованное признание не обучаемыми части детей, страдающих церебральным параличом, особенно с тяжелыми нарушениями манипулятивных функций, с неразборчивой речью, сопутствующими нарушениями слуха.

Часто задачу Дифференциальной диагностики умственного развития детей с церебральным параличом удается решить только с началом школьного обучения. Именно с этой целью в школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата открывается подготовительный класс. Это особенно важно потому, что дети, имеющие тяжелые двигательные нарушения, как правило, не проходят специального дошкольного обучения. Требуется продолжительное время для того, чтобы изучить возможности детей и определить программу обучения. В подготовительном классе создаются необходимые условия для подготовки учащихся к дальнейшему обучению, для разработки индивидуальных коррекционных программ в соответствии со структурой нарушений познавательной и речевой деятельности. Длительное педагогическое изучение позволяет объективно дифференцировать детей по возможностям обучения.

Еще одной, важной задачей диагностики при ДЦП является комплексное изучение особенностей детей с целью разработки индивидуальных программ

коррекционной работы с ними. В организации такого исследования важная роль принадлежит знакомству педагога, психолога, логопеда с медицинской документацией. Знание клинической картины динамики изменения состояния ребенка под влиянием лечения, формы ДЦП, сопутствующих синдромов помогает специалисту правильно определить стратегию обследования, подобрать наиболее подходящие методики и материалы для предъявления ребенку, учесть клинические характеристики при качественном анализе результатов психолого-педагогического обследования.

Кроме того, задачей психолого-педагогической диагностики детей с церебральным параличом являются этапные исследования, позволяющие оценить изменения в состоянии ребенка под воздействием лечебных, коррекционных и воспитательных мероприятий. Такие исследования позволяют увидеть не только положительные динамические изменения, но и недостаточный темп формирования новых умений и навыков, отсутствие положительной динамики в развитии психических процессов. Это даст возможность своевременно внести изменения в программу коррекционной работы с ребенком.

Существуют некоторые специфические задачи изучения детей, страдающих церебральным параличом, в зависимости от возраста. В раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте особое внимание следует обращать на особенности формирования познавательной деятельности, для того чтобы учесть их при организации коррекционной работы на данных этапах развития. В подростковом и юношеском возрасте нарушения познавательной деятельности обычно не носят выраженного характера и выявляются лишь при направленном нейропсихологическом исследовании. Однако их наличие часто затрудняет процесс обучения и овладения трудовыми навыками, и они должны учитываться в определении трудового прогноза и трудовых рекомендациях. В подростковом возрасте задача исследования познавательной деятельности остается, но первостепенное значение приобретает изучение личностных особенностей больных ДЦП и их

профессиональных намерений, так как именно эти факторы определяют социально-трудовую адаптацию.

Оценка психического развития ребенка раннего возраста церебральным параличом до настоящего времени остается сложной проблемой. Основным методом изучения является педагогическое наблюдение», в ходе которого ребенку могут быть даны различные задания. Желательно проводить обследование в присутствии матери, так как многие дети с этим заболеванием боятся новых людей и новой обстановки. Рекомендации к обследованию детей первых лет жизни представлены в работах Е.А.Стребелевой, Е.М.Мастюковой, О.В.Баженовой. Большинство заданий, представленных в соответствующих пособиях по психодиагностике раннего возраста, могут быть использованы для обследования детей с ДЦП, но при анализе результатов выполнения заданий необходимо учитывать наличие нарушений мышечного тонуса, гиперкинезов и двигательные ограничения. Анализируя проявления психической жизни ребенка, необходимо в первую очередь выделить те факторы, которые могут оказывать тормозящее влияние на развитие познавательной деятельности (тяжесть двигательного поражения, патологию артикуляционного аппарата, нарушения зрения и слуха), и определить, что в структуре интеллектуального дефекта обусловлено поражением мозга, а что связано с нарушением моторики и анализаторов.

При проведении психолого-педагогического изучения детей первых 3--4 лет жизни, страдающих церебральным параличом, необходимо учитывать:

- Соответствие уровня выполняемых ребенком заданий его возрасту, двигательным возможностям и степени сохранности анализаторов.
- Возможности обучения ребенка, показателями которых являются темп приобретения навыков и количество упражнений, необходимое в процессе обучения.
- Характер помощи взрослого и возможность ее использования.
- Способность к самостоятельному выполнению заданий.

- Отношение больного ребенка к заданию, его активность.
- Возможность частично приспособиться к двигательному дефекту.
- Использование неречевых средств коммуникации (движений глаз, мимики, жестов).
- Устойчивость внимания.

Следует подчеркнуть, что обследование ребенка для определения уровня развития его познавательной деятельности необходимо проводить в удобном для него положении, максимально устраняющем влияние патологических рефлексов на мышцы конечностей, туловища, глаз.

Исследование подметной деятельности ребенка раннего возраста с церебральным параличом должно включать следующие направления:

участие ребенка в совместной деятельности (оцениваются интерес ребенка к деятельности и активность включения в игру в соответствии с двигательными возможностями, понимание функционального назначения предметов и игрушек, попытки использовать их по назначению, умение обратиться за помощью к взрослому и использовать ее);

подражательная деятельность (может быть исследована у детей способных к захвату и манипулированию с предметами), в процессе которой выявляются способность ребенка подражать способам действия с предметами, осмысленность подражательных действий;

самостоятельная деятельность (оценивается понимание назначения предметов-игрушек, адекватность производимых с ними действий, настойчивость в достижении результатов, способность обращаться за помощью и использовать ее).

Сопоставляя результаты психолого-педагогического исследования детей первых лет жизни, страдающих церебральным параличом, с клиническими особенностями заболевания, к 3—4 годами можно выделить прогностически благоприятные и неблагоприятные признаки развития познавательной деятельности. К прогностически благоприятным признакам относятся:

достаточно отчетливая динамика в развитии двигательных, речевых, сенсорных функций; способность ребенка накапливать опыт 1 путем самостоятельных действий и действий, совместных со взрослыми; использовать этот опыт в доступных по двигательным возможностям практических и игровых действиях;

активность и избирательность внимания, целенаправленность и произвольность деятельности; наличие познавательного интереса; стремление к самостоятельным действиям;

настойчивость в овладении доступными двигательными и речевыми навыками.

Как прогностически неблагоприятные могут рассматриваться следующие особенности психического развития:

количественное накопление сведений об окружающее и неспособность использовать эти сведения при самостоятельных действиях;

наличие общей психической вялости или повышенной возбудимости; не критичность;

отсутствие качественного улучшения возможности познания (не только к 3—4 годам, но и по достижении школьного возраста), несмотря на способность детей с улучшением двигательных возможностей адаптироваться к окружающей обстановке и овладеть бытовыми навыками.

При обследовании детей старше 3 — 4 лет наряду с наблюдением широко используются другие экспериментально-психологические методики, направленные на выявление нарушений в формировании восприятия, пространственных и временных представлений, наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического мышления. Эти методики описаны в работах по психодиагностике нарушенного развития (С.Д.Забрамная, Е.А.Стребелева и др.). Для подбора методических приемов и правильной интерпретации результатов специалист должен хорошо знать и учитывать клинические особенности детей и структуру речевых и интеллектуальных нарушений при разных формах церебрального паралича.

В схему обследования детей дошкольного и младшего школьного возраста, страдающих церебральным параличом, необходимо включать задания на изучение всех видов восприятия, конструирования, пространственных и временных представлений, графических навыков. При планировании обследования школьников с церебральным параличом особую важность приобретает обследование навыков чтения, письма, счета и учет выявленных нарушений при выработке программы коррекционной работы.

В настоящее время за рубежом, где широко используются тесты для обследования детей с ДЦП и другими тяжелыми нарушениями моторики, все более широко используют адаптированные варианты стандартизированных шкал в которых экспериментатор сам действует с тестовым материалом, а испытуемый дает ответ устно, указательным жестом или кивком.

Плодотворен этот подход и в тех случаях, когда необходимо обследовать ребенка с двигательными нарушениями и сниженным слухом. Проводя обследование больного, который сам может действовать с тестовым материалом, но имеет выраженные нарушения речи и слуха, желательно инструкции и ответы для выбора предъявить ему напечатанными на карточках, а исследование насытить заданиями, не требующими речевой активности.

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

1. Нарушений двигательной сферы.

Удерживает вертикальное положение (сидя; стоя).

Передвигается |в коляске; с костылями; с опорой на трость; самостоятельно в пределах помещения; самостоятельно на значительные расстояний)

Ведущая рука правая; левая).

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

Участие порченной руки в игре и процессах самообслуживания (функций пораженной руки отсутствует; пораженная рука выполняет поддерживающую роль; пораженная рука принимает участие в выполнении простых двигательных актов; пораженная рука принимает участие в выполнении сложных двигательных актов).

2.Уровень развития навыков самообслуживания.

Навыки личной гигиены: умывание, чистка зубов, расчесывание волос (не владеет; частично владеет; полностью владеет). Самообслуживание в одевании и раздевании:

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

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

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

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

11.Нарушения слуха (степени снижения слуха).

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

В помощь специалисту, занимающемуся психолого-педагогической диагностикой детей с церебральным параличом, в приложении представлены схемы обследования детей разного возраста, разработанные авторами и хорошо зарекомендовавшие себя на практике. Эти схемы позволяют

правильно подобрать материалы для обследования и содержат некоторые нормативные показатели развития психических функций.

Контрольные вопросы и задания

12. Назовите основные виды патологии опорно-двигательного аппарата у детей.

13. Дайте общую характеристику нарушений при ДЦП.

14. Раскройте причины возникновения детского церебрального паралича.

15. Охарактеризуйте особенности двигательных нарушений у детей с церебральным параличом.

16. Охарактеризуйте особенности двигательных, психических и речевых нарушений при различных формах ДЦП.

17. Раскройте особенности нарушений психического развития детей с церебральным параличом. Чем они обусловлены?

18. Охарактеризуйте особенности нарушений эмоционально-волевой сферы и личностного развития у детей с ДЦП.

19. Назовите основные задачи, методы и особенности психолого-педагогического изучения детей разного возраста при детском церебральном параличе.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

2.1. Особенности речевого развития детей с церебральным параличом

В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет до 80%. Изучению речевых нарушений при ДЦП посвящено

много специальных исследований (Л.А.Данилова, Е.М.Мастюкова, М.В.Ипполитова, И.А.Панченко, Е.Ф.Ар-хипова и др.).

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Это онтогенетически молодые отделы мозга, которые наиболее интенсивно развиваются уже после рождения (премоторно-лобная, теменно-височная области коры головного мозга). Отставание в развитии речи при ДЦП связано также с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов. Больные дети имеют сравнительно небольшой жизненный опыт, общаются с весьма небольшим кругом людей, как сверстников, так и взрослых. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом у ребенка не формируется потребность в речевом общении, которая является важной предпосылкой развития речи. Отрицательно сказываются на развитии речи, особенно в первые годы жизни, длительное пребывание в различных лечебных учреждениях, а также отрицательный эмоциональный фон, реактивные состояния, нередко возникающие у больных детей при отрыве от матери и изменении привычного образа жизни в случае помещения в больницу.

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология, ограничивающая возможности передвижения и познания окружающего мира. Отмечается клиническая и патогенетическая общность между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом. Длительное сохранение патологических

тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов, Повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают звукопроизносительную сторону речи. В связи с недостаточностью кинестетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей. Отмечается определенная зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности.

Все перечисленные факторы определяют специфику нарушений доречевого и речевого развития детей с церебральным параличом. Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи. При ДЦП речевые расстройства затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

Е.М.Мастюкова, Е.Ф.Архипова и другие описали особенности речевого развития ребенка с церебральным параличом, начиная с первых месяцев жизни. Они отмечают, что доречевое и речевое развитие этих детей идет в замедленном темпе.

Более позднее становление речевой функции обусловлено задержкой развития мозга: «молодые» участки коры у детей с церебральным параличом завершают свое формирование в более поздние сроки. При ДЦП не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. Задержка речевого развития отмечается уже с доречевого периода.

Доречевой период ребенка с церебральным параличом отличается от того же периода у нормально развивающегося ребенка. Обычно доречевой период

при ДЦП затягивается на 2—3 года. Имеется определенная патогенетическая общность нарушения доречевого развития с двигательными нарушениями в целом.

Доречевой период ребенка состоит из 4 этапов.

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

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

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

4-й этап — лепет (с 6 до 12 месяцев). При ДЦП отмечается отсутствие или задержка появления лепета. Лепет характеризуется однообразием, бедностью звукового состава, фрагментарностью, малоактивностью, отсутствием четкой интонационной выразительности; возникает редко.

К году у детей с церебральным параличом наблюдается снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность. Дети часто предпочитают общаться жестом, мимикой, криком. В лучшем случае ребенок может произносить всего одно-два слова. Нарушение формирования голосовых реакций сочетается со слабостью слуховых дифференцированных

реакций на голос, интонацию, с трудностями локализации звука в пространстве и недостаточностью слухового внимания, что задерживает развитие начального понимания обращенной речи. Следовательно, при ДЦП задержан доречевой период, а также нарушены предпосылки к развитию речи.

Индивидуальные сроки появления речи у детей с церебральным параличом значительно колеблются, что зависит от локализации и тяжести поражения мозга, состояния интеллекта, времени начала и адекватности коррекционно-логопедической работы. При ДЦП наиболее медленный темп речевого развития наблюдается в раннем возрасте (первые три года жизни). На втором году жизни даже при самых тяжелых формах заболевания, развитие общей моторики обычно опережает развитие речи. Чаще всего дети начинают произносить первые слова примерно в 2—3 года. Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедических занятий наблюдается к концу третьего года жизни. На этом возрастном этапе темп речевого развития начинает опережать темп развития общей моторики ребенка. Как правило, фразовая речь формируется к 4—5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5—7 лет) идет ее интенсивное развитие.

При ДЦП отмечается задержка и нарушение формирования всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетико-фонематической.

Почти у всех детей с церебральным параличом в раннем возрасте крайне медленно увеличивается активный словарь, длина предложения, речь долго остается неразборчивой. Пассивный словарь (понимание обращенной речи) обычно значительно больше активного. Задерживается развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма. Речевая активность детей низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже — простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие. Часто они заменяются словами,

обозначающими предметы. Нередко отмечается недифференцированное употребление слов.

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

При ДЦП у многих больных отмечаются нарушения фонематического восприятия, что вызывает трудности звукового анализа. В тяжелых случаях дети не различают звуки на слух, не выделяют звуки в словах, не могут повторить слоговые ряды. В более легких случаях отмечаются трудности звукового анализа слов лишь с дефектно произносимыми звуками.

В дошкольном возрасте многие дети общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений из двух—трех слов. Даже имея достаточный уровень речевого развития, дети не реализуют своих возможностей в общении (на заданные вопросы часто дают стереотипные однословные ответы). У большинства детей, страдающих церебральным параличом, отмечаются своеобразные нарушения лексического строя речи, обусловленные спецификой заболевания. Количественное ограничение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограничением объема, несистематизированностью, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. Дети обладают ограниченными

лексическими возможностями, не располагают необходимыми языковыми средствами для характеристики различных предметов и явлений окружающего мира. Своеобразное формирование словарного запаса находит свое выражение в нарушении усвоения многих языковых категорий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих действия, признаки и качества предметов. Дети испытывают трудности в понимании и употреблении предлогов, словосочетаний с предложными конструкциями, а также слов, обозначающих пространственно-временные отношения, абстрактные понятия. С трудом усваивают лексическое значение слова (при многозначности слова вычленивают в нем только конкретное значение, не понимая его контекстного смысла; путают значения слов, совпадающих по звучанию).

Часто у детей с церебральным параличом отмечаются нарушения формирования грамматического строя речи, которые зачастую обусловлены лексическими расстройствами. Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом, что во многом обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании слов в предложении, употреблении правильных падежных окончаний. Нередко отмечаются нарушения порядка слов, пропуски слов, незаконченность предложений, многочисленные повторы одного и того же слова (тут, вот и др.). Даже к началу обучения в школе большинство детей с церебральным параличом практически не умеют пользоваться грамматическими средствами оформления предложений. У них отчетливо выявляется недостаточная сформированность связной речи.

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

2.2. Характеристика речевых нарушений при ДЦП

У детей с церебральным параличом выделяют различные формы речевых нарушений. Они редко встречаются в изолированном виде. Наиболее частая форма речевой патологии при ДЦП — дизартрия.

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

Основные нарушения при дизартрии:

Нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры (мышц лица, языка, губ, мягкого нёба) — по типу спастичности, гипотонии или дистонии.

Спастичность — повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, лица и шеи. При спастичности мышцы напряжены. Язык «комом» оттянут назад, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Приподнятая к твердому нёбу напряженная спинка языка способствует смягчению согласных звуков (палатализация). Иногда спастичный язык «жалом» вытянут вперед. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта (произвольное открывание рта при этом затруднено). В ряде случаев при спастическом состоянии верхней губы рот может быть, напротив, приоткрыт. При этом наблюдается повышенное слюнотечение (гиперсаливация). Активные движения при спастичности артикуляционных мышц ограничены. Спастичность мышц отмечается при спастико-паретической дизартрии.

Гипотония — снижение тонуса мышц. При гипотонии язык тонкий, распластаный в полости рта; губы вялые, не могут плотно смыкаться. В силу этого рот обычно полуоткрыт, выражена гиперсаливация. Гипотония мышц мягкого нёба препятствует достаточному продвижению нёбной занавески вверх и ее прижатию к задней стенке глотки; струя воздуха выходит через нос. При этом голос приобретает носовой оттенок (назализация). Гипотония артикуляционных мышц имеет место при спастико-паретической, атактической, иногда — при гиперкинетической дизартрии.

Дистония — меняющийся характер мышечного тонуса. В состоянии покоя может отмечаться низкий мышечный тонус, при попытках к речи и в момент речи тонус резко нарастает. Дистония существенно искажает артикуляцию. Характерная особенность звукопроизношения при дистонии — непостоянство искажений, замен и пропусков звуков. Дистония отмечается при гиперкинетической дизартрии.

У детей с церебральным параличом часто отмечается смешанный и вариативный характер нарушений тонуса в артикуляционной мускулатуре (так же, как и в скелетной), т. е. в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному. Например, в язычной мускулатуре отмечается спастичность, а в лицевой и губной — гипотония. Во всех случаях имеется определенное соответствие нарушений тонуса в артикуляционной и скелетной мускулатуре.

Нарушение подвижности артикуляционных мышц.

Ограниченная подвижность мышц артикуляционного аппарата — это основное проявление пареза или паралича этих мышц. Недостаточная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушение звукопроизношения. При поражении мышц губ страдает произношение и гласных, и согласных звуков. Нарушается артикуляция в целом. Особенно грубо нарушено звукопроизношение при резком ограничении подвижности мышц языка. Степень нарушения подвижности артикуляционных мышц

может быть различной — от полной невозможности артикуляционных движений языка и губ до незначительного снижения их объема и амплитуды. При этом в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения (прежде всего поднятие языка вверх).

Недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате.

Отмечается не только ограничение объема артикуляционных движений, но и слабость кинестетических ощущений артикуляционных поз и движений.

Нарушения дыхания.

Нарушения дыхания у детей с дизартрией обусловлены недостаточностью центральной регуляции дыхания. Недостаточна глубина дыхания. Нарушен ритм дыхания: в момент речи оно учащается. Отмечается нарушение координации вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный слабый выдох). Выдох часто происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме дизартрии.

Нарушения голоса.

Нарушения голоса обусловлены изменениями мышечного тонуса и ограничением подвижности мышц гортани, мягкого нёба, голосовых складок, языка и губ. Наиболее часто отмечается недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий); отклонения тембра голоса (глухой, сдавленный, хриплый, прерывистый, напряженный, назализованный, гортанный). При различных формах дизартрии нарушения голоса носят специфический характер.

Нарушения просодики.

Мелодико-интонационные расстройства часто относят к одним из наиболее стойких признаков дизартрии. Именно они в большой степени влияют, на разборчивость, эмоциональную выразительность речи. Отмечается слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). Голос становится монотонным, мало- или

смодулированным. Нарушения темпа речи проявляются в его замедлении, реже — ускорении. Иногда имеет место нарушение ритма речи (например, скандированное — рубленая речь, когда отмечается дополнительное количество ударений в словах).

Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной Мускулатуре.

Гиперкинезе — произвольные, неритмичные, насильственные, иногда вычурные движения мышц языка, лица (гиперкинетическая дизартрия).

Тремор — дрожание кончика языка (наиболее выражен при целенаправленных движениях). Тремор языка отмечается при атактической дизартрии.

Нарушение координации движений (атаксия).

Атаксия проявляется в дисметрических, асинергических нарушениях и в скандированности ритма речи.

Дисметрия — это несоразмерность, неточность произвольных артикуляционных движений. Она чаще всего выражается в виде гиперметрии, когда нужное движение реализуется более размашистым, утрированным, замедленным движением, чем это необходимо (чрезмерное увеличение двигательной амплитуды).

Иногда наблюдается нарушение координации между дыханием, голосообразованием и артикуляцией — асинергия.

Атаксия отмечается при атактической дизартрии.

Наличие синкинезий.

Синкинезии — произвольные сопутствующие движения при выполнении произвольных артикуляционных движений (например, дополнительное движение нижней челюсти и нижней губы вверх при попытке поднять кончик языка).

Оральные синкинезии — открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения.

Нарушение акта приема пищи.

Отсутствие или затруднение жевания твердой пищи, откусывания; поперхивание, захлебывание при глотании. Нарушение координации между дыханием и глотанием. Затруднение питья из чашки.

Вегетативные расстройства.

Одним из наиболее частых вегетативных расстройств при дизартрии является гиперсаливация. Усиленное слюнотечение связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. Оно часто утяжеляется за счет слабости ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны) и снижения самоконтроля. Гиперсаливация может быть постоянной или усиливаться при определенных условиях. Реже встречаются такие вегетативные расстройства, как покраснение или бледность кожных покровов, повышенное потоотделение во время речи.

Наличие патологических рефлексов орального автоматизма.

При нормальном развитии рефлексы орального автоматизма (губной, хоботковый, сосательный, поисковый и др.) проявляются с рождения, ослабевают к 3-м месяцам и пропадают к 1-му году. У детей с церебральным параличом эти рефлексы могут быть ослаблены или не вызываться совсем в первые недели и месяцы жизни, что будет затруднять кормление этих детей и препятствовать развитию первых голосовых реакций. Сохранение и усиление этих рефлексов после 1-го года препятствуют развитию произвольных артикуляционных движений и задерживают развитие речи.

Специфические нарушения звукопроизношения:

- стойкий характер нарушений звукопроизношения, особая трудность их преодоления;
- нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков (усредненность или редуцированность гласных);
- преобладание межзубного и бокового произношения свистящих (с, з, ц) и шипящих (ш, ж, ч, щ) звуков;
- смягчение твердых согласных звуков (палатализация);

- нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке. При увеличении речевой нагрузки наблюдается, а иногда и нарастает общая смазанность речи;
- специфические трудности автоматизации звуков (процесс автоматизации требует большего количества времени, чем при диагалии). При несвоевременном окончании логопедических занятий приобретенные умения часто распадаются.

В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на две категории: антропофонические (искажение звука) и фонологические (замены, смешения). При дизартрии наиболее типичным нарушением звукопроизношения является искажение звука.

При сочетании дизартрического нарушения речи с недоразвитием других компонентов речевой системы важно выделить несколько групп детей с дизартрией: с фонетическими нарушениями; с фонетико-фонематическим недоразвитием; с общим недоразвитием речи.

Степень выраженности дизартрических нарушений речи зависит от тяжести и характера поражения нервной системы. В легких случаях отмечается нерезко выраженная дизартрия — стертая дизартрия. Она проявляется в нарушении звукопроизношения, незначительных нарушениях речевого дыхания, голосообразования, просодики; в ограничении объема наиболее тонких, и дифференцированных артикуляционных движений. Чаще всего при ДЦП имеют место умеренно выраженные проявления дизартрии. При тяжелом поражении центральной нервной системы моторная реализация речи становится невозможной. В этом случае у детей отмечается анартрия — полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц (подробнее см. далее).

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

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

Классификация дизартрии по степени разборчивости речи для окружающих была предложена французским невропатологом Ж.Тардьё (1968). Им было выделено 4 степени тяжести речевых нарушений у детей с церебральным параличом: 1) нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка; 2) нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих; 3) речь понятна только близким ребенка; 4) речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (четвертая степень нарушения звукопроизношения, по существу, представляет собой анартрию). Эта классификация очень удобна для использования учителями, воспитателями, психологами.

Для логопедической работы, включающей дифференцированный массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику, более удобна классификация дизартрии на основе синдромологического подхода, при которой выделяют спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии (И. И. Панченко, 1978). У детей с церебральным параличом трудно вычленить симптоматику речедвигательных расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. При ДЦП общими двигательными нарушениями (основными синдромальными расстройствами) являются спастический парез, тонические нарушения управления типа ригидности, гиперкинезы, атаксия, апраксия.

В речевой моторике отмечаются аналогичные дефекты. Тип дизартрического нарушения речи определяется по характеру клинического синдрома. Эта классификация дизартрии ориентирует логопеда на качество нарушения артикуляционной моторики, что позволяет более целенаправленно определить выбор средств лечебной и логопедической работы по нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного

аппарата. Данной классификацией логопед может пользоваться только совместно с невропатологом, который определяет ведущий неврологический синдром. В речевой моторике выделяют эфферентные и афферентные нарушения.

Эфферентные нарушения проводимости импульсаций — это расстройства «исполнительного» плана (спастический парез, тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности, гиперкинезы, атаксия). Это центральные двигательные расстройства пирамидной и экстрапирамидной системы, а также корковых двигательных областей. Эфферентные нарушения вызывают фонетические (произносительные) расстройства речи.

Афферентные нарушения (неполноценность кинестетического анализа и синтеза в зоне речедвигательного анализатора) — это дефекты «программирующего» плана, расстройства формирования целенаправленных произвольных действий (артикуляционная апраксия). Афферентные нарушения вызывают фонематические дефекты реализации звукового строя речи. Обычно артикуляционная апраксия сочетается с трудностями выполнения целенаправленных движений в кистях правой и левой рук. Кинестетическая апраксия — дефект программирования единичных артикуляционных движений. Это неумение выбрать нужную пространственную схему артикуляционного движения при принципиальной возможности осуществить это движение (даже при спастическом парезе). Кинетическая апраксия — дефект программирования серии плавных переключений артикулем (из звуков не «лепятся» слоги, из слогов — слова).

В зависимости от ведущего неврологического синдрома выделяют следующие формы дизартрии:

- спастико-паретическая (ведущий синдром — спастический парез),
- спастико-ригидная (ведущие синдромы — спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности),
- гиперкинетическая (ведущий синдром — гиперкинезы);

атактическая (ведущий синдром — атаксия).

Когда в структуру речевого дефекта включаются различные синдромы, дизартрию характеризуют как смешанную. Это:

спастико-атактическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и атаксия),

спастико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и гиперкинезы),

спастико-атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез, атаксия, гиперкинезы),

атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — атаксия и гиперкинезы).

Спастико-паретическая дизартрия. При спастико-паретической дизартрии ведущим синдромом является спастический парез речевой мускулатуры (имеет место при спастической диплегии и гемипарезе). Это наиболее часто встречающаяся форма дизартрии.

Нарушение артикуляционной моторики может проявляться в виде изменения тонуса артикуляционных мышц по типу спастичности (повышение тонуса мышц языка, губ, лица). У некоторых детей отмечается смешанный характер нарушения мышечного тонуса: в одних группах мышц может наблюдаться спастичность (например в языке), а в других — гипотония (в лицевой и губной мускулатуре). При ДЦП у детей младенческого и раннего возраста нередко наблюдается преобладание паретического компонента (гипотонии) над спастичностью. Почти у всех детей в лицевой мускулатуре выражена гипомимия.

При спастико-паретической дизартрии объем артикуляционных движений мышц языка и губ ограничен. Степень выраженности этих нарушений может варьировать от почти полной невозможности артикуляционных движений до незначительного снижения их объема и амплитуды. При нарушении произвольных артикуляционных движений может отмечаться сохранность

рефлекторных автоматических движений. В артикуляционной моторике проявление спастического пареза может быть различим:

невозможность или затруднение выполнения нужной артикуляционной позы,

трудности удержания нужной артикуляционной позы,

невозможность быстрого переключения с одной позиции на другую,

увеличение латентного периода при включении в движение.

Почти у всех детей выражена гиперсаливация. Отмечается усиление глоточного и нёбного рефлексов. Часто имеют место синкинезии, наиболее характерной синкинезией является движение нижней челюсти и нижней губы вверх при попытке приподнять кончик языка. У детей раннего возраста наблюдаются оральные синкинезии. В ряде случаев сохраняются рефлексы орального автоматизма. Акт приема пищи замедлен, но координирован. Нарушены процессы жевания, откусывания, глотания.

Голос недостаточной силы и звонкости, истощаемы все параметры голосовых возможностей (слабый, истощающийся, глуховатый, нередко назализованный). Речевой выдох истощаем, вдох неглубокий. Снижена амплитуда голосовых модуляций; нет темпо-ритмических перебоев, необходимых для живой интонации. Отсутствие интонационного оформления несколько снижает разборчивость речи. Часто ребенок с помощью средств интонации не умеет выделять смысловые отрезки в целом высказывании. Темп речи замедлен.

В фонетическом отношении нарушено прежде всего произношение звуков, требующих наиболее точных дифференцированных движений языка. Звуки речи лишены четкого фонетического оформления; часто наблюдается легкая смазанность по всем группам звуков (больше в группе свистящих, шипящих и сонорных). Произношение губно-губных звуков нарушается при поражении круговой мышцы рта. Отмечается редуцированность (усредненность) гласных. Часто стерта разница между глухими и звонкими, твердыми и мягкими звуками. Иногда изолированно все звуки произносятся

правильно (сохранены все фонемные признаки звуков), но при увеличении речевой нагрузки наблюдается общая смазанность речи. В тяжелых случаях нарушается произношение всех звуков.

При стертой спастико-паретической дизартрии отмечаются незначительные нарушения речевого дыхания, голоса, темпа речи, межзубный или боковой характер щелевых звуков (свистящих и шипящих).

В ряде случаев спастико-паретическая дизартрия осложняется нарушением кинестетического восприятия в речевых мышцах, т. е. артикуляционной апраксией.

Спастико-ригидная дизартрия. Спастико-ригидная дизартрия наблюдается при двойной гемиплегии. Ведущим синдромом является спастический парез речевой мускулатуры и нарушения тонического управления речевой деятельностью по типу экстрапирамидного расстройства (ригидности).

Процесс речепроизводства нарушен из-за максимального нарушения тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре. Не бывает длительного фона покоя в речевой мускулатуре, повышен порог чувствительности к разного рода раздражителям. Резко повышен тонус мышц верхнего плечевого пояса, мышц шеи, что сказывается на фонаторных усилиях.

У детей отмечаются выраженные расстройства акта приема пищи (жевания, глотания). Нарушена координация между жеванием, глотанием и дыханием. Жевание большей частью заменяется сосанием или присасыванием. Глотание происходит с паузами, перед глотанием дыхание останавливается.

Параллельно наблюдаются синкинезии (опускается голова, пронируются плечи). Часто затруднено откусывание от куска, питье из чашки.

Нарушения артикуляционной моторики при спастико-ригидной дизартрии имеют следующие особенности:

включение в артикуляционное движение происходит с удлиненным латентным периодом (до нескольких минут),

при включении в артикуляционное движение происходит резкое повышение тонуса во всей скелетной и речевой мускулатуре,

язык напряжен, отодвинут назад, чуть приподнят к нёбу, не всегда его удается пассивно вывести из полости рта. Объем артикуляционных движений языка и губ строго ограничен,

недифференцированность губных и язычных движений (смешанная губно-язычная артикуляция),

миимика крайне бедная (лицо застывшее, маскообразное).

Голос глухой, тихий, сдавленный, напряженный, почти смодулированный. Тембр бедный. Темп речи чуть убыстренный, речь отрывистая.

Разборчивость речи значительно снижена, часто речь трудно понять при незнании контекста. Звуки речи лишены четкого фонетического оформления. Нарушено произношение всех гласных и согласных звуков (слабость дифференциации губных, призубных, твердых и мягких звуков).

Гиперкинетическая дизартрия. Гиперкинетическая дизартрия наблюдается при гиперкинетической форме ДЦП. Ведущим синдромом являются гиперкинезы мышц языка и лица, которые наблюдаются на фоне дистонии, реже гипотонии. Объем артикуляционных движений при данной форме может быть достаточным.

Особые трудности ребенок испытывает в удержании и ощущений артикуляционных поз. Вследствие этого характерно отсутствие стабильных и однотипных нарушений звукопроизношения (искажения, замены и смешения звуков непостоянны). Множественные искажения звуков отмечаются в группе щелевых и соноров. Характерна большая сложность в автоматизации звуков. Часто отмечаются различные фонематические нарушения.

Разборчивость речи снижена (речь невнятная, порой малопонятная для окружающих). При гиперкинетической дизартрии акт приема пищи нарушен: процессы жевания, глотания затруднены, дискоординированы.

Слюнотечения при чистом гиперкинетическом синдроме обычно не наблюдаются.

Выражены тяжелые нарушения дыхания, голосообразования и просодики. Голос напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте и силе. Модуляции возможны только в ограниченных пределах.

Гиперкинезы могут наблюдаться как в покое, так и при произвольных произносительных попытках. По характеру гиперкинеза в покое или при произносительных действиях можно судить о функциональном или органическом генезе гиперкинеза.

Функциональный гиперкинез. Если гиперкинезы появляются при речевых попытках, а в покое их нет, то можно говорить о нейродинамических нарушениях в зоне речедвигательной системы, которые в значительной степени могут быть компенсированы при раннем логопедическом вмешательстве (до 5 лет).

Органический гиперкинез. Проявляется на фоне покоя, а при произвольных движениях усиливается. Здесь логопеду труднее надеяться на уменьшение гиперкинетического синдрома.

Нарушения движений артикуляционной и фонаторно-дыхательной мускулатуры обусловлены характером гиперкинеза — его степенью и формой. Клинически у детей отмечаются гиперкинезы хореического, атетоидного и смешанного характера. Гиперкинетический синдром в речевой мускулатуре не всегда проявляется с такой же интенсивностью, как в скелетной мускулатуре. Однако гиперкинез в скелетной и речевой мускулатуре всегда носит один и тот же характер. На речеобразование наиболее отрицательное влияние оказывают атетоидные гиперкинезы. При хореическом гиперкинезе произносительные возможности детей больше.

Хореический гиперкинез — непроизвольные, быстрые, размашистые, неритмичные движения (преимущественно выражены в мышцах шеи, головы, артикуляционной мускулатуре и в верхних отделах плечевого пояса; больше всего в мускулатуре лица). Голос прерывистый, непостоянной звонкости и продолжительности. Интонация целого высказывания

сохраняется. Искажена амплитуда движений губ и языка, переключение движений неполное.

Атетонидный гиперкинез — медленные, вычурные, червеобразные движения с переразгибанием пальцев (чаще — в пальцах рук и в языке). Отмечается резкая напряженность речи. Увеличен латентный период перед включением в артикуляционное движение. Переключение движений замедлено. Интонация чаще всего отсутствует. Иногда наблюдается полная неразборчивость слоговых комплексов.

Атактическая дизартрия. Атактическая дизартрия наблюдается при атонически-астатической форме ДЦП. В чистом виде встречается редко. Чаще всего это сопутствующий синдром на фоне спастического нареза или гиперкинеза. Ведущим синдромом при атактической дизартрии является атаксия.

Атаксия проявляется в гиперметрических, асинергических нарушениях артикуляционных движений и в скандированности ритма речи. Гиперметрия — это несоразмерность, неточность произвольных артикуляционных усилий, когда нужное движение реализуется более размашистым движением, чем это необходимо. Сокращение мышц не соответствует требуемому. Ребенок не может точно выполнить артикуляционное действие; он теряет его траекторию, амплитуду (амплитуда увеличивается), скорость размаха, точность попадания в место смыкания. Так, раскрытие рта у детей во время речи, губные и язычные движения при произнесении смычных звуков утрированы, сама смычка замедлена. Выражена асинергия — асинхронность дыхательной, артикуляционной и фонаторной мускулатуры. Ритм речи всегда скандированный. Темп замедленный. Модуляций голоса почти нет. Интонация практически отсутствует.

При тяжелых поражениях центральной нервной системы наблюдается анартрия.

Анартрия - это полное или почти полное отсутствие речи (звукопроизношения) при наличии ярко выраженных центральных

речедвигательных, синдромов. У большинства детей с анартрией проявляются главам образом расстройства управления речевыми артикуляциями (фонаторного, дыхательного, артикуляционного отдела), а не исполнения. У детей с анартрией, кроме патологии центральных именных систем речевой деятельности, нарушено формирование динамического артикуляционного праксиса. Отмечается расстройство произвольного управления речевым аппаратом. Расстройства произносительных способностей у детей с анартриями при ДЦП обусловлены различными речедвигательными нарушениями спастическим парезом в очень тяжелой степени, тоническими расстройствами управления артикуляционными движениями в очень тяжелой степени, гиперкинезами, атаксией, апраксией (кинестетической и кинетической). Апраксия охватывает все отделы речевого аппарата: дыхательный, фонаторный, губно-нёбно-язычный.

Апраксические расстройства проявляются неумением ребенка произвольно оформить гласные и согласные звуки, слитно произнести слог из имеющихся звуков или слово из имеющихся слогов.

