

Психология лиц с нарушениями ОДА



- По данным К.А. Семеновой, В.Л. Адрианова, И.И. Мирзаевой, Н.Г. Веселова в настоящее время на 10 тыс. новорожденных приходится 34-42 ребенка, страдающих такой формой и тяжестью поражений опорно-двигательного аппарата, которые не позволяют этим детям посещать обычные дошкольные учреждения и обучаться в общеобразовательной школе.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) – это полиморфная в клиническом и психолого-педагогическом отношении категория лиц. Среди них условно выделяют четыре категории:

1) дети, у которых нарушения ОДА обусловлены органическими поражениями нервной системы:

- головного мозга (ДЦП, опухоли, травмы);
- проводящих путей (паралич рук, кривошея);
- спинного мозга (последствия полиомиелита, травмы);

2) имеющие сочетанные поражения нервной системы и ОДА вследствие родовых травм;

3) имеющие нарушения ОДА при сохранном интеллекте (артрогриппозы, хондродистрофии, сколиозы и т.д.);

4) имеющие нарушения ОДА наследственной этиологии с прогрессирующими мышечными атрофиями (миопатия Дюшенна, амнотрофия Вердинга-Гоффмана и т.д.)

По данным Л.М. Шипицыной и И.И. Мамайчук в Санкт – Петербурге Ассоциацией родителей детей – инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата был проведен анализ, который показал, что среди этих детей 6 % - практически полностью способны к самообслуживанию, 50 % - к неполному обслуживанию, 30 % - к частичному самообслуживанию, 14 % - полностью неспособны к самообслуживанию. В плане сохранности интеллекта были получены следующие результаты: 60 % - имеют сохранный интеллект, 30 % - частичные отклонения в развитии интеллекта, 10 % - грубые нарушения интеллекта.

- Наиболее изученной в клиническом и психолого-педагогическом аспектах и составляет подавляющее число учащихся специальных (коррекционных) школ IV вида среди детей с нарушениями ОДА – это группа детей, причиной нарушения функций опорно-двигательного аппарата у которых является детский церебральный паралич (ДЦП).
- Термин ДЦП объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга.
- Детский церебральный паралич развивается в результате поражения головного и спинного мозга от разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах. Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции. В большей части случаев к нему присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и др.
- Поскольку термин ДЦП не может включить в себя всё многообразие патологических сдвигов, возникающих при этом заболевании, уже много лет ведут поиски и разработки оптимальной классификации.

ДЦП - группа синдромов, которые являются следствием повреждений мозга, возникших во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах, что приводит к искажению развития НС. ДЦП относят к непрогрессирующим резидуальным состояниям, однако развитие аномальной нервной системы на определенных этапах может сопровождаться присоединением новых патологических симптомов, формированием патологических изменений в нервных, мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах (контрактуры). Характерная особенность ДЦП - нарушение моторного развития ребенка, обусловленное, прежде всего, аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений.

Этиологические факторы (причины) ДЦП

- Существует множество возможных причин детского церебрального паралича, они могут оказывать влияние как во время беременности, так и во время родов и в первые (около 4) недели жизни ребёнка.
- Основными причинами являются:
- дисгенезии (аномалии) головного мозга
- хроническая внутриутробная гипоксия плода различного генеза
- гипоксически-ишемические поражения головного мозга
- внутриутробные инфекции, особенно вирусные (чаще герпесвирусные, цитомегаловирусная)
- несовместимость крови плода и матери (Rh-конфликт и др.) с развитием гемолитической желтухи новорождённых
- травматические поражения головного мозга в интра- и постнатальном периоде
- инфекционное поражение головного мозга в постнатальном периоде
- токсические поражения головного мозга (отравления свинцом и др.)
- Несмотря на это, не всегда возможно определить ведущую причину нарушения в каждом конкретном случае.



Факторы риска

перинатальные

70-80%

недоношенность, низкая масса при рождении, ВУИ, инфекции во время беременности, многоплодная беременность, резус-несовместимость, гестоз, влияние токсинов, облучения, травмы, экстрагенитальная патология матери, кровотечения, вредные привычки др.

интранатальные

10%

осложнения в родах (асфиксия), оперативные роды, аномалии положения плода, кровоизлияния, др.

постнатальные

инфекции ЦНС, травмы, инсульт, гипоксия, гипербилирубинемия, дисметаболические и др.

