

О.Г. Приходько

РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ  
С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ  
В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Монография*

Санкт-Петербург  
Издательство РГПУ им. А.И.Герцена  
2008

ББК

Публикуется по решению президиума  
редакционно-издательского совета  
РГПУ им. А.И.Герцена

Рецензенты:

доктор пед. наук, проф. **В.З Кантор**  
(РГПУ им. А.И.Герцена)  
канд. пед. наук, проф. **Л.Б.Халилова**  
(МПГУ им. В.И.Ленина)

**Приходько О.Г.**

Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации. Монография – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2008. – 208 с.

ISBN

В книге представлена педагогическая система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом. Данная система разработана и апробирована в процессе многолетнего экспериментального изучения и обучения детей раннего возраста с ДЦП. Подробно рассмотрена функциональная модель ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям.

Книга предназначена для специалистов медико-психолого-педагогического профиля, работающих с детьми с двигательной церебральной патологией, преподавателей и студентов факультетов специальной педагогики и специальной психологии, педагогов-практиков, родителей детей с ДЦП.

ISBN

ББК

© О.Г.Приходько, 2008

© Издательство РГПУ им. А.И.Герцена, 2008

## СОДЕРЖАНИЕ

|   | Стр. |
|---|------|
| Введение  | 4    |
| Глава 1. Современное состояние проблемы медико-психолого-педагогической реабилитации детей с двигательной патологией                                      | 8    |
| 1.1. Современные тенденции в специальном образовании  | 8    |
| 1.2. Клиническая характеристика детей с церебральным параличом  | 12   |
| 1.3. Формы детского церебрального паралича.   | 18   |
| 1.4. Особенности психического развития детей с церебральным параличом   | 23   |
| 1.5. Специфика речевого развития детей с церебральным параличом   | 32   |
| 1.6. Проблема коррекционной помощи детям с двигательной церебральной патологией   | 37   |
| Глава 2. Методологические основы организации системы ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом | 44   |
| Глава 3. Изучение особенностей основных линий развития детей раннего возраста с церебральным параличом  | 57   |
| 3.1. Задачи, организация и методика экспериментального изучения детей раннего возраста с церебральным параличом   | 57   |
| 3.2. Результаты комплексного изучения двигательного, социального, познавательного и речевого развития детей экспериментальной группы                      | 77   |
| Глава 4. Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей работы с детьми от 1 до 3 лет с церебральным параличом                    | 99   |
| Заключение  | 144  |
| Библиографический список  | 146  |

## Введение

В настоящее время перемены, происходящие в обществе, социокультурном пространстве затрагивают и специальное образование, где процессы интеграции, гуманизации, культуросообразности, личностно-ориентированной направленности образовательного процесса, разработка системы медико-психолого-педагогического сопровождения является необходимым условием полноценного развития каждого ребенка с проблемами в развитии, обеспечивает их самореализацию в культурном социуме. Сегодня под специальным образованием понимается обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями, направленные на их наиболее полную социализацию и интеграцию в общество, а также учет индивидуальных особенностей детей для достижения максимально возможного уровня образованности и самореализации личности (Р.А.Амасьянц, Л.Б.Баряева, В.З.Кантор, В.В.Коркунов, И.А.Коробейников, Л.М.Кобрина, О.И.Кукушкина, Г.Ф.Кумарина, Е.Т.Логинова, В.И.Лубовский, Д.М.Маллаев, Н.Н.Малофеев, Н.М.Назарова, М.И.Никитина, Г.Н.Пенин, Л.И.Плаксина, Б.П.Пузанов, В.И.Селиверстов, Т.Б.Филичева и др.). Отражением этих перемен является развитие новых направлений специальной педагогики и специальной психологии, формирование новых подходов к решению психолого-педагогических проблем детей со сложными нарушениями развития, находившихся ранее вне поля зрения ученых и практиков (Т.А.Басилова, Л.А.Головчиц, М.В.Жигорева).

Ключевым элементом нового педагогического мышления, методологической основой развития современной отечественной педагогики является *гуманизация* образования. В современном российском обществе, тяготеющем к единому европейскому пространству, происходит переход от приоритета полезности к приоритету достоинства личности, где ребенок оценивается не по его способности к обучению и труду, а как индивид, имеющий особые потребности и нуждающийся в особых условиях для равноправного участия в жизни общества (Ш.А.Амонашвили, И.Ю.Левченко, Д.М.Маллаев, Н.Н.Малофеев, Н.М.Назарова, П.И.Пидкасистый, Т.Н.Симонова, В.А.Сластенин, Л.М.Шипицына, Е.Н.Шиянов, Е.А.Ямбург и др.).

