

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель председателя Ученого  
медицинского Совета Департамента  
здравоохранения города Москвы



Л.Г. Костомарова

« 30.09.2013 »

Первый заместитель руководителя  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



Н.Ф. Плавунев

« 30.09.2013 »

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Методические рекомендации № 29

Главный внештатный детский специалист  
невролог Департамента здравоохранения  
города Москвы

Т.Т. Батышева

« 30.09.2013 »

Москва

2013

**Учреждение разработчик:** ГКУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»

**Составители:** заместитель директора ГКУЗ «Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» по психолого-педагогической работе Л.М. Аркуша, клинический психолог ГКУЗ «Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» И.Н. Антропова; клинический психолог ГКУЗ «Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» О.Н. Гудилина, кандидат медицинских наук, заместитель директора ГКУЗ «Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» по научной работе О.В. Быкова; кандидат медицинских наук, врач-невролог организационно-методического ГКУЗ «Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» Н.В. Чебаненко, директор ГКУЗ «Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» Т.Т. Батышева.

**Рецензент:** главный научный сотрудник отделения клинико-психологических проблем нарушений психического развития Московского НИИ Психиатрии МЗ РФ доктор медицинских наук Г.С. Маринчева

**Назначение:** для педиатров, неврологов, педагогов, психологов, логопедов амбулаторных и стационарных ЛПУ педиатрического профиля

Данный документ является собственностью Департамента Здравоохранения города Москвы, не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

## История изучения детского церебрального паралича

Первое клиническое систематизированное описание церебрального паралича (ДЦП) принадлежит выдающемуся английскому хирургу-ортопеду William Lyttle, который в 1861 году написал монографию «О влиянии аномальных, трудных и преждевременных родов и асфиксии новорожденных на психическое и физическое состояние ребенка», впервые предположив взаимосвязь между перинатальной асфиксией и тяжелыми неврологическими исходами у детей [30].

Три десятилетия спустя, Sigmund Freud, невролог и основатель психоанализа, поставил под сомнение выводы Lyttle об этиологии ДЦП. Основываясь на том, что дети с ДЦП, помимо двигательного дефицита имеют разнообразные сопутствующие нарушения, в том числе познавательные, пароксизмальные, зрительные, слуховые и т.п., Freud предположил, что причины ДЦП могут скрываться на этапе антенатального развития плода [24]. Однако, несмотря на комментарии Freud, интранатальная теория этиологии ДЦП получила широкое признание в как медицинских, так и в непрофессиональных кругах. Только столетие спустя, были проведены большие популяционные исследования, которые показали, что случаи церебрального паралича, вызванные интранатальной асфиксией, составляют абсолютное меньшинство (от 5 до 7%).

В России традиционно была принята теория патогенеза, разработанная К.А. Семеновой, основывающаяся на пре- и интранатальных факторах повреждения центральной нервной системы плода [14, 15]. Однако согласно современной международной концепции, ДЦП является клиническим описательным термином, характеризующим чрезвычайно неоднородную группу этиологических факторов, вызывающих нарушения развития нервной системы плода или ребенка первых 3-х лет жизни и приводящих к последующим стойким двигательным нарушениям.

В 2004 году Международной рабочей группой по определению и классификации ДЦП, детский церебральный паралич определен как "группа персистирующих расстройств формирования движения и позы, возникших вследствие воздействия повреждающих факторов на развивающийся мозг плода или ребенка, имеющих непрогрессирующий характер, и приводящих к ограничению повседневной активности» [20].

Двигательные расстройства при ДЦП являются ведущим симптомокомплексом, однако они, как правило, сопровождаются нарушениями ощущения, восприятия, познания, общения и поведения, эпилепсией, а также вторичными изменениями опорно-двигательного аппарата.

## Эпидемиология и классификация детского церебрального паралича

ДЦП является наиболее распространенной причиной инвалидности в детском возрасте. Распространенность ДЦП по всему миру более четырех десятилетий держится на уровне 2-3 на 1000 живорожденных, несмотря на существенное улучшение акушерской и неонатальной помощи, а общий процент больных ДЦП в популяции увеличивается, так как, в связи с улучшением медико-социального сопровождения больных растет их продолжительность жизни.

ДЦП может быть классифицирован на основе четырех основных компонентов: типа и тяжести двигательных нарушений, топики двигательных нарушений, сопутствующих нарушений, и срока предполагаемого воздействия повреждающего фактора на развивающийся мозг (антенатальный, интранатальный, постнатальный).

Тщательная экспертиза соматического и неврологического статуса позволяет идентифицировать патологию мышечного тонуса (гипотония или гипертония), а также преобладающий тип двигательных нарушений, которые могут быть спастическими, атаксическими, дискинетическими (дистония или хореоатетоз), или смешанными. Характеристики и тяжесть двигательных нарушений должны быть описаны для каждой конечности и туловища, что позволяет дифференцировать одностороннее и двустороннее поражение и установить его топическое распределение (моноплегия, диплегией, трипарез, гемипарез, тетрапарез).

Эта классификационная система, основанная на типе и топографии двигательных нарушений, позволяет предположить, какие области мозга могут быть затронуты, однако такие предположения нуждаются в уточнении методами нейровизуализации. Несмотря на большую социальную значимость этиологии повреждения ЦНС, постановка диагноза ДЦП зачастую приводит к прекращению диагностического поиска с целью определения конкретного этиологического фактора заболевания.

Основными факторами, ограничивающими социальное функционирование больных ДЦП, являются не двигательные нарушения, а проблемы, сопутствующие моторному дефициту. Например, когнитивная недостаточность у больных ДЦП по данным различных авторов встречается в 30-65% случаев, эпилепсия в 30-50% случаев, расстройства речи и языка в 40% случаев, нарушения зрения в 40% случаев, а дефицит слуха в 5-15% случаев. Кроме того, 20% людей с ДЦП имеют психосоциальные и поведенческие проблемы, из них 9% - расстройства социального функционирования аутистического спектра.