В отечественной клинической практике используется чаще всего классификация К.А. Семеновой (1979). Согласно ей выделяют пять основных форм ДЦП:

- двойная гемиплегия;
- спастическая диплегия;
- гемипаретическая форма;
- гиперкеническая форма;
- атонически-астатическая форма.
- Кроме того, на практике выделяют еще и смешанную форму ДЦП.

Формы ДЦП

Двойная гемиплегия – наиболее тяжелая форма ДЦП. Причиной возникновения, как правило, является тяжелое поражение мозга во внутриутробном периоде. Тяжело нарушены двигательные, психические, речевые функции; ребенок не может научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Психическое развитие детей с данной формой ДЦП находится на уровне умственной отсталости в умеренной и тяжелой степени.. Дальнейший прогноз развития чаще всего неблагоприятный, полная инвалидизация ребенка.

характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, при этом в руках больше, чем в ногах. Двигательные нарушения часто асимметричны из-за большей выраженности асимметричного шейного тонического рефлекса на одной стороне. Обнаруживаются нарушения глотания, расстройства речи. Выпрямляющие рефлекс туловища и реакция равновесия почти не развиты. Дети не сидят и не ходят. Задержка психического развития, связанная с первичным поражением мозга, усугубляется тяжелой обездвиженностью и невозможностью контактов.

- Тяжелая степень - выявляются выраженные нарушения тонуса мышц по типу спастичности и ригидности. Объем активных движений минимален, особенно в дистальных отделах, отсутствует манипулятивная деятельность. Отмечается гипотрофия мышц и замедление роста костей. Самостоятельно ходят с 3-3,5 лет, при этом наблюдается грубое нарушение осанки, сколиоз. У 25-35% - УО, у 55-60% - речевые расстройства, у 40-50% - судорожный синдром.
- Средняя степень - признаки поражения менее выражены. Функция ВК значительно нарушена, однако больной может брать предметы рукой. Самостоятельно ходят с 1,5-2,5 лет, прихрамывая, с опорой на передние отделы стопы. У 20-39% - ЗПР, у 15-20 - УО, у 20-30% - судорожный синдром.
- Легкая степень - признаки поражения незначительны, отмечается неловкость движений, при сохранном объеме движений, самостоятельная ходьба - с 1,1-1,3 лет, без переката стопы на больной стороне. У 25-30% - ЗПР, у 5% - УО.

- Самая распространенная форма ДЦП – **спастическая диплегия**, известная под названием синдрома Литтля. Спастическая диплегия - благоприятная форма в отношении преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятна в отношении восстановления двигательных навыков. Спастическая гемиплегия - характеризуется двигательными нарушениями преимущественно на одной стороне. Нога поражается меньше, чем рука. Мышечный тонус в руке выше, она согнута во всех суставах и приведена к телу. Реакция выпрямления и равновесия развиваются вовремя или с небольшой задержкой. Рефлексы новорожденных сформированы, но асимметричны, сухожильные рефлексы высокие, расширено поле рефлекса, наблюдается ограничение спонтанных движений.
- . Нижние конечности, как правило, поражаются в большей степени. Тяжесть речевых, психических и двигательных нарушений варьируется в широких пределах.
- В отношении интеллектуального развития у детей со спастической диплексией чаще речь идет о вторичной задержке психического развития, которая при рано и правильном начатом лечении и коррекционном обучении может быть устранена к 6-8 годам.

- Тяжелая степень - дети не передвигаются (трудно - с костылями), манипулятивная деятельность рук значительно снижена. Обслуживают себя лишь частично. У этих детей тонические рефлексy не редуцируются на протяжении 3-7 лет, с трудом формируются выпрямительные рефлексy. У них относительно быстро развиваются контрактуры суставов конечностей. У 70% - речевые нарушения, у 50-60% - ЗПР. у 25-35% - УО.
- Средняя степень - дети передвигаются самостоятельно, но с патологической осанкой. Манипулятивная активность рук снижена не резко, тонические рефлексy выражены не резко, меньше степень контрактур. Речевые нарушения - у 65-75%, ЗПР - у 45-55%, УО - у 15-25%.
- Легкая степень - неловкость и замедление темпа движений в руках, ограничение подвижности в нижних конечностях позволяет детям передвигаться самостоятельно, но с дефектной походкой. Преобладает повышение тонуса в экстензорных группах мышц дистальных отделов конечностей; также повышен тонус приводящих и сгибающих мышц в проксимальных отделах конечностей. У 40-50% - речевые нарушения, у 20-30% - ЗПР, у 5% - УО.

