

**КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**Институт психологии и образования**  
**Кафедра психологии и педагогики специального образования**

**В.В. ВАСИНА**

**ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ  
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Методическое пособие**

**КАЗАНЬ**  
**2021**

**УДК 616.7**  
**ББК 54.18**  
**В19**

*Печатается по рекомендации Ученого совета  
Института психологии и образования КФУ*

**Автор-составитель**  
**В.В. Васина**

**Рецензенты:**  
кандидат психологических наук **Р.Г. Халитов**;  
кандидат психологических наук **А.Ф. Минуллина**

**Васина В.В.**

**В19 Организация специальной психологической помощи детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс]: методическое пособие / В.В. Васина. – Электронные сетевые данные (1 файл:). – Казань: Издательство Казанского университета, 2021. – 118 с. – Системные требования: Adobe Acrobat Reader. – Режим доступа: <http://> – Загл. с титул. экрана.**

Данное методическое пособие адресовано студентам направления подготовки «Специальное (дефектологическое) образование», которые изучают дисциплины: «Психология детей (лиц) с нарушениями опорно-двигательного аппарата», «Воспитание и обучение детей (лиц) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата», «Организация специальной психологической помощи детям (лицам) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата».

**УДК 616.7**  
**ББК 54.18**

© **Васина В.В., 2021**

© **Издательство Казанского университета, 2021**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Глава 1. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ (ЛИЦ) С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Психологические особенности детей с церебральным     параличом (ДЦП) .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Психологические особенности детей с НОДА     при нарушении сенсорных функций .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3. Психологические особенности детей с НОДА     при нарушении зрительно-моторной координации.....</b>	<b>19</b>
<b>1.4. Психологические особенности детей с НОДА     при нарушении пространственного анализа и синтеза.....</b>	<b>20</b>
<b>1.5. Психологические особенности детей с НОДА     при нарушении предметно-практической деятельности.....</b>	<b>22</b>
<b>Глава 2. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ (ЛИЦ) С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1. Создание доступной среды в образовательных     организациях .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2. Особенности образовательного маршрута для детей     с НОДА .....</b>	<b>32</b>
<b>2.3. Особенности психолого-педагогического     сопровождения детей с НОДА.....</b>	<b>36</b>
<b>2.4. Особенности коррекционного сопровождения детей     с НОДА .....</b>	<b>39</b>
<b>Глава 3. ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ (ЛИЦАМ) С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1. Психолого-педагогическое изучение детей     с ДЦП и НОДА .....</b>	<b>44</b>

<b>3.2. Психокоррекционные технологии, используемые при коррекции эмоциональных нарушений у детей с НОДА.....</b>	<b>74</b>
<b>3.3. Психологическая коррекция гностических процессов у детей с НОДА.....</b>	<b>84</b>
<b>Приложения .....</b>	<b>102</b>
<b>Рекомендации педагогам.....</b>	<b>102</b>
<b>Рекомендации населению .....</b>	<b>103</b>
<b>Рекомендации специалистам.....</b>	<b>104</b>
<b>Рекомендации родителям.....</b>	<b>105</b>
<b>Тестовые задания .....</b>	<b>106</b>
<b>ГЛОССАРИЙ.....</b>	<b>113</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Для организация специальной психологической помощи детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата специалистам необходимо знать особенности заболевания, особенности психического, эмоционального и личностного развития ребенка с тем или иным нарушением развития, а также методы и приемы организации учебной, воспитательной и коррекционной работы с ним.

Данное методическое пособие адресовано студентам направления подготовки «Специальное (дефектологическое) образование», которые изучают дисциплины: «Психология детей (лиц) с нарушениями опорно-двигательного аппарата», «Воспитание и обучение детей (лиц) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата», «Организация специальной психологической помощи детям (лицам) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата», поэтому в нем выделены 3 главы с соответствующими названиями.

Необходимо помнить о том, что готовых рецептов (методик, технологий, приемов), которые могли бы использовать педагоги в конкретных ситуациях, не бывает, так как каждая личность ребенка уникальна и неповторима, каждая образовательная ситуация специфична. Педагоги и специалисты тоже отличаются друг от друга уровнем профессионализма и творческими способностями. Каждая образовательная организация стремится создавать собственные подходы, методики, условия с учетом законодательной базы инклюзивного образования, материально-технических условий, профессиональных компетенций педагогов.

Знание психологических особенностей детей и их родителей, социальной ситуации их развития, гуманизм, толерантность, любовь к детям и убежденность в высокой социальной значимости своего труда позволят педагогам успешно организовать специальную психологическую помощь детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

# **Глава 1. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ (ЛИЦ) С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

## **Основные темы для изучения**

### **Тема 1. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА).**

Эволюция отношения общества к лицам с нарушениями ОДА в России и за рубежом. Институт Г.И. Турнера.

Определения типов нарушения ОДА. Подходы к оказанию помощи лицам с нарушениями ОДА.

Распространенность ДЦП в современных условиях. Основные направления изучения психологии лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

### **Тема 2. Профконсультирование, профориентация и профобучение лиц с нарушениями НОДА**

Особенности профессиональных намерений подростков с нарушениями НОДА. Изучение проф. намерений у лиц данной категории. Роль семьи в формировании правильных проф. намерений. Коррекция нереальных профнамерений у инвалидов данной категории. Профконсультирование подростков с двигательными нарушениями.

### **Тема 3. Клиническая характеристика детей с ДЦП**

Определение понятия ДЦП, основные клинически симптомы. Вторичные нарушения. Характер влияния двигательных нарушений на психическое развитие детей дошкольного возраста. Этиология и патогенез ДЦП: пренатальные, перинатальные, постнатальные факторы. Структурные изменения мозга у детей с ДЦП.

Клинические формы ДЦП. Ранняя диагностика ДЦП и прогноз. Дети с ДЦП. Психолого-педагогическое изучение детей с ДЦП.

### **Тема 4. Особенности психического и речевого развития детей с ДЦП**

Трудности формирования навыков самообслуживания игровой и учебной деятельности. Особенности формирования познавательной деятельности детей с ДЦП: замедленный темп развития психических процессов, ограниченный запас знаний и представлений об окружающем, астенические проявления, нарушения игровой и учебной деятельности.

Нарушения зрительно-моторной координации. Особенности нарушения зрительно-моторных координации. Их связь с освоением самообслуживания, письменной речи, трудовой и учебной деятельности.

Нарушения пространственного анализа и синтеза. Выраженность пространственных нарушений, их виды.

Особенности ориентировки в пространстве. Проявления нарушения ориентировок в пространстве в разных видах деятельности.

Классификация речевых нарушений у детей с ДЦП. Речевые нарушения у детей с ДЦП в раннем возрасте.

Нарушения формирования артикуляции и орально-моторных рефлексов. Характеристика речевых расстройств.

Дизартрия при различных формах ДЦП. Алалии при ДЦП. Нарушения письменной речи.

### **Тема 5. Особенности психологического изучения детей с нарушениями НОДА**

Особенности психологического изучения детей с нарушениями НОДА: учет тяжести двигательных нарушений, оценка манипулятивных функций, степень разборчивости речи. Адаптация экспериментально-психологических методик к возможностям детей с двигательными нарушениями. Роль педагогического наблюдения для дифференциальной диагностики умственного развития детей с тяжелыми двигательными и речевыми нарушениями.

### **Тема 6. Основные направления психологической помощи лицам с нарушениями НОДА**

Задачи психокоррекционной работы с лицами с нарушениями НОДА на разных возрастных этапах. Взаимосвязь медицинской, психологической и педагогической коррекции. Принципы психокоррекции нарушений при ДЦП.

Коррекция поведенческих эмоциональных нарушений, нарушений интеллекта и речи. Пути реабилитации детей с ДЦП. Организация психологического сопровождения ребенка с ДЦП в детском саду и школе.

## 1.1. Психологические особенности детей с церебральным параличом (ДЦП)

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут иметь как врожденные, так и приобретенные изменения, связанные с поражением центральной нервной системы или только отдельных органов движения. Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью, и локализацией мозгового поражения. Проблеме психических нарушений у детей, страдающих церебральным параличом, посвящено значительное количество работ отечественных специалистов (Э.С. Калижнюк, Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, И.Ю. Левченко, Е.И. Кириченко и др.).

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений – например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП – с тяжелым недоразвитием отдельных психических функций или психики в целом. Для детей с церебральным параличом характерно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют возникающие в связи с заболеванием ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения.

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

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

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



2. Выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы.

3. Сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с различными нарушениями опорно-двигательного аппарата не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

Это обусловлено следующими причинами:

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

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

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

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

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. У 20-25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме. В таких случаях особенно характерно снижение слуха на высокочастотные тона с сохранностью на низкочастотные. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (к, с, ф, ш, в, т, п), затрудняется в их произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками). У многих детей отмечается

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

При всех формах НОДА имеют место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т.е. действенное познание существенно нарушено.

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

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

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

У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие

пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше, чем заменяются у них определениями там и тут. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около). Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов плохо дифференцируют сходные формы: круг и овал, квадрат и прямоугольник.

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

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

По состоянию интеллекта дети с НОДА представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному ин-

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

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

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

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

Ряд нарушений познавательной деятельности характерен для определенных клинических форм заболевания. При спастической диплегии наблюдается удовлетворительное развитие словесно-логического мышления при выраженной недостаточности пространственного гнозиса и праксиса. Выполнение заданий, требующих участия логического мышления, речевого ответа, не представляет для детей с данной формой ДЦП особых трудностей. В то же время они испытывают существенные затруднения при выполнении заданий на пространственную ориентировку, не могут правильно скопировать форму предмета, часто зеркально изображают асимметричные фигуры, с трудом осваивают схему тела и направление. У этих детей часто встречаются нарушения функции счета, выражающиеся в трудностях глобального восприятия количества, сравнения целого

и частей целого, усвоения состава числа, восприятия разрядного строения числа и усвоения арифметических знаков. Важно подчеркнуть, что отдельные локальные нарушения высших корковых функций – пространственного гнозиса и праксиса, функции счета (последнее принимает иногда форму выраженной акалькулии) – могут наблюдаться и при других формах ДЦП, однако, несомненно, что эти нарушения чаще всего отмечаются при спастической диплегии.

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

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

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики к своему состоянию. Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению

к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом; у детей с сохранным интеллектом – реже, чем у умственно отсталых, а у спастиков – реже, чем у детей с атетическими гиперкинезами.

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

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

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

диплегией склонны к страхам, робки, пассивны, с трудом устанавливают контакт с окружающими, глубоко переживают физический дефект; дети с гиперкинетической формой ДЦП более активны, эмоциональны, общительны, чаще недостаточно критичны к своему заболеванию, переоценивают свои возможности.

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

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите психологические особенности детей с церебральным параличом.

### **Источники:**

Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.

## **1.2. Психологические особенности детей с НОДА при нарушении сенсорных функций**

Патогенез нарушения познавательных процессов у детей с ДЦП чрезвычайно сложен. Вместе с патологией двигательно-кинестетической функциональной системы существенную роль в недоразвитии восприятия играют сенсорные, интеллектуальные и речевые расстройства, наблюдаемые у этих больных.

*Сенсорное восприятие* включает развитие зрительного, слухового, тактильного и кинестетического восприятия (восприятия движений). Сенсорное восприятие имеет большое значение для становления познавательной деятельности ребенка, для формирования у него высших психических функций, что является необходимой предпосылкой для обучения в школе.

У детей с НОДА наблюдаются существенные трудности пространственного анализа и синтеза, нарушения схемы тела, трудности словесного отражения пространственных отношений. Без организованного специального обучения дети с ДЦП не могут усвоить отдельные признаки формы и величины предметов. Сравнительные исследования особенностей осязательного и зрительного восприятия у дошкольников с церебральным параличом показали, что в основе нарушений восприятия и отображения фигур у детей с ДЦП лежит дефицит интегративной функции мозга. Степень тяжести двигательного дефекта не всегда является определяющим фактором в недоразвитии сенсорно-перцептивной деятельности у этих детей.

### ***Тактильное восприятие***

У многих детей с церебральным параличом может быть нарушена тактильная чувствительность. Ощущения от касания кончиками пальцев какого-либо предмета у таких детей нечеткие, они сравнимы с впечатлениями, которые испытывает человек, когда берет предмет в плотных перчатках. Недостаточность тактильного восприятия может значительно затруднять усвоение навыков письма. Поэтому необходимы специальные игры-упражнения на тренировку тактильных ощущений.

Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является не только трудность или невозможность выполнения тех или иных движений, но и *слабость ощущений этих движений*, в связи с чем у ребенка не формируются правильные представления о движении.

Слабое ощущение своих движений и затруднения действий с предметами являются причиной недостаточности активного осязания, в том числе узнавания предметов на ощупь (*стереогноза*). Это препятствует становлению *предметных действий*, что отрицательно сказывается на общем уровне психического развития детей.

### ***Слуховое восприятие***

При нарушениях опорно-двигательного аппарата из-за недоразвития или снижения моторных функций имеет место нарушение деятельности слухового анализатора. Так, может отмечаться снижение слуха, что наиболее часто наблюдается при наличии гиперкинезов. Особенно характерны снижение слуха на высокочастотные тона и сохранность на низкочастотные. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения.



Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (т, к, с, п, э, ф, ш), затрудняется в их произношении и в речи пропускает их или заменяет другими звуками. В дальнейшем у таких детей отмечаются трудности при обучении чтению и письму. Для некоторых детей характерна недостаточность фонематического слуха: они не различают звуки и звукосочетания, сходные по звучанию. Например, они могут однотипно воспринимать на слух такие слова как коза-коса, дом-том и т.д. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слухового восприятия и слуховой памяти.

Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого, а в тяжелых случаях – к недоразвитию речи. Очень важно выявить нарушения слуха при ДЦП. Большую помощь в этом могут оказать родители. Ранняя диагностика даже незначительного снижения слуха у ребенка с ДЦП имеет важное значение для предупреждения у него отставания в психическом развитии.

У некоторых детей отмечается повышенная чувствительность к звуковым сигналам, они вздрагивают при любом неожиданном звуке, но дифференцированное восприятие звуков у них недостаточное. Специальными педагогическими приемами ребенок постепенно преодолевает страх при восприятии неожиданных звуковых раздражителей.

### ***Зрительное восприятие***

Необходимо обращать внимание на развитие ощущений младенца, тонкость и точность которых неразрывно связаны с развитием его движений. К моменту рождения ребенка наблюдается несогласованное движение глаз, но к концу третьей недели у здорового младенца наблюдается согласованный поворот обоих глаз и сведение их осей на фиксируемом предмете. Прослеживание предмета, движущегося перед глазами младенца, оказывается доступным ему на 30–32 дни.

Уже к концу второго месяца жизни здоровый младенец может следить за предметами, движущимися в разных направлениях. Движущиеся предметы, особенно яркие и красочные привлекают младенца больше, чем бесцветные.

*Зрительное восприятие* у ребенка с ДЦП может быть нарушено за счет ограниченного движения глаз, нарушений фиксации взора, снижения поля зрения, снижения остроты зрения и т.п., поэтому ему трудно отыскать взглядом предмет, рассматривать его и прослеживать его перемещение.

Длительное, вынужденное положение в постели, нарушение движений глаз ограничивают поле зрения у таких детей. Недостаточное развитие предметного восприятия в значительной степени зависит от отсутствия у больных детей предметных действий.

Известно, что действия с предметами формируются по мере совершенствования общей моторики. Так, ребенок начинает активно манипулировать предметами, когда хорошо держит голову, устойчиво сидит.

Тяжелые нарушения зрения (слабовидение и слепота) встречаются примерно у 10% детей с ДЦП. У детей с ДЦП (примерно в 20–30% случаев) отмечаются косоглазие, двоение в глазах, нарушение согласованности движений глаз, опущенное верхнее веко (птоз), произвольные движения глазных яблок (нистагм). Такие особенности зрительного анализатора приводят к дефектному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности. Некоторые дети из-за наличия внутреннего косоглазия привыкают пользоваться ограниченным полем зрения, игнорируя его наружные поля. Например, при большом поражении моторного аппарата левого глаза ребенок может выработать привычку игнорирования левого поля зрения. При конструировании из кубиков или палочек он не достраивает части фигуры слева, рисует и пишет только на правой стороне листа, при рассматривании картинок видит также только изображение справа. Те же нарушения отмечаются и при чтении. С такими детьми в дошкольном возрасте необходимо проводить специальные занятия по развитию движений глазных яблок и целостного восприятия предмета.

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите психологические особенности детей с НОДА при нарушении сенсорных функций.

### **Источники:**

Волосовец Т.В., Кутепова Е.Н. Инклюзивная практика в дошкольном образовании. Пособие для педагогов дошкольных учреждений. – Мозаика-Синтез, 2011.

### 1.3. Психологические особенности детей с НОДА при нарушении зрительно-моторной координации

Для формирования предметно-практической и познавательной деятельности важное значение имеет согласованность движений руки и глаза. В начале здоровый ребенок, двигая рукой в пределах поля зрения, не обращает на нее внимания. Далее взгляд начинает следовать за рукой, а затем и направлять движения руки. У детей с ДЦП в результате поражения двигательной сферы, а также мышечного аппарата глаз согласованные движения руки и глаза развиты недостаточно, особенно если имеют место описанные выше неправильные установки тела, головы и конечностей. В этом случае дети оказываются не в состоянии следить глазами за своими движениями, что препятствует развитию манипулятивной деятельности, конструирования и рисования, а в дальнейшем тормозит формирование учебных навыков (чтения, письма) и познавательной деятельности.

Зрительно-моторная координация особенно важна на начальном этапе *обучения чтению*, когда движение пальцем ребенок прослеживает глазом, указывает и определяет последовательность букв, слогов, слов. Техника и плавность чтения формируется на этой основе. Такие учащиеся не удерживают рабочую строку в тетради или при чтении, поскольку соскальзывают с одной строки на другую, вследствие чего не могут понять смысл прочитанного и проверить свое письмо.

Несформированность зрительно-моторной координации может проявляться не только при чтении и письме, но и овладении навыками самообслуживания и другими трудовыми и учебными умениями. Так, например, на уроках труда таким ученикам очень трудно правильно расположить материал, произвести его разметку, расположить выкройку. Особую сложность для них представляют раскрой и выточка отдельных деталей изделия.

По этой же причине замедляется процесс формирования навыков самообслуживания. Невозможность проследить глазами за действиями своих рук, скоординировать движения руки и глаза приводит к недостаточной организации произвольного двигательного акта на уроках физкультуры: дети не могут удержать цель, затрудняются выполнять броски и ловлю мяча, овладевать умениями и навыками в других спортивных играх.

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите психологические особенности детей с НОДА при нарушении зрительно-моторной координации.

### **Источники:**

Волосовец Т.В., Кутепова Е.Н. Инклюзивная практика в дошкольном образовании. Пособие для педагогов дошкольных учреждений. – Мозаика-Синтез, 2011.

## **1.4. Психологические особенности детей с НОДА при нарушении пространственного анализа и синтеза**

У детей с нарушенной фиксацией взора, с недостаточным прослеживанием предмета и ограничением поля зрения могут наблюдаться нарушения внимания и трудности сосредоточения на выполнении задания, а также выраженные *пространственные нарушения*.

Особенно дети затрудняются в определении правой и левой сторон своего тела и тела товарища, в показе его частей. Необходимые знания для формирования пространственных понятий о «левом» и «правом» развиваются на основе сохранного восприятия схемы тела. У детей с ДЦП часто отмечаются нарушения схемы тела, особенно они бывают выражены при поражении левых конечностей. Ребенок с трудом воспринимает, запоминает части своего тела, долго путается в определении направления.

На начальных этапах обучения в школе выясняется, как правило, что и другие пространственные представления, такие, как «вверху», «внизу», «слева», «справа», «сзади», детьми не усвоены. Им трудно бывает сложить из частей целое при складывании различных картинок, при сооружении построек из кубиков. У некоторых наблюдается проявление зеркальности при письме, рисовании. Дети затрудняются в пространственном восприятии и воспроизведении букв, цифр, путают написание букв *б-д, т-ш, з-е*, испытывают трудности в рисовании, лепке из пластилина, конструировании.

Несформированность пространственного анализа и синтеза особенно проявляется при овладении детьми навыками самообслуживания, а также при чтении, письме и на уроках физической культуры. Такие дети затруд-

няются в дифференциации левой и правой стороны, в сложении целого из частей. Они не могут соблюдать линейки в тетрадах, различать ее правую и левую сторону, могут начать писать или рисовать в любом месте тетради или альбома, читать с середины страницы. Степень указанных затруднений значительно усиливается при сочетании несформированности пространственного анализа и синтеза с недостаточностью зрительно-моторной координации. В подобных случаях такие дети с опозданием овладевают многими умениями и навыками самообслуживания: шнуровать ботинки, застегивать и расстегивать пуговицы, застилать постель и т.д. Они длительное время затрудняются в различении и в соотношении правого и левого ботинка, в определении правого и левого рукава пиджака, платья, при надевании фартука не могут различить верх и низ.

Нередко *на уроках ручного труда* им трудно сложить из отдельных частей целое (склеить, составить из конструктора грибок, елочку, домик и т.д.). В старших классах эти затруднения проявляются при изготовлении изделий на уроках столярного, слесарного, швейного и картонажного дела.

