

Козявкин В.И.
Шестопалова Л.Ф.
Подкорытов В.С.

Детские церебральные параличи

**Медико-
психологические
проблемы**

Львів
Українські технології
1999

ББК 57.336.1

УДК 616.831-009.11-053.2

В монографии изложены основные закономерности нарушений психической сферы у детей, страдающих ДЦП. Описаны психопатологические синдромы, наблюдаемые при заболевании. Дана подробная медико-психологическая характеристика нарушений личности, интеллекта, речи и других психических функций. Освещаются социально-психологические проблемы семьи, имеющей больного ребенка. Излагаются основные принципы разработанной В.И. Козьяв киным системы интенсивной нейрофизиологической системы реабилитации больных ДЦП, а также рассматривается эффективность ее применения в аспекте влияния на психическое здоровье детей и их социально-психологическую адаптацию.

Монография предназначена для широкого круга специалистов: неврологов, психиатров, психотерапевтов, специалистов в области реабилитационной медицины, медицинских и детских психологов, логопедов, педагогов, социальных работников, а также для студентов вузов и аспирантов соответствующих специальностей.

Рецензенты:

Доктор психологических наук, профессор, член корреспондент АПН Украины Бурлачук Л.Ф.

Доктор медицинских наук Бачериков А.Н.

ISBN 966-7292-41-X

© Козьявкі В.І., Шестопалова Л.Ф., Подворный В.С., 1999

© НВП «Українські технології», 1999

© О.Борисенко, дизайн та художнє оформлення, 1999

С О Д Е Р Ж А Н И Е

ПРЕДИСЛОВИЕ

5

ВВЕДЕНИЕ

7

1 ГЛАВА

Проблема
психического
здоровья детей,
страдающих ДЦП

10

2 ГЛАВА

Система
интенсивной
нейрофизиологической
реабилитации
больных ДЦП

22

3 ГЛАВА

Особенности психопатологических
проявлений у больных ДЦП

29

4 ГЛАВА

Основные принципы и методы
медико-психологического
обследования детей с ДЦП

50

5 ГЛАВА

Состояние высших психических функций,
личности и интеллекта у больных ДЦП

66

6 ГЛАВА

Характеристика речевых нарушений
у больных ДЦП

94

7 ГЛАВА

Психологические установки
родителей детей
с церебральными параличами
и виды семейного воспитания

122

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

133

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

137

ПРЕДИСЛОВИЕ

Монография профессоров В.И.Козьякина, Л.Ф.Шестопаловой и В.С.Подкорытова посвящена очень важной, до последнего времени мало разрабатываемой проблеме — медико-психологической и социальной реабилитации больных детским церебральным параличом (ДЦП). Авторы аргументированно доказывают, что клинические проявления ДЦП не ограничиваются поражением у больного только его моторных функций, а, как правило, включают в себя широкий комплекс других патологических изменений. У большинства таких детей обнаруживаются те или иные признаки интеллектуального и речевого недоразвития, ухудшения внимания, памяти, эмоциональной неустойчивости, личностных отклонений. Развитие у ребенка с ДЦП конкретных психопатологических синдромов имеет, согласно наблюдениям авторов монографии, определенные закономерности. Оно зависит не только от времени, в котором имело место патогенное воздействие на ЦНС, или локализации и степени выраженности повреждения головного мозга, но и от особенностей дальнейшего воспитания, характера межличностных взаимоотношений между взрослыми членами семьи. Последние факторы, в свою очередь, тесно связаны с типом восприятия родителями заболевания своего ребенка, адекватностью или неадекватностью их оценки его жизненных перспектив, правильностью понимания своей роли в лечебно-реабилитационном процессе.

Без учета особенностей состояния психической сферы больного ДЦП и специфики социально-психологических проблем, имеющих место у его родителей, проводящиеся лечебно-реабилитационные мероприятия являются неполными и приводят, как показывает практика, к парциальному и нестойкому эффекту. Именно в таких случаях улучшение здоровья ребенка, в том числе и его двигательных функций, не носит качественного характера, отличается склонностью к регрессу приобретенных в процессе новых навыков и тенденций, к рецидивированию болезненных проявлений.

Разработанная система интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП, в отличие от большинства признанных в мире методик лечения, имеет вышеуказанный комплексный характер. Он включает в себя, помимо специфических лечебных воздействий на двигательный стереотип больного ребенка, также коррекционные мероприятия, адресующиеся как его собственной личности, так и личности его родителей. Предложенная система активизирует все резервы и компенсаторно-приспособленные возможности организма ребенка. Ее применение, приводящее к поразительно многокомпонентному клиническому эффекту у больных ДЦП, у которых качественно стойко улучшаются показатели функциональной активности не только двигательной, но и психической, и речевой сферы, явилось по сути прорывом в традиционных технологиях их медико-социальной реабилитации. Внедрение этой системы в практику работы профильных лечебных учреждений значительно расширит арсенал терапевтических возможностей детских неврологов, психиатров и реабилитологов, повысит эффективность их работы, будет способствовать существенному позитивному сдвигу в показателях психоневрологического здоровья и качества жизни детей с этой патологией.

Монография будет интересна широкому кругу специалистов, занимающихся проблемой медико-социальной реабилитации детей с органическими поражениями нервной системы: неврологов, психиатров, психотерапевтов, реабилитологов, психологов, педагогов-дефектологов и других.

Директор Украинского НИИ
клинической и экспериментальной
неврологии и психиатрии МЗ Украины
Заслуженный деятель науки
и техники Украины
доктор медицинских наук,
профессор П.В.Волошин

ВВЕДЕНИЕ

ПРОБЛЕМА детского церебрального паралича (ДЦП) является одной из наиболее актуальных в современной медицине. Это обусловлено, с одной стороны, значительной распространенностью ДЦП среди населения и не всегда своевременной его диагностикой, с другой — недостаточной эффективностью имеющихся сегодня в арсенале большинства детских специалистов методов лечения и реабилитации таких больных. В связи с этим наблюдается высокая степень инвалидизации и низкий уровень социальной адаптации детей, страдающих этим заболеванием. Согласно данным МЗ Украины, первое место среди детей-инвалидов занимают больные с органическими поражениями нервной системы (47,9%), а среди нозологических

форм преобладает ДЦП (Н.Г. Гойда, В.Ю. Мартынюк, Т.Н. Кисель, 1994).

Детские церебральные параличи представляют собой обширную группу непрогрессирующих заболеваний центральной нервной системы, клинически проявляющихся разнообразными двигательными, речевыми и психическими расстройствами. В их основе лежит искаженное развитие или повреждение различных структур головного мозга, которые возникают у ребенка в раннем онтогенезе под воздействием ряда негативных факторов: генетических, травматических, интоксикационных, инфекционных и других. Несмотря на то, что нервная система детей очень пластична и обладает большими компенсаторными возможностями, без своевременной адекватной коррекции нарушений её развития благоприятный медико-социальный прогноз для ребенка часто оказывается сомнительным. Сочетание двигательных, психических и речевых нарушений, обычно наблюдаемое у детей с ДЦП, обуславливает необходимость не только ранней диагностики каждого из них, но и одновременного проведения комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию всех указанных клинических проявлений заболевания. Однако нередко такие больные, находясь под наблюдением какого-либо одного врача-специалиста, соответственно получают лишь однопрофильный вид медицинской помощи, что оказывается обычно малоэффективным. Это связано, с одной стороны, с тем, что само заболевание требует комплексного многостороннего лечебно-реабилитационного подхода с позиций разных медицинских специальностей. С другой стороны — с тем, что практически отсутствуют достаточно эффективные методы лечения тех или иных клинических проявлений ДЦП.

Вышеизложенное обуславливает высокую актуальность поиска и разработки новых подходов к реабилитации больных ДЦП, которые бы учитывали комплексность, многогранность клинических проявлений этого тяжелого заболевания и были направлены на их эффективную коррекцию. Именно на этих принципах построена разработанная нами система интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП (В.И. Козьявкин, 1989-1998).

В монографии изложены основные закономерности нарушений психической сферы у детей, страдающих ДЦП. Приводится психологическая характеристика нарушений личности, интеллекта, речи и других психических функций. Также кратко освещаются основные принципы системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП. Показана высокая эффективность этой системы реабилитации при различных как по степени тяжести, так и по особенностям доминирующих клинических проявлений (расстройства моторики, психики, речи и т.д.) случаях заболевания. Описаны наблюдавшиеся у больных ДЦП не только непосредственно в процессе нейрофизио-

логической терапии, но и в отдаленном периоде варианты положительной динамики и редукции разнообразных нарушений психической, а также речевой сфер. Протслежены имевшиеся закономерности качественного улучшения социально-психологической адаптации и качества жизни в целом лечившихся детей.

1 ГЛАВА

ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП

БОЛЕЕ 150 лет прошло с того времени, когда в 1853 г. Little впервые опубликовал свои наблюдения над детьми, у которых после родовой травмы, развивались различные параличи в конечностях. С тех пор многие исследователи обращались к этой проблеме, однако до настоящего времени она остается одной из наиболее важных в детской неврологии и психиатрии (К.А. Семенова, 1979; В.В. Ковалев, 1979; В. Bobath, К. Bobath, 1983; N. Paneth, R. Stall, 1984; M. Feldkamp, H.H. Matthiass, 1988; M. Feldkamp, 1988, 1992, 1996; V. Vojta, 1988, 1992).

Большое медицинское и социальное значение проблемы детского церебрального паралича (ДЦП) обусловлено не только тяжелым характером этого заболевания, ча-

сто приводящего к инвалидизации больных, но и значительной его распространенностью. Согласно данным Л.О.Бадаляна (1984); В.Нagberg (1979); S.Atkinson, F.Stanley (1983) и др., частота ДЦП колеблется от 2 до 5,9 случаев на 1000 новорожденных. Разброс данных разных авторов по показателям распространенности ДЦП в определенной степени связан с различием применявшихся ими методик обследования, а также с отсутствием единых подходов к классификации органических поражений нервной системы у детей. Иногда случаи ДЦП рассматриваются исследователями либо в рамках других, более легких неврологических нарушений, либо в структуре пороков развития органов и систем, либо в качестве поздних постнатальных поражений головного мозга.

При характеристике понятия «детский церебральный паралич» некоторые авторы подчеркивают, что данный вид патологии представляет собой результат органического поражения головного мозга ребенка, возникшего в раннем онтогенезе, при этом одной из основных особенностей ДЦП считается непрогредиентный характер его течения (М.Б.Цукер, 1972).

Несмотря на значительную историю изучения проблемы ДЦП, до настоящего времени у специалистов нет единого мнения не только о причинах и условиях возникновения, течения и исхода этого заболевания, но и о содержании самого понятия «детский церебральный паралич». Так, одни авторы (Д.С.Футер, 1965) обозначают эти патологические состояния как «врожденные церебральные параличи и гиперкинезы». Другие — как «церебральные моторные поражения» (V.Vojta, 1983). Третьи — широким термином «церебральные параличи», отмечая, что основные симптомы и синдромы заболевания сопровождают больного на протяжении всей жизни, наблюдаясь не только в детском, но и во взрослом возрасте (С.К.Евтушенко, 1994; Е.Е. Bleck, D.A. Nagel, 1982; В.Вobath, К.Вobath, 1983 и др.).

Мы, используя термин «детский церебральный паралич», исходим из того, что он является наиболее общепринятым среди исследователей разных школ и направлений, а также исторически закрепившимся обозначением этого патологического состояния. Употребляя его, мы таким образом подчеркиваем, что заболевание возникает на определенном этапе онтогенеза в результате поражения незрелого мозга ребенка.

Разнообразные психические нарушения, наряду с двигательными и речевыми расстройствами, являются неотъемлемой частью клинической картины детских церебральных параличей. Однако до настоящего времени эта патология в большинстве случаев находилась на периферии внимания специалистов, занимающихся медицинской реабилитацией больных ДЦП. Между тем вопросы социальной реабилитации таких детей без коррекции имеющихся у них психо-

патологических проявлений, не могут быть решены эффективно.

Для больных ДЦП характерны крайнее разнообразие и полиморфизм наблюдаемых изменений психики — от каких-либо незначительных психических отклонений до глубоких форм олигофрении. Рядом авторов показано, что в генезе нервно-психических нарушений при ДЦП ведущую роль играют два механизма — дизонтогенетический и энцефалопатический (В.В.Ковалев, 1979; К.А.Семенова, Н.М.Махмудова, 1979). Полиморфность психических расстройств обусловлена во многом тем, что органический дефект, как основа резидуальных нервно-психических нарушений, может возникнуть не только в разные сроки формирования основных структур и физиологических систем мозга, но также и после завершения этого процесса. В первом случае развиваются явления дизонтогенеза в виде либо недоразвития определенных морфо-функциональных систем мозга, либо задержки темпа их формирования. Во втором случае в структуре дефекта доминируют явления повреждения тех или иных образований и систем мозга (Г.Е.Сухарева, 1965; В.В.Ковалев, 1979; Э.С.Калижнюк, 1987; V.Vojta, 1981; H.Thom, 1982; M.Feldkamp, 1983).

Формирование резидуально-органических психических расстройств зависит от характера этиологического фактора, периода онтогенеза в момент его действия, локализации, степени и выраженности поражения мозга, а также социально-педагогических условий, в которых оказался больной ребенок (Л.С.Выготский, 1956; И.М.Соловьев, 1956; В.Г.Петрова, 1968; К.А.Семенова, 1968; А.И.Селецкий, 1981; Д.Н.Исаев, 1982; В.В.Лебединский, 1985; R.L.Friede, 1975; N.R.Finne, 1975; I.J.Knopf, 1984).

В.В.Лебединский (1985) выделил ряд патопсихологических параметров, определяющих тип дизонтогенеза. **Первый параметр** связан с функциональной локализацией нарушения. В зависимости от этого различают два вида дефекта — частный, обусловленный дефицитностью отдельных психических функций, и общий, связанный с дефектами регуляторных корковых и подкорковых систем.

Второй параметр дизонтогенеза — время поражения. Характер возникающей аномалии развития существенно различается в зависимости от времени поражения нервной системы. Л.С.Выготский (1956, 1960) убедительно показал, что чем раньше произошло поражение, тем вероятнее развитие явлений дизонтогенеза, чем позже это наступило — тем более характерны явления повреждения с распадом психической функции. Из данных клинических наблюдений известно, что органическое поражение головного мозга во второй половине внутриутробного развития зачастую имеет диффузный характер и ведет к более тяжелым формам резидуальных расстройств в виде осложненных форм умственной отсталости (Г.Е.Сухарева, 1965). Повреждение мозга в первые годы жизни, когда идет созревание относитель-

но молодых областей коры — лобной и теменной, сопровождается выпадением и нарушениями развития отдельных сложных психических функций, связанных с данными областями коры. Такого рода церебральные дисфункции выражаются в расстройствах целенаправленности и регуляции высших психических функций, произвольной регуляции поведения, нарушениях речи, праксиса, пространственного гнозиса и др. (Е.П. Кононова, 1962; Г.Е. Сухарева, 1965). Повреждения мозга в младшем школьном и препубертатном периодах приводят к нарушениям функционального взаимодействия передних отделов ствола мозга с большими полушариями, клиническим выражением чего являются церебрастенические, невротоподобные и психопатоподобные состояния (М.Б. Цукер, 1972; В.В. Ковалев, 1979). Значение временного фактора определяется также и таким показателем, как длительность периода развития данной психической функции в онтогенезе. Доказано, что повреждению чаще подвергаются функциональные системы головного мозга с относительно коротким циклом развития. Например, подкорковые функции, имеющие более короткий срок формирования, повреждаются чаще. Кортиковые же функции, отличающиеся более длительным периодом развития, при раннем воздействии на мозг какого-то отрицательного фактора чаще либо вообще недоразвиваются, либо временно задерживаются в развитии (Л.С. Выготский, 1960; В.В. Лебединский, 1985).

Третий параметр дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом. Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л.С. Выготский (1960) предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные — нарушения, непосредственно связанные с повреждением различных структур мозга, и вторичные, возникающие опосредованно — в процессе аномального социального развития. Вторично недоразвиваются, как правило, те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной областью мозга. Примером этого может служить недоразвитие понимания речи у детей с нарушениями слуха. Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые в момент воздействия вредоносного фактора находятся в сенситивном периоде своего развития, то есть в периоде наибольшей интенсивности формирования и наибольшей уязвимости. (В.В. Лебединский, 1987).

Четвертый параметр дизонтогенеза связан с нарушением функциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза. Как известно, психические функции построены по иерархическому многоуровневому принципу (Н.А. Бернштейн, 1935, 1966). В патологии имеет место нарушение межфункциональных связей, возникновение диспропорций, асинхроний в развитии психических функций.

Существуют несколько классификаций дизонтогенеза. Г.Е. Сухарева (1974) выделила 3 вида психического дизонтогенеза: задержан-

ное, поврежденное и искаженное развитие.

Л. Каннер (1955) описал два варианта: недоразвитие и искаженное развитие, Я. Лунц (1968) – пять:

- 1) необратимое недоразвитие;
- 2) дисгармоническое развитие;
- 3) регрессирующее развитие;
- 4) альтернирующее развитие;
- 5) развитие, измененное по качеству и направлению, наблюдаемое при шизофрении.

В. В. Ковалев (1979, 1985) описал следующие основные клинические типы психического дизонтогенеза:

- 1) ретардация, т.е. замедление или стойкое психическое недоразвитие, как общее, так и парциальное;
- 2) асинхронное, как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

В настоящее время в психолого-психиатрической практике наибольшее распространение получила классификация типов дизонтогенеза, предложенная В. В. Лебединским (1985), согласно которой выделяются 6 основных вариантов дизонтогенеза:

- 1) недоразвитие;
- 2) задержанное развитие;
- 3) поврежденное развитие;
- 4) дефицитарное развитие;
- 5) искаженное развитие;
- 6) дисгармоническое развитие.

В основу классификации В. В. Лебединского положен признак основного качества нарушения развития, при этом выделяется группа аномалий, вызванных отставанием развития (недоразвитие, задержанное развитие), группа аномалий, ведущим признаком которых является диспропорциональность, асинхронное развитие (искаженное и дисгармоническое развитие), группа аномалий, вызванных поломкой, выпадением отдельных функций (поврежденное и дефицитарное развитие).

Дизонтогенез по типу *общего стойкого недоразвития* характеризуется ранним временем поражения, когда имеется выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития. Типичной моделью психического недоразвития является олигофрения. Клинико-психопатологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его корковых отделов. Г. Е. Сухаревой были сформулированы два основных клинико-психологических «закона» олигофрении: 1) тотальность нервно-психического недоразвития и 2) его иерархичность. «Закон» тотальности заключается в том, что в состоя-

нии недоразвития находятся все нервно-психические функции, т.е. недоразвитие охватывает все сферы психики: сенсорную, моторную, память, интеллект, эмоции, личность в целом. Другой особенностью олигофрении является иерархичность психического недоразвития, что выражается, прежде всего, в том, что недостаточность гнозиса, праксиса, речи, эмоций, памяти представлена в меньшей мере, чем недоразвитие интеллекта. Также в недоразвитии отдельных психических функций наиболее страдает их высшее звено (Г.Е. Сухарева, 1974).

Другим вариантом дизонтогенеза является *задержанное психическое развитие*, для которого характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Задержанное психическое развитие может быть вызвано генетическими, соматогенными, психогенными факторами, а также резидуальной церебрально-органической недостаточностью. Для данной формы дизонтогенеза характерна мозаичность поражения, при которой наряду с дефицитарными функциями имеются и сохранные. Типична также и парциальность поражения в виде преимущественной недостаточности отдельных корково-подкорковых функций, большая сохранность высших регуляторных систем. Указанные особенности определяют лучший прогноз динамики развития ребенка (в отличие от олигофрении) и эффективность коррекционных мероприятий. При данном варианте дизонтогенеза может отмечаться как преимущественная задержка развития эмоциональной сферы (в виде различных видов инфантилизма), так и преобладание замедления развития интеллектуальной сферы.

К.С.Лебединская (1982), исходя из этиологического принципа, выделяет четыре основных варианта задержки психического развития:

- 1) задержка психического развития конституционального происхождения;
- 2) задержка психического развития соматогенного происхождения;
- 3) задержка психического развития психогенного происхождения;
- 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза.

Клинико-психологическая структура каждого из вариантов задержки характеризуется специфическим сочетанием признаков незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы. Динамика проявлений задержки психического развития принципиально отлична от динамики олигофрении. Несмотря на замедленный темп психического развития, в условиях правильного обучения и воспитания эти дети постепенно преодолевают задержку общего психического развития, достигая достаточного уровня социальной адаптации.

Поверхценное психическое развитие проявляется, в основном,

в виде органической деменции детского возраста. В качестве этиологических факторов выступают нейроинфекции, интоксикации, травмы центральной нервной системы, наследственные дегенеративные заболевания, патология обменных процессов. Основное отличие патогенеза связано с более поздним, после 2-3 лет жизни, патологическим воздействием на мозг, когда значительная часть мозговых систем достаточно сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

В отличие от олигофрении, при органической деменции детского возраста нет тотальности и иерархичности нарушений психических функций, а наоборот, преобладает парциальность расстройств. Изменения личности, как правило, также диссоциируют с уровнем интеллектуального снижения. В одних случаях они преобладают в клинической картине заболевания, в других личностные изменения выражены менее грубо, чем нарушения интеллекта.

Г.Е. Сухарева (1965), основываясь на специфике клинико-психопатологической структуры этих расстройств, выделяет 4 клинических типа органической деменции у детей. Первый тип характеризуется преобладанием признаков общего снижения интеллектуальной продуктивности больных в виде низкого уровня обобщений, недостаточности операций анализа, синтеза и др. Второй — доминированием грубых нейродинамических расстройств, резкой замедленностью и плохой переключаемостью мыслительных процессов, выраженной психической истощаемостью в сочетании с нарушениями логического строя мышления, склонностью к персеверациям. При третьем типе органической деменции преобладают недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, снижением активности мышления. При четвертом типе клиническую картину определяют нарушения критики и целенаправленности мышления, грубые расстройства внимания, резкая отвлекаемость, симптом «полевого поведения». Наиболее распространенными являются два последних варианта.

Дефицитарный тип дизонтогенеза представляет собой вариант развития, обусловленный наличием тяжелых нарушений (грубым недоразвитием или повреждением) отдельных анализаторных систем: слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, а также рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний. Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие ребенка в целом. Кроме того, дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений социальной изоляции и депривации. Характер и степень вторичных расстройств зависят от выра-

женности сенсорного дефекта, а также от времени их возникновения.

Для понимания механизма формирования вторичных расстройств следует учитывать особенности приспособления личности ребенка к тому или иному дефекту, поэтому ряд вторичных образований можно рассматривать в качестве компенсаторных, которые возникают в результате адаптации больного ребенка к требованиям среды (Г.А.Власова, 1972; М.Н.Никитина, 1979; В.В.Лебединский, 1985; D.J.Cohen, 1980; G.Gollnitz, S.Kulz, 1980; A.O.Ross, 1980; M.Rutter, 1982; I.V.Weiner, 1982; R.Wickes-Nelson, A.Israel, 1984).

При *искаженном типе* дизонтогенеза, который наблюдается при процессуальных психических заболеваниях (синдром раннего детского аутизма, шизофрения детского возраста) характерны сложные сочетания признаков общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований. В целом для данного типа дизонтогенеза наиболее характерна выраженная асинхрония развития отдельных психических функций и систем. Например, преждевременное развитие речи значительно обгоняет формирование локомоторных функций, а в более старшем возрасте развитие вербального интеллекта парадоксально опережает становление предметных навыков (M.Rutter, 1982, 1983; I.M.Satter, 1982).

Дисгармоническое развитие проявляется в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальной акселерацией других. Основой данного вида дизонтогенеза является врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере, которая детерминирует устойчивую социально- психологическую дезадаптацию больных. Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, в первую очередь конституциональных, а также патологическое формирование личности в результате неправильных условий воспитания (О.В.Кербиков, 1960, 1965, В.В.Ковалев, 1969, 1979).

У больных ДЦП, как правило, доминируют варианты дизонтогенеза по типу недоразвития, задержанного и дефицитарного развития.

Как известно, интеллектуальная недостаточность у детей, страдающих ДЦП, представлена в двух формах: атипичные формы олигофрении и различные варианты задержек психического развития. Атипичность интеллектуальных расстройств при ДЦП отмечают практически все исследователи данной проблемы (М.С.Певзнер, 1960; О.Е.Фрейеров, 1964; Г.Е.Сухарева, 1965; В.В.Русских, 1967; К.А.Семенова, 1968; В.В.Ковалев, 1979; А.И.Селецкий, 1987; Э.С.Калижнюк, 1987).

Нарушения интеллекта, достигающие по своей выраженности степени олигофрении, наблюдаются примерно у 50 % больных ДЦП (Е.М.Мастюкова, 1985). При этом наиболее тяжелые расстройства

интеллекта преобладают при двусторонней гемиплегии и атоническостатических формах заболевания (Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина, 1986). Атипичность олигофрений в рамках ДЦП чаще выражается в неравномерности структуры психического дефекта, обычно проявляющейся в одностороннем развитии какой-либо психической функции либо в наличии, на фоне диффузного недоразвития психики, симптомов локальных нарушений психических функций, связанных с поражением определенных мозговых структур. Атипичность проявляется и в формировании у больных ДЦП разнообразных психопатологических синдромов непсихотического уровня (неврозоподобные, церебрастенические, психопатоподобные синдромы). При этом существует определенная специфика психических расстройств у детей-олигофренов в зависимости от клинической формы ДЦП (Е.М.Мастюкова, 1976, 1982; Э.С.Калижнюк, 1982, 1987; Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина, 1988; I.M.Satter, 1982).

Так, при правостороннем гемипарезе наблюдаются нарушения по типу зеркального письма, дисграфия, дефекты пространственной ориентировки. При левостороннем гемипарезе и спастической диплегии – нарушения функций счета, зрительно-конструктивной деятельности. При гиперкинетической форме – нарушения вербального мышления, возникающие в связи с дефектами слуха и дизартрией (В.В.Ковалев, 1979; Э.С.Калижнюк, 1982, 1987; Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина, 1988; D.M.Ross, S.A.Ross, 1982).

Различные варианты задержек психического развития у больных ДЦП также характеризуются своеобразием, атипичностью наблюдаемых психопатологических нарушений. При ДЦП задержка психического развития детерминирована экзогенно-органическим поражением ЦНС, сопровождающимся нарушениями созревания более молодых и сложно организованных систем мозга (лобных и теменных). Практически во всех случаях имеет место локальный фактор, коррелирующий с клинической формой заболевания (Е.М.Мастюкова, 1976, 1982, 1988; Д.И.Исаев, 1982; Е.М.Мастюкова, М.В.Ипполитова, 1985; Э.С.Калижнюк, 1987). В качестве существенной особенности задержек психического развития, наблюдаемых при ДЦП, выступает более выраженная представленность органического компонента в структуре интеллектуального дефекта. Это находит свое отражение в инертности психических процессов, системных персеверациях, повышенной истощаемости, дефектах произвольной регуляции, нарушениях памяти, внимания и мышления (М.Б.Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская, 1959; Е.И.Кириченко, 1965; М.В.Ипполитова, 1967; К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова и др., 1972; О.Л.Раменская, 1975; И.Ф.Марковская, 1977; Э.С.Калижнюк, 1987).

В целом, к настоящему времени клинико-психопатологические аспекты задержек психического развития, наблюдаемых в рамках ДЦП,

изучены более полно, чем аналогичные в рамках олигофрении. Так, в работе Э.С. Калижнюк (1987) дана достаточно полная клинико-психопатологическая и нейропсихологическая характеристика задержек психического развития в зависимости от клинической формы ДЦП. Показано, что при спастической диплегии задержка психического развития характеризуется своеобразной диссоциацией между удовлетворительным состоянием вербального мышления, с одной стороны, и нарушениями пространственных представлений, дефектами счетных функций, с другой. Могут наблюдаться признаки расстройств функций лобных отделов: вялость, аспонтанность, дефекты произвольной регуляции и программирования поведения. Достаточно часто у этих детей отмечаются церебрастенические и неврозоподобные расстройства. Личностные изменения этих больных соответствуют картине тормозного варианта психоорганического инфантилизма (В.В.Ковалев, 1979).

В структуре интеллектуальной недостаточности детей, страдающих гиперкинетической формой ДЦП, доминируют речевые и слухоречевые расстройства в виде дизартрий, а также нарушения вербального мышления. Как правило, речевые расстройства формируются на фоне имеющихся у такого ребенка нарушений слуха. При этом у него в большей степени нарушается экспрессивная речь при относительной сохранности импрессивной. Больные данной формой ДЦП обычно имеют относительно удовлетворительный уровень развития функций наглядно-образного мышления и пространственных операций. Наряду с дефектами слуха у некоторых больных ДЦП могут присутствовать и симптомы сенсорной алалии (Э.С.Калижнюк, 1987). Эмоционально-волевые расстройства у этой группы детей нередко имеют выраженный характер и проявляются в повышенной эмоциональной возбудимости, импульсивности, эксплозивности, психомоторной расторможенности. Обычно отмечается снижение критики к своему состоянию.

У больных с правосторонним гемипарезом структура умственной недостаточности также неравномерна. Наблюдаются элементы оптико-пространственной аграфии (зеркальные рисунок и письмо), пальцевая агнозия, апраксии, нарушения схемы тела, счетные дисфункции, негрубые преходящие расстройства речи. Последние имеют свою возрастную специфику: у детей дошкольного возраста речевые расстройства обычно проявляются в виде легкой задержки развития речи, стертой формы дизартрии. Иногда могут отмечаться негрубые речевые амнестические расстройства. Эмоционально-волевые нарушения у них проявляются чаще всего в виде повышенной эмоциональной лабильности (Э.С.Калижнюк, 1987).

При левосторонних гемипарезах структура интеллектуальной недостаточности также дисгармонична: преобладают пространственные на-

рушения (апраксии, игнорирование левой половины зрительного пространства, нарушения конструктивного мышления и счетных операций). У таких больных детей отмечаются также и элементы агнозии своего физического дефекта (парализованных левых конечностей). Эмоционально-поведенческие расстройства у них проявляются двигательной расторможенностью, не критичностью, многоречивостью, эйфорией (Э.С.Калижнюк, 1987). Существует отчетливая корреляция клинических данных, результатов нейропсихологического исследования и структурно-уровневых характеристик интеллекта у больных ДЦП с лево- и правосторонними гемипарезами. Имеет место более низкий уровень вербального мышления у детей с правосторонним гемипарезом и более выраженные нарушения зрительно-пространственного анализа и синтеза при левосторонних гемипарезах (И.И.Мамайчук, Е.И.Бахметова, 1984).

Состояние и нарушения других психических функций при ДЦП изучены менее полно. Некоторые исследователи (Е.М.Мастюкова, 1986) отмечают, что уже на первом году жизни больного ребенка неблагоприятное влияние на развитие психики оказывают двигательные расстройства, нарушения зрительного и слухового восприятия, несформированность зрительно-моторного манипулятивного поведения. Это препятствует полноценному формированию предметной перцепции и познавательных процессов. Другие авторы (М.С.Певзнер, 1960; С.Я.Рубинштейн, 1970; Б.В.Зейгарник, 1976) указывается, что у таких детей нарушаются онтогенетически ранние формы памяти — двигательно-кинестетическая и эмоциональная. Чрезвычайно неблагоприятное влияние на процесс формирования психических функций у детей с органическими поражениями головного мозга оказывает социальная депривация (Й.Шванцара, 1978; Й.Лангмейер, З.Матейчек, 1984). Умственная работоспособность таких детей характеризуется низким уровнем продуктивности, явлениями повышенной истощаемости. Практически у всех имеется недостаточность процессов активного внимания, нарушения оперативной памяти (С.Я.Рубинштейн, 1970; Б.В.Зейгарник, 1976). У больных часто обнаруживаются различные нарушения перцептивных процессов в виде астереогноза, нарушений восприятия пространства и времени (Н.А.Горбачевская, Ю.А.Тиркельтауб, 1980; Н.А.Новинская, 1981; Т.Б.Глезерман, 1983; Г.В.Туторская, 1989).

Известно, что восприятие ребенком окружающего мира тесно связано с уровнем развития и характером его мышления и речи. Мышление у детей с ДЦП формируется в условиях неполноценного чувственного отражения действительности и нарушений речевого развития, поэтому столь высока частота его расстройств (Е.М.Мастюкова, 1988; С. R. Reynolds, 1981; С. R. Reynolds, J. Clark, 1985). У больных ДЦП отмечаются такие нарушения мышления, как его инерт-

ность, недостаточность операций анализа и синтеза, снижение уровня обобщений, непоследовательность и нецеленаправленность суждений, изменения темпа и скоростных характеристик (Б.В.Зейгарник, 1976). Различные формы мышления нарушаются по-разному в зависимости от клинического варианта ДЦП: вербальное мышление чаще страдает при правостороннем гемипарезе, гиперкинетической и атонически-астатической формах, наглядно-образное – при спастической диплегии и левостороннем гемипарезе (Э.С.Калижнюк, 1987).

Среди наблюдений аномалий развития личности у больных ДЦП преобладают различные варианты психического инфантилизма (В.В.Ковалев, 1979). Основным признаком психического инфантилизма является недоразвитие произвольной регуляции поведения и высших форм волевой деятельности; в их основе лежит, как правило, недоразвитие лобных отделов мозга (Е.М.Мастюкова, 1988). При ДЦП отмечаются все три варианта осложненного психического инфантилизма по В.В.Ковалеву (1979):

1) невропатический (представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии);

2) церебрастенический (признаки эмоционально-волевой незрелости сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, нарушениями памяти, внимания и умственной работоспособности);

3) органический (сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности в виде инертности, тугоподвижности мыслительных процессов, низкого уровня операций обобщения).

Е.М.Мастюкова (1988), помимо различных проявлений психического инфантилизма, отмечает у детей с ДЦП наличие вариантов психастенического, астенического и аутистического развития личности.

Таким образом, разнообразные нарушения психических функций при ДЦП являются неотъемлемой частью сложной клинической картины заболевания. Однако до настоящего времени эти аспекты проблемы ДЦП остаются малоизученными и недостаточно разработанными.

2 ГЛАВА

СИСТЕМА ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП

ПОЛИМОРФИЗМ патоморфологических изменений в организме больного с ДЦП свидетельствуют о том, что в этиопатогенезе данного заболевания наряду с поражениями центральных структур головного мозга имеют место нарушения взаимодействий и взаимосвязей между центральными и периферическими структурами нервной системы ребенка. В ходе наших исследований было установлено, что одним из патоморфологических субстратов отмеченных патологических проявлений являются функциональные блокады позвоночно-двигательных сегментов (В.И.Козьявкин, 1993, 1994, В.І.Козьявкін 1995, 1996, V.Kozijavkin 1993,1995). Показано, что анатомо-функциональные особенности позвоночника способствуют

возникновению у больных ДЦП функциональных блокад на разных его уровнях (В.И.Козьявкин 1994, 1996, V.Kozijavkin 1996, 1997). Эти блокады потенцируют патологическую дисфункцию между горизонтальной (сегментарной) и вертикальной (надсегментарной) составляющими двигательного акта, что и приводит к нарушениям мышечного тонуса, в свою очередь, еще больше задерживая и искажая моторное развитие ребенка (В.И.Козьявкин, 1995, 1997, V.Kozijavkin, 1997).