По тяжести проявлений анартрия может быть различной: 1) полное отсутствие речи и голоса; 2) наличие только голосовых реакций; 3) наличие звуко-слоговой активности (И. И. Панченко, 1979).

Основные нарушения при различных формах дизартрии см. в приложении 1.

* * *

Гораздо реже, чем дизартрия, у детей с церебральным параличом встречается алалия. *Алалия* — это отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. При ДЦП алалия чаще всего сочетается с дизартрией. Патогенез алалии при ДЦП связан с двумя факторами:

повреждением корковых механизмов речи под влиянием различных вредностей, являющихся также и причиной детского церебрального паралича;

вторичным недоразвитием корковых механизмов речи в результате двигательного-кинестетической депривации и патологической афферентацией с периферических отделов речевой системы в связи с поражением артикуляционной моторики, а также в связи с расстройством формирования слухо-кинестетической интеграции в случае нарушения фонематического слуха.

Повреждение корковых речевых зон при алалии у детей с церебральным параличом сопровождается специфической неврологической симптоматикой, которая находит свое подтверждение при энцефалографическом обследовании. Различают моторную и сенсорную алалию.

При моторной алалии на всех возрастных этапах отмечается первичное недоразвитие экспрессивной речи при более сохранной импрессивной речи. Моторная (экспрессивная) алалия проявляется в стойком системном недоразвитии всех компонентов и функций речи. Отмечается недоразвитие лексико-грамматической и фонетико-фонематической сторон речи и нарушение ее коммуникативной функции. Все формы произвольной речи неполноценны, развитие подражательно-речевой деятельности нарушено. У детей с моторной алалией отсутствует возможность оперирования языковыми единицами, которые имеются в их пассивном словарном запасе. Речь этих детей не является полноценным средством коммуникации. У детей с церебральным параличом наблюдается разная степень недоразвития речи — от полного до частичного ее отсутствия. Моторная алалия чаще всего встречается у детей со спастической диплегией и правосторонним гемипарезом. Ребенок испытывает затруднения в построении фраз, искажает слоговую структуру слов (переставляет и пропускает звуки и слоги). Отмечается бедность активного словаря (особенно предикативного), аграмматизмы. В отличие от дизартрии артикуляционные возможности для правильного произношения большинства звуков сохранены. Обычно ребенок может выполнить артикуляционные движения на неречевом уровне, но затрудняется реализовать эти возможности в речи (на речевом знаковом

уровне). Часто при моторной алалии наблюдается недостаточность артикуляционного праксиса.

При сенсорной алалии преимущественно нарушено понимание обращенной речи, при этом отсутствуют нарушения слуха и выраженное недоразвитие познавательной деятельности. В случае первичного недоразвития импрессивной речи отсутствует выраженный разрыв между экспрессивной и импрессивной речью: ребенок не только не понимает обращенную к нему речь, но и не говорит сам. Интонация может быть относительно сохранной. Нередко наблюдаются эхоталии. Ведущим дефектом при сенсорной алалии является недостаточность более высокого уровня слухового восприятия — нарушение слухового гнозиса. Сенсорная алалия наблюдается при гиперкинетической форме ДЦП. При этом для детей характерны повышенная эмоциональная возбудимость, двигательное беспокойство, неустойчивость слухового внимания. Известно, что при гиперкинетической форме ДЦП также часто встречаются нарушения слуха. Очень важно правильно дифференцировать сенсорную алалию и нарушение речевого развития из-за нарушения слуха, так как логопедическая работа будет определяться причиной, вызвавшей недоразвитие речи у ребенка с гиперкинетической формой ДЦП.

Дети с церебральным параличом с трудом овладевают навыками чтения и письма. Нарушения письменной речи — дислексия и дисграфия — обычно сочетаются с недоразвитием устной речи. При ДЦП трудности овладения навыками чтения и письма связаны также с нарушениями зрительного восприятия формы, недостаточным развитием оптико-пространственных представлений, фонематического восприятия, с нарушениями мелкой моторики.

При дислексии у детей с церебральным параличом наблюдаются своеобразные, затруднения в усвоении навыка чтения: пропуски и перестановки букв, смешение сходных по начертанию букв (з — в). Дети забывают, как читается та или иная буква, пропускают строчки. Длительное

время они читают медленно, по слогам, часто пытаются угадать слово. Даже в среднем школьном возрасте при чтении про себя дети часто не могут понять смысл прочитанного, так как иногда не узнают буквы и целые слова.

Одновременно с нарушениями чтения у детей, страдающих церебральным параличом, отмечаются трудности в овладении письмом. При дисграфии дети долго не запоминают начертания букв, нередко забывают их. Они заменяют буквы или их элементы другими по признаку графического сходства, искажают графический образ букв (неправильно сочетают элементы в изображении отдельных букв). Характерной особенностью нарушений письма при ДЦП является его зеркальность, особенно на начальных этапах обучения. Зеркальность письма наиболее часто наблюдается у детей с правосторонним гемипарезом при письме левой рукой. Дети рисуют и пишут справа налево и асимметричные буквы изображают зеркально. В тех случаях, когда нарушения письма обусловлены недоразвитием фонематического слуха и дефектами произношения, в письменных работах встречаются такие ошибки, как замена фонем, близких по звучанию, пропуск букв в слове, перестановка букв и слогов, недописывание окончаний в словах.

Нарушения чтения и письма носят стойкий характер и с возрастом меняются не качественно, а количественно. Снижается число дислексических и дисграфических ошибок, но характер их сохраняется.

У некоторых детей с церебральным параличом может отмечаться заикание. В возникновении заикания при ДЦП играют роль психические травмы (испуг, различные волнения и переживания, изменение привычного жизненного стереотипа, разлука с близкими и др.), ошибки воспитания, органические нарушения речедвигательной функции. Заикание может возникнуть у детей, имеющих такие особенности личностного развития, как повышенная ранимость, глубокое переживание дефекта, страх общения с окружающими. Особенностью заикания при церебральном параличе является преобладание клонико-тонических судорог в дыхательной и

артикуляционной мускулатуре. Заикание обычно носит стойкий характер, сопровождается выраженными сомато-вегетативными расстройствами, усиливается в подростковом возрасте. У детей с ДЦП заикание чаще всего возникает на фоне гиперкинетической дизартрии. При этом у детей выражены насильственные движения в артикуляционных и скелетных мышцах. Для этих движений характерна стойкость проявлений, они трудно поддаются коррекционному воздействию.

Итак, для детей с церебральным параличом характерны различные формы речевого дизонтогенеза, проявляющиеся как в виде обратимых нарушений (задержки доречевого и речевого развития), так и в виде более стойких системных расстройств всех сторон речи (общего недоразвития речи). Характер нарушений речевого развития определяет задачи и методы логопедической работы.

2.3. Логопедическое обследование детей с церебральным параличом

Логопедическое обследование детей, страдающих церебральным параличом, строится на общем системном подходе, который опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии. В связи с этим изучение речевого развития при ДЦП охватывает все стороны речи. Важно учитывать соотношение, речевых и неречевых нарушений (неврологической симптоматики) в структуре дефекта и определить сохраненные механизмы речи.

Комплексное всестороннее обследование особенностей развития речевых, психических функций, двигательной сферы, деятельности различных анализаторных систем позволит дать объективную оценку имеющихся недостатков речевого развития и наметить оптимальные пути их коррекции. Важным условием обследования и постановки диагноза является согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача ЛФК.

В ходе логопедического обследования детей с ДЦП используют следующие методы:

изучение медицинской и биографической документации (сбор и анализ анамнестических данных);

наблюдение за ребенком (в обычной и специально организованной ситуации);

беседа с родителями и ребенком;

визуальный и тактильный контроль (ощупывание артикуляционной мускулатуры в покое и в процессе речи);

использование компьютерных игр при обследовании звукопроизношения, дыхательной и голосовой функций.

Прежде чем начинать обследование ребенка, важно всесторонне изучить медицинскую документацию (данные анамнеза) и проанализировать результаты обследования и заключение невропатолога (неврологический статус), эти данные желательно обсудить с врачом. Особенностью логопедического обследования и анализа структуры речевого дефекта детей с церебральным параличом является принцип соотнесения расстройств артикуляционной моторики с общими двигательными нарушениями. При ДЦП артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оцениваются в соответствии с общими моторными возможностями ребенка (стремятся даже незначительные двигательные расстройства).

Совместно с невропатологом логопед изучает особенности общей моторики ребенка (удержание головы, свободные повороты ее в стороны, сидение, вертикальное положение стоя, самостоятельная ходьба) и функциональные возможности кистей и пальцев рук (опорная функция, ладонный и пальцевой захват, манипуляции с предметами, выделение ведущей руки, согласованность действий рук, тонкие дифференцированные движения пальцев).

При определении ведущего неврологического синдрома и степени его проявления в артикуляционной мускулатуре и моторике (речедвигательного

синдрома) логопед опирается на заключение невропатолога. При этом необходимо отметить отсутствие патологических тонических рефлексов или их наличие и влияние на дыхание, голосообразование и артикуляцию.

Важно, чтобы при логопедическом обследовании ребенок был совершенно спокоен, не плакал, не был испуганным. Если ребенок плачет, кричит, вырывается из рук, это может отразиться на изменении (повышении) тонуса мышц, и представление о двигательных и речевых возможностях, которое получит логопед, будет ложным. В ходе обследования проводится тщательный анализ тех положений и движений, которые могут облегчать или, наоборот, утяжелять речевую деятельность. Ребёнка с тяжелыми двигательными нарушениями желательно уложить на удобную кушетку или ковер, проверив разные положения: на спине, на боку, на животе. В более легких случаях обследование проводится в положении сидя или стоя.

Как и при всяком комплексном обследовании, важно оценить особенности развития познавательной деятельности (внимания, памяти, мышления), сенсорных функций (зрительного, слухового и кинестетического восприятия), проявления эмоционально-волевой сферы.

Логопедическое обследование включает в себя сбор данных об особенностях доречевого, раннего речевого и психического развития ребенка до момента обследования. Опираясь на данные медицинской документации и беседы с родителями, выясняется время появления и характер крика, гуления, лепета, а затем первых слов и простых фраз.

Обследование артикуляционного аппарата начинается с проверки строения его органов: губ, языка, зубов, твердого и мягкого нёба, челюстей. При этом логопед определяет, насколько их строение соответствует норме.

Необходимо оценить состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата в покое, при попытках к речевой деятельности, в процессе речи, при мимических, общих и артикуляционных движениях. Состояние мышечного тонуса в органах артикуляции (лицевой, губной и язычной мускулатуре) оценивается совместном осмотре логопеда и невропатолога. У детей с

церебральным параличом нарушения тонуса артикуляционных мышц характеризуются спастичностью, гипотонией или дистонией. Нередко имеет место смешанный характер и вариабельность нарушений мышечного тонуса в артикуляционном аппарате (например, в лицевой и губной мускулатуре может быть выражена гипотония, а в язычной —спастичность). Отмечается наличие или отсутствие гипомимии, асимметрии лица, сглаженности носгубных складок, синкинезий, гиперкинезов лицевой и язычной мускулатуры, тремора языка, девиации (отклонения) языка в сторону, гиперсаливации.

Логопед оценивает произвольные движения артикуляционного аппарата во время еды (сосание, снятие пищи с ложки, питье из чашки, откусывание, жевание, глотание). Выясняются особенности нарушения акта приема пищи у ребенка: отсутствие или затруднение жевания твердой пищи и откусывания от куска; поперхивание и захлебывание при глотании.

Особое внимание обращается на состояние произвольной артикуляционной моторики. При проверке подвижности органов артикуляции ребенку предлагают различные задания по подражанию. Анализируя состояние подвижности речевых мышц, обращают внимание на возможность выполнения артикуляционных позиций, их удержания и переключения. При этом отмечают не только основные характеристики артикуляционных движений (объем, амплитуда, темп, плавность и скорость переключения), но и точность, соразмерность выполнения движений, их истощаемость.

Особенно подробно логопед оценивает объем артикуляционных движений языка (строго ограничен, неполный, полный); отмечается даже незначительное снижение амплитуды артикуляционных движений языка. У некоторых детей с ярко выраженными речедвигательными синдромами не удается даже пассивно вывести язык из полости рта. Проверяется возможность произвольного высовывания языка, боковых отведений, облизывания губ, удержания широким, распластанным, а затем узким, а также верхнего подъема, пощелкиваний и т.д. Оценивается степень и граница

глочного рефлекса (повышение или понижение). Логопед анализирует особенности движений губ (малоподвижные или достаточно подвижные) и нижней челюсти (открывание и закрывание рта, умение удерживать рот закрытым).

Оценка понимания обращенной (импрессивной) речи является важным этапом логопедического обследования. Логопед выявляет уровень понимания обращенной речи (различение интонации, ситуативное понимание, понимание речи на бытовом уровне, в полном объеме). Пассивный словарь проверяется на реальных предметах и игрушках, предметных и сюжетных картинках. При этом определяется, как ребенок понимает значение слова, смысл действия, простого и сложного сюжета, лексико-грамматических конструкций, последовательности событий.

При обследовании собственной (экспрессивной) речи ребенка выявляется уровень его речевого развития. Важно отметить возрастную сформированность лексической и грамматической сторон речи, усвоение различных частей речи, особенности слоговой структуры слов. У безречевых детей отмечается возможность использования ими различных невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, интонации.

При изучении произносительной стороны речи выявляется степень нарушения ее разборчивости (речь невнятная, малопонятная для окружающих; разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая, смазанная). Далее отмечаются особенности нарушений дыхания (поверхностное, учащенное, неритмичное), голоса (недостаточность силы и отклонения тембра голоса) и просодической организации речевого потока.

Подробно проверяется фонетико-фонематический строй речи. При обследовании звукопроизношения необходимо выявить умение ребенка произносить звуки изолированно, в слогах, в словах, в предложениях и особенно в речевом потоке. Следует отметить недостатки звукопроизношения: искажения, замены, пропуски звуков. Нарушения звукопроизношения сопоставляются с особенностями фонематического

восприятия и звукового анализа. Важно отметить, определяет ли ребенок нарушения звукопроизношения в чужой и собственной речи; как он дифференцирует на слух нормально и дефектно произносимые им звуки.

Качество звукового расстройства у детей с дизартрией может быть различным. И. И. Панченко предложила выделять следующие формы звукового расстройства речи:

1-я форма — фонетическое расстройство, проявляющееся в искажении звуков, но с сохранностью всех дифференциальных фонематических признаков звуков;

2-я форма — фонетико-апраксическое расстройство, включающее как фонетические нарушения (искажения звуков), так и артикуляционную апраксию, выражающуюся в замене и пропусках звуков;

3-я форма — фонетико-фонематическое расстройство с явлениями артикуляционной апраксии (кроме искажений звуков имеются множественные замены, пропуски звуков, нарушения слоговой структуры слов, неправильное грамматическое употребление фонем в конце слова).

Итак, в ходе логопедического обследования детей с церебральным параличом логопед должен выявить структуру речевого дефекта (соотношение речевых и неречевых нарушений), сопоставив его с тяжестью поражения артикуляционной и общей моторики, а также уровнем психического развития ребенка,

В настоящее время разработаны приемы ранней диагностики дизартрических расстройств на основе оценки неречевых нарушений. Чем младше ребенок и чем ниже уровень его речевого развития, тем большее значение имеет анализ неречевых нарушений. Наиболее частым первым проявлением дизартрических расстройств является наличие псевдобульбарного (спастико-паретического) синдрома, первые признаки которого можно обнаружить уже у новорожденного. Прежде всего это отсутствие крика (афония) или его слабость, однообразие, непродолжительность. Крик может быть сдавленным или пронзительным,

иногда имеют место отдельные всхлипывания или вместо крика - гримаса на лице. Почти у всех детей с церебральным параличом отмечается раннее проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике речевого аппарата. Наиболее характерными являются следующие нарушения.

Патологические изменения в строении и функционировании артикуляционного аппарата. Нарушение тонуса и подвижности артикуляционных мышц:

в лицевой мускулатуре: наличие асимметрии, сглаженность носогубных складок, опущение одного из углов рта, перекося рта в сторону при улыбке и плаче; гипомимия; нарушение тонуса лицевой мускулатуры по типу спастичности, гипотонии или дистонии; гиперкинезы лица;

в губной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса, резкое или незначительное ограничение подвижности губ; недостаточность смыкания губ, затруднение удержания рта закрытым, отвисание нижней губы, препятствующее плотному захвату соски или соска и вызывающее вытекание молока изо рта;

в язычной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса; патология строения языка (при спастичности — язык массивный, оттянут комом назад или вытянут «жалом» вперед; при гипотонии — тонкий, вялый, распластаный в полости рта; раздвоенность языка, невыраженность кончика языка, укорочение уздечки); патология положения языка (девиация в сторону, высовывание языка изо рта); гиперкинезы, тремор, фибриллярные подергивания языка; ограничение подвижности язычной мускулатуры (от полной невозможности до снижения объема артикуляционных движений); повышение или понижение глоточного (рвотного) рефлекса;

в мускулатуре мягкого нёба: провисание нёбной занавески (при гипотонии); отклонение увулы от средней линии;

в твердом нёбе: нёбо высокое, готическое, узкое, уплощенное, наличие в нем расщелины;

аномалии зубного ряда и прикуса.

Нарушения дыхания: инфантильные схемы дыхания (преобладание брюшного типа дыхания после 6 мес.), учащенное, неглубокое дыхание; дискоординация вдоха и выдоха (поверхностный вдох, укороченный, слабый выдох); стридор.

Нарушения голосообразования: недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий), отклонения тембра (назализованный, глухой, хриплый, сдавленный, напряженный, прерывистый, дрожащий); нарушение голосовых модуляций, интонационной выразительности, голоса. Иногда отмечается асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции.

Нарушение акта приема пищи: сосания (слабость, вялость, неактивность, неритмичность сосательных движений; вытекание, молока из носа), глотания (поперхивание, захлебывание), жевания (отсутствие или затруднение жевания твердой пищи), откусывания от куска и питья из чашки.

Гиперсаливация (постоянная или усиливающаяся при определенных условиях).

Оральные синкинезии (ребенок широко открывает рот при пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения).

Отсутствие или ослабление рефлексов орального автоматизма (до 3 мес., наличие патологических рефлексов орального автоматизма (после 3—4 мес.).

С возрастом у ребенка с церебральным параличом все больше выявляется недостаточность голосовых реакций — крика, гуления, лепета. Длительное время крик остается тихим, мало модулированным, монотонным, без интонационной выразительности (не изменяется в зависимости от состояния ребенка). Часто крик имеет носовой оттенок. Звуки гуления и лепета отличаются однообразием, бедностью звукового состава, малой активностью, фрагментарностью.

На более поздних этапах развития в диагностике дизартрических расстройств все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: качественная недостаточность голосовых реакций, стойкие нарушения звукопроизношения, речевого дыхания, голосообразования, просодики.

Проанализировав результаты обследования, логопед дает заключение, позволяющее судить о состоянии речевого развития ребенка на момент обследования. Логопедическое заключение (диагноз) ставится совместно логопедом и невропатологом.

2.4. Особенности логопедической работы по преодолению дизартрических нарушений речи при ДЦП

Знание особенностей речевых нарушений у детей с церебральным параличом позволяет сформулировать основные положения, определяющие последовательность и систему коррекционно-логопедической работы при ДЦП.

Важно постоянно учитывать взаимовлияние речевых, двигательных и психических нарушений в динамике развития ребенка. Вследствие этого логопедическая работа направлена на коррекцию нарушений речи в сочетании со стимуляцией развития всех ее сторон (лексики, грамматики, фонетики), сенсорных и психических функций. Таким образом осуществляется формирование речи как целостной психической деятельности.

Речевая терапия основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Сочетание логопедической работы с медицинскими мероприятиями (медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК и др.) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь речевых и двигательных расстройств при ДЦП, общность поражения артикуляционной и общей моторики. Например, необходимо подавлять патологическую рефлексорную активность как в речевой, так и в скелетной мускулатуре.

Онтогенетически последовательное поэтапное логопедическое воздействие опирается на сохранные функции. Ориентиром в логопедической коррекции служит не календарный возраст ребенка, а уровень актуального речевого развития.

Необходимо одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук. Это связано с положением об анатомической близости корковых зон иннервации речевого аппарата с зонами иннервации мышц рук, особенно кисти и большого пальца. При ДЦП тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук.

Очень важна стимуляция двигательного-кинестетического анализатора, что позволит сформировать управление артикуляционным праксисом (умение выполнять целенаправленные артикуляционные действия), развить навыки самоконтроля и адекватной самооценки действий, которые совершает ребенок (кинестетическое ощущение артикуляционной позы). При этом необходима опора на другие анализаторы (на зрительный — при выполнении артикуляционных упражнений перед зеркалом; на слуховой — когда движения сопровождаются четкой речевой инструкцией).

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

Задачи логопедической работы

Основная цель логопедической работы с детьми с ДЦП — развитие речевого общения, улучшение разборчивости речевого высказывания для того, чтобы обеспечить ребенку большее понимание его речи окружающими. Для реализации этой цели необходимо:

1. Уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата: спастического пареза, гиперкинезов, атаксии (в более легких случаях — нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата):

2. Развитие речевого дыхания и голоса; Формирование продолжительности, звонкости, управляющей голоса в речевом потоке. Выработка синхронности голоса, дыхания и артикуляции.

3. Нормализация просодической системы речи (мелодико-интонационных и темпо-ритмических характеристик речи).

4. Формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи.

5. Развитие фонематического восприятия и звукового анализа.

6. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

7. Нормализация лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при умешанном, сложном речевом расстройстве, являющемся как дизартрической, так и алалической патологией речи или при Задержке речевого развития).

Установив диагноз на основании первичного логопедического обследования, логопед совместно с невропатологом разрабатывают тактику коррекционно-логопедической работы, определяют основные направления и формы работы, прогнозируют конечный результат логопедического воздействия, определяют противопоказания и дозировку занятий. Для каждого ребенка желает составить индивидуальную комплексную программу, включающую конкретные коррекционно-логопедические задачи на ближайшее время и перспективный план работы.

При проведении коррекционно-логопедической работы с детьми, страдающими церебральным параличом, целесообразно использовать следующие методы логопедического воздействия:

дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий),

зондовый массаж,

точечный массаж,

пассивная и активная артикуляционная гимнастика,

дыхательные и голосовые упражнения,

искусственная локальная контрастотермия (сочетание гипо- и гипертермии).

Дифференцированный логопедический массаж

Занимаясь нормализацией произношения у детей с дизартрией, логопед стремится сначала ослабить проявления иннервации речевого аппарата. Расширяя возможности речевых мышц, можно рассчитывать на лучшее спонтанное включение этих мышц в артикуляционный процесс, что, в свою очередь, повысит качество звуковой системы речи. Необходимо использовать средства, приемы дифференцированного логопедического массажа (расслабляющего или стимулирующего) в зависимости от характера нарушения тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата у данного ребенка. В зависимости от состояния мышечного тонуса проводится расслабляющий массаж (при спастичности мышц — с целью расслабления) и стимулирующий массаж (при гипотонии — с целью активизации мышечного тонуса). Сущность массажа состоит в применении механических раздражений в виде легкого поглаживания, растирания, разминания, вибрации и поколачивания. Такие приемы, как вибрация, глубокое разминание, пощипывания, применяются только при гипотонии мускулатуры.

Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры

Этот вид массажа применяют в случае повышения тонуса в речевых мышцах (в лицевой, губной, язычной мускулатуре). При расслабляющем массаже очень важен выбор позы для занятий с ребенком. Ребенку придают положения, в которых патологические тонические рефлекс-запрещающие позиции); Тонус мышц лица, шеи, языка при этом несколько понизится.

1. «Поза эмбриона» — в положении на спине приподнимают и опускают голову ребенка на грудь, руки и колени сгибают и приводят к животу. В этой

позе производят плавные покачивания до 6—10 раз, направленные на достижение максимального мышечного расслабления (метод Бобат).

2. В положении на спине под шею ребенка подкладывается валик, позволяющий несколько приподнять плечи и откинуть назад голову; ноги при этом согнуты в коленях.

3. В положении на спине голова с обеих сторон фиксируется валиками, позволяющими удерживать ее по средней линии.

Расслабление мышц шеи (пассивные движения головы)

Перед началом расслабляющего массажа артикуляционной мускулатуры, особенно в случае повышения мышечного тонуса верхнего плечевого пояса и шеи, необходимо добиться расслабления этих мышц. Логопед совершает пассивные движения головой ребенка.

Ребенок в положении на спине, голова несколько свешивается назад:

а) одной рукой логопед поддерживает шею ребенка сзади, другой производит круговые движения головой сначала по часовой, затем против часовой стрелки; б) медленными, плавными движениями логопед поворачивает голову ребенка в одну и в другую сторону, покачивает вперед (3 — 5 раз). Расслабление шейной мускулатуры вызывает некоторое расслабление корня языка.

Расслабление оральной мускулатуры достигается легким поглаживанием, похлопыванием мышц лица, губ, шеи, языка. Движения проводятся двумя руками в направлении от периферии к центру. Движения должны быть легкими, скользящими, слегка прижимающими, но не растягивающими кожу. Каждое движение повторяется 5—8 раз.

Расслабление лицевой мускулатуры:

1) поглаживание от середины лба к вискам,
от бровей к волосистой части головы,
от линии лба вокруг глаз,
от переносицы в стороны до края волос, продолжая линию бровей,
от линии лба вниз через все лицо по щекам, подбородку и шее,

- от нижнего края ушной раковины (от мочек уха) по щекам к крыльям носа;
- 2) легкие пощипывающие движения по краю нижней челюсти;
 - 3) надавливающие движения по лицу от корней волос вниз.

Расслабление губной мускулатуры:

- 1) поглаживание верхней губы от углов рта к центру, нижней губы от углов рта к центру, верхней губы (движение сверху вниз), нижней губы (движение снизу вверх), носогубных складок от крыльев носа к углам губ;
- 2) точечный массаж губ (легкие вращательные движения по часовой стрелке);
- 3) легкое постукивание по губам пальцами.

При асимметрии лицевой мускулатуры артикуляционный массаж проводят с гиперкоррекцией пораженной стороны, т. е. на ней осуществляется большее число массажных движений.

Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры

Стимулирующий массаж осуществляется при гипотонии мышц (с целью укрепления мышечного тонуса). Массажные движения проводятся от центра к периферии. Укрепление лицевой мускулатуры осуществляется путем поглаживания, растирания, разминания, пощипывания, вибрации. После 4—5 легких движений сила их нарастает. Они становятся надавливающими, но не болезненными. Движения повторяются 8—10 раз.

Укрепление лицевой мускулатуры:

- 1) поглаживание лба от середины к вискам, лба от бровей к волосам, бровей, век от внутренних к внешним углам глаз и в стороны, щек от носа к ушам и от подбородка к ушам;
- 2) сжимание подбородка ритмичными движениями;
- 3) разминание скуловой и щечной мышцы (спиралевидные движения по скуловой и щечной мышцам);

4)перетирание щечной мышцы (указательный палец во рту, остальные снаружи);

5)пощипывание щек.

Укрепление губной мускулатуры:

1)поглаживание от середины верхней губы к углам,
от середины нижней губы к углам,
от углов губ по носогубным складкам к крыльям носа;

2)пощипывание губ;

3)покалывание губ.

Одним из приемов укрепляющего массажа является вибрация. Вибрацию можно производить ручным методом и при помощи механического прибора — вибратора. Передача тканям мелких, быстрых, чередующихся колебательных движений вызывает сильное сокращение мышц и придает им большую упругость, улучшает трофику тканей. Массаж продолжается 2—4 мин. (Вибрация противопоказана детям с судорогами.)

Массаж язычной мускулатуры

При спастичности языка производят расслабляющий массаж, при гипотонии языка — укрепляющий, в последнем случае используются более активные, интенсивные приемы, чем в первом. При спастичности языка (она отмечается значительно чаще, чем гипотония) для снижения тонуса язычной мускулатуры перед массажем можно подержать во рту теплый настой трав (по одной ч.л. крапивы, зверобоя, ромашки, чая на 0,5 л кипятка).

Цели массажа языка: а) нормализация мышечного тонуса; б) включение в речевую деятельность новых групп мышц и увеличение интенсивности ранее включенных мышц; в) увеличение объема и амплитуды артикуляционных движений; г) уменьшение слюнотечения; д) афферентация в речевые зоны коры головного мозга (для стимуляции речевого развития).

Массаж языка можно осуществлять различными способами:

1) зондовый массаж (используются зонды Е.В.Новиковой или постановочные зонды Е.Ф.Рау);

- 2)пальцевый массаж (производится в напальчнике или через марлевую салфетку);
- 3)массаж деревянным или металлическим шпателем;
- 4)массаж зубными щетками (различными по материалу, форме , жесткости щетины, размеру). При массаже используются щетина, так и палочка щетки.

Перед началом массажа языка нужно выяснить степень и границу глоточного (рвотного) рефлекса. В случае его повышения время каждого последующего массажа необходимо понемногу: ходить за границу глоточного рефлекса. Массаж языка не следует проводить после кормления ребенка.

Во время массажа языка рот ребенка открыт. Логопед сначала делает массаж в полости рта, затем вне полости рта (попросив высунуть язык) и, наконец, удерживая язык марлевой салфеткой.

Приемы массажа языка (направление массажных движений):

- 1)поглаживание языка в различных направлениях: от корня языка к кончику (воздействие на продольные мышцы); от центра языка к боковым краям (поперечные мышцы); круговые, спиралевидные движения;
- 2)похлопывание языка, начиная с кончика, продвигаясь постепенно к корню и обратно (ритмичные надавливания воздействуют на вертикальные мышцы);
- 3)легкие вибрирующие движения, передаваемые языку через зонд (шпатель);
- 4)покалывание языка (игольчатым зондом);
- 5)массаж верхнего подъема языка, растягивание уздечки (движение снизу вверх под языком);
- 6)«перетирание» языка марлевой салфеткой или чистым носовым платком (в случае повышенной чувствительности ребенка к марле);
- 7)распластывание языка маленькой клизмой-спринцовкой (сложенная в два раза клизма — во рту, кончик ее — снаружи).

Артикуляционная гимнастика проводится сначала в пассивной форме, затем в пассивно-активной и, наконец, в активной форме.

Пассивная артикуляционная гимнастика

Пассивная артикуляционная гимнастика проводится после массажа.

Логопед выполняет пассивные движения органов артикуляции. Их целью является включение в процесс артикулирования; новых групп мышц, до этого бездействовавших, или увеличение интенсивности мышц, ранее включенных. Это создает условия для формирования произвольных движений речевой мускулатуры. Направление, объем и траектория пассивных движений те же, что и активных. От последних они отличаются тем, что их начало и конец, фиксация не зависят от ребенка. Логопед оформляет схему артикуляционного движения, по возможности объясняя ее ребенку и требуя от него зрительного контроля. Пассивные упражнения осуществляются сериями по 3—5 движений. Ребенку предлагается осознать 3 стадии каждого движения: вход, фиксация, выход. Нужно постепенно воспитывать способность зрительно контролировать и оценивать каждое движение, ощущать и запоминать его.

Пассивная гимнастика языка:

- 1) выведение языка из ротовой полости вперед;
- 2) вытягивание языка назад;
- 3) опускание языка вниз (к нижней губе);
- 4) поднятие языка вверх (к верхней губе);
- 5) боковые отведения языка (влево и вправо);
- 6) придавливание кончика языка ко дну ротовой полости;
- 7) приподнимание кончика языка к твердому нёбу;
- 8) легкие плавные покачивающие движения языка в стороны.

Пассивная гимнастика губ:

- 1) собирание верхней губы (поместив указательные пальцы обеих рук в углы губ, проводят движение к средней линии);
- 2) собирание нижней губы (тем же приемом);

- 3)собираение губ в трубочку — «хоботок» (движение производится к средней линии);
- 4)растягивание губ в улыбку при фиксации пальцами углов рта;
- 5)поднимание верхней губы;
- 6)опускание нижней губы;
- 7)смыкание губ для выработки кинестетического ощущения закрытого рта;
- 8)создание различных укладов губ, необходимых для произнесения гласных звуков (а, о, у, и, ы, э).

Активная артикуляционная гимнастика

При проведении артикуляционной гимнастики большое значение придается тактильно-проприоцептивной стимуляции, способствующей развитию статико-динамических ощущений и четких артикуляционных кинестезии. Осуществляя принцип компенсации, на первых этапах работы используют максимальное подключение различных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Тактильный анализатор играет существенную роль в кинестетическом восприятии, поэтому массаж и пассивную гимнастику проводят перед активной артикуляционной гимнастикой. Далее для развития более четких и дифференцированных артикуляционных кинестезии постепенно исключают участие тактильного анализатора, зрения и слуха. Многие упражнения можно проводить, попросив ребенка закрыть глаза, акцентируя его внимание на проприоцептивных ощущениях. При выполнении активных артикуляционных движений в мимической, губной и язычной мускулатуре важно формировать полноту объема движений, дифференцированно включения различных мышц; плавность, симметричность движений; скорость включения и переключения. Необходимо развитие произвольности, дифференцированности артикуляционных движений и контроля за их выполнением.

Упражнения для развития мимических мышц лица:

- 1)закрывание (обычное и плотное) и открывание глаз;
- 2)нахмуривание бровей;

- 3)поднимание бровей, образование продольных морщин на лбу;
- 4)надувание щек;
- 5)проглатывание слюны;
- 6)открывание и закрывание рта;
- 7)жевательные движения.

Упражнения для развития губной мускулатуры:

- 1)вытягивание губ вперед трубочкой;
- 2)растягивание их в стороны;
- 3)чередование движений «хоботок — оскал»;
- 4)смыкание губ (обычное и плотное) при сомкнутых и разомкнутых челюстях;
- 5)размыкание губ при закрытом и открытом рте;
- 6)мгновенное смыкание губ с разрывом (типа «поцелуй»);
- 7)вялый губной выдох (струя воздуха направлена под губы, щеки надуваются не напряженно);
- 8)целевой губной выдох (в определенном направлении с напряженными и расслабленными щеками);
- 9)поднимание верхней губы с обнажением зубов (плаксивое выражение лица).

Для создания большей иннервационной активности, повышения степени кинестетического чувства речевого аппарата, для увеличения объема артикуляционных движений можно использовать следующие задания:

- 1)выталкивание языком марлевой салфетки, засунутой за щеку (попеременно слева и справа),
- 2)перемещение в полости рта предметов различного размера, фактуры и формы (пуговицы, шарики и т.д.),
- 3)удерживание губами различных предметов (пробка, марля). Упражнения с сопротивлением.

Особенно большая работа должна проводиться над мышцами $\$$ языка. Необходимо развитие общих, менее дифференцированных движений языка, а

затем формирование тонких и дифференцированных его движений, активизация его кончика, отграничение языка и нижней челюсти.

Упражнения для язычной мускулатуры:

- 1)прикосновение кончиком языка к краю нижних зубов;
- 2)выдвигание языка вперед;
- 3)втягивание языка назад, внутрь;
- 4)опускание языка вниз;
- 5)приподнимание языка вверх;
- 6)боковые отведения (вправо и влево);
- 7)приподнимание вверх и прижимание средней части языка к боковым зубам верхней челюсти;
- 8)суживание языка и заострение его;
- 9)переключение различных позиций.

Далее переходят к специальным упражнениям, имеющим артикуляционное значение для постановки звуков.

Искусственная локальная контрастотермия

Метод искусственной локальной контрастотермии применяется для уменьшения спастичности мышц артикуляционного аппарата, гиперкинезов язычной и мимической мускулатуры, а также при артикуляционной апраксии. Этот метод заключается в контрастотермальном воздействии низкотемпературных (криомассаж) и высокотемпературных (термомассаж) агентов. В качестве низкотемпературных агентов выступают ледяная крошка или очень холодная вода, а высокотемпературных — горячая вода или настой трав.

Гипотермию (криомассаж) и гипертермию (тепломассаж) можно применять поочередно или избирательно. Существуют различные варианты их применения:

- только гипотермия (криомассаж),
- только гипертермия (тепломассаж),
- гипотермия, затем гипертермия,

попеременное использование крио- и теплоаппликаций.

Искусственная локальная гипотермия (ИЛГ) осуществляется следующим образом: ледяную крошку в марле накладывают поочередно на мышцы артикуляционного аппарата (круговую мышцу рта, большую скуловую мышцу, подбородок в области подчелюстной ямки, язычную мускулатуру). При воздействии ИЛГ на мышцы языка логопед удерживает язык марлевой салфеткой (обязательно воздействуя на корень, спинку, кончик, боковые края языка).

Продолжительность экспозиции ледяной аппликации во время одного сеанса суммарно от 2 до 7 мин (время экспозиции увеличиваем постепенно). Одномоментное наложение льда на одну из заинтересованных зон криовоздействия от 5 до 20 с. Курс лечения составляет 15 — 20 сеансов, проводимых ежедневно.

Аналогично проводится тепломассаж артикуляционной мускулатуры. При этом можно использовать теплоэлектромассажер.

Для активизации центральных отделов речедвигательного анализатора, речевой афферентации контрастотермальное воздействие можно оказывать не только на артикуляционную мускулатуру, но и на мышцы верхних конечностей (особенно кисти правой руки).