Пространственные нарушения проявляются также *на уроках физической культуры* при построении в шеренгу, кругом, выполнении команды направо, налево, осуществлении перестройки движений в колонне с изменением направлений по ориентирам.

Несформированность пространственных представлений отражается на начальном этапе усвоения программного материала *по математике*. При изучении состава числа дети не могут расположить или представить его в виде отдельных групп предметов. Однако, особую трудность для них представляет процесс овладения материалом по геометрии и тригонометрии, требующим умения представить отдельные геометрические фигуры и выполнить их чертежи.

У некоторых учащихся отмечаются затруднения при усвоении программного материала по географии (расположение частей света, направление течения рек и т. д.), которые могут быть вызваны недостаточной сформированностью пространственного воображения и памяти, наиболее ярко это обычно проявляется при работе с контурными картами.

Пространственные нарушения обычно наиболее выражены у детей со спастической диплегией, но могут отмечаться и при других формах заболевания.

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите психологические особенности детей с НОДА при нарушении пространственного анализа и синтеза.

### **Источники:**

Волосовец Т.В., Кутепова Е.Н. Инклюзивная практика в дошкольном образовании. Пособие для педагогов дошкольных учреждений. – Мозаика-Синтез, 2011.

## **1.5. Психологические особенности детей с НОДА при нарушении предметно-практической деятельности**

Нарушение движений оказывают негативное влияние на развитие познавательных процессов у детей. Например, было показано, что недоразвитие пространственных восприятий наблюдается у детей со всеми формами двигательной недостаточности (врожденные и рано приобретенные ортопедические заболевания, миопатии и миодистрофии, вялые параличи). Эти нарушения имеют временный характер, и с появлением самостоятельной ходьбы у ребенка легко компенсируются.

Для многих детей с ДЦП уже с первого года жизни характерно нарушение процесса активного восприятия окружающего мира. Ребенок с ДЦП не может произвольно повернуть голову, перевести взор на тот или иной предмет, захватить его.

Предметные действия являются важной формой активного познания ребенком окружающего мира и основой формирования сенсорно-перцептивных и мыслительных процессов.

Предметно-практические действия активно развиваются у ребенка первого года жизни. Р.А. Абрамович – Лехтман выделила четыре основных этапа в формировании предметно-практических действий у детей первого года жизни. Первый – *этап преддействия* начинается у младенца уже в 2,5 мес. Ребенок выполняет направленные движения с предметами: водит руками по одеялу, захватывает одной рукой кисть другой руки и т.п. *Этап результативных действий* начинается у ребенка с 4 месяцев. Ребенок осваивает хватательные движения, после чего ему становятся доступными многообразные предметные действия: притягивание, постукивание,

толкание, выпускание из рук, разрывание бумаги и многие другие. После 7 месяцев ребенок может действовать с двумя предметами одновременно: всовывание, вкладывание, вынимание, нанизывание колец и пр. Это *этап соотносящих действий*. К концу первого года жизни ребенок выполняет функциональные действия, подражая аналогичным действиям взрослых: мешает ложкой в чашке, пишет палочкой, причесывает куклу и пр.

Было проведено лонгитюдное обследование детей в возрасте от 0 до 3 лет, у которых по заключению невропатологов была угроза возникновения ДЦП. У этих детей специалистами было диагностировано нарушение мозгового кровообращения разной степени тяжести. В анамнезе у них наблюдались асфиксия, родовая травма или асфиксия с родовой травмой одновременно. Оценки по шкале Апгар у детей варьировали от 4 до 8 баллов.

Психологическое обследование проводили в возрасте от 0 до 3 мес., от 3 мес. до 6 мес., и 6 до 9 мес. по специально разработанной схеме: исследование ощущений; предметных действий; произвольной деятельности.

Обследуемые младенцы были разделены на три группы по успешности выполнения заданий.

В группу 1 (26,6%) вошли младенцы, у которых не наблюдалось выраженных нарушений в развитии ощущений несмотря на недоразвитие двигательных функций, отмечались повышенный мышечный тонус и другие неврологические симптомы, указывающие на церебрально-органическую недостаточность по типу ДЦП. Корреляций между успешностью выполнения заданий и степенью тяжести клинических проявлений не было получено.

Группу 2 (48,8%) составили младенцы с задержкой в формировании сенсорных функций. У них наблюдался комплекс оживления при предъявлении предмета, но в отличие от предыдущей группы он проявляется не в реакции сосредоточения, а в беспорядочных, хаотичных движениях конечностей.

В группе 3 (24,6%) наблюдалась выраженная задержка в формировании зрительных и слуховых сосредоточений. Движения глаз у этих детей были не согласованы с поворотом головы, а движения рук хаотичны.

В процессе повторного обследования младенцев в возрасте от 3 до 6 месяцев был проведен анализ взаимодействия зрения и движений. К концу третьего месяца у здорового младенца начинают образовываться связи между зрением и движением рук. Например, простое разглядывание

младенцем руки приводит к увеличению ее активности. Случайно попавшая в поле зрения рука младенца задерживается перед глазами младенца, и он пытается схватить предмет, когда рука и предмет одновременно оказываются в поле его зрения. В возрасте от 4 до 8 месяцев жизни у детей повышается активность взаимодействия руки и глаза. Координация зрения и хватания -является решающим шагом в объективизации предметного мира у младенца и пусковым механизмом в развитии предметно-практических манипуляций.

У здорового ребенка в этом периоде активно развиваются хватательные движения, что является важной предпосылкой для развития предметно – практических действий. Формируются такие действия как захватывание, притягивание, отталкивание, качание, бросание и пр. В основе развития этих действий лежит формирование интерсенсорной связи «рука-глаз», которая появляется у здорового ребенка в 4 месяца и является важным пусковым механизмом в формировании предметно-практических действий.

Исследования показали, что только у отдельных детей первой группы наблюдалось своевременное развитие этого типа связей, (в 4 мес.), у остальных детей выявлено отставание в развитии интерсенсорных связей «рука-глаз» на полтора-два месяца. У всех детей второй группы интерсенсорная связь «рука-глаз» также сформировалась позже, чем у здоровых детей, хотя многие дети могли одновременно удерживать предмет и смотреть на него. У них наблюдалось кратковременное сосредоточение на предмете, но они быстро выпускали его из рук. Это связано, видимо с одной стороны, с несформированностью двигательных функций рук, а с другой – нарушением внимания. В третьей группе детей интерсенсорная связь «рука-глаз» сформировалась значительно позже, в отличие от младенцев предыдущих групп (в периоде от 7 до 24 мес.). Наблюдалось резкое снижение познавательной активности у некоторых детей этой группы, несмотря на достаточно сохранный объем движений рук.

Обследование этих же детей в возрасте от 6 до 9 месяцев показало, что соотносящие действия вызывали некоторые трудности у детей первой группы, так как их выполнение требует тонких и дифференцированных движений кисти. Однако у всех детей наблюдалась познавательная активность, они сосредотачивались на предметах более длительно, активно брали их в руки, рассматривали, пытались перекладывать предмет в дру-



гую руку и пр. У детей второй группы соотносящие действия появились только к концу 1-го года жизни, но также, как в первой группе у них наблюдался интерес к предмету, желание взять его в руку. Однако, такие действия как постукивание, засовывание, вынимание и пр. было им практически недоступно. У детей третьей группы соотносящие действия начали формироваться только на 2-ом году жизни ребенка.

В процессе предметно-практических манипуляций ребенка мы учитывали не только специфику и уровень их развития, а также длительность сосредоточения на предметах и эмоциональное отношение к ним.

Важным показателем произвольной активности у младенца являются особенности его внимания. Первые проявления сосредоточенности младенца проявляются на 10–12-й день после рождения. К концу первого месяца младенец уже может следить за яркими, блестящими предметами на расстоянии 1 м от него. В 3 месяца он более продолжительно слушает звуки колокольчика, находящегося в поле его зрения. На 3 месяце жизни младенец на появление человека отвечает реакцией оживления, с 5 месяца объектом внимания ребенка все чаще становится определенный предмет: яркая игрушка, блестящий шарик и пр., которыми он манипулирует.

Роль действия с предметами для удержания их в поле зрения особенно возрастает у здорового ребенка после 7 месяцев. К концу 1-го года жизни, с появлением ходьбы ребенок, производя функциональные действия с предметами, может сосредоточенно заниматься ими в течение 8–10 минут.

Обследование младенцев с риском возникновения ДЦП в возрасте 6–9 месяцев было направлено на анализ их произвольной активности и внимания. У детей с ДЦП, в отличие от здоровых сверстников, наблюдалось кратковременное сосредоточение на предметах, особенно у детей третьей группы (не более 3–4 минут). Особое значение в формировании устойчивости внимания играет поисковая активность ребенка и уровень развития его предметно-практических действий. У обследуемых детей, особенно во второй группе, мы наблюдали случаи, когда уровень развития предметно-практических манипуляций был незначительно снижен, наблюдалась поисковая активность, однако, внимание у них было неустойчивым и слабо концентрированным. Наибольшие трудности концентрации внимания наблюдались в третьей группе младенцев. В отличие от младенцев первой и второй групп недоразвитие внимания у них тесно

коррелировало с недоразвитием предметно-практических манипуляций. Эти данные подчеркивают тотальность недоразвития всех психических функций у младенцев третьей группы.

Сравнительный анализ развития психических функций у здоровых младенцев и младенцев с церебрально-органической недостаточностью по типу ДЦП показало следующее:

– у здоровых детей на первом году жизни развитие психических функций отличается максимально выраженной интенсивностью не только по темпу их развития, но и качественным преобразованиям, особенно во втором полугодии жизни. Важную роль в формировании психических функций играет развитие предметно-практических манипуляций, уровень развития которых тесно связан с особенностями произвольной активности;

– у детей с церебрально-органической недостаточностью по типу ДЦП наблюдается, с одной стороны, выраженная гетерохронность в развитии психических функций, с другой стороны, – их автономность. Причем, чем больше выражена автономность психических функций, тем ниже динамика психического развития ребенка.

Таким образом, ведущий дефект при ДЦП – двигательные нарушения в значительной степени определяет специфику когнитивных функций детей с этим заболеванием. Несформированность двигательных навыков и умений проявляется не только за счет собственно нарушенной моторики, но и в недостаточности более сложных функций, необходимых для познавательной деятельности, в основе которых лежит движение (зрительно-моторная координация, пространственный анализ и синтез и др.)

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите психологические особенности детей с НОДА при нарушении предметно-практической деятельности.

### **Источник:**

Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. Детский церебральный паралич. М., СПб., 2001.

## **Глава 2. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ (ЛИЦ) С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

### **Основные темы для изучения**

#### **Тема 1. Научно-теоретические основы специального образования дошкольников с ДЦП.**

1. Краткая история изучения детского церебрального паралича.
2. Предмет объект, цель и задачи исследований в области образования дошкольников с детским церебральным параличом.
3. Зарубежные исследования в области образования дошкольников с детским церебральным параличом.
4. Организация образования детей с детским церебральным параличом в нашей стране

#### **Тема 2. Коррекционно-педагогическая работа при ДЦП.**

1. Принципы организации коррекционной работы в ДОУ для детей с детским церебральным параличом.
2. Основные направления коррекционно-педагогической работы при детским церебральным параличом.
3. Система медицинской и педагогической реабилитации детей с церебральным параличом.
4. Организация лечебно-педагогической помощи детям и подросткам с церебральным параличом.

#### **Тема 3. Социальное развитие личности при ДЦП.**

1. Своеобразие личностного развития детей с церебральным параличом.
2. Методы и средства социального развития дошкольников.
3. Основные направления работы по социальному воспитанию детей с детским церебральным параличом.
4. Прогнозирование как ресурс успешной социализации детей с церебральным параличом.
5. Вопросы успешной социализации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на разных возрастных этапах.

#### **Тема 4. Физическое воспитание детей с церебральным параличом.**

1. Медицинские показания и психолого-педагогические аспекты восстановления движений при ДЦП.
2. Средства коррекции двигательных нарушений.
3. Основные задачи физического воспитания и развития детей с детским церебральным параличом.
4. Содержание физического воспитания детей в условиях специального ДОУ для детей с ДЦП.

#### **Тема 5. Умственное воспитание в структуре коррекционно-педагогической работы с детьми с ДЦП**

1. Развитие умственных способностей в процессе ознакомления с окружающим миром.
2. Особенности развития познавательной деятельности у детей с детским церебральным параличом.
3. Содержание, методы и формы ознакомления с окружающей действительностью.
4. Формирование разных форм мышления в процессе коррекционно-педагогической деятельности у детей с ДЦП.

#### **Тема 6. Формирование продуктивных видов деятельности**

1. Основные направления коррекционно-педагогической работы по формированию изобразительной деятельности.
2. Обучение конструированию детей с церебральным параличом. Методика И.И.Мамайчук. Методика С.В.Коноваленко.
3. Содержание трудового воспитания в работе с детьми с церебральным параличом.
4. Обучение изобразительной деятельности детей с церебральным параличом.

#### **Тема 7. Подготовка к школьному обучению детей с ДЦП.**

1. Особенности готовности к школьному обучению детей с детским церебральным параличом.
2. Психологическая готовность ребенка с детским церебральным параличом к школьному обучению.
3. Физическая готовность к школьному обучению ребенка с детским церебральным параличом.
4. Интеллектуальная готовность к обучению в школе

## **Тема 8. Работа с семьей ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата.**

1. Роль семьи в коррекционном воспитании ребенка с детским церебральным параличом.

2. Ребенок с церебральным параличом в условиях семейного воспитания.

3. Формы организации лечебно-коррекционного процесса с семьями детей с отклонениями в развитии.

4. Особенности работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения.

## **Тема 9. Развитие речи и коррекция речевых нарушений детей с ДЦП.**

1. Особенности речевой коммуникации дошкольников с церебральным параличом.

2. Задачи работы по развитию речи и коррекции речевых нарушений.

3. Формирование мотивационной основы речевой коммуникации в процессе организации жизни и деятельности детей в условиях дошкольного образовательного учреждения. Роль невербальных средств общения в развитии мотивационной основы речевой деятельности.

4. Содержание логопедической работы по коррекции фонетической стороны речи: нормализация деятельности артикуляционного аппарата (преодоление изменений тонуса артикуляционных мышц, ограничений объема их движений, координаторных расстройств, тремора, гиперкинезов), формирование дыхания и голосообразования.

### **2.1. Создание доступной среды в образовательных организациях**

Что необходимо предусмотреть в здании образовательного учреждения, в которое пришел учиться ребенок-инвалид, пользующийся инвалидной коляской, костылями или медленно передвигающийся, чтобы ребенок чувствовал себя в школе наиболее комфортно?

#### **1. Вход в образовательную организацию**

Вход в любую образовательную организацию обычно начинается с лестницы, которая является серьезным или даже непреодолимым препятствием для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, использующих при передвижении инвалидную коляску, трости, костыли

и другие приспособления. Для того чтобы эти дети смогли попасть в школу, необходимо установить пандус у входа в школу. Если архитектура здания не позволяет построить правильный пандус (например, узкая лестница), то можно сделать откидной пандус. Но тогда детям-инвалидам потребуется посторонняя помощь. Еще одна немаловажная деталь – двери должны открываться в противоположную сторону от пандуса, иначе ребенок на коляске может скатиться вниз. Можно оборудовать вход звонком, чтобы предупредить охрану.

## **2. Внутреннее пространство**

Вдоль коридоров желательно сделать поручни по всему периметру, чтобы человек, который плохо ходит, мог, держась за них, передвигаться по школе.

Ширина дверных проёмов должна быть не менее 80-85 см, иначе ребенок-инвалид на коляске через нее не пройдет.

Для того чтобы ребенок-инвалид на коляске смог подняться на верхние этажи, в школьном здании должен быть предусмотрен хотя бы один лифт (возможно, понадобится ограничить доступ в него остальных учащихся). Однако, далеко не во всех школах это возможно сделать. Поэтому, по возможности, можно переносить занятия для классов, где учится ребенок-инвалид на первый этаж. Хороший выход – установление на лестницах подъемников, лифтов.

Еще одним решением проблемы передвижения по лестницам ребенка-инвалида может быть организация работы сопровождающего (помощника), который будет помогать ребенку передвигаться на лестнице. Если в школе есть телефон, его надо расположить на доступной для ребёнка-инвалида высоте.

## **3. Раздевалка**

В раздевалках необходимо выделить зону в стороне от проходов и оборудовать её поручнями, скамьями, полками и крючками для сумок и одежды и т.д. Если есть возможность, можно для этих целей выделить отдельную небольшую комнату.

## **4. Столовая**

В столовой следует предусмотреть проходную зону для обучающихся-инвалидов. Ширина прохода между столами для свободного передвижения на инвалидной коляске рекомендуется увеличить до 1,1 м. Также, желательно, чтобы эти столы находились в непосредственной близо-

сти от буфетной стойки в столовой. В тоже время нежелательно детей-инвалидов сажать в столовой отдельно от остальных одноклассников. Желательно, чтобы детям-инвалидам в столовой помогали ассистенты (помощники).

### **5. Туалетные комнаты**

В туалетных комнатах в образовательных организациях надо предусмотреть одну специализированную туалетную кабинку для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата, в том числе и инвалидов-колясочников. Размеры специализированной кабины не менее: ширина – 1,65 м; глубина – 1,8 м.

Ширина двери в специализированной кабине – не менее 90 см. В кабине рядом с одной из сторон унитаза должна быть предусмотрена свободная площадь для размещения кресла-коляски для обеспечения возможности пересадки из кресла на унитаз. Кабина должна быть оборудована поручнями, штангами, подвесными трапециями и т.д. Все эти элементы должны быть прочно закреплены.

Не менее одной раковины в туалете следует предусмотреть на высоте 0,8 м от пола. Нижний край зеркала и электрического прибора для сушки рук, полотенце и туалетная бумага располагаются на такой высоте.

### **6. Спортивный зал**

Детей-инвалидов необходимо также задействовать и на уроках физкультуры. Они могут выполнять посильные упражнения и участвовать в различных играх вместе с классом. Это поможет им не отделяться от сверстников и выполнять школьную программу в более полном объеме.

Раздевалку, душевую и туалетную комнату при физкультурном зале для детей, пользующихся инвалидными колясками, необходимо переоборудовать. В душевой, так же, как и в туалете, одну кабинку необходимо оборудовать так, чтобы ребенок-инвалид мог ей воспользоваться, т.е. ширина двери должна быть не менее 90 см, и коляска должна входить в кабинку целиком. Желательно, чтобы в раздевалке все проходы были не уже 90 см.

### **7. Библиотека**

Читальный зал библиотеки тоже желательно оборудовать с учетом доступа учащихся-инвалидов: часть кафедры выдачи книг в абонементе рекомендуется понизить до уровня не выше 0,7 м. Один – два стола сделать высотой не менее 0,7 м. Книги, находящиеся в открытом доступе, и картотеку желательно, по возможности, располагать в пределах зоны

досыгаемости (вытянутой руки) человека на коляске, т.е. не выше 1,2 м при ширине прохода у стеллажей или у картотеки не менее 1,1 м.

### **8. Классные кабинеты**

Важно учесть, что ребенку-инвалиду необходимо дополнительное пространство для свободного перемещения. Минимальный размер зоны ученического места для ребенка на коляске (с учетом разворота инвалидной коляски) – 1500х1500мм.

Около парты следует предусмотреть дополнительное пространство для хранения инвалидной коляски (если ребенок пересаживается с нее на стул), костылей, тростей и т.д. Ширина прохода между рядами столов в классе должна быть не менее 0,9 м. Такая же ширина должна быть у входной двери без порога. Также желательно оставить свободным проход около доски, чтобы ребенок на коляске или на костылях смог спокойно перемещаться около доски. А доску желательно повесить пониже. Если занятия проходят в классе, где доска или какое-либо оборудование находится на возвышении, это возвышение необходимо оборудовать съездом.

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите условия создания доступной среды в образовательных организациях.

### **Источники:**

Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".

## **2.2. Особенности образовательного маршрута для детей с НОДА**

Необходимы современные образовательные технологии для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, обучение в общеобразовательном учреждении с комплексным сопровождением помощника и специалистов психолого-медико-педагогического консилиума (далее – ПМПк) (инструктор ЛФК, логопед, дефектолог, психолог, социальный педагог).

Создание условий для адаптации в классе общеобразовательного учреждения или учреждении дополнительного образования:

- Обязательное наблюдение у врача-ортопеда;



- Обучение с учетом темпа деятельности ребенка по индивидуальному учебному плану;
- Составление индивидуального образовательного плана и индивидуальной программы психолого-педагогического сопровождения;
- Индивидуальные или групповые занятия с дефектологом по формированию пространственных представлений;
- Занятия с логопедом;
- Занятия с психологом по формированию произвольной регуляции, повышению мотивации к учебной деятельности;
- Занятия с социальным педагогом по социальной адаптации.

Рекомендации по работе с детьми, имеющими тяжелые нарушения вследствие церебрального паралича и с проблемами в овладении учебным материалом.

Организовывать и соблюдать ортопедический режим на уроке:

- следить за посадкой ребёнка на уроке – фиксация стоп, туловища, головы в специальном стуле;
- обязательно проводить физкультпаузу (5 минут), через 20 минут после начала урока, физкультпауза может включать:

1) работу с рукой:

- противопоставление пальцев большому (поочерёдное соединение фаланг пальцев с большим пальцем);
- сжимание пальцев в кулак;
- сгибание и разгибание кисти (рука находится в вертикальном положении и выполняет движения вверх-вниз);
- рука находится в горизонтальном положении, ладонь – вверх, выполняем поднятие и опускание кисти;
- сопоставление большого и указательного пальцев – соединение большого, указательного и среднего пальцев).