Указанные наблюдения обусловили необходимость поиска и разработки адекватных подходов к устранению одного из важных в формировании ДЦП звеньев патогенеза — функциональных блокад позвоночно-двигательных сегментов. Приступая к этой работе, мы исходили из имевшихся у нас клинических наблюдений, свидетельствовавших о том, что определенные мануально-коррекционные воздействия на позвоночник больных ДЦП приводят не только к нормализации у них патологически измененного тонуса пораженных мышц, но и благоприятно влияют на весь двигательный стереотип детей. Причем, в тех случаях, когда исходный мышечный тонус является высоким, они способствуют его значительному снижению, при его же снижении — приводят к нормализации (В.И.Козьявкин, Шевага В.Н, Бабадаглы М.А. и др, 1994, Козьявкин В.І., 1994, P.V.Voloshin, V.I.Kozijavkin, N.P.Voloshina, 1996, V.I.Kozijavkin, D.D.Zerbino, 1995). Более того, в этом новом для себя состоянии больные ДЦП становятся значительно чувствительнее к другим формам реабилитационного воздействия — лечебной физкультуре, рефлексотерапии, массажу, апитерапии, ортопедическим приемам и т.д., причем даже к тем, применение которых ранее не вызывало заметного лечебного эффекта (В.І.Козьявкин 1994).

На основе существующих классических вариантов мануальной терапии (Лиев А.А., 1993; J.Dvorak, V.Dvorak, 1984, 1991; К.Левит, И.Захсе, В.Янда, 1993 и др.) нами была разработана методика мануального воздействия, позволяющая осуществить полисегментарную биомеханическую коррекцию позвоночника и крупных суставов у детей (В.И.Козьявкин, 1992, V. Kozijavkin 1996, 1997).

Данная методика легла в основу создания новой системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации. Эта система представляет собой комплекс лечебно-коррекционных мероприятий, направленных на создание в детском организме нового функционального состояния путем коррекции патологических состояний и активизации внутренних защитно-компенсаторных и адаптационных возможностей ребенка.

Тщательное наблюдение за более чем 10 тыс. больными ДЦП показало, что реабилитационные мероприятия, входящие в систему интенсивной нейрофизиологической реабилитации, хорошо переносятся детьми, весьма эффективны, результат носит устойчивый характер.

Структурно- функциональная организация системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации включает две подсистемы.

Первая – **подсистема интенсивной коррекции** – проводится в условиях реабилитационного центра на протяжении двух недель. Данная подсистема включает в себя следующие основные этапы: адаптации, диагностики, релаксации, мобилизации, манипуляции, фиксации, создание нового двигательного стереотипа, активизации системы новых мотиваций (см. табл.1).

Каждый из образующих данную подсистему этапов имеет свою конкретную задачу, без решения которой вероятность получения у больного стойкого положительного эффекта, даже при выполнении других лечебно-реабилитационных мероприятий, существенно снижается. Хотя и существует определенная последовательность в реализации задач каждого из этапов указанной подсистемы, в действительности некоторые из них нередко совпадают во времени.

Клинический опыт показывает, что без достижения у больного ребенка, а также у его родителей достаточного уровня психологической адаптации к условиям пребывания в реабилитационном центре, общая эффективность проводимых реабилитационных мероприятий может снизиться. Больному и его родным необходимо в максимально короткие сроки помочь приспособиться к распорядку дня в лечебном учреждении, к его персоналу, к зачастую непривычным методам лечебно-коррекционного воздействия, которые реализуются в рамках системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации. Без достижения определенного уровня такой адаптации приступать к проведению других этапов реабилитации нецелесообразно.

Одним из важнейших приемов и средств достижения успешной адаптации выступает развернутая ознакомительная беседа ведущих сотрудников Института проблем медицинской реабилитации с родителями детей и самими больными. В ней раскрываются основные принципы применяемой в институте системы интенсивной реабилитации (см. табл.2). Пациентам и их родителям демонстрируются результаты проведенного лечения других больных ДЦП, кратко освещаются основные составляющие реабилитационной технологии. Скорейшей адаптации больных способствует ежедневное непосредственное общение пациентов, а также их родных со специально проинструктированным и обученным медицинским персоналом института.

Лечение больных ДЦП, несмотря на наличие общей универсальной системы реабилитации, проводится строго индивидуализировано. При этом учитываются малейшие нюансы в клинической картине заболевания, возраст, пол больного, анамнез заболевания, социально-психологические особенности. С целью максимально возможного объективного изучения состояния здоровья каждого обратившегося в институт пациента проводятся разнообразные диагностические меро-

ТАБЛИЦА 1

Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации пациентов с детским церебральным параличом

Подсистема интенсивной коррекции	Подсистема стабилизации и потенцирования эффекта
Адаптация	Активация системы новых мотиваций
Диагностика	Формирование мышечного корсета
Релаксация	Оптимизация биомеханической модели движения
Мобилизация	Социально-психологическая адаптация
Манипуляция	
Фиксация	
Создание нового двигательного стереотипа	
Активация системы новых мотиваций	

риятия (см. табл.3). На протяжении первых дней оцениваются неврологический, психический, речевой и психологический статусы ребенка, изучаются показатели биоэлектрической активности головного мозга, морфо-функциональные особенности головного и спинного мозга, церебральная гемодинамика, функциональное состояние различных мышечных групп и крупных суставов. Проводится тщательное исследование особенностей двигательного развития ребенка с видеозаписью состояния моторики пациента. Для изучения общих показателей уровня адаптации ребенка с ДЦП к повседневной жизни, последующего анализа их динамики в процессе реабилитации используется специальная анкета — опросник для пациентов и их родителей. Информация, содержащаяся в анкете, позволяет получить развернутую характеристику «качества жизни» пациента. На основании данных, полученных при комплексном исследовании больных, разрабатывается индивидуальная реабилитационная программа для каждого ребенка.

Важнейшей составляющей этой подсистемы выступает этап манипуляции. Его основной задачей является полисегментарная коррекция суставов позвоночника и крупных суставов конечностей. Его успех во многом зависит от результатов предварительной подготовки пациента, его расслабленности (релаксации), достигнутой мобилизации крупных суставов конечностей. Этому способствует проведение специальной системы массажа, различных вариантов рефлексотерапии, апитерапии, тепловых восковых аппликаций с оригинальным составом химических ингредиентов. В результате у больного резко снижается тонус мышц, вовлеченных в патологический процесс, значительно увеличивается объем как пассивных, так и активных движений (В.І.Козьявкін, В.І. Лисович та ін., 1993).

Закрепление достигнутого в процессе этапа манипуляции терапевтического эффекта, его усиление и формирование у ребенка правильных двигательных стереотипов происходит на следующих этапах системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации. Мы их обозначаем как этап фиксации и этап создания нового двигательного стереотипа. Они неразрывно связаны с предыдущими этапами реабилитационной системы и являются их непосредственным продолжением. При этом все больший акцент в реабилитационных мероприятиях делается на стимуляцию у больного двигательной активности, на расширении объема активных движений. Больным назначаются индивидуальные комплексы лечебной гимнастики, включающие в себя элементы игровой терапии.

Уделяется особенное внимание активации и формированию у ребенка системы новых мотиваций. Этот заключительный этап обозначается как активизация системы новых мотиваций личности. Для его реализации на фоне всего комплекса проводившихся ранее лечеб-

но-коррекционных воздействий организуются различные игры, фестивали, спортивные соревнования и конкурсы творческой деятельности (рисование, лепка) больных детей.

По завершению реализации мероприятий первой подсистемы проводится контрольное диагностическое обследование больных. Оно осуществляется по той же программе, что и в начале лечения. На основании результатов этого обследования оценивается эффективность проведения интенсивных реабилитационных мероприятий. Эти данные кладутся в основу разработки того или иного варианта комплекса мероприятий, которые будут проводиться в рамках второй подсистемы реабилитации — **стабилизации и потенцирования эффекта** (см табл.1).

Основными задачами данной подсистемы являются закрепление и потенцирование у больного результатов курса интенсивной реабилитации: дальнейшая активация системы новых мотиваций, формирование мышечного корсета, оптимизация биомеханической модели движения и социально- психологическая адаптация.

Вторая подсистема реабилитации проводится сразу после возвращения домой. Ее продолжительность, в зависимости от состояния ребенка, составляет в среднем от 6-ти до 12 месяцев.

Опираясь на рекомендации и инструкции, полученные при выписке, родители самостоятельно или с привлечением необходимых местных специалистов продолжают реализацию программы реабилитации. Врачами института регулярно осуществляется контроль правильности проведения рекомендованных мероприятий. В зависимости от состояния больного ребенка производится необходимая коррекция проводимых лечебно-реабилитационных программ.

Через 6 – 12 месяцев больные вновь поступают в Институт проблем медицинской реабилитации для осуществления повторных курсов интенсивной нейрофизиологической коррекции.

Широкое применение системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП показало ее высокую эффективность при различных клинических формах этого тяжелого заболевания. Ее адекватное использование является безопасным и способствует улучшению не только нарушенных двигательных функций, но и положительно влияет на их высшие психические и речевые функции. По нашим данным, эта реабилитационная система значительно повышает адаптационные возможности больных ДЦП, улучшает показатели их общего здоровья, уровня социально-психологической адаптации и качество жизни в целом (В.І.Козьявкін, 1995, 1997; В.И.Козьявкин, Л.Ф.Шестопалова, 1995; L.F.Shestopalova, V.I.Koziajvkin, 1996; L.F.Shestopalova, V.I.Koziajvkin, V.S.Podkorytov, 1996; V.S.Podkorytov, V.Kozijavkin, 1996).

Программа и маршрут интенсивной нейрофизиологической реабилитации пациентов с детским церебральным параличом

1. Биомеханическая коррекция позвоночника
2. Мобилизация суставов конечностей
3. Рефлексотерапия
4. Мобилизирующая гимнастика
5. Специальная система массажа
6. Апитерапия
7. Механо- и игротерапия
8. Ритмическая гимнастика
9. Специальные мероприятия по активизации и развитию мотивационной сферы ребенка

Диагностические мероприятия в системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации

1. Клинико-неврологическое обследование
2. Нейро-ортопедическое обследование
3. Соматическое обследование
4. Клинико-психопатологическое обследование
5. Психодиагностическое обследование
6. Логопедическое обследование
7. Электроэнцефалография с картированием мозга
8. Миография
9. Видеоконтроль больших моторных функций
10. Инструментальный анализ ходьбы
11. Антропометрия и гониометрия
12. Анкетирование пациентов и их родителей

3 ГЛАВА

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЦП

В ЗАВИСИМОСТИ от характера патогенного фактора, деструктивно подействовавшего на головной мозг ребенка, времени его воздействия, компенсаторных возможностей детского организма и многих других обстоятельств, имеющих место при развитии ДЦП, у детей формируются разнообразные по степени выраженности и клиническим характеристикам психические расстройства. Как показывает опыт, спектр возможных психопатологических симптомов и синдромов при этом заболевании очень обширен. Он включает в себя как легкие церебрастенические проявления, так и выраженные интеллектуально-мнестические расстройства или грубые личностные изменения. Более того, помимо непсихотических форм психичес-

ких нарушений, в клинической картине ДЦП могут присутствовать и эпизоды психотических расстройств, особенно в случаях, осложненных эпилептическими припадками, или возникающие в результате воздействия дополнительных повреждающих факторов (физической или психической травмы, интоксикации, нейроинфекции и т.п.).

Все многообразие психических отклонений и расстройств, которые обычно возникают у больных ДЦП, можно условно систематизировать, разделив их на 4 основные клинические группы:

- I. Относительно легкие психические расстройства непсихотического уровня.
- II. Достаточно выраженные психические расстройства непсихотического уровня.
- III. Тяжелые психические расстройства психотического уровня.
- IV. Интеллектуально-мнестические расстройства.

Возникновение у ребенка с ДЦП тех или иных вариантов нарушений психического здоровья, различных их сочетаний, комбинированных форм является результатом одновременного или последовательного воздействия на его организм в процессе онтогенеза многих неблагоприятных обстоятельств, которые вступают в тесное взаимодействие с рядом компенсирующих, благоприятных факторов. К последним могут быть отнесены и благополучная наследственность, и хороший микроклимат в семье, и достаточный уровень санитарно-гигиенических знаний родителей, способствующий формированию у них правильных представлений о психической норме и знаний основных признаков отклонений от нее. Очень важна своевременная диагностика у ребенка первых психопатологических проявлений и раннее начало их коррекции, выступающее одновременно формой вторичной профилактики развития у больного более выраженных психических расстройств. Не меньшую позитивную роль в коррекции возникших у больного ДЦП психических нарушений могут сыграть правильная организация режима его труда и отдыха, рационального питания, грамотное назначение необходимых медикаментозных и немедикаментозных мероприятий. Большой положительный потенциал несет в себе раннее начало патогенетически обоснованной стимуляции сохранных компенсаторных возможностей его организма, выработка у больного адекватных форм психологической защиты. Все это может способствовать достижению необходимого и потенциально доступного для него уровня социальной адаптации.

В каждом возрастном периоде характер клинических проявлений психических расстройств у детей с ДЦП может иметь свои особенности. Чем меньше возраст ребенка, тем проще, «однозначнее» клиника развившихся у него психопатологических проявлений.

К первой их группе «Относительно легких психических рас-

стройств непсихотического уровня» в основном могут быть отнесены следующие 3 варианта психопатологических проявлений:

- а) церебрастенические синдромы;
- б) невротоподобные синдромы;
- в) вторичные невротические синдромы.

Ведущим проявлением *церебрастенической* симптоматики у больного ДЦП выступает синдром «раздражительной слабости». Он объединяет в себе, с одной стороны, повышенную утомляемость, истощаемость психических процессов ребенка, с другой — его повышенную раздражительность, склонность к аффективным вспышкам. Для таких больных характерны отвлекаемость внимания, затруднения при необходимости сосредоточиться достаточно продолжительное время на какой-либо деятельности, даже игровой. Мыслительные процессы часто замедлены, умственная работоспособность снижена. Нередко имеет место слабость запоминания и удержания информации в памяти, свойственны дистимические изменения настроения — плаксивость, капризность, иногда с дисфорическим оттенком.

При *невротоподобных* расстройствах, как и при церебрастенических, у больных ДЦП также отсутствуют грубые отклонения в психической деятельности. В большинстве случаев они не возникают у ребенка изолированно, а протекают на фоне разных по степени выраженности церебрастенических явлений. Их клиническая картина очень разнообразна. Она может включать в себя признаки пониженного настроения и склонность к немотивированным страхам и опасениям. Иногда страхи у этих детей приобретают более конкретный характер: боязнь темноты, одиночества, смерти и т.п. В ряде случаев чувство страха может быть очень выраженным, сопровождаться учащенным сердцебиением, одышкой, потоотделением, похолоданием конечностей, нарушениями восприятия своего тела. Могут иметь место ипохондрические переживания и сенестопатические расстройства. На этом фоне часто у больных развивается повышенное внимание к функциям своего организма, сопровождающееся неверной трактовкой своих ощущений. Нередки разнообразные истероформные нарушения, возникающие чаще у девочек. Могут наблюдаться приступы аффективно-двигательного возбуждения, маломотивированный смех, плач, стоны, крик. Иногда обнаруживается склонность к обморокам. Распространены у больных ДЦП и т.н. моносимптомные невротоподобные расстройства: ночной или дневной энурез, иногда энкопрез, различные тики, нарушения сна.

Невротические расстройства также могут наблюдаться в клинической картине больных ДЦП. Причем чаще они возникают у психически сохранных детей в старшем возрасте. Такие дети все больше осознают свою физическую ущербность и в отсутствие адекватной психотерапевтической коррекции могут давать невротические срывы. Клиника

их весьма разнообразна, сходна с таковой при невротоподобных расстройствах, но по отношению к ДЦП всегда имеет вторичный характер.

Ко **второй группе** — «Достаточно выраженных психических расстройств непсихотического уровня» у больных ДЦП условно могут быть отнесены те случаи заболевания, в клиническую картину которых включены разнообразные варианты нарушенных форм поведения и личностных девиаций. Как и у детей первой группы, в основе психопатологической симптоматики этих больных лежат патогенетические механизмы, вызвавшие резидуально-органический тип поражения их центральной нервной системы. Однако локализация преимущественно поврежденных церебральных структур в этих случаях несколько иная, что и обуславливает в результате более выраженную степень тяжести развившихся психических церебральных дисфункций. Ко второй группе психопатологических проявлений ДЦП могут быть отнесены следующие 5 вариантов, по-разному выраженные в разные возрастные периоды:

- а) синдром невротии;
- б) синдром раннего детского аутизма (псевдоаутистические формы поведения);
- в) гипердинамический синдром;
- г) различные варианты патологического формирования личности;
- д) органические психопатии и психопатоподобные синдромы.

Синдром *невротии*, или «врожденной детской нервности», является очень распространенным и наиболее рано возникающим психопатологическим признаком у детей с явлениями органического поражения головного мозга. Центральное место в структуре этого синдрома занимают резко повышенная возбудимость ребенка и выраженная неустойчивость его вегетативных функций, нарушения формулы сна-бодрствования и аппетита. Они сочетаются с общей гиперестезией больного и его быстрой истощаемостью. Характерными являются повышенная тревожность ребенка, его пугливость, страх перед всем новым. Этот синдром обычно диагностируется у детей первых 2-х лет жизни. В последующем, при относительно благоприятном течении, он смягчается и трансформируется в церебрастенические проявления. В более тяжелых случаях он постепенно приобретает черты гипердинамического синдрома или же служит основой для формирования у ребенка с ДЦП психопатий и психопатоподобных форм реагирования тормозного круга.

Основными проявлениями синдрома *раннего детского аутизма* являются выраженная недостаточность или полное отсутствие у ребенка потребности в контакте с окружающими, эмоциональная холодность или безразличие к близким. Для таких детей характерна

боязнь всего нового, любых перемен в окружающей их обстановке, однообразное поведение со склонностью к стереотипным движениям, разного рода речевые нарушения. Наиболее отчетливо этот психопатологический синдром проявляется у детей от 2 до 5 лет, хотя отдельные его признаки отмечаются у них и в более раннем возрасте. Так, уже у грудных детей в ряде случаев не наблюдается эмоционального оживления, улыбки при контакте с матерью, с ближайшими родными. Иногда обращает на себя внимание отсутствие у них элементарной ориентировочной реакции на внешние раздражители. Это нередко вызывает у родителей подозрение об имеющемся у их ребенка дефекте органов чувств. Поведение таких детей однообразно. Они могут часами совершать одни и те же стереотипные действия, лишь отдаленно напоминающие игровые: перекладывать с места на место игрушки, перебирать бумажки и т.п. Эти дети предпочитают одиночество, стремятся, чтобы их оставили одних. У больных ДЦП синдром раннего детского аутизма в чистом виде встречается редко. Однако отдельные его проявления наблюдаются у многих таких больных, и в условиях отсутствия необходимых психокоррекционных мероприятий они могут способствовать формированию у ребенка с ДЦП признаков аутистической (шизоидной) психопатии.

Основными проявлениями *гипердинамического* (гиперкинетического, двигательной расторможенности, гиперактивности) синдрома считаются общее двигательное беспокойство ребенка, его неусидчивость, недостаточная целенаправленность, а часто и импульсивность поступков, чрезмерная отвлекаемость, нарушения концентрации активного внимания. Иногда у таких больных имеют место агрессивность, склонность к разрушительным действиям (ребенок выбрасывает, ломает игрушки, рвет книги и т.п.), явления негативизма. Этим детей отличает повышенная раздражительность, взрывчатость, легкое возникновение аффективных реакций, тенденция к неустойчивости настроения. Частыми проявлениями гипердинамического синдрома, особенно у больных ДЦП, выступают трудности в усвоении навыков письма и нарушения пространственного синтеза. Синдром встречается в возрастном диапазоне от 1,5 до 15 лет, однако наиболее интенсивно проявляется в конце дошкольного и начале школьного возраста. У больных ДЦП он нередко сочетается с разнообразными пароксизмальными состояниями. При неблагоприятном течении гипердинамический синдром может способствовать фиксации и развитию у больных ДЦП признаков психопатии и психопатоподобных форм поведения возбудимого круга.

В широком понимании под термином *патологическое формирование (развитие)* личности подразумевается приобретение человеком, обычно уже в детском или подростковом возрасте, под влиянием ряда неблагоприятных социально-психологических и биологи-

ческих факторов, некоторых достаточно устойчивых негативных свойств характера, обнаруживающихся в любых значимых ситуациях и отрицательно отражающихся на возможностях его социальной адаптации. Сам этот термин впервые был предложен в 1910 году немецким психиатром К. Jaspers. В последующем более широко учение о патологическом развитии личности было развито в трудах П. Б. Ганнушкина, Е. К. Краснушкина, О. В. Кербикова, Г. К. Ушакова, А. Е. Личко, В. В. Ковалева, Н. Д. Лакошиной, и др.

В. В. Ковалев (1969) предложил свою классификацию этих состояний, положив в ее основу два определяющих критерия: особенности психогенеза нарушений формирующегося характера и клинические особенности ведущего «синдрома» патологических изменений характера. Исходя из указанных критериев, выделяют четыре основных группы (типа) патологических формирований личности:

- I. Патохарактерологическое — связанное, прежде всего, с хронической психотравмирующей ситуацией в микросреде, где находится ребенок, и неправильным его воспитанием.
- II. Постреактивное — результат перенесенного реактивного состояния.
- III. Невротическое — возникающее на основе затяжного течения невротических расстройств.
- IV. Дефицитарное — связанное с наличием у подростка различных физических дефектов: органов чувств (слепота, глухота), опорно-двигательного аппарата (ДЦП, последствия полиомиелита, аномалии конечностей), а также с хроническими инвалидизирующими заболеваниями (пороки сердца, хронические пневмонии, тяжелые формы бронхиальной астмы).

Каждый из названных типов дифференцируется на ряд клинических вариантов в зависимости от преобладания тех или иных характерологических нарушений. Наиболее часто у больных ДЦП встречаются аффективно-возбудимый, тормозимый, истероидный и неустойчивый варианты патологического развития личности. По механизму своего формирования патологическое развитие личности больного церебральным параличом идет по дефицитарному типу. Большинство отечественных психиатров патологические формирования личности рассматриваются как варианты приобретенной (краевой) психопатии соответствующего круга (аффективно-возбудимого, тормозимого и т. п.). При правильном терапевтическом подходе эти состояния могут постепенно сглаживаться, а ведущая в их клинической картине психопатологическая симптоматика со временем редуцируется.

По характеру клинических проявлений весьма близко к патологическим формированиям личности находятся *психопатии и психопатоподобные формы поведения*. Основными отличиями этих вариан-

тов личностных аномалий являются патогенетические механизмы их формирования, преимущественно наследственные и резидуально-органические — при психопатиях (психопатоподобных синдромах) и психогенные — при патохарактерологических формированиях. Так как в реальной жизни в большинстве случаев можно говорить о сочетанном воздействии на ребенка с ДЦП и тех, и других факторов, такое разделение личностных девиаций у больных носит еще более условный характер. Однако наличие фактора органического поражения головного мозга у больных ДЦП позволяет рассматривать формирующиеся у многих из них личностные аномалии как признаки органической психопатии (если поражение мозга произошло во время пре- или перинатального периода его развития) или психопатоподобного резидуально-органического синдрома (если повреждающий фактор действовал в период раннего постнатального развития).

Общепринятой классификации психопатии и психопатоподобных состояний не существует. Целесообразным представляется их разграничение по характеру ведущих в клинической картине заболевания психопатологических синдромов. В.В.Ковалев (1979) выделяет 8 основных клинических вариантов психопатий:

- 1) возбудимый (эксплозивный);
- 2) эпилептоидный;
- 3) неустойчивый;
- 4) истерический;
- 5) астенический;
- 6) психастенический (тревожно-мнительный);
- 7) шизоидный (аутистический);
- 8) гипертимный.

Особенности клинических проявлений каждого из указанных вариантов психопатий (психопатоподобных состояний) соответствуют их названиям. Подробное их описание имеется в специальных руководствах и монографиях (Г.К.Ушаков, 1978; В.В. Ковалев, 1979; А.Е.Личко, 1985 и др.).

Третья группа психопатологических проявлений, протекающих в форме «Тяжелых психических расстройств психотического уровня», у больных ДЦП наблюдается редко. Она включает в себя все случаи «экзогенного типа психопатологических реакций» (К. Bonhoeffer, 1912), возникающие у детей с разной степенью выраженности резидуально-органических поражений головного мозга. В своем большинстве психотические нарушения развиваются у больных ДЦП под воздействием дополнительных неблагоприятных факторов (психическая или физическая травма, тяжелая общая или нейроинфекция, интоксикация, поражение электрическим током и т.п.) и проявляются в виде эпизодических кратковременных расстройств созна-

ния. Характер их клинической симптоматики во многом зависит от особенностей экзогенных факторов, провоцирующих обострение заболевания. Чаще у таких больных развиваются кратковременные расстройства сознания по типу делириозного состояния, реже — по типу аментивного или сумеречного. Возможно развитие истерического, депрессивного, маниакального или гебефренического синдромов. При проведении необходимого симптоматического антипсихотического лечения у больных ДЦП относительно быстро удается достичь устранения психотического эпизода, в результате чего наступает состояние относительной психической компенсации.

Четвертую группу психопатологических проявлений, наиболее часто входящих в клиническую картину ДЦП, представляют собой разной степени тяжести «Интеллектуально-мнестические расстройства». Основным психопатологическим признаком имеющегося у таких детей отклонения в психическом развитии выступает интеллектуальная недостаточность. В зависимости от ее выраженности, выделяют четыре клинических варианта таких расстройств:

- а) пограничные формы интеллектуальной недостаточности,
- б) олигофрения в степени дебильности;
- в) олигофрения в степени имбецильности;
- г) олигофрения в степени идиотии.

Иногда для обозначения имеющейся у ребенка интеллектуальной несостоятельности используют термин «Задержка психического развития». По нашему мнению, употребление этого термина в клинической практике должно носить ограниченный характер, так как, по сути, он указывает лишь на нарушение темпа интеллектуального созревания, но не отражает качества имеющегося у ребенка болезненного состояния. Целесообразнее использовать вышеуказанную градацию степеней тяжести психического недоразвития этих больных. Помимо выраженных отличий в своих клинических проявлениях, они могут быть дополнительно объективно оценены еще и с помощью психологических тестов. Одним из наиболее известных дифференциально-диагностических критериев уровня интеллектуальной недостаточности больного выступает показатель его интеллектуального развития (IQ), получаемый с помощью психометрических тестов интеллекта. Чем ниже он у ребенка, тем глубже степень его отставания в психическом развитии, тем ниже уровень его интеллекта (D.Wechsler, 1949, 1975, 1981).

Наиболее легкая степень интеллектуальной недостаточности относится к случаям *пограничной умственной отсталости*. Показатель развития интеллекта (IQ) у таких детей находится в пределах 70-89 баллов (по тесту Векслера). Такие больные в основном характеризуются признаками незрелости эмоционально-волевой сферы, отличаются недостаточной продуктивностью любой своей деятельнос-

ти, требующей волевого усилия. Обычно дети предпочитают игру учебе, занятиям лечебной физкультурой, эмоционально и интеллектуально инфантильны. В их поведении всегда преобладают мотивы непосредственных удовольствий и желаний. Нередко они обращают на себя внимание чрезмерной зависимостью от матери, несамостоятельностью, повышенной робостью, пугливостью, настороженным отношением ко всему новому, боязнью медицинской аппаратуры, врачей. Эти дети обычно трудно адаптируются в детских коллективах, в больничном отделении, повышено плаксивы, часто капризничают. В школе они с трудом сосредоточиваются на занятиях, легко отвлекаются, быстро утомляются. В условиях адекватного педагогического подхода они могут достаточно успешно осваивать общеобразовательную школьную программу, приобретать соответствующий их возрасту объем знаний. Речь у таких детей обычно грамматически правильная, словарный запас достаточно богат.

Следующей по степени выраженности интеллектуальной недостаточности выступает группа болезненных состояний, обозначаемая термином «*Олигофрения в степени дебильности*». Показатель развития интеллекта (IQ) в этих случаях заметно ниже, чем в предыдущей группе больных, и колеблется в интервале 50-69 баллов. Эти больные характеризуются, прежде всего, конкретностью своего мышления, неспособностью к обобщениям, к пониманию абстрактных представлений и понятий. Обычно они неплохо адаптированы в семье, в дворовых компаниях, легко находят выход в несложных бытовых ситуациях. Но при этом такие больные испытывают значительные трудности в учебе по программе массовой школы. Они практически не способны к творческим играм, отличаются бедностью фантазий. В связи со школьной неуспеваемостью они нередко становятся предметом насмешек и издевательств одноклассников. Это, в свою очередь, вызывает у них либо нежелание посещать школу, либо повышенную конфликтность. Иногда они тихо и безучастно присутствуют на занятиях, не вникая в их суть и не приобретая необходимых школьных знаний. Хотя они и не отличаются особой аккуратностью, но в большинстве своем, если это не связано с грубыми расстройствами двигательной сферы, дети себя обслуживают, обладают навыками личной гигиены и относительной опрятностью.

У больных с интеллектуальной недостаточностью, обозначаемой термином «*Имбецильность*» показатель умственного развития еще ниже. При обследовании по тесту Векслера он соответствует границам 20-49 баллов. Такие дети часто характеризуются неадекватными формами поведения, проявляющимися либо злобностью, агрессивностью, либо благодушием. Им свойственны недоразвитость речи, крайне бедный словарный запас, очень ограниченный объем общих сведений. Некоторые из них могут приобрести примитивные навыки,

возможно запоминание ими чего-либо нового, непосредственно относящегося к удовлетворению простейших потребностей и инстинктов. Привыкая к сложившейся домашней обстановке, они крайне болезненно воспринимают её малейшие изменения. Визит к врачу нередко вызывает сильное чувство страха, панику, агрессивность. Характерным для них является слепое, бездумное подражание окружающим, гримасничанье. Письмо, чтение, счет, понятие времени, пространства не формируются. Такие дети не способны к обучению даже по программе вспомогательной школы.

Наиболее тяжелая степень интеллектуальной несостоятельности имеет место у больных *идиотией*. Показатель умственного развития у них крайне низок и колеблется в диапазоне от 0 до 19 баллов. Для таких детей характерно либо полное отсутствие реакции на окружающих, либо их резкое ослабление, либо неадекватность. У них практически отсутствует речь, преобладают эмоции тревоги и страха. Редкие всплески положительных эмоций обычно связаны с появлением в поле их зрения матери и предстоящим кормлением. Они нередко находятся в двигательном возбуждении, издают нечленораздельные звуки, не несущие какого-либо информационного значения. Не понимая речь окружающих, такие дети, однако, реагируют на интонацию, чувствуют угрозу своему существованию. Свою инстинктивную потребность в пище или тепле они обычно выражают пронзительными криками и еще большим двигательным возбуждением. Обычно эти больные совершенно не ориентируются в окружающей обстановке. При сохранный возможности двигаться они постоянно бесцельно перемещаются по помещению. Игровая деятельность им совершенно недоступна. Получая в руки игрушки, они либо бросают их на пол, либо тянут в рот, либо пытаются сломать. Они не способны к усвоению любой информации, даже элементарные условные рефлексы вырабатываются у них с трудом.

Таким образом, психопатологические проявления у больных ДЦП в большинстве случаев составляют неотъемлемую часть клинической картины этого заболевания. Они редко проявляются в «чистом» виде, выступая в различных комбинациях и сочетаниях не только с двигательными и речевыми расстройствами, но и другой болезненной симптоматикой.

С целью изучения характера психопатологических проявлений и особенностей их изменения у больных ДЦП под воздействием системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации, нами было проведено комплексное динамическое клинико-психопатологическое обследование 300 детей.

Следует отметить, что мы не выявили статистически значимых вариантов сочетания психопатологических проявлений у больных ДЦП с характером имеющихся у них двигательной и речевой патологии.

Однако существует очевидная связь между выраженностью нарушений моторики и тяжестью отмечаемых у них психических расстройств. Среди обследованных больных ДЦП только у 12% детей не было обнаружено каких-либо психических отклонений и нарушений, а в 88% случаев присутствовала разной степени выраженности психопатологическая симптоматика. Психические нарушения у них имели разнообразный характер: как по степени выраженности, так и по особенностям клинических проявлений, за исключением тех случаев ДЦП, когда в клиническую картину включались тяжелые психические расстройства психотического уровня (III группа психопатологических проявлений в нашей классификации).

Распределение различных психопатологических синдромов в общей структуре психических нарушений у больных ДЦП представлено в сводной табл. 4.

ТАБЛИЦА 4

**Основные психопатологические синдромы,
выявляемые у больных ДЦП**

Психопатологические синдромы	Количество больных	П о л	
		м(%)	ж(%)
Интеллектуальная недостаточность	68	41	27
Церебрастенический синдром	34	21	13
Двигательная расторможенность	23	13	10
Эпилприступы	14	7	7
Энурез	13	7	6
Энкопрез	6	5	1
Расстройства сна	12	7	5
Тики	11	8	3
Депрессивный синдром	9	4	5
Тревожно-фобический синдром	8	4	4
Ипохондрический синдром	7	3	4
Обсессивный синдром	6	3	3
Аффективная возбудимость	17	11	6
Изменения личности	28	19	9
Невропатия	43	29	14

Характер болезненных психических проявлений у изучавшихся нами больных ДЦП был очень разнообразен. У некоторых из этих детей обнаруживались относительно легкие психические расстройства: церебрастенические, моносимптомные неврозоподобные (энурез, энкопрез, тики и т.п.), субдепрессивные, вторичные невротические. У других они были резко выраженными: глубокие степени олигофрении, психопатоподобные формы поведения, тяжелые обсессивно-фобические и ипохондрические переживания. В большинстве случаев психопатологическая симптоматика у больных ДЦП не имела «чистого» характера. Она была представлена сложными симптомо- и синдромокомплексами, которые в различных вариантах и комбинациях отмечались у каждого ребенка. Так, у одного больного в клинической картине ДЦП могли одновременно присутствовать разной степени выраженности признаки интеллектуальной недостаточности, двигательная расторможенность и ночной энурез. У другого — эпилептиформный синдром, дизартрия и изменения личности по аффективно-возбудимому типу. У третьего — выраженный тревожно-фобический синдром мог сочетаться с эмоционально-волевой неустойчивостью и суицидальными высказываниями.

В зависимости от доминирования в клинической картине ДЦП того или иного психопатологического синдрома, все обследованные больные были разделены на 3 основные группы.

В первую, самую многочисленную группу (59%), вошли дети, основным психопатологическим расстройством у которых выступала интеллектуально-мнестическая недостаточность. Другие психические нарушения у них были менее выраженными и значимыми. В литературе такие особенности психики ребенка нередко обозначаются недифференцированным термином «задержка психического развития». Однако, так как интеллектуальная несостоятельность у больных ДЦП по своей выраженности колеблется в очень широком диапазоне, мы выделили в группе таких детей 4 подгруппы (см. табл.5). Подробная клиническая характеристика детей с пограничной умственной отсталостью, дебильностью, имбецильностью и идиотией подробно была представлена в этой главе ранее.