## Нарушение познавательной деятельности у детей с церебральным параличом

Нарушение познавательной деятельности у детей с ДЦП имеет под собой анатомо-физиологические основы. Поражение головного мозга, ассоциированное с ДЦП представляет собой анатомический дефект, который влияет на типичные траектории развития различных когнитивных функций и часто влечет за собой интеллектуальный дефицит или парциальные когнитивные нарушения. В связи с характером основного дефекта, у детей с церебральным параличом можно ожидать развития широкого спектра когнитивных нарушений. При диффузных поражениях путей белого вещества, по данным исследователей, можно наблюдать общее снижение эффективности обработки информации [31]. В случае поражения перивентрикулярную белого вещества можно ожидать снижение внимания и исполнительную дисфункцию. Поражение базальных ганглиев и таламуса могут влиять на концентрацию внимания, а также на исполнительные функции [33]. Дефицит зрительного восприятия коррелирует с тяжелыми видами перивентрикулярной лейкомаляции, даже при отсутствии на снижение остроты зрения или глазодвигательных нарушений [22]. Нарушения памяти встречаются при самых различных топических поражениях мозга, например, из-за повреждения межнейронных взаимодействий в базальные ганглиях или гиппокампе или в связи с первичным нарушением восприятия [21]. Средняя мозговая артерия обеспечивает несколько корковых (боковые поверхности теменной и височной долей) и подкорковых областей (внутренняя капсула, таламус и базальные ганглии) которые, как полагают, отвечают за поддержку целенаправленного внимания и моторно-исполнительных функций, функций языка, а также за некоторые аспекты памяти [18, 25, 33]. Помимо поврежденной структуры, на специфику когнитивных нарушений влияет и то, какое полушарие и в какой степени пострадало (таблица 1).

Таблица 1. Нарушения визуального восприятия у детей с ДЦП и топика поражения по данным МРТ головного мозга [35, 29, 26, 23, 32, 27]

Исследователи	N	Возраст	Форма ДЦП	Тесты	Результаты
Оценка визуального восприятия					
Yokochi et al., 1991	34	3–10	Спастическая диплегия	MPT, тест Tanaka-Binet Тест Векслера (WPPSI или WISC)	Отсутствие корреляции между MPT и оценкой когнитивных функций
Koeda & Takeshita, 1992	18	5–9	Спастическая диплегия	MPT, тест для оценки визуального восприятия Frostig, Тест Векслера (WISC-R)	Взаимосвязь между нарушением зрительного восприятия и MPT
Goto et al., 1994	41	4–8	Спастическая диплегия	MPT, тест Векслера (WPPSI, WISC-R)	Корреляция ПВЛ в теменно-

					затылочной области и нарушения зрительного восприятия
Fedrezzi et al., 1996	30	6–14	Спастическая диплегия	MPT, тест Векслера (WPPSI, WISC-R)	Корреляция ПВЛ и производительного IQ, отсутствие связи с вербальным IQ
Mercuri et al., 1996	14	6–19	Гемиплегия	MPT, различные тесты для оценки зрительной функции	Часто - нарушение визуальных функций, не всегда коррелируют с данными MPT
Guzetta et al., 2001	47	все	Гемиплегия	MPT, острота зрения, поля зрения, оптокинетический нистагм	Часто- нарушение визуальных функций, не всегда коррелируют с данными MPT

Таким образом, познавательная деятельность у детей с церебральным параличом тесно ассоциирована с процессами социальной адаптации больного индивидуума и обратимо взаимодействует с функциональной стимуляцией соответствующих топических зон в центральной нервной системе.

### **Особенности психического развития у детей с церебральным параличом**

Особенностью психического развития у детей с ДЦП является – инертность психических процессов, замедленность включения и переключения в заданиях, персеверативность мышления, перцептивные нарушения, недостаточность концентрации внимания и способности удерживать воспринятый материал, неустойчивость организационной деятельности, легкая утомляемость и быстрая истощаемость, наступающие при незначительном психическом и физическом напряжении. Запас сведений и общих представлений у детей с ДЦП, как правило, неравномерно снижен, (порой не знают вещей, которыми пользуются в быту) что обусловлено, во многом социальной депривацией, ограничением социальных контактов, госпитализмом, педагогической запущенностью.

Также недостаточность информационного запаса объясняется особенностями их двигательного дефекта, затрудняющего не только передвижение, но и познание свойств предметов окружающего мира путем манипулирования с ними. Более того, у детей с ДЦП нередко затруднена фиксация взора в связи со слабостью бинокулярного оптического фиксационного рефлекса и наличием стволовых нередуцированных рефлексов [2, 3, 10].

Другой своеобразной особенностью психического развития при ДЦП является неравномерный, диссоциированный характер интеллектуальной недостаточности – задержка формирования одних познавательных функций и относительная сохранность других.

Таким образом, 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 [5, 10, 12, 16].

Наряду с перечисленными общими особенностями интеллектуальной недостаточности отмечаются нарушения, характерные для определенных форм ДЦП, которые мы приводим в соответствии с классификацией К.А. Семеновой.

### ***Спастическая диплегия***

Спастическая диплегия — относительно благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций. При спастической диплегии структура задержки психического развития характеризуется своеобразной диссоциацией:

- удовлетворительное развитие вербального мышления, способность к абстракции и обобщению;
- преобладание нарушений пространственного гнозиса и праксиса (дети не усваивают «схему тела», не могут одеться из-за апраксии, путают верх-низ, право-лево, плохо ориентируются в пространстве, с трудом рисуют и овладевают письмом, счетом (вплоть до акалькулии));
- частые симптомы расстройства функционирования лобных отделов (недостаточное планирование, замедление темпов мышления);
- нарушения пространственных и временных представлений, слабость счетных операций.

Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьирует в широких пределах. При слабо выраженной интеллектуальной недостаточности проявляется парциальность, неравномерность развития отдельных психических функций: внимания, памяти, организации зрительно-пространственного гнозиса и праксиса. При более выраженной интеллектуальной недостаточности у детей со спастической диплегией эти проявления носят тотальный характер и занимают важное место в общем психическом недоразвитии ребенка [5, 6].

У 70—80% детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития [10].

Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции рук.

### ***Гемипаретическая форма***

В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения.

А) При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения:

- элементы оптико-пространственной аграфии (зеркальный рисунок и письмо, пальцевая агнозия, иногда апраксия, нарушения схемы тела и счета)
- легкие преходящие расстройства речи в форме моторной алалии, дислалии, стертой дизартрии, нарушения фонематического слуха, фонематической дисграфии, заикании, снижении уровня вербального мышления;

Б) При поражении правого полушария преобладают нарушения:

- специфические особенности слухоречевой памяти в виде нарушения непосредственного запечатления следов и порядка воспроизведения;
- нарушения восприятия лица и знакомой местности;
- пространственные нарушения (чаще проявляющиеся в наглядно-действенных заданиях в виде апраксии, слабой ориентировки в направлениях, иногда в игнорировании левой половины листа бумаги, элементах анозогнозии дефекта);
- отмечаются особенности эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности [1, 6, 9].