2) зарядку для глаз:

- посмотри по 3 раза вверх-вниз, влево-вправо, по диагонали слева направо и справа налево;
- похлопай глазами, зажмурься на несколько секунд, посмотри на предмет рядом с тобой и на удаленный предмет попеременно;
- прослеживание взглядом за предметом, движущимся в разных направлениях;

### 3) упражнения на снятие мышечного напряжения:

– положение сидя – одной рукой поддерживаем шею ребёнка сзади, другой производим круговые движения головой сначала по часовой, затем против часовой стрелки;

– надавливаем на плечи сидящему ребёнку и предлагаем ему подняться, при этом ребёнок сильно упирается ногами в пол, выпрямляет спину, чувствуем сопротивление, удерживаем так 7-10 секунд и убираем руки;

– кладем руку на лоб ребёнка и просим его с силой лбом надавить на руку, чувствуем сопротивление, удерживаем так 5-10 секунд и просим ослабить давление. Аналогично выполняем упражнение, сначала кладя руку на затылок, а затем на левую и правую височную сторону.

### 4) упражнения на пространственную и временную ориентировку

– положи ручку справа от тетради, а карандаш справа от ручки,

– найди сегодняшнюю дату на календаре, какой это день недели, запиши;

– самостоятельно передвигающихся детей просим выполнить по словесной инструкции передвижение по классу или коридору: подойди к столу, повернись направо, сделай 5 шагов и т. д.

### 5) упражнения на смену положения тела при утомлении.

Рекомендации по ортопедическому режиму можно узнать через родителей у методиста лечебного учреждения, который наблюдает ребенка.

1. Использовать на уроке специальные средства (утяжелители, утяжелённые ручки, резинки для фиксации тетради на парте, специальное оборудование).

2. Поскольку структура дефекта при ДЦП характеризуется такой специфической особенностью, как сниженный запас сведений и представлений об окружающем вследствие вынужденной изоляции в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения, а также в связи с нарушением ряда сенсорных функций (патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства), что сказывается на восприятии в целом и ограничивает объём информации, на уроке необходимо:

– разбирать, уточнять все новые изучаемые понятия, предметы, явления и действия (ребёнок должен понимать их значение);

– осуществлять комплексную опору на работу всех сенсорных систем (слуховой, зрительной, тактильной). На очных занятиях стараться

использовать средства наглядности (яркий картинный материал, по возможности реальные объёмные предметы).

3. Контролировать работу зрительно-моторных систем:

– при чтении помогать следить за строкой, выделяя её цветом или подставляя линейку;

– при необходимости выделять строку для письма цветом;

– темп и объем работы должны соответствовать возможностям ребёнка;

4. Для детей с усиленным слюноотечением (саливацией) требуется контролирующая помощь со стороны ассистента с напоминанием проглотить слюну. Это требуется для того, чтобы у ребёнка формировалась устойчивая привычка – самостоятельно контролировать слюноотечение.

5. Для детей, имеющих тяжёлые речевые нарушения, при ответе на вопросы по теме урока, необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий ребёнку не давать развернутый речевой ответ (что не исключает необходимость периодически требовать развернутого ответа).

6. Необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы ребёнка и учитывать его во время занятий.

7. Детям с ЦП свойственна повышенная тревожность, ранимость, обидчивость. Например, спастика и гиперкинезы могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания или попытке выполнить его. Поэтому нужно стараться следить за тем, чтобы у педагогического работника и ассистента (помощника) был:

– спокойный голос;

– четкая речь (необходимое число повторений, подчёркнутое артикулирование, правильно выстроенная короткая фраза);

– поощрение.

8. Использовать индивидуально-дифференцированный подход в обучении:

– подача материала определёнными порциями с учётом его сложности (изучение темы растягивается во времени, возможно, адаптивное и изменение объёма материала в зависимости от возможностей ребёнка);

– наличие постоянно действующих педагогических стимулов (похвала, приз в конце урока, создание игровой ситуации на уроке);

– оказание помощи на уроке (по мере необходимости).

9. По возможности осуществлять на уроке совместно с ребёнком предметно-практическую деятельность.

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите особенности образовательного маршрута для детей с НОДА.

### **Источники:**

«Методические рекомендации по организации сопровождения детей-инвалидов со сложными ограничениями здоровья в образовательных учреждениях во время учебного процесса» Томское областное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов «Томский областной институт повышения квалификации и переподготовки работников образования». – ТОМСК. – 2013. – 26 с.

## **2.3. Особенности психолого-педагогического сопровождения детей с НОДА**

Термин «детский церебральный паралич» объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга. ДЦП развивается в результате поражения головного и спинного мозга, от разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах. ДЦП является резидуальным состоянием, то есть не имеет прогрессирующего течения. Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития и неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией тонуса, парезами.

К основному симптому ДЦП – двигательным расстройствам, в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения и слуха и другие. Детский церебральный паралич – не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведут движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга.

*Технологии психолого-педагогического сопровождение детей  
с НОДА в условиях инклюзивного образования*

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

1. Неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Это связано с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП.

2. Выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что связано с органическим поражением ЦНС.

3. Сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Это обусловлено:

- вынужденной изоляцией, ограничением контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;

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

Исходя из особенностей познавательной деятельности детей с НОДА можно выделить основные направления коррекционной психолого-педагогической работы: расширение представлений об окружающем мире, обогащение запаса знаний, обогащение контактов с окружающими (педагогами, сверстниками), учет повышенной утомляемости и истощаемости при организации учебно-воспитательной деятельности.

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

Личностные особенности детей с ДЦП включают ряд признаков:

- Изменения самооценочного компонента личности, которые проявляются в снижении актуальных самооценок, уровня притязаний и негативном отношении больных детей к себе в целом.

- Изменения эмоционального компонента личности, что проявляется в эмоциональной нестабильности, склонности к невротическим реакциям.

- Изменения коммуникативного компонента личности, что проявляется в тенденции к псевдоаутизации: замкнутости, отгороженности от мира, трудностях в установлении социальных контактов.

- Изменения интеллектуального компонента личности, что проявляется в снижении продуктивности интеллектуальной деятельности.

- Среди вариантов аномального развития личности при ДЦП наиболее часто отмечается задержанное развитие по невропатическому типу психического инфантилизма.

- Изменения волевого компонента личности, что проявляется в снижении инициативы, активности, конформном, зависимом поведении, стремлении к выполнению социальных правил и требований, что позволяет больному ребенку сохранить необходимый уровень активности за счет компенсаторного конформного и социально одобряемого поведения.

Особенности личностной и эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП предполагают психологическую коррекцию, однако, педагоги, работающие с данной категорией детей также должны учитывать их особенности.

Самооценка и уровень притязаний зависят от успешности ребенка, следовательно, на занятиях необходимо создавать ситуацию успеха для ребенка, поощрять его инициативу, стремление к знаниям, хвалить пусть даже за небольшие успехи. Все это поможет ребенку чувствовать себя увереннее, повысит его самооценку, даст возможность поверить в свои силы.

Нарушения коммуникативной сферы должны компенсироваться при взаимодействии с группой. Роль педагогов и психолога в данном случае – помочь в организации этого взаимодействия. Могут использоваться различные формы – различные мероприятия, праздники, тематические игры, тренинговые и развивающие занятия и т.д. Существенная роль педагогов и психолога заключается в отношении к ребенку с ДЦП, как пример для других детей. Уважительное и равное отношение, оказание помощи в нужный момент – образец, который должны демонстрировать взрослые. Сама ситуация инклюзивного обучения способствует развитию коммуникативных способностей и снижению псевдоаутизации ребенка с ДЦП.

Для коррекции волевой сферы ребенка с ДЦП (снижение инициативы, зависимое поведение) необходимо стимулировать активность ребенка во всех видах деятельности. Например, поручить какое-то ответственное дело. А также учить ребенка с ДЦП отстаивать свое мнение для предотвращения формирования конформного поведения.

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите особенности психолого-педагогического сопровождение детей с НОДА.

### **Источники:**

Реализация коррекционно-развивающих программ с детьми дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования: научно-методическое пособие / В. С. Горынина, А. И. Сафина, А. Е. Игнатъев; под ред. Д.З. Ахметовой. – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2014. – 159 с.

## **2.4. Особенности коррекционного сопровождения детей с НОДА**

Детский церебральный паралич (далее ДЦП) – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. Ведущими в клинической картине детского церебрального паралича являются двигательные нарушения (параличи, парезы, нарушения координации, насильственные движения), которые могут сочетаться с изменениями психики, речи, зрения, слуха, судорожными припадками, расстройствами чувствительности. Так, глагодвигательные нарушения, недоразвитие и задержка формирования важнейших двигательных функций (удержание головы, сидение и т.п.) способствуют ограничению полей зрения, что, в свою очередь, обедняет процесс восприятия окружающего, приводит к недостаточности произвольного внимания, пространственного восприятия и познавательных процессов. Двигательные нарушения ограничивают предметно-практическую деятельность, что обуславливает недостаточное развитие предметного восприятия, затрудняет манипуляцию с предметами, их восприятие на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации и речи препятствует развитию познавательной деятельности. Отклонения в психическом развитии у детей с церебральным параличом в большой степени обусловлены недостаточностью практической деятельности и социального опыта, коммуникативных связей с окружающими и невозможностью полноценной игровой деятельности. Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражи-

тельности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Личностная незрелость проявляется в эгоцентризме, наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Часто у детей формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности; так, ребенок даже с сохранной ручной деятельностью долго не осваивает навыки самообслуживания. Как видно из выше сказанного, дети с детским церебральным параличом – это дети с особыми образовательными потребностями и возможностями.

В настоящее время в системе дошкольного образования согласно ФГОС для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ), необходимо использовать специальные образовательные программы и методы, специальные методические пособия и дидактические материалы, которые направлены на:

1. Обеспечение коррекции нарушений развития детей с ОВЗ (ДЦП), оказание им квалифицированной помощи;
2. Разностороннее развитие с учетом возрастных, индивидуальных и специфических образовательных потребностей детей с ОВЗ.

Включение ребенка с ДЦП в среду здоровых сверстников возможно при создании определенных условий для развития и социальной адаптации детей с особыми образовательными потребностями и их сверстников, главным из которых является создание индивидуальной образовательной программы для ребенка с ДЦП, как организации индивидуально-ориентированной помощи ребенку всеми специалистами.

Составление индивидуальной образовательной программы состоит из ряда последовательных этапов, закономерно вытекающих один из другого.



## ЭТАПЫ СОСТАВЛЕНИЯ ИКОП



### Контрольные вопросы:

Перечислите особенности коррекционного сопровождения детей с НОДА.

### Источники:

<https://osobennosti.net.by/metodicheskaya-kopilka/v-pomoshch-pedagogu-klassa-integririvannogo-obucheniya-i-vospitvniya/379-korreksionnaya-rabota-s-detmi-s-narusheniem-oda.html>.

### **Глава 3. ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ (ЛИЦАМ) С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

#### **Основные темы для изучения**

**Тема 1. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА).** Объект изучения специальной психологии. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА). Объект изучения специальной психологии. Понятие «нарушения опорно-двигательного аппарата». Причины нарушения НОДА. Группы детей с нарушениями НОДА. (Нозологические формы, степени тяжести).

Детский церебральный паралич (ДЦП). Сочетание двигательных, речевых, интеллектуальных нарушений в клинической картине. Причины. Формы ДЦП. Степени тяжести двигательных нарушений.

Специальные образовательные потребности лиц с ДЦП, специальные образовательные условия.

**Тема 2. Системы обучения и воспитания детей и подростков с нарушениями НОДА в РФ и за рубежом**

Системы обучения и воспитания детей и подростков с нарушениями НОДА в РФ и за рубежом. Дошкольные, школьные, средне-профессиональные учреждения для детей с нарушениями НОДА. Задачи и организация педагогического процесса. Специальные образовательные условия.

Направления коррекционной работы на разных возрастных этапах; роль физического воспитания. Зарубежный опыт обучения детей с нарушениями НОДА. Кондуктивная педагогика.

**Тема 3. Особенности психического и речевого развития детей с ДЦП**

Особенности психического и речевого развития детей с ДЦП. Особенности формирования познавательной деятельности детей с ДЦП: замедленный темп развития психических процессов, ограниченный запас знаний и представлений об окружающем, астенические проявления, нарушения игровой и учебной деятельности. Трудности формирования навыков чтения, письма, счета, изодейтельности.

Особенности речевого развития: замедленный темп формирования экспрессивной и импрессивной речи, нарушение звуковой и темпоритмической стороны речи, фонематического восприятия.

#### **Тема 4. Нарушение высших психических функций у детей с ДЦП**

Нарушение высших психических функций у детей с ДЦП. Нарушения гнозиса, праксиса, схемы тела, пространственных и временных представлений у детей с ДЦП.

Дизартрия. Возрастная динамика, роль коррекционной работы в преодолении этих нарушений. Нейропсихологическое обследование детей с ДЦП.

#### **Тема 5. Особенности семейного воспитания и психологической помощи семьям детей с нарушениями НОДА**

Особенности семейного воспитания и психологической помощи семьям детей с нарушениями НОДА. Особенности семей, имеющих детей с нарушениями НОДА. Психологические особенности родителей больных детей. Изучение внутрисемейных отношений.

Типы неправильного воспитания и их роль в формировании личностных нарушений у детей данной категории. Основные направления психокоррекционной работы с семьей ребенка с нарушениями НОДА. Формы и методы работы.

#### **Тема 6. Особенности психологического изучения детей с нарушениями НОДА**

Особенности психологического изучения детей с нарушениями НОДА. Особенности психологического изучения детей с нарушениями НОДА: учет тяжести двигательных нарушений, оценка манипулятивных функций, степень разборчивости речи. Адаптация экспериментально-психологических методик к возможностям детей с двигательными нарушениями. Роль педагогического наблюдения для дифференциальной диагностики умственного развития детей с тяжелыми двигательными и речевыми нарушениями. Значение нейропсихологической диагностики для разработки индивидуальных программ коррекционной работы с детьми с двигательными нарушениями вследствие органического поражения мозга.

## **Тема 7. Основные направления психологической помощи лицам с нарушениями НОДА**

Основные направления психологической помощи лицам с нарушениями НОДА. Задачи психокоррекционной работы с лицами с нарушениями НОДА на разных возрастных этапах. Основные направления психологической коррекции: коррекция и профилактика нарушений высших психических функций; коррекция и профилактика коммуникативных нарушений; коррекция и профилактика личностных нарушений; работа по профконсультированию и профориентации; работа с родителями больных детей и подростков; работа с персоналом образовательных учреждений.

## **Тема 8. Деятельность психолога в образовательном учреждении для детей с НОДА**

Деятельность психолога в образовательном учреждении для детей с НОДА. Специальная психологическая служба в системе образования лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, ее задачи. Психолого-медико-педагогический консилиум.

Психолого-медико-педагогическая комиссия, особенности комплектования образовательных учреждений для детей с нарушениями НОДА.

Деятельность психолога в дошкольных и школьных учреждениях для детей данной категории: диагностическая; психокоррекционная; просветительская.

### **3.1. Психолого-педагогическое изучение детей с ДЦП и НОДА**

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

Психолого-педагогическая диагностика психофизических особенностей детей с ДЦП решает несколько задач. Наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика задержки психического развития и легкой умственной отсталости у дошкольников с церебральным параличом. Также трудно дифференцировать умственно отсталых детей по степени тяжести интеллектуального недоразвития. Следует подчеркнуть, что

у большинства детей с ДЦП потенциально сохранены предпосылки к развитию высших форм мышления, но множественные нарушения (движений, слуха, речи и т.д.), выраженность астенических проявлений, низкий запас знаний вследствие социальной депривации маскирует возможности детей, что ведет к гипердиагностике умственной отсталости. Дифференциальная диагностика умственного развития при ДЦП очень сложна, так как необходимо учитывать все факторы, определяющие психическое развитие этих детей, в том числе сенсорную и социальную депривацию, трудности организации речевого общения, моторные затруднения. Унифицированная система дифференциальной диагностики детей с ДЦП в настоящее время не разработана, попытки ее создания у нас в стране также не имели успеха – слишком велико число факторов, которые необходимо учесть при создании такой системы. Наиболее объективной остается диагностика, опирающаяся на длительное наблюдение в сочетании с экспериментальными исследованиями отдельных психических функций и изучением темпа приобретения новых знаний и навыков. Такой подход к изучению психолого-педагогических особенностей ребенка с ДЦП и его потенциальных возможностей требует, во-первых, больших затрат времени, а во-вторых, высокой квалификации специалистов, осуществляющих диагностику, глубокого знания клиники заболевания и особенностей психического и речевого развития детей с церебральным параличом. К сожалению, специалисты, работающие в медико-психолого-педагогических комиссиях и консультациях, осуществляющих комплектование специальных образовательных учреждений, часто недостаточно хорошо знают специфику нарушений развития при ДЦП и не имеют времени на длительное динамическое наблюдение. Результатом является необоснованное признание не обучаемыми части детей, страдающих церебральным параличом, особенно с тяжелыми нарушениями манипулятивных функций, с неразборчивой речью, сопутствующими нарушениями слуха.

Часто задачу Дифференциальной диагностики умственного развития детей с церебральным параличом удастся решить только с началом школьного обучения. Именно с этой целью в школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата открывается подготовительный класс. Это особенно важно потому, что дети, имеющие тяжелые двигательные нарушения, как правило, не проходят специального дошкольного обучения. Требуется продолжительное время для того, чтобы изучить воз-

возможности детей и определить программу обучения. В подготовительном классе создаются необходимые условия для подготовки учащихся к дальнейшему обучению, для разработки индивидуальных коррекционных программ в соответствии со структурой нарушений познавательной и речевой деятельности. Длительное педагогическое изучение позволяет объективно дифференцировать детей по возможностям обучения.

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

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

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

прогноза и трудовых рекомендациях. В подростковом возрасте задача исследования познавательной деятельности остается, но первостепенное значение приобретает изучение личностных особенностей больных ДЦП и их профессиональных намерений, так как именно эти факторы определяют социально-трудовую адаптацию.

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

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

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

- Использование неречевых средств коммуникации (движений глаз, мимики, жестов).
- Устойчивость внимания.

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

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

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

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

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

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

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

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



- настойчивость в овладении доступными двигательными и речевыми навыками.

Как прогностически неблагоприятные могут рассматриваться следующие особенности психического развития:

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

- наличие общей психической вялости или повышенной возбудимости; не критичность;

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

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

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

В настоящее время за рубежом, где широко используются тесты для обследования детей с ДЦП и другими тяжелыми нарушениями моторики, все более широко используют адаптированные варианты стандартизованных шкал, в которых экспериментатор сам действует с тестовым материалом, а испытуемый дает ответ устно, указательным жестом или кивком. Плодотворен этот подход и в тех случаях, когда необходимо обследовать ребенка с двигательными нарушениями и сниженным слухом.

Проводя обследование больного, который сам может действовать с тестовым материалом, но имеет выраженные нарушения речи и слуха, желательно инструкции и ответы для выбора предъявить ему напечатанными на карточках, а исследование насытить заданиями, не требующими речевой активности.

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

### **1. Нарушения двигательной сферы.**

Удерживает вертикальное положение (сидя; стоя)

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

Ведущая рука правая; левая.

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

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

### **2. Уровень развития навыков самообслуживания.**

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

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

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

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

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

4. Нарушения слуха (степени снижения слуха).

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

*На первом этапе* в рамках деятельности ПМПк специалисты ДОУ в первые две недели пребывания ребенка с ДЦП в инклюзивной группе знакомятся с социальным окружением ребенка, данными о нервно-психическом и соматическом состоянии ребенка (на основании медицинской карты), осуществляют первичное диагностическое обследование. Основная задача деятельности специалистов на данном этапе оценка уровня и особенностей развития ребенка в соответствии с возрастом. Каждый специалист оценивает состояние психофизического развития в соответствии со своей специализацией. Педагог-психолог оценивает уровень развития сенсорно-перцептивной сферы и эмоционально-личностное развитие ребенка. Особенности элементарных математических представлений, речевого развития, запас знаний и представлений об окружающем мире, выявляются учителем-дефектологом. Воспитатели оценивают сформированность навыков самообслуживания и гигиены, социально-бытовую ориентировку. Особенности развития общей моторики оценивает инструктор ЛФК. Монтессори-педагог оценивает особенности развития мелкой моторики и тактильно-двигательного восприятия. По каждому направлению разработаны диагностические карты, которые помогают проанализировать результаты обследования, спланировать работу специалистов и увидеть динамику развития ребенка. Далее представлена примерная диагностическая карта контроля развития навыков самообслуживания и гигиены (табл.).