У большинства детей из первой группы на фоне доминирующих в клинике ДЦП признаков интеллектуальной недостаточности имели место и другие психопатологические проявления. Наиболее часто у этих больных отмечались такие сопутствующие нарушения, как ночной и дневной энурез, тики, двигательная расторможенность, аффективные ситуационные реакции, эпилептиформные синдромы. Однако эти расстройства отступали в клинической картине заболевания на второй план.

Сопоставление степени выраженности интеллектуально-мнестических и двигательных нарушений у больных ДЦП не выявило статисти-

ТАБЛИЦА 5

Характеристика психопатологических проявлений у больных ДЦП в зависимости от пола и возраста

Клиническая группа	К-во больных (%)	Пол (%)		Возраст больных (%)				
		м	ж	До 3 х лет	3 5 лет	6 9 лет	10 13 лет	14 17 лет
Интеллектуально-мнестическая недостаточность:	59	31	28	13	15	11	12	9
а) пограничная умственная отсталость	24	13	11	4	6	4	5	5
б) дебильность	13	4	9	3	3	2	4	1
в) имбецильность	10	5	5	2	3	2	1	1
г) идиотия	14	7	7	4	3	3	2	2
Церебрастенические, неврозоподобные и вторичные невротические расстройства	22	10	12	3	5	5	5	3
Патохарактерологические реакции и формирования личности:	19	13	6	2	4	5	6	2
а) эпилептоидные	4	3	1	1	2	2	2	—
б) истероидные	9	3	6	1	1	2	2	1
в) шизоидные (аутичные)	5	3	2	—	1	1	2	1

чески значимых закономерностей. Однако можно было отметить тенденцию к частому сочетанию у детей с тяжелыми формами тетрапареза (особенно в стадии контроля головы ребенком и в стадии сидения) с признаками глубокой умственной отсталости. В то же время, при стертых формах ДЦП у больных, находящихся в стадиях самостоятельной ходьбы с помощью приспособлений или свободной патологической ходьбы, чаще имели место явления легкой умственной отсталости.

Во вторую группу больных ДЦП вошли дети, основными клиническими психопатологическими проявлениями заболевания которых были так называемые церебрастенические, неврозоподобные и вторичные невротические расстройства. Они составили 22% всего контингента изучавшихся больных. Основным отличительным признаком детей этой группы была их интеллектуальная сохранность. Показатель интеллекта (IQ) у этих детей колебался в пределах 90-109 баллов.

Клинические проявления церебрастенического синдрома у больных ДЦП были достаточно многочисленными и разнообразными. Они характеризовались, как и при других церебрально-органических заболеваниях, выраженностью «органического» радикала в его структуре. Типичным для таких больных было наличие явлений раздражительной слабости. Дети отличались повышенной утомляемостью, низкой умственной работоспособностью, легкой отвлекаемостью внимания и плохой памятью. Это отражалось на восприятии ими новой информации, негативно влияло на школьную успеваемость. Они хуже здоровых сверстников усваивали учебную программу, затрачивали значительно больше времени на выполнение домашних заданий. Для большинства из них были свойственны повышенная раздражительность, готовность к аффективным вспышкам. Этим детям обычно были свойственны повышенная плаксивость, капризность, раздражительность, пониженный фон настроения, немотивированное общее недовольство, иногда с дисфорическим оттенком. У некоторых из них отмечалась гиперестезия к яркому свету, громким звукам, плохая переносимость резких запахов, жары, духоты, повышенная чувствительность к холоду. Зачастую больные жаловались на различные нарушения сна: трудность засыпания, поверхностный его характер, частые ночные пробуждения, раннее утреннее пробуждение, сонливость днем. Для многих детей этой группы был характерен сниженный аппетит.

Для больных ДЦП с доминирующими в клинической картине неврозоподобными расстройствами более типичны были так называемые моносимптомные системные болезненные проявления. Помимо расстройств в двигательной сфере, у таких детей отмечались дневной или ночной энурез, заикание, привычная рвота, разнообразные тики и навязчивые подергивания тех или иных групп мышц, разного рода нарушения сна, недифференцированные страхи и опасения. В

большинстве своем это были больные в возрасте до 10-12 лет. Такие дети обычно сами не обращали внимания на подобные болезненные проявления и особо ими не тяготились.

Однако с возрастом, по мере формирования личности ребенка, все чаще встречались в клинической картине заболевания более сложные невротоподобные и невротические проявления. У больных 13-17 лет нередко среди психопатологических синдромов на первый план выступали различные депрессивные, ипохондрические, obsессивно-фобические переживания. Во многих случаях они были связаны с критической оценкой интеллектуально сохранным больным ДЦП своего состояния и психотравмирующими переживаниями, обусловленными осознанием имеющегося двигательного дефекта. Соответственно, у ребенка в ответ на эту психотравму начинали формироваться и все более доминировать в клинической картине заболевания те или иные вторичные невротические расстройства. Чаще это были разного рода истерические реакции и эгоцентрические формы поведения. Реже — психогенная астения с субдепрессивным, а иногда и выраженным депрессивным фоном настроения. У отдельных таких больных отмечались ипохондрические и даже суицидальные высказывания. Как правило, эти расстройства не носили стойкого характера и достаточно успешно поддавались психокоррекционным воздействиям.

В третью группу больных ДЦП были включены дети (19%), у которых ведущими психопатологическими проявлениями были разного рода психопатоподобные формы поведения. Эти дети, как и больные второй группы, отличались относительной сохранностью интеллекта. Их показатель IQ колебался в диапазоне 85-109 баллов.

Клиническая симптоматика больных этой группы, хотя и была достаточно «пестрой» и разнообразной, но не включала всех возможных вариантов психопатоподобных форм поведения. Характер основных психопатологических проявлений позволил выделить в ней 3 подгруппы детей: а) с доминирующими психическими нарушениями эпилептоидного круга; б) истероидного и в) шизоидного.

Больные ДЦП, включенные в подгруппу детей с эпилептоидными формами реагирования (59%), характеризовались доминированием аффективной и двигательной возбудимости, конфликтности, взрывчатости, нередко сочетающихся с педантизмом, чрезмерной аккуратностью, утрированным стремлением к справедливости и порядку. Для некоторых из них были свойственны жестокость к домашним животным, стремление причинить боль окружающим, выраженный эгоцентризм. Эти больные отличались повышенным аппетитом, бурным реагированием на любой дискомфорт, особенно на чувство голода или жажды, трудной адаптацией к новой обстановке и даже к новой одежде и игрушкам. Общий фон настроения у них чаще был сниженным. В ряде случаев имели место дисфории. У большинства

детей этой подгруппы в настоящее время или в прошлом отмечались различные судорожные припадки.

В подгруппу детей с истероидными формами патологического реагирования (см. табл. 5) вошли 9% больных ДЦП, у которых на первый план в поведении выступало гипертрофированное стремление привлечь к себе внимание окружающих, иногда — преувеличение тяжести своего заболевания, стремление вызвать сочувствие и жалость к себе. При этом для них был свойственен грубый эгоизм и эгоцентризм. Периодически могли наблюдаться ситуационно обусловленные приступы гнева, двигательного возбуждения, агрессивности, кашля, головокружения, общей слабости, рвоты. Характерной являлась вегетативно-эмоциональная неустойчивость, перепады настроения от слез и плача до неукротимого смеха и безудержного веселья. Типичными были явления вегето-сосудистой дистонии по гипотоническому типу. Больные отличались склонностью к фантазированию, демонстративному поведению и театральности. Они тщательно следили за своим внешним видом. Иногда у них имели место самооговоры, утрированные попытки самоуничтожения и самообвинения, демонстрационно-шантажные суицидальные высказывания. Большинство больных этой подгруппы составили девочки.

Подгруппу больных ДЦП с пизоидными (аутическими) формами поведения образовали 5% обследованных, основными психопатологическими проявлениями которых были замкнутость, сниженная потребность в общении с окружающими, плохая адаптация к новым ситуациям, невыразительность эмоций, общая пассивность. Для этих детей было характерно созерцательное отношение к происходящим вокруг событиям, погруженность в себя, в собственные переживания, болезненное восприятие любых перемен в привычной жизни. Они отличались малой инициативностью, боязнью всего нового, психической вялостью, общей заторможенностью, стремлением к уединению, низким аппетитом, повышенной сонливостью. Активным, живым играм, компании сверстников, даже таких же больных ДЦП, они предпочитали работу с компьютером, чтение книг, причем зачастую не по возрасту сложных. Часто удивляют окружающих своими недетскими интересами: увлеченностью философией, астрономией, древней историей и т.д. У 2-х таких больных имела место настоящая страсть к коллекционированию марок и спичечных этикеток. Эти дети были очень чувствительны, ранимы, болезненно реагировали даже на повышение голоса, ощущали свою непохожесть на других людей, выглядели на их фоне «странными», «не от мира сего». Их нередко обширные знания каких-либо отвлеченных понятий и дисциплин резко контрастировали со слабой осведомленностью, а иногда и беспомощностью в вопросах обыденной жизни. Чем старше были такие дети, тем чаще они задумывались о смысле жизни, о своем месте в ней,

могли высказывать суждения о своей никчемности, теоретизировать о возможной смерти. Общий фон настроения у них нередко был субдепрессивным. В этой подгруппе больных преобладали мальчики.

Как и во второй группе обследованных с ДЦП (с доминирующей церебрастенической, неврозоподобной и вторичной невротической симптоматикой), у большинства больных третьей группы (с эпилептоидными, истероидными, шизоидными психопатоподобными проявлениями) двигательные нарушения в целом носили меньшую выраженность, чем у детей с глубокими формами интеллектуальной недостаточности. В основном уровень их двигательного развития соответствовал стадиям стояния, ходьбы с помощью вспомогательных приспособлений и свободной патологической ходьбы.

Всем 300 обследованным больным ДЦП проводилась комплексная реабилитация по системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации. Большинство из них (68%) получили один полный курс такого лечения, 32% детей прошли его дважды. Как видно из табл.6, те или иные положительные изменения в психическом статусе после терапии наступили у всех больных. При этом в ряде случаев они носили не только количественный, но и качественный характер. У некоторых больных заметная положительная динамика психопатологических проявлений в клинической картине ДЦП отмечалась уже после первых сеансов мануальной терапии, у других — после двухнедельного полного курса реабилитации, у третьих — после двух полных реабилитационных курсов. Эффективность метода по отношению к психопатологической симптоматике у больных ДЦП в значительной мере определялась характером доминирующих психических нарушений.

Наибольший клинический эффект разработанной системы наблюдался у детей с относительно негрубой психической патологией. В большинстве своем (см. табл.6) это были больные ДЦП с легкими формами интеллектуальной недостаточности (пограничная умственная отсталость, дебильность) и умеренно выраженными церебрастеническими расстройствами. У 17% больных с пограничной умственной отсталостью и 9% больных с дебильностью уже после 2-3 сеансов мануальной терапии отмечалось общее повышение активности, инициативности, улучшение выразительности речи, расширение активного словарного запаса, урежение случаев ночного энуреза. У них улучшался сон, повышался аппетит, становился более ровным общий фон настроения. Дети обнаруживали меньшую тревожность, неуверенность в себе, активнее начинали интересоваться учебной, живее контактировали с окружающими. У больных ДЦП с ведущими церебрастеническими расстройствами (II группа) в 36% случаев после 2-3 таких же сеансов лечения заметно улучшились внимание, память, скорость мыслительных процессов, усвоение новых знаний, общая работоспо-

способность. Эти дети становились менее капризными, раздражительными, конфликтными. Исчезала плаксивость, повышалась коммуникативность, изменялось имевшееся ранее негативное отношение к лечению.

ТАБЛИЦА 6

Динамика психопатологических проявлений у детей с ДЦП в процессе интенсивной нейрофизиологической реабилитации

Клиническая группа	К-во больных	Значительная эффективность, %		
		После 2-3 сеансов	После 1 курса	После 2 курса
Интеллектуально-мнестические расстройства:	177			
а) пограничная умственная отсталость	72	17	58	88
б) дебильность	39	9	29	46
в) имбецильность	30	—	23	23
г) идиотия	36	—	14	14
Церебрастенические, невротоподобные и невротические расстройства	66	36	68	77
Психопатоподобные личностные реакции и формы поведения:	54			
а) эпилептоидные	12	—	25	50
б) истероидные	27	—	33	56
в) шизоидные	15	—	20	40

Больные ДЦП с более тяжелыми психопатологическими расстройствами оказались менее чувствительными к первым 2-3 сеансам лечения (см. табл.6). Хотя определенные положительные сдвиги в психическом статусе в этот период наблюдались и у некоторых из них (повышение общей активности), но эти изменения еще были слабо выраженными и не носили устойчивого характера.

К моменту окончания полного 2-х недельного курса интенсивной нейрофизиологической реабилитации, а в ряде случаев через 2-3 недели после него, отчетливые положительные сдвиги в психическом статусе обнаруживались у большинства больных, проходивших лечение. При этом они носили достаточно стабильный, а у некоторых детей – качественный характер. Однако эффективность метода была неодинаковой в группах больных ДЦП с различными психопатологическими синдромами, доминирующими в клинической картине заболевания.

Так, проявления пограничной умственной отсталости существенно смягчались у 58% страдающих ею детей. У 29% детей с легкой формой дебильности отмечалось заметное увеличение показателей как вербального, так и невербального интеллекта, уменьшались сопутствующие заболеванию явления социальной (школьной) дезадаптации. Улучшались внимание, память, общий жизненный тонус. Повышался аппетит, нормализовался сон, дети легче и продуктивнее общались со сверстниками.

Положительные перемены произошли в состоянии психического здоровья у 23% больных с имбецильностью и у 14% больных с идиотией. И хотя они по своему интеллектуальному уровню продолжали находиться в группах умеренной и глубокой умственной отсталости, появилась определенная упорядоченность в поведении, их словарный запас, навыки опрятности несколько улучшились. Дети становились более спокойными, проявляли меньшую агрессивность, импульсивность, эмоционально адекватнее реагировали на окружающих. У них заметно повышался аппетит, нормализовался сон, урежались судорожные приступы, очищались кожные покровы от имевшихся ранее сыпей, фурункулов, угрей. Следует отметить, что уменьшение психопатологических проявлений, наблюдаемое в процессе лечения у большинства детей с глубокими формами умственной отсталости, зачастую было слабо выраженным и не всегда стойким. Но в целом уровень социально-психологической адаптации возрастал и у этих больных.

Существенно выраженной была эффективность метода в группе детей с ДЦП, страдающих церебростеническими, неврозоподобными и вторичными невротическими расстройствами. У 68% из них после завершения курса лечения практически полностью исчезали раздражительность, плаксивость, капризность, нарушения сна, немотивиро-

ванная тревога, явления энуреза. Улучшились общий фон настроения, активное внимание, память, аппетит. Дети становились живее, жизнерадостнее, легче и активнее вступали в контакты с окружающими. У них расширялся круг интересов, появлялось желание посещать школу, учиться, формировались новые мотивации, повышалась работоспособность, возрастала устойчивость к стрессорным воздействиям.

Психопатоподобные проявления и неадекватные формы психологической защиты у детей с ДЦП оказались более устойчивыми к первому курсу интенсивной нейрофизиологической реабилитации. После начальных 2-3 сеансов лечения у большинства больных этой группы каких-либо заметных сдвигов в психическом состоянии практически не происходило. Однако по мере его продолжения психопатологические проявления начинали смягчаться. В подгруппе больных с эпилептоидными нарушениями к концу 1-го курса интенсивной терапии положительные сдвиги в психической сфере наблюдались в 25% случаев. Снизилась склонность к аффективным реакциям, дисфориям, уменьшились агрессивность, злопамятность, конфликтность с окружающими. Поведение стало адекватнее, мягче, спокойнее. Заметно повысился темп мыслительных процессов, переключаемость с одного вида деятельности на другой, уменьшились явления педантичности, былой нетерпимости к любым жизненным переменам, редуцировались пароксизмальные и гиперкинетические расстройства.

После первого курса интенсивной терапии у детей с истероидными проявлениями заметное смягчение и устранение основной психопатологической симптоматики имело место в 33% случаев. Почти полностью исчезали капризность, демонстративность, адекватнее становилось общение как в кругу семьи, так и со сверстниками. Менее выраженными становились проявления эгоизма и эгоцентризма. Более реалистично, особенно больные старшего детского возраста, начинали оценивать состояние здоровья и свои возможности. У них появлялись более адекватные планы на будущее.

После первого курса нейрофизиологической реабилитации заметный положительный эффект в отношении психического здоровья наступил и у 20% больных ДЦП с ведущей шизоидной психопатологической симптоматикой. У них заметно повысился общий энергетический потенциал, дети становились активнее в контактах с окружающими. Более адекватными и социально приемлемыми становились их интересы и увлечения. Исчезали мысли о своей ущербности, непохожести на других людей, уменьшалась склонность к бесплодному философствованию. Возникло желание к включению в игры со сверстниками, к социальному самоутверждению, менее болезненно воспринималось внимание чужих людей к себе.

Однако, как показали результаты исследования (см. табл. 6), для достижения стойкого положительного эффекта у больных ДЦП с вы-

раженной психопатологической симптоматикой одного курса системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации обычно было недостаточно. Обнаружилась определенная закономерность: чем тяжелее психические нарушения у ребенка, чем теснее они связаны с личностью больного, чем обширнее и выраженнее лежащее в их основе органическое повреждение головного мозга, тем чаще и интенсивнее должно проводиться лечение. 38% обследованных получили 2-й курс интенсивной реабилитации. После его завершения значительное улучшение состояния психического здоровья, как видно из табл. 6, наступило у 88% больных ДЦП с пограничной умственной отсталостью, у 46% — детей с дебильностью, у 23% — с имбецильностью, у 14% — с идиотией. При этом у больных с ведущей церебрастенической или неврозоподобной симптоматикой оно после 2-го курса терапии наблюдалось в 77% случаев, с эпилептиформной — у 50%, с истероидной — у 56%, с шизоидной — у 40%. Ни у одного из больных в процессе лечения и после него не наступило какого-либо ухудшения психического здоровья. Более того, они значительно легче стали переносить те экзогенные вредные влияния, которые ранее негативно отражались на основном заболевании: простуды, физические и психические травмы, пищевые отравления.

Таким образом, система интенсивной нейрофизиологической реабилитации является весьма эффективной при лечении психопатологических проявлений у детей с ДЦП. Однако эффективность метода оказалась различной при разных клинических формах психических нарушений. Наиболее выраженной она была у больных с церебрастенической и неврозоподобной симптоматикой, а также с пограничной умственной отсталостью. Несколько слабее эффект 1-2 курсов лечения был у больных с легкими формами слабоумия, неадекватными формами поведения и личностными реакциями. Наименее результативным он оказался у детей с умеренной и глубокой умственной отсталостью.

Разработанный метод обладает большим спектром лечебно-коррекционных возможностей в детской психиатрической практике, причем не только при ДЦП, но и при других нервно-психических расстройствах. Поэтому требуется дальнейшее исследование показаний к его назначению и дифференцированных схем применения при различных клинических формах нервно-психических заболеваний детского возраста.

4 ГЛАВА

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

КАК известно, психологическое исследование позволяет оценить характер, степень и структуру нарушений психических функций, определить механизмы их возникновения, а также выделить сохранные стороны психики. Все это имеет важное значение как для ранней диагностики психических расстройств, так и для осуществления адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий, определения прогностических критериев течения заболевания, выбора путей обучения и профориентации больного ребенка.

Психологическое обследование детей с органическими поражениями мозга характеризуется целым рядом особенностей его организации и проведения. Во-первых, необходимо учитывать харак-

тер имеющейся у ребенка клинической симптоматики, особенно наличие двигательных и речевых расстройств, что влияет на выбор конкретных, адекватных для данного больного методик исследования. Во-вторых, принципиальное значение имеет уровень интеллектуального развития, который зачастую также определяет подход к психологическому обследованию. Вместе с тем, оценка уровня интеллектуального развития у данного контингента детей — одна из наиболее частых задач, стоящих перед психологом. В-третьих, необходимо иметь достаточные сведения о микросоциальном окружении ребенка, особенностях системы воспитания в семье, проблемах, связанных с обучением. В-четвертых, практически в любом психологическом тесте, рассчитанном на обследование детей и подростков, имеются ряд процедурных требований, связанных с возрастом обследуемых (В.И. Козьякин, Л.Ф. Шестопалова, 1995).

Рассмотрим наиболее современные и информативные психологические методики обследования детей с органическими поражениями ЦНС, в том числе и с церебральными параличами. Выбор конкретных психологических методик для обследования ребенка определяется психодиагностической задачей, стоящей перед психологом, а также состоянием больного, характером имеющихся у него тех или иных нарушений.

Рассматриваемые методы можно разделить на две группы:

- 1) методы исследования интеллекта и познавательных процессов (мышление, память, внимание и др.);
- 2) методы исследования личности.

Методы исследования уровня интеллектуального развития и познавательных процессов

ТЕСТ ВЕКслЕРА

Шкалы измерения интеллекта, разработанные Д. Векслером, представляют собой группу наиболее известных и широко используемых интеллектуальных тестов. Существуют взрослый и детский варианты теста.

Методика представляет собой ряд субтестов, каждый из которых адресуется к той или иной стороне или функции интеллекта. Структурные соотношения между показателями, оценивающими разные стороны интеллектуальной деятельности, имеют дифференциально-диагностическое значение.

Тест Векслера для измерения интеллекта детей представляет собой батарею из 12 субтестов: шести вербальных и шести невербальных.

Каждый из этих субтестов может рассматриваться как количественный одномерный тест, характеризующий различные стороны мышления, памяти и внимания, сенсомоторные процессы и речь, а все вместе — как многомерный профильный тест, направленный на диагностику интеллекта, общий уровень которого измеряется коэффициентом интеллекта IQ, а профиль, показывающий количественные соотношения между разными субтестами, выявляет структуру интеллектуальных особенностей, тесно переплетающуюся с личностными свойствами индивида.

1. **Субтест общей осведомленности.** Состоит из вопросов, ответы на которые требуют разнообразных знаний, приобретаемых по мере приобщения индивида к культуре, он дает представление об объеме и уровне знаний, способности сохранения их в долговременной памяти.
2. **Субтест общей понятливости.** Оценивает полноту понимания смысла выражений, способность к суждению, пониманию общественных норм.
3. **Арифметический субтест.** Оценивает концентрацию внимания, состояние оперативной памяти, способность оперировать условиями задачи и цифровыми стимулами.
4. **Субтест установления сходства.** Оценивает способность к формированию понятий, классификаций, абстрагированию, сравнению. Выполнение заданий данного субтеста характеризует уровень развития абстрактно-логического вербального мышления.
5. **Субтест повторения цифровых рядов.** Направлен на изучение оперативной памяти и внимания, состоит из двух частей: запоминания и повторения цифр в прямом и обратном порядке. Выполнение задания требует большой концентрации внимания, подвержено как внешним, так и внутренним помехам, находится в значительной зависимости от эмоционального состояния обследуемого.
6. **Словарный субтест.** Направлен на изучение вербального опыта (понимания и умения определить содержание слов). Качественный анализ ответов по данному субтесту раскрывает особенности и характер мышления, а также личностные черты (эмотивность, импульсивность, эгоцентризм и др.).
7. **Субтест шифровки цифр.** Позволяет выявить сохранность процессов восприятия и праксиса, зрительно-моторной координации, оценить скорость образования навыков. Субтест чувствителен к психомоторной недостаточности, характеризует зрительную память, обучаемость, двигательную активность.

8. **Субтест нахождения недостающих деталей.** Изучает особенности зрительного восприятия, наблюдательность, способность дифференцировать существенные и несущественные признаки.
9. **Субтест кубиков Кооса.** Представляет собой модификацию известной методики Кооса для исследования конструктивного мышления, требует хорошего пространственного анализа и синтеза, поэтому обладает особой чувствительностью к церебрально-органической патологии различного генеза. В клинике он хорошо дифференцирует органические заболевания головного мозга от шизофрении, при которой выполнение этого субтеста может долгое время оставаться относительно успешным. Результаты по нему нередко являются самыми высокими среди других показателей невербальных субтестов в профилях больных шизофренией. При органических поражениях эффективность выполнения этого субтеста не велика.
10. **Субтест последовательности картинок.** Изучает способность к организации фрагментов в логическое целое, пониманию ситуации и предвосхищению событий, уровень развития «социального» интеллекта.
11. **Субтест складывания фигур.** Направлен на оценку как конструктивного, так и эвристического мышления. Больные с органическими поражениями ЦНС выполняют 9 и 11 субтесты с затруднениями, однако 11-й субтест дается им легче, чем 9-й, поэтому все соотношение имеет важное дифференциально-диагностическое значение.
12. **Субтест лабиринтов.** Включает девять лабиринтов, время «выхода» из которых лимитировано. Является альтернативным субтесту шифровки цифр.

Подсчет баллов по всем заданиям каждого субтеста дает первичные («сырые») оценки, которые по специальным таблицам переводятся в стандартные «шкальные» оценки. Сумма шкальных оценок по всем вербальным таблицам с учетом возраста переводится в итоговую вербальную оценку IQ индивида. Так же определяется итоговая невербальная оценка. Сумма всех шкальных оценок субтестов (или сумма предварительных вербальных и невербальных оценок) дает предварительную полную оценку, которая затем также по специальным таблицам (с учетом возраста) переводится в итоговую полную оценку IQ.

Классификация уровней интеллекта по Векслеру

Значение IQ в баллах	Классификация уровней интеллекта
130 и выше	Очень высокий
120-129	Высокий
110-119	Хорошая норма
90-109	Средний
80-89	Низкая норма
70-79	Пограничный уровень
69 и ниже	Умственный дефект, в том числе:
69-50	олигофрения в степени дебильности
49-20	олигофрения в степени имбецильности
меньше 20	олигофрения в степени идиотии

Анализ полученного материала должен последовательно включать несколько этапов. Это — выявление общего уровня IQ, полная оценка интеллекта и соотношение двух ее составляющих — вербального и невербального IQ. У лиц с психической нормой редко наблюдается выраженная разница между вербальной и невербальной оценками IQ по сравнению с лицами, имеющими психическую патологию, у которых эта дифференциация значительно усиливается в зависимости от особенностей и тяжести болезненного процесса.

Помимо определения уровня интеллектуального развития или степени умственной отсталости необходимо проводить анализ разброса данных, особенно интертестового, что является одним из наиболее диагностически значимых факторов. В практике используются различные виды анализа «интертестового разброса», начиная от оценки общего вида профиля, его конфигурации, тип которой зависит от особенностей распределения субтестовых шкальных оценок. Это может быть также анализ соотношений сумм различным образом сгруппированных шкальных оценок, составляющие диагностические «индексы», характерные для определенных заболеваний, а также подсчеты так называемого среднего и словарного разброса. Так, средний разброс измеряется разницей между оценкой каждого субтеста и среднеарифметическим значением всех субтестов (отдельно для вербальной и невербальной частей шкалы). Его вариантом является «модифицированный средний разброс», когда из средней арифметической оценки всех субтестов каждый раз исключается значение того субтеста, который с ней сравнивается. Словарный разброс определяется путем сравнения

отклонений шкальной оценки каждого субтеста от шкальной оценки субтеста «Словарный запас». Если средний разброс измеряет достижение испытуемого в отдельном субтесте относительно центральной тенденции всех его достижений (вербальных и невербальных отдельно), то словарный разброс измеряет достижения испытуемого в отдельном субтесте относительно самой устойчивой шкальной оценки, какой является оценка субтеста «Словарный запас».

После интертестового разброса следует анализ интратестовых соотношений, т.е. внутри каждого субтеста, при котором особое значение обращается на связь продуктивности испытуемого с относительной трудностью задания, которая нарастает от первого задания к последнему.

И, наконец, проводится качественный анализ ответов, выявляющий те или иные особенности или нарушения мышления, памяти и внимания, а также некоторые личностные свойства испытуемого. На базе всех этих данных вместе с результатами других исследований составляется общее заключение.

ТЕСТ РАВЕНА

(Тест прогрессивных матриц)

Существует 2 варианта теста: 1) черно-белые и 2) цветные матрицы. Черно-белый вариант предназначен для обследования испытуемых, начиная с 11 лет, цветной вариант создан для обследования детей в возрасте от 5 до 11 лет.

Материал теста черно-белого варианта состоит из 60 матриц с пропущенным элементом. Задания разделены на 5 серий по 12 однотипных, расположенных по принципу возрастающей сложности матриц в каждой серии. Обследуемый должен выбрать недостающий элемент матрицы среди предложенных шести вариантов.

Серия «А». Обследуемый должен дополнить недостающую часть изображения. При работе с этой серией требуется актуализация таких мыслительных процессов как дифференциация основных элементов структуры и раскрытие связей между ними, а также идентификация недостающей части структуры.

Серия «В». Требуется нахождения аналогии между двумя парами фигур.

Серия «С». Задания этой серии требуют анализа изменения геометрических фигур, обогащения их по вертикали и горизонтали.

Серия «D». При решении заданий требуется установление принципа перестановки фигур в матрице в горизонтальном и вертикальном направлениях.

Серия «Е». Задания данной серии предъявляют особые требования к аналитико-синтетическим мыслительным операциям, т.е. про-

цесс их решения заключается в анализе фигур основного изображения и последующем «конструировании» недостающей фигуры по частям.

Цветной вариант состоит из трех серий — А, АВ, В по 12 матриц в каждой.

При обработке данных подсчитывается общая сумма полученных баллов (верное решение оценивается в 1 балл), а также число правильных решений в каждой из серий отдельно. Первичные оценки по специальным таблицам переводятся в соответствии с возрастными нормами в процентиля или станайны.

Тест Равена позволяет оценить уровень интеллекта, рассчитанный в процентилях, в рамках следующих уровней интеллектуального развития:

I зона	95 и больше процентов	высокая норма
II зона	94 — 75 процентов, в том числе II+ 94 — 90 процентов II— 89 — 75 процентов	хорошая норма
III зона	74 — 25 процентов, в том числе: III+ 74 — 50 процентов III— 49 — 25 процентов	средняя норма
IV зона	24 — 5 процентов, в том числе: IV+ 24 — 10 процентов IV— 9 — 5 процентов	зона относительного снижения (пограничное состояние)
V зона	ниже 5 процентов	зона интеллектуального дефекта

Исследование с помощью теста Равена позволяет более дифференцированно оценить варианты нормального или пограничного уровня развития интеллекта. Однако использование этого теста не позволяет подробно дифференцировать степени интеллектуального дефекта. Тест Равена особенно рекомендуется для обследования детей с выраженными нарушениями моторики в верхних конечностях, а также речевыми расстройствами. Его применение во многом позволяет снять ограничения, возникающие при использовании других тестов, в частности, теста Векслера, связанные с имеющимися у детей дефектами моторики и речи.

ТЕСТ СЕГЕНА **(Доска форм Сегена)**

Материалом методики являются 5 досок с врезанными в них фигурами. В доску № 1 врезаны 10 разных цельных фигур, в доску № 2 — 2 фигуры, состоящие из двух частей, в доску № 3 — 2 фигуры, состоящие соответственно из четырех и шести частей, в доску № 4 — 5 фигур, каждая из двух и трех частей, в доску № 5 — 4 фигуры, состоящие из двух и четырех частей.

Методика рекомендуется для обследования детей, начиная с двухлетнего возраста. Ребенку предлагается внимательно (в течение 10 сек.) рассмотреть каждую из досок, после чего доска переворачивается, при этом фигурки или их детали выпадают из своих гнезд и перемешиваются. Ребенок должен поместить выпавшие фигуры на прежнее место. Ведется хронометраж времени выполнения. Имеется система дозированной помощи ребенку.

Тест рекомендуется широко использовать при диагностике интеллектуального развития детей с различным отставанием в психическом развитии, в том числе связанным с органическими поражениями ЦНС.

ТЕСТ «НАРИСУЙ ЧЕЛОВЕКА» **(Модификация теста Гудинаф)**

Предназначен для измерения уровня интеллектуального развития детей и подростков. Ребенку предлагают изобразить на листе бумаги мужчину, причем сделать это как можно лучше. Время рисования не ограничивается. Оценка уровня интеллекта основывается на том, какие части тела и детали одежды изображает ребенок, как учитываются пропорции, перспектива и др. Имеется специальная шкала для максимально точной и подробной оценки элементов рисунка. По специальным таблицам (с учетом пола и возраста) производится пересчет «сырых» очков в шкальные. Тест требует немного времени для своего проведения, инструкция доступна для детей с выраженными интеллектуальными нарушениями. Достоинством является возможность обследования детей с различными речевыми нарушениями.

МЕТОДИКА **«Определение уровня психического развития** **детей раннего возраста»**

Методика предназначена для оценки уровня психического развития детей от 2 месяцев до 3 лет. Для каждого возрастного периода предлагаются задания, которые сгруппированы по следующим сферам: адаптация ребенка, речь, степень социальной зрелости, уровень развития моторики.

По результатам выполнения заданий можно получить информацию о степени развития каждой из указанных сфер. Методика позволяет также вычислить общий показатель — «коэффициент психического развития» (КПР) по 100-балльной шкале. Этот показатель представляет собой процентное отношение психического возраста ребенка (вычисленного по результатам выполнения заданий) к его хронологическому (паспортному) возрасту. Разработаны техники расчета психического возраста ребенка, коэффициента психического развития, имеются специальные расчетные таблицы для каждой возрастной группы. Достоинством методики является то, что ее применение позволяет в максимально ранние сроки выявить у ребенка те или иные отклонения (задержки) в психическом развитии.

ОБУЧАЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ (в модификации А.Я.Ивановой)

Методика основана на экспериментально-психологическом оценивании интеллектуального развития испытуемого с помощью выявления его потенциальных способностей к усвоению новых знаний, выработке способов решения задач. Если психометрические тесты интеллекта позволяют выявить имеющийся уровень развития той или иной интеллектуальной способности, то метод обучающего эксперимента выявляет также и прогностические аспекты развития этих способностей. Методика предназначена для оценки умственного развития детей в возрасте 7 — 9 лет. Материал методики составляют два набора по 24 карточки с изображениями геометрических фигур, отличающихся по цвету, форме и величине, а также доска-таблица с изображением всех фигур.

При выполнении задания ребенок должен последовательно вычленивать каждый из трех признаков карточек и сгруппировать их на основании данного признака. Разработана система дозированной помощи ребенку в виде «уроков-подсказок».

В результате обследования выясняются способности ребенка к логическому переносу, пониманию принципа действий, оценивается процесс умственной деятельности, уровень работоспособности. Помимо качественных показателей разработана система количественных оценок. Методика рекомендуется для диагностики и дифференциальной диагностики различных форм умственной отсталости, задержек психоречевого развития, состояний, обусловленных социально-педагогической запущенностью ребенка.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТОВ

Метод классификации предметов предназначен для исследования процессов обобщения и абстрагирования, а также позволяет сделать вывод о последовательности умозаключений обследуемого, критичности, об особенностях памяти, объеме и устойчивости внимания.