Современная стратегия развития образования строится на основе выделения различных парадигм. Многоаспектный анализ литературы позволил выделить следующие основные педагогические парадигмы, с опорой на которые строится та или иная модель педагогического образования: когнитивно-информационную, личностную, культурологическую, компетентностную, экологическую (Г.Б.Корнетов, Н.М.Назарова, Дж.Форрестер, О.Шпек, Е.А.Ямбург и др.). Для нашего исследования наиболее важной представляется *экологическая* парадигма, где первостепенная роль отводится социальному окружению ребенка, которое представляет собой не просто сумму различных факторов, а их системное объединение. Применительно к специальной педагогике экологический подход означает, что вся педагогическая деятельность служит тому, чтобы ребенок с нарушениями

развития, несмотря на имеющиеся у него ограничения, чувствовал себя в своем жизненном пространстве комфортно. Именно поэтому специальная педагогическая помощь такому ребенку должна быть направлена на его включение в систему изменяющихся социальных многоуровневых и комплексных взаимосвязей.

В последние годы в научном пространстве специального образования появилось большое количество работ, изучающих социальные аспекты отклоняющегося развития (Д.И.Бойков, Е.Е.Дмитриева, В.З.Кантор, И.А.Коробейников, А.В.Кроткова, И.Ю.Левченко, Е.Т.Логина, Д.М.Маллаев, Е.А.Медведева, В.Б.Никишина, В.В.Ткачева, У.В.Ульenkova и др.), что является значимым для осознания закономерностей диагностики, коррекции и социализации в системе помощи ребенку с проблемами в развитии.

Изменения в обществе, образовательной политике, гуманизация обучения и воспитания, направленные на гармоническое развитие личности, ее социализацию и индивидуализацию, определяют изменения в специальном образовании, для которого одной из важнейших задач является создание условий для раннего выявления, коррекции и компенсации вторичных отклонений в развитии детей младенческого и раннего возраста.

Положения Л.С.Выготского о сложном динамическом взаимодействии факторов органического, социального, субъектного порядков в развитии ребенка при разных вариантах нарушений развития, а также значимость раннего возрастного периода для формирования полноценной, социализированной личности, делают приоритетным выбор раннего этапа дизонтогенеза с целью его изучения, теоретического и практического обоснования путей оказания эффективной коррекционно-педагогической помощи ребенку раннего возраста в компенсации нарушений и социальной адаптации. Исследователями доказана уникальность младенческого и раннего возраста для эффективной коррекции нарушений развития (А.А.Катаева, Э.И.Леонгард, Е.М.Мастюкова, Е.Ф.Рау и др.).

Имеющийся отечественный опыт теоретического и практического обоснования необходимости ранней помощи основан на данных многолетней научно-исследовательской и практической деятельности сотрудников УРАО «Института коррекционной педагогики», которые разрабатывают концепцию раннего выявления и коррекции различных отклонений в развитии у детей первых лет жизни (Е.Р.Баенская, О.Е.Громова, Н.Н.Малофеев, Т.В.Николаева, Ю.А.Разенкова, Е.А.Стребелева, Л.И.Фильчикова, Г.В.Чиркина, Н.Д.Шматко и др.). В их исследованиях показано, что адекватно организованная ранняя диагностика и комплексная коррекция с первых месяцев и лет жизни позволяют не только скорректировать уже имеющиеся отклонения в развитии, но и предупредить появление вторичных нарушений, снизить степень социальной недостаточности детей, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в общество. Этой проблемой также успешно занимаются в различных регионах России и СНГ (Л.И.Аксенова, Е.В.Кожевникова, Р.Ж.Мухамедрахимов, Р.А.Сулейменова, Л.А.Чистович; Л.Ф.Бурдыко, Н.В.Михалкович, Н.А.Степура).

Одним из наиболее тяжелых заболеваний центральной нервной системы является детский церебральный паралич (ДЦП), проявляющийся в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Тяжесть этих нарушений определяет прогноз в отношении социальной адаптации детей с церебральным параличом. Актуальность развития системы специального образования детей с ДЦП обусловлена не только гуманистическими тенденциями развития общества, но и степенью востребованности данной системы. Успехи медицины в области акушерства, неонатологии, детской неврологии привели к значительному снижению смертности новорожденных и, одновременно, к повышению частоты неврологических нарушений у детей, среди которых ДЦП занимает первое место (Ю.И.Барашнев, Е.П.Бомбардинова, О.Г.Коган, Е.Т. Лильин, О.И.Маслова, К.А.Семенова, Е.Г.Сологубов, Ю.А.Якунина, Г.В.Яцык).

Распространенность ДЦП среди детской популяции весьма значительна и составляет до 5,8 на 1000 детей; при этом устойчивый рост количества таких детей сопровождается утяжелением нарушений развития (Л.О.Бадалян, В.Н.Козьявкин, А.Б.Пальчик, К.А.Семенова, Е.Г.Сологубов). При всех усилиях, направленных на медико-психолого-педагогическую реабилитацию этих детей, к пубертатному возрасту среди них регистрируется значительное число инвалидов (Е.Т.Лильин, К.А.Семенова).