### ***Гиперкинетическая форма***

Гиперкинетическая форма церебрального паралича этио-патогенетически часто сочетается с нейросенсорной тугоухостью. Поэтому в структуре психических нарушений детей с гиперкинетической формой ДЦП выявляются следующие нарушения:

- речевые и слухоречевые расстройства (гиперкинетическая дизартрия на фоне нейросенсорной тугоухости, сенсорная алалия);
- недостаточность развития вербального мышления, что патогенетически связано с частыми слуховыми и слухоречевыми расстройствами;
- относительная сохранность наглядно-образного мышления, пространственных функций (рисование, конструирование, несмотря на гиперкинезы);
- диссоциация между кратковременной зрительной и слуховой памятью;



- прогноз благоприятен при своевременной диагностике и коррекции нарушений слуха

Прогностически гиперкинетическая форма ДЦП вполне благоприятна в отношении обучения и социальной адаптации [10, 12, 17].

#### ***Атонически-астатическая форма***

При атонически-астатической форме ДЦП для пациентов характерны интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма.

Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, некритичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. Достаточно часто, помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-астатической формой ДЦП, имеет место выраженная интеллектуальная недостаточность [10, 15].

#### ***Двойная гемиплегия (спастический тетрапарез)***

У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует либо больной произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей отмечается выраженный познавательный дефицит. Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Часто двигательные расстройства сопутствуют симптоматической эпилепсии, что также затрудняет интеллектуальное развитие.

Самостоятельное передвижение у таких пациентов резко затруднено. Тяжелый двигательный дефект рук, сниженная мотивация значительно осложняют самообслуживание и простую трудовую деятельность [12, 15].

#### **Особенности речи и коммуникативные нарушения у детей с церебральным параличом**

В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет до 80%. Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и

психической деятельности. Это онтогенетически молодые отделы мозга, которые наиболее интенсивно развиваются уже после рождения (премоторно-лобная, теменно-височная области коры головного мозга). Отставание в развитии речи при ДЦП связано также с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов [1, 5].

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология, ограничивающая возможности передвижения и познания окружающего мира. Отмечается клиническая и патогенетическая общность между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом. Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов, повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают звукопроизводительную сторону речи. В связи с недостаточностью кинестетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей. Отмечается определенная зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности.

Все перечисленные факторы определяют специфику нарушений доречевого и речевого развития детей с церебральным параличом. Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи. При ДЦП речевые расстройства затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии [7].

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

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

Основные речевые расстройства у детей с ДЦП [10]:

- дизартрия (спастико-паретическая, гиперкинетическая, атактическая, смешанные формы)
- заикание
- алалия
- задержка речевого развития
- ринолалия
- дисграфия
- дислексия

Речь как основное средство общения развивается через движение и в социальном контакте, и ее основа закладывается еще на первом году жизни ребенка. Когда у ребенка при ДЦП имеются отклонения сенсомоторной сферы, управления мимикой лица и жестами, кинестетического восприятия, контроля за дыханием и передвижением, артикуляции, звукопроизношения, исчезает возможность самостоятельно реализовывать себя в окружающем мире. Все это оказывает непосредственное влияние на развитие коммуникативной деятельности и психическое развитие в целом.

У детей с ДЦП в возрасте первых трех лет формируются те же мотивы и формы общения, что и у здоровых детей. Однако потребность в общении выражена менее интенсивно. Это можно объяснить как естественной гиперопекой взрослых по отношению к больному ребенку, так и слабой познавательной активностью детей, обусловленной сенсомоторной недостаточностью и социальной изоляцией в домашних условиях. Отставание в развитии средств общения связано также с малой коммуникативной активностью ребенка с ДЦП и с недостаточным развитием функций, включающих моторные компоненты. Ослабленная когнитивная деятельность и отсутствие коммуникативного опыта — основные факторы, влияющие на формирование коммуникативных навыков.

Выделяют пять типов коммуникативных нарушений при ДЦП [10]:

- связанных с нарушением движений;
- связанных с повреждением мозга;
- из-за длительной социальной изоляции;
- из-за эмоциональных проблем;
- в связи с физическим дефектом.

Когда ребенок с двигательными нарушениями пытается начать разговор, ему приходится сталкиваться с разными сложностями. Кроме того, ему сложно зачастую

установить контакт, так как нередко его взгляды, движения, слова бывают неверно поняты. После неудач в контактах у детей с ДЦП редко появляется желание инициативы.

Двигательные нарушения влияют и на невербальное общение. Если руками невозможно делать понятные жесты, передача сообщений усложняется. Навыки невербального общения будут развиваться только тогда, когда окружающие встретят подобные попытки с пониманием.

Нарушение социальных контактов приводит к ряду отклонений в формировании личности у детей с патологией опорно-двигательного аппарата и при отсутствии или недостаточно квалифицированной психолого-педагогической коррекции могут вызвать появление негативных черт характера.

#### **Нарушение формирования эмоционально-волевой сферы**

У детей с церебральным параличом наблюдается задержка в развитии эмоциональных реакций. Независимо от степени двигательных дефектов у детей с ДЦП встречаются нарушения эмоционально-волевой сферы [9]:

- повышенная возбудимость
- чрезмерная чувствительность ко всем внешним раздражителям
- пугливость, наличие страхов (высоты, закрытых дверей, темноты, новых предметов)
- нерешительность и неуверенность в себе
- высокий уровень тревожности (как правило, обусловлен церебрально-органической недостаточностью, частой госпитализацией, переживанием по поводу физической недостаточности)
- недостаточность интеллектуального контроля над поведением
- неуравновешенность, эмоциональная неустойчивость
- высокая степень фрустрированности, повышенная зависимость от окружающих, конформность, уход от конфликта
- доминирование тревожно-депрессивного фона настроения
- у одних детей отмечаются беспокойство, суетливость, расторможенность, у других, напротив, — вялость, пассивность, безынициативность и двигательная заторможенность
- повышенная фиксация на имеющихся препятствиях, на трудностях нахождения оптимального, рационального выхода из конфликта, их внутренняя беспомощность, неспособность самостоятельно справиться с жизненными трудностями, пассивность, несамостоятельность в разрешении конфликта

- повышенная впечатлительность, обидчивость, болезненно реагируют на тон голоса, на малейшие замечания, чутко подмечают изменения в настроении окружающих. У них легко возникают реакции недовольства, упрямства и негативизма.

Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом; у детей с сохранным интеллектом — реже, чем у интеллектуально сниженных, а у детей со спастическими формами — реже, чем у детей с гиперкинетической формой заболевания.

Дети с церебральным параличом растут пугливыми, они теряются в новых условиях. В школе такие дети тревожны, испытывают страх перед устным ответом, нередко у них возникает заикание или появляются насильственные движения. Они ничем не увлекаются, все свободное время тратят на приготовление уроков, стремятся заучить заданное наизусть. Все это препятствует их познавательному развитию и снижает социальную адекватность их поведения [11, 13].

С возрастом детей с ДЦП значимость эмоционально-волевых компонентов личности увеличивается. Преобладание безобвинительных и препятственно-доминантных реакций на фрустрацию указывает на неадекватные способы психологической защиты, что проявляется в уходе от конфликта с целью уменьшения эмоционального дискомфорта. Такие защитные механизмы являются иррациональными и в значительной степени негативно отражаются на особенностях поведения больного ребенка.

#### **Нарушение формирования личности ребенка с ДЦП**

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 ограничения собственных возможностей, имеет место социальная депривация и неправильное воспитание. Двигательные ограничения существенно влияют 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, ижнеживающее воспитание больного ребенка [11, 12].

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 [8,14].

При нарушенном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражено чувство «неполноценности», но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации [15].

### **Инфантилизм**

Как вариант нарушений личности, при ДЦП чаще всего встречается психический инфантилизм. Поражение незрелого головного мозга приводит к тому, что формирование лобных долей происходит замедленно и неравномерно, что является причиной изменений личности [17].

Специфическим условием развития психического инфантилизма является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, что связано с двигательной и речевой недостаточностью при ДЦП.

Незрелость эмоционально-волевой сферы сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у отдельных детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в целенаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей более раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладают двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность [17].

Выделено три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом: невропатический, церебрастенический и органический.

Формирование личности детей с церебральным параличом связано как с поражением центральной нервной системы, так и с особенностями их воспитания и окружения. Специфика ДЦП определяет некоторые особенности формирования личности. Прослеживается связь развития личности с тяжестью и характером двигательных нарушений. При более тяжелых формах заболевания, когда ребенок длительное время нуждается в уходе и помощи со стороны взрослых и у него резко ограничены социальные контакты, предметно-манипулятивная деятельность, отклонения в развитии личности по типу психического инфантилизма проявляются в более выраженной и осложненной форме [12].

Специфика двигательного поражения, связанная с вовлечением в патологический процесс различных мозговых структур, также оказывает определенное влияние на особенности развития личности детей с церебральным параличом. Так, при спастической диплегии наиболее часто наблюдаются проявления невропатической формы осложненного психического инфантилизма с преобладанием процессов торможения, повышенной пугливости, неуверенности в своих силах. При сочетании спастичности с гиперкинезами, когда пораженными бывают как корковые отделы двигательного анализатора, так и подкорковые структуры, а также при гиперкинетической форме заболевания с преимущественными поражениями подкорковых мозговых структур, преобладает церебрастеническая форма осложненного психического инфантилизма и различными проявлениями аффективного поведения [17].

### **Диагностика нарушений психического развития у детей с церебральным параличом**

Психодиагностика позволяет определить особенности актуального психического состояния и потенциальных возможностей психического развития (зоны ближайшего развития) ребенка с ДЦП.

В процессе психодиагностики детей и подростков с ДЦП необходимо соблюдать ряд основных принципов[17]:

1. **деятельностный** принцип, направленный на проведение психологического обследования в контексте деятельности, доступной ребенку с ДЦП: предметно-практической, игровой, учебной;
2. **принцип качественного анализа** полученных данных психологического обследования. Это принцип, построенный на концепции Л.С. Выготского об определяющей роли обучения в процессе развития ребенка, является чрезвычайно важным при психологической диагностике нарушений развития. Для психолога важен не только конечный результат выполнения тестового задания, но и способ

работы ребенка, умение его переносить усвоенные навыки на новое задание, отношение ребенка к заданию, собственная оценка его результатов;

3. **принцип личностного подхода** в процессе диагностики психолог анализирует не отдельный симптом, а личность ребенка в целом;
4. **принцип сравнительного подхода** при изучении нарушенного развития психолог должен правильно ориентироваться в особенностях психического развития здорового ребенка;
5. **принцип комплексного подхода** к диагностике психического развития ребенка включает учет множества факторов, лежащих в основе нарушений развития ребенка с ДЦП: клинических, педагогических, психологических, социальных.

При обследовании детей с нарушениями развития очень важно учитывать такие показатели, как уровень сформированности изобразительной деятельности и состояние зрительного восприятия, пространственных представлений, моторных функций.

При исследовании ребенка с выраженными двигательными нарушениями необходимо ввести задания для оценки уровня двигательного развития, мелкой моторики, пространственных представлений. В этих случаях может использоваться схема обследования двигательных навыков, представленная в **приложении № 1** и схема для определения уровня развития навыков самообслуживания, представленная в **приложении № 2** [9].

При обследовании подростка с двигательными нарушениями необходимо оценить уровень его бытовой и социальной адаптации. Это можно сделать с помощью специальной шкалы навыков, представленной в **приложении № 3**[9].

Специфической особенностью психологического изучения детей с ДЦП является использование обучающего эксперимента для получения долговременного прогноза развития ребенка.

Критерии, по которым оцениваются результаты обучающего эксперимента:

- 1) **ориентировочная деятельность**, которая у здоровых детей носит активный характер и нарушается при сниженной умственной работоспособности и психическом недоразвитии;
- 2) **способность к восприятию помощи**. Оценка проводится по количеству полученных ребенком уроков-подсказок. Здоровым детям их требуется от 1 до 5, интеллектуально сниженным - до 20;
- 3) **способность** ребенка **давать словесные формулировки** того признака, на основании которого он выполнял задания.



Самое широкое распространение из всех интеллектуальных тестов в отечественной психодиагностике получила методика Д. Векслера. Существует специально адаптированный к условиям нашей страны вариант методики, предназначенный для изучения интеллектуального развития детей от 5 до 16 лет. Преимуществом теста Векслера является то, что он позволяет получить представление не только об общем уровне интеллекта, но и об особенностях его структуры благодаря объединению в нем субтестов, направленных на исследование различных вербальных и невербальных (в детском варианте - 12) интеллектуальных характеристик, степень выраженности которых вычисляется по единой 20-балльной шкале. Это дает возможность установить, какие стороны интеллектуальной деятельности сформированы у ребенка хуже всего, за счет каких может происходить компенсация, сравнить его достижения со средними нормами и результатами обследования других детей.