Метод классификации может применяться для обследования взрослых и детей любого образовательного уровня. При обследовании детей дошкольного возраста часть карточек следует исключить (измерительные приборы, учебные пособия).

Перед началом исследования карточки тщательно перемешиваются. Перед ребенком кладется вся пачка карточек, сверху помещаются наиболее легко классифицируемые предметы (собака, стол, груша, лошадь). Обследуемому предлагается разложить карточки на столе таким образом, чтобы вместе лежали те, которые друг другу подходят. После того, как на столе оказываются разложенными 15-20 карточек, дается инструкция второго этапа работы. Говорится о том, что надо объединять все предметы так, чтобы в каждой группе лежали предметы «похожие, подходящие» и их можно было обозначить одним названием. Второй этап заканчивается, когда с той или иной степенью полноты и правильности оказываются выделенными основные группы: мебель, посуда, одежда, инструменты, транспорт, люди, фрукты, овощи, птицы, животные, измерительные приборы, учебные пособия. При переходе к третьему этапу сообщается, что следует объединить созданные по принципу «похожие, подходящие» группы так, чтобы их стало как можно меньше (при необходимости можно показать на примере каких-то 2-3 групп, как это можно сделать). Ошибки обследуемого на разных этапах работы оцениваются по-разному. Обнаруживаются конкретно-ситуационные группы, выявляется способность к простым обобщениям, может проявиться тенденция к формированию слишком дробных групп, вплоть до создания группы из одного предмета с субъективной трактовкой такого выбора или к созданию одноименных групп, что может быть свидетельством нарушения концентрации внимания. Группы могут быть неравномерными — одни чрезвычайно обобщенные, другие — детализированные, что свидетельствует о непоследовательности мышления. Ответы и доводы ребенка, исправления, которые он вносит в работу, являются ценным материалом для анализа особенностей его мышления. При умственном недоразвитии больные зачастую не могут подобрать общее понятие для обозначения группы.

На третьем этапе выявляется, доступно ли обследуемому понимание сложных обобщений. При конкретности мышления и затрудненных процессах абстрагирования ребенок может успешно справиться со вторым этапом и не суметь самостоятельно завершить третий этап. При сужении объема внимания и недостаточности процессов опера-

тивной памяти, снижении умственной работоспособности обследуемых затрудняет обилие карточек на втором этапе, а на третьем они могут действовать увереннее.

В целом, у детей с органическими поражениями головного мозга данная методика хорошо выявляет нарушения операционной и динамической сторон мыслительной деятельности, которые проявляются в виде разной степени выраженности снижения уровня обобщений, конкретности суждений, инертности мыслительных процессов, ухудшения скоростных параметров и темпа мыслительных операций и др.

ИСКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ

Метод предназначен для исследования аналитико-синтетической деятельности, умения совершать операции сравнения и обобщения. В отличие от «Классификации предметов» он в меньшей степени регистрирует уровень умственной работоспособности, устойчивость процессов внимания, а больше ориентирован на выявление логической обоснованности и правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.

Для проведения эксперимента используется набор карточек, на каждой из которых нарисовано по 4 предмета. Всего таких карточек 20, расположенных по степени нарастающей трудности. Обычно их и раскладывают по степени нарастающей трудности. В инструкции говорится: «Перед Вами на каждой карточке 4 предмета. Три из них между собой сходны, их можно назвать одним названием, а четвертый не подходит. Нужно сказать, какой предмет не подходит и как можно назвать остальные три». Первая карточка анализируется вместе с психологом, далее испытуемый должен работать самостоятельно. Методика являет собой типичный образец моделирования процессов синтеза и анализа в мышлении. Степень сложности задач, которые провоцируют больных со сниженным интеллектом на ошибки, соответствует уровню интеллектуального снижения. Конкретность мышления, непонимание абстракции обнаруживается в том, что больные пытаются вместо задачи обобщения и выделения идти по пути практического использования и ситуационного связывания предметов.

Для повторного использования методики необходимо применять два или три равных по трудности набора. Анализ данных преимущественно качественный.

ТЕСТ БЕНТОНА

Методика предназначена для исследования зрительной памяти, непосредственного зрительного восприятия. Стимульный материал представляет собой 10 карточек, на которых изображены геометрические фигуры в различных комбинациях.

Каждая из карточек последовательно предъявляется испытуемому в течение 10 сек., с тем, чтобы он ее максимально точно запомнил, а затем воспроизвел изображение на листе бумаги или специальном бланке.

Успешность оценивается по количеству правильно воспроизведенных изображений и количеству ошибок. При этом оценка ответа производится по количественному и качественному показателям. Количественная оценка представляет собой сумму правильных воспроизведений, которая, будучи соотнесена с числом 10, дает своеобразный показатель умственной недостаточности.

Выделяют следующие ошибки, характерные для органических поражений мозга:

- увеличение малой фигуры;
- зеркальный разворот главной или малой фигуры;
- ротации на 90° или 180°;
- дублирование малой или основной фигуры;
- расположение малой фигуры между основными или внутри них;
- персеверация малой фигуры, основной фигуры;
- «слипание фигур»;
- пропуски фигур;
- дублирование одной и той же фигуры.

Считается, что наличие одной «органической» ошибки возможно и у психически здоровых испытуемых. Кроме того, анализу подвергаются и графические особенности рисунков. При этом диагностически значимыми являются: дрожание линий, дублирование их, несовпадение точек пересечения, изменение наклона линий более чем на 5°.

ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ

Методика применяется для исследования темпа сенсомоторных реакций и характеристик внимания, уровня умственной работоспособности. Стимульным материалом служат 5 таблиц квадратной формы, на которых в случайном порядке размещены числа от 1 до 25.

Процедура: обследуемый должен находиться на таком расстоянии от таблицы, чтобы видеть ее целиком. Ему дается инструкция отыскивать числа по порядку, указывая и называя их вслух. Психолог секундомером фиксирует время, затраченное на каждую таблицу, и допущенные ошибки.

Для оценки результатов сравнивают время, затрачиваемое обследуемым на каждую таблицу. Результаты можно выразить графически. Темп выполнения задания здоровыми чаще всего равномерный, поэтому существенное значение имеет анализ скоростных особенностей выполнения задания. Снижение темпа к концу исследования ука-

зывает на замедление подвижности нервных процессов. Пропуск чисел, показ вместо одной цифры другой свидетельствует о недостаточной концентрации внимания, а нарастание количества ошибок в 3-х последних таблицах — о снижении и истощаемости уровня умственной работоспособности. Кроме того, построенная графическая кривая истощаемости позволяет уточнить характер астенического состояния. При гиперстеническом варианте астении кривая истощаемости характеризуется высоким начальным уровнем, резким спадом и возвратом к начальному уровню, при гипостеническом варианте — невысоким исходным уровнем и постепенным, неуклонным снижением.

Методы исследования личности

ФРУСТРАЦИОННЫЙ ТЕСТ РОЗЕНЦВЕЙГА

Стимульный материал методики представляет собой контурные схематические рисунки, на которых изображены 2 (или более) человека, занятых еще незаконченным разговором. Одно из действующих лиц произносит определенные слова, ответ другого не приводится. Инструкция требует, чтобы обследуемый дал ответ вместо «молчащего» персонажа. Выражение лица персонажей намеренно носит неопределенный характер для того, чтобы облегчить проекцию непосредственных переживаний испытуемого, отвечающего за анонимного индивида, который находится в ситуации фрустрированности.

Ситуации, представленные в тексте, можно разделить на две основные группы:

1. Ситуация «препятствия». В этих ситуациях какое-либо препятствие, персонаж или предмет озадачивают, сбивают с толку словами или другим каким-либо способом того, за кого должен отвечать обследуемый.
2. Ситуация «обвинения». Обследуемый при этом ставится как бы в позицию персонажа, которому предъявляется обвинение.

Каждый ответ оценивается с точки зрения двух критериев: направления и типа реакции. С точки зрения направления реакции делятся на:

1. Экстрапунитивные (реакция направлена на окружение в форме подчеркивания степени выраженности фрустрирующей ситуации, осуждение внешней причины фрустрации или вменение разрешения данной ситуации другому лицу).
2. Интрапунитивные (реакции направлены субъектом на самого

себя: обследуемый принимает вину на себя или берет ответственность за исправление данной ситуации).

3. Импульсивные реакции (фрустрирующая ситуация рассматривается обследуемым как малозначащая, как отсутствие чьей-либо вины или нечто такое, что может быть исправлено само собой, если немного подождать).

Реакции различаются также с точки зрения их типов:

1. Тип реакции «с фиксацией на препятствии» (в ответе испытуемого препятствие, вызвавшее фрустрацию, всячески подчеркивается или интерпретируется как своего рода благо, или описывается как не имеющее серьезного значения).
2. Тип реакции «с фиксацией на самозащите» (главную роль в ответе испытуемого играет защита своего «Я» и порицание кого-то или признание его вины, или же ответственность за фрустрацию никому не приписывается).
3. Тип реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности» (ответ направлен на разрешение проблемы: а) реакция принимает характер требования помощи от других лиц для разрешения ситуации; б) испытуемый как бы берется сам за разрешение ситуации или в) считает, что время и ход событий приведут к ее исправлению).

Обработка результатов состоит, во-первых, из подсчета коэффициента социальной адаптации. Во-вторых, исходя из преобладающего типа реагирования, выделяются характеристики, в основном направленные на сопротивление индивида фрустрирующим факторам, или, наоборот, свидетельствующие о слабости позиции личности, уязвимости ее, а также признаки адекватного реагирования. В-третьих, изучаются тенденции, позволяющие прогнозировать эмоциональные реакции обследуемого на различные жизненные трудности и помехи на пути реализации собственных намерений.

ТЕСТ РУКИ

Тест руки является проективной методикой исследования личности, предназначенной, прежде всего, для диагностики уровня и структуры агрессивности. При однократном использовании теста диагностируется преимущественно агрессивность как характеристика актуального состояния, тогда как при многократном применении теста его результаты могут интерпретироваться с точки зрения выраженности агрессивности как устойчивой личностной черты.

В качестве стимульного материала используются 9 карточек с изображением кисти человеческой руки нейтрального характера и не несущие никакой смысловой нагрузки. На десятой карточке изображение отсутствует.

Обследуемому в заданной последовательности предъявляют 10 карточек и просят ответить на вопрос: «Что, по Вашему мнению, делает эта рука?» При необходимости вопрос уточняется: «Как Вы думаете, что делает человек, которому принадлежит рука? Назовите варианты, которые Вы можете представить».

Считается, что рисунки рук служат визуальным стимулом, провоцирующим тенденции к действиям, типичным для определенного человека. Подсчет очков представляет собой арифметическую разницу между суммой тенденций к агрессивности и доминантным действиям, с одной стороны, и суммой кооперативных и неагрессивных действий – с другой. Методика рекомендуется для изучения эмоциональных и поведенческих особенностей детей, она позволяет получить ряд психологических прогностических критериев.

МЕТОДИКА «РИСУНОК СЕМЬИ»

Относится к группе проективных методик для анализа внутрисемейных отношений. Ребенку предлагается на листе белой бумаги нарисовать свою семью. При этом категорически нельзя комментировать само содержание слова «семья». После выполнения задания проводится беседа по рисунку. Интерпретация рисунка включает: 1) анализ структуры рисунка (последовательность рисования членов семьи, их пространственное расположение, наличие пропусков отдельных членов семьи, отличия в формах и пропорциях отдельных фигур; 2) анализ графических особенностей рисунка; 3) анализ процесса рисования. В результате обследования можно получить достаточно полную информацию об основных параметрах эмоционального отношения ребенка с членами семьи, особенностях его эмоциональных реакций, в целом о внутрисемейных взаимодействиях и др.

ТЕСТ КЭТТЕЛЛА

(Детский вариант)

Тест Кэттелла позволяет определить ряд личностных особенностей больных. Определяется (по 10-балльной шкале) степень выраженности личностных характеристик, представленных в виде двух полярных определений 12 факторов.

Характерными особенностями личностной сферы детей с органическими заболеваниями ЦНС являются повышенная тревожность, неуверенность в себе, чувство общей напряженности, раздражительности, повышенная психологическая ранимость, сниженная стрессоустойчивость, склонность к страхам и опасениям. Применение теста Кэттелла возможно у интеллектуально сохранных детей без выраженных двигательных расстройств.

Низкие значения (1-3 балла)	Фактор	Высокие значения (8-10 баллов)
Замкнутость, недоверчивость, равнодушие	A+	Открытость, общительность, эмоциональность
Склонность к конкретности мышления, ограниченный объем знаний	B+	Способность к отвлеченному, абстрактному мышлению, большой объем знаний
Эмоциональная неустойчивость, ранимость, низкая фрустрационная толерантность, конфликтность	C+	Эмоциональная устойчивость, уверенность в себе, устойчивость к фрустрации, уравновешенность
Инертность, флегматичность, ригидность	D+	Возбудимость, реактивность, интенсивность
Подчиняемость, уступчивость, зависимость	E+	Доминирование, упрямство, независимость, агрессивность
Осторожность, серьезность, рассудительность	F+	Легкомыслие, жизнерадостность, беспечность
Несознательность, безответственность, недисциплинированность	G+	Сознательность, ответственность, дисциплинированность
Застенчивость, робость, чувствительность к угрозе	H+	Бесстрашие, склонность к риску, интерес к противоположному полу
Реалистичность, практичность, твердость	+J+	Чувствительность, сензитивность, мягкость
Спокойствие, безмятежность, оптимистичность	O+	Тревожность, склонность к мрачным опасениям и самообвинению
Слабый волевой контроль, плохое понимание социальных нормативов	Q3+	Сильный волевой контроль, хорошее понимание социальных нормативов
Расслабленность, спокойствие, удовлетворенность	Q4+	Напряженность, раздражительность, неудовлетворенность

5 ГЛАВА

СОСТОЯНИЕ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ, ЛИЧНОСТИ И ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ ДЦП

МНОГОПЛАНОВОСТЬ клинических проявлений нарушений психических функций при ДЦП обуславливает необходимость комплексного подхода к их изучению и коррекции. Однако, вплоть до последних лет исследование этих вопросов ограничивалось преимущественно их психопатологическими аспектами.

В то же время сложная картина наблюдаемых расстройств требует применения медико-психологических методов исследований, позволяющих оценить характер, степень и структуру нарушений высших психических функций, определить психологические механизмы их возникновения, а также выделить сохранные стороны психики. Все это имеет большое значение как для ранней диагностики

психических расстройств, так и для осуществления адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий, а также для определения прогностических критериев течения заболевания, выбора путей обучения детей с ДЦП. Практически неизученным остается вопрос о характере динамики психических нарушений при ДЦП, в том числе и под влиянием различных лечебных и восстановительных программ.

Проблема динамики психических расстройств в клинике ДЦП имеет особое значение для детской неврологии и психиатрии. Как известно, динамика олигофрений и большинства других психических и неврологических проявлений резидуально-органических заболеваний головного мозга у детей обычно носит «непрогредиентный» (П.Б.Ганнушкин, 1964) или «эволютивный» (Г.Е.Сухарева, 1965) характер. Ее особенности обусловлены активными процессами компенсации и репарации, свойственными детскому организму, а также эволюцией возрастного созревания. Положительная возрастная динамика этих заболеваний, в том числе олигофрении, выражается в постепенном улучшении у таких детей под влиянием адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий различных функций, в частности психических показателей. При этом подчеркивается, что такая динамика более свойственна больным с относительно неглубокими степенями поражения головного мозга, в том числе с неосложненной формой олигофрении в степени дебильности (В.В. Ковалев, 1979). Однако результаты ряда исследований свидетельствуют, что благодаря пластичности функций детского мозга при оптимальных лечебно-коррекционных воздействиях возможна определенная компенсация и более тяжелого резидуального двигательного или интеллектуального дефекта. А.И.Селецкий (1987) наблюдал этот процесс у больных с атипичными формами олигофрении. Относительно благоприятный прогноз в отношении восстановления нарушенных психических функций у больных ДЦП с легкими задержками психического развития отмечается многими авторами (В.В.Ковалев, 1979; Э.С.Калижнюк, 1987).

Недостаточная изученность этиопатогенетических механизмов ДЦП, особенностей разнообразных клинических проявлений этого заболевания, приводящего во многих случаях к инвалидизации детей и резкому ухудшению их социальной адаптации, детерминируют особую актуальность разработки эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Исходя из положений теорий функциональных систем о целостном афферентном синтезе, о роли мотиваций как основного стимула произвольной двигательной активности и неразрывно с ней связанной психической деятельности, о наличии у детей большого числа гибких динамических связей и значительной пластичности их головного мозга, рядом авторов обосновывается необходимость комплексного подхода к медико-психологической реабилитации больных ДЦП

(М.Б.Эйдинова, Е.К.Правдина-Винарская, 1959; К.А.Семенова, 1969, 1976; К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова, М.Я.Смуглин, 1972; К.А.Семенова, Н.М.Махмудова, 1979; Л.О.Бадалян, 1984; К.А.Семенова, А.Е.Штеренгерц, В.В.Польской, 1986; С.К.Евтушенко, 1989; В.С.Подкорытов, П.Р.Петрашенко, Л.Н.Мальшко, 1993; В.И.Козьявкин, 1995; W. Phelps, 1953, 1956; B.Bobath, K.Bobath, 1956, 1974; V.Vojta, 1983, 1998; H.Knupfer, F.Rathe, 1982; L.F.Shestopalova, 1996; V.Kozijavkin, 1995, 1997).

Однако до последнего времени не существовали достаточно эффективные методы, стойко воздействующие на различные психические нарушения у больных, в связи с чем поиски в этом направлении остаются актуальными, теоретически и практически оправданными.

Так, В.Литтль, указывая, что у большинства больных с церебральными параличами, помимо двигательных нарушений, имеет место умственная отсталость, отмечал, что их правильное воспитание и обучение может дать неожиданно быстрые и большие успехи. Й.Лангмейер, З.Матейчек (1984) подчеркивают, что у детей с ДЦП мы зачастую являемся свидетелями удивительного развития умственных способностей. Причем, иногда это может происходить уже в позднем школьном возрасте, когда больного ребенка путем интенсивной реабилитации удалось «поставить на ноги» в прямом смысле этого слова. Ряд авторов (Н.А.Бернштейн, 1935, 1966; К.А.Семенова, 1968; А.С.Батуев, 1970; Б.Г.Ананьев, 1969; П.К.Анохин, 1975; В.И.Козьявкин, 1995 и др.) считает, что двигательный анализатор выполняет функцию связи между другими анализаторами, организуя координацию их деятельности в сложных поведенческих актах. Поэтому при ДЦП, когда имеет место поражение двигательного анализатора, нарушаются системные связи и между другими анализаторами, что в конечном итоге отражается на темпе и характере психического развития ребенка.

Исходя из этого положения, можно предположить, что адекватные лечебные воздействия, направленные на улучшение моторики у больных ДЦП, не только положительно влияют на их двигательную сферу, но и позитивно отражаются на многих относительно простых и сложных психических функциях, повышая тем самым эффективность механизмов биологической и социальной адаптации. Ключевым звеном в решении этой проблемы может явиться разработка для больных ДЦП именно таких, адекватных для стимуляции функциональной активности большинства анализаторов организма, лечебно-реабилитационных мероприятий (В.И.Козьявкин, 1994, 1996).

Однонаправленный положительный характер динамики основных клинических проявлений ДЦП (улучшение показателей моторики, речевых и психических функций) свидетельствует, что предложенная система интенсивной нейрофизиологической реабилитации значительно повышает адаптационно-компенсаторные возможности

больных (В.И.Козьявкин, 1995; V.Kozijavkin, 1995, 1997). Очевидно, что система интенсивной нейрофизиологической реабилитации имеет широкую направленность своего саногенетического действия. В его основе, возможно, лежит «запуск» в ходе терапевтических мероприятий мощных нейробиологических и нейропсихологических механизмов саногенеза, сформированных в фило- и онтогенезе. Одной из детерминант такого эффекта может явиться происходящая во время лечения структурно-функциональная перестройка обеспечения деятельности ряда систем головного мозга ребенка с церебральным параличом. Наблюдаемая при этом значительное улучшение системных связей между различными анализаторами заметно повышает продуктивность многих психических функций больных ДЦП. В свою очередь, это положительно влияет на состояние и возможности адаптационных механизмов детей, обеспечивая тем самым позитивные сдвиги в уровне их социально- психологической адаптации (В.С.Мерцалов, Н.П.Волошина, В.И.Козьявкин и др., 1993; Л.Ф.Шестопалова, В.И.Козьявкин, 1993; В.И.Козьявкин, 1997; V.Kozijavkin, 1997).

С целью объективизации динамики продуктивности ряда высших психических функций у больных ДЦП, наблюдаемой в процессе проведения интенсивной нейрофизиологической реабилитации, было осуществлено комплексное психодиагностическое обследование 300 таких детей.

Исследование включало в себя применение психодиагностических (патопсихологических и нейропсихологических) методов, а также специальной стандартизированной анкеты для родителей больного ребенка, позволяющей подробно проанализировать особенности его жизнедеятельности. Исследование было направлено на изучение состояния ряда высших психических функций у больных ДЦП (внимание, память, мышление), их личностных особенностей и интеллекта. Кроме того, изучался характер микросоциальной адаптации каждого ребенка. Все больные обследовались дважды на протяжении каждого курса интенсивной реабилитации: первый раз до начала их лечения в Институте проблем медицинской реабилитации, второй — после его окончания.

Одними из объективных показателей адаптационных возможностей ребенка могут служить данные об особенностях его эмоционального и поведенческого реагирования, как в повседневной жизни, так и в особо значимых ситуациях. Обобщение характеристик эмоциональной и поведенческой сфер больных ДЦП до и после каждого из курсов интенсивной реабилитации производилось с учетом данных специальных стандартизированных опросов их родителей.

В разработанной анкете родителям предлагалось оценить в баллах наличие и уровень выраженности у своего ребенка каждого из 22 возможных вариантов и форм эмоционального и поведенческого реа-

гирования, составляющих их стандартизованный перечень. Так как выраженность каждого варианта могла быть оценена родителями в диапазоне от 0 до 2 баллов, разброс суммарных показателей мог колебаться у разных больных от 0 до 44 баллов. Причем, чем выше оказывалась у ребенка набранная сумма баллов, тем, обычно, менее адекватным было его поведение. Соответственно было выделено 4 уровня его возможностей социальной адаптации: I – (1 – 11 баллов) – высокий; II – (12 – 22 балла) – хороший; III – (23 – 33 балла) – удовлетворительный; IV – (34 – 44 балла) – неудовлетворительный. Была выявлена достоверная зависимость между тяжестью болезненного состояния ребенка и возможностями его социальной адаптации. Выделенные её уровни выступали в качестве усредненных показателей функционального состояния основных систем: двигательной, речевой и психической. Только достаточная степень гармоничного развития всех указанных систем у ребенка могла обеспечить ему высокий (I) или хороший (II) уровень адаптационных возможностей. И, наоборот, выраженная недостаточность, существенное отставание в развитии даже одной из этих сфер резко снижала уровень его адаптации. Причем, чем грубее были такие нарушения и чем больше сфер жизнедеятельности ребенка они охватывали, тем резче снижались его адаптационные возможности (III-IV уровни). Результаты проведенного нами исследования уровней социальной адаптации при различных клинических формах ДЦП представлены в табл. 7.

Следует подчеркнуть, что приведенная систематизация адаптационных возможностей у больных ДЦП не исчерпывает всего многообразия имеющихся вариантов. Она носит достаточно условный и обобщенный характер. В процессе заболевания уровни социальной адаптации детей могут существенно меняться как в сторону улучшения, так и в противоположную. Важным для ребенка с ДЦП является не только сам факт наличия у него той или иной формы двигательных расстройств, присутствие в клинической картине болезни определенных вариантов речевых или психических нарушений. Существенную роль в процессе его социальной адаптации могут сыграть степень выраженности дефекта в каждой из сфер его жизнедеятельности, особенности сочетания у конкретного больного разных клинических синдромов. Определяющее значение для успешности или неуспешности приспособительного поведения ребенка имеет уровень предъявляемых к нему требований социальной микросредой, понимания ближайшими родственниками особенностей его адаптационных возможностей, в целом, стратегия его воспитания. Адаптационные ресурсы ребенка весьма пластичны и имеют тем больший потенциал, чем меньше возраст ребенка, особенно при условии проведения ему своевременных и адекватных лечебно-реабилитационных и психолого-педагогических мероприятий.

ТАБЛИЦА 7

Характер социальной адаптации у больных ДЦП с разной степенью тяжести клинических проявлений заболевания

Клиническая форма ДЦП	Речевые нарушения	Психические нарушения	Уровень социальной адаптации
Спастические моно- и гемипарезы	нет нет да да	нет да нет да	обычно I-II чаще II-III чаще II-III чаще III
Спастические диплегии и тетрапарезы	нет нет да да	нет да нет да	обычно II-III чаще III-IV чаще III чаще IV
Атонические формы	нет да нет да	нет нет да да	чаще II чаще II-III чаще III обычно III-IV
Гиперкинетические формы	нет да нет да	нет нет да да	чаще II чаще II-III чаще II-III обычно III-IV
Смешанные формы	нет да нет да	нет нет да да	чаще II-III чаще III чаще III-IV чаще IV

Согласно данным опроса родителей, разной степени выраженности эмоциональные и поведенческие нарушения имелись у больных со всеми клиническими формами ДЦП не только в стрессовых, но и в привычных, бытовых ситуациях (см. табл.8).

Характер нарушений эмоциональности и поведения у больных с различными клиническими формами ДЦП (усредненные показатели)

Клинические формы ДЦП	Выраженность нарушений в баллах	
	эмоционального реагирования	поведенческого реагирования
Спаستические моно- и гемипарезы	6,4	17,8
Спастические диплегии и тетрапарезы	10,8	26,3
Атонические формы	19,2	20,9
Гиперкинетические формы	25,6	23,6
Смешанные формы	16,3	17,8

Изучение особенностей эмоционального и поведенческого реагирования детей с различными клиническими формами ДЦП показало существование у них определенных отличий. Так, эмоциональные нарушения были в меньшей мере выражены в группе детей со спастической диплегией (14,7 балла), в большей — у больных с левосторонним гемипарезом (22,4), с гиперкинетической формой (25,6) и тетрапарезом (21,8). Поведенческие расстройства также отмечались во всех группах обследованных больных и в определенной мере коррелировали с эмоциональными нарушениями: разнообразные расстройства поведения были более тяжелыми при тетрапарезе (24,8 балла), гиперкинетической форме (23,6), левостороннем гемипарезе (20,3), атонически-астатических формах (20,9).

Анализ отмеченных родителями особенностей и форм эмоционального и поведенческого реагирования ребенка, как в привычных, так и в стрессовых ситуациях, дает определенное представление о характере некоторых личностных особенностей больных ДЦП. Полученные сведения в целом соответствовали результатам психопатологического обследования этих детей и подтверждали их. Однако для большей объективизации как данных опроса и анкетирования родителей, так и результатов клинко-психопатологического наблюдения, было дополнительно проведено специальное психологическое исследование.

дование детей с церебральными параличами.

Для выявления основных нарушений высших психических функций, интеллекта и личности, а также их динамики в процессе лечения были использованы разработанные в отечественной и зарубежной медицинской психологии основные подходы и методики медико-психологического обследования больных, что позволило реализовать задачу комплексного подхода к исследованию. Комплексное психодиагностическое исследование детей с ДЦП проводилось в двух основных методических направлениях:

- 1) психодиагностическое, направленное на изучение характера, степени выраженности нарушений интеллекта и личности больных, а также их динамики в ходе лечения;
- 2) нейропсихологическое, позволяющее определить изменения различных высших психических функций, а также на их основе функциональное состояние отдельных структур мозга.

Одним из ведущих направлений в комплексном психодиагностическом исследовании выступало изучение основных личностных особенностей больных церебральными параличами.

С этой целью был использован детский вариант личностного опросника Кэттелла (R. В. Cattell, K. Derger, 1972; Э. М. Александровская, И. Н. Гильяшева, 1978; Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов, 1989). С его помощью у обследуемых больных определялась степень выраженности ведущих черт и свойств личности.

Необходимо отметить, что исследование с помощью теста Кэттелла проводилось только у интеллектуально достаточно полноценных детей, которые достигли восьмилетнего или более старшего возраста и не имели грубых нарушений моторики хотя бы в одной из рук.

Исследование показало, что исходный профиль личности большинства больных ДЦП, независимо от характера доминирующих в клинической картине заболевания двигательных и речевых нарушений, отличался высокими значениями факторов О ($7,5 \pm 1,4$ балла), Q_4 ($6,5 \pm 1,8$), G ($6,3 \pm 2,0$), низкими — факторов С ($4,1 \pm 0,8$), В ($4,3 \pm 1,7$), Е ($4,2 \pm 1,1$) (см. табл. 15). Усредненный профиль больных данной группы с учетом максимальных и минимальных значений факторов может быть условно выражен формулой OQ_4G -СВЕ. Доминирующими личностными чертами больных явились повышенная тревожность, неуверенность в себе, склонность к постоянным сомнениям и опасениям (фактор О), чувство постоянной напряженности, общей раздражительности, неудовлетворенности собой и окружающими (фактор Q_4), чувство повышенной ответственности и контроля (фактор G). При этом они обнаруживали эмоциональную неуравновешенность, повышенную психологическую ранимость, сниженную устойчивость к психологическим нагрузкам (фактор С). Обращало на себя внимание наличие у части больных относительно ограниченного запаса зна-

ний и сведений, преобладание конкретности в мышлении (фактор В).

Эти данные свидетельствуют, что даже у тех больных ДЦП, у которых клинико-психопатологическим методом не обнаруживались явные личностные изменения, все же имела место латентная тенденция к постепенному их формированию.

Психодиагностическое исследование интеллекта больных проводилось с помощью следующих методик: тест оценки вербального интеллекта (British Picture Vocabulary Scale /BPVS/, long form), тест Равена (использовался цветной вариант теста для детей в возрасте от 5 до 11 лет, черно-белый — для детей старше 11 лет). Процедуры проведения, обработки и анализа полученных результатов соответствовали общепринятым (Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов, 1989). Применение этих двух тестов оценки интеллекта позволило более полно исследовать как вербальный (тест BPVS), так и невербальный интеллект (тест Равена). Немаловажное значение при выборе этих тестов имело то обстоятельство, что они позволяют адекватно оценить интеллект у детей с выраженными двигательными расстройствами, а также у лиц, принадлежащих к разной языково-культурной среде.

Исследование с помощью теста BPVS позволяет получить данные об индивидуальном уровне интеллектуального развития испытуемого (IQ) в баллах, соотносимых с вышеприведенной классификацией. Тест Равена позволяет оценить уровень интеллекта (IQ), рассчитанный в процентилях.

Данные динамического исследования уровня интеллектуального развития детей с ДЦП по тесту BPVS содержатся в табл. 9.

Как показали результаты исследования интеллекта больных ДЦП с помощью теста BPVS (см. табл.9), среднее значение уровня интеллектуального развития у детей, способных понять и выполнить требования инструкции психолога, превышало уровень зоны умственного дефекта. Средний показатель IQ в этой группе до начала нашего лечения составил 71,6 балла. При сопоставлении усредненных показателей IQ у больных с различными клиническими формами ДЦП было отмечено, что наиболее низким он был у детей с атонически-астатической формой заболевания (62,3 балла), со спастическими нижними диплегиями (64,8 балла) и тетрапарезами (61,1 балла). При этом у больных, страдающих спастическими моно- и гемипарезами, обнаружались самые высокие показатели IQ — 76,2 балла.

Как уже отмечалось ранее, исследование с помощью теста BPVS позволяет оценить интеллектуальный уровень человека через оценку состояния преимущественно вербального интеллекта. Для изучения динамики преимущественно невербального интеллекта, а также для повышения объективизации наблюдаемых нарушений было проведено исследование уровня интеллекта больных с помощью теста Равена.

ТАБЛИЦА 9

Результаты исследования интеллекта у больных с различными формами ДЦП (усредненные показатели)*

Клинические формы ДЦП	Показатели	
	По данным теста ВРВС (в баллах)	По данным теста Равена (в процентилях)
Спаستические моно- и гемипарезы	76,2	20,1
Спастические диплегии и тетрапарезы	63,4	19,1
Атонические формы	62,3	11,8
Гиперкинетические формы	68,2	26,4
Смешанные формы	69,3	18,6

В тесте Равена, как уже отмечалось ранее, каждое задание может быть рассмотрено как определенное целое, состоящее из ряда взаимосвязанных друг с другом элементов. Испытуемый первоначально производит глобальное оценивание задания-матрицы, а затем осуществляет аналитическую перцепцию с выделением принципа, принятого при разработке каждой серии заданий. Потом выделенные элементы включаются в целостный образ, что и способствует правильному решению (Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов,1989). Таким образом, тест Равена преимущественно адресован к невербальному интеллекту.

Средний показатель интеллектуальной продуктивности, по данным теста Равена в группе обследованных больных ДЦП до начала проведения им лечебно-реабилитационных мероприятий, составил 21 перцентиль. При этом (см. табл.9) наименьшим он был у большинства детей с атонически-астатической формой заболевания (11,8 процентиля в среднем), а наиболее высоким — у детей с его гиперкинетическими формами (26,4 процентиля в среднем).

Распределение больных ДЦП, обследованных с помощью теста Равена до начала лечения по зонам интеллектуального развития показано в табл. 10.

* В исследование с помощью теста ВРВС не были включены больные ДЦП, страдающие глубокими формами умственной отсталости (имбецильностью, идиотией).

Распределение больных с разными клиническими формами ДЦП по зонам интеллектуального развития до начала лечения (по данным теста Равена)

Зоны интеллектуального развития	Количество больных (в %)
I зона (высокая норма)	—
II зона (хорошая норма): II + II — Всего:	3,0 — 3,0
III зона (средняя зона): III + III — Всего:	17,0 17,0 34,0
IV зона (пограничное состояние): IV + IV — Всего:	3,0 22,0 25,0
V зона (умственный дефект)	38,0

Согласно результатам обследования больных ДЦП до начала лечения наиболее значительное их число (38,0%) находилось в зоне интеллектуального дефекта (V зона). 25,0% детей соответствовали зоне пограничного интеллектуального состояния (IV зона), либо средней норме интеллектуального развития (34,0% — III зона). Хорошую норму (II зона) обнаруживало лишь 3,0% обследованных, а в I зоне — высокой нормы — не было выявлено ни одного ребенка с ДЦП.

Результаты исследования интеллектуальных возможностей больных ДЦП с помощью психологических тестов BPVS и Равена в основном согласовывались с данными клинико-психопатологического изучения этих детей и подтверждали большинство из них. Они убедительно показали, что интеллектуальная несостоятельность ребенка с ДЦП является одним из ведущих и частых синдромов в клинической картине этого заболевания. В целом, уровни развития вербального и невербального интеллекта у этих больных достаточно соответствовали друг другу. Однако в группе детей с гиперкинетическими формами ДЦП наблюдались противоположные соотношения: если показатель вербального интеллекта соответствовал зоне легкой дебиль-

ности (68,2 балла), то показатель невербального находился в пределах нижней границы средней нормы (III зона — 26,4 процентиля). Такая диссоциация в показателях вербального и невербального интеллекта у данной категории больных ДЦП может отражать сложность патогенетических механизмов заболевания и нуждается в дополнительном изучении.