При гемипаретической форме ДЦП поражена одна сторона тела – одна рука и одна нога, левая при правостороннем поражении мозга и правая при левостороннем поражении мозга, обычно более тяжело поражена верхняя конечность. У 25-35 % детей с данной формой ДЦП отмечается легкая степень умственной отсталости, у 45-50 % - вторичная задержка психического развития, которая, однако, может быть преодолена при своевременно начатом лечении и коррекционном обучении. Чем тяжелее поражение опорно-двигательного аппарата, тем больше вероятность возникновения умственной отсталости.

Гиперкинетическая форма ДЦП чаще всего является результатом билирубиновой энцефалопатии как результата гемолитической болезни новорожденных. Данная форма ДЦП отличается от ранее описанных сочетанием степени поражений опорно-двигательного аппарата и интеллектуальных нарушений. Так, несмотря на довольно тяжелые двигательные поражения, интеллектуальный уровень детей при данной форме ДЦП сохранен.

- характеризуется преимущественным поражением стриопаллидарной системы. Мышечный тонус изменчив, часто колеблется между гипотонией и нормотонией, наблюдаются перемежающиеся спазмы. Позотонические рефлексy выражены слабо. Движения детей неловки, сопровождаются излишними двигательными реакциями, насильственными движениями (гиперкинезы). Рефлексy новорожденных нарушены: движения вялые и ограниченные, сосательный рефлекс ослаблен, нарушена координация сосания, глотания, дыхания, формирование установочных рефлексy запаздывает. Все это приводит к тому, что ребенок поздно начинает сидеть, стоять, ходить (иногда только к 7-12 годам).
- Походка обычно не плавная, толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения маловыразительные, размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма. В 60—70 % случаев дети обучаются самостоятельно ходить, однако произвольная двигательная активность, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены

- **Атонически – астатическая форма ДЦП** прогностически неблагоприятна, встречается реже других форм. Характерными признаками являются низкий тонус мышц при наличии патологических тонических рефлексов. Характерна выраженная мышечная гипотония, сухожильные рефлексy сохранены или повышены. Реакции выпрямления и равновесия иногда отсутствуют до 2-3 лет, дети долго не могут держать голову, сидеть, стоять, ходить. При данной форме ДЦП дети начинают самостоятельно сидеть к 1-2 годам, ходить – к 6 годам. Интеллектуальные поражения в значительной степени обусловлены локализацией поражений головного мозга. Как правило, поражается лобно-мосто-мозжечковый путь, лобные доли и мозжечок, что и определяет степень и характер интеллектуального и речевого недоразвития.
- Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, тело совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм. Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и выполнение трудовых и учебных операций (письмо, рисование).

Распространённость форм детского церебрального паралича:

- спастическая тетраплегия — 2 %
- спастическая диплегия — 40 %
- гемиплегическая форма — 32 %
- дискинетическая форма — 10 %
- атаксическая форма — 15 %

Заболевание ДЦП имеет процессуальный характер, и в процессе лечения выделяют следующие этапы

- острый период (от рождения до 1 мес.),
- ранний резидуальный (от 2 мес. до 12-18 мес.),
- промежуточный резидуальный (с 12-18 мес. до 4-6 лет),
- поздний резидуальный (с 4-6 лет до 16 лет).

Двигательные нарушения

- *Нарушение мышечного тонуса* (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии).
- *Ограничение или невозможность произвольных движений* (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений.
- *Наличие патологических тонических рефлексов.*
Патологически усиленные позотонические рефлексy не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, контрактур и деформаций у детей с церебральным параличом. Выраженность тонических рефлексов обычно отражает тяжесть заболевания.

- *Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных (стато-кинетических) рефлексов*, которые обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.
- *Нарушение ощущений движений (кинестезий).*
- *Синкинезии* (непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных произвольных движений).
- *Наличие насильственных движений*, которые проявляются в виде гиперкинезов и тремора (дрожания).
- *Нарушения равновесия и координации движений (атаксия).* Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения локомоции проявляются в виде неустойчивости походки: для компенсации дефекта дети ходят на широко расставленных ногах, пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего, рук).