Значительное число исследований в специальной медицинской и психолого-педагогической литературе посвящено изучению нарушений развития детей с церебральным параличом: симптоматики, механизмов и структуры двигательных расстройств (Л.О.Бадалян, В.Г.Босых, Л.Т.Журба, В.А.Исанова, В.Т.Кожевникова, В.Д.Левченкова, Е.Т.Лильин, В.И.Козьявкин, Е.М.Мастюкова, Е.П.Меженина, Е.Н.Правдина-Винарская, К.А.Семенова, Т.И.Серганова, Е.Г.Сологубов, О.Г.Шейнкман, М.Б.Эйдинова и др.), особенностей психического развития (Л.Д.Данилова, Э.С.Калижнюк, Е.И.Кириченко, А.В.Кроткова, И.Ю.Левченко, И.И.Мамайчук, Е.М.Мастюкова, К.А.Семенова, Т.Н.Симонова и др.); речевых нарушений (Е.Ф.Архипова, Л.Д.Данилова, М.И.Ипполитова, Л.В.Лопатина, Е.М.Мастюкова, И.И.Панченко, О.Г.Приходько, Е.Н.Правдина-Винарская, И.А.Смирнова, Л.Б.Халилова и др.); личностно-профессиональной ориентации подростков (И.Ю.Левченко); психолого-педагогической поддержки семьи (В.В.Ткачева). Все эти исследователи обеспечили решение важных, но, тем не менее, локальных вопросов в решении проблемы помощи детям данной категории.

В структуре рассматриваемой проблемы проведен целый ряд исследований, посвященных изучению отдельных аспектов нарушений двигательного, психического и речевого развития при ДЦП в первые годы жизни (Е.Ф.Архипова, Л.Д.Данилова, Е.М.Мастюкова, О.Г.Приходько, К.А.Семенова, Н.В.Симонова). В то же время многие вопросы формирования социального развития, познавательной и речевой деятельности детей раннего возраста с церебральным параличом остаются недостаточно изученными.

В последние годы заметно выросла сеть специализированных медицинских и образовательных учреждений для детей с двигательными

нарушениями: центры психолого-педагогической реабилитации и коррекции, службы ранней помощи, лекотеки, консультативно-диагностические пункты, группы кратковременного пребывания и др. Изучение опыта их работы показывает, что во многих учреждениях часто работают специалисты, не имеющие достаточной компетентности в области ранней помощи детям с отклонениями в развитии вообще и в двигательной сфере в частности.

Анализ имеющихся исследований показывает, что в специальном образовании отсутствуют методологические, научно-теоретические, практико-ориентированные основы организации ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП. Недостаточно разработан и требует адресной конкретизации диагностический инструментарий, позволяющий выявить актуальные и потенциальные возможности детей первых лет жизни с церебральным параличом и осуществить дифференцированный и индивидуальный подход к дальнейшей медико-психолого-педагогической работе. Не проработаны в теоретико-методологическом плане вопросы социально-образовательной адаптации детей раннего возраста с ДЦП. Неполно представлены аспекты междисциплинарного взаимодействия специалистов и родителей в организации медико-педагогической реабилитации детей данной категории на ранних возрастных этапах.

Таким образом, можно констатировать, что существует *противоречие* между потребностью общества в новых возможностях обучения, развития и социальной адаптации детей с церебральным параличом, основанной на расширении горизонтов современного научного знания о возможностях человека, гуманизации социальной жизни и образования, а, с другой стороны, недостатком адекватных форм и методов педагогической помощи детям первых лет жизни с ДЦП, а также неэффективным использованием возможностей уже имеющихся средств решения этой проблемы.

В связи с этим *проблема* разработки и практической реализации системы ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи ребенку с церебральным параличом, обеспечивающей максимальную компенсацию нарушений развития и его социальную адаптацию на самых ранних возрастных этапах, приобретает особую актуальность.

# Глава 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

## 1.1. Современные тенденции в специальном образовании

На современном этапе одним из самых актуальных направлений специальной педагогики как в России, так и во всем мире является ранняя помощь детям с отклонениями в развитии. Взгляды на педагогику раннего детства за рубежом первоначально формировались в контексте представлений о воспитании и обучении детей от рождения до поступления в школу в условиях семьи (Я.Коменский, Ж.Ж.Руссо, И.Песталоцци, Р.Штайнер и др.). В дальнейшем научное обоснование теории развития ребенка в младенческом и раннем возрасте стало основой создания междисциплинарных экологически ориентированных программ обслуживания младенцев и их семей. В 70-е гг. XX века практически одновременно во всех странах Западной Европы, США, Канаде и Австралии стали разрабатываться программы «раннего вмешательства». Широкую известность получили работы таких исследователей, как К.Кениг, Й. Кипхард Эрнст, Удо Б.Брак; Р.Р.Фьюэлл, П.Ф.Вэдэзи; Н.М.Джонсон-Мартин, К.Г.Дженс, С.М.Аттермиер, Б.Дж.Хаккер и др.