С целью исследования особенностей состояния ряда высших психических функций у больных ДЦП (внимания, памяти, мышления) нами был использован комплекс нейропсихологических тестов. Применялся набор проб А.Р.Лурия (1962, 1969) с включением ряда сенсibiliзированных субтестов из стандартизированного комплекта диагностических нейропсихологических методик, разработанных в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева (Л.И.Вассерман, С.А.Дорофеева и др., 1987). Проводившиеся пробы были адаптированы к детскому возрасту. С помощью нейропсихологических проб изучались:

- 1) различные параметры произвольной вербальной памяти (объемы непосредственного и отсроченного воспроизведения, влияние гомогенной и гетерогенной интерференции на процессы запоминания);
- 2) произвольное внимание (объемы, состояние процессов внимания, его активационные и динамические параметры);
- 3) мыслительные операции (уровень обобщений, анализа и синтеза, уровень продуктивности и его колебания, произвольно-регуляторный компонент мыслительной деятельности, активационные и динамические характеристики).

Полученные при проведении нейропсихологических исследований результаты подвергались количественной и качественной обработке и математическому анализу. Количественная обработка была направлена на оценку степени выраженности нарушений каждого параметра изучаемой функции, а также на выделение сохранных ее звеньев. Помимо общепринятых для каждой конкретной методики способов обработки результатов, полученные данные переводились в систему балльных оценок, согласно которой отсутствие нарушений функции оценивалось в 0 баллов, легкая степень нарушений — в 1 балл, умеренная — 2, грубая — 3.

Данные о состоянии мнестических функций у больных с различными клиническими формами ДЦП представлены в табл. 11. Следует отметить, что, несмотря на определенные отличия в степени выраженности нарушений, их изменения, в целом, отличались однородной направленностью.

Исследование показало, что у больных ДЦП имелись различные нарушения вербальной памяти, среди которых доминировали сужение объемов оперативной памяти ($2,4 \pm 0,4$ балла), нарушения се-

лективности мнестических процессов ($2,1 \pm 0,3$), неустойчивость следов памяти в условиях гетерогенной ($2,0 \pm 0,8$) и гомогенной ($2,1 \pm 0,6$) интерференции, сужение объемов отсроченного ($2,0 \pm 0,4$) и непосредственного ($1,6 \pm 0,3$) воспроизведения (см. табл.11). Обнаруживалось наличие определенной взаимосвязи между характером нарушений вербальной памяти и состоянием произвольного внимания у детей с ДЦП. Согласно результатам проведенного до начала лечения исследования функций произвольного внимания, для большинства таких больных, независимо от характера и степени тяжести двигательных, речевых и психических нарушений, было свойственно ухудшение всех его показателей.

ТАБЛИЦА 11

Характеристика степени выраженности нарушений функций вербальной памяти у больных ДЦП до начала реабилитации

Нарушения функций вербальной памяти	Усредненные показатели выраженности нарушений памяти до лечения (в баллах)
Сужение объема непосредственного воспроизведения	$1,6 \pm 0,3$
Сужение объема отсроченного воспроизведения	$2,0 \pm 0,4$
Влияние гомогенной интерференции	$2,1 \pm 0,6$
Влияние гетерогенной интерференции	$2,0 \pm 0,8$
Нарушение селективности мнестических процессов	$2,1 \pm 0,3$
Сужение объемов оперативной памяти	$2,4 \pm 0,4$

Как показано в табл. 12, у детей с церебральными параличами, как правило, обнаруживались значительные расстройства произвольного внимания в виде недостаточности его процессов ($2,4 \pm 0,3$ балла), повышенной истощаемости функций внимания ($2,4 \pm 0,5$), дефектов произвольной регуляции ($2,2 \pm 0,4$), нарушений селективности ($2,0 \pm 0,4$), сужения объемов ($2,0 \pm 0,4$), недостаточности динамических параметров ($1,8 \pm 0,3$). Несмотря на то, что приведенные

данные имеют усредненный характер, они в целом отражают имеющееся у таких больных разной степени выраженности снижение показателей произвольного внимания.

ТАБЛИЦА 12

**Характеристика нарушений произвольного внимания
у больных ДЦП до реабилитации**

Нарушения функций произвольного внимания	Усредненные показатели выраженности нарушений внимания до лечения
Сужение объема	$2,0 \pm 0,4$
Недостаточность процессов внимания	$2,4 \pm 0,3$
Нарушения селективности	$2,0 \pm 0,4$
Истощаемость	$2,4 \pm 0,5$
Нарушения произвольной регуляции	$2,2 \pm 0,4$
Нарушения динамических параметров	$1,8 \pm 0,3$

Одной из наиболее интегративных и значимых высших психических функций человека является мышление. Именно его нарушения резко ограничивают возможности адаптации больного в обществе, обуславливают появление у него неадекватных, асоциальных и даже криминогенных форм поведения. Как отмечалось выше, клинико-психопатологическое обследование больных ДЦП выявило у большинства из них разного рода нарушения мыслительных функций. У значительной части этих детей отставание в умственном развитии выступало основным психопатологическим проявлением их заболевания. Каждая из форм умственной недостаточности, помимо специфических клинических проявлений, характеризовалась определенным показателем развития интеллекта — IQ. Известно, что низкие показатели последнего могут быть связаны с нарушением одной или многих психических функций. Поэтому специальное психологическое исследование состояния каждой из них может способствовать выявлению одного из важных звеньев патогенеза формирования умственной недостаточности у больных ДЦП. Это необходимо учитывать при назначении им индивидуальных форм лечебно-коррекционного воздействия в процессе интенсивной нейрофизиологической реабилитации.

Проведенное до начала лечения исследование состояния основных мыслительных функций у больных различными клиническими формами ДЦП обнаружило у большинства из них широкий спектр их изменений и нарушений. Как видно из табл. 13, практически у всех больных с церебральными параличами выявляются такие формы недостаточности функций мышления как повышенная истощаемость уровня умственной работоспособности (средний показатель по всей группе обследованных — $2,5 \pm 0,9$ балла), снижение уровня обобщений ($2,4 \pm 0,8$), импульсивность ($2,3 \pm 0,3$). Имеют место и такие расстройства мыслительных функций как нарушение скоростных характеристик мыслительных процессов ($2,0 \pm 0,6$), их инертность ($2,0 \pm 0,6$), нарушения селективности ($1,8 \pm 0,4$), инактивность ($1,7 \pm 0,4$), аспонтанность ($1,2 \pm 0,3$). Отмечено существенное снижение критичности ($1,2 \pm 0,3$).

Таким образом, проведенные психологические исследования подтвердили наличие у больных ДЦП широкого спектра нарушений психической сферы, что согласовывалось с данными клинко-психопатологического обследования этих детей и уточняло их. Эти исследования выявили дифференцированный характер формирующихся у ребенка с церебральным параличом расстройств личности, мыслительных функций, интеллектуальных возможностей, способностей к социальной адаптации. Количественная квалификация параметров развившихся у него психических отклонений и нарушений позволяет прогнозировать возможный при соответствующей терапии уровень биологической и социальной реабилитации такого больного. Она открывает возможность также контролировать адекватность применяемых лечебно-коррекционных воздействий, изменять, при необходимости, последующие курсы системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации, давать оптимальные рекомендации родителям по лечебно-педагогической тактике в отношении их детей.

Результаты комплексного психологического обследования больных ДЦП, проведенные непосредственно после окончания первого курса системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации, достоверно отразили и подтвердили произошедшие положительные сдвиги в их психическом статусе. По данным анкетирования родителей, больные ДЦП уже в процессе проведения курса реабилитации и, особенно, после завершения, становились более активными, живыми, общительными, у них расширялся круг интересов, уменьшались признаки пассивности, негативизма, эмоциональной неустойчивости, раздражительности. Улучшались сон, аппетит, фон настроения, общий жизненный тонус.

Как видно из табл. 14, в процессе проведения уже первого курса лечебно-реабилитационных мероприятий практически у всех больных наступали позитивные изменения в виде редукции эмоциональных и

ТАБЛИЦА 13

**Характеристика нарушений различных мыслительных функций у
больных с разными клиническими формами ДЦП
до начала реабилитации**

Нарушения мыслительных функций	Усредненные показатели выраженности нарушений (в баллах)
Аспонтанность	$1,2 \pm 0,8$
Инактивность	$1,7 \pm 0,4$
Инертность	$2,0 \pm 0,5$
Нарушения селективности	$1,8 \pm 0,4$
Нарушения критичности	$1,2 \pm 0,3$
Снижение уровня обобщений	$2,4 \pm 0,8$
Истощаемость	$2,5 \pm 0,9$
Импульсивность	$2,3 \pm 0,3$
Скоростные характеристики	$2,0 \pm 0,6$

поведенческих нарушений. В наибольшей степени положительные изменения были выражены у больных со спастической диплегией, гемипарезами, с гиперкинетической формой. Так, выраженность эмоциональных нарушений у больных со спастической диплегией до лечения составила 10,8 балла, после лечения – 4,1 балла, выраженность поведенческих отклонений до лечения – 26,3 балла, после – 16,2 балла, с гемипарезами – 6,4 и 4,2 балла, 17,8 и 12,2 балла соответственно; с гиперкинетической формой – 25,6 и 18,4; 23,6 и 16,7 баллов. Относительно менее выраженная положительная динамика отмечалась в группе больных с атонически-астатической формой (19,2 и 14,7; 20,9 и 18,7 баллов). Отрицательной динамики по данным параметрам в группе больных ДЦП после проведенного нами лечения выявлено не было.

Данные, полученные по результатам наблюдения за детьми их собственными родителями, согласуются с показателями психологического обследования этих больных после курса интенсивной

Динамика нарушений эмоционального реагирования и поведения у больных с различными формами ДЦП до и после реабилитации (по данным стандартизированного опроса родителей)

Группы больных	Показатели			
	Эмоциональные нарушения		Поведенческие нарушения	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Спаستические моно- и гемипарезы	6,4	4,2	17,8	12,2
Спастические диплегии и тетрапарезы	10,8	4,1	26,3	6,2
Атонически-астатическая форма	19,2	14,7	20,9	18,7
Гиперкинетическая форма	25,6	18,4	23,6	16,7
Смешанные формы	16,3	12,1	17,8	11,3

реабилитации, проведенного с помощью теста Кэттелла (см. табл.15).

Анализ полученных в ходе динамического исследования данных подтвердил, что после окончания уже первого курса лечения в психологическом статусе больных ДЦП имели место следующие позитивные изменения: улучшались показатели эмоциональной стабильности (значения фактора С до лечения $4,1 \pm 0,8$ балла, после лечения — $5,2 \pm 1,9$; $p \leq 0,05$), уменьшались явления общей напряженности, неудовлетворенности (значения фактора Q_4 соответственно, $6,5 \pm 1,8$ и $3,8 \pm 0,9$; $p \leq 0,05$), улучшался волевой контроль и произвольная регуляция поведенческих реакций, понимание социальных ситуаций (фактор J— $6,0 \pm 0,2$ и $4,4 \pm 1,0$; $p \leq 0,05$), уменьшалась тревожность, склонность к страхам и опасениям (фактор O — $7,5 \pm 1,4$ и $4,7 \pm 1,3$; $p \leq 0,05$), улучшался фон настроения, активность больных (фактор F— $4,8 \pm 0,9$ и $6,6 \pm 2,0$, $p \leq 0,05$).

Таким образом, у больных в процессе проведения им лечебно-реабилитационных программ происходит положительная трансформация паттерна показателей, отражающих актуальное психологическое состояние, уровень эмоционального реагирования, индивидуально-типологические и личностные особенности. Совокупность на-

ТАБЛИЦА 15

**Распределение средних значений факторов теста Кэттелла
у больных ДЦП до и после реабилитации**

Группы больных	Факторы											
	А	В	С	Д	Е	F	G	Н	I	О	Q ₃	Q ₄
Больные ДЦП до лечения	5,0±1,3	4,3±1,7	4,1±0,8	5,8±1,1	4,2±1,1	4,8±0,9	6,3±2,0	5,8±1,7	6,0±2,1	7,5±1,4	5,7±1,9	6,5±1,8
Больные ДЦП после лечения	5,1±1,1	4,8±1,2	5,2±1,9*	5,6±1,7	5,6±1,7*	6,6±2,0*	4,2±0,9*	5,8±1,3	4,4±1,0*	4,7±1,3*	5,8±1,4	3,8±0,9*

* Достоверность различий средних значений до и после лечения.

блюдаемых изменений детерминирует повышение адаптивного потенциала личности в целом. Отмеченные позитивные сдвиги должны получить свое дальнейшее закрепление и развитие на следующих этапах реабилитации и лечь в основу последующих оптимальных изменений индивидуально-личностных черт больных, повышения их адаптации в социуме.

Анализ динамики показателей уровня интеллектуального развития больных ДЦП, по данным теста BPVS, в процессе проведения им курса интенсивной нейрофизиологической реабилитации также подтвердил наличие положительных сдвигов в их психическом состоянии. В зависимости от особенностей клинических проявлений заболевания в разных группах обследованных детей они существенно отличались (см. табл.16).

ТАБЛИЦА 16

**Результаты исследования интеллекта у больных
с различными формами ДЦП (по данным теста BPVS)**

Группы больных	Показатели IQ (в баллах)	
	До лечения	После лечения
Спастические моно и гемипарезы	76,2	89,4
Спастические диплегии и тетрапарезы	63,4	79,2
Атонически астатическая форма	62,3	70,1
Гиперкинетическая форма	68,2	83,4
Смешанные формы	69,3	73,3

Наиболее выраженное возрастание продуктивности интеллектуальных функций имелось у больных со спастической диплегией (76,2 балла — зона пограничного состояния — до лечения и 89,4 балла — зона низкой нормы — после лечения; $p \leq 0,05$) и гиперкинетической формой (соответственно 68,2 балла — зона умственной отсталости и 83,4 балла — зона низкой нормы; $p \leq 0,05$). Значительное улучшение интеллектуальной продуктивности обнаружено также у больных с гемипаретической формой, особенно с левосторонним гемипарезом (74,2 и 85,4 балла). Менее выраженными были изменения в группе больных с атонически-астатической формой (62,3 и 70,1 балла).

Следующим этапом анализа полученных результатов было рассмотрение характера изменения интеллектуальной продуктивности больных ДЦП во время лечения в зависимости от исходного уров-

ня их интеллектуального развития. Исследования показали, что наиболее выраженной была динамика в группе больных с пограничной умственной отсталостью: у 72% этих больных отмечался «переход» из зоны пограничной умственной отсталости в зону низкой нормы. У остальных 28% больных эффективность интеллектуальных функций возрастала, однако они оставались в зоне пограничной умственной отсталости. Отчетливая положительная динамика наблюдалась у больных с легкой степенью дебильности: у 66,2% отмечалось улучшение показателей, причем у 37,4% из них имел место «переход» интеллектуального уровня в зону пограничной умственной отсталости. При тяжелой и умеренной степени дебильности отмечалось улучшение показателей на 1-4 балла, однако больные оставались в пределах зоны олигофрении в стадии дебильности. Вместе с тем, 17,3% больных с уровнем психического развития, соответствующим зоне умеренной степени дебильности, после лечения обнаружили уровень достижений, приравнивающийся к легкой степени дебильности. Больные с негрубыми формами имбецильности характеризовались повышением продуктивности на 1-2 балла (24,2%), оставаясь при этом в зоне имбецильности.

Дети с нормальным уровнем интеллектуального развития также обнаруживали после лечения повышение интеллектуальной эффективности. Анализ морфо-функциональных соотношений показывает, что описанная динамика продуктивности мыслительных функций в определенной степени может быть детерминирована улучшением функционального состояния неспецифических структур мозга и конвекситальных корковых образований префронтальных отделов лобных долей (последнее, возможно, определяется усилением активирующих влияний со стороны соответствующих глубоких отделов мозга).

Анализ результатов динамического исследования интеллектуальных возможностей больных ДЦП, проводившегося с помощью теста Равена, после окончания первого курса их интенсивной нейрофизиологической реабилитации также выявил наличие у обследованных положительных сдвигов в психологическом статусе. Как и по данным изучения особенностей изменений интеллектуальной продуктивности с помощью теста BPVS, так и по результатам теста Равена, ее динамика в разных клинических группах детей имела однонаправленный характер. Но наступившие изменения носили у них не только количественные, но и качественные отличия (см. табл. 17).

Было отмечено, что наибольшие позитивные сдвиги уровня интеллектуального развития происходили у больных с низкими его показателями. В то же время, у интеллектуально сохранных детей изменения, происходившие в их психическом состоянии, были менее выражены.

Как видно из табл. 17, в зоне умственного дефекта (V зона) из 38% больных осталось 25%. Остальные 13% переместились в зону пограничного состояния; в пределах IV зоны остались 4,0% больных. При этом из зоны пограничного состояния в зону средней нормы (III зона) переместились 21,0% детей. Эффективность в границах III зоны до и после лечения отмечалась у 13,9%. Из средней нормы в зону хорошей нормы (II зона) переместились лишь 3,0% больных, но при этом из зоны средней нормы в зону высокой нормы (I зона) -13,9%, а из зоны хорошей нормы в высокую – 3,0%. Таким образом, приведенные данные говорят об отчетливо представленных позитивных сдвигах не только количественного, но и качественного уровня невербальной интеллектуальной продуктивности у больных ДЦП в процессе их интенсивной реабилитации.

ТАБЛИЦА 17

**Распределение обследованных больных ДЦП
по зонам интеллектуального развития (по данным теста Равена)**

Зоны	Кол-во больных, вошедших в определенную зону (в %)	
	до лечения	после лечения
I зона (высокая норма)	—	3,0
II зона (хорошая норма): II +	3,0	—
II –	—	18,0
Всего:	3,0	18,0
III зона (средняя зона): III +	17,0	27,8
III –	17,0	11,2
Всего:	34,0	39,0
IV зона	3,0	—
(пограничное состояние): IV –	22,0	17,0
Всего:	25,0	17,0
V зона (умственный дефект)	38,0	25,0

Эти результаты свидетельствуют также и об имеющейся связи характера динамики интеллектуальной продуктивности с исходным состоянием интеллекта больного (см. табл.18). Так же, как и при исследовании функций вербального интеллекта, оказалось, что наи-

более выраженные положительные сдвиги обнаруживали больные с пограничной умственной отсталостью: 49% этих больных «перемещались» в зону низкой нормы, у остальных пациентов данной группы эффективность возрастала, но оставалась в пределах зоны пограничного состояния. Положительная динамика была характерна и для больных с легкой степенью дебильности: 24,3% из них после лечения обнаружили результаты, соответствующие границам пограничной умственной отсталости. Больные с более выраженными формами умственной отсталости обнаруживали некоторое улучшение интеллектуальной продуктивности, оставаясь при этом в зоне того интеллектуального уровня, который был зафиксирован до начала курса лечения.

Результаты исследования динамики интеллекта по данным теста Равена в зависимости от клинической формы ДЦП показаны в табл. 18.

ТАБЛИЦА 18

Результаты исследования интеллекта у больных с различными формами ДЦП (по данным теста Равена)

Группы больных	Показатели (в процентилях)	
	до лечения	после лечения
Спаستические моно- и гемипарезы	20,1	35,6
Спастические диплегии и тетрапарезы	19,1	45,6
Атонически-астатическая форма	11,8	19,3
Гиперкинетическая форма	26,4	50,1
Смешанные формы	18,6	35,8

Проведенное лечение наиболее эффективно улучшало уровень интеллектуальной продуктивности у больных с гиперкинетической формой (25,6 и 50,1 процентиля), со спастической диплегией (19,1 и 45,6) и в несколько меньшей мере с гемипарезами (20,1 и 35,6). Наименьшее повышение интеллектуальной продуктивности отмечалось при атонически-астатической форме (11,8 и 19,3).

Сопоставление характера динамики функций вербального и невербального интеллекта свидетельствует о том, что в целом позитивные сдвиги функций вербального интеллекта в ходе лечения были более выраженными, чем функций невербального. Анализ полученных

результатов с учетом базисного уровня развития интеллекта показал, что наиболее благоприятные результаты обнаруживали дети с пограничной умственной отсталостью, с «низкой» нормой и легкой степенью дебильности. Динамика в группах детей с более тяжелыми формами умственной отсталости была менее выраженной, дети оставались в пределах исходных уровней интеллектуального развития. Сравнительный анализ динамики функций вербального и невербального интеллекта в разных клинических группах больных говорит о наличии как ряда общих, так и отличительных тенденций этих изменений. Так, наиболее выраженная позитивная динамика продуктивности вербального интеллекта отмечалась у больных со спастической диплегией, гиперкинетической формой и левосторонним гемипарезом. Проведенное лечение наиболее эффективно воздействовало на функции невербального интеллекта у больных с гиперкинетической формой, спастической диплегией и правосторонним гемипарезом. Наименее выраженная динамика функций вербального и невербального интеллекта отмечалась при тетрапарезе и атонически-астатической форме.

Средний показатель невербальной интеллектуальной продуктивности в группе обследованных больных ДЦП составил до лечения 21 перцентиль, после лечения — 43,2 перцентиль ($p \leq 0,05$). То есть, имеют место отчетливые положительные сдвиги уровня продуктивности невербальных интеллектуальных функций (см. табл.17).

Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации оказывает значительное положительное воздействие и на мнестические функции больных церебральными параличами. Уже после первого курса лечения у них были отмечены позитивные сдвиги по всем изучавшимся параметрам мнестических функций. При этом у детей в наибольшей степени происходила оптимизация таких показателей, как объемы оперативной памяти (выраженность нарушений до лечения $2,4 \pm 0,4$ балла, после лечения — $1,6 \pm 0,2$; $p \leq 0,05$) и селективность мнестических функций (соответственно $2,1 \pm 0,3$ и $1,3 \pm 0,2$; $p \leq 0,05$) (см. табл.19). Необходимо отметить, что статистически достоверный регресс расстройств памяти касался ее активационных и произвольно-регуляторных составляющих, то есть тех параметров, которые в основном «обеспечиваются» неспецифическими структурами мозга.

Сравнительное сопоставление характера показателей произвольного внимания у больных с различными клиническими формами ДЦП до и после проведения первого курса интенсивной нейрофизиологической реабилитации выявило, что в процессе лечения у всех этих детей произошло его улучшение (см. табл.20).

ТАБЛИЦА 19

**Характеристика степени выраженности различных нарушений
вербальной памяти до и после реабилитации**

Показатели	Выраженность нарушений (в баллах)	
	до лечения	после лечения
Сужение объема непосредственного воспроизведения	1,6 ± 0,3	1,1 ± 0,1
Сужение объема отсроченного воспроизведения	2,0 ± 0,4	1,5 ± 0,3
Влияние гомогенной интерференции	2,1 ± 0,6	1,7 ± 0,7
Влияние гетерогенной интерференции	2,0 ± 0,8	1,7 ± 0,8
Нарушения селективности мнестических процессов	2,1 ± 0,3	1,3 ± 0,2*
Сужение объемов оперативной памяти	2,4 ± 0,4	1,6 ± 0,2*

* Различия статистически достоверны.

ТАБЛИЦА 20

**Динамика степени выраженности различных нарушений
произвольного внимания до и после реабилитации**

Показатели	Выраженность нарушений (в баллах)	
	до лечения	после лечения
Сужение объема	2,0 ± 0,4	1,5 ± 0,3
Недостаточность процессов внимания	2,4 ± 0,3	1,8 ± 0,5
Нарушения селективности	2,0 ± 0,4	1,2 ± 0,2*
Истощаемость	2,4 ± 0,5	1,5 ± 0,3*
Нарушения произвольной регуляции	2,2 ± 0,4	1,6 ± 0,4
Нарушения динамических параметров	1,8 ± 0,3	1,4 ± 0,3

* Различия статистически достоверны.

Динамические исследования функций произвольного внимания говорят об определенном регрессе данных расстройств, причем отмечается улучшение практически всех регистрируемых параметров (см. табл. 20). Вместе с тем, имеет место избирательность изменений функций внимания: в большей степени редуцировались такие нарушения, как истощаемость ($2,4 \pm 0,5$ балла до лечения и $1,5 \pm 0,3$ балла после лечения; $p \leq 0,05$) и дефекты селективности (соответственно $2,0 \pm 0,4$ и $1,2 \pm 0,2$; $p \leq 0,05$). Приведенные данные свидетельствуют, что у больных ДЦП значительно улучшались активационные и нейрофизиологически-регуляторные параметры произвольного внимания, что в свою очередь может явиться основой для улучшения продуктивности других психических функций. Описанная динамика функций позволяет говорить о возможности изменений в процессе лечения функционального состояния нижних отделов неспецифических церебральных структур (уровня продолговатого и среднего мозга).

ТАБЛИЦА 21

Динамика степени выраженности различных нарушений мышления до и после реабилитации

Показатели	Выраженность нарушений (в баллах)	
	до лечения	после лечения
Аспонтанность	$1,2 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,3$
Инактивность	$1,7 \pm 0,4$	$0,8 \pm 0,4^*$
Инертность	$2,0 \pm 0,5$	$1,4 \pm 0,4$
Нарушения селективности	$1,8 \pm 0,4$	$1,4 \pm 0,3$
Нарушения критичности	$1,2 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,3$
Снижение уровня обобщений	$2,4 \pm 0,8$	$1,8 \pm 0,5$
Истощаемость	$2,5 \pm 0,9$	$1,5 \pm 0,4^*$
Импульсивность	$2,3 \pm 0,3$	$1,4 \pm 0,4^*$
Скоростные параметры	$2,0 \pm 0,6$	$1,4 \pm 0,5$

* Различия статистически достоверны.

В ходе реабилитации у больных ДЦП изменялись в позитивную сторону большинство показателей мыслительных функций (см. табл.21).

После лечения наблюдался регресс описанных расстройств, который носил в определенной степени избирательный характер: на фоне общего улучшения продуктивности мыслительных функций наиболее редуцировались такие расстройства, как повышенная истощаемость уровня продуктивности мыслительных операций (соответственно $2,5 \pm 0,9$ и $1,5 \pm 0,4$; $p \leq 0,05$), импульсивность ($2,3 \pm 0,3$ и $1,4 \pm 0,4$; $p \leq 0,05$) и инактивность ($1,7 \pm 0,4$ и $0,8 \pm 0,4$). Эти данные говорят о преимущественном улучшении активационного обеспечения мыслительных операций, оптимизации произвольно-регуляторных и, в несколько меньшей степени, их произвольно-регуляторных параметров.

Таким образом, как показало комплексное психологическое обследование состояния и динамики характера социальной адаптации, уровня интеллектуального развития и особенностей основных высших психических функций у больных с различными клиническими формами ДЦП, под воздействием системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации у большинства из них происходит значительное улучшение психического статуса. Выраженность положительных сдвигов в показателях психического состояния во многом зависит от исходного их уровня до начала лечения. Выявлена парадоксальная, на первый взгляд, закономерность — чем тяжелее психические нарушения у ребенка с церебральным параличом, тем значительнее может выглядеть «прирост», наступающий в его психическом здоровье. Это объясняется тем обстоятельством, что при низком уровне психического развития ребенка появление в процессе лечения первых слов или элементарных навыков опрятности наглядно изменяют качество его жизни, особенно в глазах родителей. У более же сохранных больных улучшение психического состояния зачастую носит значительно больший характер, но на фоне относительно благополучного исходного состояния здоровья ребенка эти сдвиги менее заметны, так как не приводят к качественному изменению уровня его адаптации.

Таким образом, проведенные углубленные комплексные медико-психологические исследования динамики состояния психических функций у больных с ДЦП под влиянием системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации показали, что данный метод эффективен не только в отношении возможностей воздействия на двигательную сферу больных, но и на их психические функции.

Наши представления о механизмах такой эффективности разработанного метода базируются на современных представлениях о системной динамической организации мозговых функций, в том числе и психических (Н.Я.Бернштейн, 1935; А.Р.Лурия, 1969).

Согласно этим представлениям, каждая психическая функция рассматривается как функциональная система, состоящая из иерархически связанных между собой звеньев. При этом существуют некоторые ее звенья, инвариантные для выполнения функциональной системой своей роли (цель, результат) и вариативные (операции, средства достижения результата, соответствующего цели). Всякая психическая функция обеспечивается совместной интегративной работой различных мозговых зон, каждая из которых вносит свой специфический вклад в реализацию определенного звена в составе функциональной системы. В соответствии с иерархическим строением той или иной психической функции, определенные структуры мозга имеют различное значение для обеспечения психических процессов. В связи с этим аномальное функционирование отдельных участков мозга в случаях патологии может приводить к более или менее существенному дефициту в психических процессах, затрагивая различные уровни и звенья в их обеспечении (Н.К.Корсакова, Л.И.Московичюте, 1988). При реализации того или иного вида психической деятельности в нее всегда включены все структурные единицы мозга, связанные с обеспечением психических процессов. В зависимости от степени сформированности, интеграции или автоматизации функций происходит «свертывание» количества необходимых афферентных и эфферентных звеньев, как во внешнем их выражении, так и в отношении конкретных зон мозга, обеспечивающих их реализацию. Концепция системной динамической локализации функций предполагает своеобразное их «пересечение» между собой в тех звеньях, которые являются общими для различных видов психической деятельности. Вследствие этого связь функций даже с несколькими мозговыми зонами носит не абсолютный, а относительный характер. Причем число и границы таких зон могут при осуществлении одной и той же функции существенно варьировать в зависимости от конкретных условий. Это может менять сам способ осуществления функции, в зависимости от включения в церебральную систему ее реализации тех или иных мозговых структур. Каждая из структур участвует в реализации функций дифференцированно, по-своему, однако целостная функция мозга является интегральным комплексом энергетического, информационного, операционного, активационного и эффекторного обеспечения деятельности (П.В.Волошин, 1984).

Исходя из такого представления о функциональных взаимоотношениях между отдельными структурами головного мозга, возникающих при необходимости совершения какого-либо акта или действия, более понятным становится высокий неспецифический (многоцелевой) терапевтический эффект метода интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП.

В процессе терапии в высокоактивных рефлексогенных зонах

метамерно-сегментарного аппарата позвоночника и в других его отделах больного ДЦП создается мощный, качественно новый поток проприорецепции. Новая информация поступает в различные интегративные структуры мозга как непосредственно, так и за счет улучшения их гемодинамики, активируя тем самым компенсаторно-приспособительные механизмы — энергетическое, информационное и операционное обеспечение функций его мозга. Запускаются и усиливаются мощные саногенетические механизмы больного, заложенные в нем в процессе филогенеза, что влечет за собой формирование у него нового жизненного стереотипа, оптимизирует все сферы жизнедеятельности, в том числе — психическую и речевую.

6 ГЛАВА

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЦП

ИЗУЧЕНИЮ состояния речевых функций при ДЦП посвящено достаточно большое количество работ. Многочисленные отечественные и зарубежные авторы отмечают, что при ДЦП наряду с нарушениями опорно-двигательного аппарата очень часто отмечаются разнообразные речевые расстройства. По мнению разных исследователей, такие нарушения имеют место у 70 – 80 % данного контингента больных (К.А.Семёнова, 1968; Л.А. Данилова, 1977; Е.М.Мастюкова, М.В.Ипполитова, 1985; М.В.Ипполитова, 1989). Дефекты звукопроизносительной стороны речи при ДЦП отмечал еще В.Литтль. В генезе наблюдаемых речевых расстройств, наряду с повреждениями определенных структур мозга, большое значение

имеет вторичное недоразвитие премоторно-лобной и теменно-височной коры больших полушарий (Е.М.Мастюкова, 1988).

Особенностью расстройств речи у детей с церебральными параличами является их патогенетическая общность с двигательными нарушениями, что находит свое выражение в взаимосвязи между развитием речи и формированием общей моторики (Л.Т. Журба, Е.М.-Мастюкова, 1981; М.В.Ишполитова, 1989).

Патогенетическая общность двигательных и речевых нарушений у детей с церебральными параличами определяется следующими основными моментами:

1. Анатомической территориальной близостью в расположении корковых двигательных и речевых зон, проводящих путей. К корковым речевым зонам тесно примыкают корковые двигательные области, играющие важную роль в организации двигательного акта. Зона Брока находится в непосредственном анатомическом единстве с премоторной областью. К ней самым тесным образом примыкает поле 6. Если зоне Брока придается большое значение во «временной» организации речевой функции (А.Р.Лурия, 1962), то премоторная область и поле 6 имеют то же значение в отношении двигательных функций. Большое значение для формирования моторного компонента речи имеет также своеобразное развитие участков коры головного мозга, расположенных в нижней части передней центральной извилины. Там представлена иннервация мышц лица, языка, нижней челюсти, глотки и гортани. Эти области находятся рядом с двигательными зонами мышц туловища и верхних конечностей, особенно кисти. Существенное значение в реализации двигательного акта и моторного компонента речи имеют подкорковые узлы и их связи. В осуществлении двигательного и речевого акта также важную роль играют структуры среднего мозга с прилегающими к нему участками ствола мозга и мозжечок. При поражении всех этих мозговых систем у больных ДЦП обычно отмечаются сочетанные двигательные и речевые расстройства.

2. Общность функционирования двигательной и речевой системы. Обратная афферентная импульсация, основанная на четкости кинестетического восприятия в речевой мускулатуре, имеет большое значение в формировании как импрессивной, так и экспрессивной речи. Кинестетическое чувство сопровождает работу всех мышц, в том числе и органов артикуляции.

Таким образом, речь, развиваясь в тесном единстве с моторикой, требует для своего становления выполнения ряда необходимых условий:

1. Анатомической сохранности и достаточной зрелости тех мозговых систем, которые участвуют в речевой функции.
2. Сохранности кинестетического, слухового и зрительного восприятия.

3. Достаточного уровня интеллектуального развития ребенка, который обеспечивал бы его потребность в речевом общении.
4. Нормального строения периферического речевого аппарата.
5. Адекватного эмоционального и речевого окружения.

Возникновение у детей с ДЦП речевой патологии обусловлено двумя основными причинами. С одной стороны, ее сформирование вызвано наличием у больных разной степени тяжести органических поражений отдельных корковых и подкорковых структур мозга, принимающих участие в обеспечении речевых функций, с другой – вторичным недоразвитием или замедленным «созреванием» у них премоторно-лобных и теменно-височных корковых структур, нарушениями темпа и характера образования зрительно-слуховых и слухо-зрительно-моторных нервных связей. У здоровых детей формирование этих церебральных структур и их взаимоотношений наиболее интенсивно происходит уже в послеродовой период. Оно находится в прямой зависимости от адекватности и силы стимулирующей афферентной импульсации, поступающей в головной мозг ребенка от его речевых и скелетных мышц. У больных ДЦП афферентное воздействие на мозг искажено. Это, в свою очередь, усиливает имеющиеся у них церебральные дисфункции или вызывает появление новых, приводит к асинхронной деятельности полушарий головного мозга. Речевые расстройства, представляющие одно из клинических проявлений церебральных параличей, таким образом, выступают как следствие тесного взаимодействия двух патогенетических церебральных механизмов. Первый из них связан с «поломкой» определенных структур центральной нервной системы и, в результате, «выпадением» развития у ребенка отдельных звеньев речевой функции. В этих случаях у него имеют место признаки общего недоразвития речи. Второй обусловлен дизонтогенетическими процессами, ретардированным или асинхронным «созреванием» некоторых отделов головного мозга у больных ДЦП, что приводит к появлению более обратимых речевых расстройств, обозначаемых как «задержки речевого развития».