Особенности развития психомоторной сферы у детей с ДЦП

В исследованиях клиницистов отмечается замедленное развитие психомоторных функций у детей с ДЦП, особенно на ранних этапах постнатального онтогенеза. Нарушения восприятия предметов, зрительно-пространственной ориентировки при ДЦП обусловлено двигательной недостаточностью и с увеличением степени тяжести дефекта эти нарушения более выражены.

Нарушения двигательных функций - существуют с рождения, тесно связаны с недостаточностью ощущения собственного тела и другими сенсорными расстройствами. Поражение ПНС при ДЦП нарушает работу всех мышечных схем произвольных движений, что и определяет одну из основных трудностей выработки двигательных навыков, приводит к формированию патологических поз положений конечностей и тела. Характерной особенностью двигательных расстройств при ДЦП является зависимость нарушений движений в конечностях от положения головы ребенка.

- Дети не в состоянии следить глазами за своими движениями, что препятствует развитию манипулятивной деятельности, рисованию, обучению навыкам чтения и письма.
- Основными проявлениями ДЦП является замедленность и несформированность двигательных навыков и умений. У некоторых детей отмечается неустойчивая ходьба, плохая координация движений, неустойчивое равновесие, необычные позы тела, головы, конечностей. У части детей нарушения моторики осложняются гиперкинезами которые особенно усиливаются при волнении и испуге.
- Навык письма. Трудности связаны, прежде всего, с несформированностью или нарушением хватательной функции кисти, что затрудняет захват и удержание предмета. Плавность движений кисти нарушена за счет гипотонии, дистонии, гиперкинезов и невозможности последовательного сокращения и расслабления разных групп мышц.
- Дефекты моторики рук также сказываются при формировании трудовых и бытовых навыков.

Нарушение сенсорных функций

Сенсорное восприятие имеет большое значение для становления познавательной деятельности ребенка и высших психических функций. У детей с ДЦП наблюдаются существенные трудности пространственного анализа и синтеза, нарушение схемы тела, трудности словесного отражения пространственных отношений. Дети не могут усвоить отдельные признаки формы и величины предмета из-за дефицита интегративной функции мозга. Степень тяжести двигательного дефекта не всегда является определяющим фактором в недоразвитии сенсорной сферы.

- У детей с ДЦП имеет место своеобразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. У ребенка с ДЦП на оптический и звуковой раздражитель возникает притормаживание общих движений. При этом отсутствует двигательный компонент ориентировочной реакции, то есть поворот головы в сторону источника звука или света. Могут отмечаться неадекватные реакции, то есть, вместо ориентировочных могут возникать защитно-оборонительные. На сигнал, не являющийся слишком резким, - вздрагивание, плач, испуг.
- Нарушения двигательной активности у детей с ДЦП обуславливает проблемы в развитии восприятия. Сложности отмечаются в восприятии разных модальностей.

- Тактильное восприятие. У многих детей с ДЦП ощущения от касания какого-либо предмета нечеткие, что может значительно затруднять усвоение навыков письма. И даже, если примитивная (первичная) чувствительность сохранена, детям трудно составить представление, узнать и описать предмет, используя только тактильные ощущения.
- Также дети слабо ощущают собственные движения, в связи с чем у ребенка не формируется правильное представление о движении (ипподром). В | \) же время, слабое ощущение собственных движений и затруднение действий с предметами являются причиной недостаточности активного осязания, в том числе стереогноза. Это препятствует становлению предметных действий.
- Зрительное восприятие. Может быть нарушено из-за ограниченного движения глаз, нарушения фиксации взора, сужения полей зрения, снижения остроты зрения и пр.

- Слабый уровень анализа и синтеза сенсорных сигналов наряду с речевым недоразвитием способствует слабости функции обобщения зрительных образов и представлений. В результате узнавание предметов, сюжетных картин оказывается затрудненным. Развитие стереогноза – узнавание предметов наощупь – недостаточное или формируется замедленно. В результате страдает целостность и предметность восприятия. Зрительное восприятие еще более затрудняется в случаях, когда сочетанным с нарушением двигательной активности является нарушение зрения. Так приблизительно в 20-30 % случаев отмечаются косоглазие, двоение в глазах, нистагм, опущенное верхнее веко (птоз), нарушение согласованности движения глаз. Слабовидение и слепота встречаются примерно у 10 % детей с ДЦП.
- Слуховое восприятие также может страдать. Часто это может быть связано с поражением слухового восприятия как сочетанного дефекта. Для некоторых детей характерна недостаточность фонематического слуха. Так, часто отмечается невозможность различать одинаковые по способу звуки, которые отличаются по параметру глухости – звонкости (дом-том, коза-коса, например).