Диагностическая карта  
контроля развития навыков самообслуживания и гигиены

Ф.И. \_\_\_\_\_, год рождения \_\_\_\_\_

Навыки	Уч.год _____			Уч.год _____		
	Возраст _____			Возраст _____		
	Н.г.	С.г.	К.г.	Н.г.	Н.г.	С.г.
<b>(4 года):</b> Замечает беспорядок в одежде						
Устраняет его при небольшой помощи взрослого						
Умеет самостоятельно одеваться						
Умеет самостоятельно раздеваться						
Владеет простейшими навыками поведения во время еды						
Владеет простейшими навыками умывания						
Умеет пользоваться туалетом						
<b>(5 лет):</b> Соблюдает элементарные правила приема пищи (правильно пользуется столовыми приборами, салфеткой, полощет рот после еды)						
По мере необходимости моет руки с мылом						
Пользуется расческой						
Пользуется носовым платком						
Чихая и зевая прикрывать рот рукой.						
Раздеваться и одеваться, оставаясь в туалете.						
Уметь выразить свои потребности, обратиться за помощью к взрослому						
Самостоятельно одевается и раздевается, складывает и убирает одежду, с помощью взрослого приводит ее в порядок						

Навыки	Уч.год _____			Уч.год _____		
	Возраст _____			Возраст _____		
	Н.г.	С.г.	К.г.	Н.г.	Н.г.	С.г.
Самостоятельно готовит к занятиям свое рабочее место, убирает материалы по окончании работы.						
<b>(6 лет):</b> Умеет быстро, аккуратно раздеваться и одеваться, соблюдать порядок в своем шкафу.						
Имеет навыки опрятности (замечает беспорядок в одежде, устраняет его при небольшой помощи взрослых).						
Сформированы элементарные навыки личной гигиены (самостоятельно чистит зубы, моет руки перед едой; при кашле и чихании закрывает рот и нос платком)						
Владеет простейшими навыками поведения во время еды, пользуется вилок						
Уметь выразить свои потребности, обратиться за помощью к взрослому						
<b>(7 лет):</b> Быстро и правильно умывается, насухо вытирается, пользуется только индивидуальным полотенцем						
Правильно пользуется носовым платком и расческой						
Следит за своим внешним видом,						
Быстро раздевается и одевается, вешает одежду в определенном порядке						
Самостоятельно ухаживает за одеждой, устраняет беспорядок в своем внешнем виде						
Проявляет трудолюбие на участке детского сада и в группе						
<b>Уровень развития</b>						

Высокий – 3 балла (выполняет задания самостоятельно, без ошибок)

Средний – 2 балла (выполняет задания с помощью взрослого, допускает ошибки)

Низкий – 1 балл (допускает много ошибок, не справляется с заданием)

Ответственные:

---

*Второй этап* – коллегиальное обсуждение полученных результатов в ходе обследования ребенка, на котором специалисты оценивают состояние психофизического развития ребенка, дают прогноз его возможностей в плане воспитания, обучения, и социальной адаптации в рамках своей деятельности. Результаты коллегиального обсуждения заносятся аналитическую справку.

Аналитическая справка по результатам диагностики  
на начало учебного 2014-2015 года

Ф.И. ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Эмоционально-волевая сфера \_\_\_\_\_

Познавательная сфера \_\_\_\_\_

Особенности зрительного восприятия \_\_\_\_\_

Особенности внимания \_\_\_\_\_

Особенности памяти \_\_\_\_\_

Особенности мышления \_\_\_\_\_

Сформированность пространственно-временных отношениях \_\_\_\_\_

Знания и представления об окружающем мире и социально-бытовая ориентация \_\_\_\_\_

Развитие элементарных математических представлений \_\_\_\_\_

Общая характеристика речевого развития \_\_\_\_\_

Общая моторика \_\_\_\_\_

Мелкая моторика \_\_\_\_\_

Навыки самообслуживания и гигиены \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Специалисты: \_\_\_\_\_

*На третьем этапе* обсуждаются пути дальнейшего развития и коррекционные мероприятия, которые будут способствовать социальной и образовательной адаптации ребенка в соответствии с его возможностями и особенностями, координация и согласованность последующего взаимодействия специалистов с ребенком. Определяется последовательность включения различных специалистов в работу с ребенком, т.е. составляется индивидуальный образовательный маршрут ребенка в соответствии с непосредственной образовательной деятельностью в группе. Где указывается направление работы, количество занятий и время их проведения по данному направлению в определенный период времени, используемые программы и технологии, форма проведения занятия (индивидуальная, подгрупповая, групповая), Ф.И.О. специалиста ответственного за направление работы.

*На четвертом этапе* специалисты сопровождения в зависимости от структуры дефекта и степени его выраженности определяют содержательную направленность коррекционно-образовательной работы, т.е. составляют индивидуальные планы работы с ребенком.

*На пятом этапе* учитель-дефектолог, являясь основным специалистом психолого-педагогического сопровождения составляет индивидуальную образовательную программу ребенка. Примерная структура индивидуальной образовательной программы для ребенка с ДЦП может быть представлена в следующем виде:

1. Титульный лист, который включает в себя наименование учреждения, фамилия, имя ребенка, гриф утверждения программы на заседании ПМПк.

2. Данные о ребенке (год рождения, адрес проживания, диагноз, от куда поступил в дошкольное учреждение, дату поступления, заключение и рекомендации ПМПк, № протокола).

3. Семейный анамнез (фамилия, имя, отчество родителей, образовательный уровень, место работы, контактные телефоны, с кем проживает ребенок, семейно-бытовые условия, наличие инвалидности у близких родственников).

4. Данные о нервно-психическом и соматическом состоянии (на основании медицинской карты).

5. Диагностические карты.

6. Аналитическая справка по результатам диагностики на начало учебного года.

7. Индивидуальный образовательный маршрут.

8. Планы индивидуальной работы специалистов педагога-психолога, учителя-дефектолога, Монтессори-педагога, инструктора ЛФК, музыкального руководителя, воспитателя по обучению татарскому языку, воспитателей группы на соответствующий конкретный период, на основе заключений и рекомендаций специалистов ПМПк.

9. Аналитические справки по результатам освоения программного материала на середину и конец учебного года.

Таким образом, нами представлен один из подходов к организации индивидуально-ориентированной помощи ребенку с ДЦП, посещающему инклюзивную группу, всеми специалистами ДООУ. Разработка индивидуальной образовательной программы позволяет создать условия для качественной индивидуализации образовательного процесса различных категорий детей с ОВЗ.

В помощь специалисту, занимающемуся психолого-педагогической диагностикой детей с церебральным параличом, в представлены схемы обследования детей разного возраста, разработанные авторами и хорошо зарекомендовавшие себя на практике. Эти схемы позволяют правильно подобрать материалы для обследования и содержат некоторые нормативные показатели развития психических функций.



## Психолого-педагогическое обследование

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Показатели психофизического развития	Первичное обследование	Динамика
	Дата __ Возраст	Дата __ Возраст
1	2	3
<b>Контакт</b> В контакт вступает Контакт формальный (чисто внешний) В контакт вступает не сразу, с большим трудом, не проявляет заинтересованности в контакте Контакт избирательный Легко и быстро устанавливает контакт, проявляет в нем заинтересованность, охотно подчиняется (М – норма)		
<b>Эмоционально-волевая сфера</b> Активный, бодрый Пассивный, вялый Неадекватное поведение Избалованность Конфликтность Колебания настроения		
<b>Состояние слуха</b> Снижение слуха Норма		
<b>Состояние зрения</b> Близорукость Косоглазие Атрофия зрительного нерва Ограничение поля зрения (N)		
<b>Внимание</b> Низкая концентрация и неустойчивость внимания (ребенок плохо сосредоточивается, с трудом удерживает внимание на объекте)		

<p>Недостаточно устойчивое, поверхностное, быстро истощается, требует переключения на другой вид деятельности</p> <p>Плохое переключение внимания</p> <p>Достаточно устойчивое (N)</p>		
<p><b>Моторика кистей и пальцев рук</b></p> <p>Ведущая рука: правая/левая</p> <p>Уровень развития функций кистей и пальцев рук:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– отсутствует хватание</li> <li>– манипулировать не может, но есть хватание</li> <li>– моторика ограничена</li> <li>– недостаточность мелкой моторики сохранная (N)</li> </ul>		
<p>Согласованность действий рук: отсутствует недостаточная нормальная</p>		
<p>Нарушение координации движений, тремор</p>		
<p><b>Гиперкинезы пальцев</b></p>		
<p><b>Уровень развития деятельности</b></p>		
<p><b>Проявление интереса к игрушкам:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– интереса к игрушкам не проявляет (с игрушками никак не действует; в совместную игру со взрослым не включается, самостоятельной игры не организует)</li> <li>– проявляет поверхностный, не очень стойкий интерес к игрушкам проявляет стойкий избирательный интерес к игрушкам (И)</li> </ul>		
<p><b>Адекватность употребления игрушек:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– совершает неадекватные действия с предметами (нелепые, не диктуемые логикой игры или качеством предмета действия)</li> <li>– игрушки использует адекватно (использует предмет в соответствии с его назначением) (К)</li> </ul>		
<p><b>Характер действий с предметами-игрушками:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– неспецифические манипуляции (со всеми предметами действуй одинаково, стереотипно – постукивает, перекладывает, шип и рот, сосет, бросает)</li> <li>– специфические манипуляции – учитывает только физические свойства предметов</li> <li>– предметные действия – использует предметы в со-</li> </ul>		

<p>ответствии с их функциональным назначением</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– процессуальные действия</li> <li>– игра с элементами сюжета</li> <li>– сюжетно-ролевая игра</li> </ul>		
<p><b>Работоспособность</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Низкая</li> <li>– Снижена</li> <li>– Достаточная (N)</li> </ul>		
<p><b>Характер деятельности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Отсутствие мотивации к деятельности</li> <li>– Деятельность неустойчивая, работает формально</li> <li>– Деятельность устойчивая, работает с интересом (N)</li> </ul>		
<p><b>Реакция на одобрение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Адекватная (радуется одобрению, ждет его)</li> <li>– Неадекватная (на одобрение не реагирует, равнодушен к нему)</li> </ul>		
<p><b>Реакция на замечание</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Адекватная (исправляет поведение к соответствию с замечанием)</li> <li>– Адекватная (обижается)</li> <li>– Нет реакции на замечание</li> <li>– Негативная реакция (делает назло)</li> </ul>		
<p><b>Отношение к неудаче</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Неудачу оценивает (замечает неправильность своих действий, исправляет ошибки)</li> <li>– Отсутствует оценка неудачи</li> <li>– Негативная эмоциональная реакция на неудачу или собственную ошибку</li> </ul>		
<p><b>Обучаемость.</b></p> <p>Использование помощи (во время обследования)</p> <p>Обучаемость отсутствует; помощь не использует; нет переноса показанного способа действия на аналогичное задания</p> <p>Обучаемость низкая; помощь использует недостаточно; перенос знаний затруднен</p> <p>Ребенок обучаем, использует помощь взрослого (переходит от более низкого способа выполнения заданий к более высокому)</p>		

<p><b>Запас общих представлений</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Низкий</li> <li>– Несколько снижен</li> <li>– Соответствует возрасту (N)</li> </ul>		
<p><b>Зрительное восприятие</b></p> <p>Восприятие цвета:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– представление о цвете отсутствует</li> <li>– сличает цвета</li> <li>– различает цвета (выделяет по слову)</li> <li>– знает и называет основные цвета (N – в 3 года)</li> </ul> <p>Восприятие величины:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– представление о величине отсутствует</li> <li>– соотносит предметы по величине</li> <li>– дифференцирует предметы по величине (выделяет по слову)</li> <li>– знает и называет величину (N – в 3 года)</li> </ul> <p>Восприятие формы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– нет представления о форме</li> <li>– соотносит предметы по форме</li> <li>– различает геометрические формы (выделяет по слову)</li> <li>– называет геометрические формы (плоскостные и объемные) (N – в 3 года)</li> </ul>		
<p><b>Методика обследования</b></p> <p>Складывание матрешки (3-составная – от 3 до 4 лет, 4-составная – от 4 до 5 лет, 6-составная – от 5 лет)</p> <p>Способы выполнения задания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– действие силой</li> <li>– перебор вариантов</li> <li>– целенаправленные пробы (допустимы до 5 лет)</li> <li>– примеривание</li> <li>– зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно) (N)</li> </ul> <p>Включение в ряд (6-составная матрешка – с 5 лет)</p>		
<p>Без учета величины</p> <p>С учетом величины.</p> <p>Способы выполнения задания:</p> <p>целенаправленные пробы (допустимы до 6 лет)</p> <p>зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно)</p>		

<p>Кубики-вкладыши</p> <p>Способы выполнения задания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– перебор вариантой</li> <li>– целенаправленные пробы (допустимые до 5 лет)</li> <li>– примеривание</li> <li>– зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно)</li> </ul> <p>Складывание пирамидки (до 3 лет – 3 кольца, до 4 лет – 4 кольца, с 4 лет – 5–6 колец)</p> <p>Без учета величины колец</p> <p>С учетом величины колец.</p> <p>Способы выполнения задания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– целенаправленные пробы</li> <li>– практическое примеривание</li> <li>– зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно)</li> </ul> <p>Почтовый ящик (с 3 лет) Способы выполнения задания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– действие силой (допустимо в N до 3,5 лет)</li> <li>– перебор вариантов</li> <li>– целенаправленные пробы</li> <li>– примеривание</li> <li>– зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно)</li> </ul> <p>Парные картинки (выбор по образцу из 2, 4, 6 картинок с 2 лет)</p>		
<p>Восприятие пространственных отношений</p> <p>Знание частей тела и лица</p> <p>Ориентировка в сторонах собственного тела и зеркальное отображение</p>		
<p>Целостный образ предмета (разрезные картинки)</p> <p>Конструирование (из строительного материала, из палочек):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– по подражанию</li> <li>– по образцу</li> <li>– по представлению</li> </ul> <p>Дифференцирование пространственных понятий (справа–слева, выше–ниже, дальше–ближе, впереди–сзади, в центре)</p>		
<p>Временные представления</p> <p>Части суток (с 3 лет)</p>		

<p>Времена года (с 4 лет)</p> <p>Дни недели (с 5 лет)</p>		
<p>Количественные представления</p> <p>Порядковый счет (устно и пересчет предметов)</p> <p>Представление о количестве</p> <p>Выделение нужного количества из множества</p> <p>Понятия «много», «мало», «больше», «меньше», «поровну»</p> <p>Счетные операции</p>		
<p><b>Мышление (уровень развития)</b></p> <p>Наглядно-действенное</p> <p>Наглядно-образное</p> <p>Элементы абстрактно-логического мышления:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– классификация предметов (изображений)</li> <li>– «четвертый–лишний»</li> <li>– понимание картин со скрытым смыслом</li> <li>– понимание картин с нелепым, бессмысленным сюжетом</li> <li>– последовательность событий (серия сюжетных картин)</li> </ul>		
<p><b>Навыки самообслуживания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Не владеет</li> <li>– Владеет частично с помощью взрослого</li> <li>– Владеет полностью (N)</li> </ul>		
<p><b>Понимание обращенной речи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Не понимает обращенную речь</li> <li>– Понимание обращенной речи ограниченное (ситуативное)</li> <li>– Выполняет простые речевые инструкции</li> <li>– Понимание обращенной речи на бытовом уровне, выполняет сложные речевые инструкции</li> <li>– Понимание речи в полном объеме (N)</li> </ul>		
<p><b>Пассивный словарь</b></p> <p>Понимание названий предметов (реальных и на картинках)</p> <p>Понимание значения слова</p> <p>Понимание простого сюжета</p> <p>Понимание лексико-грамматических конструкции</p>		

<p><b>Характеристики собственной речи</b></p> <p>1-й уровень речевого развития: речевые средства общения крайне ограничены (произносит звуковые комплексы, звукоподражания, лепетные слова) ; использование довербальных средств общения (выразительной мимики и жестов)</p> <p>2-й уровень речевого развития: пользуется простой фразой, аграмматичная, упрощенной, структурно нарушенная фраза (из 2–3 слов)</p> <p>Слоговая структура слов нарушена</p> <p>3-й уровень речевого развития: пользуется развернутой фразой; недостаточная сформированность лексико-грамматического и фонетико-фонематического строя речи; синтаксические конструкции фраз бедные</p> <p>4-й уровень речевого развития: лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность. Пользуется развернутой фразой. Лексико-грамматический строй речи сформирован достаточно (N)</p> <p><b>Особенности речи</b></p> <p>Проявляет склонность к эхолалии</p> <p>Наличие речевых штампов (речь пустая без содержания, часто не соотносится с выполняемыми действиями, не отражает истинных интеллектуальных способностей ребенка)</p>		
--	--	--

## Заключение

Для определения уровня перцептивного и умственного развития у детей с ДЦП дошкольного возраста используются различные диагностические методики, широко применяемые в отечественной и зарубежной психологии.

Учитывая тормозящую роль сенсорных дефектов в умственном развитии детей с ДЦП, основное внимание при психологическом обследовании следует уделять уровню развития сенсорно-перцептивной деятельности. На первых этапах обследования рекомендуется исследовать особенности развития зрительного восприятия: восприятия формы, цвета, величины и пространственных отношений предметов; уровень развития осязательного восприятия предметов: формы, фактуры, веса; уровень сформированности конструктивных и графических навыков и умений. Обязательно в обследовании необходимо включить изучение процессов анализа, синтеза и обобщений предметов, а также уровень развития количественных представлений.

При исследовании особенностей сенсорного и интеллектуального развития дошкольников с ДЦП важен не только сам результат выполнения заданий, а главное – способ их выполнения. Методики должны быть построены соответственно особенностям уровня развития предметно-практических манипуляций дошкольника с ДЦП.

Для проведения обследования необходимо иметь следующее оборудование и материал: детский стол и стул, а если ребенок самостоятельно не сидит, то специальное кресло.

Материал для обследования: доска Сегена; четырехцветные блоки и такого же цвета доска к ним; кубики Косса (детский двухцветный вариант); лото «цвет и форма», «цвет и количество»; набор объемных и плоских фигур для осязания; предметные картинки; набор карточек для исследования обобщений методом исключения; цветные карандаши; альбомы для рисования.

Обстановка обследования: в процессе обследования ребенок должен чувствовать доброжелательное отношение к нему. Не рекомендуется выставлять ребенку сразу все игрушки. Чтобы вызвать у ребенка интерес к занятию, можно предложить ему привлекательную игрушку, например, красивую пирамидку, матрешку или доску с цветными шарами. Во время свободной игры ребенка психолог фиксирует следующие моменты: 1) как



проявляет ребенок интерес к игрушкам; 2) как длительно ими занимается; 3) правильно ли ребенок использует игрушку.

После наблюдения за ребенком ему предлагаются следующие задания:  
*Восприятия формы на доске Сегена*

Перед началом обследования психолог показывает ребенку собранную доску Сегена, затем раскладывает фигуры на столе и предлагает положить их на место. Результаты выполнения заданий оцениваются по пятибалльной системе в зависимости от сложности задания и способов их выполнения.

Шкала оценок

0 – хаотично располагает геометрические фигуры на доске Сегена без учета их формы.

1 – правильно соотносит две контрастные фигуры (квадрат и круг), но не называет их.

2 – правильно соотносит четыре фигуры (квадрат, круг, треугольник, овал), но затрудняется в их названии.

3 – правильно соотносит все фигуры на доске Сегена и знает название двух фигур (например, квадрата и круга).

4 – правильно называет четыре фигуры и соотносит все фигуры на доске Сегена.

5 – правильно соотносит все фигуры и знает названия шести фигур (квадрат, круг, треугольник, овал, ромб, прямоугольник).

Здоровые дети с трехлетнего возраста правильно соотносят фигуры на доске Сегена, а к концу дошкольного возраста правильно их называют. Дети с ДЦП с потенциально сохранным интеллектом справляются с заданием с четырех-пяти лет, однако испытывают некоторые трудности в их словесном обозначении. У детей с ДЦП I в сочетании с психическим недоразвитием наблюдается преимущественно хаотичный, бесплановый способ работы, в результате чего продуктивность выполнения задания резко снижена.

*Восприятие цвета предметов*

Психолог предлагает ребенку расположить цветные шары или кубики на доске, разделенной на четыре части соответственно основным цветам: красный, синий, желтый, зеленый.

### Шкала оценок

0 – Хаотично располагает шары на доске без учета их цвета.

1 – Правильно соотносит на доске шары одного или двух цветов.

2 – Правильно соотносит с местом на доске четыре основных цвета, но путает их названия.

3 – Правильно располагает на доске шары по цвету и знает названия двух цветов.

4 – Правильно располагает на доске шары по цвету и правильно называет все четыре цвета.

5 – Правильно называет шесть цветов и оттенков: красный, синий, желтый, голубой, коричневый, розовый, оранжевый.

Здоровые дети уже в трехлетнем возрасте успешно справляются с заданиями на соотнесение цветов, в четырехлетнем возрасте знают названия основных четырех цветов, к концу дошкольного возраста знают названия оттенков. Дети с ДЦП с сохранным интеллектом, как правило, трудностей при соотнесении цветов по подобию не испытывают, но путают их названия. У детей с ДЦП с психическим недоразвитием наблюдаются трудности соотнесения цветов по подобию.

### *Восприятие величины предметов*

Для исследования особенностей восприятия величины предметов психолог может предложить ребенку собрать двух– или трех-составные матрешки, пирамидки из разного количества колец, блоки или цилиндрики разной величины.

### Шкала оценок

0 – Хаотично манипулирует с двухсоставной матрешкой, неправильно соотносит части по величине.

1 – Различает два контрастных по величине предмета и правильно называет их (собирает двухсоставную матрешку и называет: большая и маленькая).