Как и формирование двигательного стереотипа, становление у здорового ребенка речевых функций имеет свои закономерности. Этот процесс может быть условно разделен на два основных периода:

- 1) доречевого развития;
- 2) собственно развития речи.

Каждый из них, в свою очередь, имеет свои этапы (Е.М.Мастюкова, 1988).

В периоде доречевого развития ребенка, продолжающемся обычно все первые 12 месяцев его жизни, различают 4 главных этапа. На I этапе, длящемся в среднем до 1,5 месяцев после рождения, у здоровых детей рефлексы орального автоматизма – сосательный, глота-

тельный, губной, хоботковый, поисковый и другие — являются хорошо выраженными. В то же время у больных ДЦП они, как правило, угнетены. В результате затрудняется как процесс кормления, так и развитие у них первых голосовых реакций, при этом в первые недели жизни крик у таких больных либо вообще отсутствует, либо является очень тихим или монотонным. Расстройства крика при ДЦП часто сочетается с псевдобульбарными или бульбарными нарушениями.

На II его этапе, длящемся от 1,5 до 3 месяцев, у здорового ребенка некоторые рефлексы орального автоматизма (поисковый, хоботковый, ладонно-ротовой) постепенно ослабляются. Крик, кряхтение, гуление начинают приобретать коммуникативное значение. Формируется слуховое внимание, появляются первые дифференцированные звуки. У больных ДЦП в этот период рефлексы орального автоматизма по-прежнему усилены. Голосовые реакции (крик, кряхтение) не приобретают коммуникативного значения. У них обнаруживаются гипомимия, асимметрия лица, паретичность мышц губ, спастичность, гиперкинезы и тремор языка, его неправильное положение в ротовой полости (корень языка напряжен, весь он оттянут назад, кончик не выражен).

На III этапе доречевого развития (3 — 4,5 мес.) у здорового ребенка появляется истинное гуление, наблюдается начало формирования лепета. У больных ДЦП указанный этап крайне рудиментарен. Нередко в этих случаях он наступает лишь к концу первого года жизни.

На IV его этапе (5 — 12 мес.) у здорового ребенка лепет уже достаточно сформирован, появляется контроль высоты и громкости голоса, совершенствуется функция дыхания, удлиняется произвольный выдох. Дети с церебральными параличами в этот период отличаются нарушениями тонуса артикуляционных мышц, ограничением произвольных движений языка, губ, оральными синкинезиями, насильственными движениями. Для них характерны нарушения голоса и дыхания, выраженность рефлексов орального автоматизма, отсутствие лепета. При этом имеют место слабое слуховое дифференцирование голоса, тона, недостаточность слухового внимания, что затрудняет у больных формирование начального понимания обращенной речи.

В период собственно развития речи у здорового ребенка формируются выразительность и внутренняя взаимозависимость всех ее сторон: фонетической, лексической и грамматической. Наиболее активно и быстро они развиваются на протяжении первых 5 лет жизни детей. У больных ДЦП в результате нарушения функции артикуляционного аппарата страдает, прежде всего, развитие фонетической стороны речи, звукопроизношение. В этих случаях на начальных этапах развития речи дети не произносят многих звуков. В дальнейшем часть из них произносится искаженно или заменяется близкими по артикуляции звуками. Речь формируется невнятной, возможности к

вербальному общению у многих больных ДЦП ограничены. Такие дети нередко не различают многие звуки на слух, то есть у них страдает нормальное развитие фонематического восприятия. Возможно не только замедленное, но и атипичное формирование речи, отставание в развитии ее лексико-грамматической стороны. С большой задержкой у ряда больных ДЦП пополняется активный словарный запас. Длительное время у них могут сохраняться нарушения грамматического строя речи. Особенно страдает у таких детей развитие связной речи. Для ее формирования необходимо тесное взаимодействие фонологических, грамматических и лексических умений и навыков. У больных ДЦП отмечаются разнообразные расстройства развития связной речи. В одних случаях недостаточен смысловой уровень ее организации. В других — возможны слабость мотивации речевого высказывания или малодифференцированная его направленность. Для таких больных характерны и качественные особенности понимания обращенной к ним речи. У ряда этих детей затруднено различение фраз с правильным и нарушенным синтаксическим согласованием слов. У других — недостаточная дифференциация обратных словесных конструкций типа «брат отца — отец брата» и т.п. Иногда имеет место неточное восприятие отдельных фонем. Тогда вторично нарушается и понимание атрибутивных конструкций, окончаний единственного и множественного числа. В школьном возрасте для детей с церебральными параличами характерны нарушения также и письменной речи.

Клинические формы речевых нарушений при ДЦП крайне разнообразны. Это обусловлено, с одной стороны, особенностями локализации и степенью тяжести органического поражения головного мозга таких больных, с другой — их возрастом, уровнем «зрелости» церебральных структур, ответственных за функцию речи, компенсаторными возможностями центральной нервной системы конкретного ребенка. «Поломка» или «искажение» формирования у него речевой функции может произойти как в период доречевого развития, так и в период собственного развития речи. Соответственно и характер клинической симптоматики будет различным. Все многообразие речевых расстройств можно систематизировать и подразделить на следующие формы:

I. Дизартрия — нарушения произносительной стороны речи, вызванные патологической иннервацией мышц речевого аппарата. При этом изменения звукопроизношения и голоса обусловлены поражением рече-двигательных механизмов головного мозга. Выраженность речевых расстройств при дизартрии может еще более нарастать из-за сопутствующих атрофий мышц, гиперкинезов, синкинезий, оральной апраксии, парезов и параличей речевой мускулатуры. У таких больных в большей или меньшей степени страдает интонационно-мелоди-

ческая, лексическая и структурно-синтаксическая речь. В зависимости от локализации патологического процесса в центральной нервной системе различают бульбарную, псевдобульбарную, подкорковую, мозжечковую и корковую формы дизартрии.

Бульбарная дизартрия развивается у больных ДЦП, у которых в патологический процесс вовлечены некоторые двигательные ядра продолговатого мозга. Для таких детей характерны парезы мышц глотки, гортани, языка. В результате нарушается глотание твердой и жидкой пищи, затруднено жевание. Низкая подвижность голосовых связок, мягкого неба обуславливают слабость, назализацию голоса больного, затрудняют произношение звонких звуков. Речь обычно невнятная, замедленная. Лицо амимично.

Псевдобульбарная дизартрия обусловлена поражением у ребенка с ДЦП проводящих путей центральной нервной системы, обеспечивающих связь коры и двигательных ядер продолговатого мозга. Клинические проявления сходны с таковыми при бульбарной дизартрии. Однако терапевтические возможности при ней значительно выше, а прогноз благоприятнее.

Подкорковая дизартрия возникает при поражении подкорковых узлов головного мозга, для нее характерны нарушения мышечного тонуса и гиперкинезы, в частности, артикуляционной и мимической мускулатуры. При ней больной в состоянии эмоционального комфорта может правильно произносить не только отдельные звуки, слова, но и короткие фразы. Но при волнении у него сразу развивается артикуляционный спазм, напрягаются мышцы языка, прерывается голос. Характерным признаком такой дизартрии являются нарушения просодической стороны речи: темпа, ритма и интонаций. Речь часто либо слишком ускорена, либо, наоборот, чрезмерно замедлена. Иногда наблюдаются непроизвольные выкрики.

Мозжечковая дизартрия характеризуется скандированной, «рубленой» речью, обычно затухающей к концу фразы. В чистом виде у больных ДЦП встречается редко.

Корковая дизартрия связана с поражением речевых зон коры больших полушарий головного мозга. В зависимости от локализации болезненного процесса различают следующие ее клинические варианты: а) кинестетическая афферентная апраксическая, б) кинетическая афферентная апраксическая, в) эфферентная. При афферентной корковой дизартрии имеют место нарушения артикуляционного праксиса, расстройства фонетической стороны речи, замедленное формирование активного и пассивного словарного запаса, упрощенное усвоение правильного грамматического строя речи, письма и чтения. При эфферентной корковой дизартрии поражаются в основном наиболее тонкие движения речевой мускулатуры (кончика языка), что сказывается на произношении переднеязычных звуков, в частности, замед-

ляется его темп. Часто у больных ДЦП дизартрии имеют смешанный характер, сочетают в себе признаки разных их клинических форм. В ряде случаев их клинические проявления отличаются слабой выраженностью, редуцированностью. Такие формы дизартрий обозначают как *стертые*. При них у больного не всегда точно можно установить и уровень поражения речевого анализатора.

II. Алалия — системное недоразвитие речи в результате поражения или дисфункции корковых речевых зон. Различают моторную и сенсорную формы алалии. При *моторной* алалии у больного нарушено развитие экспрессивной речи. При *сенсорной* алалии страдает понимание обращенной к больному речи.

III. Дислексия и дисграфия — нарушения письменной речи. В первом случае наблюдаются затруднения в усвоении навыка чтения. Во втором — трудности в овладении письмом.

IV. Ринолалия (гнусавость) — нарушения звукопроизношения вследствие пареза или паралича мягкого неба, его укорочения, продольной расщелины мягкого (иногда и твердого) неба, верхней губы, челюсти.

V. Заикание и запинки — расстройства ритма речи, при которых больной оказывается неспособным произнести нужное слово или фразу ввиду непроизвольно повторяющейся пролонгации или прекращения звука. В зависимости от причины возникновения этого явления различают неврозоподобное (органически обусловленное) и невротическое (психогенное) заикание. В последнем случае может развиваться *мутизм* — невозможность больного говорить в определенной, значимой для него ситуации или обстановке.

Таким образом, как и собственно двигательные нарушения, речевые расстройства у больных ДЦП выступают одним из характерных признаков их заболевания. Та или иная клиническая их форма (дизартрия, дисграфия, заикание и т.п.) у этих детей может обнаруживаться либо в изолированном виде, либо, чаще, в сочетании с другими нарушениями речи. Только у 15 — 20% больных церебральными параличами не выявляется тех или иных признаков поражения речевой функции. С другой стороны, наиболее часто в клинической картине этого заболевания представлены разной степени тяжести симптомы дизартрии (псевдобульбарной и бульбарной).

Формирование определенного вида речевых расстройств у ребенка с ДЦП тесно связано с характером поражения и уровнем компенсаторных возможностей его церебральных структур, ответственных за речевые функции. А также — со степенью задержки их «созревания», со скоростью и качеством прохождения больным в своем онтогенезе закономерных этапов доречевого развития.

Клинический опыт показывает, что устранение речевых нарушений у больных ДЦП является такой же необходимой задачей их реа-

билитации, как и оптимизация патологического двигательного стереотипа. Только комплексный подход к коррекции этих двух важнейших компонентов клинической картины церебрального паралича может обеспечить хороший и стойкий эффект лечебно-реабилитационных воздействий. Причем, чем ранее они начаты, тем более адекватно их назначение состоянию больного, тем, как правило, лучше его медицинский и социальный прогноз.

В настоящее время осуществляемые формы коррекции речевых нарушений при ДЦП страдают двумя основными недостатками. Один из них — это достаточно позднее начало мероприятий по совершенствованию речи таких больных, по профилактике у детей задержек и искажений ее формирования. Несмотря на то, что у ребенка с органическим поражением головного мозга патологию доречевого развития, являющуюся значимым фактором риска возможного появления у него расстройств речи, можно выявить уже в первые месяцы жизни, необходимые лечебно-коррекционные мероприятия ему обычно начинают проводиться только после 4-5 лет болезни. К этому времени у ребенка уже сложился стойкий патологический речевой стереотип, требующий больших и комплексных усилий специалистов для его устранения.

Второй недостаток обычно проводящихся лечебно-коррекционных мероприятий, направленных на устранение у больных ДЦП тех или иных речевых нарушений, заключается в том, что осуществляют их в большинстве случаев только логопедами. При этом обычно используются чисто логопедические реабилитационные подходы, которые без сочетания с патогенетической терапией этого заболевания в большинстве случаев не дают выраженного и устойчивого эффекта.

В последние годы специалистами все чаще предпринимаются попытки разработать комплексный подход к реабилитации детей с речевыми расстройствами церебрального резидуально-органического генеза. При этом стараются традиционные приемы логопедической их коррекции сочетать с разными методами немедикаментозного лечебного воздействия на рече-двигательный анализатор больных ДЦП.

Так, В.Н.Ефименкова с соавт. (1994) осуществляла лазеротерапию речевых зон коры больших полушарий головного мозга больных ДЦП широкоугольным излучателем аппарата «Узор». Такое воздействие регулярно проводилось на протяжении 7-10 дней. Затем, после месячного перерыва, этим детям назначалась классическая скальпелитерапия в сочетании с корпоральной акупунктурой. В результате у больных ДЦП отмечалась более выраженная положительная динамика как собственно двигательных нарушений, так и речевых расстройств. Достигнутый эффект отличался достаточной стойкостью.

Т.В. Мироненко (1994) был применен метод искусственной локальной гипотермии. Ледяная крошка, помещенная в герметическую

упаковку, накладывалась на флексоры кисти, ладонные поверхности, экстензоры пальцев. Положительная динамика в речевом статусе больных ДЦП проявлялась в значительном снижении мышечного спазма и увеличении функциональной активности органов артикуляции.

Н.Т.Зонищук (1994) при лечении церебральных параличей использовал введение в определенные акупунктурные точки пчелиного яда. При этом он проводил втирание по ходу меридианов прополисной мази и меда, в которые добавлял пыльцу некоторых цветов. В результате у больных наблюдались заметные положительные сдвиги, и не только со стороны двигательных расстройств. Одновременно улучшались показатели гемодинамики и состояния речевых функций. Согласно его катamnестическим данным, позитивный лечебный эффект у больных ДЦП сохранялся на протяжении нескольких лет после окончания такой комплексной терапии.

В.К.Степанов (1994) указывает на эффективность применения при реабилитации больных церебральными параличами метода микроволновой резонансной терапии. После 3 – 4 ее курсов у больных значительно повышается уровень мотиваций как по выработке новых двигательных актов, так и речевых навыков. Это объективно проявляется в улучшении функций артикулярно-мимической мускулатуры и произносительной стороны речи.

Н.Т.Осипенко (1994) предложила вводить в периневральные зоны мышц органов артикуляции, запястного канала и руки микродозы церебролизина. По мнению автора, невральная связь, анатомическая близость оральных и мануальных участков коры головного мозга дают возможность при правильной их стимуляции значительно улучшить моторное обеспечение речевого акта. При проведении такого лечебного сегментарно-периферического воздействия инъекциями церебролизина на вегетативно-трофические и двигательные функции мышц кисти и оральной мускулатуры наблюдался положительный речевой эффект практически у всех больных ДЦП. Одновременно с улучшением у них экспрессивной речи имели место положительные сдвиги в письменной речи, нарастали конструктивные функции кисти пораженной руки.

При всем внешнем различии указанных выше новых форм и методов лечения больных ДЦП, способствующих улучшению у них не только двигательных, но и речевых функций, они имеют, при тщательном рассмотрении, некоторые общие принципы своего оздоровительного действия. В частности – саногенетическую его направленность, поскольку все они так или иначе стимулируют и усиливают у больного функциональную активность центральных компенсаторно-приспособительных механизмов, что приводит к улучшению деятельности большинства его органов и систем. Клинический опыт показывает, что адекватное по содержанию, направленности, силе и продол-

жительности коррекционно-тренирующее воздействие на адаптационно-гомеостатические центры головного мозга больного (вербальное, физическое, химическое и т.п.), само по себе способно заметно улучшить его самочувствие. Рассматривая свою систему интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП как комплекс разно-сторонних воздействий, обладающих выраженным саногенетическим эффектом, положительно сказывающимся на функциях многих органов и систем, мы решили исследовать ее эффективность по отношению к имеющимся у них нарушениям речи.

С целью изучения распространенности и характера клинических проявлений речевых расстройств при различных формах церебральных параличей в детском возрасте, а также выяснения особенностей их динамики в процессе проведения таким детям интенсивной нейрофизиологической реабилитации, нами осуществлялся логопедический мониторинг 300 больных ДЦП. Для объективизации полученных в процессе обследования и лечения данных речевого статуса была разработана специальная унифицированная анкета. С помощью этой анкеты у больных ДЦП динамично исследовалось функциональное состояние органов артикуляции и речевой моторики. Осуществлялось наблюдение за характером импрессивной и экспрессивной речи, контролировались наступавшие в процессе реабилитации те или иные изменения.

Диагностическое исследование логопедического статуса до начала первого курса интенсивной нейрофизиологической реабилитации этих больных показало, что только у 17% из них не обнаруживалось каких-либо речевых нарушений. В 83% случаев (249 детей) имела место разной степени выраженности патология речи. Причем часто она имела сложный, комбинированный характер.

Распределение больных ДЦП, страдающих речевыми расстройствами, по полу и возрасту представлено в табл. 22.

Как видно из табл. 22, нарушения речи при ДЦП несколько чаще обнаруживались у лиц мужского пола (56,2%), чем у женского (43,8%). Причем это было свойственно практически всем возрастным группам.

Следует отметить, что при изучении у больных ДЦП логопедического анамнеза, в большинстве случаев (87%) у таких детей еще на этапе доречевого развития в период новорожденности обнаруживались те или иные отклонения в формировании речевых функций. И хотя у 4% больных эти отклонения в конечном итоге не привели к появлению истинных расстройств речи, все же они могут рассматриваться как значимые факторы риска возможного их развития. С помощью разработанной нами анкеты динамического наблюдения можно было детально проследить последовательность появления у ребенка с ДЦП конкретных отклонений в формировании его речевой функций. Это позволяло правильно диагностировать клиническую форму

имеющихся у него нарушений речи и назначить индивидуальную программу ряда лечебно-реабилитационных мероприятий, входящих в систему интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП.

ТАБЛИЦА 22

**Характеристика больных ДЦП
с речевыми нарушениями по полу и возрасту**

Порядковый номер возрастной группы	Возрастная группа	Общее число больных	Пол	
			Муж.	Жен.
I	от 0 до 3 лет	30	18	12
II	от 3 до 7 лет	71	39	32
III	от 7 до 12 лет	68	34	34
IV	от 12 до 17 лет	45	29	26
V	свыше 17 лет	35	20	15
Всего		249	140	109

Характер речевых нарушений у обследованных больных ДЦП отличался большим разнообразием их клинических форм и обнаруживал тесную связь как с возрастом детей, так и со степенью тяжести имеющихся у них двигательных расстройств. Общая характеристика выявленных до начала лечения вариантов речевой патологии представлена в сводной табл.23. Из 300 обследованных больных с ДЦП фразовая речь полностью отсутствовала у 32% детей. При этом уровень доречевого развития в виде крика и недифференцированной голосовой активности наблюдался у 6% больных. В виде отраженного гуления он имел место у 7% детей. В виде спонтанного гуления — у 9%. В виде лепета, отдельных лепетных и аморфных слов — у 10% больных. Владели простой фразовой речью, состоящей из 2 — 3 слов, которые произносились без соблюдения правил согласования грамматических единиц в предложении, 5% больных ДЦП. Распространенная фразовая речь, отличавшаяся полностью или частично сформированным грамматическим ее строем, наблюдалась у 54% обследованных.

ТАБЛИЦА 23

Варианты речевых нарушений у больных ДЦП

Формы речевых нарушений	Особенности клинических проявлений	Частота встречаемости	
		Общее число	% случаев
Задержки речевого развития	а) на уровне крика и недифференцированных звуков;	18	6
	б) на уровне дифференцированных звуков и отраженного гуления;	21	7
	в) на уровне спонтанного гуления;	27	9
	г) на уровне лепета и аморфных слов-корней	30	10
Алалии	а) моторные;	4	2
	б) сенсорные	9	3
Дислексии		3	1
Дисграфия		6	2
Ринолалия		9	3
Дизартрии	а) псевдобульбарные	63	21
	б) бульбарные	12	4
	в) корковые	3	1
	г) мозжечковые	6	2
	д) подкорковые	9	3
	е) сочетанные	27	9
ж) стертые	54	18	
Заикание и запинки	а) невротоподобные	27	9
	б) невротические	6	2
	в) смешанные	21	7
Без нарушений речи		51	17

Как видно из табл.23, наиболее часто клинической формой речевых расстройств при ДЦП выступали различные варианты дизартрии (58%). Причем почти каждый третий случай речевой дисфункции (31%) был обусловлен псевдобульбарной ее формой. У 18% больных ДЦП явления дизартрии носили стертый характер. У 9% из них дизартрические речевые расстройства имели сочетанный генез (корково-бульбарный, псевдобульбарно-подкорковый и т.п.). Наиболее редко выявлялись у этих больных мозжечковые (2%), корковые (1%) и подкорковые (3%) клинические формы дизартрии.

Второе место по частоте среди нарушений речи у больных ДЦП занимали различные варианты задержек ее развития (3%). Причем у трети больных (10%) такая задержка обнаруживалась в форме несформированности лепетной речи и аморфности произнесения словкорней.

У 18% больных ДЦП имели место различные клинические формы заикания. У большинства из них заикание было обусловлено собственно органическим поражением головного мозга (9%). В 7% случаев оно носило смешанный характер: развившись в форме неврозоподобного, оно, по мере взросления больного, все больше «обрастало» невротическими переживаниями. Только у 6 детей с ДЦП, страдавших заиканием (2%), оно имело ярко выраженный психогенный характер. Проявлений мутизма, в том числе элективного, у этих больных не наблюдалось.

У 5% больных ДЦП выявлялись признаки системного недоразвития речи в форме сенсорной (3%) или моторной (2%) алалии. Относительно редко среди обследованных нами больных ДЦП встречались дети с ринолалией (3%), дисграфией (2%) и дислексией (1%). Следует отметить, что у части больных ДЦП клиническая картина речевых расстройств имела достаточно сложный характер. Она могла одновременно включать в себя клинические проявления разных форм патологии речи: алалию и дизартрию, заикание и дисграфию и т.п. Это затрудняло не только их диагностику, но и выбор лечебно-коррекционной тактики. Только у 17% больных ДЦП не было выявлено каких-либо нарушений речевой функции.

Было отмечено, что структура выявляемой речевой патологии у больных ДЦП существенно зависела от их возраста. Как видно из табл.24, чем младше был больной, тем чаще в клинической картине детских церебральных параличей были представлены те или иные проявления речевой дисфункции. Так, в I возрастной группе (0-3 года) детей без того или иного варианта нарушения доречевого или речевого развития практически не было. Во II группе (3-7 лет) такие дети встречались в 2% случаев, в III (7-12 лет) — в 4% случаев, в IV (12-17 лет) — в 5%. Среди взрослых больных (V группа — свыше 17 лет) отсутствие каких-либо проявлений патологии речи наблюдалось

в 6% случаев. При этом у девочек сохранность речевых функций отмечалось чаще, чем у мальчиков (1,5:1).

Стопроцентный уровень речевой патологии был выявлен в первой возрастной группе. У большинства детей с церебральным параличом в этом возрастном диапазоне (от 0 до 3-х лет) со значительным опозданием формировалась потребность в ориентировочно-познавательской деятельности. Причем у всех детей было задержано становление наиболее простых функций артикуляционного аппарата (крика, сосания, гуления, недифференцированного лепета) на три-семь месяцев. Это и явилось одной из причин замедленного развития произносительной стороны речи.

ТАБЛИЦА 24

**Распространенность речевых нарушений у больных ДЦП
в зависимости от возраста**

Порядковый номер возрастной группы	Возрастная группа	Общее число больных	% случаев без речевых нарушений
I	от 0 до 3 лет	30	—
II	от 3 до 7 лет	77	2
III	от 7 до 12 лет	80	4
IV	от 12 до 17 лет	60	5
V	свыше 17 лет	53	6
Всего	от 0 до 32 лет	300	17

В последующих возрастных группах уровень речевой патологии постепенно начинает несколько снижаться. Это обусловлено рядом обстоятельств, в частности и тем, что по достижении страдающего задержкой речевого развития ребенком 4 — 5 летнего возраста его родители начинают обращаться за логопедической помощью. Некоторые такие дети в дошкольном возрасте посещают специализированные логопедические группы детского сада, а в школьном возрасте — спецшколу-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Не последнюю роль в «выравнивании» речевого развития у части из них играет самостоятельное, хотя и замедленное «дозревание» некоторых структур головного мозга, ответственных за речевую функцию.

Сравнительный анализ характера речевых нарушений при различных клинических формах двигательной патологии показал, что меж-

ду ними имеет место определенная взаимосвязь. Чем грубее у больного церебральным параличом расстройство моторики, тем, как правило, хуже его речевое развитие. Среди обследованных нами больных ДЦП наиболее выраженные задержки формирования речевой функции наблюдались у детей со спастическим тетрапарезом, причем, при тех его клинических формах, которые характеризовались относительно равномерным тяжелым поражением мышечных групп всех четырех конечностей ребенка. У 80% больных именно этой клинической формой церебрального паралича фразовая речь полностью отсутствовала даже после достижения ими четырехлетнего возраста.

Было отмечено, что, по мере сокращения числа охваченных патологическим спастическим процессом конечностей у больного, были менее выражены у него и явления отставания в формировании функции речи. При этом поражение верхних конечностей у больных ДЦП было более тесно связано с тяжестью речевых расстройств. И, наоборот, при нижней спастической диплегии задержки формирования речевых функций у больного были менее выражены. Нарушения речи, наблюдавшиеся у больных ДЦП с другими клиническими формами двигательной патологии (гиперкинетической, атонической, смешанных), чаще имели меньшую выраженность, чем при спастических ее формах. Так, задержка речевого развития, проявлявшаяся в виде произнесения только отдельных слогов, спонтанного гуления, лепетных и аморфных звуков, была выявлена лишь у 50% больных, достигших четырехлетнего возраста, страдавших гиперкинетической формой ДЦП.

Не было выявлено и статистически значимых корреляций между особенностями проявлений речевых расстройств у больных ДЦП и характером имеющейся у них двигательной дисфункции. При этом следует отметить, что различные клинические формы дизартрий наиболее часто обнаруживались у больных со спастическими парезами и плегиями. Так, у больных со спастическим тетрапарезом наиболее часто встречались псевдобульбарная (31%), стертая (22%), бульбарная (10%) и корковая (2%) дизартрии.

Степень выраженности дизартрической симптоматики у детей со спастическими верхней и нижней диплегиями варьировала от средне-тяжелой и средней до легкой степени. У многих таких детей часто страдала слоговая структура слов, количество нарушенных звуков колебалось в пределах 5-6 фонемных групп. Однако почти все дети с этой клинической формой церебрального паралича на момент проведения первичного логопедического обследования владели простой фразовой речью. Это давало им возможность достаточно продуктивного речевого общения с родными и близкими. При этом 11% из них посещали детский сад, где постоянно занимались с логопедом. 9% таких детей учились в школе по массовой программе, 4% обучались по вспо-

могательной программе в школе для детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата.

У 60% больных со спастическими моно- и гемиплегией была диагностирована стертая форма дизартрии, проявляющаяся в незначительных патологических изменениях логопедического статуса. У них обычно наблюдались такие симптомы, как спазмирование средней части спинки языка, незначительное слюнотечение, повышенная утомляемость органов артикуляции при речевых нагрузках. Практически у всех этих больных уже до начала первого курса интенсивной нейрофизиологической реабилитации была сформирована распространенная фразовая речь. Это способствовало достаточно удовлетворительной их адаптации в детской среде, позволяло свободно общаться со взрослыми. Они могли самостоятельно участвовать в различных игровых мероприятиях, детских утренниках. Дети были способны постепенно овладевать простыми формами звукового анализа. Такая форма речевого недоразвития не исключала возможности при правильном подходе обучения грамоте и письму еще в дошкольном возрасте.

Мозжечковая форма дизартрии наблюдалась при атоническо-астатической форме ДЦП. Для нее была характерной гипотония артикуляционных мышц. При этом имела место резкая десинхронизация дыхания, фонации и артикуляции. Речь таких больных отличалась замедленным темпом и толчкообразным звукопроизношением. Ей были свойственны нарушения модуляции и затухание голоса к концу фразы — т.н. «скандированная» речь.

Моторная алалия наиболее часто диагностировалась у больных со спастическими диплегиями и тетрапарезом. Для таких детей были свойственны нарушения экспрессивной речи. В одних случаях у них в основном страдало формирование слоговой структуры слова, когда дети испытывали определенные трудности в переключении с одного слова на другое, в других преобладало недоразвитие навыков правильной артикуляции.

Сенсорная алалия преимущественно наблюдалась у больных с гиперкинетической формой ДЦП. Основным ее проявлением было нарушение у таких детей понимания обращенной к ним речи. Причем слух и познавательные возможности больных в этих случаях обычно оставались достаточно сохранными.

В чистом виде заикание и запинки у обследованных нами больных ДЦП, как правило, не встречались. В большинстве случаев они имели неврозоподобный или смешанный характер и сочетались со стертыми формами дизартрий у детей с моно- и гемипарезами.

Анализ результатов применения системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП с целью коррекции имеющихся у них речевых нарушений проводился дифференцированно во

всех 5 возрастных группах обследованных. Во всех группах эффективность коррекционного воздействия на функцию речи детей оценивалась по характеру изменения ее основных показателей. При этом рассматривалось 5 возможных вариантов такой динамики:

- | | |
|---|--|
| I (ухудшение) | имело место еще большее ухудшение нарушений речевых функций; |
| II (без улучшения) | какая-либо динамика показателей речевых функций (положительная или отрицательная) отсутствовала; |
| III (улучшение) | имели место некоторые положительные сдвиги в показателях речевых функций, но они не носили качественного характера; |
| IV (значительное улучшение) | положительные сдвиги в показателях речевых функций были выраженными, но еще носили нестойкий характер; |
| V (стойкое улучшение или выздоровление) | положительные сдвиги в показателях функции речи носили качественный и стойкий характер или приводили к ее полной нормализации. |

Для объективизации оценки состояния и динамики функции речи у больных ДЦП мы применяли сравнительный анализ данных логопедического статуса этих детей.

Следует отметить, что ни в одной возрастной группе обследуемых, ни у одного больного ДЦП проводившаяся система интенсивной нейрофизиологической реабилитации какого-либо дополнительного ухудшения речевой функции не вызвала. Более того, не было зафиксировано также ни одного случая, когда бы логопедический статус ребенка хоть в небольшой степени не изменился к лучшему. Поэтому два первых варианта возможной динамики (ухудшение, без улучшения) основных показателей речевых функций у больных ДЦП отсутствовали.

В первой возрастной группе больных ДЦП (от 0 до 3 лет), отличающейся от других групп больных тем, что у них формирование функции речи в основном соответствовала периоду доречевого развития, оценка состояния положительных сдвигов в логопедическом статусе детей проводилась по следующим критериям:

I. Переход ребенка с одного этапа доречевого развития на другой не отмечается:

- а) у больного наступило **ухудшение** речевых функций;
- б) какие-либо изменения речевых функций отсутствовали (**без улучшения**);

в) имело место **улучшение** показателей доречевого развития: появилась дифференциация эмоциональных реакций, повысились сенсорные функции, возросло понимание обращенной речи, обнаружилось более разнообразное голосовое и звуковое собственные реакции.

II. Произошел переход ребенка с одного этапа доречевого развития на другой:

- а) появились качественно новые, хотя еще и нестойкие, признаки следующих этапов доречевого развития (истинное гуление, лепет и т.п.) — т.е. наступило значительное улучшение;
- б) приобретенные признаки последующего этапа доречевого развития носили устойчивый характер и соответствовали уровню доречевого развития здоровых сверстников — наступило **стойкое улучшение или выздоровление**.

Характер динамики показателей состояния речевых функций у больных ДЦП первой возрастной группы под воздействием системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации отражен в сводной табл. 25.

ТАБЛИЦА 25

Динамика показателей состояния речевых функций у первой группы больных ДЦП в процессе интенсивной нейрофизиологической реабилитации

Эффективность реабилитационных мероприятий	После I курса	После II курса	После III курса
Ухудшение	—	—	—
Без улучшения	—	—	—
Улучшение	42%	36%	39%
Значительное улучшение	58%	6%	68%
Стойкое улучшение или выздоровление	—	1%	3%

Как видно из табл.25, применение системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП в возрасте от 0 до 3 лет оказалось весьма эффективной и для коррекции имеющихся у них нарушений доречевого развития. Ее проведение не только не вызвало ухудшения речевых функций ни у одного такого больного, но и привело в разной степени выраженным положительным сдвигам в логопедическом статусе детей, причем тем более выраженным и стойким, чем большее число ее курсов получил ребенок. При этом следует

отметить, что эффективность реабилитации в значительной степени зависела и от исходного функционального состояния речевого анализатора у больных ДЦП. В более тяжелых случаях терапевтический эффект, как правило, носил менее выраженный и стойкий характер. В целом, под воздействием методов реабилитации у детей с ДЦП (возраст от 0 до 3 лет) заметно улучшилось понимание обращенной к ним родительской речи. Голосовые и звуковые реакции стали носить более выразительный и разнообразный характер. Уже после I курса реабилитации у 42% детей возросло количество облегченных слов и звукоподражаний. При этом у 58% таких больных наблюдался переход с этапа доречевого развития в форме отраженного и спонтанного гуления к этапу дифференцированного лепета, лепетных и аморфных слов. При проведении этим больным II и III курсов интенсивной нейрофизиологической реабилитации у 33% больных имело место дальнейшее улучшение как качественных, так и количественных показателей их доречевого и речевого развития. В 3% случаев они приблизились к таковым у здоровых детей того же возраста.

В качестве иллюстрации эффективности применения таким детям системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации может служить следующий клинический пример.

Больная Полина С., 1 год 2 мес. *Диагноз при поступлении:* Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез, задержка психоречевого развития.

Жалобы родителей на то, что девочка не переворачивается, не садится, не ползает, при плаче запрокидывает голову назад.

Анамнез жизни и болезни: Родилась от 2-й беременности. Мать дважды находилась на стационарном лечении в связи с угрозой срыва беременности. Роды преждевременные, на 31 неделе, возникли после поднятия тяжести и носили стремительный характер. Вес при рождении девочки был 1650 г. На протяжении первых 2-х месяцев после рождения девочка находилась в отделении интенсивной терапии в кувезе. Этапы физического развития протекали с задержкой — голову стала держать с 6-ти месяцев, самостоятельно не переворачивается и не сидит. Родители впервые обратились за медицинской помощью когда девочке было 10 месяцев. Больная до поступления в Институт проблем медицинской реабилитации неоднократно лечилась стационарно в различных лечебных учреждениях Украины.

Логопедический статус до лечения: При осмотре девочка активна. Эмоционально реагирует на незнакомых людей. Выражение лица осмысленное. При упоминании знакомых слов «окно», «люстра» — смотрит в нужную сторону.