- При всех видах ДЦП наблюдается нарушение пространственного восприятия. При гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии — ориентация по вертикали, при тетраплегии - ориентация в направлении спереди назад (сагиттальная). При последней форме искажение пространственного восприятия несет самые тяжелые последствия для психики ребенка.
- Дети затрудняются в определении правой и левой стороны тела, в показе его частей, так как у них нередко имеет место нарушение схемы тела.
- Исследования А.А.Добронравовой показали, что недостаточность объемных представлений приводит к тому, что у парализованного ребенка возникает неправильное представление о форме и сущности окружающих его предметов. У большинства изученных детей с ДЦП был грубо нарушен двигательно-кинестетический анализатор при сохранности зрения. У половины обследованных детей оказались нарушенными представления об объеме и соотношении плоскостного изображения с тем же объемным предметом.

При ДЦП отмечается *нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем.* Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют интеллектуальную деятельность детей с церебральными параличами.

Факторы, влияющие на когнитивное развитие детей с ДЦП

- 1. Взаимосвязь сенсорного и когнитивного развития имеет у детей с ДЦП иную, чем у детей с нормальным онтогенезом основу.
- 2. Дети с ДЦП более ограничены в своих исследовательских возможностях, а также в приеме, хранении и воспроизведении информации, адекватной уровню их развития.
- 3. Болезненные переживания из-за длительного пребывания в больнице, сложные отношения с родителями, предубежденное отношение с окружающими, неблагоприятно влияющие на эмоциональную сферу.

Общие закономерности развития детей с ДЦП

Наиболее часто интеллектуальные нарушения при ДЦП выявляются в синдроме органической задержки психического развития. Эта задержка психического развития рассматривается как «первичный» дефект, связанный с патогенезом самого заболевания, с постнатальной ретардацией и гетерохронией развития мозга, поэтому ее условно обозначают как «органическая задержка психического развития».

К специфическим особенностям задержки психического развития у детей с церебральными параличами относят:

- неравномерность задержки развития различных психических функций.
- влияние задержанного развития высших корковых функций в структуре интеллектуального дефекта. Особенно задержаны в развитии те высшие корковые функции, которые в своем формировании наиболее тесно связаны с двигательнo-кинестетическим анализатором: пространственные представления, стереогноз, оптико-пространственный гнозис,

- задержка формирования школьных навыков.
- сочетание интеллектуальной недостаточности с личностной и эмоциональной незрелостью.
- задержанное формирование понятийного, обобщенного мышления за счет речевой недостаточности и бедности практического опыта.

Наряду с органической задержкой психического развития у детей с церебральными параличами может выявляться так называемая вторичная задержка психического развития, связанная с дефектностью двигательной и речевой сферы, а также с условиями окружения и воспитания. Эта задержка выявляется главным образом на начальных этапах обучения и характеризуется малым объемом знаний и представлений об окружающем мире, задержанным формированием высших корковых функций и вербального мышления.

Отмечаются:

- *нарушение активного произвольного внимания*, которое негативно отражается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП, так как нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;
- *повышенная истощаемость всех психических процессов* (церебрастенические проявления), выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности. Церебрастенические проявления усиливаются после различных заболеваний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При интеллектуальном перенапряжении появляются вторичные невротические осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость и утомляемость способствует патологическому развитию личности: возникает робость, страхи, пониженный фон настроения и пр;

- *Стойкое равномерное снижение работоспособности, астенические проявления.* У таких детей низкая активность восприятия учебного материала, ослабленное внимание. У детей быстро наступает психическое истощение, на которое ребенок может реагировать вспышками раздражения, активным избеганием от контакта или полным отказом.
- *Неравномерный (мерцательный) характер умственной работоспособности.* У таких детей состояние меняется иногда в течение одного урока несколько раз. Короткий период познавательной активности сменяется резким утомлением, внимание неустойчиво. Нарушение умственной работоспособности является главным препятствием продуктивного обучения.
- *повышенная инертность и замедленность всех психических процессов,* приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления и др.