Развитие дыхания и коррекция его нарушений (дыхательная гимнастика)

Важным разделом логопедической работы при ДЦП является развитие дыхания и коррекция его нарушений. Эту работу начинают с первых месяцев жизни больного ребенка, что имеет большое значение для его общего соматического состояния, а также для стимуляции голосовых реакций. Коррекция нарушений дыхания начинается с общих дыхательных упражнений, целью которых является увеличение объема, силы и глубины вдыхаемого и выдыхаемого воздуха и нормализация ритма дыхания. Логопед проводит с ребенком пассивные дыхательные упражнения. Во время проведения дыхательной гимнастики можно напевать тихую плавную

мелодию или спокойно, ласково рассказывать что-либо ребенку. Разработка дыхания проводится в различных положениях ребенка: лежа на спине, сидя, стоя. С детьми младенческого и раннего возраста, а также при тяжелых двигательных нарушениях дыхательные упражнения необходимо проводить в положении на спине — в «рефлекс-запрещающих позициях».

Целесообразно использовать следующие дыхательные упражнения:

1. Ребенок лежит на спине. Путем легкого поглаживания тела и, прежде всего, верхнего плечевого пояса, потряхивания конечностей ребенка достигают некоторого расслабления его скелетной мускулатуры. Захватив кисти ребенка и слегка потряхивая ими, логопед разводит руки в стороны, поднимает их вверх (вдох), затем опускает вперед, прижимая руки к туловищу и легко надавливая на грудную клетку (выдох).

2. Ребенок лежит на спине. В ритме дыхания, осторожно потряхивая ноги ребенка, их вытягивают, разгибают (при этом происходит вдох), а сгибание их в коленях и приведение к животу усиливает и удлиняет выдох. Для активизации работы диафрагмы это упражнение можно проводить, заведя руки ребенка под голову.

3. Одновременно с поворотом головы ребенка в сторону логопед отводит в соответствующую сторону и его руку (вдох). Слегка потряхивая руку, возвращает руку и голову в исходное положение (выдох). Это упражнение способствует выработке ритмичности движения и дыхания.

4. Ребенок лежит на животе, руки под грудью опираются на твердую поверхность, голова опущена. Логопед поднимает голову и плечи при опоре на руки (вдох), затем опускает их (выдох). Необходимо стремиться к активному включению ребенка в упражнение с помощью игры («Вот наш малыш! Ку-ку, наш малыш спрятался»).

5. В положении ребенка лежа или сидя логопед кладет свои руки на грудные мышцы ребенка, прислушивается к ритму дыхания. В момент выдоха нажимает на грудную клетку, как бы препятствуя вдоху (в течение

нескольких секунд). Это упражнение способствует более удлиненному выдоху и глубокому и быстрому вдоху.

6. Ребенок лежит или сидит. Перед его лицом создают движение воздуха, ветерок, что усиливает глубину вдоха.

7. Ребенка просят как можно дольше задержать вдох, добиваясь таким образом более быстрого и глубокого вдоха и медленного выдоха.

В зависимости от возраста и функциональных возможностей длина вдоха и выдоха устанавливается индивидуально. При выполнении любого пассивного движения желательно проводить афферентную стимуляцию различных анализаторов (слухового, зрительного, кинестетического). Активизируя деятельность ребенка, необходимо сосредоточить его внимание на выполнении упражнения. Ребенок должен не только ощутить движение, но и услышать речевую инструкцию к нему и, по возможности, увидеть его выполнение (в зеркале).

Для работы по овладению произвольным дыханием, при котором ребенок может менять его ритм, удерживать вдох и удлинять выдох, требуется длительная тренировка, основанная на произвольных дыхательных движениях. Например, логопед использует произвольный глубокий вздох или зевок ребенка и фиксирует его внимание на углубленном вдохе и выдохе («Ах, как ты умеешь глубоко дышать! А ну, давай попробуем подышать еще так сильно»). Ребенок пытается повторить только что возникшее произвольное дыхательное движение. Так происходит постепенный переход от безусловных рефлекторных реакций к произвольным активным дыхательным движениям. Произвольного выдоха можно достичь следующими упражнениями:

Логопед надавливает на плечи сидящему ребенку и предлагает ему подняться. Ребенок, пытаясь сделать это, сильно упирается ногами в пол, выпрямляет спину, останавливает дыхание. Логопед, ослабив давление, дает ему подняться. В это время ребенок произвольно делает глубокий выдох. Такое упражнение повторяют не менее пяти раз, до получения

контролируемого выдоха. Незаметно для себя ребенок уже и вдох делает гораздо глубже, чем вначале;

Логопед легко надавливает сидящему ребенку на спину и предлагает ему опрокинуться назад на руки логопеда. Ребенок вынужден сильно напрячь мышцы живота, конечностей межреберные мышцы и задержать вдох. Позволив ребенку откинуться назад, логопед добивается произвольного глубокого, выдоха. После ряда попыток ребенок повторяет глубокий выдох уже сознательно. В определенный момент ребенку предлагают повторить вслед за логопедом озвученный выдох, напоминающий стон (слышимое фонаторное усилие).

Перечисленные и другие упражнения углубляют дыхание, делают его более ритмичным, усиливают вентиляцию легких, способствуют функционированию дыхательного центра. Но все они являются только необходимой подготовкой для дальнейшей работы над постановкой и развитием речевого дыхания.

При развитии речевого дыхания логопед проводит работу, направленную на дифференциацию носового и ротового вдоха и выдоха. Необходимо сделать ротовой выдох по возможности более произвольным, длительным, ритмичным. Все упражнения ребенок выполняет с помощью логопеда.

Для тренировки вдоха и выдоха через рот логопед закрывает ноздри ребенка и просит его: «Давай подышим, как собачка»;

Для тренировки носового вдоха и выдоха логопед закрывает рот ребенка, придерживая сомкнутые губы пальцами. Детям дошкольного возраста дается инструкция: «Не открывай рот. Вдыхай глубоко и выдыхай длительно через нос». Через некоторое время ребенок начинает сам следить за положением своего рта. При отработке вдоха через нос можно провести игру «Давай понюхаем цветочек»;

Рот закрыт. Логопед зажимает одну ноздрию, и ребенок дышит под определенный ритм (счет или стук метронома); потом зажимает другую ноздрию, и повторяется тот же цикл дыхательных упражнений.

Для формирования удлиненного произвольного выдоха через нос логопед учит правильно сморкаться;

Для закрепления удлиненного произвольного выдоха (через рот) необходимо максимально опираться на кинестетические ощущения. Ребенок должен «видеть и слышать» свой выдох. С этой целью рекомендуется дутье через трубочку, соломинку, пипетку в воду. Ребенок дует и смотрит, как появляются пузыри. Затем дует с закрытыми глазами (для усиления кинестетических ощущений). Логопед дает инструкцию ребенку: «Делай большие пузыри, смотри, слушай», «Делай попеременно один маленький, один большой пузырь»;

Для формирования произвольного направленного выдоха через рот большое значение имеют специальные игры - упражнения: выдувание мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание со стола мелких пушинок и бумажек, дутье в дудочку, свисток, губную гармошку. Можно провести игры «Чья птичка дальше улетит», «Одуванчику «Чей пароход дольше гудит». Игры подбираются дифференцировано в зависимости от возраста и характера нарушения дыхания.

Ротовой выдох можно поддержать ощущением струи воздуха на руке. Вначале на руку ребенка дует логопед, привлекая его внимание к возникшему ощущению: «Ты чувствуешь ветер?» Затем на свою руку дует сам ребенок;

Наконец, очень важно научить ребенка произвольно вдыхать через нос выдыхать через рот.

Позже, в момент ротового выдоха, логопед произносит различные гласные звуки (сначала шепотом, потом громко), стимулируя ребенка подражать ему. С целью увеличения длины ротового выдоха ребенок произносит постепенно удлиняющиеся цепочки гласных на одном выдохе.

При проведении дыхательной гимнастики нельзя переутомлять ребенка. Необходимо следить за тем, чтобы он не напрягал шею, плечи, не принимал неверную позу. Следует концентрировать внимание ребенка на ощущениях

движений диафрагмы, межреберных мышц, продолжительности произвольного вдоха и выдоха. Нужно следить за плавностью и ритмичностью дыхательных движений. Дыхательная гимнастика должна проводиться до еды, в хорошо проветренном помещении.

Развитие голоса и коррекция его нарушений

Формирование голоса проходит по ортофоническому методу, который предусматривает соединение артикуляционных, дыхательных и вокальных упражнений, целью которых является развитие координированной деятельности дыхания, голосообразования и артикуляции.

Работа над голосом всегда начинается с общего мышечного расслабления, артикуляционного массажа и артикуляционной гимнастики: При вызывании голоса большое внимание уделяется нормализации положения головы, расслаблению мышц верхнего плечевого пояса (круговые движения головой по часовой и против часовой стрелки - для расслабления шейно-гортанных мышц).

Для включения движение невидимых нёбно-глоточных, гортанных и подъязычных мышц, участвующих в фонировании, а также

повышения активности этих мышц проводятся следующие упражнения:

1. Гимнастика с преодолением сопротивления. Ребенку предлагается максимально вытянуть язык. Если он не может сделать это самостоятельно, логопед помогает ему. Затем ребенок пытается втянуть язык внутрь ротовой полости, а логопед легкими рывками вытягивает его.

2. Открывание рта с преодолением сопротивления (логопед держит руку под челюстью ребенка).

3. Запрокидывание головы с преодолением сопротивления (логопед держит руку под затылком ребенка) и опускание головы вниз с преодолением сопротивления (рука логопеда на лбу ребенка).

Нормальное голосообразование возможно в том случае, если ребенок может открывать и закрывать рот, опускать нижнюю челюсть, имитировать

жевательные движения. Логопед стимулирует! поднятие нижней челюсти путем легкого ритмичного постукивания по подбородку. Постепенно ребенок овладевает умением самостоятельно поднимать нижнюю челюсть. После этого ребенок учится опускать нижнюю челюсть сначала с помощью логопеда, затем самостоятельно. При опускании нижней челюсти можно одновременно произносить различные звукосочетания, например «карр-карр».

Для укрепления мышц нёбной занавески и активизации движений мягкого нёба используют следующие упражнения с чередованием расслабления и напряжения:

произвольное глотание капель воды,
стимуляция зевания и кашлеподобных движений,
произнесение гласного а на твердой атаке (далее слогов со звонкими согласными — ба, да, га, ва),
попеременное произнесение: м-па-м-па..., м-бай-м-бай... .

При логопедической работе для развития голоса полезно использовать совместное с логопедом пение, выразительную декламацию, медленное попеременное (то шепотом, то громко) произнесение гласных, согласных, слогов. Одновременно необходимо тренировать увеличение длины речевого выдоха: вначале на одном выдохе произносится по одной гласной (а, о, у, э), потом по две гласных (а-э, о-у, у-ы, э-и), затем по три (а-э-о, о-у-и), четыре и т.д. Потом произносятся слоги с удлинением их цепочек, затем слова и, наконец, стихотворные строки (на одном выдохе).

Важное значение имеют упражнения по развитию силы, тембра и высоты голоса. В процессе работы необходимо формировать у детей произвольное изменение силы голоса от громкого до тихого и наоборот, усиление и ослабление голоса при увеличении длительности звучания. Примером подобных упражнений может быть счет с постепенным усилением голоса (прямой счет) и с его ослаблением (обратный счет), а также произнесение

букв в алфавитном порядке, чтение стихотворений с постепенным усилением и ослаблением голоса:

В лесу кричу: «Ау! Ау!» (громко)

А мне в ответ: «Ау! Ау!» (тихо)

Горе кричу: «Ау! Ау!» (громко)

Гора в ответ: «Ау! Ау!» (тихо)

Для развития высоты, силы и тембра голоса большое значение имеет использование различных логопедических игр («Эхо», «В лесу», «Ветер»), чтение сказок по ролям, игры-инсценировки («Волк и семеро козлят», «Теремок», «Колобок»). Логопед учит детей подражать голосам героев сказок. Например, при инсценировке сказки «Три медведя» один ребенок подражает голосу Михаила Ивановича (низкий, грубый голос); другой — Настасьи Петровны (голос средней высоты, мягкий, ласковый); третий ребенок говорит голосом Мишутки (высокий, тоненький).

Развитие просодики и коррекция ее нарушений

Формирование просодической стороны речи и развитие голоса неразрывно связаны между собой. При развитии мелодико-интонационной стороны речи особое значение имеет навык управления движением голоса вверх—вниз. Поэтому очень важно научить ребенка пользоваться голосом различной высоты. Нужно постепенно формировать умение повышать и понижать голос в пределах звука, слога, слова и фразы.

При формировании мелодико-интонационной стороны речи важным разделом является работа над логическим ударением (выделение слов, наиболее важных по смыслу). Детям предлагается выделять слово, на которое падает смысловое ударение, голосом и движением: хлопаньем в ладоши, притопыванием (Мама мыла Таню... Мама мыла Таню... Мама мыла Таню). На логопедических занятиях большое внимание уделяется формированию у детей умения пользоваться повествовательной, вопросительной, восклицательной и повелительной интонацией. Совместно с логопедом ребенок проговаривает стихи и тексты с нужной интонацией:

Сказала тетя: (повествовательно)

«Фи, футбол!» (восклицательно, с оттенком брезгливости)

Сказала мама: (повествовательно)

«Фу, футбол!» (восклицательно, с оттенком пренебрежения).

Сестра сказала: (повествовательно)

«Ну, футбол!» (восклицательно, с оттенком растерянности)

А я ответил: (повествовательно)

«Во, футбол!» (восклицательно, радостно)

Кроме того, необходимо развивать у детей естественные интонации, выражающие различные эмоциональные состояния: радость, удивление, испуг. Одним из средств выражения эмоций является произнесение междометий. Их воспроизведение ребенок может сопровождать различными произвольными движениями и мимическими реакциями:

Ай! (руки прижимает к себе, на лице выражение испуга)

Ай-я-яй! (укоризненно качает головой и грозит пальцем)

Ой! (на лице — радость, всплескивает руками и подносит их к лицу)

Ой-е-ей! (качает головой с сожалением, руки разводит в стороны)

Эй! (радостный окрик, руку вытягивает вверх)

Эй-е-ей! (радостно кричит и приветливо машет рукой)

Развитию мелодико-интонационной стороны речи, гибкости, модуляций голоса способствуют игры-инсценировки и чтение сказок по ролям.

В процессе развития просодики проводится работа по формированию и коррекции нарушений темпо-ритмических характеристик речи. Ритм организует не только двигательную активность, но и звучание слова, руководит как темпом, так и динамическими особенностями речи. В работе над темпом и ритмом можно использовать такие движения, как хлопки ладонями и притопывание: отстукивание ритма одной или двумя ногами, отхлопывание в ладоши или одной рукой по телу или столу. При этом! ударному слогу соответствует более громкий хлопок или удар ногой по полу, неударному — тихий. Важным разделом работы является восприятие и

воспроизведение ритма стихотворений. Дети, прослушивают текст стихотворения, улавливают ритм, отхлопывают его, затем проговаривают стихотворение, сначала отбивая ритм, а потом соблюдая его только интонационно. При работе над темпом речи важно проговаривание речевого материала в заданном темпе (от замедленного к убыстренному с постепенным наращиванием).

С детьми дошкольного и школьного возраста развитие дыхания, голоса и просодики можно проводить не только на индивидуальных занятиях, но и на подгрупповых и фронтальных логопедических занятиях (под музыку, счет и т.д.).

Контрольные задания

1. Охарактеризуйте особенности речевого развития детей, страдающих церебральным параличом.
2. Раскройте основные факторы, лежащие в основе нарушений речи при ДЦП.
3. Назовите формы речевой патологии у детей с церебральным параличом.
4. Охарактеризуйте структуру дефекта при дизартрии у детей с церебральным параличом.
5. Раскройте основные подходы к классификации дизартрических нарушений речи при ДЦП.
6. Дайте сравнительную характеристику нарушений при различных формах дизартрии на основе классификации по синдромологическому подходу.
7. Укажите особенности логопедического обследования детей с церебральным параличом.
8. Раскройте приемы ранней диагностики дизартрических нарушений.
9. Охарактеризуйте основные направления, методы и приемы логопедической работы при ДЦП.
10. Опишите логопедическую работу по развитию дыхания, голоса и просодики и коррекции их нарушений.

ГЛАВА 3. КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ ДЦП

3.1. Основные направления коррекционно-педагогической работы при ДЦП

Основной целью коррекционной работы при ДЦП является оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи; обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия — согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции.

В комплексное восстановительное лечение детского церебрального паралича включаются: медикаментозные средства, различные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры. УГ Комплексный характер коррекционно-педагогической работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция развития всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

Необходимо раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции. В последние годы широко внедрена в практику ранняя диагностика ДЦП. Несмотря на то, что уже в первые месяцы жизни можно выявить патологию доречёвого развития

и нарушения ориентировочно-познавательной деятельности, коррекционно-педагогическая, и в частности логопедическая, работа с детьми нередко начинается после 3 — 4 лет, В этом случае работа чаще всего направлена на исправление уже сложившихся дефектов речи и психики, а не их предупреждение. Раннее выявление патологии психического и речевого развития и своевременное коррекционно-педагогическое воздействие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психо-речевые нарушения у детей с церебральным параличом в старшем возрасте. Необходимость ранней коррекционно-логопедической работы при ДЦП вытекает из особенностей детского мозга — его пластичности универсальной способности к компенсированию нарушенных функций, а также из того, что наиболее оптимальными сроками созревания речевой функциональной системы являются первые три года жизни ребенка. Коррекционная работа строится не с учетом! возраста, а с учетом того, на каком этапе психо-речевого развития находится ребенок.

Коррекционно-педагогическая работа организуется в рамках ведущей деятельности. Нарушения психического и речевого развития при ДЦП в значительной степени обусловлены отсутствием! или дефицитом деятельности детей. Поэтому при коррекционно-педагогических мероприятиях стимулируется ведущий для данного возраста вид деятельности: в младенческом возрасте — эмоциональное общение со взрослым; в раннем возрасте — предметная деятельность; в дошкольном возрасте — игровая деятельность.

Для того чтобы тщательно изучить и выявить структуру психических и речевых нарушений, необходимо динамическое наблюдение за развитием ребенка в течение длительного времени. При этом эффективность диагностики и коррекции значительно повышается. Это особенно важно при коррекционной работе с детьми с тяжелыми и сочетанными нарушениями.

При ДЦП важно развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательного

кинестетического анализатора. Желательно опираться одновременно на несколько анализаторов (зрительный и тактильный, тактильный и слуховой).

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

Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка является залогом эффективности коррекционно-педагогической работы. В силу огромной роли семьи в процессах становления личности ребенка необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Родители — важнейшие участники педагогической работы, организуемой с ребенком, особенно если он по тем или иным причинам не посещает образовательное учреждение. Для создания благоприятных условий воспитания в семье необходимо знать особенности развития ребенка, его возможности и перспективы развития. Следует соблюдать правильный режим дня, организовать целенаправленные коррекционные занятия, сформировать адекватную самооценку и правильное отношение к дефекту, развить необходимые в жизни волевые качества. Для этого требуется активное включение ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность. Важно, чтобы ребенок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду). В результате у него появляется интерес к труду, чувство радости от сознания полезности своего труда, уверенность в своих силах. Часто родители, желая избавить ребенка от трудностей, постоянно опекают его, оберегают от всего, что может огорчить, не дают ничего делать самостоятельно. Такое воспитание по типу гиперопеки приводит к пассивности, отказу от деятельности. Доброе, терпеливое отношение близких должно сочетаться с определенной требовательностью к ребенку. Нужно постепенно развивать правильное отношение к своей болезни, к своим

возможностям. Ни в коем случае родители не должны стыдиться больного ребенка. Тогда и он сам не будет стыдиться своей болезни, уходить в себя, ограничивать социальные контакты.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в младенческом возрасте (в доречевой период) являются:

развитие эмоционального общения со взрослым (стимуляция «комплекса оживления», стремления продлить эмоциональный контакт со взрослым, включения ребенка в практическое сотрудничество со взрослым);

нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата — спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, тонических нарушений типа ригидности). Развитие подвижности органов артикуляции;

стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активности (недифференцированной голосовой активности, гуления, лепета и лепетных слов);

коррекция кормления (сосания, глотания, жевания). Стимуляция рефлексов орального автоматизма (в первые месяцы жизни — до 3 мес.), подавление оральных автоматизмов (после 3-х мес.);

развитие сенсорных процессов (зрительного сосредоточения и плавного просиживания; слухового сосредоточения, локализации звука в пространстве, восприятия различно интонируемого голоса взрослого; двигательно-кинестетических ощущений и пальцевого осязания);

развитие речевого дыхания и голоса (вокализация выдоха, увеличение объема, длительности и силы выдоха, выработка ритмичности дыхания и движений ребенка);

формирование движений руки и действий с предметами (нормализация положения кисти и пальцев рук, необходимых для формирования зрительно-моторной координации; развитие хватательной функции рук; развитие манипулятивной функции — неспецифических и специфических манипуляций; дифференцированных движений пальцев рук);

формирование подготовительных этапов понимания речи.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем возрасте являются:

формирование предметной деятельности (использование предметов по их функциональному назначению), способности произвольно включаться в деятельность. Формирование наглядно-действенного мышления, произвольного, устойчивого внимания;

формирование речевого и предметно-практического общения с окружающими (развитие понимания обращенной речи, активизация собственной речевой активности; формирование всех форм неречевой коммуникации — мимики, жеста и интонации);

развитие знаний и представлений об окружающем (с обобщающей функцией слова);

стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, кинестетического восприятия);

формирование функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

Развитие зрительно-моторной координации. Развитие навыков опрятности и самообслуживания.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в дошкольном возрасте являются:

развитие игровой деятельности;

развитие речевого общения с окружающими (со сверстниками и взрослыми). Увеличение пассивного и активного словарного запаса, формирование связной речи. Развитие и коррекция нарушений лексического, грамматического и фонетического строя речи;

расширение запаса знаний и представлений об окружающем;

развитие сенсорных функций. Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений. Развитие кинестетического восприятия и стереогноза;

развитие внимания, памяти, мышления (наглядно-образного и элементов абстрактно-логического);

формирование математических представлений;

развитие ручной умелости и подготовка руки к овладению письмом;

воспитание навыков самообслуживания и гигиены;

подготовка к школе.

Основными задачами коррекционно-педагогической работы в школьном возрасте являются:

последовательное развитие познавательной деятельности и коррекция ее нарушений, коррекция высших корковых функций, воспитание устойчивых форм поведения и деятельности, профилактика личностных нарушений, профессиональная ориентация.

3.2. Система поэтапной медицинской и педагогической реабилитации детей с церебральным параличом в нашей стране

В нашей стране для предотвращения роста детской инвалидности вследствие ДЦП большую роль играет создание поэтапной системы помощи, при которой возможна ранняя диагностика и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом. В основе такой системы лежит раннее, еще в родильном доме или детской поликлинике, выявление среди новорожденных всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи. В нашей стране создана сеть специализированных учреждений Министерства здравоохранения, просвещения и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты (Министерства социальной защиты) и различные реабилитационные центры. В этих учреждениях в течение длительного времени осуществляется не

только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи. К сожалению, в настоящее время такие учреждения имеются только в Москве, С.-Петербурге и крупных городах.

Амбулаторное лечение проводится на базе детской поликлиники врачами (невропатологом, педиатром, ортопедом), которые руководят лечением ребенка дома. При необходимости ребенок направляется на консультацию в специализированную неврологическую поликлинику. Комплексное лечение в амбулаторных условиях является достаточно эффективным при легких формах ДЦП, при выраженных нарушениях оно должно сочетаться с лечением в стационаре (в неврологических отделениях или психоневрологических больницах) или санатории. Дети, для которых все виды лечебно-педагогической помощи оказываются неэффективными, а также дети, чьи родители по каким-либо причинам не могут обеспечить им лечение и воспитание в домашних условиях, берутся государством под временную или постоянную опеку. Они направляются в дома ребенка (Минздрав), а затем в интернаты (Минсоцзащиты).

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в специализированных дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ). Специальное ДОУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата — это учреждение, где проводится обучение, воспитание, психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии, подготовка к школе и лечение данной категории дошкольников. Лечебно-педагогический процесс построен с учетом специфики заболевания детей и связанных с ним особенностей. Основной целью коррекционного обучения и воспитания детей с церебральным параличом в специальном ДОУ является всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями и максимальная адаптация к окружающей действительности с тем, чтобы создать базу для

дальнейшего школьного обучения. Эта цель может быть достигнута при решении следующих задач:

- 1) дифференциальная диагностика;
- 2) развитие двигательных, психических, речевых функций ребенка, профилактика и коррекция их нарушений;
- 3) подготовка к обучению в школе.

Необходимым условием реализации этих задач является комплексный подход к диагностике, развитию и коррекции нарушенных функций, который обеспечивается тесной взаимосвязью психолого-педагогических и лечебных мероприятий. Осуществление общеразвивающих задач неразрывно связано с решением коррекционных задач.

Комплектование специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата осуществляется психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК). В эти учреждения поступают дети от 3 — 4 до 7—9 лет. Несколько недель после поступления ребенка в детский сад отводится на его специальное психолого-педагогическое (в том числе и логопедическое) обследование. При комплексном обследовании проверяется и уточняется уровень знаний, умений и навыков по всем видам детской деятельности, выявляются основные трудности в овладении ими, определяются коррекционные мероприятия по преодолению имеющихся затруднений. Противопоказанием к поступлению в данное учреждение является выраженная умственная отсталость. По достижении школьного возраста дети, не готовые к обучению в школе, могут быть оставлены в детском саду до 8-ми—9-ти лет.

В специальных ДООУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата создаются специальные условия для пребывания детей с двигательной патологией — необходимое оборудование для передвижения и занятий, организуется восстановительное лечение. В них работают разные специалисты медико-педагогического блока: дефектологи, логопеды, воспитатели, психологи, инструкторы ЛФК, невропатологи. Каждый

специалист не только выполняет свой раздел работы, но и поддерживает тесную связь с коллегами, включает в свои задания материал, рекомендуемый другими специалистами для закрепления их работы. Результаты динамического изучения детей необходимо периодически обсуждать и анализировать всем педагогическим коллективом.

Развитие познавательной деятельности детей осуществляет учитель-дефектолог. Воспитатель формирует навыки самообслуживания в процессе выполнения режимных моментов, организует деятельность детей вне занятий, прогулки. При этом дефектологи и воспитатели распределяют между собой обязанности по проведению следующих коррекционных занятий:

изобразительная деятельность и конструирование,
развитие предметной и игровой деятельности,
развитие речи и ознакомление с окружающим,
трудовое воспитание,
формирование элементарных математических представлений.

Развитие речи и коррекцию дизартрических расстройств осуществляет логопед. Методист ЛФК проводит специальные занятия по физическому воспитанию, а также отвечает за организацию и соблюдение ортопедического режима. Психолог корригирует нарушения личностного развития, работая непосредственно с детьми и их окружением: семьей и персоналом детского сада. Развитием функциональных возможностей рук занимаются и логопед, и воспитатель, и методист ЛФК.

В связи с тем, что контингент детей с двигательными нарушениями неоднороден, при подготовке детей к школе, школьному и трудовому обучению следует сочетать индивидуальные, подгрупповые и фронтальные формы работы (дефектолога, логопеда, методиста ЛФК), в рамках которых необходим гибкий подход к оценке усвоения материала разными детьми.

У многих детей отмечаются колебания внутричерепного давления, повышенная метеочувствительность и, как следствие этого, колебания

эмоционального состояния, внимания и работоспособности. Некоторые лечебные мероприятия (медикаментозные препараты, процедуры), проводимые в детском саду, оказывают различное влияние на психофизическое состояние ребенка. В связи с этим в некоторые дни приходится максимально ограничивать занятия или вообще не проводить их с детьми, чувствуя себя дискомфортно, чтобы не сформировать у них негативное отношение к самому процессу занятий. Весь лечебно-педагогический процесс в специальном ДОУ строится таким образом, чтобы у детей стимулировалась двигательная активность, самостоятельность, коммуникативность, уверенность в своих силах.

Закрепление достигнутых результатов у детей школьного возраста наиболее полно осуществляется в специализированных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Проживающие в крупных городах 60—70% детей с церебральным параличом обучаются в таких школах-интернатах, где ставится задачей не только сочетание учебно-воспитательного лечебного процессов, но и проведение трудового обучения, своевременной и целенаправленной профессиональной ориентации. В этих учреждениях обучаются самостоятельно передвигающиеся и обслуживающие себя дети с сохранным интеллектом, задержкой психического развития или с легкой степенью умственной отсталости. В подготовительном классе школ-интернатов выявляется истинное состояние интеллекта, проводится подготовка к дальнейшему обучению в школе по массовой или адаптированной, удлиненной на два года программе или программе для умственно отсталых.

В школах-интернатах осуществляется единый, целостный подход к личности ребенка со стороны педагогического и медицинского персонала. От педагогов требуются большой такт, знание индивидуальных особенностей детей, умение предугадать их возможные реакции на критические замечания. Важно суметь выработать у ребенка объективное отношение к своим возможностям. Дети, проживающие в маленьких городах или сельской

местности, лишены в настоящее время возможности обучения в специализированных учреждениях. Они учатся либо в обычных массовых школах, либо на дому, что часто значительно снижает качество усвоения знаний, лишает их возможности приобретения необходимых трудовых навыков.

Трудовое воспитание осуществляется как в процессе повседневной жизни, так и на специальных занятиях. Профориентация детей с церебральным параличом проводится в течение всего периода обучения с целью подготовки к будущей профессии, более всего соответствующей психофизическим возможностям и интересам подростка. В школах-интернатах работают различные трудовые мастерские — швейные, столярные, слесарные. Детей обучают делопроизводству и машинописи, фотоделу, садоводству и другим специальностям.

После окончания школы подростки могут продолжить профессиональное обучение в профтехучилищах, техникумах или в высших учебных заведениях, для поступления в которые они имеют определенные льготы. Существует также сеть специализированных профтехучилищ Министерства социальной защиты. Для выбора профиля учреждения, в котором наиболее целесообразно учиться или работать подростку, страдающему церебральным параличом, проводится экспертиза трудоспособности. При трудоустройстве инвалидов необходимо строго следовать рекомендациям МСЭК (медико-социальные экспертные комиссии). При сохранном интеллекте подростки могут овладеть профессиями Программистов, экономистов, бухгалтеров, библиотекарей, переводчиков и др. Люди с низким интеллектом занимаются клеейкой коробок, штамповкой почтовых конвертов и т. п.

3.3. Зарубежные подходы к организации лечебно-педагогической помощи детям и подросткам с церебральным параличом

За рубежом существуют различные модели организации лечебно-педагогической помощи детям с ДЦП. Следует отметить, что во многих странах нет специальных лечебных и учебных заведений для таких детей (например, в Болгарии, Чехии, Греции). В этом случае дети получают лечение у невропатолога и физиотерапевта, а обучаются в зависимости от уровня интеллектуального развития в общеобразовательных школах или школах для умственно отсталых.

Во многих странах широкое распространение получила сеть реабилитационных центров для детей-инвалидов. В таких центрах обычно используется так называемый бригадный метод: с ребенком работает группа специалистов разного профиля (методист ЛФК, физиотерапевт, психолог, педагог и др.), которые реализуют индивидуальную комплексную реабилитационную программу, разработанную в соответствии с возможностями и психофизическими особенностями данного ребенка, Инвалиды вследствие ДЦП посещают эти центры наряду с детьми, имеющими другие проблемы в развитии.

В Германии существует система, сходная с российской. Для детей с ДЦП открыты специальные школы, в которых наряду с обучением дети получают лечение, ЛФК, логопедическую помощь, трудовую подготовку. В школах работают педагоги с дефектологическим образованием. Но есть и существенные отличия. Во-первых, дети находятся в школе только в дневное время, так как считается нецелесообразным отрывать ребенка от семьи на всю рабочую неделю. При этом доставку детей в школу и из школы производят работники школы на специально оборудованном транспорте. Во-вторых, и это несомненное достоинство, в школу принимаются дети независимо от тяжести двигательных и интеллектуальных нарушений. Работа с ними ведется дифференцированно с учетом выраженности двигательной

патологии и уровня психического развития. Конечно, при таком разнообразном и тяжелом контингенте встает проблема персонала. В Германии она решается путем привлечения к работе в школах для детей с ДЦП призывников, проходящих альтернативную службу. Это не только помогает решить проблему кадров для работы с наиболее тяжелыми детьми, но и имеет большое социальное значение. Призывники знакомятся с проблемами инвалидов, имеющих нарушения в физическом и психическом развитии, к ним у молодых людей формируется положительное отношение. Часть призывников после окончания службы осознанно выбирает медицинские или педагогические профессии.

В последнее десятилетие наибольшую известность и популярность получила еще одна модель коррекционно-педагогической работы с детьми с ДЦП, называемая *кондуктивной педагогикой*. Это направление возникло в Венгрии в конце 40-х годов и получило широкое распространение во всем мире. Метод кондуктивной педагогики разработан Пето в 1945—1967 гг., а в дальнейшем развит школой М.Хари (1971). Кондуктивная педагогика в настоящее время считается одной из наиболее эффективных методик для преодоления двигательных нарушений у детей с ДЦП без выраженных отклонений в психическом развитии. Широкое применение этой системы в нашей стране тормозится тем, что право на подготовку специалистов по кондуктивной педагогике имеет только Ассоциация кондуктивных педагогов. Подготовка осуществляется на платной основе только для стран — членов Ассоциации.

Термин «кондуктивная педагогика» означает «обучение, организуемое кондуктором». В основе метода лежит системный педагогический подход к воспитанию функций, в котором основное внимание уделено медико-педагогической коррекции, направленной на выработку самостоятельной активности и независимости ребенка. Кондуктор — специалист, знающий проблемы медицины, педагогики, лечебной физкультуры, логопедии, психологии. Он является единственным специалистом, работающим с

ребенком. • Педагог-кондуктор, занимаясь с детьми в течение всего дня, уделяет внимание тренировке движений, речи, психики, эмоциональных реакций. Кондуктор совместно с врачом оценивает двигательные возможности ребенка и сам определяет пути их коррекции. Его основная цель — преодоление двигательной, речевой и психической недостаточности путем воспитания, развития задержанных и коррекции нарушенных функций. Для этого ребенок, начиная с того момента, как он открывает утром глаза, должен постоянно осознавать и целенаправленно производить каждое движение, необходимое для того, чтобы встать с постели, умыться, совершить туалет, позавтракать, двигаться по комнате и т.д. Кондуктор предлагает ребенку с помощью своеобразного аутотренинга расслабиться, принять нужное для каждого двигательного комплекса исходное положение. Ребенок в этот момент напевает мелодии, помогающие ему расслабиться. Затем, переходя к активному движению и по мере овладения этим движением, он проговаривает его, например: «Я стою», «Я иду», «Я пошел», «Я беру ложку» и т.д. Это активное осознание производимого движения, закрепляемое постоянно сильнейшим раздражителем — словом, чрезвычайно действенно для стимуляции двигательной активности и двигательных возможностей.

Уже само выполнение движений самообслуживания является методом развития и коррекции нарушенных двигательных функций. Так, в процессе вставания с постели осваиваются поднимание головы, повороты туловища, присаживание, вертикальная установка тела. Задача кондуктора — помочь ребенку выполнить эти двигательные комплексы путем словесных указаний, подражательных движений, коррекции пассивными движениями неправильных положений тела и конечностей ребенка и его движений. Кондуктор фиксирует внимание детей на наиболее удачных приемах самокоррекции, помогающих им овладеть тем или иным двигательным комплексом, при необходимости закрепляя его повторением. Стимуляция

развития движений происходит при максимальном осознании ребенком необходимости каждого двигательного комплекса.

Чрезвычайно большое значение имеет постоянный положительный эмоциональный фон. Кондуктор помогает ребенку освоить движение, указывает ему на его достижения и на дальнейшие возможности развития осваиваемого двигательного комплекса, поощряет его за сделанное. Так, если ребенок начал стоять, кондуктор хвалит его за это, говорит ему, как хорошо, красиво он стоит, теперь он может гораздо больше увидеть, посмотреть и на то, что делается в комнате, и на то, что происходит за окном. Вот теперь ему нужно научиться передвигать ножки, и он будет ходить, бегать, играть. При выполнении того или иного задания кондуктор стремится вызвать максимальную эмоциональную реакцию ребенка, разговаривает с ним в спокойном тоне, поощряет его за минимальный достигнутый успех, побуждает к повторению, ставя в пример другим детям его результаты. Кондуктор никогда не делает замечаний конкретному ребенку, а обращается ко всей группе. Он старается не давать указаний или приказов по выполнению того или иного движения. Жесткие указания — «сделай так», «сделай вот так» в системе кондукции отсутствуют. Кондуктор стремится пробудить в ребенке активность, мотивацию, опираясь на ориентировочные познавательные двигательные реакции, развитие которых хотя и задержано, но не утрачено вовсе. Например, кондуктор предлагает детям, которые никак не могут сделать первые шаги с помощью костылей, посмотреть в окно, как красиво падает снег и достаточно ли его для того, чтобы кататься на санках. Включение положительной эмоциональной реакции побуждает желание начать передвигаться, как другие дети.

Важный момент стимуляции двигательной активности — участие всех детей* независимо от их состояния, в актах самообслуживания (чистка обуви, мытье посуды, убирание со стола после еды, подметание комнаты и т.д.), причем особенно значимым оказывается осознание ребенком полезности его деятельности для всего коллектива.