2 – Собирает трехсоставную матрешку и правильно называет большую, маленькую и самую маленькую.

3 – Правильно, с первой попытки, соотносит с местом десять цилиндров или плоских предметов по диаметру.

4 – Правильно, с первой попытки, соотносит цилиндрики по толщине, называет самый толстый и самый тонкий.

5 – Правильно соотносит цилиндрики только по высоте или составляет сериационный ряд из палочек в возрастающем порядке.

Выполнение этих заданий не вызывает особых затруднений у здоровых дошкольников с четырехлетнего возраста. Однако соотнесение цилиндриков только по высоте или палочек по длине, где исключается контроль правильности выполнения заданий, вызывает еще некоторые затруднения у здоровых дошкольников в пятилетнем возрасте. Различение контрастных предметов по величине (первое и второе задания) не вызывает особых трудностей у детей с ДЦП с сохранным интеллектом. Но при соотнесении предметов с местом с учетом величины (третье и др. задания) у большинства детей отмечается хаотичный, беспланный способ работы, они правильно соотносят только контрастные величины. Однако при дополнительной инструкции: «Возьми самый большой цилиндр и поставь его в самое большое отверстие» дети с заданием справлялись и успешно переносили усвоенный способ работы на выполнение следующих заданий. Дети с ДЦИ в сочетании с психическим недоразвитием затруднялись в выполнении даже первых заданий, хаотично манипулировали с предметами.

#### *Исследование особенностей осязательного восприятия предметов*

Исследование особенностей осязательного восприятия у дошкольников с церебральным параличом рекомендуется начинать с игры в «волшебный мешочек». Психолог должен ориентироваться не только на правильное название ребенком осязаемой фигуры, но и на способы ее обследования, поэтому можно использовать в процессе исследований особенностей осязания специальную ширму.

Набор фигур для осязания состоит из следующих предметов: набор объемных деревянных предметов (яйцо, катушка, груша, бутылка, гриб, кольцо и т. д.); набор геометрических фигур одинаковой фактуры (куб, квадрат, шар, круг, треугольник, цилиндр и т. д.); и набор предметов различной фактуры (металлический шарик, шар, сшитый из шерстяной ткани, стеклянная бутылочка, деревянная бутылочка и др.). В процессе обследования психолог должен требовать от ребенка правильного названия предмета, а в случае затруднения предложить ребенку сопоставить (отождествить) предмет со знакомыми ему бытовыми объектами. Кроме того, необходимо следить за движениями рук ребенка в процессе осязания.

## Шкалы оценок

### А. Словесное обозначение объектов.

0 – Не называет предмет или дает ему неправильное название.

1 – Называет правильно отдельные части фигуры (например, у осязаемой катушки выделяет в слове круги; у гриба – шляпку; у пирамидки – кольца и т. д.).

2 – Отождествляет фигуру со знакомыми в быту предметами (например, катушку называет «ниткой», кольцо – «дыркой» и т.д.).

3 – Правильно называет предъявленную фигуру.

### Б. Способы гаптического обследования предложенных объектов.

0 – Ребенок при первом соприкосновении с фигурой, предложенной ему, манипулирует с нею в виде постукиваний, катаний по столу, переключиваний из рук в руки и т. д.

1 – Держит фигуру неподвижно, не производит никаких обследовательских действий.

2 – Производит ощупывающие движения ладонной поверхностью руки или всеми пальцами.

3 – Указательным пальцем правой или левой руки движет по контуру фигуры, вторая рука ее удерживает.

Анализ способов осязания предметов ребенком позволяет психологу выявить уровень развития перцептивных действий. Перцептивное действие (действие восприятия) осуществляется при помощи сенсорно-двигательной интеграции, а при ее недоразвитии у детей с ДЦП наблюдаются затруднения в соотнесении частей воспринимаемого предмета в целостный образ.

### *Исследование конструктивной деятельности*

При исследовании конструктивной деятельности ребенку предлагают следующие задания: а) конструирование объемных построек из цветных кубиков одинаковой величины с помощью образца-рисунка; б) выкладывание по рисунку определенных фигур на плоскости из цветных кубиков с выкрашенными в разные цвета сторонами; в) задания по конструированию по методике Косса (используются пять первых вариантов этой методики: двухцветные кубики).

## Шкалы оценок

А. Конструирование объемных построек из кубиков с помощью рисунка-образца.

1 – Строит дорожку из трех кубиков, ориентируясь по двум цветам (например, красный и желтый).

2 – Строит «двухэтажную башню» из трех кубиков соответственно двум цветам (например, красный и желтый).

3 – Строит «трехэтажную башню» из семи цветных кубиков.

4 – Строит «трехэтажную» постройку сложной конфигурации из кубиков четырех цветов.

5 – Строит «четырёхэтажную» постройку из восьми четырехцветных кубиков.

Б. Выкладывание фигур на плоскости по образцу-рисунку.

1 – Складывает четыре двухцветных кубика так, что на плоскости получается цветной квадрат, разделенный по цвету на четыре части.

2 – Складывает из четырех кубиков квадрат, разделенный по цвету на две части.

3 – Складывает из девяти кубиков квадрат, разделенный по цвету на три части.

4 – Складывает четыре кубика так, что получается ромб.

В. Конструирование по методике Кооса.

1 – Складывает квадрат из четырех кубиков двух цветов с вписанным в него треугольником с образца-рисунка.

2 – Складывает квадрат со вписанным треугольником, основанием кверху.

3 – Складывает квадрат из четырех кубиков, разделенный на два равнобедренных треугольника.

4 – Складывает квадрат из четырех кубиков, со вписанным в него ромбом.

5 – Постройка сложного рисунка из девяти кубиков.

Выполнение этих заданий вызывает особые трудности у детей с церебральным параличом. Здоровые дошкольники к концу дошкольного возраста успешно выполняют первые четыре задания по методике Кооса. Дети с ДЦП с первично сохранным интеллектом успешно выполняют задания серии А) и Б), однако задания по методике Кооса им практически недоступны. Дети путают пространственные расположения деталей, отме-

чаются трудности в предварительной ориентировке в задании. У детей с ДЦП с умственной отсталостью особые трудности вызывают задания серий А и Б. Это проявляется в отсутствии предварительной ориентировки в задании, в хаотичных манипуляциях, в стереотипных действиях со строительным материалом.

### *Исследование особенностей рисования*

Рисование детей рекомендуется оценивать по степени развития у ребенка графических умений и особенностей качества изображения фигур.

#### А. Графические умения.

0 – Ребенок не умеет правильно держать карандаш, наносит на бумагу неопределенные линии.

1 – Умеет правильно держать карандаш и располагать руку при рисовании; проводит вертикальные и горизонтальные линии по опорным точкам.

2 – Умеет регулировать движения в соответствии с задачей изображения: а) правильно регулирует силу нажима; б) амплитуду, в) изменяет темп рисовального движения.

3 – Умеет изменять направление графических движений: проводит линии, образующие угол, не отрывая карандаша от бумаги, совершает дугообразные движения.

4 – Графические движения соразмеряет с заданной длиной или высотой отрезка, рисует короткую или длинную линию по словесной инструкции по образцу.

5 – Движения соразмеряет с высотой и формой заданных изображений предметов, рисует прямоугольники с образца-рисунка, большой и маленький круг и квадрат по словесной инструкции и по образцу.

#### Б. Качество изображения фигур.

0 – Изображение отсутствует или проводятся линии и точки, не имеющие сходства с объектом.

1 – Изображение напоминает символический рисунок, имеющий отдельные элементы, сходные с объектом.

2 – В рисунке передается строение основной формы образца, но без некоторых существенных элементов.

3 – В рисунке достаточно верно и полно воспроизводится строение основной формы и дополнительных деталей образца, но не учитывается размер фигуры.

4 – Изображение с сохранением размера заданной фигуры.

5 – Изображение с сохранением размера и объема заданной фигуры.

Здоровые дошкольники успешно справляются с первыми тремя заданиями, отображение в рисунках размера фигур еще вызывает у них некоторые затруднения. Рисунки детей с церебральным параличом существенно отличаются от рисунков их здоровых сверстников, как по качеству изображений, так и по технике. Даже к концу дошкольного возраста рисунки детей с ДЦП с сохраненным интеллектом могут находиться на уровне символического изображения фигуры и ее частей.

#### *Исследование мыслительных процессов*

При исследовании у детей уровня обобщений используется методика на выделение лишнего предмета. При проведении обследования необходимо иметь наборы карточек, на каждой из которых нарисованы четыре предмета. Ребенка просят показать, какой из четырех предметов не подходит к остальным трем. Психолог отмечает, как ребенок принимает задание, на какой признак предмета ориентируется: цвет, форму, величину и т.д., а также как ребенок словесно обозначает три объединенных в одну группу предмета.

#### Шкала оценок

0 – Не понимает инструкции, хаотично выбирает любую картинку.

1 – Ориентируется на несущественный признак предмета. Например, на картинке, где нарисованы яблоко, слива, шар, груша – исключает грушу, так как она не округлой формы.

2 – Ориентируется на существенный признак предмета, но не может дать правильное объяснение.

3 – Ориентируется на существенный признак предмета и правильно объясняет свой выбор.

#### *Классификация предметных картинок*

Метод предметных классификаций позволяет выявить не только особенности обобщения и абстрагирования, но также особенности внимания, памяти, личностных реакций на свои достижения и неудачи.

Перед началом занятия психолог кладет перед ребенком 6–7 предметных картинок и предлагает ему положить вместе те, которые друг к другу подходят. На трех карточках этого набора изображены животные, на двух – одежда, а на одной – посуда. Если ребенок успешно справился с заданием, рекомендуется добавить еще десять-пятнадцать карточек, подхо-

дящих к тем же группам. Психолог фиксирует, как ребенок принимает задание, адекватно ли его выполняет и какова обучаемость ребенка. Это задание рекомендуется давать детям не раньше пятилетнего возраста.

### Шкала оценок

0 – Хаотично манипулирует с предметными картинками, не понимает инструкции.

1 – Принимает инструкцию, самостоятельно раскладывает картинки в две группы, например, животных или транспорт.

2 – Самостоятельно раскладывает картинки на четыре группы: животные, машины, инструменты, овощи, но затрудняется в назывании некоторых групп.

3 – Самостоятельно раскладывает картинки на пять групп и правильно называет каждую из них.

В начале занятия дети могут классифицировать картинки неадекватно, но после двух-трех дополнительных инструкций должны провести обобщение по существенному признаку.

### *Обследование счетных навыков*

Особое место в структуре задержки умственного развития у детей с ДЦП занимает нарушение функций счета. Понятие числа имеет сложную психологическую структуру, что в значительной степени связано с пространственным восприятием множества объектов, с речевым развитием, и требует высших форм анализа и синтеза.

Исследование количественных представлений необходимо проводить поэтапно. Сначала исследуется способность ребенка дифференцировать «много-мало», «один-много», «больше-меньше», одинаковое количество.

Важно исследовать способность ребенка абстрагироваться от формы и величины предметов и ориентироваться только на количество.

Для этого необходимо приготовить счетный материал из предметов разной величины и формы и на этом материале изучить, как дети соотносят количества разных предметов. Можно, например, предложить детям два стержня, на одном из них нанизаны кольца, а на другом – шары. Несмотря на одинаковое количество деталей на обоих стержнях, пирамидка с шарами будет выглядеть выше, чем с кольцами. Спросить: «чего больше – колец или шаров?».



Кроме описанных выше диагностических приемов рекомендуется широкое использование психодиагностических методов, разработанных для обследования детей с аномалиями в развитии (С.Я. Рубинштейн, В.И. Лубовской и др.).

При обследовании детей школьного возраста рекомендуется использование и психометрических методов, например, методика Равена и Векслера. Опыт нашей работы показывает целесообразность использования этих методов для детей с преимущественным поражением нижних конечностей с относительно сохранным развитием речи, как лексической, так и фонематической ее сторон.

В процессе психологической диагностики детей и подростков с ДЦП необходимо соблюдать ряд основных принципов:

1. Деятельностный принцип, направленный на проведение психологического обследования в контексте деятельности доступной ребенку с ДЦП: предметно-практической, игровой, учебной деятельности.

2. Принцип качественного анализа полученных данных психологического обследования. Это принцип, построенный на концепции Л.С. Выготского об опережающей роли обучения в процессе развития ребенка, является чрезвычайно важным при психологической диагностике аномального развития. Для психолога важен не только конечный результат выполнения тестового задания, а также способ работы ребенка, его умение переносить усвоенные навыки на новое задание, отношение ребенка к заданию, собственная оценка результатов.

3. Принцип личностного подхода. В процессе психологической диагностики психолог анализирует не отдельный симптом, а личность ребенка в целом

4. Принцип сравнительного подхода. При изучении аномального развития психолог должен правильно ориентироваться в особенностях психического развития здорового ребенка.

5. Принцип комплексного подхода к диагностике психического развития аномального ребенка. Он включает в себя учет множества факторов, лежащих в основе аномального развития ребенка с ДЦП: клинических, педагогических, психологических, социально-психологических.

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите основы психолого-педагогического изучения детей с ДЦП и НОДА.

### **Источники:**

1. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.

2. Левченко И.Ю., Ткачева В.В., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Детский церебральный паралич. Дошкольный возраст. – М.: изд. Дом «Образование Плюс», 2008. 198с.

3. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

### **3.2. Психокоррекционные технологии, используемые при коррекции эмоциональных нарушений у детей с НОДА**

Эмоциональные нарушения у детей и подростков с различными формами детского церебрального паралича проявляются по-разному. Это могут быть тяжелые невротоподобные нарушения и психопатоподобные нарушения на фоне органического поражения ЦНС, которые нередко встречаются при спастической диплегии и гемипаретической форм ДЦП (Кириченко, Калижнюк, Ковалев и др.). Однако у детей и подростков с ДЦП могут наблюдаться эмоциональные расстройства в связи с наличием физического дефекта, воспитанием по типу гиперопеки или ранней социальной и психической депривацией (Мамайчук И.И., Пятакова Г.В. и др.).

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей – это целесообразно организованная система психологических воздействий. Основным ее направлением является смягчение эмоционального дискомфорта у детей и подростков, повышение их активности и самостоятельности, устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др. Важным этапом работы с этими детьми является коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции (Мамайчук И.И.).

Психологическая диагностика эмоциональных расстройств у детей с ДЦП требует тщательного дифференцированного подхода к этой проблеме. Перед психологом стоит задача диагностики направленности конфликта у ребенка. Традиционно выделяется три вида направленности

конфликта у детей: конфликт в рамках межличностных отношений, интрапсихический конфликт (внутриличностный) и смешанный конфликт (Запорожец, Неверович, 1974; Мамайчук, 1996; Миланич, 1998).

Дети, у которых эмоциональные проблемы проявляются в рамках межличностных отношений, отличаются повышенной возбудимостью, что выражается в бурных аффективных вспышках в процессе общения, особенно со сверстниками. Негативные эмоциональные реакции у этих детей могут возникнуть по любому незначительному поводу. По нашим данным, межличностные конфликты наблюдаются у детей с различными формами ДЦП и в значительной степени обусловлены не столько тяжестью церебрально-органического дефекта, сколько особенностями воспитания ребенка (Мамайчук, Чавес, 1992).

У детей с внутриличностной направленностью конфликта в поведении прослеживается повышенная тормозимость, слабовыраженная общительность. Эти дети глубоко переживают обиду, у большинства из них наблюдаются стойкие неврозоподобные реакции (энурез, страхи и пр.). Эти явления достаточно часто наблюдаются у детей с ДЦП, но в отличие от детей с неврозами они обусловлены не только наличием психогенных переживаний, но и церебрально-органической недостаточностью мозга (Калижнюк Э.С, Ковалев В.В.).

Дети с внутриличностными и межличностными конфликтами (смешанный тип) отличаются агрессивностью, импульсивностью. Опыт нашей работы показывает, что у подавляющего большинства детей с церебральным параличом наблюдается этот тип направленности конфликта.

Успешность диагностики направленности конфликта зависит от способности психолога наблюдать и анализировать эмоциональные проявления ребенка. Прежде всего, это достигается в процессе наблюдения за игрой ребенка, направленной беседы с родителями и педагогами. Рекомендуется использование психологических методик для уточнения полученных в процессе наблюдения и беседы данных. Экспериментально – психологическое обследование детей необходимо проводить как индивидуально, так и в присутствии родителей. Перед психологом стоит важная задача диагностировать родительскую позицию по отношению к ребенку, проанализировать родительские установки и стили воспитания, оценить психологический климат в семье. Наибольшую информацию психологу может дать совместная игра родителей с детьми, разыгрывание семейных

ситуаций с обменом ролями (родители участвуют в роли детей, а дети – родителей). Опыт нашей работы показывает огромное преимущество игровых методов в системе диагностики стилей и методов семейного воспитания детей с ДЦП.

Следует подчеркнуть, что сам процесс диагностики продолжается и на других этапах психокоррекционного комплекса, так как одним из определяющих принципов психологической коррекции, как было отмечено выше, является единство диагностики и коррекции. Особое место занимает содержательный анализ психической травмы ребенка. Нередко острые психические травмы у детей с ДЦП приводят к страху самостоятельного передвижения.

Например, мальчик с ДЦП со спастической диплегией в возрасте 6 лет начал самостоятельно ходить, и был напуган собакой в момент передвижения, после чего у него появился страх самостоятельной ходьбы, который длился в течение пяти лет. После направленной психологической коррекции стал передвигаться самостоятельно.

### **Поддерживающие технологии**

Наибольшее патогенное влияние на личность ребенка с ДЦП оказывают не острые психические травмы, а пролонгированные (хронические). Пролонгированной психотравмирующей ситуацией для них является их физическая беспомощность вследствие двигательной недостаточности, вынужденная изоляция в связи с инвалидизацией, частая госпитализация. Следует подчеркнуть, что патогенное влияние оказывает не столько сама тяжесть физического дефекта, сколько его значимость для ребенка и его родителей.

Эмоциональное неблагополучие у детей с ДЦП может быть обусловлено органическими патохарактерологическими особенностями.

У подавляющего большинства детей с раннего возраста отчетливо проявляются повышенная раздражительность, тревожное беспокойство, капризность, негативизм. Все это благоприятный фон для формирования таких личностных характеристик, как противоречивость, сенситивность, наивность, эгоцентризм, импрессивность. Важным фактором, предрасполагающим ребенка с ДЦП к эмоциональному неблагополучию, являются неадекватные родительские установки и дисгармоничный стиль семейного воспитания (Мамайчук, Чавес, 1992). Анализ показал, что преоблада-

ющим стилем семейного воспитания детей с ДЦП является безграничная гиперопека и гиперпротекция, что проявляется в излишней концентрации родителей на проблемах ребенка. Патогенное влияние на стиль воспитания оказывает наличие у родителей, особенно матерей, чувства вины за рождение больного ребенка. Это в значительной степени дисгармонизирует личность детей с ДЦП, формирует у них инактивность и зависимость. Поэтому им особенно необходимы поддерживающие технологии.

### **Игровые технологии**

Особое значение в психокоррекции эмоциональных нарушений детей с НОДА имеют игровые методы. Опыт нашей работы показал, что эффективность проведения сюжетно-ролевых игр в значительной степени зависит от интеллектуальных и физических возможностей ребенка, его социального опыта, от особенностей его представлений о людях, их чувствах и взаимоотношениях. Психокоррекцию в форме сюжетно-ролевой игры рекомендуется использовать при работе с детьми с ДЦП с потенциально сохранным интеллектом, а также с выраженными межличностными конфликтами и с нарушением поведения. В процессе коррекции целесообразно предложить детям не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование нового опыта в возможных стрессовых условиях, например, на этапах послеоперационного лечения, в ситуации вынужденного общения и пр.

Для детей с ограниченным вследствие физической и психической неполноценности социальным опытом используются игры-драматизации на темы знакомых им сказок. Основной целью игр-драматизаций является коррекция эмоциональной сферы ребенка. Проведению игры-драматизации должна предшествовать подготовительная работа с ребенком. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок должен создать образ персонажа и уподобиться ему. Способность ребенка входить в роль и уподобляться образу – это важное условие, необходимое для коррекции не только эмоционального дискомфорта, но и негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества

личности дети переносят на игровой образ, наделяя персонажи собственными отрицательными эмоциями и чертами характера. Нами разработаны игры-драматизации на тему госпитализации и оперативного лечения (Мамайчук, Ортис, 1989).

### **Технологии групповой работы**

Групповые методы психокоррекции достаточно широко используются психологами и психотерапевтами при коррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков (Спиваковская, 1988; Захаров, 1982). В процессе психокоррекции детей с ДЦП в форме групповых занятий особое внимание следует уделять положительной установке родителей и детей на процесс занятий. С этой целью используются разнообразные психотехнические приемы: организация веселой, эмоционально насыщенной игры с детьми в начале психокоррекции с привлечением родителей, организация встречи родителей, дети которых успешно закончили курс психокоррекции, с начинающими. Особое значение для установочного этапа психокоррекции имеет место, где проводятся занятия. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение с мягким освещением, со специальными креслами и ходунками для детей, где ребенок должен чувствовать себя безопасно.

В процессе групповой психокоррекции каждый участник моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него типы эмоционального реагирования на условия, реализует конкретные эмоциональные установки и отношения.