Наиболее характерные нарушения психического развития у детей с ДЦП

- Более позднее созревание функций по сравнению с нормальным онтогенезом, если же коррекционная работа происходит на ранних этапах развития ребенка, то легкие нарушения сглаживаются, тем не менее, основная особенность – дисгармоничный мозаичный характер нарушений сохраняется, также, как и астенические проявления.
- Вынужденная изоляция и невозможность полноценного взаимодействия с окружающей средой объясняют ограниченный запас представлений об окружающем мире, ограниченность предметно-практической деятельности.

Внимание детей с ДЦП характеризуется рядом патологических особенностей. У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная истощаемость психических процессов, пониженная работоспособность. Дети с трудом сосредоточиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными. Отмечаются также трудности в переключении внимания, застревание на отдельных элементах выполняемого задания, что связано с инертностью психической деятельности. Фиксирование внимания на окружающих людях и предметах вызывает значительные затруднения у дошкольников с ДЦП (по наблюдениям Н.В. Симоновой), несколько выше возможности сосредоточения внимания на собственных действиях. Наименее сохранной часто является такая характеристика внимания, как переключение. В большинстве случаев условием переключения внимания с одного вида деятельности на другой является длительный период времени и неоднократная стимуляция.

Особенности речевого развития детей с ДЦП

- У детей с ДЦП отмечаются множественные речевые нарушения. Дефекты речи могут быть обусловлены характером заболевания. Кроме того, нередки функциональные речевые нарушения вследствие условий развития и воспитания ребенка. РР составляют 70-85%.
- Факторы:
 - 1. Повреждение определенных структур мозга.
 - 2. Вторичное недоразвитие или более позднее формирование отделов коры. усиленно развивающихся после рождения (лобная, теменно-височная).
- Особенности структуры нарушений речи и степень их выраженности зависят от локализации и тяжести поражения коры мозга, а также связаны с недостаточностью предметно-практической деятельности

- Наиболее частым расстройством речи при ДЦП являются дизартрии.
- Дизартрия - нарушения произносительной стороны речи, обусловленные недостаточностью иннервации речевого аппарата. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением ЦНС и ПНС. Дизартрия расстройство членораздельной речи - произношения, а также, по мнению многих авторов, расстройство артикуляции, голосообразования, темпа, ритма и интонации речи.
- Особенностью дизартрии при ДЦП является недостаточность кинестетического восприятия. Ребенок не только с трудом и в ограниченном объеме выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение своих органов артикуляции, что затрудняет выполнение целенаправленных действий и усиливает нарушения звукопроизношение.

- Алалия - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры ГМ. При моторной алалии речь самостоятельно не развивается, остается на уровне лепетных слов.
- Алалия чаще наблюдается при двуполушарных поражениях мозга у детей со спастической диплегией.
- Патогенез:
 - 1) повреждение корковых механизмов речи в структуре причин возникновения ДЦП,
 - 2) вторичное недоразвитие корковых механизмов речи в результате двигательно-кинестетической депривации, патологической афферентации с периферических отделов речевой системы в связи с поражением речевой моторики, в связи с нарушением формирования слухо-кинестетической интеграции при нарушении слуха.

Нарушения письменной речи

В виду разнообразной локализации поражений мозга могут наблюдаться все виды дисграфии и дислексии.

Важную роль в этом играет недостаточное функционирование различных сенсорных систем.

- 1. недостаточность зрительных впечатлений и представлений, несформированность оптико-пространственного гнозиса (буквы не узнаются и не запоминаются)
- 2. звуко-буквенный анализ формируется с большим трудом, буквы смешиваются, искажая смысл слов
- 3. зеркальность на начальных этапах обучения (нарушение схемы тела)
- 4. пропуск слогов и букв, смешение и замена звуков, сходных по месту артикуляции, перестановки слогов и слов (несформированность зрительно-моторной координации)
- 5. недостаток дифференцирования звуков, сходных по звучанию
(нарушение слуха, внимания, неумение выполнить мыслительные

Особенности познавательной деятельности при ДЦП

- Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т. е. отмечается недостаточность одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития; причем преимущественно страдают наиболее «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций.
- Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Причем чаще всего страдают отдельные корковые функции, т. е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. У детей выражена недостаточность развития фонематического слуха, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений), процессов сравнения и

При спастической диплегии.