Огромное значение для отечественной системы общественного дошкольного воспитания (начиная с дошкольного возраста) имели работы Е.Н.Водовозовой, П.Ф.Лесгафта, А.С.Симонович, Е.И.Тихеевой, Л.К.Шлегер. Анализ литературы показал, что работа по созданию системы планомерного научно обоснованного процесса воспитания и обучения детей младенческого и раннего возраста ведется в России с 20-х гг. XX века (Н.М.Аксарина, Е.Г.Бибанова, М.Ю.Кистяковская, М.М.Кольцова, И.М.Кононова, С.М.Кривина, Н.Ф.Ладыгина, М.И.Лисина, Г.М.Лямина, Е.И.Радина, Н.Л.Фигурин, Ф.И.Фрадкина, Н.М.Щелованов и др.). Они доказали, что нервно-психическое развитие ребенка в первые годы жизни в значительной мере зависит от условий воспитания и непосредственного воздействия взрослого. Тогда же было выдвинуто положение о ведущей роли взрослого в процессе развития ребенка.

«Отечественные физиологи, психологи и педагоги Н.М. Щелованов, Ю.А. Аршавский, Д.А. Эльконин, А.А. Люблинская, С.М. Громбах и др. выделили первые три года жизни в особый период, называемый периодом раннего детства» (Н.М.Аксарина [5, стр. 33]). «Профессор Н.М. Щелованов является основоположником педагогики раннего детства. Работами Н.М. Щелованова и его учеников положено начало научному обоснованию системы рационального воспитания детей раннего возраста в детских учреждениях [5, стр. 9]. «Большое внимание к вопросам развития и воспитания детей раннего возраста и широкий размах научных исследований этого вопроса объясняется признанием большого значения первых лет жизни в развитии человека и ведущей роли



своевременного и правильного воспитания и обучения в процессе физического и психического развития ребенка» [5, стр. 14].

Впервые весь комплекс качественных физиологических и психических особенностей раннего детства, требующих создания для детей этого возраста специальных условий окружающей среды, всего уклада жизни, воспитания, был сформулирован Н.М. Аксариной. Она подчеркнула, что период раннего детства имеет ряд психофизических особенностей, отличающих его от последующих возрастных периодов. Они заключаются в следующем:

1. Основной особенностью периода раннего детства является наиболее интенсивный темп развития ни в каком другом периоде детства не наблюдается такого быстрого увеличения массы и длины тела, развития всех функций мозга. В это время активно развиваются и совершенствуются все функции организма: моторика, сенсорика, речь. К 3 годам ребенок овладевает всеми основными движениями и дифференцированными движениями пальцев рук. Он приобретает много знаний и представлений об окружающем, ориентируется в цвете, форме и величине предметов. На протяжении 3 лет у ребенка развиваются все функции речи, а с ней и мышление. Речь становится средством общения с окружающими и средством познания. Если к одному году ребенок употребляет около 10 слов, к двум годам его словарь содержит 100 слов, а к трем годам – 1200 слов. В раннем возрасте у детей развивается мышление: они сравнивают, устанавливают сходство, обобщают, делают элементарные умозаключения. Быстро развиваются и такие психические процессы, как внимание, память.

2. «Характерной особенностью раннего возраста является высокая пластичность всего организма (и в первую очередь пластичность высшей нервной и психической деятельности)», легкая обучаемость. Всякое систематическое воздействие быстро оказывает влияние на ход развития и изменение поведения ребенка.

3. Ребенок обладает большими потенциальными, компенсаторными возможностями развития. «Путем специально направленных воздействий можно достигнуть очень высокого уровня развития ребенка и более раннего формирования той или иной функции» [5, стр. 7]. Применяя различные специальные меры, можно получить значительно более высокий уровень той или иной линии развития. Н.М.Аксарина подчеркивает, что «задача воспитания – полнее использовать богатые природные возможности ребенка и правильно отобрать наиболее существенное, значимое для данного возраста».

4. В первые годы жизни велико единство и взаимосвязь физического и психического развития. «Ребенок не может хорошо физически развиваться, если он мало двигается или часто находится в отрицательном эмоциональном состоянии, если отсутствуют условия для его активной деятельности. Крепкий, физически полноценно развивающийся ребенок и психически лучше развивается. Нервно-психическое развитие, в частности функция речи, во многом зависит от факторов биологических: течение беременности, осложнение при родах матери, состояние здоровья малыша» [5].