Педагогический подход к развитию функций предполагает групповые занятия. В группу объединены дети с различными двигательными возможностями. Это рождает стремление к совершенствованию своих двигательных навыков, подражанию тем детям, у которых они более развиты. Обучение произвольной двигательной активности происходит в процессе повседневной жизни, т.е. составляет часть жизни самого ребенка. Группа под руководством педагога-кондуктора на протяжении дня осваивает различные виды деятельности — вставание с постели, умывание, совершение туалета, еду, уборку комнаты и т.д. Дети естественно включаются в комплекс движений, направленных на достижение какой-либо цели. Кондуктор стремится развить у ребенка сразу сложные функции, в которые так или иначе включаются более примитивные, при этом он вначале не фиксирует внимание на качестве движений. Постепенно в процессе специальных упражнений и повседневной деятельности движения совершенствуются. В некоторых случаях основополагающее задание может быть расчленено на ряд простых действий, которые интегрируются в процессе деятельности. Каждому ребенку кондуктор подбирает свою, индивидуальную программу занятий. Он следит за выполнением всех движений, помогает довести их до конца, если ребенку на данном этапе это недоступно. Таким образом, у детей не возникает чувства неудовлетворения, которое может подавить стимул к действию. Достижение положительных результатов создает положительный эмоциональный фон и потребность повторить задание. Повторение в процессе повседневной деятельности двигательных образцов постепенно совершенствует моторику ребенка, речевое и психическое развитие.

Иная система помощи детям и взрослым инвалидам существует в США. Реабилитация проводится как в центрах, специально для этого оснащенных, так и во множестве частных и государственных агентств, где занимаются в основном профессиональной подготовкой. Сейчас в США насчитывается около 300 реабилитационных центров для инвалидов вследствие ДЦП; это

одна из самых развитых сетей в стране. Столь большое их число объясняется тем, что после победы над полиомиелитом ДЦП представляет собой наиболее распространенную группу нервно-мышечных расстройств. Кроме того, там, где для лиц с иными нарушениями (мышечной дистрофией, рассеянным склерозом, умственно отсталым или больным с сочетанной патологией) служб помощи недостает или они малоэффективны, эти центры предлагают им свои услуги.

Программы реабилитации, предлагаемые центрами, несколько различаются в деталях в зависимости от материальной обеспеченности, взаимоотношений с ближайшими больницами, правительственными службами, от нужд инвалидов, живущих конкретно в данном регионе. Центральный штаб Ассоциации детского церебрального паралича в Нью-Йорке, курирующий эти центры, лишь проводит генеральную линию и обеспечивает информацией. Но, несмотря на различия, общие принципы деятельности центров одинаковы. Они учреждаются Советом директоров, состоящим из видных и уважаемых граждан города, и поддерживаются материально из фондов правительственных организаций, а также в ходе кампаний по сбору средств. Они имеют активный корпус добровольцев, которые участвуют в сборе средств, конторской и другой вспомогательной работе. Центры поддерживают связь с реабилитационными агентствами, а также с местными органами просвещения, лагерями для инвалидов, ближайшими больницами, колледжами и университетами, чьи студенты нередко работают добровольными помощниками. Сотрудничающие в центре убеждены, что реабилитация — это глобальный процесс, включающий каждый аспект жизнедеятельности: физический, социальный, эмоциональный, рекреационный, образовательный и профессиональный.

Поскольку ДЦП — врожденное заболевание, и типичные его симптомы не исчезают безвозвратно, соответствующие виды помощи должны предоставляться с начала жизни и в течение всего ее срока. Поэтому полноценный центр обычно включает следующие службы: школу, различные

тренировочные программы для детей и подростков, программы предпрофессиональной подготовки для юношества (овладение общими навыками, необходимыми для дальнейшей профессиональной подготовки), профессионального обучения для взрослых в мастерских. Поскольку множественность, сочетанность расстройств — скорее правило, чем исключение при ДЦП, центры имеют службы физической терапии, бытового приспособления, социо- и психотерапии, профессиональной ориентации. Полноценные центры должны также обеспечивать полное медицинское обследование и лечение педиатрами, ортопедами, офтальмологами, невропатологами, психиатрами и др. Кроме того, центр должен поддерживать контакт с семьей инвалида.

Типовая реабилитационная программа имеет следующие составляющие.

Программа физической терапии включает оценку способности к сидению, ползанию, ходьбе и стоянию; упражнения для развития моторных навыков и функциональной активности (больной учится переходить из постели в кресло, подниматься по лестнице и т.п.). Цель программы — развить мышечную силу, координацию движений, способность соблюдать равновесие, научить пользоваться вспомогательными ортопедическими средствами — костылями, тростью и пр.

Программа бытового приспособления сфокусирована на повседневной активности — в принятии пищи, одевании, соблюдении гигиенических процедур. Эта деятельность требует подготовки и обучения пользованию специальными непроливающими чашками или столовыми приборами с особыми ручками, другими сконструированными для инвалидов приспособлениями. Программа включает овладение некоторыми нужными в повседневной жизни занятиями (приготовление пищи, рукоделие). Цель программы достичь максимальной независимости в быту.

Рекреационная программа включает домашние игры (шашки, шахматы) и игры на воздухе с использованием соответствующего оборудования, летние лагеря, участие в скаутских организациях, организацию различных клубов и

пр. Цель программы — дать детям возможность для полноценных развлечений, улучшить социальные навыки, наполнить жизнь инвалида новыми ощущениями, новым опытом.

Программа профессиональной подготовки включает предпрофессиональную подготовку к выполнению основных трудовых навыков, профессиональную ориентацию, профессиональное обучение и устройство на открытом рынке труда. Цель программы — подготовить инвалида к выполнению полезной, общественно значимой и достойно оплачиваемой работы.

Программа коррекции речи и слуха включает оценку развития этих функций, логопедическую работу, развитие способностей вербальному и невербальному общению, тренировку слуха. Цель программы — терапия дефектов речи и слуха, развитие способностей к общению.

Психологическая программа включает оценку уровня интеллекта, личностного развития и общих способностей; консультирование по личностным, эмоциональным проблемам и психотерапию; диагностику нарушений способности к обучению; участие в планировании и проведении обязательных и профессиональных программ; консультирование родителей. Цель программы — определить способности и потребности, помочь в решении индивидуальных психологических проблем.

Программа социальной помощи включает изучение домашнего окружения инвалида, его семейных взаимоотношений; периодические беседы с родителями с целью более тесного сотрудничества в удовлетворении нужд пациента; организацию дискуссионных групп родителей, где они могли бы обмениваться своим опытом; организацию использования местных ресурсов (различных реабилитационных агентств, летних лагерей, служб помощи по хозяйству и пр.). Цель программы — усилить вовлеченность семьи инвалида в реабилитационный процесс, помочь решить практические и личностные проблемы инвалида.

Образовательная и тренировочная программа состоит из развивающей программы, начиная с младенчества, программы подготовки к школе, специального обучения умственно отсталых. Цель программы — свести до минимума нарушений обучения, развивать интеллектуальные и социальные навыки и умения.

Реабилитационные центры для больных с ДЦП часто располагают и другими службами и программами, прямо или косвенно влияющими на реабилитационный процесс. Это могут быть курсы домоводства, курсы прав потребителя — вплоть до таких, которые включают пациентов в исследовательские работы, связанные с диагностикой и лечением.

3.4. Физическое воспитание детей с церебральным параличом

Физическое воспитание является важной частью общей системы обучения, воспитания и лечения детей с церебральным параличом. Вопросы физического воспитания этих детей рассмотрены в работах М.В. Ииполитовой, Р.Д.Бабенковой, В.А.Бубновой. Основной целью физического воспитания является развитие двигательных функций ребенка и коррекция их нарушений. Физическое воспитание детей с церебральным параличом отличается своеобразием. Оно ставит перед собой те же цели и задачи, что и физическое воспитание здоровых детей, однако специфические особенности развития моторики детей с ДЦП требуют применения особых методов и приемов.

Особое значение имеет ранняя стимуляция развития основных двигательных навыков. В связи с этим физическое воспитание детей с двигательными нарушениями должно начинаться с первых месяцев жизни. При начале специальных занятий в первые месяцы и годы жизни ребенка можно в значительной степени исправить имеющиеся двигательные нарушения и предупредить формирование патологических двигательных стереотипов. Развитие движений представляет большие сложности при ДЦП,

особенно в раннем и младшем дошкольном возрасте, когда ребенок еще не осознает своего дефекта и не стремится к его активному преодолению.

Моторное развитие при ДЦП не просто замедлено, но и качественно нарушено на каждом этапе. В основе физического воспитания этих детей лежит онтогенетически последовательная стимуляция моторного развития с учетом качественных специфических нарушений, характерных для разных клинических форм заболевания. Поэтому развитие общих движений необходимо проводить поэтапно в ходе специальных упражнений, с учетом степени сформированностиTM основных двигательных функций. В ходе коррекционной работы необходимо решить следующие задачи:

1. Формирование контроля над положением головы и ее движениями.
2. Обучение разгибанию верхней части туловища.
3. Тренировка опорной функции рук (опора на предплечья и кисти).
4. Развитие поворотов туловища (переворачивания со спины на живот и с живота на спину).
5. Формирование функции сидения и самостоятельного присаживания.
6. Обучение вставанию на четвереньки, развитие равновесия и ползания в этом положении.
7. Обучение вставанию на колени, затем на ноги.
8. Развитие возможности удержания вертикальной позы и ходьбы с поддержкой.
9. Стимуляция самостоятельной ходьбы и коррекция ее нарушений.

Ведущую роль в развитии движений у детей с церебральным параличом играют лечебная физкультура (ЛФК) и массаж. Это связано с тем, что при ДЦП у детей наблюдаются патологические изменения мышечного тонуса, из-за чего многие статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Для каждого ребенка подбирается индивидуальный комплекс лечебной физкультуры и массажа в зависимости от формы заболевания и возраста.

Основными задачами лечебной гимнастики являются торможение патологической тонической рефлекторной активности, нормализация на этой основе мышечного тонуса и облегчение произвольных движений, тренировка последовательного развития возрастных двигательных навыков ребенка. На начальных этапах развития общей моторики все мероприятия направлены на воспитание задержанных стато-кинетических рефлексов и устранение влияния тонических рефлексов, а затем на развитие возможностей активных движений. Проведению мероприятий по становлению общей моторики должны предшествовать приемы, направленные на нормализацию мышечного тонуса.

Наряду с лечебной физкультурой при ДЦП широко применяется общий лечебный и точечный массаж. Классический лечебный массаж способствует расслаблению спастичных мышц и укрепляет, стимулирует функционирование ослабленных мышц. Основными приемами массажа являются поглаживание, растирание, разминание, похлопывание, вибрация.

Для преодоления патологической активности тонических рефлексов используют «рефлекс-запрещающие позиции», т.е. такие положения тела ребенка, при которых тонические рефлексы не проявляются вовсе либо проявляются минимально. Отдельным частям тела ребенка придают позы, противоположные тем, которые вызываются этими рефлексам. Например, при положении ребенка в «позе эмбриона» реализация лабиринтного тонического рефлекса невозможна, так как эта поза препятствует разгибанию (в положении на спине конечности с помощью легкого потряхивания сгибают, голову приводят к груди, ноги приводят к животу, руки сгибают на груди). Мышечное расслабление достигается путем равномерных плавных покачиваний в этой позе. Для этой же цели можно использовать специальные упражнения на большом мяче, на валиках, а также точечный массаж. При лечебно-коррекционной работе с детьми, страдающими церебральным параличом, применяются массаж и лечебная физкультура по методам Боббатов, Войта, Тардые, К.А.Семеновой.

В комплекс лечебной гимнастики необходимо включать пассивные движения, направленные на тренировку отдельных элементов целостного двигательного акта. Пассивные движения показаны детям раннего возраста, у которых произвольная двигательная активность еще недостаточно развита, а также детям дошкольного возраста с ограниченным объемом движений вследствие выраженного нарушения мышечного тонуса, контрактур. Пассивная гимнастика способствует выработке кинестетических и зрительных ощущений схемы движения, тормозит содружественные реакции, предупреждает развитие контрактур и деформаций, стимулирует выработку изолированных движений. Пассивные упражнения следует повторять многократно, фиксируя внимание ребенка на их выполнении. Как только ребенок способен совершить хотя бы часть движения, переходят к пассивно-активной гимнастике.

Как можно раньше нужно добиваться включения ребенка в активное поддержание позы и выполнение произвольных движений. Нужно подключить к коррекционной работе один из наиболее мощных механизмов компенсации — мотивацию к деятельности, заинтересованность, личную активность ребенка в овладении моторикой. Развивая различные стороны мотивации, нужно добиваться осознания ребенком производимых им действий, по возможности обосновывая ход выполнения каждого действия. Методист ЛФК, воспитатель должны привлекать внимание ребенка к выполнению задания, терпеливо и настойчиво добиваясь ответных реакций. При этом следует избегать чрезмерных усилий ребенка, что приводит обычно к нарастанию мышечного тонуса.

Особое внимание в занятиях ЛФК уделяется тем двигательным навыкам, которые больше всего необходимы в жизни, и прежде всего — обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность и самообслуживание. Тренируемые навыки и умения целесообразно постоянно адаптировать к повседневной жизни ребенка. Для этого во время занятий и

особенно дома нужно отрабатывать «функциональные ситуации» — раздевание, одевание, умывание, кормление.

При стимуляции двигательных функций надо обязательно учитывать возраст ребенка, уровень его интеллектуального развития, его интересы, особенности поведения. Большинство упражнений лучше всего предлагать в виде увлекательных для ребенка игр, побуждая его к подсознательному выполнению желаемых активных движений.

При развитии двигательных функций важное значение имеет использование комплексных афферентных стимулов: зрительных (проведение упражнений перед зеркалом), тактильных (применение различных приемов массажа; ходьба босиком по песку и камешкам; щеточный массаж), проприоцептивных (специальные упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми и закрытыми глазами), температурных (локально использование льда, упражнения в воде с изменением ее температуры). При выполнении движений широко используются также звуковые и речевые стимулы. Многие упражнения, особенно при наличии насильственных движений, полезно проводить под музыку. Особо важное значение имеет четкая речевая инструкция и сопровождение движений стихами, что развивает целенаправленность действий, создает положительный эмоциональный фон, улучшает понимание обращенной речи, обогащает словарь. На всех занятиях у ребенка нужно формировать способность воспринимать позы и направление движений, а также восприятие предметов на ощупь (стереогноз). Большое значение имеет развитие ощущений частей тела.

Под влиянием массажа и ЛФК уменьшается степень выраженности двигательных синдромов: нормализуется мышечный тонус, стабилизируются позы и положения конечностей, уменьшаются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать позы и движения, что является важным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций. Только под влиянием лечебной гимнастики и массажа в мышцах ребенка

возникают адекватные двигательные ощущения. Без специальных упражнений ребенок с церебральным параличом с первых месяцев жизни ощущает только свои неправильные позы и движения. Подобного рода ощущения не стимулируют, а тормозят развитие двигательных систем головного мозга, что резко затрудняет обогащение его двигательного опыта и задерживает психомоторное развитие. Поэтому, развивая движения ребенка, надо следить за точностью их выполнения. Только при этом условии в мозгу ребенка будут формироваться правильные кинестетические ощущения и представления.

Наряду с лечебной гимнастикой и массажем при ДЦП в большинстве случаев необходимо применение ортопедических мероприятий: этапные гипсовые повязки, специальные укладки, различные приспособления для удержания головы, сидения, стояния, ходьбы (рамы-каталки, ходунки, крабы и палочки). В некоторых случаях целесообразно ортопедо-хирургическое вмешательство. Большое место в комплексе восстановительных мероприятий занимает физиотерапевтическое лечение (лечебные ванны, горячие укутывания, криотерапия, лекарственный электрофорез, электростимуляция мышц), а также медикаментозная терапия.

Важной задачей физического воспитания при ДЦП является укрепление общего здоровья ребенка. Наибольшее значение в этом имеет соблюдение режима, нормализация жизненно важных функций организма — питания и сна, закаливание, способствующее повышению устойчивости к простудным заболеваниям и нормализации в работе различных органов и систем организма. Без этого организм ребенка зачастую оказывается не готов к физической нагрузке в процессе выполнения специальных упражнений по развитию движений.

Очень важно соблюдать общий двигательный режим. Ребенок с церебральным параличом во время бодрствования не должен более 20 мин осушаться в одной и той же позе. Для каждого ребенка индивидуально приобретаются наиболее адекватные позы для кормления, одевания, купания,

игры. Эти позы меняются по мере развития двигательных возможностей ребенка. Если ребенку с церебральным параличом не удастся вытянуть вперед руки или схватить предмет, находясь в положении на спине или на животе, можно добиться желаемых движений, поместив малыша животом на колени взрослого и слегка раскачивая его. В результате ребенок лучше расслабляется, легче вытягивает руки вперед и захватывает игрушки. Нужно следить за тем, чтобы ребенок не сидел в течение длительного времени с опущенной вниз головой, согнутыми спиной и ногами. Это приводит к стойкой патологической позе, способствует развитию сгибательных контрактур коленных и тазобедренных суставов. Чтобы этого избежать, ребенка следует сажать на стул так, чтобы его ноги были разогнуты, стопы стояли на опоре, а не свисали, голова и спина были выпрямлены. В течение дня полезно несколько раз выкладывать ребенка на живот, добиваясь в этом положении разгибания головы, рук, спины и ног. Чтобы облегчить принятие этой позы, ребенку под грудь подкладывают небольшой валик.

Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук тесно связано с формированием общей моторики. На всех этапах жизни ребенка движения рук играют важную роль в становлении реакций выпрямления и равновесия. Руки принимают участие в поддержании позы на животе, а также в изменении позы (в поворотах со спины на живот и наоборот, в возможности садиться, вставать). Способность к захвату предметов, манипуляциям и предметным действиям оказывает влияние на правильное восприятие окружающего мира и развитие познавательной деятельности. Тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук. Таким образом, тренировка функциональных возможностей кистей и пальцев рук улучшает не только общую моторику ребенка, но и развитие психики и речи. В свою очередь; формирование движений кисти тесно связано с созреванием двигательного анализатора, развитием зрительного восприятия, различных видов

чувствительности, гнозиса, праксиса, пространственной ориентации, координации движений.

У детей с церебральным параличом, особенно в младенческом и раннем возрасте, отмечается патологическое состояние кистей рук, недостаточность или отсутствие зрительно-моторной координации, хватания и манипулятивной деятельности. В большинстве случаев кисти рук сжаты в кулаки, приведен к ладони большой палец. Ослаблена функция разгибания и разведения пальцев кисти, а также их противопоставления большому пальцу. Почти у всех детей даже в более позднем — дошкольном и школьном возрасте нарушены тонкие дифференцированные движения пальцев, что мешает формированию навыков самообслуживания, изобразительной деятельности, письма.

При лечебно-педагогической работе необходимо учитывать функциональные этапы становления моторики кисти и пальцев рук: развитие опорной функции на раскрытые кисти, осуществление произвольного захвата предметов кистью, включение пальцевого захвата, противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся манипуляции и предметные действия, дифференцированные движения пальцев рук.

Перед проведением работы по формированию функциональных возможностей кистей и пальцев рук необходимо добиваться нормализации мышечного тонуса верхних конечностей. Расслаблению мышц способствует потряхивание руки по методике Фелпса (захватив предплечье ребенка в средней трети, производятся легкие качающе-потряхивающие движения).

Далее проводится массаж и пассивные упражнения кистей и пальцев рук: поглаживающие, спиралевидные, разминающие движения по каждому пальцу от кончика к основанию;

похлопывание, покалывание, перетирание кончиков пальцев, а также области между основаниями пальцев;

поглаживание и похлопывание тыльной поверхности кисти и руки (от пальцев до локтя);

похлопывание кистью ребенка по руке педагога, по мягкой и жесткой поверхности;

вращение пальцев (отдельно каждого);

круговые повороты кисти;

отведение — приведение кисти (вправо—влево);

движение супинации (поворот руки ладонью вверх) — пронации (ладонью вниз). Супинация кисти и предплечья облегчает раскрытие ладони и отведение большого пальца (игра «покажи ладони», движения поворота ключа, выключателя);

поочередное разгибание пальцев кисти, а затем сгибание пальцев (большой палец располагается сверху);

щеточный массаж (тыльной поверхностью кисти от кончиков пальцев к лучезапястному суставу, а также кончиков пальцев). Используются щетки различной жесткости противопоставление большого пальца остальным (колечки из пальцев);

противопоставление (соединение) ладоней и пальцев обеих рук.

Все движения тренируются сначала пассивно, затем пассивно-активно и, наконец, активно на специальных занятиях, а также во время бодрствования ребенка — при одевании, приеме пищи, купании, игре.

Развитию опорной функции рук способствуют медленные перекачивания ребенка в положении на животе вперед на большом мяче. Так как поверхность мяча выпуклая, ребенку удобно расположить на ней пальцы; при этом легче производится отведение большого пальца.

Функцию хватания начинают тренировать с периода новорожденности. Сначала ребенку вкладывают в руку игрушки, помогают поднести их ко рту. Предметы, вкладываемые в руку ребенка, должны быть различными по форме, величине, фактуре. Это приучает узнавать их на ощупь. Затем поощряют его тянуть руки к лицу или висящим в кроватке или на груди взрослого ярким предметам. Ребенок ощупывает их сначала пассивно (с помощью рук взрослого), а затем активно. В разных положениях (лежа на

животе, на спине, сидя, стоя на четвереньках, на коленях, на ногах) тренируют доставание и схватывание предметов, расположенных на различном расстоянии спереди, по сторонам от ребенка и на разной высоте. Нужно следить за тем, чтобы ребенок схватывал предмет не мизинцем и безымянным пальцем, а большим, указательным и средним пальцами. Полезны различные упражнения, при которых кисть двигается в сторону большого пальца, например, поднесение ложки с едой ко рту или касание рукой противоположного уха.

При ДЦП затруднен не только захват предмета, но и его высвобождение (отпускание). Разжимание кисти облегчается потряхиванием ее в сторону мизинца, поворотом руки ладонью вверх, а также проведением рукой по шероховатой поверхности, песку. Далее ребенка обучают переключению предмета из одной руки в другую.

Для стимуляции изолированных движений указательного пальца используют следующие упражнения: надавливание указательным пальцем на кнопки, издающие звук предметы, выключатели, клавиши фортепиано, пластилин; рисование фигур на песке, вращение диска телефона, нанесение отпечатков пальца на бумагу. Для тренировки противопоставления и отведения—приведения большого пальца используют следующие упражнения: сдавливание мягких звучащих игрушек указательным и большим пальцами, раздвигание ножниц или надетой на два пальца мягкой резинки, рукопожатие, игры с куклами, надевающимися на пальцы. Для тренировки захвата предметов двумя пальцами полезны: собирание предметов различной величины (сначала крупных, затем мелких), рисование карандашом, куском мела, удерживание чашки за ручку. Движения приведения и отведения кисти тренируются при закрашивании рисунков, стирании горизонтальных линий

ластиком. Отдельные движения кисти закрепляют и совершенствуют, включая их в разнообразную предметную деятельность, в навыки самообслуживания и письма.

3.5. Формирование навыков самообслуживания и социально-бытовой ориентации

Дети с церебральным параличом испытывают особые трудности при овладении навыками самообслуживания (умением самостоятельно есть, одеваться и раздеваться, общегигиеническими навыками). Нарушения двигательного и психического развития при ДЦП, трудности, которые испытывают дети в повседневной практической жизни, гиперопека со стороны родителей — все это снижает мотивацию к овладению навыками самообслуживания и социально-бытовой ориентировки.

Несформированность мотивации, к самообслуживанию может стать причиной бездеятельного образа жизни, фактором, тормозящим дальнейшее овладение трудовыми и профессиональными навыками. При формировании навыков самообслуживания и бытовой ориентации необходимо учитывать наличие у детей с церебральным параличом целого ряда нарушений общей моторики и функциональных движений кисти и пальцев рук, речи, познавательной деятельности, в частности недостаточность пространственных представлений.

Обучение должно быть максимально индивидуализировано в зависимости от двигательных возможностей ребенка. Важно, чтобы двигательные умения включались в повседневную жизнь и практическую деятельность, постоянно развивались и постепенно становились автоматизированными навыками. Все бытовые умения и навыки отрабатываются в пассивно-активной форме (с помощью педагога или родителей), постепенно роль взрослого уменьшается и наконец ребенок, по возможности, овладевает самостоятельным выполнением различных действий.

Педагоги и родители должны быть предельно внимательны к ребенку и часто хвалить его даже за самые небольшие достижения. Не следует постоянно указывать ребенку на его ошибки и неправильные движения. Если взрослый, пытаясь обучить ребенка, нервничает, спешит, тот быстро теряет интерес к деятельности, которая вызывает у него затруднения, и долго будет требовать, чтобы его кормили, одевали, причесывали, умывали.

Важной задачей при развитии навыков самообслуживания является обучение самостоятельному приему пищи. Одной из главных причин, затрудняющих формирование этого навыка, является недостаточное развитие у детей зрительно-моторной координации, схемы движения «глаз—рука» и «рука—рот». Эти схемы движения необходимо развивать, начиная работу еще на первом году жизни. Для того чтобы у ребенка развивались необходимые предпосылки для формирования навыка самостоятельного приема пищи, уже на первом году жизни в момент кормления надо тянуть руки ребенка к бутылочке с молоком, помогать направлять свои руки ко рту, препятствуя только сосанию большого пальца. Если взрослый поит ребенка из чашки, надо класть его руки на (или под) руки взрослого, держащего чашку.

Во время кормления ребенку необходимо надевать фартук или нагрудник с глубоким карманом внизу. Если у ребенка еще слабо развиты реакции равновесия, обучать навыкам самостоятельного приема пищи надо, посадив его на специальный стул так, чтобы обе руки были свободны. Для большей устойчивости этого положения его можно фиксировать поясом. Если у ребенка сильно выражены произвольные движения и он с трудом сохраняет равновесие в положении сидя, необходимо фиксировать его стопы. Однако все приспособления для фиксации должны использоваться как временные средства в начале обучения.

Начинать обучение рекомендуется с приема твердой пищи. Затем используют густую и полужидкую пищу (каши, пюре). Вначале прививают навык подносить свою руку ко рту, затем брать кусок хлеба, бублик, сухарь,

ложку и подносить их ко рту. На первых занятиях лучше использовать небьющиеся чашки и тарелки. Желательно, чтобы ложки, а позже вилки, которыми пользуется ребенок, имели пластмассовые рукоятки, так как такие приборы меньше скользят по поверхности стола. Для начального обучения приему пищи лучше использовать десертную ложку. Для более удобного захвата ручку ложки можно изменить (изогнуть, подобрать толщину, длину). При сильно выраженных гиперкинезах, атаксии тарелку нужно закрепить.

Важно научить ребенка брать кружку или чашку, удерживать ее в одной или двух руках и пить из нее. При обучении питью можно сначала использовать резиновую трубку, соломинку, поильник с носиком, кружку с двумя ручками, пластмассовый стакан с вырезанным краем.

Ребенка с церебральным параличом надо обязательно приучать есть за общим столом с другими членами семьи. При обучении ребенка самостоятельному приему пищи важно помнить и о развитии общегигиенических навыков: мытье рук до и после еды (с мылом и без), вытирание рта и рук салфеткой.

Обучая ребенка правильно умываться, нужно прививать ему умение совершать действия в определенной последовательности. На первых этапах можно показать и объяснить самые простые действия (засучить рукава, смочить руки водой, потереть ладони). Позже, когда у ребенка образуются отдельные умения, нужно усложнить требования — учить открывать и закрывать кран, пользоваться мылом, полотенцем. Постепенно нужно научить детей чистить зубы, умываться, вытираться, причесываться.

Формируя навыки самообслуживания, важно обучить ребенка действиям, которые требуется выполнять во время раздевания и одевания. Начинать учить снимать и надевать одежду лучше с майки, трусов, шапки, т.е. с одежды, не требующей застегивания. Позднее применяются различные приспособления для тренировки таких тонких движений, как расстегивание и застегивание пуговиц (сначала больших, потом мелких), расшнуровывание и шнурование ботинок. Эти же навыки тренируются при раздевании и

одевании больших кукол. После закрепления в играх на кукле они переносятся на самого ребенка.

При развитии навыков социально-бытовой ориентации важно научить ребенка пользоваться предметами домашнего обихода, овладеть различными действиями с ними: открывать и закрывать дверь, пользоваться дверной ручкой, ключом, задвижкой; выдвигать и задвигать ящики; открывать и закрывать кран; пользоваться осветительными приборами; включать и выключать телевизор, радио, регулировать силу звука; снимать телефонную трубку, вести разговор по телефону, правильно набирать номер.

Обязательно нужно стимулировать и поощрять стремление ребенка к самостоятельной деятельности. Если ему хочется все делать самому, педагоги и родители должны оказывать лишь необходимую помощь. В дальнейшем по мере усвоения навыка потребность в непосредственной помощи взрослого при выполнении определенных движений постепенно снижается. При этом важно учитывать возможности ребенка и четко знать, что можно от него потребовать и в каком объеме. Все занятия лучше проводить в игровой форме и обязательно поощрять ребенка за правильное выполнение действий, результаты которых он всегда должен видеть.

Ребенок с церебральным параличом, поступающий в школу, должен уметь самостоятельно одеваться, раздеваться, застегивать и расстегивать пуговицы, кнопки и молнии, снимать и надевать обувь, не путая правую и левую ногу, расшнуровывать и зашнуровывать ботинки; самостоятельно есть, пить из чашки, уметь пользоваться столовыми приборами (ложкой, вилкой) и салфеткой, носовым платком, зубной щеткой, расческой, уметь мыть руки, умываться, вытираться.

Овладение навыками самообслуживания делает ребенка более независимым в домашней, школьной и общественной среде, снижает степень его инвалидности, что очень важно для социальной адаптации ребенка и дает возможность подготовить его к овладению профессией.

3.6. Сенсорное воспитание детей с церебральным параличом

Сенсорное воспитание — это воспитание, направленное на формирование полноценного восприятия ребенком окружающей действительности.

Сенсорное воспитание служит основой познания мира, первой ступенью которого является чувственный опыт. Успешность физического, умственного и эстетического воспитания в значительной степени зависит от уровня сенсорного развития детей, т.е. от того, насколько совершенно ребенок слышит, видит, осязает окружающее; во-вторых, насколько качественно он может оперировать этой информацией; в-третьих, насколько точно эти знания он может выразить в речи. Таким образом, сенсорное воспитание предполагает развитие всех видов восприятия ребенка (зрительного, слухового, тактильно-двигательного и т.д.), на основе которого формируются полноценные представления о внешних свойствах предметов, их форме, величине, положении в пространстве, запахе и вкусе. Сенсорное воспитание также предполагает развитие мышления ребенка, так как оперирование сенсорной информацией, поступающей через органы чувств, осуществляется в форме мыслительных процессов. И наконец, сенсорное воспитание предполагает развитие номинативной функции речи, способствует расширению и обогащению словаря ребенка.

У детей с церебральным параличом формирование процессов восприятия задерживается и нарушается в связи с органическим поражением мозга, двигательной депривацией, нарушением зрительного, слухового и, в первую очередь, двигательно-кинестетического анализаторов. У них патологически развивается схема положений и движений тела. Воспроизведение даже самого простого движения вызывает огромные трудности. В связи с двигательной недостаточностью у детей ограничена манипулятивно-предметная деятельность, затруднено восприятие предметов на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации препятствует формированию полноценного предметного

восприятия и познавательной деятельности. Чувственное познание уже с первых месяцев жизни ребенка развивается аномально. Это ведет к ограничению практического опыта и становится одной из причин нарушения формирования высших психических функций.

Основными задачами сенсорного воспитания детей с ДЦП являются:

- Развитие всех видов восприятия (зрительного, слухового, тактильно-двигательного и т.д.).
- Формирование сенсорных эталонов цвета, формы, величины, временных и пространственных эталонов и мышечно-суставного чувства.
- Формирование полноценных представлений об окружающему миру.
- Развитие сенсорной культуры ребенка.
- Развитие высших психических функций (внимания, мышления, памяти) и коррекция их нарушений.
- Развитие речи, перенос полученных знаний на словесный уровень, обогащение словаря ребенка, в том числе расширение колоративной лексики.

В работе по сенсорному воспитанию детей с ДЦП выделяется; несколько разделов.

1. Развитие зрительного восприятия и коррекция его нарушений:
формирование представлений о цвете предметов; формирование представлений о форме предметов; формирование представлений о величине предметов; формирование и коррекция пространственных представлений; формирование временных представлений.

2. Развитие и коррекция тактильного восприятия.

3. Развитие и коррекция слухового восприятия.

При организации работы по совершенствованию зрительного восприятия необходимо учитывать, что двигательная недостаточность препятствует его развитию в связи с нарушением моторного аппарата глаз, недоразвитием статокинетических рефлексов. Она мешает формированию зрительно-моторной координации, задерживает и искажает развитие ряда высших корковых функций, особенно пространственного восприятия. В связи с этим

в коррекционную работу необходимо включать задания и упражнения для тренировки функций мышц-глазодвигателей, плавного прослеживания, расширения поля зрения:

для улучшения функций мышц-глазодвигателей следует предлагать упражнения на развитие зрительно-моторной координации, на улучшение фиксации взора;

для тренировки плавного прослеживания в разных направлениях необходимо использовать такие игры, как «солнечный зайчик с зеркалаца», «последни за самолетом» и т.д., последовательный показ картинок, расположенных горизонтально и вертикально;

специальная тренировка полей зрения может включать упражнения в устойчивости фиксации взора при изменении положения головы и туловища, плавное прослеживание глазами при неизменном положении головы.

При развитии зрительного восприятия работа начинается с обучения выделять из окружающей обстановки идентичные предметы. Необходимо сформировать у ребенка способность фиксировать внимание первоначально на одинаковых предметах, а затем на одинаковых картинках. Далее можно переходить к обучению подбирать парные предметы, составлять картинки из трех—пяти частей.

Особую группу составляют упражнения, направленные на воспитание дифференцированного зрительного восприятия. Эти упражнения предполагают анализ контурных, перечеркнутых, перевернутых и недорисованных изображений. Большой успех у детей имеют дидактические игры, направленные на узнавание целостного образа по деталям, нахождение изображения предмета на зашумленном фоне. Эта работа очень важна в период подготовки к школе, так как в силу недифференцированности зрительного восприятия дети долго путают при чтении и письме буквы и цифры, сходные по начертанию. Развитие дифференцированного зрительного восприятия является профилактикой нарушений чтения и

письма, которые выявляются у большинства детей с ДЦП при овладении школьными навыками.

Для улучшения восприятия цвета следует использовать упражнения с набором геометрических фигур, разных по цвету, но одинаковых по величине и форме, которые нужно выделять в группы по цвету — игра «Разложи по цвету». Для формирования представлений о цвете предметов большое значение имеют такие задания, как выбор цвета при раскрашивании контурных изображений знакомых предметов, составление цветных узоров, орнаментов из бумаги. Очень важно, чтобы ознакомление с цветом находило отражение в расширении колоративной лексики ребенка. В ходе занятий по формированию представлений о цвете дети должны научиться: отбирать предметы указанного цвета; группировать предметы по цвету; передавать реальный цвет предметов в продуктивной деятельности; строить ряды из оттенков спектра; определять сходство и различие между предметами на основе сравнения по признаку цвета (огурец — зеленый, снег — белый), а также знать названия основных цветов и оттенков.

В работе по сенсорному воспитанию большое место отводится формированию представлений о форме. При ознакомлении детей с плоскостными и объемными геометрическими фигурами необходимо опираться на двигательный-кинестетический анализатор. Дети должны не только увидеть различия, но и ощутить их при манипуляции с фигурами. Очень важным этапом является формирование зрительно-тактильного восприятия, когда ребенок сначала знакомится с фигурой на ощупь, а затем рассматривает ее. При ознакомлении с плоскими геометрическими фигурами необходимо включать задания на обведение фигур указательным пальцем, рисование этих фигур пальцем, смазанным гуашью, обведение геометрических фигур по трафаретам и т.п. Для закрепления знаний о форме можно в качестве дидактических игр использовать «Почтовый ящик», «Дюски Сегена». Эти же задачи решаются в играх «Подбери по форме», «Геометрическое лото», «Геометрическая мозаика». Хорошие результаты

дает также изготовление аппликаций из геометрических фигур: это могут быть орнаменты на бумаге из фигур разной формы или составление сюжетной картинки с помощью вклеивания в образец соответствующих по форме фигур.

В ходе занятий по формированию представлений о форме дети должны научиться: правильно выбирать подходящую геометрическую фигуру при определении формы реального предмета; группировать предметы по форме; определять сходство и различие между предметами на основе сравнения по признаку формы (яблоко — круглое, стол — квадратный); составлять геометрический! формы из 2—4 частей, а также из заданного количества палочек знать названия геометрических фигур и употреблять их в собственной речи.

Для развития представлений ребенка о величине можно использовать различные игры-упражнения со строительными материалами — построение башен, домиков и т. п. В быту, в игровой и конструктивной деятельности усваиваются и закрепляются понятия «высокий—низкий», «широкий—узкий». В играх «Построим матрешек ,по росту», «Построим лесенку» дети учатся построению сериационных рядов и усваивают понятия «выше—ниже», «длиннее—короче» и др., словарь пополняется прилагательными в сравнительной степени. В ходе занятий дети учатся обозначать размер предметов словесно, овладевают способами сравнения предметов для определения их размера, учатся группировать предметы по величине и строить серии рядов.