В атмосфере откровенности и доверия ребенок свободно раскрывает свои эмоциональные проблемы, получает эмоциональную поддержку, модифицирует свои эмоциональные отношения, переживания и способы реагирования. С учетом сложной структуры эмоциональных расстройств у детей с ДЦП нами выделены четыре основные фазы процесса групповой психокоррекции (см. табл.).

**Динамика групповой психокоррекции детей  
с церебральным параличом**

<b>Фаза</b>	<b>Задачи</b>	<b>Психотехнические приемы</b>	<b>Субъект психокоррекции</b>
1. Установочная	Образование группы как целого. Формирование положительного настроения на занятие. Диагностика поведения и особенностей общения	Спонтанные игры. Игры на невербальные коммуникации. Коммуникативные игры	Для детей со спастической диплегией и гемипарезами не больше пяти человек. Дети с ДЦП с гиперкинезами не больше трех человек
2. Подготовительная фаза	Структурирование группы. Приучение к активности и самостоятельности. Формирование эмоциональной поддержки у членов группы.	Сюжетно-ролевые игры. Игры-драматизации для снятия эмоционального напряжения	Для детей с ДЦП со сниженным интеллектом игры-драматизации. С сохранным интеллектом – сюжетно-ролевые игры.
3. Реконструктивная фаза	Коррекция неадекватных эмоциональных реакций. Вытеснение негативных переживаний. Обучение самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования	Разыгрывание детьми конкретных жизненных проблемных ситуаций	Для детей с ДЦП возможно привлечение родителей
4. Закрепляющая фаза	Закрепление адекватных форм эмоционального реагирования на конфликт. Формирование адекватного отношения к себе и окружающим	Специальные сюжетно-ролевые игры, предложенные детьми	Детям с ДЦП необходима помощь психолога в выборе игры. Рекомендуется включить в игру родителей и здоровых сверстников

## **Технологии регулирования эмоционально-волевой сферы**

Важное значение в коррекции эмоциональных расстройств у детей с НОДА имеет психорегулирующая тренировка (Мамайчук, 1997).

Основными целями этих занятий являются: смягчение эмоционального дискомфорта, формирование приемов релаксации, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения. Занятия проводятся поэтапно с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка, через день с небольшой (до 5 человек) группой детей.

I этап – успокаивающий, в процессе которого используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Детям предлагаются зрительно-музыкальные стимулы, направленные на снятие тревожности и создание позитивных установок на последующие занятия. Чем младше ребенок, тем в меньшей степени он осознает свой физический дефект, и тем сложнее поддерживать у него интерес к упражнениям. Важным принципом психорегулирующей тренировки является создание игровой ситуации в процессе занятий (например, занятия вместе с куклой, игра в сказку и т. п.). У детей более старшего возраста, особенно подросткового, на первый план выступает стимулирование потребности быть самостоятельным, волевым, здоровым. Психолог рассказывает детям о значении психорегулирующей тренировки, о ее применении в спорте, в космонавтике, в профессиях, связанных с высоким нервно-психическим напряжением. Следующий важный принцип – это создание эмоционально-волевого настроения к занятиям. Больной или группа больных располагаются в кресле или на диване в зависимости от физического состояния детей. Психолог предлагает закрыть глаза и сосредоточиться на прослушивании музыкального произведения. Нами подобраны аудиозаписи, оказывающие положительное эмоциональное воздействие на слушателя и дающие успокаивающий эффект. Это произведения Чайковского, Рахманинова, Баха, Бетховена. Каждому музыкальному произведению и темпу его исполнения соответствуют определенные субъективные переживания и ассоциации. Сеанс длится 25-30 минут. Задача первого этапа считается выполненной, если ребенок проявляет интерес к занятию и расслабляется. На фоне музыки больному предлагаются упражнения на общее успокоение с традиционными формулами (например: «Я совершенно спокоен, меня ничто не тревожит. Мышцы моего тела все больше и больше



расслабляются»). Больному предлагается запомнить формулы и использовать их перед засыпанием.

II этап – обучающий, целью которого является обучение детей релаксирующим упражнениям. Используются упражнения на вызывание тепла, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений. После того как ребенок, находясь в удобной позе, расслабился и успокоился с помощью приемов, усвоенных на первом этапе занятий, ему предлагается сосредоточить свое внимание на руках и ногах.

Некоторые авторы рекомендуют начинать тренировку с мышц рук, в которых легче вызвать ощущение расслабленности и тепла. Каждое слово формулы необходимо сопровождать подготовленными мысленными образами. Например, произнося слово «руки», ребенок должен мысленно видеть свои руки со всеми их особенностями, при произнесении слов «расслабляются» и «тепеют» – мысленно видеть источник тепла, который согревает руки (теплая ванна, рефлектор, грелка).

Чем точнее и конкретнее мысленный образ, тем отчетливее ощущается его действие. После успешного овладения первыми упражнениями, на что требуется от 4 до 10 занятий в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка, можно приступать к упражнениям на расслабление других групп мышц: ног, шеи, туловища, лица. На овладение упражнениями этого этапа требуется от 12 до 30 занятий. Опыт нашей работы показал эффективность использования занятий первого и второго этапа с целью смягчения эмоционального дискомфорта ребенка в послеоперационный период (Мамайчук И.И., 1987).

III этап – восстанавливающий. На фоне релаксации дети выполняют специальные упражнения, направленные на коррекцию настроения, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов, двигательных функций и пр. Так, психолог предлагает ребенку, который находится в состоянии аутогенного расслабления (пассивного бодрствования), выполнять идеомоторный проигрыш конкретного двигательного акта (например, больному с гемипаретической формой ДЦП предлагается представить, что он берет ложку или карандаш больной рукой либо выполняет другие манипулятивные действия). Идеомоторные проигрыши рекомендуется повторять 3-4 раза в день.

Использованы идеомоторные тренировки на фоне аутогенного погружения с детьми, у которых имеются фобические расстройства, при обучении их ходьбе в послеоперационный период.

Например, Елена Ш. 14 лет, с диагнозом – ДЦП, спастическая диплегия, множественные контрактуры нижних конечностей, подвывих в правом тазобедренном суставе. До операции самостоятельно не передвигалась. Выраженные фобии высоты, передвижения, в связи с чем девочка отказывалась заниматься с методистом ЛФК. Психологический статус: недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза, уменьшение объема слухоречевой памяти. Уровень осведомленности, суждения, обобщения в пределах возрастной нормы. Эмоционально-волевая сфера – высокий уровень реактивной и личностной тревожности, повышенная зависимость от окружающих, робость, отсутствие самостоятельности в разрешении конфликтных ситуаций, необщительность. Учится в 8-м классе по массовой программе, успеваемость удовлетворительная за исключением математики.

До оперативного лечения с девочкой были проведены два этапа занятий (успокаивающий и обучающий). После операции ежедневно проводились гетерогенные идеомоторные тренировки. После достижения состояния аутогенного расслабления больной предлагали формулу: «Представь, что ты стоишь на костылях, твои ноги уверенно опираются на пол, твои руки крепко удерживают костыли. Ты высокого роста, прямая, уверенная в себе. Все окружающие любят тебя. Ты держишься спокойно, тебе легко и приятно. Правой рукой ты выставляешь костыль вперед и легко подтягиваешь правую ногу, затем то же самое делаешь левой рукой и ногой. Ты сделала первые шаги, ты уверенно шагаешь дальше, чувствуешь себя легко и спокойно. Ты делаешь второй, третий, четвертый шаг...» После восьми занятий больная стала уверенно передвигаться, страхи ходьбы и высоты уменьшились.

Для коррекции интрапсихических конфликтов и межличностных отношений разыгрываются различные психодраматические ситуации, с использованием специальных сценариев, имеющие целью отреагирование конфликта, разрешение его, адаптацию к трудностям, нормализацию отношений.

Психорегулирующая тренировка способствует повышению устойчивости детей к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации вни-

мания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях у детей нормализуются тормозные процессы, что дает возможность ребенку управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Особенно целесообразно использовать психорегулирующие тренировки с детьми, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в сфере межличностных конфликтов. Кроме психорегулирующих тренировок для коррекции эмоционального напряжения у детей с двигательными нарушениями целесообразно использовать психомышечные тренировки.

### **Психокоррекционные технологии**

Психологическая коррекция является важным звеном всей системы психолого-педагогической помощи детям с церебральными параличами. Основная цель психокоррекции – исправление имеющихся нарушений в психическом развитии детей, гармонизация их личности и профилактика возможных отклонений в развитии, обусловленных как внутренней спецификой психического нарушения (тяжесть и структура дефекта), так и внешней (средовые факторы). Важное значение в психокоррекции детей с ДЦП имеет ориентация на сложные системно-структурные и онтогенетические модели их психического дизонтогенеза. Учет системно-структурных моделей психического дизонтогенеза при различных формах детского церебрального паралича с учетом их возраста позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру дефекта. Учет онтогенетических моделей предполагает два основных направления в психокоррекции: первое – возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности, активизация этих процессов в качестве ранее не использованных резервов и второе – ориентация на уровень ближайшего развития ребенка. Например, при формировании зрительно-пространственных функций у детей с церебральным параличом мы используем обучение детей предметно-практическим манипуляциям, формированию у них ориентировочной и мотивационной основы действия. При развитии коммуникативных навыков и эмоционально-волевой устойчивости используются различные игры и расслабляющие техники, направленные на более низкий уровень психического реагирования (на базальные уровни эмоциональной регуляции, по Лебединскому с соавто-

рами, 1988). Второе направление предполагает стимуляцию взросления личности детей с церебральным параличом и включает в себя развитие их самооценки, самоуважения, адекватного отношения к своему физическому дефекту.

Психокоррекционные занятия с детьми по развитию познавательных процессов могут проводиться как индивидуально, так и в группе.

Важным является единство требований к ребенку со стороны педагога, психолога и других специалистов, особенно при коррекции способности контролировать свои действия. Это успешно достигается при соблюдении режима дня, четкой организации повседневной жизни ребенка, исключение возможности незавершения начатых ребенком действий.

### **Контрольные вопросы:**

Перечислите психокоррекционные технологии, используемые при коррекции эмоциональных нарушений у детей с НОДА.

### **Источник:**

Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

## **3.3. Психологическая коррекция гностических процессов у детей с НОДА**

В систему психокоррекционных занятий с дошкольниками с ДЦП вошло обязательное обучение детей конструированию и рисованию, которые являются основными видами продуктивной деятельности в дошкольном детстве. Занятия рекомендуется проводить с детьми, начиная с четырехлетнего возраста, а если у ребенка наблюдается умственная отсталость (дебильность), то занятия можно начинать с шести-семилетнего возраста, в зависимости от уровня его умственного развития.

### **Технология конструирования**

Конструктивная деятельность дошкольника является сложным процессом, который успешно формируется и совершенствуется в данном возрастном периоде. Обучение конструированию способствует умственному

развитию ребенка, развивает его способность к точному, расчленению целого на отдельные элементы, формирует глазомер у ребенка и положительно сказывается на произвольной регуляции процессов внимания и памяти.

В ряде исследований по конструктивной деятельности детей дошкольного возраста выделены такие формы этой деятельности, как конструирование по образцу, конструирование на заданную тему и свободное конструирование. При конструировании по образцу детям предлагают постройку и указывают на способы ее воспроизведения.

Конструирование на заданную тему заключается в том, что ребенку указывается лишь общая тема, обычно усвоенная им раньше, например: постройка мостов, домов и т. д. При свободном конструировании каждый ребенок сам решает, что он будет строить. Здесь открываются возможности для развертывания фантазий детей, воплощения их творческих замыслов в практическую действительность.

Кроме общепринятых методов, в дошкольной педагогике получил широкое, распространение особый вариант – конструирование по моделям.

Этот метод обучения является наиболее эффективным средством умственного развития ребенка. В данном методе модель выступает для ребенка в качестве образца, структуру которого ребенок не видит (модель оклеена плотной бумагой или картоном) и он должен подобрать детали и расположить их соответственно конструкции образца. Такой способ конструирования требует от ребенка мысленного обследования образцов-моделей и их четкого обследования с включением не только зрительного, но и осязательного восприятия.

Опыт нашей работы показал, что конструирование по нерасчлененным образцам-моделям является более эффективным и целесообразным, чем простое копирование образцов (Мамайчук И. И., 1978).

Обучение дошкольников с ДЦП рекомендуется начинать с конструирования по наглядным образцам и только после этого (первого) этапа занятий переходить к конструированию по моделям.

*Программное содержание занятий первого этапа:*

- знакомство ребенка со строительным материалом;
- обучение детей простым конструктивным действиям из деталей одинаковой величины и формы;
- обучение планомерному обследованию образцов и деталей построек;

– обучение словесному обозначению пространственного расположения предметов: рядом, на, над, под, около и т. д.

Строительный материал: блоки и кубики одинаковой величины, но разного цвета и фактуры: пластмассовые и деревянные.

Руководство: педагог строит образец и сопровождает свои действия словами, указывая на расположение деталей, их цвет, а затем предлагает ребенку воспроизвести такую же постройку.

*Задания:*

- Конструирование «башни» из трех-пяти кубиков разного цвета.
- Конструирование «дорожки» из кирпичиков разного цвета.
- Конструирование «заборов» из разноцветных кирпичиков (вертикальное расположение деталей).
- Конструирование «грибов», «воротиков», «гаража», «дивана» из одинаковых по величине блоков (расположение деталей в вертикальном и горизонтальном направлениях с учетом общей конфигурации постройки).

*Методические требования к занятиям первого этапа*

Количество занятий необходимо варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и его подготовленности.

Обязательно перед началом конструирования давать словесное описание каждого образца, с указанием на его существенные детали.

В конце занятий рекомендуется каждую постройку обыгрывать. (Например, катание машины по построенной дорожке, прогулки куклы около башни и т. д.)

Продолжительность каждого занятия зависит от интереса детей и их работоспособности.

После того как дети успешно овладели конструктивными действиями, научились приемам конструирования с опорой на восприятие наглядных образцов, рекомендуется перейти к основному этапу обучения – конструированию с нерасчлененных образцов-моделей или модельному конструированию.

*Программное содержание занятий второго этапа:*

Обучение детей планомерному обследованию образцов-моделей, выделение их существенных компонентов.

Обучение детей эффективным способам конструирования с использованием развернутых действий с деталями в виде прикладывания к образцам, приставления, примеривания.

Обучение детей использованию пространственных и метрических признаков предметов (форма и величина) в процессе конструирования.

Обогащение словарного запаса ребенка специальной пространственной терминологией: квадрат, прямоугольник, ромб и т. д.

Строительный материал: предварительно сконструированные постройки нужно заклеить плотной белой бумагой так, чтобы ребенок не видел, из каких деталей состоит модель. В строительном наборе необходимо иметь кубики разной величины, блоки разной формы и величины, части геометрических фигур, вырезанные из картона или пенопласта.

*Задания:*

– Конструирование объемных построек с образцов-моделей из деталей одинаковой величины и формы: «башни», «дорожки», «колодец» и пр.

– Конструирование объемных построек из деталей разной формы и величины.

– Конструирование плоскостных моделей из деталей одинаковой величины и формы: круг, квадрат, ромб, разделенные на несколько одинаковых частей.

– Конструирование плоскостных моделей из деталей разной формы и величины: геометрические фигуры, разделенные на части различной формы и величины.

*Методические требования к занятиям второго этапа.* На данном этапе занятий дети могут широко использовать различные способы конструирования: накладывание деталей на образцы или приставление к ним с целью сличения.

В процессе занятий взрослый может подсказать или показать ребенку способ работы.

Обязательно в конце каждого занятия производить обыгрывание постройки.

Занятия желательно проводить ежедневно в указанной последовательности.

Программа второго этапа рассчитана на длительный срок, он различен и зависит от индивидуальных возможностей ребенка.

После того как дети научились мысленно анализировать образцы-модели, овладели эффективными способами конструирования, научились использовать пространственные и метрические признаки предметов

в процессе воспроизведения заданных образцов-моделей, можно приступить к обучению детей конструированию с образцов-рисунков.

На третьем этапе обучения конструированию значительно усложняется перцептивная задача, стоящая перед ребенком. Сложность конструирования с образца-рисунка состоит в том, что исключаются предметно-практические действия детей с деталями, и ориентировочно-исследовательская деятельность ребенка в процессе обследования образцов превращается в идеальное действие, действие в уме.

#### *Программное содержание занятий третьего этапа*

Учить детей правильно рассматривать образцы-рисунки, выделять в них существенные элементы постройки.

Учить детей правильно называть пространственные отношения: «наверху», «внизу», «слева», «справа» и т. д.

Учить детей правильно воспроизводить в постройках пропорциональные взаимоотношения деталей.

Строительный материал: блоки и кубики одинакового размера. Набор рисунков, где постройки нарисованы в нерасчленном объемном изображении.

*Методические требования к занятиям третьего этапа* Приступать к занятиям можно только после того, как дети успешно овладели приемами конструирования с образцов предметов и научились мысленно анализировать образцы-модели.

Обязательно, как и на предыдущих этапах, совместно с ребенком проводить предварительный анализ образцов, называть существенные компоненты построек.

Если ребенок неправильно выполнил задание, обязательно совместно с ним проанализировать его ошибки.

Количество и продолжительность занятий третьего этапа зависит от возраста ребенка, его обучаемости и индивидуальных особенностей.

Итак, на первых трех этапах коррекционных занятий дети должны овладеть приемами обследования образцов-моделей и рисунков, научиться подбирать детали с учетом пространственных и цветовых характеристик. На четвертом этапе занятий ребенку можно предложить свободное конструирование, где он должен самостоятельно использовать усвоенные им приемы обследования и конструирования.



### *Программное содержание занятий четвертого этапа*

Обучение детей использованию усвоенных способов конструирования.

Формирование умений представлять и воспроизводить объекты в различных пространственных расположениях.

Строительный материал: разнообразные строительные наборы, широко используемые в дошкольных учреждениях.

Руководство: педагог предлагает ребенку сделать предмет, который можно было бы использовать в определенных условиях. Ребенок не имеет перед собой образца, ему даются только условия, в которых предмет должен быть использован.

#### *Задания*

- Конструирование «кровати» для большой и маленькой кукол.
- Конструирование «домов» для кукол разной величины.
- Постройка улицы города.
- Конструирование по замыслу (построй, что тебе хочется).

#### *Методические требования к занятиям четвертого этапа*

Перед началом конструирования следует обговорить с ребенком, с какой целью и что он хочет построить, отобрать совместно с ним необходимый строительный материал.

Напомнить ребенку способы конструирования.

В процессе занятий закреплять названия формы, цвета деталей, с которыми работает ребенок, называть их пространственное расположение.

В отличие от предыдущих этапов, занятия четвертого этапа рекомендуется проводить не индивидуально, а в небольших группах (2-3 человека).

Занятия с детьми по конструктивному моделированию предполагают решение следующих четырех задач:

1. Обучение детей самостоятельным способам обследования образцов.
2. Обучение самостоятельным способам решения конструктивных задач.
3. Обучение словесному анализу пространственных положений деталей конструкции.
4. Обучение самостоятельному поиску допущенных ошибок.

## **Технология использования изобразительной деятельности**

Параллельно с обучением конструированию проводится обучение рисованию также в четыре этапа. Для успешного овладения изобразительной деятельностью, в частности рисованием, необходимо развитие у ребенка целого ряда способностей, среди которых важное место занимают сенсорные, а именно: зрительное и осязательное восприятие предметов.

Правильно изобразить предмет ребенок может только тогда, когда представляет его себе, когда владеет комплексом движений, которые позволяют ему передать форму предмета и другие его особенности. Эти два процесса тесно связаны между собой, и развитие способности только в одной области не обеспечивает успешного овладения графической деятельностью.

Опыт нашей работы показал, что у детей с ДЦП трудности овладения рисованием обусловлены, главным образом, несформированностью их восприятий, а также двигательными нарушениями верхних конечностей. Поэтому, для правильного формирования графической деятельности необходимо, во-первых, совершенствование целенаправленного аналитико-синтетического восприятия у ребенка; во-вторых, совершенствование графических движений, направленных на воспроизведение пространственных и метрических признаков предметов (И.И. Мамайчук, 1978).

На занятиях по конструированию дети достаточно интенсивно обучаются зрительному анализу и синтезу предметов, поэтому основной акцент на первых этапах занятий по рисованию рекомендуется делать на формировании графических движений.

На первом этапе занятий по рисованию дети обучаются элементарным графическим движениям в вертикальном и в горизонтальном направлениях по опорным точкам.

*Материал:* цветные граненые карандаши (желательно, утолщенные), альбом для рисования.

*Руководство:* педагог показывает ребенку, как правильно держать карандаш, располагать руку в процессе рисования.

*Задания:*

Рисование «ниточек» по опорным точкам в вертикальном направлении (рисование разноцветных, коротких, длинных отрезков).

Рисование «дорожки» по опорным точкам в горизонтальном направлении (короткие, длинные отрезки).

Рисование геометрических фигур по опорным точкам: квадрат, треугольник, ромб и др.

Рисование дома с забором и деревом по опорным точкам.

*Методические требования к занятиям первого этапа:*

Опорные точки наносятся на бумагу до занятия.

На первых занятиях следует обращать внимание детей на правильное держание карандаша и положение рисующей руки.

Занятия по рисованию рекомендуется проводить в небольшой группе (по 2-3 человека).