5. Процесс развития скачкообразен и неравномерен. При этом выделяются периоды медленного накопления, когда отмечается замедление в становлении некоторых функций организма, и чередующиеся с ними так называемые критические периоды (скачки), когда на протяжении короткого времени меняется облик ребенка. Критические периоды в раннем возрасте – 1 год, 2 года, 3 года. Именно в это время происходят резкие изменения, дающие новое качество в развитии детей: 1 год – овладение ходьбой, 2 года – формирование наглядно-действенного мышления, переломный период в развитии речи; 3 года – период, когда особенно ясно выступает связь поведения и развития ребенка со второй сигнальной системой, ребенок осознает себя как личность. Резко, скачкообразно, в 1 год 5 месяцев – 1 год 6 месяцев удлиняется работоспособность, период бодрствования, так же скачкообразно увеличивается количество слов в этот период. К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, Л.Г.Голубева, Э.П. Фрухт подчеркивают, что «скачкообразность отражает нормальный, закономерный процесс развития организма. Поэтому так важно в период накопления ребенком опыта создавать оптимальные условия для своевременного созревания нового качества в развитии той или иной функции» [190, стр. 6].

Неравномерность в развитии ребенка раннего возраста определяется созреванием различных функций в определенные сроки. Наблюдая эту закономерность в развитии, Н.М. Щелованов и Н.М. Аксарина выявили периоды особой чувствительности малыша к определенным видам воздействия и выделили ведущие линии в его развитии. Темп и значение разных линий развития в различные периоды жизни ребенка неодинаковы. На каждом возрастном этапе есть свои «ведущие» (т.е. наиболее значимые) линии развития. Они имеют наибольшее значение для данного возраста, своевременное развитие их обеспечивает переход на качественно новый этап. Так, например, в возрасте 7-8 месяцев ведущим движением является ползание, так как оно полезно для общего физического развития и расширяет ориентировку в окружающем. В возрасте 1 год 6 месяцев – 1 год 9 месяцев очень важно, овладеть, способностью обобщать предметы по существенным признакам, так, как это будет способствовать дальнейшему развитию мышления, формирования понятий. В 1 год – 1 год 5 месяцев происходит быстрое развитие понимания речи, но медленнее нарастание активного словаря. Научившись новому, приобретя новое умение, действие, на какой-то период времени оно становится доминирующим в поведении ребенка. Так, научившись ходить самостоятельно, ребенок почти перестает играть, а «неудержимо» ходит. Произнеся впервые какое-то слово, он многократно повторяет его в течение дня [5, с. 38-39].

На разных возрастных этапах ребенок оказывается очень чувствительным к определенному роду воздействиям. «...При наличии соответствующих педагогических условий наиболее легко развиваются определенные психические процессы и качества, которые очень трудно сформировать на более поздних возрастных этапах» (Л.С. Выготский). Именно эти

соответствующие психические процессы имеют первостепенные значения не только для настоящего, но и для будущего.

6. Быстрый темп развития ребенка обусловлен быстрым установлением связей с окружающим миром и в то же время медленным закреплением реакций. Для детей раннего возраста характерна неустойчивость и незавершенность формирующихся умений и навыков. Учитывая это, предусматривается повторность в обучении, обеспечение связи между воздействиями окружающих ребенка взрослых и его самостоятельной деятельностью. Ребенок 3 лет способен на сравнительную устойчивость внимания, но в то же время он легко отвлекается по самым незначительным поводам (например, приход во время интересного занятия постороннего лица).

7. В первые три года жизни отмечается большая физическая и психическая ранимость ребенка, лабильность его состояния. Дети этого возраста легко заболевают, часто (даже от малозначительных причин) меняется их эмоциональное состояние и возбудимость нервной системы. Хотя на протяжении трех лет длительность периода непрерывного активного бодрствования значительно увеличивается и к трем годам достигает 5,5 часов – 6 часов; однако ребенку раннего возраста нужен более частый отдых в течение одного отрезка бодрствования в виде более частой смены разных видов деятельности. Периоды непрерывной продуктивной деятельности у этих детей меньше, они больше и легче утомляются\_меньше. Частая заболеваемость и повышенная возбудимость нервной системы особенно наблюдаются в стрессовых состояниях (например, в период адаптации при поступлении детей в ясли).

Н.М.Аксарина справедливо подчеркивает, что «особенности возраста не являются чем-то абсолютно неизменным, они сами изменяются под воздействием воспитания». [5, стр. 13].

Научные исследования по оптимизации работы с детьми раннего возраста были продолжены рядом авторов (Л.Г.Голубева, Г.В.Гриднева, Г.В.Пантюхина, К.Л.Печора, Р.В.Тонкова-Ямпольская, Э.Л.Фрухт); ими были определены нормативы нервно-психического развития детей на разных возрастных этапах, основные принципы контроля за психофизическим развитием, содержание, методы и приемы педагогической работы с детьми в первые годы жизни. В современных условиях различные подходы к обучению и воспитанию детей младенческого и раннего возраста представлены в программах: «Истоки» (Т.И.Алиева, А.Н.Давидчук, Л.А.Парамонова), «Развитие» (Н.С.Варенцова, Л.А.Венгер, О.М.Дьяченко), «Детство» (Т.И.Бабаева, В.И.Логинова, Н.А.Ноткина), «Радуга» (Т.Н.Доронова), «Кроха» (Г.Г.Григорьева, Н.П.Кочетова, Д.В.Сергеева) [130]. Анализ литературы показал, что содержание, методы и приемы обучения и воспитания, разработанные для нормально развивающихся детей первых лет жизни, не могут быть в полной мере использованы в коррекционно-развивающей работе с детьми раннего возраста с нарушениями развития, в том числе с ДЦП, в силу значительной специфичности их развития.