- Интеллект сохранен
- Трудности переключения и распределение внимания.
- Внимание неустойчиво.
- Трудности в пространственной организации движения.
- У большинства детей темп работы замедлен.
- Ошибок в пространственном анализе и синтезе нет.
- Объем слуховой и зрительной памяти в пределах возрастной нормы.
- Трудности усвоения порядка элементов запоминаемого материала как в зрительной, так и в слуховой модальностях.
- Искажение слов, инертное их повторение

Таким образом, снижение суммарного показателя интеллекта у детей со спастической диплегией обуславливается конкретными мозговыми дисфункциями:

1. неравномерность интеллектуального развития: от нормального уровня рп и-яггия, до снижения по типу умственной отсталости.
2. ЗПР, обусловленная различными по локализации нарушениями ВПФ
3. при слабовыраженной интеллектуальной недостаточности проявляется неравномерность развития отдельных психических функций: памяти, внимания, организации зрительно-пространственного гнозиса и праксиса.
4. при более выраженной недостаточности интеллекта эти проявления имеют тотальный характер.
5. при всех уровнях интеллектуальной недостаточности отмечаются нарушения пространственного анализа и синтеза, они являются специфическими для данной формы ДЦП и указывают на недоразвитие теменно-затылочных структур мозга.

При гемипаретической форме ДЦП

- При левополушарном дефекте:
- Затруднения в анализе пространственных отношений не столь выражены.
- Объем памяти в зрительной и слуховой модальности выше.
- Показатели устойчивости и переключения внимания лучше, но выше дефицит внимания, иногда с игнорированием левой половины пространства.
- Уровень развития вербального интеллекта ниже, чем невербального
- Чаще выявляются расстройства речевых функций, но носят негрубый характер.
- Элементы оптико-пространственной аграфии
- Легкие расстройства речи в форме моторной алалии, дислалии, стертой дезартрии

- При правополушарном дефекте:
- Тяжесть нарушения ВНД более выражена и структура нарушений многообразнее
- Существенное недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза
- Объем памяти в зрительной и слуховой модальности снижены
- Показатели устойчивости и переключения внимания снижены.
- Достоверно сильнее выражены нарушения зрительно-пространственной организации движений, зрительного гнозиса, слуховой оперативной памяти, конструктивного мышления.
- меньше выражены нарушения стереогнозиса, чтения и вербально-логического мышления.
- Дефект правого полушария приводит преимущественно к нарушениям невербальных функций.

при гиперкнетической форме

- Речевые и слухоречевые расстройства
- Недостаточное развитие вербального мышления
- имеются зрительно-пространственные нарушения
- Относительная сохранность наглядно-образного мышления и пространственных функций

При атонически-астатической форме детского церебрального паралича в структуре задержки психического развития большое место занимает нарушение целенаправленной деятельности, темпа и последовательности мыслительных действий.

речевые нарушения в виде задержки речевого развития, дизартрии; может иметь место моторная алалия.

Интеллект варьирует от задержанного психического развития до умственной отсталости различной степени тяжести. Определенную специфику на структуру психического дефекта накладывает основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении мозжечка психические нарушения проявляются в безынициативности, агрессивности, неустойчивости внимания, слабости памяти. Чаще всего отмечается задержка психического развития, которая корригируется при систематическом, направленном обучении. При поражении лобных отделов мозга дети малоэмоциональны, безразличны к окружающим, малоинициативны, могут быть очень агрессивными. Обычно у них имеет место умственная отсталость.

При двойной гемиплегии

Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий

- . Почти у всех детей (до 100 % — К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин) отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой дизартрии (речь полностью отсутствует либо ребенок произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные.
- Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (в 90 % случаев) отмечается умственная отсталость.
- Первичное отсутствие мотивации в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Психическое развитие обычно минимальное, оно находится на уровне примитивных эмоциональных реакций — больные знают близких, радуются им, реагируют отрицательными эмоциональными реакциями на дискомфорт.

Формирование личности

- осознание собственной неполноценности
- социальная депривация
- неправильное воспитание.