Продолжительность и количество занятий рекомендуется варьировать в зависимости от динамики формирования графических умений у ребенка.

Рекомендуется поощрять ребенка за успешное выполнение заданий оценкой в виде звездочек, нарисованных педагогом около детского рисунка.

После того как дети овладели элементарными изобразительными движениями, рекомендуется формировать у него изобразительные движения по следующим параметрам: скорости, направлению, темпу, амплитуде.

На втором этапе занятий дети обучаются произвольному управлению графическими движениями с помощью специально разработанной нами методики.

*Материал:* альбом для рисования, утолщенные граненые карандаши, трафареты, изготовленные из пенопласта или картона, изображающие геометрические фигуры и фигуры животных.

*Руководство:* педагог показывает ребенку, как укреплять трафарет и обводить контур фигуры. При обведении контура фигуры движения должны быть медленными, а при закрашивании быстрыми.

*Задания:*

Рисование и окраска по трафаретам квадрата и прямоугольника.

Рисование и окраска по трафаретам круга и овала.

Рисование и окраска по трафаретам треугольника и ромба.

Рисование и окраска по трафаретам флажков, неопределенных фигур разной величины.

Рисование и окраска по трафаретам фигур животных.

*Методические требования к занятиям второго этапа:*

Строго следить за осанкой ребенка.

Необходимо следить за тем, чтобы дети обводили контур фигуры медленно, а закрашивали фигуры быстрыми, размашистыми движениями.

Окраску необходимо проводить в соответствии с формой фигуры. Например, круг необходимо закрашивать круговыми движениями, а квадрат прямыми линиями, треугольник – наклонными.

Обязательно учить детей произвольно регулировать силу нажима.

Перед началом рисования совместно с ребенком проводить анализ фигуры трафарета. Учить детей обводить его контуры указательным пальцем.

В процессе занятия обязательно включать в работу вторую руку для удерживания трафарета на листе бумаги.

Обязательно проводить занятия в указанной последовательности.

После того как дети овладели элементарными графическими движениями, научились произвольно регулировать их в зависимости от формы изображаемого предмета, рекомендуется переходить к рисованию предметов с натуры.

На третьем этапе перед началом рисования педагог совместно с ребенком обследует образцы и предлагает ему сконструировать их из готовых блоков. Например, при рисовании катушки ребенок складывает целую фигуру из двух частей, обследует ее и после этого приступает к рисованию.

*Материал:* альбом для рисования, цветные карандаши, геометрические фигуры, разделенные на несколько частей, объемные фигуры, разделенные на части (катушка, яйцо, пирамидка и пр.). На данном этапе обучения ребенок должен широко использовать графические умения, приобретенные в процессе рисования предметов на предыдущих занятиях.

*Задания:*

Рисование «дорожки», предварительно построенной ребенком из кирпичиков разного цвета.

Рисование квадрата, треугольника и прямоугольника, предварительно построенных из палочек одинаковой величины.

Рисование геометрических фигур, предварительно сложенных из частей.

Рисование «домиков», предварительно сложенных из геометрических фигур.

Рисование разноцветных «воротиков» (одноярусных, двухъярусных), предварительно сконструированных из блоков разной величины.

*Методические требования к занятиям третьего этапа:*

Занятия этого этапа рекомендуется проводить с ребенком индивидуально.

Если ребенок испытывает затруднения в процессе конструирования предметов, рекомендуется напомнить ему приемы конструирования.

Следует сопоставлять изображенный ребенком предмет с образцом.

Продолжительность занятий зависит от индивидуальных особенностей ребенка.

На четвертом этапе продолжается обучение детей изображению предметов с натуры, а также включаются занятия по изображению предметов по замыслу и представлению. На данном этапе дети обучаются выделять в своих рисунках пространственные характеристики предметов: форму, величину, направление как после зрительного, так и после осязательного их обследования.

*Материал:* цветные карандаши, альбом для рисования; предметы одинаковой фактуры (из дерева): куб, пирамидка, матрешка, груша и пр.; пластмассовые бусы на ниточке, пластмассовые модели яблока, банана, огурца и пр.

*Руководство:* педагог предлагает ребенку сначала ощупать фигуру, словесно описать ее, а затем нарисовать. В случае затруднения названия фигуры рекомендуется обследовать ее зрительно и затем приступить к рисованию.

*Задания:*

Рисование яблока, груши с натуры с предварительным их обследованием с помощью зрения и осязания.

Рисование бус на ниточке после осязательно-зрительного восприятия.

Рисование катушки, пирамидки после осязательного и зрительного восприятия

Рисование куба, шара после осязательного восприятия.

*Методические требования к занятиям четвертого этапа:*

Рекомендуется занятия с детьми проводить в небольшой группе 3-4 человека.

Обязательно проводить занятия в указанной выше последовательности.

Добиваться, чтобы дети в процессе осязательного и зрительного восприятия образцов проводили тщательный их анализ, называли их существенные признаки.

Напомнить детям, как нужно закрашивать рисунок: горизонтальные, вертикальные, круговые линии.

Обязательно перед началом рисования предложить детям воспроизвести форму фигуры движением руки.

В конце занятий сопоставлять совместно с ребенком его рисунки с образцом.

Проведение четырех этапов обучающих занятий по конструированию и рисованию не исчерпывает всего комплекса психолого-педагогической коррекции. Если дети успешно овладевают конструктивными и графическими умениями, то в дальнейшем рекомендуется продолжить их обучение рисованию и конструированию по программе детского сада.

Сложная структура интеллектуального дефекта у детей с церебральным параличом требует дифференцированного подхода к психологической коррекции. При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать форму, степень тяжести, специфику нарушения психических функций и возраст больного с ДЦП.

Диапазон интеллектуальных нарушений при ДЦП чрезвычайно велик: от нормального уровня интеллектуального развития до самых тяжелых степеней умственной отсталости.

Для детей с ДЦП в сочетании с умственной отсталостью характерно раннее время поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичный дефект при этой форме аномалии развития – недоразвитие высших форм мыслительной деятельности – абстрактного мышления.

Исследования показали, что у больных с ДЦП в сочетании с умственной отсталостью наблюдаются выраженные нарушения сенсорно-перцептивных процессов, что проявляется в недоразвитии константности и предметности восприятия, в замедленном темпе узнавания предметов, в трудностях обобщения сенсорных сигналов (Мамайчук, 1978 и др.).

Эти особенности определяют основные задачи психологической коррекции сенсорно-перцептивных процессов:

1. Обучение детей усвоению сенсорных эталонов и формирование перцептивных операций.
2. Развитие константности, предметности и обобщенности восприятия.

### 3. Развитие скорости восприятия объектов.

С этой целью используются разнообразные занятия с детьми по обучению их адекватному восприятию форм и величины предметов.

Занятия проводятся поэтапно с возрастающей сложностью каждого задания.

1. Восприятие детьми простой нерасчлененной формы. Для этого психолог подбирает предметы, формы которых совпадают с формами-эталоном. Например, блюдце и круг, тетрадь и прямоугольник, и пр. Психолог просит ребенка найти предмет, похожий на образец-эталон.

2. Восприятие формы, не вполне совпадающей с геометрической. Этот этап занятий характеризуется усложнением способов обследования и усложнением сопоставления. Перед ребенком стоит задача не только определить сходство формы воспринимаемого предмета с геометрической формой-эталоном, но и понять, в чем состоит отличие реального предмета от эталона.

Правильное сопоставление формы реального предмета с формой эталона невозможно без восприятия других пространственных свойств предмета – величины, пространственного расположения или соотношения частей. Например, чтобы отличить форму яблока от шара, психолог указывает на то, что у яблока наверху «ямка», а свекла в отличие от шара имеет внизу «хвостик».

3. Выделение в предмете главных деталей. Перед ребенком стоит задача не только дополнительного обследования предмета, но и нового подхода к восприятию всего предмета. Вначале дети рассматривают предмет как единое целое. Они воспринимают общую форму предмета, затем обучаются выделению в предмете основных деталей и соотнесению их друг с другом.

4. Выделение существенных и характерных признаков предмета. Задача состоит в том, чтобы научить детей видеть в каждом предмете его существенные признаки, без которых он теряет свою предметную отнесенность и выделять конкретные черты, характерные признаки, позволяющие воспринимать именно этот предмет со всеми его индивидуальными отличиями. Например, существенным признаком всяких часов являются стрелки, а наличие подставки характерно для настольных часов.

5. Составление форм из отдельных частей. Например, сложение квадрата, круга из двух и более частей по образцам и без наглядных образцов.

6. Восприятие пространственных отношений. Восприятие отношений между двумя предметами. Например, ребенку предлагается поставить (посадить) дерево около дома, за, рядом, справа, слева и пр.

Сам процесс коррекции должен проходить в процессе обучения детей продуктивным видам деятельности: конструированию, рисованию, лепке, аппликации.

### **Технология конструктивного моделирования**

Особое внимание уделяется формированию конструктивной деятельности. Конструктивная деятельность является сложным познавательным процессом, в результате которого совершенствуется восприятие формы, величины предметов и их пространственных соотношений (Лурия, 1948; Венгер, 1969).

А.Р. Лурия (1948) провел психологический анализ развития конструктивной деятельности дошкольников. В отличие от обычно применяемых в дошкольной педагогике конструктивных игр, где ребенок точно копирует образец, автор предложил конструирование с нерасчлененных образцов. Перед ребенком стояла задача мысленного анализа элементов, из которых состоит предложенная модель. Однояйцевые близнецы были разделены на две группы. Одна группа обучалась конструированию по традиционной методике, а вторая группа (их сестры и братья) обучалась конструированию с нерасчлененных образцов (готовые постройки были заклеены белым плотным картоном). Сравнительный анализ результатов исследования показал, что предложенный метод конструирования по моделям радикально изменяет развитие конструктивной деятельности ребенка, положительно сказывается на развитии сенсорно-перцептивных и мыслительных процессов. Обучение конструированию по моделям существенно повлияло на умственное развитие детей, на развитие зрительно-пространственного анализа и синтеза. Мы использовали метод, предложенный А.Р. Лурия, в психокоррекционной работе с больными детьми.



## Содержание обучения детей конструктивному моделированию

Этап	Программа	Задания
I. Подготовительный	Знакомство детей со строительным материалом. Обучение простым конструктивным действиям. Обучение планомерному обследованию образца и деталей. Обучение словесному обозначению пространственных отношений предметов (рядом, на, над, под, около и т. п.)	Конструирование башни из трех-пяти кубиков разных цветов. Конструирование «дорожки» из кирпичиков разных цветов. Конструирование «забора» из кирпичиков разных цветов (вертикальное расположение деталей). Конструирование фигур из одинаковых по величине и форме блоков в вертикальном и горизонтальном направлениях
Этап	Программа	Задания
II. Модельное конструирование	Обучение детей планомерному рассматриванию образцов-моделей и выделению их значимых компонентов. Обучение эффективным способам конструирования с использованием развернутых действий с деталями в виде прикладывания, приставления, примеривания. Обучение использованию пространственных и метрических признаков предметов. Обогащение словаря специальной терминологией (квадрат, круг, треугольник и др.)	Конструирование объемных образцов-моделей из деталей одинаковой величины и формы (модель заклеена белой плотной бумагой). Конструирование объемных построек из деталей разной величины и формы. Конструирование плоскостных моделей из деталей одинаковой величины и формы. Конструирование плоскостных моделей из деталей разной формы и величины.

<p>III. Конструирование с нерасчлененных образцов-рисунков (объемных)</p>	<p>Обучение детей рассматриванию образцов-рисунков, выделение их значимых элементов. Научить детей называть пространственные отношения. Обучение детей правильному воспроизведению в постройках пропорционально соотносящихся деталей.</p>	<p>Конструирование построек в вертикальном и горизонтальном направлениях из различных деталей по величине и форме.</p>
---	--	--

Опыт работы показал высокую эффективность этих занятий (Мамайчук И.И., Мендоса С, Мендоса Д., 1983).

### **Эйдические технологии (развития памяти)**

Иногда память детей с опорно-двигательными нарушениями отличается недостаточностью объема запоминания, трудностями приема, хранения и воспроизведения информации. У детей с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием наблюдаются существенное недоразвитие опосредованного запоминания, что обусловлено трудностями смысловой организации запоминаемого материала.

В связи с этим важными направлениями психокоррекции памяти являются:

1. Увеличение объема памяти в зрительной, слуховой и осязательной модальностях.
2. Развитие приемов ассоциативного и опосредованного запоминания предметов в процессе игровой и учебной деятельности.

Недоразвитие мышления является ядерным признаком у детей с ДЦП с психическим недоразвитием. Их мышление отличается конкретностью, невозможностью образования понятий, трудностями переноса и обобщения. Развитие мышления у них непосредственно связано с развитием деятельности и восприятия. Важным направлением психокоррекции является развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. В связи с этим психологическая коррекция должна решать следующие задачи:

1. Обучение детей многообразным предметно-практическим манипуляциям с предметами различной формы, величины, цвета.
2. Обучение использованию вспомогательных предметов (орудийные действия).
3. Формирование наглядно-образного мышления в процессе конструктивной и изобразительной деятельности.

### **Технологии деятельностного подхода**

Важным принципом психокоррекции детей, с ДЦП и психическим недоразвитием является деятельностный подход. Сам процесс психокоррекции должен проходить в процессе того вида деятельности, который доступен ребенку с интеллектуальной недостаточностью. Если у ребенка не сформирована игровая деятельность, то психокоррекцию необходимо проводить в контексте предметно-практической деятельности. Вторым важным принципом является комплексный подход к психокоррекции. Соблюдение этого принципа требует тесного контакта психолога с педагогом-дефектологом, логопедом, воспитателем и родителями. Третьим наиболее важным принципом является иерархический принцип коррекции. Психолог в процессе коррекции должен ориентироваться не только на уровень актуального развития ребенка, но и на его потенциальные возможности.

У подавляющего большинства детей с ДЦП наблюдается задержка психического развития, что проявляется в замедленном темпе формирования познавательных процессов и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Для них характерно недоразвитие предпосылок мышления, а именно: внимания, памяти, пространственного гнозиса. Для удобства анализа структуры нарушения познавательной деятельности у детей с ДЦП в сочетании с задержкой психического развития целесообразно выделить три ее основных блока: мотивационный, операционно-регуляторный и блок контроля (Бурменская, Карабаева, Лидере, 1990).

**Направления и задачи психологической коррекции детей  
с ДЦП с задержкой психического развития**

Наименование и содержание блока	Психокоррекционные задачи и приемы	Формы ДЦП
Мотивационный блок Неумение ребенка выделить, осознать и принять цели действия	Формирование познавательных мотивов: – создание проблемных учебных ситуаций; – стимулирование активности ребенка на занятии; – анализ типа семейного воспитания (при доминантном типе снижается познавательная активность у ребенка). <i>Приемы: создание игровых учебных ситуаций; дидактические и развивающие игры</i>	Задержанное развитие у детей с двигательными нарушениями, обусловленное социально-педагогической запущенностью
Операционно-регуляторный блок Неумение планировать свою деятельность по времени и содержанию	Обучение ребенка планированию деятельности во времени. Предварительная организация ориентировки в задании. Предварительный анализ с ребенком используемых средств деятельности <i>Приемы: обучение ребенка продуктивным видам деятельности (конструирование, рисование, моделирование)</i>	Все формы ДЦП в сочетании с задержкой психического развития.
Блок контроля Неумение ребенка контролировать свои действия и вносить необходимые коррективы	Обучение контролю по результатам деятельности. Обучение контролю по способу деятельности. Обучение контролю по ходу выполнения деятельности. <i>Приемы: дидактические игры и упражнения на внимание, память, наблюдательность; обучение конструированию и рисованию по моделям.</i>	Дети с ДЦП с задержкой психического развития

Психокоррекционные занятия с детьми по развитию познавательных процессов могут проводиться как индивидуально, так и в группе.

Важным является единство требований к ребенку со стороны педагога, психолога и других специалистов, особенно при коррекции способ-

ности контролировать свои действия. Это успешно достигается при соблюдении режима дня, четкой организации повседневной жизни ребенка, исключение возможности незавершения начатых ребенком действий.

### **Технологии работы с родителями детей с НОДА**

Важным направлением психокоррекции детей с церебральным параличом является *работа с родителями*. Перед психологом стоит задача смягчить тот эмоциональный дискомфорт, который испытывают родители в связи с тяжелой болезнью ребенка, а также сформировать у родителей положительные установки на активную помощь ребенку, найти адекватный стиль семейного воспитания детей с ДЦП. В диссертационном исследовании Чавес, проведенном под нашим руководством, было выявлено, что родители детей с ДЦП склонны к неадекватной оценке их психических и физических возможностей, преобладающим стилем воспитания больных детей является потворствующая гиперпротекция, что в значительной степени снижает самостоятельность детей, негативно отражается на их коммуникативных и эмоционально-волевых качествах. Наблюдается также воспитательная неуверенность у родителей, проекция на ребенка детских качеств и своих недостатков. В процессе работы с родителями необходимо формировать у них адекватные представления о личности и психофизических возможностях больного ребенка. Целесообразно организованная система психокоррекционных воздействий (групповая дискуссия, индивидуальная беседа, анализ конфликтных ситуаций и пр.) способствует позитивной перестройке отношений родителей к больному ребенку, гармонизирует семейные отношения в целом, помогает редукации их негативных переживаний. Опыт нашей работы свидетельствует о целесообразности организации родительских ассоциаций и клубов с целью взаимной поддержки родителей тяжелобольных детей. Необходима также психотерапевтическая работа с родителями, особенно с отцами. Важным является включение родителей в процесс психолого-педагогической реабилитации ребенка.

### **Контрольные вопросы:**

Психологическая коррекция гностических процессов у детей с НОДА.

### **Источник:**

Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

## Приложения

### Рекомендации педагогам

1. Получить как можно более полную информацию о ребенке из беседы с родителями (особенности характера, поведения, привычки и т.п.).

2. Для правильной организации учебного процесса, обеспечения охраны здоровья ребенка с ДЦП получить консультацию у врача-специалиста по определению учебного места в классе, подбору комфортной позы для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, за конторкой и т.д.).

3. Разработать индивидуальный маршрут сопровождения ребенка с ДЦП и нарушениями опорно-двигательного аппарата специалистами (учитель, психолог, логопед, воспитатель), который должен включать в себя:

- системный подход к коррекционно-педагогической работе с учетом двигательных, речевых и психических нарушений;
- последовательное развитие познавательной деятельности и коррекцию ее нарушений;
- целенаправленное формирование высших психических функций;
- коррекцию речевых нарушений;
- развитие мелкой моторики и координации движений;
- воспитание устойчивых форм поведения и деятельности, необходимых для социальной адаптации.

4. Организовать учебную деятельность в классе с учетом физического и психического состояния ребенка с ДЦП:

- осуществлять индивидуальный подход к каждому ученику;
- во избежание переутомления учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы класса, использовать интересный, красочный дидактический материал и средства наглядности, чередовать двигательную активность с отдыхом;
- использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки;
- оценивать устные ответы и письменные работы с учетом физических и психических особенностей ребенка;

– проявлять педагогический такт, создавать ситуации успеха, своевременно оказывать помощь каждому ребёнку, развивать веру в собственные силы и возможности.

5. Провести работу среди всех участников образовательного процесса (особое внимание необходимо уделить работе с родительской ответственностью) по формированию толерантного отношения к детям с ДЦП и нарушениями опорно-двигательного аппарата.

6. Рекомендовать наблюдаться у врачей-специалистов, регулярно проводить комплексное восстановительное лечение, включающее в себя: медикаментозные средства, различные виды массажа, лечебную физкультуру (ЛФК), ортопедическую помощь, физиотерапевтические процедуры и т.д.

### **Рекомендации населению**

❖ Когда вы говорите с человеком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположись так, чтобы твои и его глаза были на одном уровне, тогда тебе будет легче разговаривать.

❖ Помни, что инвалидная коляска – неприкосновенное пространство человека. Не облакачивайся на нее, не толкай, не клади на нее ноги без разрешения. Начать катить коляску без разрешения – то же самое, что схватить и понести человека без его разрешения.

❖ Всегда спрашивай, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее.

❖ Если твое предложение о помощи принято, спроси, что нужно делать, и четко следуй инструкциям.

❖ Если тебе разрешили передвигать коляску, сначала кати ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.

❖ Всегда лично убеждайся в доступности мест, где запланированы мероприятия. Заранее поинтересуйся, какие могут возникнуть проблемы или барьеры, и как их можно устранить.

❖ Не надо хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.

❖ Если существуют архитектурные барьеры, предупреди о них, чтобы человек заранее имел возможность принимать решения.

❖ Помни, что, как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении, нет проблем со зрением, слухом и пониманием.

❖ Не думай, что необходимость пользоваться инвалидной коляской – это трагедия. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т. п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

### **Рекомендации специалистам**

❖ Гиперкинезы – непроизвольные движения тела или конечностей, которые обычно свойственны людям с детским церебральным параличом (ДЦП). Непроизвольные движения могут возникать также у людей с повреждением спинного мозга.

❖ Если ты видишь человека с гиперкинезами, не следует явно обращать внимание на него.

❖ При разговоре не отвлекайся на непроизвольные движения собеседника, потому что невольно можешь пропустить что-то важное, и тогда вы оба окажетесь в неловком положении.

❖ Предлагай помощь ненавязчиво, не привлекая всеобщего внимания.