Решающее влияние на развитие теории и практики отечественной дефектологии оказали работы выдающегося ученого Л.С.Выготского и его последователей (Л.И.Божович, В.В.Давыдов, А.В.Запорожец, А.Н.Леонтьев, А.Р.Лурия, М.И.Лисина, А.В.Петровский, С.Л.Рубинштейн, Д.И.Фельдштейн, Д.Б.Эльконин и др.).

Для нашей работы большой интерес представляют исследования, посвященные коррекционно-педагогической работе с детьми с различными отклонениями в психофизическом развитии в первые годы жизни (Н.Н.Малофеев [156, 157], Р.Ж.Мухамедрахимов [176]), в том числе: с детьми младенческого возраста (И.Л.Брин, М.Л.Дунайкин [198], И.А.Выродова [20, 198], С.Б.Лазуренко [132], Ю.А.Разенкова [20, 198, 201, 202, 207]), с нарушениями слуха (Л.А.Головниц [51], Л.М.Кобрина [115], Н.Д.Шматко [69]), с нарушениями зрения (Л.И.Фильчикова, М.Э.Бернадская, О.В.Парамей [249]), с детьми раннего возраста с органическим поражением ЦНС (Е.А.Екжанова [77], Е.А.Стребелева [67, 77, 207, 239, 240], Г.А.Мишина [87], А.В.Закрепина [83], М.В.Браткова, Е.А.Кинаш, Л.В.Пронина [87]), с нарушениями речевого развития (О.Е.Громова [55], Ю.А.Лисичкина [133], Г.В.Чиркина [198]), с нарушениями раннего эмоционального развития (Е.Р.Баенская, Н.Н.Либлинг [199]), с двигательными нарушениями (Е.Ф.Архипова [11, 12, 13, 14], Е.М.Мастюкова [164, 165, 168], Т.Ю.Моисеева [197], О.Г.Приходько [196, 197], Н.В.Симонова [225, 226, 227]). Для разработки стратегии и тактики нашей работы большое значение имеют исследования, посвященные детскому церебральному параличу.

## **1.2. Клиническая характеристика детей с церебральным параличом**

Проблема коррекционно-педагогической помощи детям с неврологической патологией в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Необходимость мер по диагностике и коррекции нарушений в развитии детей связано с наличием в стране тревожной демографической ситуации, характеризующейся не только общим снижением рождаемости, но и увеличением доли рождения не здоровых, физиологических незрелых детей. По данным специальных исследований, доля здоровых новорожденных в течение последних лет снизилась с 48,3% до 26,5% - 36,5%. Сегодня до 80% новорожденных являются физиологически незрелыми, свыше 86% имеют перинатальную патологию центральной нервной системы, отсутствие своевременной коррекции которой приводит к развитию стойких нарушений в будущем. Патология, перенесенная ребенком в перинатальном периоде, оказывает негативное влияние на состояние многих систем организма, в первую очередь нервной (Г.В. Яцык).

Перинатальные поражения ЦНС объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в ранние сроки после рождения. Ведущее место в перинатальной патологии ЦНС занимают асфиксия и внутричерепная родовая травма, которые чаще всего поражают нервную систему аномально развивающегося плода. В клинической практике

общеприняты термины «перинатальное поражение ЦНС» и «перинатальная энцефалопатия (ПЭП)». Раннее поражение мозга в большинстве случаев в дальнейшем проявляется в той или иной степени нарушенным развитием. В силу того, что страдает незрелый мозг, дальнейшие темпы его созревания замедляются. Нарушается порядок включения структур мозга по мере их созревания в функциональные системы. ПЭП является фактором риска по возникновению у ребенка отклонений в развитии различных функциональных систем. При этом могут быть нарушены различные «линии развития»: двигательное, познавательное, речевое развитие.

Нарушение двигательного, психического и речевого развития детей – следствие поражения центральной нервной системы различного генеза. Одни и те же вредоносные факторы, воздействующие на мозг в период его интенсивного развития, в одних случаях вызывают лишь некоторую задержку становления возрастных функций, а в других - приводит к выраженным нарушениям развития (Л.Т. Журба, Е.М.Мастюкова [81]).