Используя данную методику, прежде всего, необходимо учитывать и строго фиксировать все индивидуальные особенности испытуемых, характер их поведения во время обследования. Это позволит более точно оценить имеющиеся у них интеллектуальные нарушения и даст возможность установить, какое влияние на процесс выполнения заданий оказывают личностные и другие факторы. Наибольший интерес представляют следующие показатели:

1. **особенности общения ребенка с экспериментатором:** легко ли он вступает в контакт, задает ли вопросы и какие, рассказывает что-нибудь о себе и т. д.;

2. **особенности мотивации:** вызывают ли задания интерес, какова реакция на неуспех, как ребенок оценивает свои возможности и достижения;

3. **динамические характеристики деятельности:** импульсивность, расторможенность, поспешность в выполнении заданий или заторможенность, медлительность, истощаемость;

4. **особенности внимания:** отвлекаемость, переключаемость, колебания внимания, показатели самоконтроля;

5. **характеристики моторики:** быстрота движений, координация, сила мышечного тонуса, точность движений и т. д.;

6. **речевые особенности:** несформированность фразовой речи, трудности произношения, неверное употребление слов, оговорки, речевая инертность, нарушение регулирующей функции речи;

7. **способы выполнения заданий:** решает методом проб и ошибок или применяет логические приемы, переносит ли найденный способ на аналогичные задания и т. д.

По мнению многих отечественных и зарубежных исследователей, нейропсихологические методики целесообразно применять в комплексе клинко-психологического изучения детей с ДЦП, так как полученные таким образом данные позволяют оценить состояние зрительного и слухового восприятия, праксиса, речи, памяти - тех функций, которые обеспечивают возможность овладения элементарными школьными навыками (чтение, письмо, счет, решение арифметических задач) [9].

Кроме частных нарушений перечисленных выше психических функций трудности обучения детей могут быть обусловлены общими неспецифическими расстройствами мозговой деятельности, отражающими дискоординацию корково-подкорковых взаимодействий.

Как следует из вышесказанного, данные нейропсихологического исследования аномального ребенка позволяют уточнить структуру нарушений познавательной деятельности, что чрезвычайно важно при решении вопросов прогноза и индивидуализации психолого-педагогической помощи.

Модификация нейропсихологической методики А.Р. Лурия, адаптированной для исследования детей с явлениями познавательной недостаточности, представленная в **приложении № 4**, позволяет:

1) выделить основные критерии качественной оценки состояния высших психических функций;

2) определить критерии качественно-количественной оценки состояния высших психических функций для определения степени их нарушения, для возможности сравнения результатов повторных исследований одного и того же ребенка в процессе коррекционной работы с ним, а также сравнения нейропсихологических характеристик детей одного возраста однородных либо разнородных клинических групп.

Для выявления личностных особенностей в психодиагностике используются специальные методики: личностные опросники (опросник Г. Айзенка, ММРІ, шкала тревожности Дж. Тейлора, 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла, ПДО Личко, ЛОБИ и т. п.) и проективные методы (тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, тематический апперцептивный тест (ТАТ, САТ), тест Роршаха, тест цветовых предпочтений Люшера, рисуночные тесты: «Нарисуй человека» и его варианты, «Дом—дерево—человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи» и т.д.)

По результатам диагностики должны быть:

— выявлены нарушения психической деятельности, их механизмы для определения

- перспектив реабилитации;
- выявлены наиболее сохранные психические функции, чтобы «задействовать» компенсаторные механизмы, что крайне важно, особенно когда нарушенная функция не подлежит восстановлению;
  - осуществлена оценка тех особенностей психической деятельности, которые будут способствовать успешной социальной интеграции ребенка на разных этапах возрастного развития [17].

### **Дифференциация задержки психического развития и интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости)**

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. Факторами, затрудняющими разграничение задержки психического развития и умственной отсталости при ДЦП являются:

- двигательные, речевые, зрительные и слуховые нарушения;
- выраженный церебрастенический синдром;
- уровень мыслительных операций зависит от недостаточного знакомства с объектами и явлениями окружающей действительности, что является причиной затруднения в формировании обобщенных способов мышления, и определяет необходимость длительного наблюдения за ребенком с целью выявления динамики их развития;
- слабость волевых побуждений;
- педагогическая запущенность вследствие игнорирования родителями интеллектуального дефекта у ребенка, социального неблагополучия семьи;
- в ряде случаев внешний вид пациента создает обманчивое впечатление псевдоумственной отсталости.

### **Основные направления коррекционной работы при ДЦП**

Основной целью коррекционной работы при ДЦП является оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни,

обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Коррекционно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия — согласованность действий специалистов различного профиля: невролога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции [12].

Комплексный характер коррекционно-педагогической работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция развития всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

Крайне необходимо раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции. Раннее выявление патологии психического и речевого развития и своевременное коррекционное воздействие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые нарушения у детей с церебральным параличом в старшем возрасте. Необходимость ранней коррекционно-логопедической работы при ДЦП вытекает из особенностей детского мозга — его пластичности универсальной способности к компенсированию нарушенных функций, а также из того, что наиболее оптимальными сроками созревания речевой функциональной системы являются первые три года жизни ребенка. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок [7].

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

Для того чтобы тщательно изучить и выявить структуру психических и речевых нарушений, необходимо динамическое наблюдение за развитием ребенка в течение длительного времени. При этом эффективность диагностики и коррекции значительно повышается. Для удобства сравнения первичного обследования и динамики после

коррекции в **приложении № 5** представлена схема обследования ребенка [9]. Это особенно важно при коррекционной работе с детьми с тяжелыми и сочетанными нарушениями.

При ДЦП важно развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательного-кинестетического анализатора. Желательно опираться одновременно на несколько анализаторов (зрительный и тактильный, тактильный и слуховой).

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

Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка является залогом эффективности коррекционно-педагогической работы. В силу огромной роли семьи в процессах становления личности ребенка необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Родители — важнейшие участники педагогической работы, организуемой с ребенком, особенно если он по тем или иным причинам не посещает образовательное учреждение. Для создания благоприятных условий воспитания в семье необходимо знать особенности развития ребенка, его возможности и перспективы развития. Следует соблюдать правильный режим дня, организовать целенаправленные коррекционные занятия, сформировать адекватную самооценку и правильное отношение к двигательному дефекту, развить необходимые в жизни волевые качества. Для этого требуется активное включение ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность. Важно, чтобы ребенок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду). В результате у него появляется интерес к труду, чувство радости от сознания полезности своего труда, уверенность в своих силах. Часто родители, желая избавить ребенка от трудностей, постоянно опекают его, оберегают от всего, что может огорчить, не дают ничего делать самостоятельно. Такое воспитание по типу гиперопеки приводит к пассивности и отказу от деятельности [7].