В силу двигательной депривации и корковых нарушений у подавляющего большинства детей, особенно при тяжелой двигательной патологии, пространственные представления крайне недостаточны. В связи с этим важнейшую роль в сенсорном воспитании играет формирование пространственных представлений, которое следует начинать с развития представлений о схеме своего тела и расположении и перемещении тела в пространстве. Для формирования представлений о схеме тела необходимо

использовать зеркало, в котором ребенок видит свое отражение. Ребенка подводят к зеркалу и говорят: «Посмотри, вот твой нос, рот и т.д.», «Потрогай свой нос, лоб, глаза и т.д.». Затем действия переносят на взрослого: «Посмотри, вот мои руки и т.д.». На следующем этапе эти упражнения выполняются на кукле, на картинке с изображением человека и т.д.

При изучении схемы лица и тела большое внимание уделяется закреплению представлений о правой и левой стороне тела и лица как самого ребенка, так и других людей. При формировании и закреплении этих понятий необходимо использовать метки, которые размещают обычно слева (на руке, на груди). Очень эффективным приемом является дорисовывание фигуры человека, аппликация, лица и фигуры из готовых частей.

Ориентировка по основным пространственным направлениям формируется в упражнениях с мячом, флажком, при перемещении в пространстве. В ходе таких упражнений усваиваются и закрепляются понятия «вперед», «позади», «справа», «слева», «далеко», «близко», «ближе», «дальше».

Важным разделом работы по развитию пространственного восприятия является обучение ребенка ориентировке на листе бумаги. Правилom для педагога должна стать маркировка верхнего левого угла листа. Очень важно сформировать и закрепить у ребенка понятия о верхней нижней, правой и левой стороне листа. Это достигается в ходе игр-упражнений по размещению на листе геометрических фигур изображений предметов в соответствии с инструкцией («Положи посередине», «Положи над..., под... и т.д.», «Скажи, то лежит квадрат», «Нарисуй солнышко в левом верхнем углу») Важное место в работе по формированию пространственных представлений занимают игры на перемещение в пространстве («Найди спрятанную в комнате игрушку») по речевой инструкции или по схеме.

Для развития оптико-пространственного восприятия необходимо учить ребенка составлению разрезных картинок, сюжетных картинок из кубиков с

частями изображения, построению геометрических форм и предметных изображений из палочек.

В ходе занятий по формированию пространственного восприятия дети должны научиться:

различать правую и левую руку, правые и левые части тела и лица человека;

определять середину, правую, левую, верхнюю и нижнюю стороны листа бумаги;

воспроизводить на плоскости наблюдаемые пространственные отношения; объяснить с помощью соответствующей лексики расположение одного предмета по отношению к другим;

выполнять различные задания на пространственное перемещение объектов, пространственно ориентировать собственные действия;

действовать в границах листа бумаги;

размещать элементы узора на плоскости, приняв какой-либо объект за исходную точку отсчета;

использовать в своей речи названия частей и сторон тела и лица, названия сторон предметов.

Формирование временных представлений особенно затруднено у детей, не способных к самостоятельному передвижению, так как жизненный опыт у них крайне ограничен. Их жизнь течет монотонно и мало изменяется в зависимости от дня недели и времени года. Они не имеют возможности регулярно наблюдать сезонные изменения в природе, а режим дня однообразен и представления о частях суток у них недостаточно конкретны. Для формирования временных представлений у детей с ДЦП целесообразно использовать такие упражнения, как рассматривание и обсуждение серий картинок, фотографий, изображающих деятельность детей и взрослых в разные отрезки времени (части суток), игры «Когда это бывает», «Назови соседей ночи». При проведении этих игр хорошо использовать цветные символы для обозначения разных частей суток. При формировании понятий

«неделя», «сегодня», «завтра», «вчера» можно использовать календарь, изготовленный из листков разного цвета, где суббота и воскресенье выделены особо. При изучении времен года и месяцев также желательно сделать календарь. Он может быть в виде часов, где каждое время года представлено своим цветом или картинкой с изображением сезонных изменений в природе. Особое значение в овладении временными представлениями имеет систематическое наблюдение за явлениями природы, деятельностью людей, изменениями в жизни птиц и животных, зависящими от времени года и суток. Очень важно конкретизировать временные единицы через собственную деятельность детей, в первую очередь через режим дня, что особенно важно для детей, не посещающих дошкольные учреждения. К началу школьного обучения дети должны знать временные эталоны и их характеристики.

У подавляющего большинства детей с церебральным параличом имеет место нарушение кинестетического восприятия и стереогноза. Для коррекции этих нарушений целесообразно проводить игры «Волшебный мешочек» или «Узнай, что это». Необходимо иметь несколько наборов предметов, различных по форме, величине, тяжести, фактуре материала. Дети определяют предмет сначала более сохранной рукой, а затем пораженной. Образ предмета, полученный на основе тактильного восприятия, желательно потом воспроизвести в продуктивной деятельности — слепить, нарисовать. В ходе работы по формированию тактильного восприятия дети должны научиться: выбирать предметы на ощупь, правильно соотносить их форму и величину; различать на ощупь ткани разной фактуры; узнавать предмет по обводящему движению пальцем; различать поверхности предметов; определять температуру предметов, при этом они должны пользоваться соответствующим словарем.

Коррекционно-педагогическая работа с детьми, у которых двигательные нарушения сочетаются с нарушениями слуха, требует особой подготовки педагога и освещение этой стороны вопроса не входит в нашу настоящую

задачу. Но и у детей, не имеющих нарушений физического слуха, отмечается несовершенство слухового восприятия. Слуховое восприятие при ДЦП недостаточно дифференцировано, страдает фонематический слух, слуховое внимание. Коррекция этих нарушений в дошкольном возрасте очень важна, так как является важным этапом подготовки к овладению грамотой. В работе по развитию слухового внимания педагогу помогут

такие игры-упражнения, как «Определи направление звука», «Отгадай, кто кричит», «Отгадай, на каком инструменте играют», «Сосчитай удары в бубен». Для развития фонематического слуха ребенку предлагают упражнения на различение слов на слух. Сначала подбираются слова, различные по звучанию, затем — сходные, отличающиеся только одной фонемой. В другой серии упражнений ребенку предлагают придумать слова с определенными звуками в начале и в конце слова. Методы развития фонематического слуха представлены в трудах отечественных логопедов (Т. Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной и др.) и успешно используются в работе с дошкольниками и младшими школьниками с ДЦП. В ходе занятий по развитию слухового восприятия дети должны научиться:

различать неречевые и речевые звуки, голоса близких и друзей, звуки, издаваемые домашними животными и птицами;

различать звуки, издаваемые на различных музыкальных инструментах;

определять близкое и далекое звучание музыкального инструмента;

определять направления в пространстве по звуку без зрительного сопровождения;

воспроизводить, отхлопывая в ладоши, простейшие ритмы;

усвоить понятия «громко—тихо», «высоко—низко», «быстро-медленно» и использовать их в речи.

3.7. Формирование изобразительной деятельности

подавляющее большинство детей с церебральным параличом в возрасте 4 – 5 лет не могут выполнить даже самых примитивных рисунков. Их графическая деятельность носит характер доизобразительного черкания. Дети с произвольными навязчивыми движениями, даже стараясь воспроизвести форму, хаотически чертят, выходят за пределы листа бумаги. Большие трудности испытывают дети при проведении прямых, горизонтальных и вертикальных линий, особенно те из них, которые вследствие поражения правой руки начинают рисовать левой. Они часто игнорируют левую сторону листа, размещают свой рисунок справа, прямую линию проводят справа налево, а асимметричные фигуры изображают повернутыми и противоположную сторону. В дальнейшем эти дети могут испытывать трудности при овладении письмом и чтением.

Еще одна особенность изобразительной деятельности детей с церебральным параличом: изображая предмет на пространстве листа, ребенок не соединяет его части между собой. Особенно ярко это проявляется при рисовании человека (например, руки и ноги нарисованы отдельно от туловища, глаза и рот — вне овала, изображающего лицо). В связи с имеющимися у детей нарушениями схемы тела изображение человека у них всегда вызывает большие трудности: иногда выпадают некоторые части тела (туловище, шея и т.п.), в других случаях ребенок не изображает руки или ноги — конечности, наиболее пораженные у него самого; лицо может быть изображено безо рта или носа; части тела иногда неправильно соотнесены между собой.

Недостаточно дифференцированное зрительное восприятие при ДЦП является причиной того, что дети не очень четко воспринимают форму предметов и недостаточно различают близкие формы — круг и овал, ромб и квадрат и т.д. Поэтому в их рисунках часто имеет место упрощение и

искажение формы предметов; изображение одной формы вместо другой — рисуют квадрат вместо круга, круг вместо треугольника и т. п.

Нарушения оптико-пространственного восприятия в рисунках выражаются неправильной передачей пространственных отношений между отдельными предметами или их элементами, смещением рисунка относительно центра листа. При выполнении заданий по словесной инструкции дети обычно не могут разместить предметы на листе в соответствии с инструкцией, а при срисовывании часто выполняют рисунок в зеркальном изображении.

Дети испытывают трудности при передаче величины предметов: рисуют их сильно уменьшенными. Больные с гиперкинезами сильно увеличивают изображение, так как им легче рисовать большие формы.

Недостаточно дифференцированное цветовое восприятие ведет к тому, что дети с трудом различают и называют оттеночные цвета. В своих рисунках они обычно используют только четыре насыщенных цвета: красный, синий, желтый, зеленый. Именно в эти цвета окрашивают они изображения предметов соответственно их действительному цвету, но без характерных оттенков.

Дети, страдающие церебральным параличом, так же, как и их здоровые сверстники, стремятся придать своей изобразительной деятельности сюжетный характер. Но многочисленные недостатки изображений, связанные с качественным своеобразием рисунков больных детей, как правило, не позволяют выразить все элементы задуманного сюжета. Трудности формирования графических способностей у детей с церебральным параличом обусловлены такими причинами, как нарушение моторики, зрительно-моторной координации и нарушение сенсорной сферы.

Школьники младших классов так же, как и дошкольники с ДЦП, испытывают большие трудности в становлении графических навыков. Нередки случаи, когда возможности детей 7—10 лет находятся на уровне доизобразительного черкания. Главная причина трудностей заключается в неумении производить точные согласованные движения, контролировать их

силу и скорость. Нарушение тонких дифференцированных движений пальцев и кисти рук отрицательно сказывается на умении рисовать, на написании цифр и букв. Даже рисуя с образца, школьники нередко допускают неточности в передаче контуров изображаемых фигур, искажают их пропорции, плохо копируют геометрические формы. Подавляющее число ошибок относится к передаче пропорций, формообразующие линии непараллельны, концы отрезков совмещены неточно. Круг, как правило, передается эллипсоидной формой. Эти трудности в основном связаны с нарушением манипуляторной функции и зрительно-моторной координации.

Характерные для детей, страдающих церебральным параличом, нарушения оптико-пространственного восприятия сказываются и в изобразительной деятельности.

Во-первых, это касается умения ориентироваться в пространстве листа бумаги, имеющее большое значение потому, что детям в процессе обучения постоянно приходится выполнять задания по словесной инструкции, содержащей пространственные характеристики. Дети затрудняются при определении правой и левой стороны листа. Особую трудность для них представляют задания, содержащие два и более условий, например указание «внизу справа» и т.п. Самое большое число ошибок допускают дети, которые рисуют левой рукой из-за тяжелого поражения правой руки.

Во-вторых, дети с ДЦП плохо ориентируются в пространственных отношениях изображаемых предметов. Они теряют направление рисунка, меняют его на противоположное. Часто изображение располагается с одной стороны листа. При рисовании по образцу или с натуры предметы могут располагаться в зеркальном отражении. Трудности в ориентировке на плоскости листа, недоразвитие ориентировки в пространственном расположении предметов затрудняют обучение рисованию детей с ДЦП.

Школьники с церебральным параличом охотно выполняют сюжетные рисунки на заданную тему. Но если содержание этих рисунков обычно удовлетворительно и свидетельствует о достаточном осмыслении темы, то

исполнение, как правило, значительно хуже. Анализ тематических рисунков показывает, что страдает не только композиция рисунка, его размещение на плоскости листа, но и соотношения размеров изображаемых предметов, если их несколько, бывают грубо нарушены. При раскрашивании используется мало оттеночных цветов. Эти недостатки должны преодолеваются в процессе коррекционной работы.

Умение ориентироваться в пространстве листа бумаги помогает преодолевать возникающие у учащихся при письме трудности различения линеек и строк, письма и чтения слева направо, начертания букв и цифр в определенной последовательности. Не менее важно это и для того, чтобы ориентироваться в чертежах, географических картах, схемах, таблицах. Значение работы по пространственному анализу особенно велико для профессионально-трудовой подготовки больных детским церебральным параличом.

Ниже представлены **основные направления коррекционно-педагогической работы по формированию изобразительной деятельности.**

Занятия изобразительной деятельностью служат важным средством коррекции недостатков психофизического развития детей с церебральным параличом. Программа для дошкольников, страдающих детским церебральным параличом, имея в своей основе все те этапы, которые входят в программу для здоровых детей, должна включать дополнительные занятия, направленные на тренировку движений рук, развитие мелкой моторики, развитие зрительно-пространственного восприятия. К сожалению, такая программа до сегодняшнего дня отсутствует. И помощь воспитателю, работающему с дошкольниками с церебральным параличом, в приложении приводится тематическое планирование занятий по изобразительной деятельности, разработанное Г. В. Кузнецовой. Оно рассчитано на детей с тяжелыми и средней тяжести проявлениями заболевания, которые в силу двигательных нарушений не могут овладеть этим видом деятельности без специального обучения.

Изобразительную деятельность можно рассматривать как средство коррекции нарушенной познавательной деятельности, как средство интеллектуального развития, как метод обучения и, наконец, как средство эмоционально-эстетического воспитания. Наличие двигательных нарушений и специфических нарушений познавательной деятельности ставит ряд клинико-педагогических задач, решение которых необходимо при обучении рисованию и другим видам изобразительной деятельности. Обучение обязательно должно учитывать психологические особенности больных детей.

На занятиях изобразительной деятельностью с детьми, страдающими церебральным параличом, необходимо решать следующие задачи:

- развивать мелкую моторику руки и зрительно-двигательную координацию для подготовки к овладению навыками письма;

- формировать правильное восприятие формы, величины, цвета и умение передать их в изображении;

- формировать правильное восприятие пространства, корректировать нарушения зрительно-пространственного восприятия;

- формировать целостное восприятие предмета и добиваться его отражения средствами изобразительной деятельности (рисованием, лепкой, аппликацией);

- развивать навыки конструирования;

- воспитывать положительное эмоциональное отношение к изобразительной деятельности и ее результатам;

- развивать любознательность, воображение;

- расширять запас знаний и представлений.

Специфика методов обучения состоит в применении средств, отвечающих клинико-психологическим особенностям детей с церебральным параличом. Необходимо выделить виды деятельности, наиболее способствующие решению коррекционных задач. К таковым можно отнести аппликацию, лепку, трафарет, тренировочное рисование.

Занятия аппликацией способствуют развитию конструктивных возможностей, формированию представлений о цвете и форме. Достоинством этого вида деятельности является и его доступность: аппликацией могут заниматься дети, имеющие низкий уровень графических возможностей вследствие поражения рук.

Лепка способствует развитию мелкой моторики рук, точности движений, корригирует нарушение мышечно-суставного чувства. Использование трафарета способствует воспитанию правильного движения, расширению графических возможностей ребенка с пораженными руками.

Тренировочное рисование — система графических упражнений для развития манипулятивной деятельности кисти руки.

Методика обучения рисованию детей с ДЦП разработана Г. В. Кузнецовой. Она включает несколько этапов.

На подготовительном этапе детей учат фиксировать внимание на предъявляемом им предмете. Затем им предлагают задания типа «Покажи такой же (шар, мяч и т.д.)», т.е., показав картинку с изображением игрушки, воспитатель просит найти такую же среди нескольких игрушек. Интерес к изображениям предметов повышается, если воспитатель проводит занятие весело, сопровождает пока чтением стихов, загадыванием загадок, отгадка которых – показываемый предмет. На этом этапе важная роль принадлежит развитию моторики рук, для чего используются различные упражнения

На основном этапе осуществляется овладение навыками рисования. Обучение необходимо начинать с простейших изобразительных упражнений, И ЭТОТ период дети знакомятся с основными материалами (ПЛИ пиши, краски, бумага) и орудиями изобразительной деятельности (карандаш, кисти). Одновременно они осваивают элементарные технические умения: учатся правильно держать карандаш, кисть, Очень важно включать в занятия упражнения по развитию мышечно-суставного чувства. Например, ребенок показывает, как он правильно держит карандаш, а затем воспитатель просит его без зрительного контроля придать пальцам положение, соответствующее

удержанию карандаша. На этом этапе обучения важная роль отводится использованию приема пассивных движений воспитатель вкладывает в руку ребенка карандаш (можно фломастер) и «рисует» его рукой.

Наибольшие трудности испытывают дети при обучении рисованию левой рукой. В этом случае необходимо проводить направленную коррекционную работу. Необходимо обязательно отмечать начало рисунка — верхний левый угол листа; вырабатывать автоматизированные движения слева направо. Для этого нужно вызывать у ребенка ощущение соответствующего движения, предлагая ему произвести это движение пальцами в воздухе, мокрым пальцем на грифельной доске и т.д. Следует поощрять желание ребенка многократно повторять штрихи, линии горизонтальные и вертикальные. Постепенно движения ребенка становятся увереннее, точнее, ритмичнее. Чтобы ускорить этот эффект, рекомендуется в начале каждого занятия в форме игры проводить специальные гимнастические упражнения для развития мышц кисти и пальцев.

Те же цели, что и гимнастические упражнения, имеет тренировочное рисование, о чем мы уже упоминали. Как и любое другое занятие по изобразительной деятельности, тренировочное рисование должно проходить в форме игры (например, дается задание иллюстрировать какой-либо рассказ или действие). Эти занятия рассчитаны на стимулирование движений кисти руки, включающих в работу определенные группы мышц. Наличие парезов у ребенка затрудняет выполнение этой задачи. Чтобы ребенок увлекся и начал делать кругообразные движения, образующие «петли», мы можем предложить: «Давай нарисуем облака на небе. Когда их собирается много, то из них идет дождь (штриховые линии сверху вниз, от неба до земли), из земли растет травка, она тянется снизу вверх». (Облака и дождь рисуются синим карандашом, травка — зеленым.) Познакомиться с ломаной линией дети могут при изображении гор, где пасутся овечки. Овечки едят траву (прямые линии), а над ними светит солнце и плывут облака (замкнутые линии).

Хороший результат дает сотворчество между воспитателем и ребенком: воспитатель в ходе тренировочного рисования изображает тучу, а ребенок — дождь; воспитатель — машину, а ребенок — след от нее. Ребенку предоставляется та часть задания, которую он может выполнить. Это дает возможность развить малейший успех ребенка, создать мотивацию для дальнейших самостоятельных действий.

Целесообразно также использовать коллективное творчество. Например, воспитатель на большом листе бумаги рисует дерево, а дети дорисовывают и раскрашивают яблоки на нем. Очень хорошо применять этот прием в лепке. Например, дети совместно лепят избу из бревен. Это позволяет подобрать детям задания в соответствии с возможностями каждого: одни разминают пластилин, изготавливают детали (бревна), другие их соединяют. Важно, чтобы выполнение задания было доступно ребенку, успех вселяет в него уверенность.

На занятиях изобразительной деятельностью необходимо особое внимание уделять восприятию и изображению форм предметов (круг, овал, четырехугольник и т.д.). Необходимо развивать умение видеть геометрические формы в окружающих ребенка предметах, дифференцировать близкие формы. Полезно использовать специальные трафареты, которые дети обводят и раскрашивают. Зрительный образ предмета закрепляется на занятиях аппликацией, лепкой.

Прежде чем учить дошкольника ориентироваться на плоскости листа бумаги, необходимо в игровой ситуации ознакомить их с основными пространственными понятиями. Участвуя совместно с воспитателем в перемещении игрушек, дети познают такие понятия, как «вверху», «внизу», «справа», «слева». Особое внимание во время занятий рисованием с дошкольниками следует уделять коррекции элементов зеркального рисунка, а затем и письма. В процессе рисования необходимо сопоставлять правильно и неправильно нарисованные предметы и фигуры, проводить рисование асимметричных фигур по трафарету и образцу.

Очень важно применять различные формы поощрения детей: устраивать выставки лучших работ, обсуждать работы, похвалить детей с тяжелыми двигательными нарушениями, которым особенно трудно выполнять задание. Педагогу следует сохранять работы детей, сделанных ими в течение года, для того, чтобы ребенок мог видеть положительные результаты обучения.

Целенаправленные занятия изобразительной деятельностью являются важнейшим средством эстетического воспитания, особая роль которого обуславливается социальной изоляцией детей и бедностью их представлений об окружающем мире. Большое значение в этом плане имеют систематическая демонстрация произведений искусства (картин, скульптур, изделий народных мастеров) и беседы, в которых обсуждаются их достоинства.

В школьном возрасте необходимо продолжить специальные занятия по формированию изобразительной деятельности у детей с ДЦП. Дети, которые не прошли подготовку к школе в специальном дошкольном учреждении, к началу обучения имеют очень низкий уровень развития графических навыков, что затрудняет обучение их письму. Как правило, эти дети располагают значительными потенциальными возможностями в овладении графическими навыками, которые могут быть успешно реализованы с помощью соответствующей методики. Специальное обучение предполагает многократное повторение упражнений в рисовании от руки:

- прямых вертикальных линий,
- прямых горизонтальных линий,
- наклонных линий,
- дугообразных линий,
- замкнутых круговых линий.

Эти графические упражнения служат основой и для овладения письмом. Еще раз подчеркнем, что ребенку с нарушением манипулятивных функций рук для овладения этими навыками требуется длительная тренировка.

При обучении школьников с церебральным параличом рисованию целесообразно придерживаться следующей схемы:

зрительное и двигательное-осознательное формирование образа предмета, передача формы предмета с помощью готового контура (трафарета), рисование этой формы пальцем в воздухе, рисование предмета с использованием опорных точек, раскраска контурных изображений, рисование по непосредственному наблюдению без вспомогательных средств.

Перед началом занятий рекомендуется проводить гимнастические упражнения. Выполняя различные гимнастические, а также графические упражнения для рук, овладевая навыками рисования с помощью трафарета, школьники развивают моторику и вырабатывают навыки управления своими действиями.

В процессе обучения рисованию со школьниками проводится работа по уточнению и обогащению представлений о геометрических формах. Большие возможности для этого предоставляет декоративное рисование — составление узоров из двух—трех форм, равных или различных по величине. При составлении узоров важную роль играет правильное пространственное размещение рисунка, отрабатываются понятия «середина», «левая и правая сторона» и т.д. В школьном возрасте необходимо продолжать работу по преодолению элементов зеркального рисования и письма: ученику предлагают рисовать асимметричные фигуры, анализировать направление рисунка, сопоставлять правильно и неправильно нарисованные объекты. Особую важность такой анализ приобретает при рисовании с натуры и тематическом рисовании.

Для расширения кругозора детей, обогащения их эмоциональной сферы очень важно в комплекс обучения рисованию включить занятия по эстетическому воспитанию. Желательно, чтобы эти занятия согласовывались не только с материалом, изучаемым на занятиях изобразительной

деятельностью, но и с материалом по литературе, природоведению, истории, чтобы они способствовали нравственному воспитанию детей.

Готовя беседы по изобразительному искусству, следует учитывать уровень подготовки детей, тяжесть патологии, возраст. Представляемые им произведения искусства должны найти отклик в душах детей, заинтересовать их, привлечь своим содержанием и мастерством исполнения, обогатить новыми знаниями, чувствами, вызвать желание, если это прикладное искусство, сделать по их образцу свои работы. Репродукции живописных работ обогащают их знанием событий из истории их Родины, раскрывают красоту ее природы, знакомят с бытовой стороной жизни и т.д. Из произведений народного творчества хорошими пособиями являются городецкая и хохломская роспись по дереву (игрушки, посуда), глиняная вятская игрушка. Включение бесед в комплекс занятий по изобразительной деятельности способствует развитию познавательных интересов, обогащает духовный мир больного ребенка, активно влияет как на сенсорные процессы, так и на эмоционально-волевую сферу.

При планировании занятий необходимо обеспечить оптимальное соотношение между различными видами изобразительной деятельности. Безусловно, что в работе с детьми, страдающими церебральным параличом, наиболее важное значение имеют графические тренировочные упражнения и декоративное рисование с использованием различных геометрических форм. Но для развития воображения, фантазии, поощрения самостоятельного мышления больного школьника необходимо включать в план занятий и тематическое сюжетное рисование. Изобразительную деятельность необходимо максимально использовать для развития познавательной деятельности детей, коррекции недостатков их психического и физического развития. Важно, чтобы занятия рисованием, лепкой и другими видами изобразительной деятельности служили элементом коррекционно-развивающего обучения и способствовали в дальнейшем социально-трудовой адаптации этой категории больных.

3.8. Обучение конструированию

Испытываемые детьми с ДЦП затруднения в конструировании связаны с нарушениями пространственного восприятия. Многие дети ошибаются, делая постройки из кубиков или палочек, не могут правильно собрать разрезные картинки. Выполняя пробы Кооса, дети правильно находят части данной картинки, но расположить их относительно друг друга не могут. При копировании асимметричной фигуры из палочек делают ее изображение зеркальным.

Методика обучения конструированию детей с церебральным параличом разработана И.И.Мамайчук. Обучение рекомендуется начать с конструирования по образцу, составленному из частей, и только после этого переходить к конструированию по нерасчлененному образцу. Эта методика включает несколько этапов.

На первом этапе необходимо ознакомить ребенка со строительным материалом, обучить его простым конструктивным действиям, пользуясь деталями одинаковой величины и формы, обучить планомерному обследованию образцов и деталей постройки, словесному обозначению пространственных отношений предметов («рядом», «на», «над», «под», «около», «сзади», «спереди» и т.д.). Педагог строит образец и сопровождает свои действия словами, обращая внимание ребенка на расположение деталей, а затем предлагает ему воспроизвести постройку. На этом этапе могут быть рекомендованы следующие задания: конструирование башни (из трех—пяти кубиков разного цвета), дорожки и забора из разноцветных кирпичиков, конструирование гаража, дивана из одинаковых по величине блоков. Количество предлагаемых заданий зависит от индивидуальных особенностей ребенка и его подготовленности.

Второй этап — «конструирование по нерасчлененному образцу». Детей обучают планомерному рассматриванию образцов, эффективным способам конструирования с использованием развернутых действий с деталями

(прикладывание их к образцам); учат пользоваться пространственными и метрическими признаками предметов в процессе конструирования; составлять геометрические фигуры, учитывая форму и величину деталей; обогащают словарный запас ребенка специальной пространственной терминологией («квадрат», «прямоугольник», «ромб» и т.д.). На этом этапе можно рекомендовать следующие задания:

- конструирование объемных построек с опорой на образец из деталей одинаковой величины и формы (колодец, двух-, трехэтажные дома и т.д.);
- конструирование объемных построек из деталей разной формы и величины;
- конструирование плоскостных моделей из деталей одинаковой величины и формы (квадрат, треугольник, ромб, разрезанные на несколько одинаковых частей);
- конструирование плоскостных моделей из деталей разной формы и величины (геометрические фигуры, разрезанные на части, различные по форме и величине).

Программа второго этапа рассчитана на длительный срок, определяемый индивидуальными возможностями ребенка. После того как дети научились мысленно анализировать образец, овладели эффективными способами конструирования, научились использовать пространственные и метрические признаки предметов, следует переходить к следующему этапу — конструированию с образцов-рисунков. Здесь необходимо обучать детей анализировать рисунки, выделять в них существенные элементы постройки, учить детей | правильно называть пространственные отношения: «справа», «слева», «наверху», «внутри», а также воспроизводить в постройках нужные пропорции взаимоотношения деталей. На этом этапе желательно иметь набор рисунков с объемным и условным изображением построек.

На третьем этапе занятий ребенку предлагается свободное конструирование, когда он может самостоятельно использовать усвоенные им приемы обследования и исполнения. При этом могут выполняться

следующие задания: конструирование дома для куклы, постройка улицы, города, конструирование по замыслу.

3.9. Подготовка к школе детей с церебральным параличом ***Обучение грамоте (добукварный период). Формирование первоначальных навыков чтения и письма***

Обучение первоначальным навыкам чтения и письма является сложным психологическим процессом, для овладения которым, кроме общего и речевого развития, необходима достаточная зрелость психофизических функций: фонематического восприятия, правильного звукопроизношения, зрительного восприятия, пространственной ориентировки, зрительно-моторной координации, внимания, памяти. Различная степень нарушения двигательной и речевой функции, особенности формирования психических процессов делают необходимым использование разнообразных приемов и методов при обучении чтению детей с ДЦП. В ходе обучения грамоте решаются и диагностические задачи, что позволяет правильно определить основные направления коррекционной работы.

Поскольку состав детей старшего дошкольного возраста оказывается неоднородным, их делят на несколько групп; одновременное усвоение программного материала затруднено, к детям необходим дифференцированный подход.

Коррекционная работа проводится на индивидуальных и групповых занятиях логопеда, а также на групповых занятиях воспитателя, поэтому важное значение в общих коррекционных мероприятиях имеет взаимосвязь в их работе. В ходе коррекционно-педагогической работы важно учитывать характер и структуру речевого нарушения каждого ребенка.

Задачами подготовительного периода обучения грамоте являются:
формирование произвольной стороны речи,
развитие слухового внимания и речеслуховой памяти,
формирование фонематического восприятия,

нормализация оптико-пространственного гнозиса,
подготовка мелкой моторики руки к процессу письма,
формирование психологической базы речи,
формирование мыслительных операций.

Обучение осуществляется аналитико-синтетическим методом и складывается из двух взаимосвязанных процессов — обучения чтению и письму.

Усвоение материала возможно при условии решения ряда задач, специфика которых связана с наличием двигательных, речевых и психических нарушений у большинства детей с церебральным параличом.

Одним из наиболее характерных речевых расстройств является дизартрия различной степени тяжести. Нарушения произношения крайне ограничивают устную речевую практику детей. У детей с церебральным параличом не накапливаются необходимые наблюдения над смысловой, звуковой, морфологической и синтаксической сторонами речи. Часто нарушения звукопроизношения сочетаются с нарушением формирования фонематических процессов. Однако немаловажное значение имеют и особенности интеллектуальной деятельности. Повышенная психическая истощаемость и наличие патологических тонических рефлексов усиливают недостаточность фонематического анализа, который считается «узловым образованием» речевой деятельности, связывающим устную и письменную речь в единую систему. Логопеду в каждом случае очень важно выявить ведущую структуру и механизм нарушения для разработки дифференцированных коррекционных мероприятий. Осознание звуковой структуры слова и работа по звуковому анализу и синтезу являются необходимой предпосылкой к обучению грамоте.

1 В данной главе использована программа, разработанная С. Ю. Горбуновой и К. А. Хайрулиной в школе-интернате № 20 г. Москва.

С другой стороны, обучение грамоте способствует развитию осознания звуковой структуры слова. При нарушении фонематического восприятия нарушения звуковой и слоговой структуры слова часто сочетаются.

Формирование слоговой структуры слова идет одновременно с формированием звукопроизношения и требует подключения кинестетических ощущений.

На начальном этапе подготовительного периода обучения грамоте дети усваивают звуковой и слоговой состав слова на ограниченном речевом материале. Они учатся произносить и различать звуки, а также выделять их из слова, затем упражняются в делении слова на слоги.

Обучение полному звуковому анализу звучащей речи предполагает формирование умения определять:

- линейную последовательность звуков в составе слова;
- местоположение звука (в начале, конце или середине слова);
- количество звуков в слове.

Помимо фонематического восприятия у детей должна быть сформирована лексико-грамматическая сторона речи и связная речь.

Традиционно при обучении грамоте нормально развивающихся детей понятие «буква» вводится после того, как у них будет полностью сформировано обобщенное представление о фонемах родного языка, т. е. дети овладеют операциями фонемного анализа и синтеза. Но при работе с детьми с ДЦП целесообразно знакомить их с буквами уже на начальных этапах обучения грамоте.

Программа подготовительного периода в обучении грамоте имеет несколько разделов, которые тесно связаны между собой. Это:

- формирование навыков произношения;
- развитие фонематического восприятия, формирование звукового анализа и синтеза;
- развитие ритмической и звуко-слоговой структуры слова.

В процессе коррекционно-педагогической работы по всем направлениям необходимо развивать у детей зрительно-моторную координацию, которая является необходимым условием формирования первоначальных навыков чтения и письма.

Формирование навыков произношения включает:

нормализацию тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата,
развитие произвольного контроля органов артикуляции,
пассивную и активную артикуляционную гимнастику, направленную на формирование артикуляционных укладов,
развитие дыхания, голоса и просодики, коррекцию их нарушений.

Выработку синхронности дыхания, голосообразования и артикуляции,
формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки,
автоматизации и дифференциации звуков речи.

Для развития фонематического восприятия и формирования звукового анализа и синтеза необходимо решать следующие задачи.

1. Развитие слухового внимания и речеслуховой памяти, что предполагает:
активизацию слухового внимания,
развитие внимания к отдельным звукам речи в речевом потоке и в составе отдельных слов,
повторение звукового ряда в различных сочетаниях звуков, определение количества звуков и их последовательности,
развитие умения запоминать и воспроизводить заданный слоговой ряд,
запоминание 3 — 4 слов различного ритмического и звукового состава.
запоминание трех—четырёх инструкций и выполнение действий в заданной последовательности.

2. Развитие анализа и синтеза звукового состава слова, что предполагает:
усвоение терминов «звук», «гласный звук», «согласный звук», «твёрдый звук», «мягкий звук»,
интонационное выделение последовательности фонем и общefonемный анализ слов,

дифференциацию гласных *а, у, о, э, ы* и согласных *п, т, к, ф, м, х*, слоговой анализ и синтез на материале сохранных звуков, дифференциацию фонем по твердости - мягкости, звонкости – глухости, моделирование основных фонематических отношений в слове.

Развитие ритмической и звуко-слоговой структуры речи предполагает решение следующих задач:

усвоение произношения слогов различной сложности, деление на слоги слов различной слоговой структуры (одно сложные: мак, дом; двусложные с открытым слогом: *вата, каша* трехсложные с открытым слогом; двусложные со стечением гласных). Усвоение понятия «слог», подбор слов с различным количеством слогов.

У детей необходимо сформировать следующие умения:

правильно произносить все изученные звуки и пользоваться ими в речи, • различать изученные звуки, выделять любой из изученных звуков в составе односложных слов (рак), двусложных (лапа), трехсложных (малина), определять последовательность звуков в слове уметь составить звуковую схему слова, знать гласные звуки первого ряда и звук и, знать изученные согласные звуки и их акустико-артикуляционные признаки (твердость—мягкость, звонкость—глухость).

Основной период в обучении грамоте — букварный. Его программа предусматривает на основе звукового анализа и синтеза обучение чтению слогов и слов. Детей знакомят с буквами, учат их узнавать по характерным признакам (изолированно и в составе слова, в различных позициях), правильно соотносить звук и букву Дети овладевают звуко-буквенным анализом слогов и слов.

Затруднения, которые испытывают дети при формировании графических навыков, обусловлены двигательным дефектом, а также состоянием неречевых процессов (внимания, памяти, произвольной деятельности, зрительно-моторной координации и др.).

Несформированность хватательной функции кисти мешает овладеть способом удержания ручки. Нарушение тонуса мышц кисти и скелетной мускулатуры, гиперкинезы нарушают протекание тех микродвижений, на основе которых строится двигательный акт письма. В связи с этим необходима индивидуальная подготовка руки к письму, последовательная отработка и закрепление двигательного навыка письма. Необходимо вселить время для специальных занятий по формированию движений, обеспечивающих правильную технику письма. Эти занятия являются составной частью обучения грамоте, элементу которых мог быть использован на занятиях по изобразительной деятельности и включены в работу воспитателя во время проведения дидактических игр, а также в специальные занятия с инструктором ЛФК.

Степень выраженности двигательного дефекта у детей различна, и, следовательно, различны возможности манипулятивной деятельности рук, поэтому в первые дни пребывания в образовательном учреждении педагогу вместе с врачом и инструктором ЛФК необходимо обследовать ребенка и выявить уровень готовности к обучению технике письма. Следует получить представление о каждом ребенке, определить конкретные коррекционные задачи и разработать план совместной работы дефектолога, воспитателя и инструктора ЛФК, только при этом условии возможна успешная работа по формированию графомоторной функции. Для детей, которые при письме пользуются левой рукой, необходимо дополнительное обследование врача невропатолога и ортопеда, дающих заключение о том, какой рукой следует в дальнейшем учить писать ребенка.

У детей с преимущественным поражением правых конечностей при письме левой рукой могут наблюдаться элементы зеркального письма. Они рисуют, пишут справа налево, а асимметричные фигуры и буквы поворачивают в противоположную сторону. Для преодоления зеркального письма необходимо проводить соответствующую коррекционную работу.

Для тех, кто в силу двигательного нарушения не может научиться самостоятельно писать (дети с тяжелой степенью поражения верхних конечностей при спастической диплегии и гиперкинетической форме ДЦП), особенно важна компьютеризация процесса обучения письму, так как овладение работой на компьютере позволяет совершенствовать навыки письменной речи, дает возможность полноценного обучения, тренирует память, создает эмоционально положительный настрой, облегчает контроль педагога за уровнем знаний. В случае отсутствия компьютера хорошие результаты дает обучение печатанию на пишущей машинке.

Работа по формированию графических навыков письма тесно связана с коррекцией двигательных нарушений ребенка. Характер последних определяет модификацию отдельных заданий и методических приемов, продолжительность нагрузки и количество времени, требуемое для прохождения каждого этапа обучения. Всем специалистам, работающим с ребенком (логопеду, дефектологу, инструктору ЛФК и воспитателю), необходимо знать особенности движений рук каждого ученика, степень сформированности у него навыка письма и конкретные задачи, которые решаются в данный момент обучения.