❖ Перед тем, как сесть за стол с человеком с гиперкинезами, поинтересуйся, какая сервировка ему удобна. Ему может понадобиться соломинка, глубокая или, наоборот, мелкая тарелка, низкая или высокая чашка и так далее.

❖ Уступая место, не настаивай, если человек отказался.

❖ Если ты покупаешь билеты в кино или театр для человека или людей с гиперкинезами, выбирай такие места, где они не будут мешать другим зрителям непроизвольными движениями. Если таких мест нет, нужно договориться с администрацией о дополнительных местах в проходе.

❖ Не бойся противоречить человеку с гиперкинезами, боясь его разволновать. Позиция «только не волнуйся», «ладно», приведет к потере времени и нервов. Спокойно излагай свои аргументы, даже если видишь, что собеседник нервничает.

❖ При гиперкинезах встречаются также затруднения в речи. В данном случае советуем прислушаться к рекомендациям, изложенным в разделе «люди с нарушениями речи».



## Рекомендации родителям

Американским Центром раннего вмешательства предоставлены следующие рекомендации родителям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья:

1. Никогда не жалеете ребёнка из-за того, что он не такой, как все.
2. Дарите ребёнку свою любовь и внимание, но не забывайте, что есть и другие члены семьи, которые в них тоже нуждаются.
3. Организуйте свой быт так, чтобы никто в семье не чувствовал себя “жертвой”, отказываясь от своей личной жизни.
4. Не ограждайте ребёнка от обязанностей и проблем. Решайте все дела вместе с ним.
5. Предоставьте ребёнку самостоятельность в действиях и принятии решений.
6. Следите за своей внешностью и поведением. Ребёнок должен гордиться вами.
7. Не бойтесь отказать ребёнку в чём-либо, если считаете его требования чрезмерными.
8. Чаще разговаривайте с ребёнком. Помните, что ни телевизор, ни радио не заменят вас.
9. Не ограничивайте ребёнка в общении со сверстниками.
10. Не отказывайтесь от встречи с друзьями, приглашайте их в гости.
11. Чаще прибегайте к советам педагогов и психологов.
12. Больше читайте, и не только специальную литературу, но и художественную.
13. Общайтесь с семьями, где есть дети-инвалиды. Передавайте свой опыт и перенимайте чужой.
14. Не изводите себя упреками. В том, что у вас больной ребёнок, вы не виноваты!
15. Помните, что когда-нибудь ребёнок повзрослеет и ему придётся жить самостоятельно. Готовьте его к будущей жизни, говорите с ребенком о ней.

### Источник:

«Памятки для сотрудников образовательных учреждений по работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами» Т.И.Дуброва, зав.кафедрой коррекционной педагогики ОГБОУ ДПО УИ-ПКПРО, кандидат педагогических наук, доцент.

## Тестовые задания

### Тестирование № 1

#### I. Нозологические формы ДЦП

1. Первое клиническое описание детского церебрального паралича сделано:

- а) И.Г. Песталоцци
- б) Ж.Ж. Руссо
- в) В.Д. Литтлем
- г) Я. Коменским

2. В каком году ВОЗ дала определение и утвердила термин детский церебральный паралич?

- а) 1985
- б) 1958
- в) 1895
- г) 1951

3. Первая классификация детского церебрального паралича принадлежит

- а) А. Сузи
- б) Е. Витолс
- в) Дж. Барабас
- г) З. Фрейду

4. Общее поражение всех конечностей

- а) моноплегия
- б) тетраплегия
- в) дуаплегия
- г) триоплегия

5. Не является деформацией при церебральном параличе

- а) деформации в области нижних конечностей
- б) деформации в области шеи
- в) деформации в области верхних конечностей
- г) деформации в области туловища

6. При какой форме детского церебрального паралича руки поражены сильнее ног:

- а) гемипаретическая
- б) гиперкинетическая
- в) двойная гемиплегия
- г) спастическая диплегия

## II. Особенности формирования высших корковых функций

1. Последовательность формирования движений и поз человека определяется

- а) генетической программой развития
- б) социальной программой развития
- в) ведущей деятельностью
- г) психическим новообразованием

2. Координирующий аппарат, контролирующий равновесие тела, стабилизирующий центр тяжести, регулирующий согласованную деятельность мышц-антагонистов

- а) гипоталамус
- б) стриопаллидарная система
- в) мозжечок
- г) гипофиз

3. Слабая форма паралича, выражающаяся в ограничении возможности совершать произвольные движения

- а) гиперрефлексия
- б) кинестезия
- в) синкинезия
- г) парез

4. Основным симптомом детского церебрального паралича

- а) нарушения психики
- б) двигательные нарушения
- в) сенсорные нарушения
- г) ментальные нарушения

5. При спастической деплегии повреждается

- а) центральный двигательный нейрон
- б) мозжечок
- в) лабиринтный рефлекс
- г) тонический рефлекс

## III. Психическое развитие детей с нарушениями функций ОДА

1. Клинические проявления церебральных параличей формируются

- а) на третьем году жизни
- б) в дошкольном возрасте
- в) при рождении

- г) на первом году жизни
2. У детей с церебральными параличами более нарушена
- а) лексическая сторона речи
  - б) фонетическая сторона речи
  - в) грамматическая сторона речи
  - г) семантическая сторона речи
3. Дети с церебральными параличами с трудом овладевают
- а) навыками чтения
  - б) навыками письма
  - в) навыками беседы
  - г) навыками чтения и письма
4. Наиболее частые речевые расстройства при ДЦП
- а) дизартрия
  - б) алалия
  - в) анартрия
  - г) заикание
5. При какой форме ДЦП интеллект не страдает
- а) спастической диплегии
  - б) гиперкинетической
  - в) двойной гемиплегии
  - г) гемипаретической
6. Не являются причинами нарушения личности при ДЦП
- а) биологические
  - б) внутренние
  - в) психологические
  - г) социальные

## **Тестирование № 2**

**Первое клиническое описание ДЦП сделал:**

- А. И.Г. Песталоцци
- Б. Ф. Фребель
- В. Д. Н.Э. фон Курц
- Г. В. Литтль

1. Спастическая диплегия – это:

- А. позотонический рефлекс
- Б. вариант инфантилизма

- В. вид ДЦП  
 Г. форма ДЦП
2. К нарушениям функций ОДА при сохранном интеллекте относят:
- А. ДЦП  
 Б. миопатии  
 В. сколиоз  
 Г. плоскостопие
4. Прогрессирующие мышечные атрофии относят к группе:
- А. заболеваний нервной системы  
 Б. ДЦП В. наследственных заболеваний с нарастанием мышечной слабости  
 Г. повреждений нервной системы
5. Термин ДЦП ввел:
- А. В. Литтль    Б. З. Фрейд    В. Л.О. Бадалян    Г. М.Я. Брейтман
6. К пренатальным факторам возникновения ДЦП относят:
- А. состояние здоровья матери  
 Б. приобретенные образования в мозге (опухоль, киста)  
 В. отклонения в ходе беременности  
 Г. факторы, нарушающие развитие плода
7. Прогрессирующие мышечные дистрофии – это атрофии:
- А. первичные  
 Б. вторичные  
 В. врожденные  
 Г. приобретенные
8. Самая тяжелая клиническая форма ДЦП:
- А. двойная гемиплегия  
 Б. гиперкинетическая форма  
 В. гемипаретическая форма  
 Г. атонически-астатическая форма
9. Дети, у которых не сформировано прямохождение и ходьба, навыки самообслуживания имеют:
- А. легкую степень тяжести ДЦП  
 Б. среднюю степень тяжести ДЦП  
 В. тяжелую степень тяжести ДЦП
10. Форма ДЦП, при которой гиперкинезы являются ведущим двигательным нарушением:

- А. двойная гемиплегия
- Б. гиперкинетическая форма
- В. гемипаретическая форма
- Г. атонически-астатическая форма.

### Тестирование № 3

1. Первое клиническое описание детского церебрального паралича сделано а) И. Г. Песталоцци б) Ж. Ж. Руссо в) В. Д. Литтлем г) Я. Коменским

2. В каком году ВОЗ дала определение и утвердила термин – детский церебральный паралич? а) 1985 б) 1958 в) 1895 г) 1951

3. Первая классификация детского церебрального паралича принадлежит а) А. Сузи б) Е. Витолс в) Дж. Барабас г) З. Фрейду

4. Общее поражение всех конечностей

- а) моноплегия б) тетраплегия в) дуаплегия г) триоплегия

5. В дошкольном учреждении сколько выделяют ступеней коррекционно-педагогического процесса а) 3 б) 4 в) 2 г) 5

6. Не является компонентом психологического сопровождения ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата а) психологическое просвещение б) психологическое обучение в) психологическая диагностика г) психологическое консультирование

7. Не является компонентом социальной адаптации детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата а) желательная реабилитация б) обучение социальному поведению в) социально-культурная реабилитация г) индивидуальная реабилитация

8. В комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом первично а) оказание социальной помощи б) оказание психологической помощи в) оказание логопедической помощи г) оказание медицинской помощи

9. Профессиональная работа с учащимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата включает а) 2 этапа б) 3 этапа в) 4 этапа г) 5 этапов

10. Комплексная реабилитация учащихся с ДЦП включает а) профессиональную реабилитацию б) социальное сопровождение в) сегрегацию г) экономическое сопровождение

11. Последовательность формирования движений и поз человека

определяется а) генетической программой развития б) социальной программой развития в) ведущей деятельностью г) психическим новообразованием

12. Координирующий аппарат, контролирующий равновесие тела, стабилизирующий центр тяжести, регулирующий согласованную деятельность мышц-антагонистов а) гипоталамус б) стриопаллидарная система в) мозжечок г) гипофиз

13. Клинические проявления церебральных параличей формируются а) на третьем году жизни б) в дошкольном возрасте в) при рождении г) на первом году жизни

14. У детей с церебральными параличами более нарушена а) лексическая сторона речи б) фонетическая сторона речи в) грамматическая сторона речи г) семантическая сторона речи

15. Дети с церебральными параличами с трудом овладевают а) навыками чтения б) навыками письма в) навыками беседы г) навыками чтения и письма.

### **Источники:**

1. Волосовец Т.В., Кутепова Е.Н. Инклюзивная практика в дошкольном образовании. Пособие для педагогов дошкольных учреждений. – Мозаика-Синтез, 2011.

2. Левченко И.Ю., Ткачева В.В., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Детский церебральный паралич. Дошкольный возраст. М.: изд. Дом «Образование Плюс», 2008. 198с. Левченко И.Ю., Приходько О. Г.

3. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.

4. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

5. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

6. Методические рекомендации по организации сопровождения детей-инвалидов со сложными ограничениями здоровья в образовательных учреждениях во время учебного процесса // Томское областное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного про-

фессионального образования (повышения квалификации) специалистов «Томский областной институт повышения квалификации и переподготовки работников образования». – ТОМСК. – 2013. – 26 с.

7. Реализация коррекционно-развивающих программ с детьми дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования: научно-методическое пособие / В. С. Горынина, А. И. Сафина, А. Е. Игнатъев; под ред. Д.З. Ахметовой. – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2014. – 159 с.

8. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"

9. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – М., СПб., 2001.



## ГЛОССАРИЙ

**АГНОЗИЯ** – дефицит восприятия, при котором человек не способен узнавать соотношение различных сенсорных стимулов. Например, не может узнать какой-то объект как соотношение его конкретного зрительного образа, звуков, фактуры.

**АДДУКЦИЯ** – движение приведения конечности к средней линии тела.

**АКТИВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ** – целенаправленные произвольные движения, которые выполняются для достижения какой-то цели и выполнения какой-то определенной задачи.

**АСИММЕТРИЧНЫЙ ШЕЙНЫЙ ТОНИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС** – рефлекторное выпрямление руки и ноги на той стороне тела, к которой повернута голова человека, и сгибание конечностей на противоположной стороне.

**АСИММЕТРИЯ** – состояние, при котором одна половина тела отличается от другой по каким-то признакам.

**АССОЦИАТИВНЫЕ РЕАКЦИИ (ДВИЖЕНИЯ)** – патологические двигательные реакции в виде чрезмерного повышения мышечного тонуса или неконтролируемых движений в других частях тела, которые возникают при попытке выполнить какое-то движение, синкинезии.

**АСТЕРЕОГНОЗ** – нарушение восприятия размера, формы, вида или структуры объекта.

**АТАКСИЯ** – состояние, которое характеризуется неустойчивостью тела в вертикальном положении, нарушением размерности, направленности и качества движений. Движения некоординированные, походка пошатывающаяся ("пьяная").

**АТЕТОЗ (АТЕТОИДНЫЙ ГИПЕРКИНЕЗ)** – один из видов гиперкинеза. Характеризуется медленными произвольными червеобразными движениями, часто более выраженными в дистальных отделах конечностей.

**АТРОФИЯ** – потеря, гибель клеток (мышечных или нервных).

**БИЛАТЕРАЛЬНЫЙ** – относящийся к обеим сторонам тела, к способности пересекать конечностями при движении среднюю линию тела и вовлекать обе стороны тела в выполнение какого-то действия. Например, способность удерживать предмет по средней линии тела двумя руками, дотягиваться правой рукой до предмета, который лежит на полу у левой ноги, или просто ходить – это билатеральные навыки.

**ГЕМИПЛЕГИЯ (ГЕМИПЛЕГИЧЕСКАЯ ФОРМА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА)** – одна из разновидностей спастической формы церебрального паралича, при которой двигательные нарушения выражены только на одной стороне тела, например, спастичность проявляется в правой руке и правой ноге.

**ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА** – одна из форм церебрального паралича, которая характеризуется непредсказуемыми изменениями мышечного тонуса, нарушением постурального контроля, что вызывает непроизвольные и неконтролируемые движения (гиперкинезы). Непроизвольные движения становятся более выраженными при попытке выполнить какое-то движение или при эмоциональном напряжении, в состоянии покоя они выражены минимально.

**ГИПЕРТОНУС** – повышение мышечного тонуса (спастичность).

**ГИПОТОНУС** – понижение мышечного тонуса (низкий тонус).

**ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНАЯ КООРДИНАЦИЯ (КООРДИНАЦИЯ ГЛАЗ–РУКА)** – способность координировать зрение и движение.

**ДЕФОРМАЦИИ** – состояние, при котором все тело или какая-то его часть фиксированы в абнормальном (неправильном) положении.

**ДИПЛЕГИЯ (ДИПЛЕГИЧЕСКАЯ ФОРМА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА; СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ)** – одна из разновидностей спастической формы церебрального паралича, при которой двигательные нарушения сильнее выражены в нижних конечностях, чем в верхних.

**ДИСПРАКСИЯ** – нарушение, которое характеризуется трудностями в планировании целенаправленных действий, в том числе движений, и в использовании конкретных действий в конкретной ситуации.

**ДИСТАЛЬНЫЙ** – наиболее удаленный от тела (об отделах конечностей).

**ЗАЩИТНЫЕ РЕАКЦИИ** – автоматические реакции, которые обеспечивают защиту тела и головы при внезапной потере равновесия. Например, неожиданно падая, мы выставляем вперед руки и опираемся на них – это передняя защитная реакция.

**КИНЕСТЕЗИЯ (КИНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ)** – способность воспринимать и анализировать движения собственного тела.

**КОНТРАКТУРА** – стойкое ограничение подвижности в суставе.

**КОНТРАТЕРАЛЬНЫЙ** – относящийся к противоположной стороне тела (обычно о конечностях).

**КОНТРОЛЬ ЗА ПОЛОЖЕНИЕМ ГОЛОВЫ** – способность анализировать и произвольно изменять положение головы в пространстве.

**КООРДИНАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ** – способность выполнять движения согласованно, с правильным чередованием стереотипных образцов движения в различных частях тела. Например, координация движений при ходьбе характеризуется попеременными стереотипными, повторяющимися движениями ног и рук.

**КРУПНАЯ МОТОРИКА** – спонтанная двигательная активность, в которой участвует все тело человека.

**МЕЛКАЯ (ТОНКАЯ) МОТОРИКА** – движения в основном рук и пальцев. Сюда входят: движения, выполняемые, когда предмет захватывают рукой и выпускают; движения пальцами; координация глаз–рука; пинцетный захват предмета; рисование и письмо.

**МЕНЯЮЩИЙСЯ МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС** – сочетание высокого и низкого мышечного тонуса. Мышечный тонус постоянно изменяется от более высокого к более низкому.

**МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС** – определенное напряжение в мышцах в состоянии покоя и во время движения; в обычных условиях регулируется без участия сознания. Это напряжение достаточное, чтобы противодействовать действию силы тяжести (например, сохранять вертикальное положение тела), но оно не настолько сильное, чтобы сковывать движения.

**НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ** – термин, которым обозначают нетипичное развитие ребенка, обусловленное теми или иными нарушениями. Например, развитие ребенка с тяжелым церебральным параличом будет отличаться от развития других детей его возраста из-за двигательных и, возможно, каких-то других нарушений.

**НЕПРОИЗВОЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ** – движения, которые не контролируются человеком.

**НИСТАГМ** – колебательные или скачущие движения глазных яблок.

**ОБРАЗ ТЕЛА** – восприятие частей своего тела. Играет значительную роль в развитии движения и восприятия (перцепции).

**ОБРАЗЕЦ (ПАТТЕРН) ДВИЖЕНИЯ** – любое движение, вне зависимости от того, нормальное оно или абнормальное (патологическое), имеет собственный рисунок – мышцы сокращаются и расслабляются, те или иные части тела двигаются определенным образом. Большинство людей

используют сходные образцы движений, например, мы садимся из положения лежа, опираясь на руку сбоку.

**ОСОЗНАНИЕ ТЕЛА** – знание схемы собственного тела, того, из каких частей оно состоит и как эти части соотносятся друг с другом.

**ПАССИВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ** – такие движения, когда взрослый действует какой-либо частью тела ребенка (например, сгибает ему руку), при этом сам ребенок никакого участия в движении своего тела не принимает.

**ПЕРСЕВЕРАЦИИ** – повторения движений, слов или фраз, когда в этом нет необходимости.

**ПРОПРИОЦЕПЦИЯ (ПРОПРИОЦЕПТИВНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ)** – способность воспринимать и анализировать информацию о положении тела в пространстве и движениях, которая поступает от мышц, суставов и вестибулярного аппарата.

**ПРОЦЕССЫ РАСПОЗНАВАНИЯ** – процесс организации и интерпретации сенсорных стимулов (звуков, тактильных и вестибулярных раздражителей, кинестетических сигналов и т. п.) – как поступающих извне, так и внутренних, которые поступают от частей тела, мышц, внутренних органов.

**РЕФЛЕКСЫ** – двигательные реакции и положения тела, которые являются ответом на какой-то определенный раздражитель и не контролируются ребенком.

**РИГИДНОСТЬ** – жестко фиксированное положение тела (тело сковано), при котором существует значительное сопротивление пассивным движениям.

**СПАСТИЧНОСТЬ (ГИПЕРТОНУС)** – повышенный мышечный тонус, напряженное состояние мышц. При этом в верхних конечностях наблюдается тенденция к сгибанию, а в нижних – к напряженному разгибанию.

**СТЕРЕОГНОЗИС** – способность воспринимать и распознавать форму, размер и/или вес объектов.

**СТИМУЛЯЦИЯ** – специальные приемы, при которых автоматическое движение вызывается некоторой манипуляцией (например, определенным прикосновением или удержанием ребенка в определенной позе), в отличие от движения, которое выполняется ребенком самостоятельно или в ответ на просьбу.

**СУПИНАЦИЯ** – поворот руки в локтевом суставе кнаружи – ладонью вверх.

**ТЕТРАПАРЕЗ (СПАСТИЧЕСКИЙ ТЕТРАПАРЕЗ)** – одна из разновидностей спастической формы церебрального паралича, при которой двигательные нарушения выражены во всех четырех конечностях. В отечественной научной литературе – двойная гемиплегия, спастическая тетраплегия.

**ХОРЕЯ (ХОРЕОФОРМНЫЙ ГИПЕРКИНЕЗ)** – один из видов гиперкинеза, который характеризуется беспорядочными быстрыми произвольными порывистыми движениями, часто выражены в проксимальных (наиболее близких к средней линии тела) отделах конечностей. Ребенок разбрасывает руки, роняет предметы, которые держит в руках.

**ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ АКТИВНОСТЬ** – программа определенных действий, которая направлена на достижение конкретной цели.

**ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ** – нарушение движений и способности сохранять положение тела в пространстве, которое возникает в результате непрогрессирующего поражения мозга.

**Источник:** [http://aupam.narod.ru/pages/biblioteka/rebenok\\_s\\_cerebralnym\\_paralichom\\_pomosh\\_uhod\\_razvitie/page\\_27.htm](http://aupam.narod.ru/pages/biblioteka/rebenok_s_cerebralnym_paralichom_pomosh_uhod_razvitie/page_27.htm)

*Электронное учебное издание  
сетевого распространения*

**Васина Вероника Викторовна**

**ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ  
С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ  
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Методическое пособие**

Подписано к использованию 14.09.2021.  
Формат 60x84 1/16. Гарнитура «Times New Roman».  
Усл. печ. л. 6,86. Тираж 100 экз. Заказ 100/9

Издательство Казанского университета

420008, г. Казань, ул. Профессора Нужи́на, 1/37  
тел. (843) 233-73-59, 233-73-28