Изучая психомоторное развитие детей первых лет жизни, Л.Т. Журба и Е.М. Мастюкова выделили различные степени тяжести неврологической патологии: легкую, среднюю и тяжелую:

- *Легкая степень* (гипертензионный синдром, гидроцефальный синдром, минимальная мозговая дисфункция, синдромы гипервозбудимости и гиповозбудимости, негрубая неврологическая симптоматика в виде нарушений мышечного тонуса, тремора).

- *Средняя степень* (синдромы двигательных расстройств, эписиндром (судорожный синдром), церебрастенический синдром).

- *Тяжелая степень* (детский церебральный паралич, органическое поражение ЦНС).

Несмотря на равную вероятность поражения всех отделов нервной системы, при действии патогенных факторов на развивающийся мозг прежде всего и сильнее всего страдает двигательный анализатор. У детей с перинатальной церебральной патологией постепенно по мере созревания мозга выявляются признаки повреждения или нарушения развития различных звеньев двигательного анализатора, психического и речевого развития. С возрастом, при отсутствии адекватной лечебно-педагогической помощи постепенно нарушения развития закрепляются и может сформироваться более сложная патология – детский церебральный паралич (ДЦП).

На первом году жизни диагноз «детский церебральный паралич» ставится только тем детям, у которых ярко выражены тяжелые двигательные расстройства: нарушения тонуса мышц, ограничение их подвижности, патологические тонические рефлексy, произвольные насильственные движения (гиперкинезы и тремор) нарушения координации движений и т.д. Остальным детям с церебральной патологией ставится диагноз «перинатальная энцефалопатия; синдром церебрального паралича (или синдром двигательных расстройств)».

Многолетние исследования показали, что в случае раннего выявления (в первые месяцы жизни) и организации адекватной коррекционной работы

можно достичь значительных успехов в преодолении перинатальной патологии. Исследования Л.О.Бадаляна, Е.М.Мастюковой, К.А.Семеновой показывают, что при условии ранней диагностики – не ранее 4-6-месячного возраста ребенка – и раннего начала систематического медико-педагогического воздействия практическое выздоровление и нормализация различных функций могут быть достигнуты в 60-70% случаев к 2-3-летнему возрасту. В случае позднего выявления у детей перинатальной патологии ЦНС и отсутствия адекватной коррекционной работы возникновение тяжелых двигательных, психических и речевых нарушений более вероятно.

Детский церебральный паралич – тяжелое заболевание центральной нервной системы, возникающее в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают "молодые" отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Ведущими в клинической картине детских церебральных параличей являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), гипертензионно-гидроцефальным, судорожным синдромами [18, 34, 169, 220]. Детский церебральный паралич представляет собой непрогрессирующее резидуальное заболевание, при этом с возрастом и под действием лечебно-коррекционного воздействия состояние ребенка, как правило, улучшается (Л.О.Бадалян [16]; Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова [81]; М.Б.Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская [268]).

Различные авторы (К.А.Семенова [219, 220]; Л.О.Бадалян [16, 17, 19]; Е.М.Мастюкова [168, 165, 184]) отмечают, что детский церебральный паралич возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). Наибольшее значение в возникновении детского церебрального паралича придается сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Из каждых 100 случаев детского церебрального паралича 30 возникают внутриутробно, 60 – в момент родов, 10 – после рождения (Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, Н.М.Всеволожская [18]).

В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов могут оказать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода (Ю.И.Барашнев [22]). Это может произойти в любой момент беременности, но особенно опасно их действие до четырех месяцев внутриутробного развития, то есть в период, когда интенсивно закладываются все органы и системы.

В.Д.Левченкова подчеркивает, что «ДЦП является полиэтиологичным заболеванием. Однако, независимо от первопричины, действующей в период внутриутробного развития или в период новорожденности, нарушается развитие и формирование головного мозга. Глубина дефекта развития головного мозга находится в прямой зависимости от тяжести повреждающего

фактора и длительности его действия. Знание (или хотя бы предположение) характера причин и основных типов вызываемых ими нарушений структуры и функции нервной системы необходимо для понимания патогенеза заболевания на разных этапах его течения, а значит и плана восстановительного лечения, которое может в определенной степени компенсировать и корректировать нарушения деятельности головного мозга и центральной нервной системы» [142].

К вредным факторам, неблагоприятно действующим на плод внутриутробно, различные исследователи относят:

– Инфекционные заболевания (местные и общие, острые и хронические), перенесенные будущей матерью во время беременности: вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз (Е.Ч.Новикова, Г.П.Полякова [178]). По данным К.А.Семеновой (1976), во время беременности острые воспалительные заболевания отмечались у матерей 23% наблюдаемых детей, хронические – у 34%. Однако следует учесть, что многие хронические заболевания – тонзиллиты, некоторые заболевания гениталиев и других внутренних органов протекают так, что женщины считают себя здоровыми. В родильных домах анамнез собирается далеко не всегда достаточно полно, а тщательное клиническое обследование часто не проводится. Кроме того, такие инфекции, как токсоплазмоз, листериоз, бактериемия кишечной палочкой, стрептококком, аппендицит и другие могут протекать латентно или бессимптомно (К.А.Семенова, 2007). Относительно легко протекающие инфекционные заболевания матери могут приводить к тяжелым поражениям мозга плода (Л.С.Персианинов [188]).