Обучение письму начинается с обследования возможностей овладения графическим навыком письма. Важным этапом работы является обучение ребенка адекватной позе во время письма. При этом необходимо решать следующие задачи:

- подбор позы и «рефлекс-запрещающих» позиций, при которых нарушения мышечного тонуса и интенсивность гиперкинезов были бы минимальными;

- применение специальных приспособлений для фиксации конечностей и головы ребенка;

- отработка общей позы при письме и обучение среднему положению головы, поворотам и наклонам при строго определенном положении рук;

- развитие зрительного контроля за движением рук в разных направлениях.

Подготовка руки к письму включает:

обучение различным движениям пальцев рук, одновременным движениям пальцев рук и кисти;

воспроизведение и тренировку изолированных движений пальцев рук и кисти;

формирование правильного дифференцированного захвата предметов в зависимости от их размера, упругости, веса и других качеств;

развитие свободного движения правой руки при удержании предмета и в процессе различных манипуляций с ним;

«письмо» указательным пальцем, смоченным и краске, в альбоме;

проведение комплекса гимнастических упражнений для развития движений рук.

Обучение правильному способу удержания карандаша, ручки или подбор индивидуального способа удержания ручки (если правильный способ невозможен из-за тяжелых нарушений манипулятивных функций) предполагает:

обучение принятию позы руки и пальцев, имитирующей удержание ручки;

формирование правильного захвата ручки, лежащей на парте, и принятие положения для письма;

расслабление и напряжение пальцев, в то время как они удерживают ручку и сохраняют правильную позицию;

упражнения по развитию свободных движений пальцев при удерживании ручки.

Формирование движения карандашом или ручкой при письме включает:

обучение контролю зрением за движением рук методом многократного повторения (развитие зрительно-моторной координации);

развитие изолированных движений правой (пишущей) руки.

В занятия по обучению письму необходимо ввести работу по формированию навыка оптико-пространственной ориентировки. Она включает:

формирование пространственной ориентировки на листе бумага,

маркировку (отметку) начала письма — левого верхнего угла листа, выработку автоматизированных движений слева направо путем рисования дорожек, ленточек и пр.,

«письмо» рукой в воздухе с контролем и без контроля зрения, автоматизацию движений слева направо путем написания дорожек мокрым пальцем на грифельной доске.

Для формирования графомоторных навыков на занятиях необходимо проводить обучение штриховке и обводке.

На подготовительном этапе обучения письму необходимо уделить внимание коррекции зеркального письма. Эта проблема разработана в трудах Э.С.Калижнюк. В ходе коррекционной работы рекомендуется обучать ребенка писать правой рукой и проводить комплекс лечебных мероприятий (лечебная гимнастика, физиотерапия, медикаментозное лечение), направленных на активизацию действий в пораженной руке. Если же паралич выражен грубо и письмо правой рукой невозможно, то при обучении ребенка необходимо провести предварительную работу. Следует формировать автоматизированные движения слева направо путем рисования «дорожек», «ленточек» и т.д. сначала пальцем в воздухе, со зрительным контролем и без него, и только потом путем написания пальцем или мелом на стекле, грифельной доске и т.п. Комплекс коррекционных мероприятий должен включать также раскрашивание по трафарету асимметричных фигур. В процессе рисования или написания асимметричных фигур или букв необходимо проводить анализ расположения различных элементов букв или рисунка. Важно сопоставлять и анализировать правильно и неправильно нарисованные фигуры и буквы.

Формируя у ребенка с ДЦП первоначальные навыки письма, очень важно решить задачу обучения удержанию ручки или карандаша и формирования графомоторных функций. Но если в силу тяжести двигательных нарушений эта задача не будет решена, нельзя отказываться от обучения. Дети с тяжелыми нарушениями манипулятивных функций, которые не могут

овладеть письмом с помощью ручки, могут научиться печатать на пишущей машинке или компьютере.

Формирование элементарных математических представлений

При подготовке к школе очень важно развить у ребенка основы математического мышления. По данным Э. С. Калижнюк, у большинства детей, страдающих церебральным параличом, наблюдаются трудности при овладении счетом. В значительной степени это связано с тем, что понятие числа имеет сложную психологическую структуру, связанную с пространственным восприятием множества объектов. Поэтому освоение счета требует высших форм мыслительной деятельности — анализа и синтеза, сформированных пространственных представлений. Большинство детей с церебральным параличом с трудом усваивают разрядное строение числа, затрудняются в осмыслении задач, путают цифры, близкие по своему графическому образу, строят цифровой ряд справа налево.

Для коррекции этих нарушений наряду со стандартными приемами обучения счету можно рекомендовать некоторые специальные приемы, адекватные для обучения детей с церебральным параличом. К ним следует отнести, во-первых, введение двигательного-осязательного элемента в процесс пересчета. Опора на двигательный, зрительный и осязательный анализаторы способствует восприятию линейно расположенных в пространстве предметов. У каждого ребенка во время обучения счету должен быть набор однородных предметов, которые он должен пересчитывать, пользуясь зрительным контролем и без него. Во-вторых, обучение счету должно всегда исходить из принципа наглядности, объяснение ШЦ проводиться на примерах, видимых и ощущаемых детьми, и только на следующем этапе можно переходить к аналогичным заданиям, отвлекаясь от конкретных объектов.

Работу по изучению состава числа рекомендуется вести следующим образом: показать цифру, обозначающую новое число, показать различные варианты состава данного числа, пользуясь подсобным материалом (палочками, пуговицами и т.п.), и предложить ребенку подобрать несколько

других вариантов, затем обязательно дать возможность пересчитать подобранный материал без зрительного контроля. На следующем этапе необходимо учить детей подбирать число «на один больше», «на один меньше», пользуясь наглядными объектами.

Важно дать детям представление, что число не зависит от величины предметов, расстояния между ними, их пространственного расположения и направления счета. В коррекционную работу необходимо вводить также двигательный и звуковой варианты счета: пересчитать количество хлопков, ударов в бубен, шагов, взмахов руки и т.п.

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

Большое значение придается формированию временных и пространственных представлений. На начальном этапе обучения дети овладевают умениями ориентироваться на странице тетради, учебника, в окружающей обстановке. Например, сформированные пространственные представления способствуют усвоению порядковых отношений чисел в натуральной последовательности. Особо выделяются отношения порядка: перед—после — между и т.д.

При ознакомлении с образом цифры пользуются специальными трафаретами для раскрашивания вырезанных цифр. Эффективным приемом является обведение пальцем цифры, вырезанной из бархатной и наждачной бумаги, а также прописывание изучаемой цифры пальцем на шероховатой поверхности (наждачная бумага, бархатная бумага наклеенные на картон). У детей с тяжелыми нарушениями манипулятивных функций или с гиперкинезами необходимо использовать следующий способ обучения: сначала цифра несколько раз прописывается с помощью взрослого, который с усилием воздействует на руку ребенка, обучая соответствующему движению; затем ребенок прописывает цифру пальцем самостоятельно. Дети также могут вылепить изучаемые цифры из пластилина, теста или глины.

Необходимым элементом обучения счету является понятие цифрового ряда. Следует учить детей строить цифровой ряд слева направо, дать понятие увеличения цифрового ряда слева направо и уменьшения справа налево.

Важное место на начальном этапе обучения математике занимает формирование геометрических представлений. Дети должны уметь распознавать простейшие геометрические фигуры на рисунках и в окружающих предметах, научиться их моделировать. Этот раздел работы тесно связан с сенсорным воспитанием детей с ДЦП.

В ходе занятия целесообразно проводить одну—две физкультминутки, снимающих утомление, а также использовать игровую деятельность, что способствует успешному усвоению материала. Методика проведения игры определяется учебно-воспитательными задачами, которые преследует изучаемая тема. Некоторые игры математического содержания можно использовать и на прогулках, во время занятий по физическому и трудовому воспитанию.

В ходе работы по формированию математических представлений у детей с ДЦП в период подготовки к школе решаются следующие задачи:

- накопление конкретных фактов о различных свойствах предметов окружающей действительности;

- формирование у детей способности выделять в объектах существенные признаки, развитие различных операций сравнения и группировки предметов по определенному признаку;

- накопление представлений о количестве, величине и форме предмета;

- развитие ориентировки во времени и пространстве;

- образование множеств, их соотношение с заданным образцом (количеством);

- усвоение элементарного математического счета.

Усложнение программного материала идет путем расширения содержания основных разделов, формирования новых способов математического действия путем совершенствования навыков аналитических операций

сравнения (применение приемов сопоставления, противопоставления, наложения, приложения, измерения с помощью счета и специальной или условной мерки), а также путем усложнения наглядного материала — использования не только реальных предметов и их заместителей, но и изображений, условных обозначений, схем и таблиц.

Контрольные задания

1. Раскройте основные направления коррекционно-педагогической работы на разных возрастных этапах.
2. Охарактеризуйте систему поэтапной медицинской и педагогической реабилитации детей с церебральным параличом в нашей стране.
3. Расскажите о различных моделях организации лечебно-педагогической помощи детям и подросткам с ДЦП за рубежом.
4. Назовите задачи, методы и приемы физического воспитания детей с церебральным параличом.
5. Раскройте основные этапы формирования функциональных возможностей кистей и пальцев рук.
6. Раскройте направления и приемы развития навыков самообслуживания у детей с церебральным параличом.
7. Назовите задачи и особенности организации коррекционной работы по сенсорному воспитанию детей с церебральным параличом.
8. Раскройте направления и содержание коррекционно-педагогической работы по формированию изобразительной деятельности при ДЦП..
9. Охарактеризуйте основные направления и содержание коррекционно-педагогической работы по формированию первоначальных навыков чтения, письма и счета у детей с ДЦП.
10. Опишите специальные приемы при формировании элементарных математических представлений у детей с ДЦП.

ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Обучение детей и подростков с ДЦП осуществляется в школах интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата представлены следующими категориями:

- дети с церебральным параличом (ДЦП);
- с последствиями полиомиелита в восстановительной или резидуальной стадии;
- с миопатией;
- с врожденными и приобретенными недоразвитием и деформациями опорно-двигательного аппарата.

Дети с ДЦП вследствие сочетания недостатков двигательной сферы и познавательной деятельности нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания. У детей с другими двигательными нарушениями недостатки познавательной деятельности выражены в меньшей степени, однако и они нуждаются в специальных организационных формах и условиях обучения.

В некоторых случаях дети с ДЦП учатся в массовых школах, в классах коррекционно-развивающего обучения, в специальных школах других видов (например, ребенок с легкими двигательными нарушениями и речевыми расстройствами может учиться в речевой школе), если по месту жительства отсутствует школьное учреждение для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Выбор учреждения часто определяется желанием родителей, наличием учреждений по месту жительства и другими условиями. Но если ребенок или подросток с ДЦП учится не в школе-интернате для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, то необходимо, чтобы учителя знали о психофизических особенностях такого ученика, учитывали их при определении интеллектуальных и физических нагрузок, при оценке уровня достижений, использовали специальные приемы обучения, особенно

на его начальных этапах. Желательно, чтобы в учреждении были созданы хотя бы минимальные специальные условия, облегчающие ребенку передвижение и самообслуживание.

Среди учащихся школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата принято выделять следующие категории учащихся с учетом психофизических особенностей и возможностей овладения ими учебным материалом:

1) дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата различного этиопатогенеза, передвигающиеся самостоятельно или с помощью вспомогательных ортопедических средств и имеющие психическое развитие, близкое к нормальному. Это та группа, которая выделяется в настоящее время для обучения в специальных школах-интернатах по адаптированной массовой программе;

2) дети, лишенные возможности самостоятельного передвижения и самообслуживания, с задержкой психического развития и разборчивой речью. Эта группа детей в настоящее время обучается на дому по программе массовой школы, что недостаточно, поскольку эти ученики нуждаются в коррекционных занятиях по развитию моторики, пространственной ориентировки и специальном оборудовании учебного процесса;

3) дети с задержкой психического развития при ДЦП, осложненном тяжелыми дизартрическими нарушениями, недоразвитием речи. Для детей этой группы необходимы корректировка программ ряда общеобразовательных предметов, специальные методы развития речи и коррекции нарушений звукопроизношения. В настоящее время многие из этих детей снимаются даже с надомного обучения из-за трудности установления с ними речевого контакта. Для работы с ними нужны подготовленные специалисты;

4) дети с ДЦП, имеющие умственную отсталость различной степени тяжести. Эта категория детей в наибольшей степени нуждается в разработке разноуровневых программ и различных организационных форм обучения.

Особое внимание должно быть уделено предметам коррекционного цикла. Дети с ДЦП, имеющие умственную отсталость легкой степени, обучаются в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

5) дети с ДЦП, имеющие нарушения слуха и зрения разной степени выраженности. Эта группа детей нуждается в разработке различных организационных форм обучения (специальные отделения, классы, группы при школах, интернатах), в создании особых учебных планов и программ обучения. В настоящее время дети с двигательными нарушениями и незначительными нарушениями зрения и слуха (слабовидящие, слабослышащие) обучаются в специальных школах-интернатах по адаптированной массовой программе.

Специальная школа для детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата обеспечивает своим воспитанникам общеобразовательную подготовку на цензовом уровне, отвечающем нормативным требованиям Государственного образовательного стандарта. Однако соответствие этому уровню может быть достигнуто при соблюдении особой содержательной и методической направленности учебного процесса, в основе которого заложен коррекционно-развивающий принцип. Дети с тяжелыми двигательными нарушениями могут овладеть базовым компонентом программы лишь в условиях максимальной индивидуализации обучения, которая предполагает наличие:

гибкого учебного плана, позволяющего учитывать специфику нарушений; разноуровневых программ, адаптированных для коллективного и индивидуального обучения;

вариативного начального обучения с пропедевтическим периодом.

Пропедевтический период следует рассматривать как гибкую структуру, задача которой — изучение возможностей ребенка, уточнение уровня психического развития, подготовка к дальнейшему обучению в начальной школе. Особенно необходим пропедевтический период для детей, не

прошедших специальной дошкольной подготовки и не достигших функциональной школьной зрелости или нуждающихся в уточнении диагноза. Дети, прошедшие курс специальной дошкольной подготовки и имеющие достаточный уровень сформированности двигательной и речевой деятельности в сочетании с задержкой психического развития, могут быть определены в I класс.

Основу базисного плана общего образования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляет базисный план школы общего назначения. Обучение в начальной школе осуществляется за 4 года (без подготовительного класса); продолжительность обучения в основной школе увеличивается на 1 год. Увеличение сроков обучения связано с замедленным темпом психического развития детей, трудностями при овладении письмом и чтением вследствие речевых и двигательных нарушений, необходимостью введения в учебный план предметов коррекционного цикла. Срок обучения в основной школе составляет 6 лет. В базисный учебный план включаются предметы коррекционного цикла, индивидуальные и групповые коррекционные занятия.

Все обучение имеет коррекционно-развивающий характер и направлено на преодоление отклонений в физическом развитии, познавательной и речевой деятельности. Организация учебного процесса в школе-интернате предполагает применение специальных методов и приемов обучения и воспитания.

При определении содержания обучения в школе для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата учитываются как общие задачи образования и воспитания учащихся, так и специальные. Специальные коррекционные задачи в значительной степени определяют содержание обучения детей этой категории.

Содержание обучения в общеобразовательной школе и школе для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата имеет ряд общих черт:

обучение является цензовым, т.е. обеспечивает школьникам образование в объеме соответствующих ступеней общеобразовательной школы;

в учебных планах и программах реализуется принцип последовательности изучения предметов;

содержание обучения строится в соответствии с принципом единства системы образования;

построение программ соответствует основным дидактическим принципам.

Наибольшим своеобразием отличается содержание обучения в подготовительном классе и начальной школе. Обучение ведется в соответствии со специально разработанными программами. Особое внимание уделяется формированию движений, обеспечивающих правильную технику письма. В программах определены основные требования к знаниям и умениям учащихся (Программы специальной общеобразовательной школы для детей с последствиями полиомиелита и церебральным параличом, 1986).

В средних и старших классах учащиеся обучаются по программам массовой общеобразовательной школы. В связи с увеличением срока обучения в основной школе на один год предусматривается иное распределение учебного материала по годам обучения в сравнении с общеобразовательной школой.

Субъекты Федерации должны разрабатывать специальные программы по родному языку и русскому языку как государственное для школ, где обучение ведется на национальном языке, регион с учетом исторических, географических, природных, экологических, национальных особенностей вносит в содержание учебных дисциплин дополнения и изменения, отражающие эти особенности, а также специфику трудовой деятельности населения этого региона.

В учебный план подготовительного класса включаются изобразительность, развитие речи, трудовое воспитание и специальные дисциплины — самообслуживание и бытовая ориентировка, сенсорное воспитание.

Обязательными общеобразовательными предметами в школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата являются:

Родной язык (национально-региональный компонент).

Русский язык (как государственный) и литература.

Иностранный язык.

Математика.

Ознакомление с окружающим миром.

Природоведение.

География.

История и обществоведение.

Физика и астрономия.

Химия.

Биология.

Информатика.

Изобразительное искусство и черчение.

Музыка и ритмика.

Трудовое и профессиональное обучение.

Физическое воспитание.

Объем содержания всех общеобразовательных дисциплин тот же, что и в массовой школе. Но в связи с особенностями двигательных и речевых нарушений у учащихся процесс обучения по таким предметам, как русский (родной) язык, физическое воспитание, математика, особенно на начальных этапах, имеет специфику.

Русский (родной) язык. Объем содержания образования тот же, что в массовой школе. Но освоение отдельных разделов возможно лишь при условии решения ряда специальных задач, обусловленных наличием двигательных, речевых нарушений и других отклонений в психическом развитии.

Нарушения манипулятивных функций кисти рук при различных клинических формах ДЦП и наличие гиперкинезов существенно затрудняют

усвоение техники письма. В связи с этим в подготовительном и I классе особое внимание уделяется подготовке руки к письму, специально выделяется время на формирование двигательного навыка письма, его последовательную отработку и закрепление.

В связи с тем, что у большинства учащихся с детским церебральным параличом имеются нарушения звукопроизводительной стороны речи в сочетании с общим речевым недоразвитием разной степени выраженности, особое внимание на начальных этапах обучения уделяется:

отработке правильного произношения, развитию фонематического слуха и формированию основ звукового анализа;

уточнению и обогащению словарного запаса;

практическому овладению грамматическими средствами языка, выявлению и преодолению встречающихся в речи грамматических недочетов.

Усвоение данного учебного предмета обеспечивается максимальной практической направленностью начальных этапов обучения: большое внимание уделяется формированию предметно-практической деятельности учащихся, различным формам работы с разрезной азбукой, графической записи слов и т.д. В целях предупреждения дисграфических и орфографических ошибок все виды работ учащихся сопровождаются соответствующими видами языкового анализа (фонетического, морфемного, морфологического и словообразовательного). В процессе таких занятий развивается мышление детей: формируется умение анализировать языковой материал, группировать по значению различные слова, осуществлять их классификацию. В подготовительном и I классе особое значение придается разнообразным упражнениям, обеспечивающим усвоение звуковой и слоговой структуры слова, формирующим правильное звукопроизношение и слуховое восприятие, навыки звукового анализа слова.

Существенное значение в системе пропедевтического изучения языка уделяется практическому обогащению лексики учащихся, на основе которой формируются лексические и грамматические » обобщения. Значительное

место на начальном периоде обучения отводится специальным грамматическим упражнениям: изучению основных частей речи, способов их образования и изменения, разбору слов по составу. Значительное место отводится упражнениям, развивающим связную речь учащихся.

Коррекционная направленность обучения обеспечивается специальными методами обучения, введением пропедевтических занятий, предшествующих изучению отдельных разделов и тем программы, а также индивидуальных и групповых занятий по коррекции нарушений развития. Полученные на них знания и навыки закрепляются во время классных занятий. Изучение наиболее сложных разделов и тем предваряется систематическим повторением, что создает условия для обобщения ранее пройденного материала и закрепления вновь изученного.

В начале каждого учебного года учитель определяет уровень языковой подготовки каждого ученика (словарный запас, особенности употребления грамматических средств языка, уровень овладения связной речью, степень сформированности двигательного навыка письма). Эти данные должны быть положены в основу организации индивидуальной коррекционной работы.

Обучение грамоте ведется звуковым аналитико-синтетическим методом. Особое внимание уделяется развитию фонематического слуха, обучению звуковому анализу слов.

Поэтапное формирование двигательного навыка письма происходит в процессе специальных занятий: рисования, штриховки обведения букв и их элементов по трафарету, выкладывания их из палочек. На уроках широко применяются приемы, исключающие необходимость письма, — используются разрезная азбука, схемы и модели слов, таблицы и т.д. Ознакомление учащихся с рукописными буквами происходит постепенно: сначала вводятся строчные и заглавные буквы, мало отличающиеся по начертанию, затем заглавные буквы сложной конфигурации. Особое внимание уделяется различению букв, сходных по начертанию.

Чтение. Основной задачей является формирование навыков сознательного, правильного выразительного чтения вслух и беглого чтения «про себя», умения осмысленно воспринимать прочитанное.

Грамматика и правописание. Изучение начального курса грамматики начинается с практической отработки правильного употребления простейших грамматических категорий и форм (падежных, числовых, родовых), составления несложных словосочетаний по картинкам и опорным словам. Преодоление семантических затруднений, обогащение словарного запаса детей обеспечивается системой специальных лексических упражнений, направленных на овладение умением обнаруживать смысловое сходство близких по значению слов, различать слова противоположного значения, определять случаи многозначности.

Составной частью обучения русскому (родному) языку является формирование и совершенствование графических навыков.

Математика. Объем содержания тот же, что в массовой школе. Однако разнообразие отклонений в развитии, характерных для клинико-психолого-педагогической характеристики учащихся с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, обуславливает необходимость дифференцированного и индивидуального подхода, позволяющего учитывать психофизические особенности каждого ребенка. Это требует от учителя применения в каждом случае таких приемов обучения, которые при сохранении достаточного уровня обобщенности раскрыли бы конкретное содержание материала.

Особенности развития мышления большинства учащихся делают необходимым применение разнообразного наглядного материала, чертежей, схем, рисунков. Недостаточная сформированность пространственных представлений предполагает введение дополнительных упражнений при обучении к записи примеров в столбик: размещение одних предметов под другими, рисование фигур в клетках и т.д.

Важное место в обучении занимает формирование геометрических представлений. В ходе выполнения практических упражнений дети учатся распознавать геометрические фигуры в окружающих предметах, на рисунках, моделях; овладевают графическими умениями, приобретают практические умения в решении задач вычислительного и измерительного характера.

Физическое воспитание является одним из основных учебных предметов, обязательным для всех учащихся, решающим конкретные общеобразовательные и коррекционные задачи. Общеобразовательные задачи предусматривают создание правильной основы для формирования двигательных умений и навыков, общей двигательной культуры.

Коррекционные задачи обуславливаются наличием у учащихся разнообразных дефектов физического и моторного развития. Каждый урок, посвященный тому или иному разделу программы, предполагает решение коррекционных задач. Программа специальной школы изменена по сравнению с принятой в массовой школе:

- в раздел общеразвивающих упражнений введены коррекционные. Они систематизированы по характеру основного воздействия на организм учащихся (упражнения по коррекции позотонических реакций в локомоторно-статических функциях; упражнения для расслабления мышц; упражнения для развития реципроктных отношений в координации движений; упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности; упражнения для формирования равновесия; упражнения для формирования правильной осанки; упражнения для развития пространственной ориентировки и точности движений; упражнения для формирования двигательных навыков письма);

- гимнастика, легкая атлетика не выделяются в отдельные разделы; используются доступные учащимся виды занятий;

- включены упражнения по развитию зрительно-моторной координации.

Уроки являются комплексными, т.е. в каждый включаются общеразвивающие, корригирующие, прикладные упражнения и игры. Игры

можно проводить по упрощенным правилам (в зависимости от состава класса).

На занятиях по физическому воспитанию особое значение приобретает индивидуальный подход к детям. Урок строится со строгим учетом состояния здоровья и психофизического развития каждого ученика. Работа учителя осуществляется в тесном контакте с врачами (невропатологом и ортопедом), которые формулируют коррекционно-восстановительные задачи и противопоказания к занятиям тем или иным видом упражнений для каждого учащегося. Так, детям могут быть противопоказаны:

- длительная задержка дыхания при выполнении всех видов упражнений;
- упражнения с длительным статическим напряжением;
- упор и висы (при локализации нарушений в плечевом поясе);
- упражнения, развивающие подвижность в суставах (при артрозах суставов);
- формирование приведения наружной ротации бодЩ(при вывихе бедра и после его вправления);
- наклоны и повороты туловища с большой амплитудой (после фиксации позвоночника).

Уроки планируются с учетом следующих требований: постепенное повышение нагрузки к середине урока и переход в конце к успокоительным упражнениям, чередование различных видов упражнений, соответствие их возможностям учеников. Недопустимо переутомление учащихся: должен осуществляться индивидуальный подход к дозированию физических нагрузок на уроке. Дети на уроке занимаются в спортивной форме и в спортивной обуви. Вопрос о применении ортопедической обуви и аппаратов во время физкультурных занятий решается индивидуально с врачом-ортопедом.

При всех видах занятий должны быть обеспечены меры предупреждения несчастных случаев. Учащихся обучают приемам страховки и оказания помощи.

Оценка успеваемости на уроках физкультуры осуществляется в форме текущего учета. Нормативы не вырабатываются, так как при оценке успехов каждого учащегося учитываются его двигательные возможности и характер дефекта.

Важная роль отводится трудовой и допрофессиональной подготовке, в процессе которой решаются лечебные задачи (развитие и коррекция мелкой моторики рук) и задачи социальной адаптации (подготовка к будущей профессиональной деятельности). Курс трудовой подготовки включает 3 этапа:

1-й этап — начальная школа (0, I—IV классы). На этом этапе:

дается общее представление о трудовой деятельности, осуществляются мероприятия по раннему развитию трудовых навыков, развивается интерес к различным видам трудовой деятельности, производится обучение элементарным навыкам работы с материалами и инструментами (пластилин, краски, нитки, ножницы и др.) Уроки способствуют развитию мелкой моторики.

2-й этап — допрофессиональная трудовая подготовка (V—X, классы). На данном этапе осуществляется совершенствование ранее полученных навыков, уточнение профессиональной направленности трудовой деятельности, а также коррекция неадекватных профессиональных намерений.

3-й этап — профильное обучение (XI—XII классы). На этом уровне осуществляется первоначальная профессиональная подготовка. Для занятий по труду в V—XII классах учащиеся делятся на две группы которые комплектуются при участии врачей (ортопеда, психоневролога и врача ЛФК) с учетом двигательных и познавательных возможностей, а также интересов детей.

В мастерских используются оборудование и инструменты со специальной приспособлениями, предупреждающими травматизм.

Выбор профиля трудового обучения проводится с учетом психофизического развития учащихся. Наряду с традиционными профессиями, рекомендованными Министерством социальной защиты, хорошо зарекомендовали себя следующие направления профессиональной ориентации: программирование, делопроизводство, художественный труд и прикладное искусство, фотодело, радиodelу основы бухгалтерского учета, архивное дело, иностранный язык.

Выпускникам, сдавшим квалификационные экзамены или прошедшим квалификационные испытания, в установленном порядке выдается свидетельство (удостоверение) о присвоении квалификации, которое является основанием для приема на работу по данной профессии.

Наряду с предметами общеобразовательного цикла базисный учебный план обязательно предусматривает занятия по коррекции недостатков двигательных и психических функций. Предметы коррекционного цикла определяются в зависимости от имеющихся у детей нарушений:

преимущественно двигательных,
преимущественно речевых,
сочетание двигательных и речевых,
недостатков общего психического развития.

В цикл коррекционных занятий обязательно включаются:

1.ЛФК (групповые и индивидуальные занятия в целях компенсации дефекта у детей с преимущественно двигательной патологией), которая организуется на фоне массажа, грязе-водолечения, медикаментозного лечения.

2.Логопедические занятия для детей с речевой патологией, с использованием компьютерных программ при самых тяжелых нарушениях (анартрия).

3.Индивидуальные и групповые занятия для коррекции нарушенных психических функций.

Содержание индивидуальных и групповых коррекционных занятий в начальной школе определяется соответствующими рекомендациями

(методические рекомендации «Коррекционная работа в специальных школах для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами», НИИД, 1975). В них сформулированы основные требования к достижениям учащихся в овладении двигательными навыками и речью. В дальнейшем содержание коррекционных занятий определяется в зависимости от структуры речевого и двигательного дефекта каждого учащегося.

Логопедическая работа с детьми, имеющими различные речевые расстройства, позволяет в той или иной мере скорректировать, а иногда и нормализовать речевые возможности детей. В течение всего периода обучения в школе за речевым развитием ребенка должен наблюдать логопед, поддерживая тесный рабочий контакт с учителями, воспитателями и родителями учеников. В ходе коррекционной работы логопед должен решить следующие задачи:

- провести первичное обследование каждого ребенка по специальной единой схеме с записью в речевой карте;

- составить перспективный план и график логопедических занятий;

- провести повторное обследование ребенка (по окончании первой четверти), уточнить логопедический диагноз и график логопедической работы;

- выработать логопедический режим для детей, имеющих те или иные речевые расстройства (осуществление режима проводится всем персоналом школы);

- проводить логопедические занятия по коррекции речевых нарушений (индивидуально, с группой учащихся, фронтально с классом);

- составить речевой профиль класса;

- оказывать консультативно-методическую помощь учителям, воспитателям, родителям;

- проводить динамические обследования и обсуждения речевого развития детей с врачами, методистами ЛФК, воспитателями и родителями.

Логопед ведет документацию: журнал регистрации обследованных детей, журнал посещаемости логопедических индивидуальных, групповых и

фронтальных занятий, речевую карту каждого ребенка, обучающегося в школе, перспективный (на год, четверть, месяц) план занятий с ребенком, дневник наблюдений за речевым продвижением детей, план консультативно-методической помощи учителям и воспитателям, план работы с родителями. Логопед готовит необходимые для занятий дидактические и методические пособия и применяет эти пособия с учетом двигательных и психических возможностей детей, обращая особое внимание на нарушения зрительно-моторной координации и пространственные нарушения.

Индивидуальные и групповые занятия проводятся в специально оборудованном логопедическом кабинете.

Основными направлениями коррекционных логопедических занятий являются развитие речи и коррекция ее нарушений (особенно произносительной стороны речи).

Наибольшую специфику имеет работа по формированию звукопроизношения. Особенностью этой работы при ДЦП является индивидуализация требований в зависимости от тяжести и характера поражения артикуляционного аппарата. При формировании звукопроизношения у детей с дизартрией решаются следующие задачи:

- нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;
- развитие произвольного контроля над положением и движением мышц артикуляционного аппарата;
- развитие произвольных мимических губных и язычных движений;
- постановка, автоматизация и дифференциация звуков;
- подавление синкинезий, уменьшение слюнотечения;
- развитие дыхания, голоса и просодики, а также коррекция их нарушений.

При формировании произносительной стороны речи используются пассивная и активная артикуляционная гимнастика, дыхательная гимнастика, голосовые упражнения.

При проведении дыхательной гимнастики предусматривается включение упражнений, построенных на сочетании движений туловища и конечностей с

произнесением звуков. Комплексы этих упражнений подбираются индивидуально в зависимости от двигательных и речевых возможностей детей.

Голосовые упражнения направлены на формирование у детей произвольного изменения силы голоса, длительности звучания, на тренировку голоса в произнесении слогов, включающих глухие, щелевые, аффрикативные, сонорные звуки.

Особенностью логопедической работы является строгое соблюдение ортопедического режима, который разрабатывается совместно с логопедом и врачом-психоневрологом и фиксируется в истории болезни. Логопед постоянно следит за осанкой ребенка, правильным положением конечностей. При возникновении нежелательных патологических двигательных реакций логопед способствует их преодолению путем пассивно-активных вмешательств. При проведении коррекционных логопедических занятий необходима широкая опора на все анализаторные системы (слуховую, зрительную, кинестетическую). Это особенно важно в работе над коррекцией звукопроизношения, которая обязательно проводится перед зеркалом.

Программа логопедических занятий в специальных школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата рассчитана на основной контингент этих школ — на детей с церебральным параличом, страдающих различными формами дизартрии и общим недоразвитием речи II — III уровня, а также на детей с другими клиническими формами двигательных расстройств, имеющих те или иные дефекты речи. Дети с анартрией, алалией, недоразвитием речи в связи с нарушениями слуха нуждаются в дифференцированных приемах логопедической работы в зависимости от структуры речевого дефекта. Логопедическая работа обеспечивает преодоление недостатков речевого развития и способствует овладению родным (русским) языком.

Лечебная физкультура (ЛФК) является важнейшей частью общей системы физического воспитания учащихся, ведущим звеном в коррекционно-

восстановительной работе школ для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. ЛФК решает лечебные и педагогические задачи. Основным средством ЛФК являются различные движения в виде дозированных физических упражнений, проводимых под руководством и с помощью методиста (инструктора) ЛФК. Сложность и многообразие нарушений моторики у учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата выдвигает определенные требования к квалификации методиста и обуславливает особенности его работы:

методист ЛФК строит свою работу под руководством врача в тесном сотрудничестве с педагогами и логопедами, особое внимание уделяется выработке тонких движений пальцев рук и кисти, подготовке их к выполнению заданий по рисованию и письму;

методист ЛФК подчиняет свою деятельность общей лечебно-восстановительной и коррекционно-педагогической работе школы: задачи, содержание, методические приемы на занятиях ЛФК связаны с планом лечения, обучения и воспитания ребенка; зависят от состояния ребенка, динамических изменений, стойкости достигнутых результатов.

План коррекционной работы для каждого ребенка составляется на весь учебный год методистом ЛФК и врачом совместно. Исходя из намеченного, методист планирует свою конкретную работу: подбирает необходимые упражнения, продумывает степень самостоятельной активности ученика и виды помощи в их выполнении. На каждого ученика методист ЛФК заводит учетную карточку или дневник наблюдений, куда заносятся сведения о двигательном статусе, общий план работы, поэтапные комплексы упражнений, регистрирует проведение каждого занятия и его результаты. В конце каждой четверти подводятся итоги коррекционной работы и вносятся коррективы в планирование с учетом достигнутых результатов.

Коррекционная работа с детьми, имеющими различные формы ДЦП, имеет в виду решение следующих специальных задач:

нормализация тонуса мышц, обучение подавлять усиленное проявление позотонических реакций;

содействие становлению и оптимальному проявлению стато-кинетических рефлексов;

предупреждение и активное преодоление патологических установок конечностей, вызывающих деформации в суставах; развитие кинестетической чувствительности, развитие пространственных представлений, формирование схемы тела; коррекция дефектов статики и локомоции путем последовательного решения вышеуказанных задач, а также путем тренировки опороспособности конечностей, координации движений, умения сохранять равновесие тела.

При обучении преодолению усиленных позотонических реакций используются позы, направленные на формирование навыка регуляции расположения частей тела по отношению к голове в разных исходных положениях: лежа на спине, лежа на животе, сидя, стоя на четвереньках и т.д. Обращается внимание на расслабление отдельных мышечных групп с наиболее выраженным повышением тонуса. Работа по нормализации тонуса и по нормализации движений в суставах конечностей идет одновременно, что очень важно для профилактики контрактур и деформаций суставов. Улучшение функции равновесия достигается путем специальных упражнений при преодолении противодействия, упражнений на качающейся плоскости, на уменьшенной площади опоры, на приподнятой опоре, при прыжках на батуте.

Другую группу учащихся школ для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата составляют дети с последствиями полиомиелита. У них двигательные расстройства обусловлены вялыми параличами и парезами и характеризуются выпадением или снижением функций отдельных мышц или мышечных групп; чаще поражаются мышцы нижних конечностей. На фоне снижения функций мышц возникают контрактуры в суставах, что приводит к деформациям стоп; развиваются тяжелые формы плоскостопия и

паралитические сколиозы. Эти особенности моторики определяют задачи ЛФК:

улучшение трофики пораженных мышц;

максимальное развитие сохранных функций опорно-двигательного аппарата;

профилактика и коррекция вторичных деформаций.

Для улучшения трофики пораженных мышц применяется массаж, посуставные движения в сочетании с гидро- и физиотерапией. Общее усиление функциональных возможностей опорно-двигательного аппарата может быть достигнуто путем усиления сохранных мышц-синергистов вместе с ослабленными. Полезно уделить время упражнениям, способствующим развитию мышц верхних конечностей и плечевого пояса, даже если они не поражены, так как это облегчает использование ортопедических приспособлений для ходьбы. Особое внимание должно быть уделено мышцам нижних конечностей, имеющим первостепенное значение в прямостоянии и ходьбе. Должны проводиться тренировки в ходьбе и обучение пользованию ортопедическими аппаратами.

Значительно реже в специальных школах встречаются учащиеся с другими нарушениями опорно-двигательного аппарата.

При мышечных дистрофиях, в частности при миопатиях, необходимо учитывать, что в силу особенностей течения заболевания функциональные возможности детей часто ухудшаются, несмотря на регулярное лечение. Занятия ЛФК строятся строго дозировано, с частыми перерывами для отдыха и выполнения дыхательных упражнений. Упражнения подбираются для отдельных мышц, число повторений определяется индивидуально. В случаях с мышечными дистрофиями требуются индивидуальные занятия под контролем врача ЛФК и невропатолога.