Доброе, терпеливое отношение близких должно сочетаться с определенной требовательностью к ребенку. Нужно постепенно развивать у ребенка правильное отношение к своим возможностям. И ни в коем случае родители не должны стыдиться больного ребенка. Тогда и он сам не будет стыдиться своей болезни, уходить в себя, ограничивать социальные контакты.

## Литература

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. — М.: Просвещение, 1989. — 77 с.
2. Бадалян Л. О. Детская неврология : учеб. Пособие / Л. О. Бадалян. — М.: МЕДпресс-информ. 2010. — 608 с. : ил.
3. Бадалян Л. О., Журба Л.Т., Тимонина О. В. Детский церебральный паралич. — Киев: Здоровье, 1988. — 327 с.
4. Ипполитова М. В, Бабенкова Р. Д. , Мастюкова Е. М. Воспитание детей с церебральным параличом и семье. — М. , 1993.
5. Ипполитова М. В. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом — М. , 1989.
6. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Вища шк. Головное изд-во, 1987. — 272 с.
7. Кроткова А. В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом. — М.: ТЦ Сфера, 2007. — 144с.
8. Левченко И. Ю. Патопсихология: Теория и практика. — М.: Издательский центр «Академия», 2000. — 232 с.
9. Левченко И. Ю., Киселева Н. А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития. — М.: Издательство «Книголюб», 2008. — 160с.
10. Левченко И. Ю., Приходько О. Г., Гусейнова А. А. Детский церебральный паралич: Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками. — М.: Книголюб, 2008. — 176с.
11. Лильин Е.Т. Особый ребенок. Знайте и умеете. Пособие для родителей, имеющих детей с церебральным параличом. Москва, 2007. — 150 с.: ил.
12. Мастюкова Е. М. Дети с церебральным параличом. Специальная психология / под.ред. В. И. Лубовского. — М., 2003.
13. Нэнси Р. Финни. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие. Книга для родителей. — Изд-во Тервинф, 2009. — 336с.
14. Семенова К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. — М., 2007.
15. Семенова К. А., Махмудов Н. М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент, 1979.

16. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. Хрестоматия. Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений. / СПб., Изд-во «Дидактика Плюс». – 2003. 520 с.
17. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Психология детей с нарушением опорно-двигательного аппарата: Учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2004. – 368 с.: ил. – (Коррекционная педагогика).
18. Bates, E., Thal, D., Trauner, D., Fenson, J., Aram, D., Eisele, J., et al. (1997). From first words to grammar in children with focal brain injury. *Developmental Neuropsychology*, 13, 275–343.
19. Beckung E, Hagberg G. Neuroimpairments, activity limitations, and participation restrictions in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2002;44:309–316.
20. Cans C., McManus V., Crowley M., Guillem P., Platt M. J., Johnson A., Arnaud C. on behalf of the SCPE collaboratived group. Cerebral palsy of post-neonatal origin: characteristics and risk factors. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2004;18:214-220.
21. Catroppa, C., & Anderson, V. (2007). Recovery in memory function, and its relationship to academic success, at 24 months following pediatric TBI. *Child Neuropsychology*, 13, 240–261.
22. Fazzi, E., Bova, S. M., Uggetti, C., Signorini, S. G., Bianchi, P. E., Maraucci, I., et al. (2004). Visual-perceptual impairment in children with periventricular leukomalacia. *Brain & Development*, 26, 506–512.
23. Fedrizzi, E., Inverno, M., Bruzzone, M. G., Botteon, G., Saletti, V., & Farinotti, M. (1996). MRI features of cerebral lesions and cognitive functions in preterm spastic diplegic children. *Pediatric Neurology*, 15, 207–212.
24. Freud S (1968). *Infantile Cerebral Paralysis*. University of Miami Press, Coral Gables, FL, USA (Original work published in 1897).
25. Gathercole, S. E. (1998). The development of memory. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 3–27.
26. Goto, M., Ota, R., Iai, M., Sugita, K., & Tanabe, Y. (1994). MRI changes and deficits of higher brain functions in preterm diplegia. *Acta Paediatrica*, 83, 506–511.
27. Guzzetta, A., Fazzi, B., Mercuri, E., Bertuccelli, B., Canapicchi, R., van Hof-van Duin, J., et al. (2001). Visual function in children with hemiplegia in the first years of life. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 321–329.
28. Hidecker MJC, Paneth N, Rosenbaum PL, et al. Developing and validating the Communication Function Classification System (CFCFS) for individuals with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2011; 53: 704–10.
29. Koeda, T., & Takeshita, K. (1992). Visuoperceptual impairment and cerebral-lesions in spastic diplegia with preterm birth. *Brain & Development*, 14, 239–244.

30. Little WJ (1862). On the influence of abnormal parturition, difficult labours, premature birth, and asphyxia neonatorum, on the mental and physical condition of the child, especially in relation to deformities. *Trans Obstet Soc Lond* 3:293–344.
31. Luciana, M. (2003). Cognitive development in children born preterm: Implications for theories of brain plasticity following early injury. *Development and Psychopathology*, 15, 1017–1047.
32. Mercuri, E., Spano, M., Bruccini, G., Frisone, M. F., Trombetta, J. C., Blandino, A., et al. (1996). Visual outcome in children with congenital hemiplegia: Correlation with MRI findings. *Neuropediatrics*, 27, 184–188.
33. Mirsky, A. F., Anthony, B. J., Duncan, C. C., Ahearn, M. B., & Kellam, S. G. (1991). Analysis of the elements of attention: A neuropsychological approach. *Neuropsychological Review*, 2, 109–145.
34. Palisano R., Rosenbaum P., Walter S. et al. Development and Reliability of a System to Classify Gross Motor Function in Children with Cerebral Palsy // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 1997. — V. 39. — P. 214-223.
35. Yokochi K, Aiba K, Kodama M, Fujimoto S (1991) Magnetic resonance imaging in athetotic cerebral palsied children. *Acta Paediatr Scand* 80:818–823.



## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение № 1. Схема обследования двигательных навыков

<b>Удерживает вертикальное положение:</b>	
сидя	
стоя	
<b>Передвигается:</b>	
в коляске	
с костылями	
с опорой на трость	
самостоятельно в пределах помещения	
самостоятельно на значительные расстояния	
<b>Ведущая рука:</b>	
правая	
левая	
<b>Развитие манипулятивной функции:</b>	
резко ограничена	
частично ограничена	
не ограничена	
<b>Участие пораженной руки в игре и процессах самообслуживания:</b>	
функция 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	

### Приложение № 2. Схема обследования развития навыков самообслуживания

<b>Навыки личной гигиены</b>	
умывается	не владеет;
чистит зубы	частично владеет;
расчесывает волосы.	полностью владеет
<b>Самообслуживание в одевании и раздевании</b>	
Раздевание	не одевается; одевается с чьей-то помощью; одевается сам, кроме застегивания пуговиц и шнуровки обуви;
Одевание	одевается полностью
<b>Самообслуживание при приеме пищи</b>	

Не ест сам	
сам ест твердую пищу (хлеб, пряник)	
сам пьет из кружки	
сам ест ложкой	
полностью пользуется столовыми приборами	

**Приложение № 3.  
Шкала навыков**

Пользование ванной;
умение мыться;
забота о волосах, ногтях;
вытирание полотенцем;
использование общественного туалета;
надевание одежды и обуви и уход за ними;
употребление основной кухонной утвари;
умение пользоваться газовыми и электрическими плитами;
использование шкал и мер;
приготовление простых блюд;
выполнение основных домашних поручений;
простая стирка и глажение;
пользование телефоном и умение сделать срочный вызов (врача, пожарных);
самостоятельное пользование общественным транспортом и знание правил пешехода;
езда на велосипеде;
овладение основными предосторожностями против возникновения пожара;
умение обратиться за помощью в необходимых случаях;
распознавание цвета;
понимание показаний часов с латинскими и арабскими цифрами на циферблате;
пользование будильником;
счет наизусть;
совершение простых счетных операций;
знание денежных купюр и монет;
использование денег при покупках;
простое письмо, значение и написание имени и адреса;
чтение социально значимых слов;
умение правильно стоять, сидеть и ходить;
прием лекарств по назначению, оказание элементарной первой помощи.
<b>Социальные навыки</b>
Установление и поддержание отношений с окружающими, умение получать удовлетворение от этих отношений;
умение правильно реагировать на замечания;
проявление нормальной реакции на доброту и любовь;
овладение основными речевыми навыками;
умение начинать разговор;
пользование формулами вежливости: «пожалуйста», «спасибо» и др.;
умение получить совет;

пользование столовой;
умение назначить встречу и быть вовремя при приглашении;
осознание опасности чрезмерного курения и выпивки;
осознание моральных норм, относящихся к сексуальному поведению;
знание функции таких государственных учреждений, как милиция, больница;
умение пригласить и развлечь дома гостей.
<b>Трудовые навыки</b>
Способность использовать простые инструкции;
употребление простейших моторов;
выполнение обычных домашних обязанностей;
способность переносить усталость;
принятие указаний и руководства;
принятие ответственности;
принятие роли подчиненного;
пунктуальность;
умение устанавливать отношения в процессе работы.
<b>Отдых и развлечения</b>
Умение организовать свободное время;
установление дружеских отношений;
участие в клубных занятиях и кружках;
увлечение чем-либо (хобби);
посещение библиотек и музеев;
понимание в доступных пределах музыки и искусства;
способность танцевать;
умение «пользоваться» кинотеатрами и местами развлечений.

**Приложение № 4.**  
**Схема нейропсихологического обследования ребенка**

Исследование зрительного гнозиса; цветовой предметный гнозис:	подбор по образцу и называние цветов (4 цвета); подбор по образцу геометрических фигур; узнавание контурных изображений; узнавание перечеркнутых изображений.
Исследование слухового гнозиса:	различение ритмических последовательностей.
Исследование пространственного восприятия:	ориентировка в сторонах собственного тела и тела напротив сидящего; дифференцировка пространственных понятий.
Исследование временного восприятия:	называние частей суток; называние времен года; называние дней недели.
Исследование конструктивного праксиса:	складывание разрезных карточек; рисование без образца.
Исследование движений и действий:	анализ элементарных компонентов движений; выявление синкинезий (пробы Заззо); оптико-кинестетическая организация движений (пробы на праксис позы); зрительно-пространственная организация движений (проба Хеда).

Исследование памяти:	заучивание 10 слов при 4-кратном предъявлении.
Исследование речи.	исследование экспрессивной речи; название предметов и действий; составление фраз (исследование возможности комбинирования слов во фразы и качества грамматического конструирования); составление рассказа по сюжетной картинке (исследование уровня развития и качества связной речи); исследование произношения всех групп звуков;
Исследование фонематического слуха:	а) опознавание звука в слове; б) опознавание позиции звука в слове; понимание значений слов, обозначающих предметы и действия; понимание предложений (исследование различения смысла на основе грамматических значений слова).
<b>Исследование мышления</b>	
Исследование наглядно-действенных форм мышления:	классификация объектов по одному признаку; классификация объектов по двум признакам.
Исследование вербально-логических форм мышления:	сравнение и различение понятий; классификация предметов; исключение предметов; установление последовательности событий.
Исследование графических навыков:	проведение прямой линии; проведение прямой линии слева направо; проведение прямой линии сверху вниз; проведение линии короче данной, длиннее данной; соединение точек; рисование волнистых и ломаных линий; рисование геометрических фигур (квадрат, треугольник, круг).
Нейропсихологическое обследование детей школьного возраста дополняется изучением чтения, письма, счетных операций, решения задач	

## Приложение № 5

### Общая схема психологического обследования ребенка

Ф.И.О.

Возраст.

**КОНТАКТ (речевой, жестовый, мимический):**

в контакт не вступает; проявляет речевой негативизм; 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.

**Эмоционально-волевая сфера:**

1) активен / пассивен; деятелен / инертен; бодрый / вялый;

работает с удовольствием / из подчинения;

2) неадекватное поведение; двигательная расторможенность; агрессивность;

избалованность;

колебания настроения;

конфликтность;

страхи.

**Состояние слуха** (норма, тугоухость, глухота).

**Состояние зрения** (норма, близорукость, дальнозоркость, косоглазие, атрофия зрительного нерва, слобовидение, слепота).