Артикуляционный аппарат: Рот больной полуоткрыт, отмечается вялость губной мускулатуры. Язык расположен в межзубной позиции. Имеет место повышенная саливация. Обнаруживается уко-

рочение уздечки верхней губы. Количество прорезавшихся зубов: 2 нижних резца. Твердое небо — высокое. Кончик языка вялый. Наблюдаются выраженные симптомы орального автоматизма. Голосовая активность в виде малодифференцированного лепета — «ба-ба-ба», «да-да-да», «тя-тя». В момент эмоционального оживления больная может менять интонационную окраску голоса и выражать им свои желания. При виде интересующей ее игрушки криком «просит» ее подать. Эмоции у девочки носят адекватный характер. Понимает обращенную речь в соответствии с возрастом.

Заключение логопеда до лечения: Голосовая активность на уровне малодифференцированного лепета. III уровень доречевого развития у ребенка с ДЦП.

Логопедический статус после третьего курса лечения: При осмотре ребенок уже самостоятельно сидит у мамы на руках. По маминой просьбе девочка в действиях имитирует игры «ладушки» и «сороку-ворону». В ее активном словаре, помимо отдельных слогов и дифференцированного лепета, появилось много простых слов типа «няня», «дядя», а также таких слов с трудной слоговой структурой, как «калька», «килька», «давай», «мамочка», «папочка».

Артикуляционный аппарат: У больной нормализовался мышечный тонус губ. Девочка научилась выполнять многие функциональные пробы — целовать маму, свистеть, прикладывая к губам пузырек с водой, пить воду из чашки через соломинку. Ее жевательная и язычная мускулатура стала более активной. Больная может самостоятельно жевать корочку черного хлеба. Она способна по инструкции и самостоятельно кончиком языка облизывать губы, делать «лесенку», «качели». Голос достаточной силы, эмоционально окрашенный.

Заключение логопеда после III курса лечения: Голосовая активность на уровне отдельных слов. Понимание обращенной речи в соответствии с возрастной нормой. I уровень речевого развития у ребенка с ДЦП.

Не менее эффективным оказалось проведение системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации и в следующем, клинически еще более сложном случае.

Больной Станислав Д., 1 год 9 мес. *Диагноз при поступлении:* Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез, эпилептиформный синдром, грубая задержка физического и психоречевого развития. Микроцефалия.

Жалобы родителей: на отставание их ребенка в физическом, психическом и речевом развитии. Больной с трудом удерживает голову. Он неспособен самостоятельно сидеть, стоять, говорить. Кроме этого, у мальчика часто наблюдаются вздрагивания всего тела (в течение 1-2 сек.).

Анамнез жизни: Мальчик родился от первой доношенной бере-

менности. У матери отрицательный резус-фактор. Роды в срок. Вес ребенка при рождении был 2700 г. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар составила 8 баллов. Ребенок был приложен к груди на 1-е сутки, взял ее хорошо, сосал активно. Этапы физического развития с задержкой. Удерживал с трудом голову с 8 месяцев, самостоятельно не ползает и не сидит. В возрасте года перенес острый бронхит, осложнившийся состоянием клинической смерти.

Логопедический статус до лечения: Больной не сидит, не ползает, не держит голову. На обращенную речь не реагирует. Отмечаются кратковременные вздрагивания во всем теле. Взгляд не фиксирует. Голос хриплый, немодулированный, крик невыразительный. Улыбка неадекватная. При тактильных раздражениях ее выраженность практически не меняется. Эмоциональный контакт с ребенком при осмотре установить невозможно. Полностью отсутствует какая-либо осмысленная ориентировочно-познавательная деятельность.

Артикуляционный аппарат: Наблюдается асимметрия лицевой и жевательной мускулатуры. Кончик языка не выражен, гиперкинетичен.

Заключение логопеда до лечения: Грубая задержка в развитии ориентировочно-познавательной деятельности. Голосовая активность на уровне недифференцированных звуков. Доречевое развитие ребенка соответствует II уровню.

Логопедический статус после двух курсов лечения: Больной при осмотре активен, сидит у матери на коленях. Активно тянется к игрушкам. Движения рук целенаправленные. Доступны простые предметные действия с погремушками и мячом.

Голосовая активность у больного проявляется на уровне отдельных лепетных слов-корней и аморфных слов. В его словарном лексиконе присутствует уже более 15 одно- и двусложных слов типа «да», «нет», «дед», «мама», «папа», «дядя». Зрительное и слуховое внимание мальчика стало более устойчивым. Он понимает обращенную к нему ситуационно обусловленную речь. Пытается общаться с родными и близкими с помощью односоставных и двусоставных предложений.

Артикуляционный аппарат: Улучшение подвижности мимической, губной и жевательной мускулатуры, снижение амплитуды и частоты гиперкинезов кончика и спинки языка.

Заключение логопеда после II курса лечения: I уровень речевого развития у ребенка с ДЦП.

Больные ДЦП следующих возрастных групп (II, III, IV и V), находившиеся в возрасте от 3 до 32 лет, отличались от детей I группы, прежде всего, тем, что большинство из них уже вступило в период собственного развития речи. Поэтому логопедический статус у них имел более сложную структуру, а его динамика в процессе интенсив-

ной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП имела свои особенности. Несмотря на значительный возрастной разброс больных этих 4-х групп (3-32 года), положительные сдвиги в их речевых функциях были весьма сходными и имели однонаправленный характер. Критерии оценки эффективности проводившихся им реабилитационных мероприятий были такими же, как и у больных I возрастной группы.

Характер динамики показателей состояния речевых функций в процессе лечебно-реабилитационного воздействия представлен в сводной табл.26. Учитывая многообразие клинических проявлений речевых расстройств у больных ДЦП, находящихся в этом возрасте, анализ эффективности системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации проводился с учетом доминирующей в логопедическом статусе симптоматики.

Как видно из табл.26, у этих больных, как и у детей I возрастной группы, проведение системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации ни в одном случае не привело к ухудшению состояния их речевых функций. Более того, среди них не было и случаев, когда нарушения речи не поддавались бы коррекции. У всех больных ДЦП старших возрастных групп под воздействием комплекса лечебно-коррекционных мероприятий наступали различной степени выраженности положительные сдвиги в речевых функциях. Причем величина и стойкость терапевтического эффекта находились в прямой зависимости от количества полученных больным курсов реабилитации, а также от его возраста. Чем младше был ребенок и чем больше курсов лечения он получил, тем более выраженными и устойчивыми были достигнутые результаты.

Как показали исследования (см. табл.26), наиболее положительные и стойкие изменения в состоянии артикуляционной моторики, речевого дыхания, в темпо-ритмической организации речи имели место у больных ДЦП со стертой, псевдобульбарной и мозжечковой формами дизартрии, а также у детей с алалией. Это проявлялось в виде увеличения у них активного словарного запаса (от 60 до 100 слов), появлении в структуре речи «облегченных» фраз и коротких предложений. У многих из этих детей нормализовались темп и ритм связной речи. У большинства больных ДЦП с перечисленными формами речевой патологии в процессе уже первого курса интенсивной нейрофизиологической реабилитации удалось поставить такие звуки как свистящие, шипящие, «р» и «л». Новое функциональное состояние мышц речевого аппарата дало возможность исправить у таких больных нарушенное положение корня или кончика их языка.

Иллюстрацией эффективности системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП для коррекции имеющихся у них речевых расстройств могут служить следующие данные.

**Динамика показателей состояния речевых функций у больных ДЦП
II-V возрастных групп в процессе интенсивной нейрофизиологической реабилитации** ТАБЛИЦА 26

Доминирующая клиническая форма речевой патологии	Эффективность реабилитационных мероприятий										
	Ухудшение	Без улучшения	Улучшение			Значительное улучшение			Стойкое улучшение или выздоровление		
			После I курса	После II курса	После III курса	После I курса	После II курса	После III курса	После I курса	После II курса	После III курса
Дизартрии:											
а) псевдобульбарные	-	-	14	15	13	7	6	7	-	-	1
б) бульбарные	-	-	3	2	1	1	2	3	-	-	-
в) корковые	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-
г) мозжечковые	-	-	2	1	1	-	-	1	-	-	1
д) подкорковые	-	-	3	2	2	-	1	1	-	-	-
е) сочетанные	-	-	7	6	6	2	2	2	-	1	1
ж) стертые	-	-	10	9	8	6	6	7	2	3	3
Алалии:											
а) моторные	-	-	2	1	1	-	1	2	-	-	1
б) сенсорные	-	-	2	2	1	1	1	1	-	-	1
Дислексии	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-
Дисграфии	-	-	1	1	-	1	1	1	-	-	1
Заикание и запинки:											
а) неврозоподобные	-	-	6	4	4	2	3	3	1	2	2
б) невротические	-	-	1	1	-	1	1	2	-	-	-
в) смешанные	-	-	5	3	2	2	3	4	-	1	1

Людмила О., 3 года 5 мес. *Диагноз при поступлении:* Детский церебральный паралич, спастический правосторонний гемипарез, церебрастенический, ликворно-гипертензионный синдромы, смешанная форма дизартрии легкой степени.

Жалобы родителей на слабость в правых конечностях, нарушение походки. Иногда у больной бывали головные боли, рвота.

Анамнез жизни и болезни: Девочка родилась от 1-ой 40-недельной беременности, которая протекала с токсикозом 1-й половины и угрозой срыва. Роды проводились с применением акушерских щипцов. Ребенок родился в состоянии асфиксии, с переломом ключицы, проводились реанимационные мероприятия. Этапы физического развития проходили с задержкой: девочка начала сидеть в 8 месяцев, ходить - 1 год 3 мес. Диагноз ДЦП был выставлен в 10 мес. Больная неоднократно лечилась в детских неврологических стационарах, в санатории «Хаджибей». Среди других перенесенных заболеваний были редкие простуды.

Логопедический статус до лечения: Больная доступна контакту. Самостоятельно сидит, стоит, ходит. При ходьбе опирается на правый носок. Правая рука приведена к туловищу, согнута в локтевом суставе. Мышечный тонус правой кисти повышен. Объем движений в правой руке ограничен. Пишет, рисует левой рукой. Слуховое и зрительное внимание сохранно. Запас знаний и представлений соответствует возрасту. Слух не нарушен. Владеет распространенной фразовой речью.

Грамматический строй речи правильный. В спонтанном потоке достаточно равномерно представлены все синтаксические части родного языка.

Артикуляционный аппарат: Прикус молочный, зубы мелкие. Имеют место элементы слюнотечения. Твердое небо у больной высокое. Отмечается асимметрия кончика и спинки языка. В покое язык чаще в межзубной позиции. Подвижность его кончика вправо резко ограничена, влево — более сохранна. Функциональные пробы девочка выполняет избирательно. При этом ее лицевая и язычная мускулатура легко истощается. У больной нарушено звукопроизношение нескольких фонетических групп: «с» — межзубный, «з» — межзубный, «ц» — межзубный, «ч» -изолированно не произносится, происходит его замена на «ц», «л» — боковой, «р» — одноударный.

Темп речи больной несколько ускорен. В ее речевом потоке отмечаются незначительные запинки в начале фразы. Голос — высокого тембра, недостаточной силы. Воздушная струя на выдохе недостаточная, слабая.

Заключение логопеда до лечения: Легкая степень спастической формы дизартрии у ребенка с ДЦП.

Логопедический статус после двух курсов лечения. Из беседы

с мамой стало известно, что за последнее время девочка адаптировалась в логопедической группе детского сада, постоянно занимается с логопедом. На занятиях она полностью справляется с заданиями. У больной увеличился объем движений в правом плечевом суставе и кисти. Правую кисть стала разжимать. При осмотре органов артикуляции слюнотечения не выявлено, уменьшилась асимметрия тела языка, улучшилась подвижность кончика языка вправо. Девочка активно выполняет функциональные пробы. У нее автоматизирована правильная артикуляция свистящих звуков и звука «ц» не только в отдельных слогах, но и в словах и предложениях. За короткое время у больной была поставлена правильная артикуляция звука «ч». Этот звук постепенно вводится ею в короткую фразу и небольшие стихи. Звучание фонем «л» и «р» стало более четким. Стабилизировался темп речи. В спонтанном речевом потоке запинок не было обнаружено. Голос — достаточной силы, более модулированный. Речевой выдох стал более длительным. Речь в целом приобрела большую выразительность и плавность.

Заключение логопеда после лечения: Логопедический статус больной приближается к норме. Рекомендовано дальнейшее посещение логопедической группы специализированного детского сада.

Проведенный нами анализ эффективности применения системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП с целью коррекции имеющихся у них речевых расстройств показал, что у детей со смешанными формами дизартрий, особенно осложненных эпилептиформными приступами и спастико-гиперкинетическими явлениями в верхних конечностях, она была заметно ниже, чем в других группах больных. Особенно неблагоприятно сказывались на эффективности коррекции речевых нарушений у больных ДЦП сопутствующие задержки психического развития. В зависимости от характера сочетания у них двигательных, речевых и психических нарушений терапевтический эффект реабилитационной системы был различным, носил комплексный характер.

Иллюстрацией высокой эффективности разработанной реабилитационной системы при осложненных формах речевой патологии у больных ДЦП может служить следующий клинический пример.

Больная Мария М., 5 лет 3 мес. *Диагноз при поступлении:* Детский церебральный паралич, атонически-астатическая форма, задержка психического развития, мозжечковая форма дизартрии выраженной степени.

Жалобы родителей на общую слабость, затруднения при ходьбе, обидчивость, капризность, замедленность и плохую внятность фразовой речи.

Анамнез жизни и болезни: Родилась от 2-й, нормально протекавшей беременности (но мать во время беременности перенесла ОРВИ

в легкой форме, страдала гипотонией). Роды путем кесарева сечения, извлечена в глубокой асфиксии, весом 3500 г. Больная длительно находилась в кувезе в отделении патологии новорожденных. Затем, после заболевания пневмонией, она была переведена в реанимационное отделение детской больницы. После двух месяцев лечения была выписана домой. С самого рождения девочка отставала в физическом развитии. Самостоятельно начала садиться только после года, вставать с 1,5 лет. При этом стояла неустойчиво. Ходить стала после 2-х лет. Речь появилась с 4-х летнего возраста. Неврологическое лечение было начато с 2-х летнего возраста.

Логопедический статус до лечения: При осмотре спокойна. Самостоятельно садится, встает, ходит. Опора на всю стопу, походка неуверенная. Правильно понимает обращенную к ней фразовую речь. Зрительное и слуховое внимание сохранно. Инструкции выполняет в замедленном темпе, иногда прибегает к помощи матери. Владеет простой фразовой речью. Грамматический строй речи несколько упрощен. В речевом потоке допускает аграмматизмы. Значительно нарушена слоговая структура длинных слов («автобус – актос», «птичка – ситька»). Активный словарный запас меньше пассивного. В спонтанных высказываниях чаще использует неразвернутые простые предложения, обычно допуская замены трудных для произношения слов на более доступные ей слова по артикуляционно-акустическим признакам. Предпочитает оперировать существительными и глаголами, изредка вставляет в свою речь прилагательные и наречия.

Артикуляционный аппарат: Прикус молочный, зубы мелкие, поражены кариесом. Твердое небо готическое. Имеет место повышенная саливация. При этом девочка слюну глотает плохо, ее мягкое небо малоактивно. Наблюдается отклонение язычка влево, кончик языка вялый, чаще всего находится в межзубной позиции. Спазмирована средняя часть спинки языка. Резко ограничена подвижность кончика языка вверх. Больная не умеет облизывать губы, инструкцию изобразить «обезьянку» не выполняет. Нарушения звукопроизношения носят множественный характер: изолированных «с», «з», «ш», «ж», «ч», «ц» и др. звуков нет. Звуки «л» и «р» произносит как «ль». Отмечается слабость моторных дифференцировок с нарушением плавности речи на стыке нескольких сложных согласных. Темп речи замедлен. Голос низкого тембра, недостаточной силы, значительно назализован. Речевое дыхание слабое. Речь в целом носит скандированный характер, слабомодулирована и малопонятна для окружающих.

Заключение логопеда до лечения: Мозжечковая форма дизартрии выраженной степени на фоне III уровня общего недоразвития речи у ребенка с ДЦП.

Логопедический статус после трех курсов: Из беседы с мамой

стало известно, что за последнее время у девочки значительно возрос активный словарный запас. Усовершенствовался грамматический строй фразовой речи. Большая уверенно вводит в спонтанное общение, кроме существительных и прилагательных, такие части речи, как местоимения, числительные. Более раскованно держится с родными и близкими — «мамочка, давай поспорим», «мне кажется». У девочки стабилизировалась слоговая структура длинных слов. Улучшилось фонематическое восприятие, в речевом потоке значительно меньше замен звуков по артикуляторно-акустическому свойству.

Артикуляционный аппарат: У больной заметно уменьшилась гиперсаливация, слюну за щеку уже не собирает, незаметно ее проглатывает. Значительно улучшилась подвижность мягкого неба. Нормализовался тонус мускулатуры языка. Достаточно уверенно выполняет задания: изобразить «часики», «обезьянку». Снизилась утомляемость лицевой мускулатуры. Увеличились произносительные возможности при фонации отдельных звуков. Появились изолированные звуки: «с», «з», «ц». Также изолированно в ее речи слышны звуки «ш», «ж», «ч», однако в речевом потоке они чаще произносятся в нижнем варианте. Увеличились голосовые модуляции, улучшилась дикция. Девочка охотно декламирует короткие стихи, громко и уверенно отвечает на поставленные вопросы. Стабилизировался темп речи. Несколько улучшилась плавность речевого потока. Ротовой выдох теперь длится более 6 — 7 секунд, воздушная струя достаточная.

Заключение логопеда после лечения: Легкая степень мозжечковой формы дизартрии.

Было отмечено, что чем старше возраст больного ДЦП, чем грубее имеющиеся у него нарушения психического и речевого развития, тем менее эффективно применение с целью коррекции речевых дефектов системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации. Так, у 36% больных ДЦП III, IV и V возрастных групп, в клинической картине заболевания которых выявлялись выраженные задержки речевого развития и признаки разной степени тяжести олигофрении, выраженных положительных сдвигов в речевом статусе после первого курса лечения обнаружено не было. Последующие реабилитационные курсы хотя и способствовали некоторому улучшению у них речевых функций, но также показали свою относительно низкую эффективность в сравнении с другими группами больных.

У остальных больных из этих групп, посещающих массовую школу либо обучающихся по вспомогательной программе специальной школы-интерната для детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, помимо улучшения собственно речевых функций, была выявлена положительная динамика в стабилизации наклона письма и почерка. Уже после первого реабилитационного курса у 26% таких больных была зафиксирована нормализация темпа речи, улучшение

плавности речевого потока, сведены к минимуму запинки в спонтанной речи. У 24% детей несколько уменьшилась дисграфическая и дислексическая симптоматика. Повторные курсы интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП еще более усилили у таких детей положительные сдвиги в речевом статусе.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют, что у всех обследованных больных ДЦП имеет место достаточно выраженный уровень речевой патологии. Особенно высоким он оказался в первой возрастной группе больных, находящихся в возрасте от 0 до 3 лет.

Проявления речевых расстройств во всех клинических и возрастных группах больных ДЦП носили весьма разнообразный характер и были представлены в них неравномерно. Наиболее частыми речевыми нарушениями у детей, страдающих различными клиническими формами церебрального паралича, были дизартрии. Нами не было выявлено четкой зависимости между особенностями нарушений моторики при церебральном параличе и формой дизартрии у обследованных детей.

Дифференцированная оценка изменения состояния речевой функции у больных ДЦП, прошедших один курс реабилитации, показала, что наиболее значимые улучшения логопедического статуса произошли в I возрастной группе детей (от 0 до 3-х лет). У большинства таких больных на фоне проведенного лечения наблюдался качественный переход их речевых возможностей на более высокий этап речевого развития.

У детей II возрастной группы (от 3 до 7-ми лет), страдающих различными формами дизартрии, в логопедическом статусе произошли значительные количественные изменения. У них заметно увеличился активный словарный запас, появились облегченные фразы и короткие предложения. Использование специального логопедического массажа способствовало увеличению у них «исправленных» звуков более чем в 3 раза.

В III, IV и V возрастных группах у 20% больных после лечения была зафиксирована нормализация темпо-ритмической структуры фразы. У 24% из них уменьшилась дисграфическая и дислексическая симптоматика, стабилизировался почерк и наклон букв. У части детей (5%), имевших грубую задержку психического развития, положительная речевая динамика была незначительной.

Таким образом, система интенсивной нейрофизиологической реабилитации оказалась достаточно эффективной в аспекте воздействия на разнообразные речевые расстройства, наблюдаемые у больных ДЦП.

7 ГЛАВА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ И ВИДЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ

УРОВЕНЬ развития интеллектуальных и других высших психических функций у больных ДЦП, характер формирования их личностных качеств, успешность проводимых методов медицинской и социальной реабилитации в значительной степени связаны с условиями семейного воспитания таких детей. В зависимости от правильности понимания родителями состояния и перспектив здоровья своего ребенка и, соответственно, адекватности, согласованности применяемых ими методов воспитания, особенностей межличностных взаимоотношений между членами семьи, направленность и темпы восстановления нарушенных функций могут существенно варьировать. Об этом свидетельствует и наш опыт лечения больных ДЦП с помощью

системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации.

Изучение особенностей психологического реагирования родителей на имеющийся у ребенка с ДЦП физический, речевой или психический дефект показало, что существует несколько вариантов восприятия ими этого заболевания. Выявленные варианты отличаются глубиной анализа родителями развившейся у ребенка патологии и степенью адекватности сформировавшихся в семье представлений о медицинском и социальном прогнозе. Особое значение имеет эмоциональная насыщенность и направленность переживаний родителей, связанных с заболеванием ребенка, пониманием ими собственной роли в дальнейшей судьбе больного.

Были выделены основные типы восприятия родителями болезни своего ребенка.

I. ТИП ПОВЕРХНОСТНОГО ВОСПРИЯТИЯ

Представления родителей о тяжести и перспективах развившегося у их ребенка заболевания носит недостаточно полный и адекватный характер. Родители не понимают в полной мере своей ответственности за его судьбу, не считают имеющееся заболевание тяжелым, требующим каких-то специальных усилий с их стороны. Они верят в неограниченные возможности медицины и медицинских работников, на которых и стараются переложить всю ответственность за будущее своего ребенка и его здоровье. При этом они малоинициативны в лечении больного, проводят его пассивно, под давлением других родственников или по настоянию врачей. Без особых переживаний помещают своего ребенка в специализированные детские сады с круглосуточным пребыванием, в соответствующие школы-интернаты и даже в учреждения соцобеспечения. Обычно такое восприятие здоровья ребенка с ДЦП возникает у интеллектуально недостаточно развитых или инфантильных родителей, характеризующихся наличием выраженных иждивенческих тенденций и установок.

II. ТИП ДЕМОНСТРАТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ

Развившийся у ребенка церебральный паралич родители воспринимают как неза заслуженный удар судьбы, испытующий их выдержку и силу любви. Больной в этих условиях выступает в сознании родителей, с одной стороны, наглядным результатом творящейся вокруг несправедливости, с другой — своеобразным «знаменем» и средством самоутверждения. Характерна позиция постоянного обвинения окружающих, медицинских и социальных работников в черствости, недостаточной компетентности, а иногда и в злонамеренности. При этом демонстрируется не всегда реальная безграничная любовь к своему

больному ребенку, «ради счастья которого они готовы на любые трудности и невзгоды». Это выражается в неустанном поиске все новых специалистов, все более эффективных методов и средств для лечения ДЦП, в требованиях направить их ребенка в специализированные клиники за границу, предоставить различные социальные льготы: улучшить жилье, обеспечить машиной и т.п. Любые возражения и несогласие медицинского персонала с точкой зрения таких родителей вызывают у них неприязнь, конфликтное поведение и жалобы в вышестоящие инстанции. Постепенно у них формируется своеобразная жизненная позиция, смыслом которой является неустанная борьба с бездушным внешним миром, «выбивание» заслуженных такой тяжелой жизнью и своим мужественным поведением в ней всевозможных прав и благ. Больной ребенок все больше в сознании родителей отходит на задний план и выступает лишь как средство достижения целей материального и морального самоутверждения. Такое восприятие болезни своего ребенка характерно для стеничных родителей, личностные установки которых формировались в условиях декларируемых государством обязательств по полной социальной защите своих граждан.

III. ТИП КАТАСТРОФИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ

Родители воспринимают заболевание своего ребенка как непоправимую катастрофу. Они не верят в возможность его выздоровления, не представляют путей и методов восстановления нарушенных функций организма, не предпринимают каких-либо настойчивых и регулярных усилий по лечению больного. Считая себя наиболее пострадавшими в данной ситуации, причину всех своих неприятностей они осознанно или, зачастую, неосознанно ищут в своем больном ребенке. Родители стесняются имеющегося у него физического, речевого или психического дефекта, стараются меньше бывать с больным в обществе, при возможности отдают на воспитание родственникам или в специальные детские учреждения. Нередки случаи, когда один из родителей, чаще отец, уходит из семьи с больным ребенком, предоставляя оставшемуся с ребенком бывшему супругу самому нести все тяготы по его воспитанию. В то же время, мать больного, у которой сложился такой тип восприятия его болезни, нередко возлагает основную вину за все неудачи в своей личной жизни, за невозможность повторного замужества, за отсутствие профессионального роста и т.д. на своего ребенка. Это может сопровождаться холодным и, иногда, скрыто-неприязненным отношением к больному, безразличием к дальнейшей его судьбе. Такой тип восприятия больного ребенка чаще отмечается у астенических и истероидных личностей.

IV. ТИП САМООБВИНИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ

В этих случаях чрезмерно болезненное и обостренное восприятие имеющегося у ребенка заболевания сочетается у родителей с тенденцией видеть причину его возникновения в собственных ошибках и промахах. Родители (или один из них, чаще — мать) считают себя виновным в рождении такого ребенка, переосмысливают свое прошлое, считают, что неправильно вели себя во время беременности и родов, что поздно обратили внимание на здоровье ребенка, неправильно и несвоевременно начали его лечить. Характерно наличие обостренного чувства жалости к ребенку, переживания своей родительской несостоятельности, своей неспособности изменить ситуацию с его здоровьем. Фон настроения у таких родителей обычно стойко снижен. Их постоянно преследуют мысли о тяжелом заболевании, развившемся у ребенка, переживания за его дальнейшую судьбу и будущее. Все свое время они посвящают уходу за больным, подчиняя этому весь уклад своей жизни. Такие родители активно ищут все новые, «более эффективные» методы лечения и реабилитации детей с церебральными параличами, обращаются за помощью в разные инстанции и к всевозможным специалистам. Неуверенность в себе заставляет их искать «компетентных врачей, на которых можно было бы полностью положиться». Малейшее дополнительное недомогание ребенка (простуда, ушиб и т.п.) вызывают у них панику, усиление идей самообвинения, еще большее углубление субдепрессивного фона настроения. Разговор с авторитетным для них врачом значительно облегчает их состояние, улучшает настроение. Этот тип восприятия чаще возникает у родителей с астеническими, тревожно-мнительными чертами характера, с высоким чувством ответственности, сочетающимся с неуверенностью в себе, постоянными сомнениями в своих силах и возможностях.

V. ТИП АДЕКВАТНОГО ВОСПРИЯТИЯ

Родители в целом правильно понимают характер заболевания ребенка, ответственно относятся к своим обязанностям по его лечению и воспитанию. Они достаточно осведомлены о причинах и условиях развития у детей церебральных параличей, особенностях их течения и исхода. Четко представляя значение своевременной диагностики и раннего начала лечения ДЦП, они, как правило, уже в первые месяцы жизни своего ребенка замечают отклонения в его психофизическом развитии и обращаются за помощью к специалистам. Зная о важности и необходимости непрерывного и продолжительного проведения больному лечебно-реабилитационных мероприятий, они нередко под руководством лечащего врача осваивают некоторые приемы массажа, лечебной гимнастики, мануальной терапии и т.п. Эти при-

емы они используют в домашних условиях после окончания больным курса стационарного лечения. Зная о неравномерности поражения при ДЦП различных моторных, речевых и психических процессов, они помогают ему развивать сохранившиеся функции, достигая в ряде случаев поразительных результатов. Именно у таких родителей больные церебральным параличом дети лучше приспосабливаются к своему двигательному или речевому дефекту, имеют меньше личностных отклонений и достигают более высоких уровней социальной адаптации. Адекватный тип восприятия имеющейся у ребенка болезни чаще формируется у родителей с гармоничными личностными особенностями, характеризующихся достаточно высоким интеллектом, социальной активностью, уверенностью в себе, обладающих хорошими адаптационными способностями.

Особенности восприятия родителями развившегося у ребенка заболевания оказывают большое влияние на их отношение к проведению ему лечебно-реабилитационных мероприятий, отражаются на эффективности последних. Наиболее последовательны, настойчивы и исполнительны в реализации врачебных назначений, несмотря на различие мотиваций, лежащих в основе их поведения, родители с демонстративным, самообвинительным и адекватным восприятием этого заболевания. Формирование у конкретного родителя того или иного из выделенных типов восприятия болезни обусловлено комплексом факторов и обстоятельств, которые воздействовали на него на протяжении всей жизни (генетические, перенесенные заболевания, семейные традиции, условия воспитания, уровень образования, экономические возможности и т.п.). Чем более благоприятным было сочетание этих факторов, чем гармоничнее развивался человек, тем более адекватно восприятие им своего больного ребенка, более правильна позиция в отношении его воспитания и лечения.

Особенности восприятия родителями тяжести и перспектив заболевания своего ребенка оказывают существенное влияние и на характер используемых ими приемов его воспитания. В большинстве случаев (68%) воспитание таких детей отличалось неправильностью используемых родителями методов и подходов.

А.Е.Личко (1983) выделил следующие основные типы неправильного воспитания детей: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность, потворствующая гипопротекция, атмосфера культа болезни, противоречивое воспитание, воспитание вне семьи.

У обследованных нами больных ДЦП преобладали следующие формы семейного воспитания.

Гипопротекция. Этот вид неправильного воспитания отличается недостатком внимания, заботы, истинного интереса родителей к сво-

ему ребенку, его проблемам, делам, волнениям и увлечениям. Родители безразличны к его духовной жизни. В отдельных случаях он может быть невовремя накормлен, одет в обноски, в рваное, давно не стираное белье. Иногда родители интересуются его проблемами лишь формально, «откупаются» от него различными материальными приобретениями. Ребенок чувствует, что старшие к нему достаточно безразличны, тяготятся необходимостью ухаживать и заботится о нем.

Доминирующая гиперпротекция. Такой вид неправильного воспитания характеризуется чрезмерной опекой родителями своего ребенка. Ими осуществляется мелочный контроль не только за каждым его действием, но и за каждой минутой времяпрепровождения, каждой мыслью. В семье формируется система сплошных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за детьми, достигающая в ряде случаев постыдной для них слежки. Непрерывные запрещения, невозможность принятия собственных решений создают у больного ребенка впечатление, что ему «все нельзя», а вот его здоровым сверстникам «все можно». Такое воспитание не позволяет ребенку накапливать собственный жизненный опыт, учиться не повторять допущенных ошибок. Оно не дает возможности формировать волевые качества, умение разумно пользоваться свободой, не приучает его к самостоятельности. Более того, при этом воспитании у ребенка подавляется чувство ответственности и долга, ибо, если за него все решают старшие, то он постепенно приходит к убеждению, что сам может ни за что не отвечать. У одних детей, отличающихся энергичностью, в подростковом возрасте нередко возникают протестные, аффективные реакции. У других, с астеническими, тревожно-мнительными чертами личности, еще более усиливается несамостоятельность, неуверенность в себе, нерешительность, неумение постоять за себя и свои интересы.

Потворствующая гиперпротекция. В своем крайнем выражении этот тип приобретает характер воспитания «кумира семьи». Он характеризуется не столько постоянным контролем родителями за всеми мыслями, действиями и поступками ребенка, сколько в чрезмерной его опеке. Родные в этом случае стремятся освободить своего горячо любимого ребенка от малейших жизненных трудностей, от любых усилий, в т.ч. направленных на укрепление его физического здоровья. Этому сопутствует непрестанное восхищение ими мнимыми талантами ребенка, преувеличенная оценка его действительных способностей. С младенческого возраста такие дети растут в атмосфере незаслуженных похвал и безудержного обожания. Такое воспитание формирует у них эгоцентрическое желание всегда, любой ценой быть в центре внимания окружающих, слушать их восторженные отзывы о своих выдающихся задатках и способностях. В связи со слабостью волевых качеств, отсутствием трудолюбия и упорства в достижении любых значимых целей, они искренне рассчитывают на легкое и бес-

прекословное получение всего желаемого. Считают само собой разумеющимся свое лидерство в любой интересной для них сфере деятельности, причем без затраты даже минимальных усилий.

Для формирования у ребенка качеств «кумира семьи» совершенно необязательно наличие в его окружении большого числа восхищенных глаз влюбленных домочадцев. Его семья может быть небольшой и даже неполной. Иногда она включает в себя лишь обожающую до безумия своего ребенка одинокую мать и его самого. При этом переполненная любовью к больному ребенку мать видит смысл всей своей жизни в том, чтобы во всем угодить своему чаду. Ребенок все более привыкает получать все, что ему захочется, не задумываясь над тем, чего это стоит. В результате у него формируется все больше черт истероидной личности, специфически проявляющей себя при любых жизненных трудностях, а также утяжеляет имеющиеся у него психические отклонения.

Эмоциональное отвержение. При этом типе воспитания ребенок постоянно ощущает, что им тяготятся, что он — обуза в жизни родителей. Ему кажется, что родным без него было бы лучше, что они чувствовали бы себя в этом случае свободнее и счастливее. Такие чувства бывают еще интенсивнее, когда рядом с данным больным ребенком есть другие любимые дети, иногда — более здоровые или красивые. Особенно часто они возникают к сводным братьям и сестрам, а также к отчиму или мачехе, которые оказываются более значимыми для его родителя людьми, чем он сам. Эти случаи семейного воспитания получили название воспитания по типу «Золушки».

Иногда эмоциональное отвержение ребенка родителями носит скрытый характер. В таких случаях ни мать, ни отец больного ребенка не осознают того, что не любят его, тяготятся совместным с ним проживанием. Они гонят от себя саму мысль о возможности подобных чувств с их стороны, возмущаются, если им кто-либо указывает на наличие в их семье подобного типа отношения к ребенку. Силами разума и воли родители стараются подавить в себе эмоциональную неприязнь к сыну или дочери, считают ее наличие чем-то недостойным. Нередко внешне они даже проявляют обусловленную психологическими механизмами гиперкомпенсации подчеркнутую заботу о ребенке, о состоянии его здоровья, уделяют ему утрированно повышенное внимание, стремятся хорошо одеть, накормить, купить побольше игрушек. Однако дети, как правило, чувствуют искусственную вымученность таких забот и внимания, ощущают у родителей недостаток искреннего эмоционального тепла.

Положение менее любимого и нежеланного члена семьи тяжело переносится ребенком, накладывает отпечаток на его личность, отражается на всей его дальнейшей жизни. У более энергичных детей такой тип воспитания вызывает бурный протест и реакцию эмансипа-

ции. У тихих и безынициативных детей он способствует формированию аутистических черт, эмоциональной неустойчивости, повышенной ранимости и утомляемости.