При артрогриппозах врожденное недоразвитие мышц ограничивает амплитуду движений, что затрудняет осуществление жизненно важных двигательных актов. ЛФК направлена на увеличение подвижности суставов,

на улучшение трофики мышц. Используются активно-пассивные движения с дозированным усилием и чередованием сокращения и расслабления мышц. Особое внимание уделяется тем движениям, которые направлены на улучшение передвижения, самообслуживания, учебного и трудового процесса.

Основной формой занятий ЛФК является урок, который проводится с группой в 2 —4 человека или индивидуально. На уроке могут чередоваться индивидуальный и малогрупповой метод. Группы комплектуются совместно с врачом, при этом учитываются возраст, диагноз и тяжесть заболевания. Урок проводится по следующей схеме:

1. Вводная часть (5 — 7 мин). При групповых занятиях — общая для всех учеников. Включает упражнения в усиленном дыхании, для развития подвижности, выработки адекватных двигательных реакций, формирования пространственной ориентировки, запоминания последовательных операций в комплексе двигательного акта.

2. Основная часть (30—35 мин). Каждый ученик выполняет свой комплекс упражнений. Методист следит за работой учеников и по очереди помогает им в выполнении наиболее трудных элементов задания. Выполнение индивидуальных заданий чередуется с совместными действиями, необходимыми для всех занимающихся в группе.

3. Заключительная часть (5 — 8 мин). Может проводиться фронтально, но необходим индивидуальный подход с учетом особенностей дефекта каждого ученика. Включает задания по развитию манипулятивных функций, коррекции движений, необходимых для формирования учебных навыков, задания по выработке и коррекции бытовых навыков, задания по коррекции ходьбы.

Урок проводится в кабинете ЛФК или специально оборудованном гимнастическом зале. Уроки ЛФК являются установочными. Полученные результаты закрепляются на уроках физического воспитания, труда и во

внеклассной физкультурно-массовой работе (игры, плавание, лыжные прогулки).

Логопедические занятия и занятия ЛФК желательно проводить и в первую, и во вторую половину дня.

Наряду с логопедическими занятиями и занятиями ЛФК осуществляются коррекционные занятия, обеспечивающие усвоение программного материала. Они имеют задачей расширение знаний и представлений об окружающем, формирование пространственных и временных представлений, развитие графических навыков. Учитель выявляет фактическое состояние знаний по общеобразовательным предметам, уровень умений и степень готовности каждого ученика, выделяет тех детей, которые в силу имеющихся нарушений не могут усваивать программный материал, и объединяет их в отдельные группы для проведения коррекционных занятий. Затем он выясняет характер и степень затруднений учащихся, составляет перспективный план на каждого ученика и 2—3 раза в неделю проводит занятия с группой; продолжительность каждого из них 20—30 мин. Занятия проводятся по следующему плану:

восполнение пробелов предшествующего развития,

коррекция нарушения,

подготовка и усвоение последующего материала.

При проведении занятий необходимо использовать иначе, чем на уроке, формы и виды работ, особое внимание следует уделять предметно-практической деятельности детей. В начальных классах рекомендуется проводить часть занятий в игровой форме. Продолжительность пребывания учащихся в той или иной группе определяется степенью коррекции специфического затруднения и готовностью выполнять задания вместе с классом. Поэтому состав групп подвижен: одни дети выводятся из группы и начинают работать с классом, другие включаются в состав группы для коррекции нарушений. Таким образом, один и тот же ученик в течение года

может входить в состав различных групп. Коррекционные занятия проводятся, начиная с подготовительного и кончая IX классом.

Требования к измерителям учебных достижений учащихся

Достижения детей в овладении программным материалом оцениваются на протяжении всего периода обучения в школе. С этой целью используются:

1) тестовые задания для изучения уровня достижений в овладении знаниями, умениями и навыками по этапам обучения с учетом развития двигательных и речевых навыков;

2) тематические текущие и годовые проверочные задания по основным предметам на протяжении всего периода обучения;

3) срезовые задания, выявляющие жизненные потребности и интересы учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

4) экзаменационные работы и билеты для оканчивающих основную школу, которые разрабатываются администрацией школы с учетом возможностей детей и имеющихся у них нарушений. На экзаменах за среднюю школу — работы и билеты, предназначенные для общеобразовательной школы;

5) анкеты для педагогов, воспитателей, родителей, в которых дается оценка продвижения детей в интеллектуальном, речевом и двигательном развитии, указываются трудности в овладении учебным материалом и особенности поведения учащихся.

Требования к уровню подготовки обучающихся (по ступеням образования)

I ступень (начальная школа) соответствует требованиям начальной школы общего назначения с учетом особенностей двигательного и речевого развития детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата. В подготовительном и I классах используется только качественная оценка успешности освоения школьной программы. Знания учащихся оцениваются с учетом особенностей нарушений речи и затруднений в письме, обусловленных двигательными расстройствами. Обучающиеся в начальных классах, не справившиеся с учебной программой по состоянию здоровья, по решению медико-педагогической комиссии могут быть оставлены на

повторный курс обучения с использованием при необходимости индивидуальной учебной программы.

II ступень (основная школа). Выпускники сдают экзамены за основную школу после окончания X класса. Экзаменационные работы и билеты разрабатываются администрацией школы с учетом речевых и двигательных возможностей детей. Выпускники могут быть освобождены от сдачи экзаменов по состоянию здоровья в установленном порядке. Обучающиеся на II ступени, не освоившие 1 — 3 предмета, предусмотренные базисным учебным планом, могут переводиться в следующий класс и выпускаться с записью в документе государственного образца «прослушал».

Обучающимся на II ступени и освоившим учебную программу в рамках базисного плана обеспечиваются дополнительные возможности для завершения образования по индивидуальным планам и программам.

III ступень (средняя школа). Выпускники сдают экзамены за среднюю школу по экзаменационным работам и билетам, разработанным для общеобразовательных школ.

В школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата открывают классы для умственно отсталых детей с двигательными нарушениями. Контингент этих классов составляют дети с церебральным параличом и легкой умственной отсталостью. Эти классы работают по учебным планам и программам школ для умственно отсталых (школы VIII вида), требования к уровню подготовки этих учеников также соответствуют требованиям, предъявляемым к учащимся школ для умственно отсталых.

Специальные образовательные условия

Для получения образования детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимо обеспечить специальные условия.

1. Специально организованная среда:

специально приспособленное здание (лифты, пандусы и другие приспособления),

ортопедическая обувь и ортопедические приспособления,

специальная мебель,
специальные приборы для обучения (ручки и др.),
компьютерные классы,
мастерские для трудовой подготовки.

2. Наполняемость классов:

подготовительный класс — не более 8 человек,
в начальной, основной, средней школе — до 10 человек (с учетом географических и социально-экономических условий регионов наполняемость может быть уменьшена),
в классах для умственно отсталых детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата — не более 7 человек.

3. Продолжительность уроков:

в подготовительном классе — 30 мин,
в I классе — 35—40 мин,
во II классе и далее — 45 мин.

На каждом уроке после 20 мин занятий проводится 5-минутная физкультпауза с включением лечебно-коррекционных мероприятий.

4. Обучение учащихся этой категории осуществляют специально подготовленные педагоги, знающие психофизические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Коррекционные занятия проводят учителя, логопеды, методисты ЛФК, психологи.

5. Школа для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата кроме помещений, общих для всех типов школ, имеет специальные: это логопедические кабинеты, кабинет для ЛФК и массажа, кабинет психолога, бассейн, ортопедическая мастерская.

6. Обучение детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата осуществляется на фоне лечебно-восстановительной работы. Лечебно-восстановительная работа ведется в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта, терапия нервно-психических отклонений, купирование соматических заболеваний.

7. Комплекс восстановительного лечения представлен ортопедоневрологическими мероприятиями, лечебной физкультурой, массажем, физио-, бальнео-, климатотерапией, протезно-ортопедической помощью, коррекционными занятиями в бассейне и т.д. Медицинский блок должен включать помещения для этих мероприятий.

Лечебные мероприятия, кроме обычной педиатрической службы, осуществляют врачи: психоневрологи (невропатологи), ортопеды, врачи ЛФК, физиотерапевты, а также средний и младший медицинский персонал.

Если ученик с ДЦП обучается в массовой или другой специальной школе, то необходимо, чтобы его обучение сочеталось с лечением на базе поликлиники, занятиями ЛФК и логопедическими занятиями на базе медицинского учреждения или реабилитационного центра.

Контрольные вопросы и задания

1. На какие группы делятся дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в зависимости от овладения учебным материалом?
2. Какие специальные образовательные условия должны быть созданы в школе-интернате для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата?
3. Охарактеризуйте основные направления коррекционно-педагогической работы в специальной школе для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
4. Как проводится профессиональная ориентация и трудовое обучение учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата?
5. Сравните учебный план школы для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата с планами других специальных школ.

ГЛАВА 5. РАБОТА С СЕМЬЕЙ, ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Эффективность работы с инвалидом вследствие поражения опорно-двигательного аппарата находится в тесной зависимости от наличия социальной, психологической и медицинской помощи его семье. В этой помощи семья нуждается постоянно, независимо от возраста больного. Более того, по мере взросления ребенка возрастает значение психологической помощи, так как ситуация в семье непрерывно усложняется. По нашим наблюдениям, все семьи, имеющие детей-инвалидов с двигательными нарушениями, можно условно разделить на три группы:

семьи, которые в течение определенного времени после постановки диагноза могут достигнуть внутрисемейной и социальной (внесемейной) адаптации;

семьи, которые, несмотря на усилия и помощь, не достигают стабилизации поведения; в этих семьях не формируются правильные представления о положении ребенка, возможностях его лечения и развития;

промежуточная категория семей, т. е. семьи с отклонениями во внутрисемейной и внесемейной адаптации.

Трудно выявить статистически значимую зависимость между особенностями семейной адаптации и клиническими характеристиками больного ребенка. Существуют предварительные данные, которые указывают на то, что наибольшие трудности испытывают семьи, имеющие детей с ДЦП и умственной отсталостью, а наиболее благоприятны семьи, воспитывающие ребенка с легкими проявлениями основного заболевания (В.В.Ткачева, 1999). В адаптации семьи большую роль играют личностные особенности родителей, особенно матери. Влияние этого фактора убедительно показано в работах В. А.Вишневого и В.В.Ткачевой, описавших различные типы реагирования на факт установленного у ребенка заболевания (паранояльные тенденции, депрессия, реакция отказа, адекватное реагирование и т.д.).

Огромна роль здорового психологического климата в семье, где растет инвалид с детства вследствие ДЦП. Отсюда важность психотерапевтической и психокоррекционной работы с семьей инвалида.

Психолог образовательного учреждения располагает уникальными возможностями для коррекционной работы с ребенком и его семьей. В отличие от психолога, работающего в клинике или реабилитационном центре, он может встречаться с ребенком в течение нескольких лет, наблюдать тончайшие изменения в его психологическом статусе. Эти изменения определяются не только работой психолога, но и семейной ситуацией, отношением к ребенку членов его семьи. Роль семьи в реабилитации детей с ограниченными возможностями трудно переоценить: родители и другие родственники ребенка могут стать союзниками профессионалов (врачей, педагогов, психологов), а могут сознательно или бессознательно препятствовать реабилитационному процессу.

К настоящему времени исследований, посвященных работе с семьей больного ребенка, немного. Исследований по вопросам семьи и семейного воспитания детей с ДЦП, как справедливо указывает И.И.Мамайчук с соавторами (1989), почти нет. И все же, основываясь на анализе литературы и собственных исследованиях, можно наметить основные направления и формы работы с семьей.

Рождение ребенка с отклонениями в развитии — большое потрясение для семьи. Условно можно выделить несколько стадий приспособления к этой ситуации (L.Miller, 1968; О.К.Агавелян, 1989; В.В.Юртайкин, О.Г.Комарова, 1996).

Первая стадия — стадия шока, агрессии и отрицания. Члены семьи ищут «виновного» в происшедшем, обвиняя друг друга или врачей. Иногда агрессия обращается и на новорожденного, мать испытывает к нему негативные чувства, видя, что он не такой, как другие дети. В семье растет напряженность, ухудшается социально-психологический климат. Можно

встретиться с реакцией отрицания: родители не верят, что ребенок родился с отклонениями в развитии.

Вторую стадию некоторые авторы называют фазой скорби — скорби по желанному здоровому ребенку, которого нет. Отношение к аномальному ребенку зачастую лишено непосредственности: родители начинают понимать, что они ответственны за него, но чувствуют себя беспомощными в вопросах воспитания и ухода за ребенком, ищут совета у специалистов.

Наконец, третья стадия — стадия адаптации. Родители «принимают» сложившуюся ситуацию, начинают строить жизнь с учетом того, что в семье есть аномальный ребенок. Показателями адаптации являются такие признаки, как уменьшение чувства печали, усиление интереса к окружающему миру, появление готовности активно решать проблемы с ориентацией на будущее. Спонтанная адаптация может пойти разными путями — от нахождения высшего смысла в происшедшем до стремления получить максимальные материальные выгоды в виде льгот, пособий и пр. Конечно, говорить об адаптации можно лишь с большой долей условности: подавляющее большинство родителей живет в условиях постоянного психологического стресса большей или меньшей степени выраженности, поскольку по мере взросления ребенка появляются новые проблемы, которые необходимо решать. Но даже эта условная адаптация происходит не всегда.

Родители часто испытывают чувство неполноценности, ущербности, усугубляемое, к сожалению, отношением окружающих к ним и ребенку, которое может быть неблагоприятным. Даже если семьи не распадаются, в них нередко возникают проблемы межличностных отношений, конфликты по поводу воспитания ребенка, распределения обязанностей по уходу за ним. Неблагоприятный психологический статус родителей приводит к тому, что они не могут адекватно оценить возможности ребенка, неправильно его воспитывают.

Существуют различные классификации типов неправильного воспитания. Одна из классификаций выделяет следующие типы неправильного

воспитания: 1) гипопротекция (безнадзорность), 2) доминирующая гиперпротекция (мелочный контроль), 3) потворствующая гиперпротекция (воспитание по типу «кумира семьи»), 4) эмоциональное отвержение, 5) гиперопека и симбиоз, 6) воспитание посредством нарочитого лишения любви, 7) воспитание посредством вызова чувства вины.

Все эти типы воспитания, так или иначе, деформируют личность ребенка, затрудняют его дальнейшую социальную адаптацию.

В работах И.И.Мамайчук с соавторами (1989) и В.В.Ткачевой (1988) показано, что в семьях, где воспитываются дети с ДЦП, наиболее частый тип отношений — гиперопека, тормозящая личностное развитие ребенка, лишаящая его самостоятельности, способствующая закреплению тормозимых черт личности и формированию нереальных планов на будущее. В то же время в части семей наблюдается эмоциональное отвержение больного ребенка, что ведет к формированию у него чувства неполноценности, неуверенности в себе, а при неустойчивом типе характера вызывает реакции активного протеста. В исследовании В.С.Чавес (1993) показано, что в общении с подростком, больным ДЦП, родители используют стиль потворствующей протекции, который проявляется в удовлетворении любых потребностей без предъявления адекватных требований. Такой стиль воспитания способствует развитию эгоцентризма, повышенной зависимости от родителей.

Таким образом, с учетом описанной социальной ситуации развития ребенка в семье, основные направления в работе специалистов представляются следующими:

- гармонизация семейных взаимоотношений,
- установление правильных детско-родительских отношений,
- помощь в адекватной оценке возможностей ребенка (как физических, так и психологических),
- помощь в решении личных проблем (чувство неполноценности, вины), связанных с появлением аномального ребенка,

обучение элементарным методам психологической коррекции (аутогенной тренировке, элементам игротерапии, сказкотерапии и т.п.),

помощь в выборе профессии и места получения профессионального образования.

Приоритетность тех или иных направлений в работе определяется после исследования семьи, бесед с родителями и ребенком, психодиагностических исследований. Соответственно и сама работа может строиться в моделях психологического консультирования, психологической коррекции и психотерапии (хотя надо заметить, что такое разделение весьма условно). Конкретные формы работы зависят от задач, стоящих перед психологом, и его профессиональной подготовки. Это могут быть и родительские клубы, и систематические занятия, и индивидуальная работа с матерью или отцом. Поведенческий тренинг, групповые дискуссии, игры, инсценировки, родительские сочинения — все это и многое другое может быть использовано для работы с семьей.

В ходе изучения удалось описать группу семей, особенно нуждающихся в помощи психолога. Исследование показало, что более 40 % матерей испытывают глубокое чувство вины, вплоть до суицидальных мыслей. Родители испытывают страх перед будущим, чувство собственной неполноценности, ощущение беспомощности. Эта сложная гамма переживаний выбивает людей из привычных рамок поведения, что сказывается как на внутрисемейных, так и на внесемейных контактах. Из общего числа обследованных нами семей в 27 % случаев родители были одиночками. Некоторая часть семей не выдерживает испытаний, связанных с рождением проблемного ребенка, и распадается, что оказывает неблагоприятное влияние на развитие самого ребенка.

Распределение обязанностей между мужем и женой, отцом и матерью в большинстве случаев носит традиционный характер. Проблемы, связанные с обеспечением жизнедеятельности семьи, воспитание и обучение больного ребенка ложатся в первую очередь на женщину. Отец больного ребенка в

основном обеспечивает экономическую базу семьи. Он не оставляет и не изменяет профиль своей работы из-за рождения такого ребенка и не исключается, как мать, из жизни социума. Отец ребенка меньше, чем мать, проводит с ним времени в силу занятости на работе и в соответствии с традиционным пониманием своих семейных обязанностей. В связи с этим психика отца не подвергается патогенному воздействию стресса столь же интенсивно, как психика матери больного ребенка.

Общее состояние родителей можно охарактеризовать как «внутренний» (психологический) и «внешний» (социальный) тупик. В.В.Ткачева выделила три уровня качественных изменений, имеющих место в семьях данной категории: психологический, социальный, соматический. На психологическом уровне у матери ребенка наблюдается стресс, имеющий пролонгированный характер, который оказывает сильное деформирующее воздействие на психику других членов семьи и становится условием резкого, травмирующего изменения сформировавшегося в семье жизненного уклада. На социальном уровне наблюдается утрата контактов, семья становится малообщительной, избирательной в связях; происходит деформация во взаимоотношениях между родителями больного ребенка, вследствие чего нередко наблюдаются разводы. На соматическом уровне возникает патологическая цепочка: заболевание ребенка ведет к психогенному стрессу у матери, который, в свою очередь, провоцирует соматические или психические заболевания.

Как указывалось выше, ряд семей успешно выходит из этого состояния, но их меньшинство. Основная масса семей испытывает сложности адаптации в течение многих лет. Нами выделены следующие признаки, которыми характеризуются неблагополучные («деструктивные», «дисфункциональные») семьи:

- постоянные жалобы на ситуацию,
- саботаж реабилитационных мероприятий,
- гиперопека больного ребенка,

наличие замкнутых систем «мать—ребенок»,
большое число соматических жалоб со стороны членов семьи,
социальная депривация, сознательное ограничение социальных контактов.

По мере взросления больного ребенка ситуация может измениться и
появляются новые признаки:

выраженная враждебность по отношению к ребенку-инвалиду,
избегание его.

Два последних признака особенно часто появляются тогда, когда у ребенка
имеет место выраженная двигательная патология и деформации лица, т.е. при
наличии внешних, видимых окружающим дефектов.

В неблагополучных семьях выявляются такие особенности
психологического климата, как конфликтность, отсутствие
организованности, противоречивость, несогласованность требований,
предъявляемых ребенку. У родителей формируется своеобразный защитный
(компенсаторный) психологический механизм — необоснованная вера в
возможность полного излечения ребенка. Они тратят огромные средства на
лечение ребенка у знахарей, «целителей», часто меняют врачей и методы
лечения. «Хождение по кругу» отнимает у них силы, отвлекает их от
продуктивных социальных контактов и принятия необходимых мер. В этих
семьях матери, теряя основную профессию, не стремятся к
перепрофессионализации; семьи проявляют выраженные иждивенческие
тенденции, неготовность к активной деятельности, склонность полагаться
больше на внешние обстоятельства, чем на собственные усилия. Таким
образом, основная масса семей, имеющих ребенка-инвалида вследствие
ДЦП, характеризуется феноменом «социального иждивенчества».

Семье, в которой есть больной ребенок, прежде всего необходимо помочь
овладеть ситуацией, раскрыть нравственные, психологические ресурсы,
которые есть у каждого из ее членов. С этой целью психолог и другие
специалисты могут пользоваться системой, апробированной нами в течение
многих лет консультативной работы. На первом этапе необходимо помочь

семье проанализировать, каковы возможные источники поддержки (материальные, нематериальные); существующие резервы (кто может помочь? как наиболее эффективно использовать помощь?); проблемы, требующие решения (материальные проблемы — деньги, питание, специальные приспособления, одежда, транспортные средства, медицинская помощь, лекарства и т.д.; нематериальные проблемы — дефицит общения, эмоциональные переживания, организация досуга и др.). Далее важно помочь проанализировать, какой способ реагирования на ситуацию предпочитается в семье и насколько он эффективен. Мы сталкивались со следующими типами стратегии поведения в подобных ситуациях:

игнорирование проблем — члены семьи не осознают, что проблемы, связанные с наличием в семье инвалида, будут постоянно; надеются на быстрое и полное выздоровление;

сравнение с жизнью других семей и нахождение каких-либо преимуществ в своем положении;

духовная поддержка друг друга, поиски и нахождение высшего смысла в сложившейся ситуации (характерно для религиозных семей);

поиск помощи государственных и общественных организаций (встречается наиболее часто);

переоценка проблемы, формулирование адекватной защитной психологической позиции, механизмов, направленных на уменьшение эмоционального стресса.

Эти стратегии редко встречаются изолированно, чаще имеет место сочетание нескольких типов реагирования на наличие пролонгированной психотравмирующей ситуации. Ни один из этих типов поведения нельзя признать безусловно эффективным, но разумное сочетание некоторых из них часто определяет состояние достаточно устойчивой адаптации.

Затем необходимо помочь семье выработать правильное отношение к реакции окружающих на внешние проявления двигательного и речевого дефекта у ребенка с ДЦП. Эти проявления вызывают иногда у окружающих

любопытство или брезгливость, оскорбительные как для больного ребенка, так и для его родных. Члены семьи должны преодолеть болезненную реакцию на неблагоприятное отношение окружающих.

Для этого необходимо следующее:

- члены семьи должны понять, что предрассудки в отношении физического уродства — результат невежества, а не негативного отношения к конкретному ребенку;

- членам семьи следует обсудить между собой (возможно совместно с психологом или другим специалистом) те переживания, которые вызывает у них отношение окружающих к ребенку, и понять, что часто эти люди не испытывают негативного отношения к больному и чувство стыда и ущербности, переживаемое родными, носит субъективный характер, отражает действие длительной психотравмирующей ситуации;

- необходимо помочь членам семьи определить приоритеты — важнее ли для них избежать предубежденности окружающих или их собственная свобода удовлетворять свою потребность в социальных контактах, появляясь с ребенком в общественных местах.

Последняя задача является наиболее трудной. Всегда остается некоторая доля семей, скрывающих ребенка от окружающих. Как правило, это семьи, стремящиеся во что бы то ни стало сохранить свой престиж в глазах знакомых и болезненно переживающие любые неудачи.

В развитии взаимоотношений между членами семьи и больным ребенком, а также друг с другом выделяется несколько кризисных моментов, связанных с определенными возрастными этапами развития ребенка. Особую остроту эмоциональные переживания родителей приобретают в следующие периоды:

- рождение ребенка с признаками перинатального поражения ЦНС и установление диагноза ДЦП,

- решение вопроса о возможности, форме и программе школьного обучения, вступление ребенка в подростковый возраст и необходимость профессионального выбора.

Именно в эти периоды организация консультативной и коррекционной помощи особенно необходима. В системе специального образования следует развивать психологическую службу, задачей которой должно стать оказание помощи семьям, имеющим детей с проблемами в двигательном развитии.

Контрольные задания

1. Охарактеризуйте особенности семейного воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
2. Назовите причины нарушения внутрисемейных отношений в семьях с проблемными детьми.
3. Раскройте основные типы неправильного воспитания в семьях детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
4. Сформулируйте направления психолого-педагогической помощи членам семьи больного ребенка.

Приложение

Приложение 1
Таблица

Основные нарушения при различных формах дизартрии

<i>Форма дизартрии</i>	<i>Ведущий синдром</i>	<i>Форма ДЦП</i>	<i>Характер нарушения мышечного тонуса</i>	<i>Наличие произвольных насильственных движений, синкинезий</i>	<i>Нарушения артикуляционной моторики, артикуляционного праксиса, мимики</i>
1	2	3	4	5	6
Спастико-паретическая дизартрия	Спастический парез	Спастическая диплегия, гемипарез	Спастичность, реже — гипотония	Синкинезии, оральные синкинезии. Возможно сохранение рефлексов орального автоматизма	Снижение объема и амплитуды артикуляционных движений языка, губ (различной степени). Может страдать выполнение и сохранение артикуляционных поз; переключение от одной артикуляции к другой. Гипомимия лица
Спастико-регидная дизартрия	Спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа регидности	Двойная гемиплегия	Спастичность мышц и регидность (максимальное резкое повышение мышечного тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре, усиливающиеся под влиянием внешних раздражителей)	Частое присутствие синкинезии стволового уровня мозга и оральных автоматизмов (насиленные сосательные и облизывающие движения)	Объем артикуляционных движений строго ограничен. Включение в движение с удлинением латентным периодом (до нескольких минут). При включении в движение тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре. Язык напряжен, малоподвижен, отодвинут назад, не всегда его удается вывести из плоскости рта.

					Недеференцированность губных и язычных движений (смешанная губно-язычная артикуляция). Мимика крайне бедная (лицо застывшее, маскообразное)
Гиперкинетическая дизартрия	Гиперкинез	Гиперкинетическая форма ДЦП	Дистония, реже гипотония (большая). Зависимость тонуса от внешних влияний, эмоционального состояния, произвольных движений	Гиперкинезы языка, лица, шеи в покое, усиливаются при произносительных попытках. Синкинезии	Объем артикуляционных движений может быть достаточным. Особые трудности удержания и ощущения артикуляционной позы и при переключении от одной артикуляции к другой, т.е. страдает автоматизация артикуляционных движений
Атактическая дизартрия	Атаксия	Атоническая и-астатическая форма ДЦП	Гипотония	Тремор языка (при целенаправленных движениях)	Дисметрия (несоответственность) артикуляционных движений; чаще — гиперметрия (увеличение амплитуды, утрированность, замедленность движений). Трудность выполнения и удержа-

					ния артикуляционных укладов. Мимика вялая
--	--	--	--	--	--

Состояние акта приема пищи (жевание, глотание)	Разборчивость речи. Нарушение звукопроизношения	Нарушения дыхания	Нарушение голоса	Нарушение просодики	Вегетативные расстройства
7	8	9	10	11	12
Акт приема пищи замедлен, координирован	Разборчивость речи снижена (в различной степени). В тяжелых случаях может отмечаться нарушение (смазанность) звукопроизношения всех групп. Усредненность гласных. Страдает произношение переднеязычных звуков (свистящие, шипящие, соноры). Часто стерта разница между глухими — звонкими, твердыми звуками (чаще — палатализация). Нарушены смычные губные звуки	Нарушение речевого дыхания (речевой выдох укорочен и истощаем, вдох неглубокий)	Голос недостаточной силы и звонкости (тихий, слабый, истощающийся, глуховатый). Может быть назализация (носовой оттенок голоса)	Снижена амплитуда голосовых модуляций, нет темпоритмических перебоев, необходимых для живой интонации (голос маломодулированный, монотонный) Темп речи замедленный	Гиперсаливация
Грубо нарушены жевание, от-	Разборчивость речи значительно	Тяжелые нарушения дыхания	Голос тихий, глухой, слан	Модуляций голоса почти нет. Тембр	Гиперсаливация

<p>кусывание, глотание. Жевание часто заменяется сосанием. Нарушена координация между дыханием, жеванием, глотанием</p>	<p>снижена, часто речь трудно понять при незнании контекста. Звуки речи лишены четкого фонетического оформления. Невнятность согласных звуков. Усредненность гласных. Слабость дифференциальных губных, призубных; твердых - мягких, звонких - глухих</p>		<p>ленный, напряженный</p>	<p>бедный. Темп чуть убыстренный</p>	
<p>Процессы жевания, глотания затруднены, дискоординированы</p>	<p>Разборчивость речи снижена (речь невнятная, смазанная, порой малопонятная). Характерно отсутствие стабильных нарушений звукопроизношения (пропуски, замены, смешения звуков не постоянны). Много</p>	<p>Тяжелые нарушения дыхания</p>	<p>Голос напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте, силе, звонкости. Может быть назализация</p>	<p>Мелодико-интонационная сторона речи нарушена, утрачен эмоциональный оттенок. Слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (монотонность)</p>	<p>Слюнотечения при «чистом» гиперкинетическом синдроме нет</p>

	искажений звуков (щелевые и соноры).				
Жевание ослаблено	Разборчивость речи снижена. Нарушены переднеязычные, губные, взрывные звуки	Асинергия — Асинхронность, дыхания, голосообразования и артикуляции	Голос истощающийся, затихающий к концу фразы; с носовым оттенком	Модуляция голоса почти нет. Интонация практически отсутствует. Ритм скандированный. Темп замедленный	Может быть гиперсаливация

Коррекционно-логопедическая работа с детьми с церебральным параличом в доречевой период

Содержание коррекционно-логопедической работы зависит от того, на каком этапе доречевого развития находится ребенок. Логопедические занятия осуществляются с первых месяцев жизни ребенка.

I этап

Дети, находящиеся на I этапе доречевого развития, характеризуются отсутствием ориентировочных реакций на зрительные и слуховые раздражители. Голосовая активность отсутствует. Функция рук не развивается. Нарушен тонус мышц языка, губ. Нарушены функции сосания, глотания. Отсутствуют или ослаблены безусловные рефлекс орального автоматизма.

Основные направления коррекционно-логопедической работы на I этапе:

нормализация (стимуляция) врожденных безусловных оральных рефлексов;
коррекция процесса кормления (акт сосания, глотания);
вокализация выдоха (дыхательные упражнения);
развитие «комплекса оживления» с включением голосового компонента;
стимуляция голосовых реакции;
развитие зрительного и слухового сосредоточения;
нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (логопедический массаж, пассивная артикуляционная гимнастика);
нормализация положения кисти и пальцев рук. Важен выбор позы для занятий.

Использование «рефлекс-запрещающей позиции», при которой патологические тонические рефлекс проявляются минимально или не проявляются вовсе.

II этап

У детей, находящихся на II этапе доречевого развития, имеются начальные элементы доречевой активности в виде недифференцированных звуков. Выражены нарушения зрительного и слухового восприятия. Отмечается слабость ориентировочных реакций; недостаточность зрительно-моторной координации. Патология артикуляционного аппарата проявляется дифференцированно: в виде спастичности, гипотонии, дистонии; гиперкинезов языка, губ, лицевой мускулатуры; ограничения подвижности языка и губ; сохранения и усиления рефлексов орального автоматизма.

Основные направления коррекционно-логопедической работы на II этапе:
стимуляция гуления;

нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (дифференцированный массаж, точечный массаж, пассивная артикуляционная гимнастика);

формирование потребности общения со взрослым;

подавление рефлексов орального автоматизма;

развитие зрительной устойчивой фиксации и прослеживания за движущим предметом;

формирование умения локализовать звук в пространстве и воспринимать различно интонированный голос взрослого;

увеличение объема и силы выдоха с последующей вокализацией (дыхательные упражнения);

развитие хватательной функции рук.

III этап

III этап доречевого развития характеризуется появлением у детей элементов гуления. Патология артикуляционного аппарата может иметь различную степень выраженности. Ориентировочные реакции носят познавательный характер. Дети эмоциональны, у них можно вызвать «комплекс оживления»: игрушки обычно хватают, но положения кисти и пальцев рук патологические, манипулятивные функции им чаще всего недоступны. Характерная особенность — неравномерное п. развития сенсорного

восприятия, зрительно-моторной координации, ориентировочно-познавательной деятельности, эмоциональной сферы и звукового общения с окружающими (эмоциональная сфера намного опережает двигательное и речевое развитие).

Основные направления коррекционно-логопедической работы на III этапе:

стимуляция интонированного голосового общения и лепета; нормализация мышечного тонуса и моторики артикуляционного аппарата (дифференцированный логопедический массаж, точечный массаж, зондовый массаж, искусственная локальная гипо- и гипертермия, пассивная артикуляционная гимнастика);

Выработка ритмичности дыхания и движений (дыхательная гимнастика), выработка читальных дифференцировок;

Выработка акустической установки на звук и голос; развитие слуховых дифференцировок;

формирование подготовительных этапов понимания речи;

развитие кинестетических ощущений и на их основе пальцевого осязания (развитие движений рук).

IV этап

Для детей, находящихся на IV 'папе доречевого развития, характерна возможность произношения отдельных лепетных звукокомбинаций.

Отмечается изменение мышечного тонуса артикуляционного аппарата, наличие гиперкинезов и оральных синкинезий, ограничение подвижности языка и губ. У детей начинает развиваться импрессивная речь.

Манипулятивная функция ограничена, недоступны дифференцированные движения пальцев рук. Основные направления коррекционно-логопедической работы на IV этапе:

стимуляция и совершенствование общения со взрослым при помощи лепетных звукокомплексов и лепетных слов;

нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;
 развитие манипулятивной функции рук и дифференцированных движений
 пальцев рук;
 формирование ситуативного понимания обращенной речи (речевых
 инструкций в конкретной ситуации);
 увеличение силы и длительности выдоха.