**Моторика:**

1) ведущая рука (правая, левая);

2) развитие манипулятивной функции рук:

отсутствует хватание;

резко ограничена (манипулировать не может, но есть хватание);

ограничена;

недостаточная мелкая моторика; сохранная;

3) согласованность действий рук: отсутствует;

N;

4) тремор. Гиперкинезы. Нарушение координации движений.

**Внимание** (длительность сосредоточения, стойкость, переключение):

ребенок плохо сосредоточивается, с трудом удерживает внимание на объекте (низкая концентрация и неустойчивость внимания);

внимание недостаточно устойчивое, поверхностное;

быстро истощается, требует переключения на другой вид деятельности;

плохое переключение внимания;

внимание достаточно устойчивое. Длительность сосредоточения и переключения внимания удовлетворительная.

**Реакция на одобрение:**

адекватная (радуется одобрению, ждет его);

неадекватная (на одобрение не реагирует, равнодушен к нему).

**Реакция на замечание:**

адекватная (исправляет поведение в соответствии с замечанием); адекватная (обижается);

нет реакции на замечание; негативная реакция (делает назло).

**Отношение к неудаче:**

неудачу оценивает (замечает неправильность своих действий, исправляет ошибки);

отсутствует оценка неудачи;

негативная эмоциональная реакция на неудачу или собственную ошибку.

**Работоспособность:**

крайне низкая; снижена;

достаточная.

**Характер деятельности:**

отсутствие мотивации к деятельности;

работает формально;

деятельность неустойчивая;

деятельность устойчивая, работает с интересом.

**Обучаемость, использование помощи** (во время обследования):

обучаемость отсутствует. Помощь не использует;

нет переноса показанного способа действия на аналогичные задания;

обучаемость низкая. Помощь использует недостаточно. Перенос знаний затруднен;

ребенок обучаем. Использует помощь взрослого (переходит от более низкого способа

выполнения заданий к более высокому). Осуществляет перенос полученного способа

действия на аналогичное задание (N).

**Уровень развития деятельности:**

1) проявление интереса к игрушкам, избирательность интереса. Стойкость игрового интереса (длительно ли занимается одной игрушкой или переходит от одной к другой):

интереса к игрушкам не проявляет (с игрушками никак не действует; в совместную игру со взрослыми не включается, самостоятельной игры не организует);

проявляет поверхностный, не очень стойкий интерес к игрушкам;

проявляет стойкий избирательный интерес к игрушкам;

2) адекватность употребления игрушек:

совершает неадекватные действия с предметами (нелепые, не диктуемые логикой игры или качеством предмета действия);

игрушки использует адекватно (использует предмет в соответствии с его назначением);

3) характер действий с предметами-игрушками:

неспецифические манипуляции (со всеми предметами действует одинаково, стереотипно - постукивает, тянет в рот, сосет, бросает);

специфические манипуляции - учитывает только физические свойства предметов;

предметные действия - использует предметы в соответствии с их функциональным назначением;

процессуальные действия;

цепочка игровых действий;

игра с элементами сюжета;

сюжетно-ролевая игра.

### **Запас общих представлений:**

низкий, ограничен; несколько снижен; соответствует возрасту (N).

**Знание частей тела и лица** (визуальная ориентация).

### **Зрительное восприятие:**

1) восприятие цвета:

представление о цвете отсутствует;

сличает цвета;

различает цвета (выделяет по слову);

узнает и называет основные цвета (N- в 3 года);

2) восприятие величины:

представление о величине отсутствует;

соотносит предметы по величине;

дифференцирует предметы по величине (выделение по слову);

называет величину (N - в 3 года); 3) восприятие формы:

нет представления о форме;

соотносит предметы по форме;

различает геометрические формы (выделяет по слову);

называет (плоскостные и объемные) геометрические формы (Mб-в 3 года).

### **Складывание матрешки (трехсоставная - от 3 до 4 лет; четырех-составная - от 4 до 5 лет; шестисоставная - от 5 лет):**

действия неадекватные / адекватные; способы выполнения задания:

действие силой;

перебор вариантов;

целенаправленные пробы (N- до 5 лет);

примеривание;

зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно).

### **Включение в ряд (шестисоставная матрешка - с 5 лет):**

действия неадекватные / адекватные; способы выполнения задания:

без учета величины;

целенаправленные пробы (N-до 6 лет);

зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно).

### **Складывание пирамидки (до 4 лет - 4 кольца; с 4 лет - 5-6 колец):**

действия неадекватные / адекватные; без учета величины колец; с учетом величины колец: пробы;

примеривание;

зрительное соотнесение (N - с 6 лет обязательно).

Кубики-вкладыши (пробы, перебор вариантов, примеривание, зрительное соотнесение)

**Почтовый ящик (с 3 лет):**

действие силой (допустимо в N до 3,5 лет);

перебор вариантов;

пробы;

примеривание;

зрительное соотнесение (N с 6 лет обязательно).

**Парные картинки (с 2 лет; выбор по образцу из двух, четырех, шести картинок)**

**Конструирование:**

1) конструирование из строительного материала (по подражанию, по образцу, по представлению);

2) складывание фигур из палочек (по подражанию, по образцу, по представлению).

**Восприятие пространственных соотношений:**

1) ориентировка в сторонах собственного тела и зеркальное отображение;

2) дифференцирование пространственных понятий (выше-ниже, дальше - ближе, справа - слева, впереди - сзади, в центре);

3) целостный образ предмета (складывание разрезных картинок из 2-3-4-5-6 частей; разрез по вертикали, по горизонтали, по диагонали, ломаной линией);

4) понимание и использование логико-грамматических конструкций (N с 6 лет).

**Временные представления:**

части суток (N с 3 лет); времена года (N с 4 лет); дни недели (N с 5 лет);

понимание и использование логико-грамматических конструкций (N с 6 лет).

**Количественные представления:**

порядковый счет (устно и пересчет предметов);

определение количества предметов;

выделение нужного количества из множества;

соотнесение предметов по количеству;

понятия «много» - «мало», «больше» - «меньше», «поровну»;

счетные операции.

**Память:**

1) механическая память (в пределах возрастной N, снижена);

2) опосредствованная (вербально-логическая) память (N, снижена).

**Мышление:**

уровень развития мышления:

наглядно-действенное;

наглядно-образное; элементы абстрактно-логического мышления.

**Классификация предметов.**

«Четвертый - лишний» (исключение не подходящих к группе предметов и понятий).

Понимание картин с нелепым, бессмысленным сюжетом.

Понимание картин со скрытым смыслом.

Последовательность событий (серия сюжетных картин).

Заключение специалиста