Условия жестких взаимоотношений. Нередко этот тип воспитания выступает крайней степенью проявления эмоционального отвержения ребенка. Жесткое отношение к нему со стороны родителей может проявляться открыто, в brutальных формах. Оно выражается суровыми расправами даже за мелкие проступки или непослушание детей, а в ряде случаев на детях просто «срывается зло». Не всегда жесткие отношения в семье избирательно касаются только самого больного ребенка. Как правило, это общий стиль семейных межличностных взаимоотношений. В таких семьях жесткие отношения господствуют во всей атмосфере непосредственного окружения ребенка, хотя могут и скрываться родителями от взора посторонних лиц. Они выступают следствием душевного безразличия членов семьи друг к другу, проявляющих заботу только о самих себе. При этом имеет место полное пренебрежение к интересам и тревогам других членов семьи, незримая стена между ними. В целом — это семья, в которой каждый ее член может рассчитывать только на самого себя, не ожидая ни помощи, ни поддержки, ни сочувствия со стороны ближайших родственников. Причем, жесткие семейные взаимоотношения могут внешне особо не бросаться в глаза, не сопровождаться громкими скандалами, драками и избиениями. Однако и в этих случаях они самым негативным образом отражаются на психическом здоровье ребенка, на особенностях формирования его личностных характеристик. Дети растут либо злобными, агрессивными, жестокими, либо «забытыми», робкими, не умеющими постоять за себя. Иногда свой протест против применяемых к ним жестоких мер они выражают различными крайними формами поведения, в том числе — суицидальными попытками.

Повышенная моральная ответственность. Этот тип неправильного семейного воспитания характеризуется наличием у родителей чрезмерно больших ожиданий и надежд в отношении будущего своего ребенка. Они верят в наличие у него особых способностей и талантов, рассчитывают на достижение им в последующей жизни выдающихся успехов. Такие родители постоянно лелеют мысль о том, что сын или дочь сумеют реализовать, воплотить в жизнь их собственные несбывшиеся мечты. Ребенок с самого раннего возраста все время чувствует, что родные от него ждут очень многого.

Вариантом воспитания в условиях повышенной моральной ответственности выступают случаи, когда на ребенка возлагается ответственность и недетские заботы по уходу за младшими братьями и сестрами, за больными, беспомощными или престарелыми членами семьи. У тихих, робких, малоэнергичных детей такой тип воспитания способствует возникновению чувства тревожности, повышенной мни-

тельности, развитию различных страхов и опасений. В условиях наличия у ребенка заболевания это может приводить к формированию различных личностных аномалий.

Потворствующая гипопротекция. При таком типе воспитания бесконтрольность и вседозволенность в отношении родителей к своему ребенку сочетается с некритичной оценкой ими его поведения. Родители стараются постоянно оправдывать своего сына или дочь. Любые, часто неблагоприятные действия собственных детей они оценивают в их пользу, зачастую объясняя состоянием их здоровья, пытаясь переложить ответственность и вину за совершенные ими проступки на других лиц, оградить их от вполне заслуженного наказания. В итоге дети, привыкшие к постоянному родительскому покровительству, лишившись его, оказываются совершенно несостоятельными в условиях реальной жизни, не могут приспособиться к ее требованиям, что усугубляется проблемами, связанными со здоровьем. Условия такого воспитания способствуют появлению у детей истероидных черт характера.

Воспитание в атмосфере культа болезни. Отличительным признаком такого типа воспитания выступают преувеличенные заботы родителей о состоянии здоровья своих детей. При этом возведение в культ специально организованного режима и назначенного ребенку лечения имеющегося у него заболевания, по сути дела, являются одной из форм доминирующей гиперпротекции. В результате такое воспитание способствует развитию у него инфантильности, эгоистической фиксации на заботах о собственном здоровье, формированию своего рода рентных установок с завышенным уровнем притязаний. В сознании таких детей стойко утверждается мысль, что «все во всем должны идти мне навстречу». На любые трудности вырабатывается истерический способ реагирования, характеризующийся наличием устрашающих ипохондрических высказываний и переживаний.

Противоречивое воспитание. Проявляется в том, что члены семьи (отец, мать и их родители) в таких случаях применяют несовместимые воспитательные подходы. Каждый из них предъявляет к ребенку требования, противоречащие требованиям, высказываемым другими членами семьи. При этом последние, нередко, конкурируют, а то и открыто конфликтуют друг с другом. Ребенок может одновременно испытывать на себе доминирующую гиперпротекцию со стороны отца и потворствующую со стороны матери. Или же — эмоциональное отвержение со стороны родителей, сочетающееся с потворствующей гиперпротекцией со стороны деда или бабушки. Воспитывающийся в таких условиях ребенок оказывается в особенно трудной ситуации. Он пытается лавировать между родными и играть на их противоречиях. При этом могут приобретаться и закрепляться такие негативные личностные особенности, как неискренность, лживость, эгоизм, черствость и безразличие к проблемам своих близких, сла-

бость или полное отсутствие каких-либо моральных принципов.

Воспитание вне семьи. Характерно для детей, воспитывающихся в условиях домов ребенка, закрытых школ-интернатов. Основным негативным фактором такого воспитания является наличие разной степени выраженности эмоциональной депривации. Кроме того, на ребенка отрицательно воздействует достаточно распространенное сочетание чрезмерно строгого учрежденческого режима (в ряде случаев граничащего с гиперпротекцией), с формализмом в его соблюдении, открывающим возможности для скрытой безнадзорности, тайного распространения дурных влияний, жестоких взаимоотношений между воспитанниками. У растущих в этих условиях детей нередко формируются такие личностные особенности, как эмоциональная холодность или, наоборот, повышенная чувствительность и ранимость, своеобразная система жизненных ценностей и моральных норм.

Описанные типы неправильного воспитания детей, как показали наблюдения, достаточно часто встречаются в семьях больных ДЦП. При чем имеет место определенная зависимость между характером восприятия родителями развившегося у их ребенка заболевания и применяемыми в семье методами его воспитания.

Поверхностное восприятие родителями болезни своего сына или дочери в большинстве случаев способствует использованию таких типов воспитания, как гипопротекция, потворствующая гипопротекция, эмоциональное отвержение, условия жестких взаимоотношений и противоречивое воспитание.

Демонстративный тип восприятия заболевания своего ребенка нередко сочетается с использованием родителями таких форм его воспитания, как доминирующая гипопротекция, потворствующая гипопротекция, воспитание в атмосфере культа болезни, противоречивое воспитание и скрытое эмоциональное отвержение.

Катастрофическое восприятие болезни ребенка чаще имеет место у родителей, реализующих такие формы воспитания детей, как эмоциональное отвержение, условия жестких взаимоотношений, повышенная моральная ответственность и воспитание вне семьи.

Самообвинительное восприятие заболевания преимущественно отмечалось у родителей, воспитывающих своих больных детей по типу потворствующей гипопротекции и в атмосфере культа болезни.

Адекватное восприятие родителями болезни ребенка крайне редко сопровождалось неправильным его воспитанием. Именно гармоничная семья, характеризующаяся теплыми межличностными отношениями, правильно понимающая состояние здоровья своего ребенка, его возможности и перспективы, оказалась самой восприимчивой и благожелательной к предложенной системе медицинской и социально-психологической реабилитации больных ДЦП. Адекватно оценивая эффективность различных методов лечения, ранее проводивших-

ся ребенку, она уже с первых сеансов терапии становилась активным помощником врача. Такие родители строго выполняли все его инструкции не только во время нахождения их ребенка на стационарном лечении, но и после выписки домой. Четкость, последовательность и скрупулезность выполнения ими врачебных рекомендаций в значительной степени способствовали повышению эффективности проводимой терапии. Родительское участие и помощь в лечении ускоряли наступление положительных сдвигов у больного ДЦП ребенка не только со стороны нарушенных двигательных функций, но и психических и речевых.

Клинический опыт показывает, что комплексная система лечебно-реабилитационных мероприятий для больных ДЦП должна включать в себя психокоррекционную и психотерапевтическую работу. Последнюю следует проводить как с их родителями, так и при достаточной сохранности психических функций с самими детьми, страдающими церебральными параличами. Психокоррекционное воздействие, с одной стороны, должно способствовать гармонизации нарушенных внутрисемейных отношений, смягчению и коррекции применяемых в семье неправильных форм воспитания ребенка с ДЦП. С другой — стимуляции у него интереса к жизни, повышению веры в себя, формированию новых систем мотиваций и целей, улучшению уровня социально-психологической адаптации и качества жизни в целом.

З А К Л Ю Ч Е Н И Е

В ПОСЛЕДНИЕ годы наблюдается отчетливая тенденция к росту распространенности ДЦП среди детского населения Украины. В значительной степени это связано с влиянием на детский организм на ранних этапах его онтогенеза ряда относительно новых негативных факторов: ухудшающаяся экологическая ситуация в стране, состояния хронического психоэмоционального напряжения у родителей в связи с социально-экономическими изменениями в обществе и т.п. Наряду с комплексом других отрицательных воздействий, традиционно рассматриваемых в качестве основной причины развития у ребенка ДЦП (генетических, травматических, интоксикационных, инфекционных и др.), они способствуют деформации процессов

созревания ЦНС, нарушению функционирования отдельных ее структур. В результате не всегда своевременной диагностики, позднего начала адекватной терапии, недостаточной эффективности имеющихся в арсенале большинства детских специалистов методов лечения и реабилитации, все большее число больных ДЦП инвалидизируется, что сопровождается крайне низким уровнем их медико-социальной адаптации. В этих условиях разработка и внедрение в практику здравоохранения страны новых, высокоэффективных методов медицинской и социальной реабилитации детей, страдающих церебральными параличами, выступает одной из актуальнейших задач современной медицины.

Одним из решений указанной проблемы является предложенная нами (В.И. Козьявкин, 1988-1998) комплексная система интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП. Разработанная реабилитационная система представляет собой комплекс лечебно-коррекционных мероприятий, направленных на создание в организме больного ДЦП нового функционального состояния путем коррекции патологических состояний и активизации внутренних защитно-компенсаторных и адаптационных возможностей организма.

Предложенная система включает в себя две подсистемы: подсистема интенсивной коррекции и подсистема стабилизации и потенцирования эффекта. Первая подсистема включает в себя следующие основные этапы: адаптации, диагностики, релаксации, мобилизации, манипуляции, фиксации, построения нового двигательного стереотипа, активизации системы новых мотиваций.

Общая продолжительность проведения больным ДЦП подсистемы интенсивной коррекции обычно составляет две недели. Каждый из составляющих данную подсистему этапов имеет свою конкретную задачу, без решения которой вероятность получения у больного стойкого положительного эффекта при выполнении других лечебно-реабилитационных мероприятий резко снижается. Хотя и существует определенная последовательность в реализации задач каждого из этапов указанной подсистемы, в действительности некоторые из них нередко совпадают во времени, т.е. проводятся одновременно. Важнейшим звеном разработанной системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП является методика мануального воздействия, позволяющая осуществить полисегментарную биомеханическую коррекцию позвоночника и крупных суставов.

Лечение больных ДЦП, несмотря на наличие общей универсальной системы их нейрофизиологической реабилитации, проводится строго индивидуализировано. При этом учитываются малейшие нюансы в клинической картине заболевания, возраст, пол больного, его анамнестические данные. С целью максимально возможного объективного изучения состояния здоровья каждого пациента был разработан специальный диагностический алгоритм его обследования.

На основании данных, полученных при комплексном исследовании больных, разрабатывается индивидуализированная программа реабилитации для каждого пациента. Особое внимание обращается на активизацию и формирование у ребенка системы новых мотиваций как одной из важнейших предпосылок для проведения дальнейших реабилитационных воздействий.

Вторая подсистема интенсивной нейрофизиологической реабилитации больных ДЦП, названная подсистемой стабилизации и потенцирования эффекта, направлена на решение следующих основных задач: дальнейшей активизации системы новых мотиваций личности, формирования мышечного корсета, оптимизации биомеханики его движений, социально-психологической адаптации и повышения «качества жизни» в целом.

Вторая подсистема реабилитации проводится сразу после возвращения ребенка домой, и ее продолжительность составляет в среднем от 6 до 12 месяцев.

Проведенные углубленные комплексные клинко-психопатологические и психологические исследования динамики психического статуса у детей с ДЦП под влиянием системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации показали, что данный метод эффективен не только в отношении возможностей воздействия на двигательную сферу больных, но и на такие когнитивные функции, как память, внимание, мышление, интеллект, речь, а также на эмоционально-личностную сферу.

Больные ДЦП уже в процессе проведения курса реабилитации и, особенно, после завершения, становились более активными, живыми, общительными, у них расширялся круг интересов, уменьшались признаки пассивности, негативизма, эмоциональной неустойчивости, раздражительности. Улучшались сон, аппетит, фон настроения, общий жизненный тонус.

Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации является весьма эффективной при лечении психопатологических проявлений у детей с ДЦП. Однако эффективность метода оказалась различной при разных клинических формах психических нарушений. Наиболее выраженной она была у больных с церебрастенической и неврозоподобной симптоматикой, а также с пограничной умственной отсталостью. Несколько слабее эффект 1-2 курсов лечения был у больных с легкими формами слабоумия, неадекватными формами поведения и личностными реакциями. Наименее результативным он оказался у детей с умеренной и глубокой умственной отсталостью.

Сопоставление характера динамики функций вербального и невербального интеллекта свидетельствует о том, что в целом позитивные сдвиги функций вербального интеллекта в ходе лечения были более выраженными, чем функций невербального. Анализ получен-

ных данных с учетом базисного уровня развития интеллекта показал, что наиболее благоприятные результаты обнаруживали дети с пограничной умственной отсталостью, с «низкой» нормой и легкой степенью дебильности. Динамика в группах детей с более тяжелыми формами умственной отсталости была менее выраженной, дети оставались в пределах исходных уровней интеллектуального развития. Наиболее выраженная позитивная динамика продуктивности вербального интеллекта отмечалась у больных со спастической диплегией, гиперкинетической формой и левосторонним гемипарезом. Проведенное лечение наиболее эффективно воздействовало на функции невербального интеллекта у больных с гиперкинетической формой, спастической диплегией и правосторонним гемипарезом. Наименее выраженная динамика функций вербального и невербального интеллекта отмечалась при тетрапарезе и атонически-астатической форме.

У больных в процессе проведения им лечебно-реабилитационных программ происходит положительная трансформация паттерна показателей, отражающих актуальное психологическое состояние, уровень эмоционального реагирования, индивидуально-типологические и личностные особенности. Совокупность наблюдаемых изменений детерминирует повышение адаптивного потенциала личности в целом.

Согласно результатам дифференцированной оценки изменения состояния речевой функции у больных ДЦП, прошедших один курс реабилитации, наиболее значимые улучшения логопедического статуса произошли в первой возрастной группе детей. У большинства таких больных на фоне проведенного лечения наблюдался качественный переход их речевых возможностей на более высокий этап речевого развития.

У детей второй возрастной группы (от 3 до 7-ми лет), страдающих различными формами дизартрии, в логопедическом статусе имели место значительные количественные изменения. У них заметно увеличился активный словарный запас, появились облегченные фразы и короткие предложения. Использование специального логопедического массажа способствовало увеличению у них «исправленных» звуков более чем в 8 раз.

В более старших возрастных группах у 20% больных после лечения была зафиксирована нормализация темпо-ритмической структуры фразы. У 24% из них уменьшилась дисграфическая и дислексическая симптоматика, стабилизировался почерк и наклон букв. У части детей (5%), имевших грубую задержку психического развития, положительная речевая динамика была относительно небольшой.

Описанные позитивные сдвиги в психической и речевой сферах должны получить свое дальнейшее закрепление и развитие на следующих этапах реабилитации этих детей, способствовать повышению уровня их адаптации в социуме и качества жизни в целом.

С

П И С О К Л И Т Е Р А Т У Р Ы

1. Ананьев Б.Г. Психология чувственного познания. — М.: Изд-во АПН РСФСР. — 1960. — 486 с.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина. — 1975. — 446 с.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология. — М.: Медицина, — 1984. — 576 с.
4. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. — Киев: Здоров'я. — 1988. — 228 с.
5. Багуев А.С. Функция двигательного анализатора. — Л.: Изд-во ЛГУ. — 1970. — 199 с.
6. Бернштейн Н.А. Проблема взаимоотношений координации и локализации // Архив биологических наук. — 1935. — Вып.1. — С. 1-30.
7. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. — М.: Медицина. — 1966. — 349 с.

8. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. — Киев: Наукова думка. — 1989. — 200 с.
9. Глезерман Т. Б. Мозговые дисфункции у детей. — М.: Наука. — 1983. — 231 с.
10. Войта В. Прогноз рухового розвитку дітей з церебральними моторними ураженнями (ЦМУ), які лікувались методом рефлексолокомоцій // Український вісник психоневрології. — Харків, 1993. — Вип. 2 — С.11-22.
11. Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости // Избранные психологические исследования. — М.: Изд-во АНП РСФСР. — 1956. — С.97-103.
12. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М.: Изд-во АПН РСФСР. — 1960. — 500 с.
13. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М.: Медицина. — 1964. — 292 с.
14. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психологического развития у детей с церебральными параличами. — Л.: Медицина. — 1977. — 93 с.
15. Евтушенко О.Е., Евтушенко С.К. Мануальные воздействия и специализированная механотерапия в реабилитации детского церебрального паралича // Український вісник психоневрології. — Харків, 1993. — Вип.2. — С. 36-37.
16. Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М. Нарушения психомоторного развития у детей первого года жизни. — М.: Медицина. — 1981. — 175 с.
17. Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: Изд-во МГУ. — 1986. — 287 с.
18. Ипполитова М.В. Характеристика звукопроизводительной стороны речи у учащихся с церебральным параличом // Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом: Сб. научн. тр. — М.: Изд-во АПН СССР. — 1989. — С.3-23.
19. Ипполитова М.В., Мастюкова Е.М. Речевые нарушения и пути их коррекции у детей с гиперкинетической формой церебрального паралича (методическое письмо). — М., 1978.
20. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. — Л.: Медицина. — 1982. — 224 с.
21. Калижнюк Э.С. Задержка психического развития при детских церебральных параличах и принципы лечения: Метод. рекомендации. — М.: Минздрав СССР. — 1982. — 27 с.
22. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. — Киев: Вища школа. — 1987. — 269 с.
23. Качмар О.О., Козьявкін В.І., Лисович В.І., Потабенко Т.Ф., Качмар Б.О. Метод комп'ютерного відеоаналізу рухів // Український вісник психоневрології. — Харків, 1993. — Вип.2. — С.44-45.
24. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина. — 1979. — 608 с.
25. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний детей и подростков. — М.: Медицина. — 1985. — 227 с.
26. Козьявкин В.И. Мануальная терапия в лечении спастических форм детского церебрального паралича. // Всесоюзная научно-практическая конференция по детской неврологии и психиатрии. Тез. докл. — Вильнюс, 1989. — С.47-48.
27. Козьявкин В.И. Динамика речевых нарушений у больных детским церебральным параличом (ДЦП), леченных с помощью системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации // Український вісник психоневрології. — Харків, 1995. — Т.3. — Вип.2. — С.55-56.
28. Козьявкин В.И. Концепция метода нейрофизиологической терапии детского церебрального паралича // Новые технологии в реабилитации церебрального паралича:

- Материалы международного конгресса. — Донецк, 1994. — С.32.
29. Козьявкін В.І. Новые подходы в лечении детского церебрального паралича // Український вісник психоневрології. — Харків, 1993. — Вип.2. — С.6-9.
30. Козьявкін В.І. Эффективность метода нейрофизиологической терапии при психопатологических расстройствах у больных ДЦП // Український вісник психоневрології. — Харків, 1995. — Т.3. — Вып.1. — С.71-73.
31. Козьявкін В.І., Шевага В.Н., Бабадаглы М.А., Потабенко Т.Ф., Маргосюк И.А., Лисович В.И., Турчин О.З. Отдаленные результаты лечения больных детским церебральным параличом немедикаментозными средствами. Клинический и нейрофизиологический контроль // Организационные и клинические проблемы детской неврологии и психиатрии: Тезисы докладов Шестой Всероссийской научно-практической конференции. — Москва, 1994. — С.122-123.
32. Козьявкін В.І., Шестопалова Л.Ф. Психологическое обследование детей с органическими поражениями центральной нервной системы, в том числе с детскими церебральными параличами: Метод. рекомендации. — Харьков, 1995. — 21 с.
33. Козьявкін В.І., Шестопалова Л.Ф., Состояние психических функций и интеллекта у больных детским церебральным параличом, леченных с помощью метода нейрофизиологической терапии В.И.Козьявкина // Актуальні питання дитячої психіатрії. — Харків, 1994. — С. 33-34.
34. Козьявкін В.І. Аналіз результатів застосування інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів з ДЦП в Львівському реабілітаційному центрі по контрольних заключеннях клінік Західної Європи // Український вісник психоневрології. — Харків, 1995. — Т.3, вип.3 (7). — С.246-247.
35. Козьявкін В.І. Деякі аспекти тактики рефлексотерапевтичної корекції в процесі лікування хворих на ДЦП // Український вісник психоневрології. — 1994. — Вип.4. — С.216-219.
36. Козьявкін В.І. Діагностичне та прогностичне значення синкінезій при ДЦП // Український вісник психоневрології. — Харків, 1995. — Т.3, вип. 3 (7). — С.243-245.
37. Козьявкін В.І. Основи системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів з дитячим церебральним параличем (ДЦП) // Український вісник психоневрології. — Харків, 1995. — Т.3 — Вип. 2(6). — С. 376-377.
38. Козьявкін В.І. Оцінка ефективності системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації по даних анкетування пацієнтів // Український вісник психоневрології. — 1997. — Т.5 — Вип.3 (15). — С.66-68.
39. Козьявкін В.І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів з дитячим церебральним параличем // Український вісник психоневрології. — Харків, 1996. — Т.4 — Вип. 4(11). — С. 313-314.
40. Козьявкін В.І. Эффективность метода нейрофизиологической терапии при психопатологических расстройствах у больных ДЦП // Український вісник психоневрології. — Харків, 1995. — Т.3 — Вип.1(5). — С.71-73.
41. Кононова Е.П. Лобная область большого мозга. — М.: Медицина. — 1962. — 176 с.
42. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. — Прага: Авиценум. — 1984. — 334 с.
43. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. — М.: Изд-во МГУ. — 1985. — 165 с.
44. Левит К., Захсе И., Янда В. Мануальная медицина. — М.: Медицина. — 1993. — 512 с.
45. Лиев А. А. Мануальная терапия миофасциальных болевых синд-

- ромов. — Днепропетровск, 1993. — 141 с.
46. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: Изд-во МГУ. — 1969. — 504 с.
 47. Марковская И.Ф. Клинико-нейропсихологическая характеристика задержки психического развития // Дефектология. — 1977. — № 6. — С. 37-40.
 48. Мастюкова Е.М. Интеллектуальные нарушения у детей с церебральными параличами // Клиническое и психологическое изучение детей с интеллектуальной недостаточностью. — М., 1976. — С. 28-36.
 49. Мастюкова Е.М. Клиническая характеристика задержки психического развития учащихся с церебральным параличом // Дефектология. — 1982. — № 4. — С. 17-28.
 50. Мастюкова Е.М. Психические нарушения // Детские церебральные параличи. — Киев: Здоров'я. — 1988. — С. 113-121.
 51. Мастюкова Е.М. Речевые нарушения // Детские церебральные параличи. — Киев: Здоров'я. — 1988. — С. 99-112.
 52. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Книга для логопедов. — М.: Просвещение. — 1985. — 192 с.
 53. Мерцалов В.С., Волошина Н.П., Козявкин В.И., Мищенко Т.С. Магнитно-резонансная компьютерно-томографическая характеристика церебральных и спинальных повреждений у детей с детским церебральным параличом // Український вісник психоневрології. — Харків. — 1993. — Вип.2. — С. 47-48.
 54. Никитина М.Н. Детский церебральный паралич. — М.: Медицина. — 1979. — 120 с.
 55. Новинская Н.Л. Нейропсихологическая структура мнестических нарушений при задержке психического развития // Дефектология. — 1981. — № 1. — С. 21-28.
 56. Осипенко Т.Н. Психоневрологическое развитие дошкольников. — М.: Медицина. — 1996. — 228 с.
 57. Певзнер М. Дети-олигофрены. — М.: Изд-во АПН РСФСР. — 1960. — 296 с.
 58. Петрова В. Г. Практическая умственная деятельность детей-олигофренов. — М., 1968. — 135 с.
 59. Подкорытов В.С., Петрашенко П.Р., Малышко Л.Н. Психопатологические аспекты медико-социальной реабилитации больных ДЦП // Український вісник психоневрології. — Харків. — 1993. — Вип.2. — С. 25-26.
 60. Правдина-Винарская Е.Н. Неврологическая характеристика синдрома олигофрении. — М., 1957. — 87 с.
 61. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. — М.: Просвещение. — 1970. — 199 с.
 62. Русских В.В. Олигофрения и смежные формы. — М., 1969. — 171 с.
 63. Селецкий А.И. Психология и психопатология слабоумия. — Киев: Радянська школа. — 1981. — 139 с.
 64. Селецкий А.И. Психопатология детского возраста. — Киев: Вища школа. — 1987. — 295 с.
 65. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. — М.: Медицина. — 1969. — 258 с.
 66. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. — М.: Медицина. — 1976. — 184 с.
 67. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. — М.: Медицина. — 1972. — 328 с.
 68. Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент: Медицина. — 1979. — 163 с.

69. Семенова К.А., Штеренгерц А.Е., Польской В.В. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом. — Киев: Здоров'я. — 1986. — 164 с.
70. Симонова Н.В. Формирование пространственно-временных представлений у детей с церебральным параличом // Дефектология. — 1981. — № 4. — С.17-36.
71. Соловьев И.М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. — М., 1956. — 173 с.
72. Степанченко О.В. Локальная гипотермия в коррекции двигательных и речевых расстройств при детских церебральных параличах // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Вып.8. — С.22-25.
73. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медицина. — 1965. — Т.3. — 335с.
74. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медицина. — 1974. — 317 с.
75. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте: Пер.с чеш. — М.: Медицина. — 1986. — 256 с.
76. Тутурская Г.В. Особенности пространственного мышления у учащихся с церебральным параличом и пути его формирования // Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом: Сб.научн.тр. — М.: Изд-во АПН СССР. — 1989. — С.99-116.
77. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. — М.: Медицина. — 1975. — 322 с.
78. Фрейеров О.Е. Легкие степени олигофрении. — М., 1964. — 214 с.
79. Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста. — М.: Медицина. — 1972. — 462 с.
80. Шванцара Й. и др. Диагностика психического развития. — Прага: Авиценум. — 1978. — 287 с.
81. Шестопалова Л.Ф., Козявкин В.И. Нарушения высших психических функций у больных ДЦП с задержкой психического развития // Український вісник психоневрології. — Харків, 1993. — Вип.2. С.23-25.
82. Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. — М.: Изд-во АН РСФСР. — 1959. — 215 с.
83. Atkinson S., Stanley F.J. Spastic diplegia in children of low and normal birth weight // Dev. Med. and Child Neurol. — 1983. — 25. — P. 693-708.
84. Bleck E.E., Nagel D.A. Cerebral palsy // Physically Handicapped Children. — London, 1982. — P.59-132.
85. Bobath B. Abnormale Haltungreflexe bei Gehirnschäden. — Stuttgart.1996.
86. Bobath B., Bobath K. Die motorische Entwicklung bei Zerebralpareesen. — Stuttgart : Thieme, 1983. — 84 p.
87. Cohen D.J. The pathology of the self in primary childhood autism and Gilles de la Tourette's syndrome // Psychiatric Clinics of North America. — 1980. — 3. — P.383-402.
88. Feldkamp M. Das zerebralparetische Kind. — Pflaum Verlag München. — 1996. — S. 179.
89. Feldkamp M. Die Einwärtsdrehfehlstellung der Hüfte beim Kind mit infantilen Cerebralpareesen // Orthop. Prax. — 1979. — 1. — P. 852-857.
90. Feldkamp M. Infantile Zerebralparese // Kinderorthopdie / Hrsg. von R. Bembeck, G. Dahmen. — Stuttgart. — 1983. — P. 414-442.
91. Feldkamp M. Methode der Therapie bei infantilen Cerebralpareesen // Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Gesundheit. — 1973. — S. 33-105.
92. Feldkamp M., Matthiass H.I. Diagnose der Infantilen Zerebralparese im Kindesalter. — Stuttgart. — 1988.
93. Finne N.R. Handling the young cerebral palsied child at home. — New York, 1975. — 330 p.

94. Friede R.L. Developmental neuropathology. — New York: Springer Verlag, 1975. — 210 p.
95. Gollnitz G., Kulz S., Uscharow G.K. Zur Kompensation und Dekompensation in der Kinderlichen Entwicklung. — Jena: Veb Gustav Fisher Verlag, 1980. — 220 p.
96. Hagberg B. Epidemiological and preventive aspects of cerebral palsy and severe mental retardation in Sweden // *Europ. J. Pediat* — 1979. — 130. — P. 71-78.
97. Knopf I.J. Childhood psychopathology: A developmental approach. — New York: Prentice Hall. — 1984. — 187p.
98. Knupfer H., Rathre F. Diagnostische und therapeutische Praxis bei spastischen Lähmungen. — Thieme, 1982. — 227 p.
99. Kozjavkin V. Zur Rehabilitation der Cerebralparese durch manuelle Wirbelsäuletherapie. // *Sozialpädiatrie in der Pädiatrie für Praxis und Klinik*. — 1993. — N.7.
100. Kozjavkin V. Intensive neurophysiological rehabilitation system for patients with cerebral palsy (CP). // *European Journal of Neurology*. — 1995. — Vol.2. — Sup.1. — P.153.
101. Kozijavkin V. Deblockade der Wirbelsäule als Prinzip bei der Behandlung der infantilen Zerebralparese. *Sozialpädiatrie und Kinderärztliche Praxis*. — 1996. — N.7. — S.377-378.
102. Kozijavkin V. Beobachtungen bei der Intensivtherapie in Lviv // *Sozialpädiatrie. Kinder und Jugendheilkunde*. — 1997. — Heft 7/8. — S.275.
103. Kozijavkin W. New Intensive Neurophysiological Rehabilitation System for Treatment of Patients with CP // *Abstracts of the First World Congress of the Neuro-Developmental Treatment Concept. — Lubiana*. — 1997. — p.64-65.
104. Kozjavkin V., Woloshina N. Brain and spinal cord damage in patients with cerebral palsy (CP), by magnetic resonance imaging tomography (MRI) data. // *European Journal of Neurology*. — 1995. — Vol.2. — Sup.1. — P.138.
105. Kozjavkin V., Zerbino D. Hypothesis about the role of disturbances of macro- and micro-circulation in the genesis of cerebral palsy. // *European Journal of Neurology* — 1995. — Vol.2. — Sup.1. — P.75-76.
106. Paneth N., Stall R. Mental retardation, cerebral palsy and intrapartum asphyxia // *Modern Management of Labour* / Ed. Cohen W. Friedman E. — Baltimore: University Park Press, 1984. — P. 15-30.
107. Podkorytov V., Kozijavkin V. Intensive Neurophysiological Rehabilitation of Children with Cerebral Palsy and Psychic Disorders // *X World Congress of Psychiatry*. — Madrid, 1996. — P.142.
108. Reynolds C.R. The neuropsychological basis of intelligence // *Neuropsychological assessment of the schoolaged child: Issues and procedures*. — New York: Grune & Stratton. — 1981. — 241 p.
109. Reynolds C.R., Clark J. Profile analysis of standardized intelligence test performance of very low functioning individuals // *J. School Psychol.* — 1985. — 23. — P. 277-283.
110. Poss A.O. Psychological disorders of children (2nd ed.). — New York: McGraw-Hill, 1980.
111. Ross D.M., Ross S.A. Hyperactivity. — New York: Wiley, 1982.
112. Rutter M. Syndromes attributed to minimal brain dysfunction in childhood // *Am. J. of Psychiatry*. — 1982. — 132. — P. 21-33.
113. Rutter M. Cognitive deficits in the pathogenesis of autism // *J. of Child Psychology and Psychiatry*. — 1983. — 24. — P. 513-531.
114. Satter J.M. Assessment of children's intelligence and special abilities. — Boston: Allyn & Bacon, 1982. — 263 p.

115. Shestopalova L., Kozjavkin V., Podkorytov V. Neuropsychological investigation of the efficiency of a novel system of intensive neurophysiological rehabilitation for the patients with cerebral palsy // *European J. of Neurology: Abstracts of the First World Congress in Neurological Rehabilitation.*— London, 1996. — Vol.3. — Suppl.2. — P.91.
116. Shestopalova L.F. The dynamics of psychic functions productivity in patients with cerebral palsy (CP) in the course of Kozjavkin's intensive neurophysiologic rehabilitation // *Europ. J. Neurology.* — 1995. — Vol.2. — Sup.1. — P.33-34.
117. Shestopalova L.F., Kozjavkin V.I. Evaluating the Novel Neurophysiological Rehabilitation System in Treating Psychopathological Disorders in the Patients with Cerebral Palsy.// *World Congress of Psychiatry. Madrid, 1996.* — Abstracts, Vol.2. — P.238-239.
118. Thom H. Die infantilen Zerebralparesen. — Stuttgart, New York Thieme Verlag, 1982. — 546 p.
119. Vojta V. Die cerebralen Bewegungsstörungen im Schulingsalter. — Stuttgart: Thieme Verlag, 1981. — 243 S.
120. Vojta V., Peters A. Das Vojta-Prinzip. — Springer: Heidelberg. — 1992. — 137S.
121. Voloshin P.V., Kozjavkin V.I., Voloshina N.P., Shestopalova L.F., Podkorytov V.S. System of Intensive Neurophysiological Rehabilitation of the Cognitive Disorders in Patients with Organic Lesions of the CNS // *World Congress of Psychiatry.* — Madrid, 1996. — Abstracts, Vol.2. — P. 403.
122. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children. — New York : The Psychological Corporation, 1949. — 147 p.
123. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children. — New York: The Psychological Corporation, 1975. — 185 p.
124. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale. Revised. — New York: Psychological Corporation, 1981. — 210 p.
125. Weiner I.B. Psychopathology from infancy through adolescence. — New York: Wiley, 1982 — 211 p.
126. Wickes-Nelson R., Israel A. Behavior disorders of childhood. Englewood Clitis. — New York, 1984. — 179 p.

**Козявкин В.И.
Шестопалова Л.Ф.
Подкорытов В.С.**

Детские церебральные параличи
Медико-психологические проблемы

*Науково практичне видання
(російською мовою)*

Львів. Українські технології, 1999

Дизайн: Ольга Борисенко

Підписано до друку 26.08.99.
Формат 70x100/16. Гарнітура Kudrashov.
Папір крейдяний. Друк офсетний.
Умовн. друк. арк. 11,7.
Видання підготовано до друку
НВФ «Українські технології»
Тел./факс:(0322) 52-20-49, 72-15-52

Друк з готових діапозитивів
Жовківська друкарня отців Василіан