Приложение 3

Таблица

Психолого-педагогическое обследование

Ф.И.О. _____

Показатели психофизического развития	Первичное обследование	Динамика
	Дата _____ Возраст _____	Дата _____ Возраст _____
1	2	3
Контакт В контакт вступает Контакт формальный (чисто внешний) В контакт вступает не сразу, с большим трудом, не проявляет заинтересованности в контакте Контакт избирательный Легко и быстро устанавливает контакт, проявляет в нем заинтересованность, охотно подчиняется (М — норма)		
Эмоционально-волевая сфера Активный, бодрый Пассивный, вялый Неадекватное поведение Избалованность Конфликтность Колебания настроения		
Состояние слуха Снижение слуха Норма		
Состояние зрения Близорукость косоглазие Атрофия зрительного нерва Ограничение поля зрения (N)		

<p>Внимание Низкая концентрация и неустойчивость внимания (ребенок плохо сосредоточивается, с трудом удерживает внимание на объекте) Недостаточно устойчивое, поверхностное, быстро истощается, требует переключения на другой вид деятельности Плохое переключение внимания Достаточно устойчивое (N)</p>		
<p>Моторика кистей и пальцев рук Ведущая рука: правая/левая Уровень развития функций кистей и пальцев рук: отсутствует хватание манипулировать не может, но есть хватание моторика ограничена недостаточность мелкой моторики сохранная (N) Согласованность действий рук: отсутствует недостаточная нормальная Нарушение координации движений, тремор Гиперкинезы пальцев</p>		
<p>Уровень развития деятельности Проявление интереса к игрушкам: интереса к игрушкам не проявляет (с игрушками никак не действует; в совместную игру со взрослым не</p>		
<p>включается, самостоятельной игры не организует) проявляет поверхностный, не</p>		

<p>очень стойкий интерес к игрушкам проявляет стойкий избирательный интерес к игрушкам (И) Адекватность употребления игрушек:</p> <p>совершает неадекватные действия с предметами (нелепые, не диктуемые логикой игры или качеством предмета действия) игрушки использует адекватно (использует предмет в соответствии с его назначением) (К)</p> <p>Характер действий с предметами-игрушками:</p> <p>неспецифические ма н и г 1 улиц и и (со всеми предметами действуй одинаково, стереотипно — постукивает, перекладывает, шип и рот, сосет, бросает) специфические манипуляции — учитывает только физические свойства предметов</p> <p>предметные действия — использует предметы в соответствии с их функциональным назначением процессуальные действия</p> <p>игра с элементами сюжета сюжетно-ролевая игра</p>		
<p>Работоспособность Низкая Снижена Достаточная (N)</p>		
<p>Характер деятельности Отсутствие мотивации к деятельности Деятельность неустойчивая, работает формально Деятельность устойчивая, работает с интересом (N)</p>		
<p>Реакция на одобрение Адекватная (радуется одобрению, ждет его)</p>		

Неадекватная (на одобрение не реагирует, равнодушен к нему)		
Реакция на замечание Адекватная (исправляет поведение к соответствию с замечанием) Адекватная (обижается) Нет реакции на замечание Негативная реакция (делает назло)		
Отношение к неудаче Неудачу оценивает (замечает неправильность своих действий, исправляет ошибки) Отсутствует оценка неудачи Негативная эмоциональная реакция на неудачу или собственную ошибку		
Обучаемость. Использование помощи (во время обследования) Обучаемость отсутствует; помощь не использует; нет переноса показанного способа действия на аналогичное задания Обучаемость низкая; помощь использует недостаточно; перенос знаний затруднен Ребенок обучаем, использует помощь взрослого (переходит от более низкого способа выполнения заданий к более высокому)		
Запас общих представлений Низкий Несколько снижен Соответствует возрасту (N)		
Зрительное восприятие Восприятие цвета: представление о цвете отсутствует сличает цвета различает цвета (выделяет по слову) знает и называет основные цвета (N — в 3 года)		

<p>Восприятие величины: представление о величине отсутствует соотносит предметы по величине дифференцирует предметы по величине (выделяет по слову) знает и называет величину (N — в 3 года)</p> <p>Восприятие формы: нет представления о форме соотносит предметы по форме различает геометрические формы (выделяет по слову) называет геометрические формы (плоскостные и объемные) (N — в 3 года)</p> <p>Методика обследования Складывание матрешки (3-составная — от 3 до 4 лет, 4- состав-ная — от 4 до 5 лет, 6- составная — от 5 лет)</p> <p>Способы выполнения задания: действие силой перебор вариантов целенаправленные пробы (допустимы до 5 лет) примеривание зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно) (N)</p> <p>Включение в ряд (6-составная матрешка — с 5 лет)</p>		
<p>Без учета величины С учетом величины. Способы выполнения задания: целенаправленные пробы (допустимы до 6 лет) зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно)</p> <p>Кубики-вкладыши Способы выполнения задания: перебор вариантой целенаправленные пробы (допустимые до 5 лет) примеривание зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно)</p> <p>Складывание пирамидки (до 3</p>		

<p>лет — 3 кольца, до 4 лет — 4 кольца, с 4 лет — 5—6 колец) Без учета величины колец С учетом величины колец. Способы выполнения задания: целенаправленные пробы практическое примеривание зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно) Почтовый ящик (с 3 лет) Способы выполнения задания: действие силой (допустимо в N до 3,5 лет) перебор вариантов целенаправленные пробы примеривание зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно) Парные картинки (выбор по образцу из 2, 4, 6 картинок с 2 лет)</p>		
<p>Восприятие пространственных отношений Знание частей тела и лица Ориентировка в сторонах собственного тела и зеркальное отображение</p>		
<p>Целостный образ предмета (разрезные картинки) Конструирование (из строительного материала, из палочек): по подражанию по образцу по представлению Дифференцирование пространственных понятий (справа—слева, выше—ниже, дальше—ближе, впереди—сзади, в центре)</p>		
<p>Временные представления Части суток (с 3 лет) Времена года (с 4 лет) Дни недели (с 5 лет)</p>		

<p>Количественные представления Порядковый счет (устно и пересчет предметов) Представление о количестве Выделение нужного количества из множества Понятия «много», «мало», «больше», «меньше», «поровну» Счетные операции</p>		
<p>Мышление (уровень развития) Наглядно-действенное Наглядно-образное Элементы абстрактно-логического мышления: классификация предметов (изображений) «четвертый—лишний» понимание картин со скрытым смыслом понимание картин с нелепым, бессмысленным сюжетом последовательность событий (серия сюжетных картин)</p>		
<p>Навыки самообслуживания Не владеет Владеет частично с помощью взрослого Владеет полностью (N)</p>		
<p>Понимание обращенной речи Не понимает обращенную речь Понимание обращенной речи ограниченное (ситуативное) Выполняет простые речевые инструкции Понимание обращенной речи на бытовом уровне, выполняет сложные речевые инструкции Понимание речи в полном объеме (N)</p>		
<p>Пассивный словарь Понимание названий предметов (реальных и на картинках) Понимание значения слова Понимание простого сюжета Понимание лексико-грамматических конструкций</p>		

<p>Характеристики собственной речи</p> <p>1-й уровень речевого развития: речевые средства общения крайне ограничены (произносит звуковые комплексы, звукоподражания, лепетные слова); использование довербальных средств общения (выразительной мимики и жестов)</p> <p>2-й уровень речевого развития: пользуется простой фразой, аграмматичная, упрощенной, структурно нарушенная фраза (из 2–3 слов).</p> <p>Слоговая структура слов нарушена</p> <p>3-й уровень речевого развития: пользуется развернутой фразой; недостаточная сформированность лексико-грамматического и фонетико-фонематического строя речи; синтаксические конструкции фраз бедные</p> <p>4-й уровень речевого развития: лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность. Пользуется развернутой фразой. Лексико-грамматический строй речи сформирован достаточно (N)</p> <p>Особенности речи</p> <p>Проявляет склонность к эхолалии</p> <p>Наличие речевых штампов (речь пустая без содержания, часто не соотносится с выполняемыми действиями, не отражает истинных интеллектуальных способностей ребенка)</p>		1
--	--	---

Заключение:

Логопедическое обследование

Ф.И.О _____

Показатели развития речи и других психофизических функций	Первичное обследование	Динамика
	Дата _____ Возраст ____ —	Дата _____ Возраст _____
1	2	3
Контакт В контакт не вступает Контакт формальный (чисто внешний) В контакт вступает не сразу, с большим трудом, не проявляет заинтересованности в контакте Контакт избирательный Легко и быстро устанавливает контакт (N)		
Эмоционально-волевая сфера Активный, бодрый Пассивный, инертный Неадекватное поведение Избалованность Конфликтность Колебания настроения		
Состояние слуха Снижение слуха Норма		
Состояние зрения Близорукость Косоглазие Атрофия зрительного нерва Нистагм Ограничение поля зрения Норма		

<p>Внимание Низкая концентрация и неустойчивость внимания (ребенок плохо сосредоточивается, с трудом удерживает внимание на объекте) Недостаточно устойчивое, поверхностное, истощаемое Плохое переключение внимания Достаточно устойчивое</p>		
<p>Моторика кистей и пальцев рук Ведущая рука: правая/левая Уровень развития функций кистей и пальцев рук: отсутствует хватание манипулировать не может, но есть хватание моторика ограничена недостаточность мелкой моторики сохранная (N) Гиперкинезы пальцев Нарушение координации движений, тремор</p>		
<p>Запас общих представлений Низкий Несколько снижен Соответствует возрасту</p>		
<p>Работоспособность Снижена Достаточная</p>		
<p>Доречевое развитие Протекало с выраженной задержкой Протекало с задержкой Нормальное (по возрасту) Время появления и особенности голосовых и речевых реакций: крик гуление лепет первые слова</p>		

<p>Понимание обращенной речи Не понимает обращенную речь Понимание обращенной речи ограниченное (ситуативное); выполняет простые речевые инструкции Понимание обращенной речи на бытовом уровне, выполняет сложные речевые инструкции Понимание речи в полном объеме (N)</p>		
<p>Пассивный словарь Понимание названий предметов (реальных и на картинках) Понимание значения слова Понимание простого сюжета Понимание лексико-грамматических конструкций</p>		
<p>Характеристика собственной речи (экспрессивная речь) 1-й уровень речевого развития: полное отсутствие звуковых и словесных средств общения произносит отдельные звуки, звуко-комплексы произносит несколько лепетных и общеупотребительных слов и звуко-подражании использует невербальные средства общения (выразительную мимику, жесты, интонацию) 2-й уровень речевого развития: пользуется простой фразой аграмматичная, не развернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза; активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные; предлоги употребляются редко; слоговая структура слов нарушена 3-й уровень речевого развития: пользуется развернутой фразой; лексико-грамматический строй речи недостаточно сформирован (ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении);</p>		

<p>слоговая структура слов не нарушена, синтаксическая конструкция фраз бедная; наличие фонетико-фонематических нарушений 4-й уровень речевого развития: лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность Пользуется развернутой фразой; связная речь сформирована (N) Особенности речи Проявляет склонность к эхолалии Наличие речевых штампов (речь бессодержательная, часто не соотносится с выполняемыми действиями, не отражает истинных интеллектуальных способностей ребенка)</p>		
<p>Лексико-грамматический строй речи Лексический строй (словарь) Словарный запас: резко ограничен беден в пределах обихода достаточный (N) Грамматический строй Не сформирован Сформирован недостаточно Сформирован (N) Связная речь Описание сюжетной картинке: простой сюжет сложный сюжет Составление рассказа по серии сюжетных картин Пересказ текста Творческий рассказ Слоговая структура слов Нарушения слоговой структуры слов: парафазии (замены звуков, слогов) элизии (пропуски звуков, слогов) итерации (повторения звуков, слогов) контаминации (часть одного слова соединяется с частью другого) персеверации (отсроченное повторение) перестановки звуков, слогов антиципации не нарушена (N)</p>		
<p>Фонематическое восприятие (различение звуков, слогов, слов, звуковых рядов, звуковой анализ и синтез)</p>		

Нарушено		
Сохранено		
Фонетический строй речи		
А		
О		
У		
Ы		
И		
Э		
К		
К'		
Г		
Г'		
Х		
Х'		
Й		
М		
М'		
П		
П'		
Б		
Б'		
Ф		
Ф'		
В		
В'		
Т		
Т'		
Д		

Д'		
Н		
Н'		
С		
С'		
З		
З'		
Ц		
Ш		
Ж		
Ч		
Щ		
Р		
Р'		
Л		
Л'		
Фонетические (антропофонические) дефекты звукопроизношения — искажения: усредненность гласных недостаток произношения свистящих недостаток произношения шипящих недостаток произношения сонорных недостаток произношения губных недостаток произношения губно-губных недостаток произношения губно-зубных недостаток произношения средне-нёбных недостаток произношения заднеязычных недостаток произношения твердых согласных недостаток произношения тонких согласных Фонологические дефекты (нарушения дифференциации		

<p>звук(ов): замены смещения Изолированно произносит все звуки правильно, но при увеличении речевой нагрузки — общая смазанность речи Фонетический строй сформирован достаточно (N) Степень разборчивости речи речь невнятная, смазанная, малопонятная для окружающих Разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая Разборчивость речи не нарушена (N)</p>		
<p>Дыхание Нарушения дыхания затрудненное поверхностное неровное, неритмичное Дифференциации потною и ротового выдоха Ротовой выдох укорочен, вдох неглубокий Свободное (N)</p>		
<p>Голос Нарушения силы голоса: тихий слабый истощающийся Нарушения тембра голоса: глухой сдавленный хриплый назализованный напряженный дрожащий Синхронность дыхания, голосообразования и артикуляции Нарушена Сохранна (N) Голос сильный, звонкий (N)</p>		
<p>Просодическая организация звукового потока (просодика) <i>Мелодико-интонационная сторона речи</i> Нарушение интонационного оформления речи Отсутствие голосовых модуляций (голос немодулированный) Слабая выраженность голосовых модуляций (голос монотонный, мало моду-</p>		

<p>лированный) Не нарушена (N) Темп речи Тахилалия Брадилалия Запинки Заикание Нормальный Ритм речи Растянутый Скандированный Зависит от проявления гиперкинезов Нормальный</p>		
<p>Строение и подвижность органов артикуляции Неврологический синдром в артикуляционной моторике</p>		
<p>Спастический парез Тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности Гиперкинезы Атаксия Апраксин Лицевая мускулатура Тонус лицевой мускулатуры спастичность гипотония дистония норма Гипомимия Сглаженность носогубных складок Оральные синкезии Асимметрия лица Гиперкинезы лица Губы (толстые/тонкие) Тонус губной мускулатуры: спастичность гипотония дистония норма Подвижность губ: малоподвижные подвижны Зубы Крупные, мелкие, редкие, частые, нарушение зубного ряда, наличие лишних зубов, норма Прикус: передний открытый, боковой</p>		

<p>открытый, прогнатия, прогения, правильный</p> <p>Твердое нёбо Готическое, низкое, уплощенное, наличие расщелины, норма</p> <p>Мягкое нёбо Длинное/короткое; подвижное/мало-подвижное; отклонение увуля</p> <p>Движение нижней челюсти Открывание/закрывание рта Умение держать рот закрытым</p>		
<p>Язык Строение языка: маленький узкий раздвоенный невыраженность кончика укорочение подъязычной связки Тонус язычной мускулатуры: спастичность гипотония дистония норма Гиперкинезы языка Тремор языка Девиация (отклонение) языка в сторону</p> <p>Артикуляционная моторика языка Объем артикуляционных движений. строго ограничен неполный снижение амплитуды артикуляционных движений</p> <p>Движения: в полном объеме (N) Умение удерживать артикуляционную позу Способность к переключению Произвольное высовывание языка Подъем языка Боковые отведения (вправо/влево) Щелкание Облизывание губ (круговые движения языка)</p> <p>Глоточный и нёбный рефлекс Повышен Понижен</p>		

Норма		
<p>Наличие патологических рефлексов орального автоматизма</p> <p>Наличие гиперсаливации</p> <p>Постоянная Усиливающаяся при определенных условиях</p> <p>Жевание</p> <p>Отсутствие жевания твердой пищи Затруднение жевания</p> <p>Норма</p> <p>Глотание</p> <p>Поперхивается, захлебывается при глотании</p> <p>Не нарушено (N)</p>		

Логопедическое заключение:

Социально-бытовая реабилитация

Социально-бытовая реабилитация является важным звеном в системе реабилитационных мероприятий. В последние годы создан большой арсенал современных технических средств реабилитации, основной целью которых является компенсация нарушенных или утраченных функций, обеспечение относительной независимости от окружающих. Технические средства реабилитации существенно облегчают жизнь ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Они должны быть абсолютно безопасны и просты в обращении.

Все технические средства реабилитации можно разделить на несколько групп.

1. **Средства передвижения:** различные варианты детских инвалидных колясок (комнатные, прогулочные, функциональные, спортивные). Во многофункциональных креслах-колясках дети могут проводить значительное время. В них имеется столик для приема пищи и занятий, съемное судно, отделение для книг, специальная емкость для хранения термосов с пищей.

2. **Средства, облегчающие передвижения:** ходунки и ходилки (комнатные и прогулочные), костыли, крабы, трости велосипеды; специальные поручни, пандусы, съезды на тротуарах

3. **Средства, облегчающие самообслуживание** детей с нарушением функций верхних конечностей: специальные предметы обихода (наборы посуды и столовых приборов, приспособления для одевания и раздевания, открывания и закрывания дверей, для самостоятельного чтения, пользования телефоном; особые выключатели электроприборов, дистанционное управление бытовыми приборами — телевизором, приемником, магнитофоном).

4. **Двигательные тренажеры.**

5. **Лечебно-нагрузочные костюмы («Адели—92»).** Костюм используется для лечения различных форм церебрального паралича в любом возрастном периоде жизни ребенка, начиная с раннего возраста. Создавая правильные

взаимоотношения между частями тела и устраняя порочные установки, костюм способствует формированию правильной схемы взаиморасположения частей тела и схемы движения, что является основой для формирования моторики. Костюм представляет собой замкнутую систему «плечевой пояс — стопы». Благодаря амортизаторам, несколько растягиваются спастичные мышцы (снижается тонус мышц), уменьшается патологическая и активизируется физиологическая афферентация мышечно-связочного аппарата; уменьшается частота и амплитуда гиперкинезов. Дети, страдающие церебральным параличом, быстрее овладевают двигательными навыками. В лечебно-нагрузочном костюме можно проводить любые упражнения, намного улучшая и ускоряя их результативность.

6. Сенсорные комнаты и сенсорные стимулирующие наборы.

«Сенсорная комната» Snotzelen (Снузлин) — набор специализированного оборудования, основными элементами которого являются:

напольные и настенные мягкие покрытия, пуфики и чанки разных размеров и цветов (подушки в виде скатов, которые прогибаются под тяжестью тела, создавая устойчивую опору, следуя его форме);

«водяной матрац» (подогреваемый матрац прогибается, повторяя форму тела, мягко и равномерно поддерживая его); музыкальная водяная кровать (вибрации, созданные музыкой, воспринимаются кожей как тактильные стимулы);

«кресло-лепесток» (покачиваясь, расслабляет, снижает спастичность мышц);

светящийся бассейн с прозрачными шариками (цвет шариков изменяется); трубки с пузырьками (поток пузырьков поднимается вверх по прозрачной пластиковой трубе, наполненной водой; цвет подсветки меняется);

«водопад» из светоптических волокон с боковой подсветкой (100 нитей покрытого винилом светоптического волокна медленно изменяют цвет);

панель с нитями с ультрафиолетовой подсветкой (пластиковые нити различных окрасок с акриловым зеркалом, отражающим эти нити);

панель с фонтаном из светооптических волокон, работающая в интерактивном режиме (при последовательном «к воцении во шикают разнообразные световые эффекты);

панель «искрящийся ковер» (черпая ковровая ткань, в ворс которой вплетены светооптические волокна; создается эффект мерцания с постоянным изменением цвета; вешается на стену или кладезей па пол);

тактильная панель (набор материалов различных текстур, которые можно осязать и совершать ими манипуляции);

набор колес с узорами и картинами (по стене «проплывают» простые рисунки);

мерцающий металлофон (светящиеся клавиши, на которых можно играть простые мелодии).

Сенсорная комната паст возможность подавать стимулы различной модальность – зрительной, слуховой, тактильной — и использовать эту стимуляцию длительное время. Сочетание стимулов различной модальности (музыки, цвета, запахов) может оказывать различное воздействие на психическое и эмоциональное состояние ребенка — тонизирующее, стимулирующее, укрепляющее, восстанавливающее, успокаивающее, расслабляющее. В условиях сенсорной комнаты используется массированный поток информации на каждый анализатор. Таким образом восприятие становится более активным, Такая активная стимуляция всех анализаторных систем приводит не только к повышению активности восприятия, но и к ускорению образования межанализаторных связей. В отличие от традиционных методов педагогической коррекции, для которых характерно небольшое количество и однообразие материала, в самом оборудовании сенсорной комнаты итожено разнообразие стимулов. Продуманное применение различных стимулов повышает эффективность коррекционных занятий, создавая дополнительный потенциал для развития ребенка.

Занятия в сенсорной комнате могут быть как индивидуальными, так и групповыми. Коррекционно-педагогические занятия проводятся психологом, логопедом-дефектологом, инструктором ЛФК. Каждый специалист при этом решает свои специфические задачи.

Мотив работы в сенсорной комнате зависит от ведущего вида деятельности ребенка. Для дошкольников — это игровая деятельность. Занятия в сенсорной комнате можно превратить в игру, сказку. Все занятие может проходить по единому игровому сценарию («Полет на луну», «Путешествие по морским глубинам» и т.д.).

Коррекционно-педагогические занятия в сенсорной комнате направлены на решение двух комплексов задач:

1. Релаксация: а) нормализация нарушенного мышечного тонуса (снижение тонуса, уменьшение спастичности мышц); б) снятие психического и эмоционального напряжения.

2. Активизация различных функций центральной нервной системы: а) стимуляция всех сенсорных процессов (зрительного, слухового, тактильного, кинестетического восприятия и обоняния); б) повышение мотивации к деятельности (к проведению различных медицинских процедур и психолого-педагогических занятий). Возбуждение интереса и исследовательской деятельности у ребенка; в) создание положительного эмоционального фона и преодоление нарушений эмоционально-волевой сферы; г) развитие речи и коррекция речевых нарушений; д) коррекции нарушенных высших корковых функций; е) развитие общей и мелкой моторики и коррекция двигательных нарушений.

Релаксации

Важным моментом при выполнении упражнений на расслабление является подключение различных сенсорных каналов:

использование специально подобранного музыкального сопровождения (релаксационная музыка) – спокойные, тихие, плавные, легкие мелодии, звуки природы шум моря, ветра;

применение цветотерапии – использование зеленого, голубого и синего цвета, оказывающих успокаивающее и расслабляющее действие (например, «колеса с у юрами», где простые изменяющиеся цвета и незамысловатые рисунки не требуют интеллектуального напряжения, что позволяет ребенку расслабиться и не думать над расшифровкой рисунков; по стене медленно проплывают картины с изображением разных планет, морских глубин, облаков);

ароматерапия (запах хвойного леса);

мышечная релаксация: используется «водяной матрац», различные чанки и пуфики, «кресло-лепесток», благодаря которым создается комфортная поза для тела, безопасная удобная опора. Ребенка можно поместить в «рефлекезапрещающие» позиции с целью ослабления или гашения патологических тонических рефлексов;

психотерапевтический тренинг применяется для снятия психического и эмоционального напряжения.

Возможные сценарии для релаксации (дети ложатся, принимают удобную позу, закрывают глаза, делают несколько циклов глубокого дыхания):

«Пляж». «Представьте, что вы лежите на теплом песке и загораете. Ласково светит солнышко и согревает нас. Веет легкий ветерок. Вы отдыхаете, слушаете шум прибоя, наблюдаете за игрой волн и танцами чаек над водой. Прислушайтесь к своему телу. Почувствуйте позу, в которой вы лежите. Удобно ли вам? Попробуйте изменить свою позу так, чтобы вам было максимально удобно, чтобы вы были максимально расслаблены. Попробуйте представить себя всего целиком и запомните возникший образ. (Пауза.) Потягиваемся, делаем глубокий вдох и выдох, открываем глаза, медленно садимся и аккуратно встаем».

«Ковер-самолет». «Мы ложимся на волшебный ковер-самолет; ковер плавно и медленно поднимается, несет нас по небу, тихонечко покачивает, убаюкивая; ветерок нежно обдувает усталые тела, все отдыхают. Далеко внизу проплывают дома, поля, леса, реки и озера. Постепенно ковер-самолет

начинает снижение и приземляется в нашей комнате. (Пауза.) Потягиваемся, делаем глубокий вдох и выдох, открываем глаза, медленно садимся и не спеша встаем».

Релаксация может проводиться как в начале занятия — с целью «настройки», так и в конце — с целью интеграции приобретенного в ходе занятия опыта

Активизация различных функций

1. Стимуляция всех сенсорных процессов. При этом важным является повышение чувствительности к модальноспецифической информации: зрительной, слуховой, тактильной, обонятельной. Различные сенсорные модальности необходимо вводим, постепенно. Один из методических приемов — это преимущественная нагрузка одного из сенсорных каналов.

а) Активизация зрительного восприятия (изменение цвета освещения комнаты, используются красный, оранжевый и желтый цвета, которые оказывают стимулирующее воздействие). Решаются разные задачи:

- Формирование фиксации взора, концентрации внимания, плавного прослеживания и зрительно-моторной координации. Для этой цели используются элементы: световые трубки с воздушными пузырьками (сидя на пуфике, ребенок фиксирует взор и прослеживает движение шариков; стоя около трубки, перемещает палец или руку вслед за шариком); кассеты с эффектами («лови рукой все красные фигуры; поймай все синие ромбы»); мобайлы «птицы», «динозавр», вращающийся зеркальный шар.
- Формирование представлений о цвете, форме и величине предметов. Дни мои цели не пользуются элементы: панель с пластиковыми нитями разных цветов; цветная тактильная панель; панель с волокнами, медленно изменяющими цвет; «искрящийся ковер»; разноцветные подушки в виде скатов; панель «бесконечность».
- Формирование представлений о цвете осуществляется по этапам: сличение цветов («покажи такой же цвет»);

выделение цвета по слову («покажи красный цвет»); название цвета ребенком.

б) Активизация слухового восприятия (слуховое сосредоточение, локализация звука и пространстве). Ритмичная быстрая громкая музыка оказывает стимулирующее и тонизирующее действие (компакт-диски с ритмичной музыкой, мерцающий металлофон, «звонящие мячи»).

в) Развитие тактильной чувствительности (задания выполняются сначала с открытыми, а потом с закрытыми глазами). Используется цветная тактильная панель (набор предметов и материалов различных текстур, поверхностей: твердых—мягких, шероховатых—гладких, которые можно осязать и с которыми можно совершать различные манипуляции). Цветная тактильная панель предоставляет большие возможности для развития тактильной чувствительности и моторики кистей и пальцев рук. Целесообразно использовать следующие упражнения:

- ощупывание и поглаживание фактуры материала одной рукой, нахождение предметов из этого материала этой же и другой рукой;
- ощупывание и опознание предмета на ощупь как правой, так и левой рукой;
- нахождение на ощупь фигуры, предмета, показанных педагогом;
- попеременное ощупывание каждой рукой с закрытыми глазами предмета или фигуры, определение и название ее.

Сенсорная комната дает возможность снять тревожные невротические переживания, страхи, создать эмоционально спокойное состояние, активизировать детей, вызвать приятные и даже эстетически значимые переживания.

Для детей с речевым негативизмом обстановка сенсорной комнаты — благоприятный фон, где снимаются невротические переживания. Для детей с астеническими проявлениями, т.е. с пониженной психической активностью, — это пусковой механизм для включения в деятельность.

Стимуляция, проводимая в условиях сенсорной комнаты, достаточно интенсивна, ее использование требует определенных знаний, в связи с чем мы разработали некоторые рекомендации.

1. Необходимо крайне дозированно применять сенсорную комнату, работая с детьми, имеющими астенические проявления. Активная стимуляция часто приводит к быстрому утомлению. Занятия необходимо закончить до того, как возникнет спад активности. Время пребывания в сенсорной комнате должно постепенно нарастать от занятия к занятию (от 7 до 15 — 20 мин).

2. Опытным путем необходимо определим, раздражители какой модальности вызывают наибольшее утомление, и вводить эти раздражители последними.

3. При коммуникативных нарушениях необходимо выявить наиболее приятные раздражители, которые создают эмоциональный комфорт у ребенка, и постараться ограничиться только ими.

4. Необходимо максимально сократить количество раздражителей для гипервозбудимых детей, а иногда следует и отказаться от сенсорной комнаты.

5. Особенно внимательно нужно относиться к активным зрительным раздражителям, так как они могут вызвать двигательную расторможенность и агрессивность.

6. У детей с эписимдромом применение сенсорной комнаты возможно только после консультаций с врачом-психоневрологом. Если врач считает возможным ее применение, то время пребывания должно быть строго ограничено. Звуковые и световые сигналы при этом не должны быть ритмичными! Следует отказаться от мелькающих объектов и ритмических повторений.

Итак, в зависимости от психоневрологического диагноза и поставленных задач сеансы в сенсорной комнате можно рассматривать как: самостоятельную реабилитационную процедуру;

способ подготовки ребенка к другим медико-психолого-педагогическим мероприятиям (предварительная релаксация);

средство оптимизации, повышение мотивации реабилитационного процесса.

7. Мягкие игровые комнаты. Особенностью мягкой игровой комнаты является наличие различных мягких модулей в виде леса из круглых колонн, ступенек, сухого бассейна, заполненного цветными шариками, а также мягкого покрытия пола и стен комнаты, предотвращающих травматизм и уменьшающих чувство страха падения, что особенно важно для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Занятия в условиях мягкой игровой комнаты можно проводить в индивидуальной или подгрупповой форме с использованием игр, направленных на совершенствование имеющихся двигательных навыков, освоение новых этапов двигательного развития, манипулятивной деятельности, зрительно-моторной координации, на тренировку вестибулярного аппарата.

Прежде чем рекомендовать ребенку-инвалиду то или иное техническое средство, необходимо оценить состояние его нарушенной функции и, исходя из этого, предложить именно то средство, которое дало бы возможность, с одной стороны, скомпенсировать имеющийся дефект, а с другой — сохранялась бы возможность восстановить нарушенную функцию. Отметим, что, хотя подавляющее большинство реабилитационного оборудования для детей выпускается зарубежными фирмами, в последние годы разрабатывается и изготавливается широкий ассортимент отечественных детских технических средств реабилитации.

Обучение рисованию детей с ДЦП

(Составитель — кандидат педагогических наук Г. В. Кузнецова)

Подавляющее большинство детей с ДЦП до начала обучения рисованию находится на самом низком уровне изобразительной деятельности. Их графическая деятельность носит характер доизобразительного черкания.

Поэтому дети нуждаются в первоначальном этапе обучения, который может быть назван подготовительным. Его задачами являются:

воспитание интереса и изодеятельности:

обогащение представлений о предметах изображения,

формирование навыков анализа изображаемых предметов,

освоение плоскости листа бумаги,

формирование правильного захвата и удержания карандаша и кисти,

усвоение простейших технических приемов изображения (закрашивание плоскости листа, проведение прямых линий в заданном направлении, примакивание кистью и т.д.).

Для поддержания у детей постоянного интереса к изодеятельности и формирования полноценных графических образов следует применять разнообразные методы и приемы обучения: предварительное наблюдение за намеченными для изображения предметами и явлениями окружающего мира на прогулках и экскурсиях, обыгрывание предметов, лепка, вырезание и обрывание по контуру, анализ предмета с помощью осязательно-двигательного способа обследования, обведение контура по трафарету и по шаблону, выкладывание изображений из отдельных элементов, словесное описание предмета, узнавание предмета по словесному описанию и по незавершенному изображению.

В связи с трудностями формирования у этой категории детей графических навыков целесообразна организация направленной коррекционной работы в подготовительном периоде.

Работа по формированию графических навыков у детей с нарушением моторики рук не может быть эффективной без применения специальных упражнений для нормализации мышечного тонуса и развития мелкой моторики; такие упражнения должны предшествовать каждому занятию. Они могут проводиться в виде физкультурных минуток, пальцевой гимнастики, криотерапии, заданий, активизирующих осязательное восприятие, развивающих тактильную чувствительность и мышечно-суставное чувство.

Большая роль принадлежит графическим упражнениям — специальным тренировочным заданиям, применяемым для развития манипуляционной деятельности. Такие упражнения не только способствуют формированию графических навыков, но и производят лечебный эффект: способствуют нормализации нарушенного тонуса мышц рук, служат профилактикой образования контрактур суставов пальцев и кистей.

В комплексе работы по обучению рисованию необходимо формировать у детей формообразующие движения руки в воздухе и на плоскости.

Сначала формообразующее движение руки в воздухе показывает педагог. Затем каждому ребенку необходимо закрепить это движение, глаза ребенка должны следить за движением его руки, очерчивающей контур предмета. Далее эти движения отрабатываются на плоскости (рисование и письмо пальцем).

Для лучшего формирования графического образа изображаемого предмета целесообразно проводить занятие лепкой и аппликацией. Такие занятия будут особенно способствовать формированию пространственных представлений. Целесообразно также использование трафарета, что способствует воспитанию правильного движения руки, развитию зрительно-моторной координации, существенно расширяет графические возможности ребенка, закрепляет знания сенсорных эталонов, корригирует нарушенное представление о величине изображаемых предметов. На занятиях по рисованию дети должны изучать основные и промежуточные цвета и использовать эти цвета для создания реалистических изображений.

Требования к знаниям и умениям детей

Дети должны:

1. Проявлять интерес и эмоциональную отзывчивость к изобразительности.
2. Узнавать изображения на картине или иллюстрации (предметы, действия, явления).
3. Различать и называть основные и промежуточные цвета.
4. Ориентироваться на плоскости листа бумаги.
5. Владеть основными приемами работы красками.
6. Проводить карандашом линии в заданном направлении.
7. Передавать в рисунке простейшую форму, пространственное положение, основной цвет предметов.
8. Изображать в рисунке несколько предметов, объединяя их в единое содержание.
9. Уметь выполнять декоративные узоры в полосе, квадрате, круге, на силуэтах.

Примерное тематическое планирование

1. Карандаши цветные — 6 шт., простой — 1 шт., ластик, точилка, кисти, баночки для воды, бумага белая тонированная (формат — альбомный лист).

«Что с этим можно делать?» Педагог демонстрирует, как нужно правильно держать карандаш и кисти, пользоваться точилкой, ластиком и некоторые приемы изображения на листе — линии, «следы», несложные предметные изображения — дом, цветы и т.д.

2. Ознакомление с бумагой как с материалом и овладение плоскостью листа для изображения на нем:

удерживание листа бумаги двумя пальцами (1-м и 2-м), складывание листа пополам, по диагонали;

складывание конвертика, самолетика и т.д.

закрашивание полоски листа краской (желтой, синей, красной) — изготовление флажков (0,25 листа);

распределение изображения («желтые листочки») по всей плоскости листа (1,0 листа);

формирование понятия половины листа — изготовление обложки для книжки;

формирование понятия верхней и нижней половины листа («земля и небо»).

3. Работа карандашами. Проведение прямых линий: проведение вертикальных линий — палочки к флажкам, веревочки к шарам, стебли к цветам.

4. Тренировочные графические упражнения: дождик частый — сплошная вертикальная, редкий — прерывистая линия.

5. Проведение горизонтальных линий:

дорожка для колобка, для машины, воздушная трасса для самолета; изготовление салфеток для куклы.

6. Аппликация: изготовления коврика для куклы (наклеивание полосок бумаги на готовые формы)

7. Соединение двух точек:

«лесенка»,
«заборчик»,
«горки»,
квадрат (четыре точки),
треугольник (три точки),
«домик»,
«елочка».

8. Аппликация: «домик» из готовых форм (квадрат и треугольник).
9. Тренировочное графическое рисование — ломаные линии.
10. Лепка: раскатывание «колбасок» и изготовление «баранок».
11. Тренировочное графическое рисование:
разноцветные вагончики автоматизация движения при проведении горизонтальной линии;
«зеленый лужок» автоматизация движения при проведении вертикальной линии.
- «Радуга-дуга» — коррекция тугоподвижности запястного сустава.
12. Лепка: «пирожок» — приемы лепки шара, сдавливание его между ладонями и надавливание вторым пальцем по окружности.
13. Аппликация: «домик» из готовых форм.
14. Работа с трафаретом — рисование окружности: обведение окружности по трафарету,
попеременное рисование окружности по трафарету и без трафарета,
рисование круглых предметов (часы, мячик и т.д.).
15. Тренировочное графическое рисование: «веселые клубочки» — у кого больше клубочков, у кого самый большой и красивый клубочек?
16. Лепка: «снеговик» — из шаров различной величины.
17. Аппликация:
орнамент в полосе — из готовых геометрических форм, домик и елочка.
18. Работа с трафаретом — изображение квадрата: обведение квадрата по трафарету;

чередование изображения квадрата по трафарету и без трафарета,
рисование квадратных предметов — «домик», «тележка»

19. Аппликация: коллективная работа «улица».

20. Работа с трафаретом — изображение треугольника:
обведение треугольника по трафарету,
чередование изображения треугольников по трафарету и без трафарета,
рисование предметов треугольной формы

21. Декоративное рисование:

роспись круглой тарелочки (орнамент на круге),

роспись сказочного домика.

22. Тренировочное графическое рисование: «облака» и «барашки»,
«горный пейзаж».

23. Человек:

аппликация из готовых форм,

рисование по трафарету,

платье для куклы – одежда человека.

24. Лицо:

дорисовывание «изображенных форм лица на готовом рисунке, аппликация
— лицо из готовых форм.

25. Рисование по трафарету: изображение животных (лиса, заяц).

26. Тренировочное графическое рисование: заштриховка геометрического
орнамента в заданном направлении (лист не поворачивается по оси).

27. Лепка: «три медведя» — из шаров разной величины.

28. Сюжетное рисование — времена года (рисование красками): осень
(коричневая, желтая и красная краски),
зима (синяя и белая гамма), Новый год — праздник, весна — первые цветы.

29. Коллективная работа «три медведя» — композиция, включающая
различные виды изобразительной деятельности (лепку, рисунок, аппли-
кацию) на тему сказки «Три медведя».

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). — М., 1989.

Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. — Киев, 1988.

Данилова Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. — М., 1977.

Ипполитова М. В., Бабенкова Р. Д., Мастюкова Е. М. Воспитание детей с церебральным параличом и семье. — М., 1993.

Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. — М., 1990.

Левченко И. Ю. Этапы коррекции нарушений психики у детей с церебральными параличами: Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. — М., 1989.

Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. — М., 1991

Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. — М., 1985.

Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича: Сб. науч. тр. — М., 1991.

Особенности психофизического развития учащихся школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата/Под ред. Т. В. Власовой. — М., 1985

Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом/ Под ред. М. Н. Ипполитовой. — М., 1989.

Семенова К. А., Мастюкова Е. В., Смуглин М. Я. Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. — М., 1972.

Семенова К. А., Махмудов Н. М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент, 1979.

Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / Под ред. М.В. Ипполитовой. — М., 1988.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей, страдающих церебральным параличом.....	7
1.1. Клиническая характеристика детей с церебральным параличом. Причины ДЦП.....	7
1.2. Особенности двигательного развития детей с церебральным параличом.....	11
1.3. Формы детского церебрального паралича.....	21
1.4. Особенности психического развития детей с церебральным параличом	29
1.5. Психолого-педагогическое изучение детей с церебральным параличом	38
Глава 2. Особенности речевого развития детей с церебральным параличом и коррекции речевых нарушений.....	46
2.1. Особенности речевого развития детей с церебральным параличом	46
2.2. Характеристика речных нарушений при ДЦП.....	53
2.3. Логопедическое обследование детей с церебральным параличом	71
2.4. Особенности логопедической работы по преодолению дизартрических нарушений речи при ДЦП.....	79
Глава 3. Коррекционно-педагогическая работа при ДЦП.....	101
3.1. Основные направления коррекционно-педагогической работы при ДЦП	101
3.2. Система поэтапной медицинской и педагогической реабилитации детей с церебральным параличом в нашей стране.....	106
3.3. Зарубежные подходы к организации лечебно-педагогической помощи детям и подросткам с церебральным параличом.....	112
3.4. Физическое воспитание детей с церебральным параличом.....	120

3.5. Формирование навыков самообслуживания и социально-бытовой ориентации.....	130
3.6. Сенсорное воспитание детей с церебральным параличом.....	134
3.7. Формирование изобразительной деятельности.....	143
3.8. Обучение конструированию.....	154
3.9. Подготовка к школе детей с церебральным параличом.....	156
Глава 4. Организация и содержание обучения детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	169
Глава 5. Работа с семьей, имеющей ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	194
Приложения.....	204
Рекомендуемая литература.....	246

Учебное издание

Левченко Ирина Юрьевна
Приходько Оксана Георгиевна

Технологии обучения и воспитания
детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Учебное пособие

Редактор У.Г. Макухина
Технический редактор Е.Ф. Коржуева
Компьютерная верстка: И.В. Земскова
Корректоры Е.Н. Зоткина, Л.Л. Липова

Отпечатано на Саратовском полиграфическом комбинате. 410004, г. Саратов,
ул. Чернышевского, 59.