- личностная незрелость;
- астенические проявления;
- псевдоаутические
проявления

Художественная литература

Название:

«Привет, давай поговорим»

Автор: Шэрон Дрейпер



Художественная литература

Название:

«Жизнь войдет
в другие берега»

Автор: Неля Губочкина



Художественная литература

Название:

«Пусть шарик летит»

Автор: Саутолл Айвен



Художественная литература

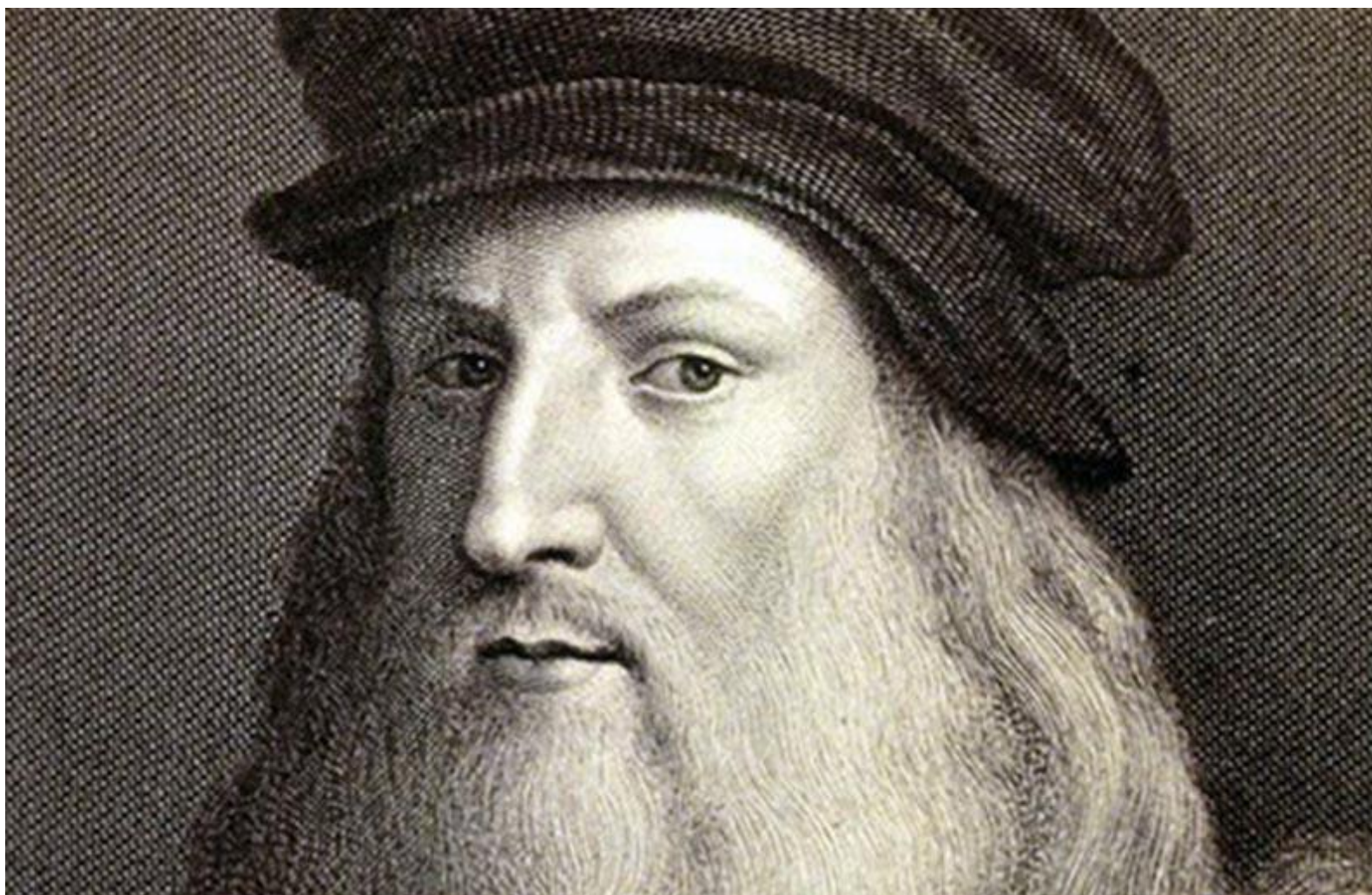
Название:

«Трава, пробившая асфал

Автор: Тамара Черемнова



Леонардо да Винчи
(правосторонний спастический гемипарез)



Крис Нолан

Ирландский писатель, обладатель литературной премии.



Кристи Браун

Ирландский писатель и художник.

Автобиография – «моя левая нога».