– Сердечно-сосудистые (С.М.Беккер [27]; А.П.Кирющенков [110]) и эндокринные (Н.Г.Цариковская [259]; Н.М.Махмудова [220]; Б.Н.Клосовский, Е.Н.Космарская [114]) заболевания у беременных.

– Токсикозы беременности (В.И.Бодяжина [32]; Дин Янь [73]).

– Несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови (И.А.Михайлова [174]; В.А.Таболин [241]; Д.Т.Куинан [131]).

– Некоторые лекарственные препараты (D.F.Swaab [312]; W.Bleyer [275]; L.G.Dahlof, K.Larsson [284]; A.L.Patel [302]).

– Стрессовые факторы (Т.И.Серганова [223]).

– Алкоголизм родителей (А.С.Семенов, Т.И.Серганова, А.В.Скальный, Т.Н.Эйдельман [212]; N.P.Rosman, E.J.Orpenheimer [308]) и др.

– Различные неблагоприятные экологические, физические и химические воздействия (радиация, электромагнитное излучение, отравляющие вещества) (В.Д.Левченкова [142]).

– Недоношенность (по данным M.Rolland, C.Assouline, S.Labourie [307] – в 20% случаев, N.Paneth [301] – в 40% случаев).

Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию плода (внутриутробной гипоксии). Б.Н.Клосовский и Е.Н.Космарская [114] указывают, что развитие плода, особенно его нервной системы, в условиях хронической гипоксии нарушается. При этом может иметь

место недоношенность, врожденная гипотрофия, функциональная незрелость, пониженная сопротивляемость к действию внешних факторов. Е.М.Мастюкова [168] подчеркивает, что у плодов, перенесших внутриутробную гипоксию, недостаточность защитных и адаптационных механизмов определяет большую возможность для возникновения родовой травмы, которая в свою очередь усугубляет изменения, возникшие внутриутробно. Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения детского церебрального паралича (Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, Н.М.Всеволожская [18]).

Действие родовой травмы обычно сочетается с асфиксией. У детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть, имеется высокая степень риска для возникновения ДЦП (Т.Н.Гроздова, Е.М.Мастюкова [54]). Недоношенный плод имеет повышенную склонность к асфиксии и родовой травме. В настоящее время асфиксия и родовая травма часто рассматриваются как следствие действия уже имеющейся внутриутробной патологии. Реже причиной возникновения ДЦП может быть механическая родовая травма: применение щипцов, вакуум-экстрактора (Е.М.Мастюкова [168]).

Детский церебральный паралич может возникать и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита, менингоэнцефалита), черепно-мозговых травм (Л.О.Бадалян [17]), как осложнение после прививки АКДС [137].

В 25% случаев не удается выявить ведущий средовой фактор.

Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом - минимальные. Психические и речевые расстройства, также как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут отсутствовать или быть минимальными, и, наоборот, при легких двигательных нарушениях наблюдаются грубые психические и речевые расстройства [137].

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



нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

В медицинской литературе много внимания уделяется описанию двигательных нарушений у детей с церебральным параличом (М.Б.Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская [268]; К.А.Семенова, Н.М.Махмудова [220]; Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина [19]; Ю.А.Якунин, Э.И.Ямпольская, С.Л.Кипнис, И.М.Сысоева [270] и др.). Отставание моторного развития и нарушения произвольных движений составляют структуру ведущего дефекта и связаны с поражением двигательных зон и проводящих путей головного мозга (К.А.Семенова [215, 220]).

Е.М.Мастюкова [165, 168, 169] отмечает, что у детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП могут широко варьировать. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. В качестве важнейших из них Е.М.Мастюкова [168, 169] выделяет нарушение мышечного тонуса по типу спастичности, гипотонии, дистонии; ограничение или невозможность произвольных движений; наличие непроизвольных насильственных движений (гиперкинезов и тремора); нарушения равновесия и координации движений (атаксия); синкинезии; нарушение ощущений движений (кинестезий); наличие патологических тонических рефлексов.

Специальными исследованиями показано, что при всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения (К.А.Семенова, Н.М.Махмудова [220]). Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условно-рефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. Н.А. Бернштейном (1947) доказана важность проприоцептивной регуляции в управлении движением. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений и их стереотипизации, задерживает формирование тонких координированных движений.

Тонические рефлексy при ДЦП активизируются и сосуществуют с патологическим мышечным тонусом и другими двигательными нарушениями. Их выраженность препятствует последовательному развитию реакций выпрямления и равновесия, которые являются основой для развития произвольных двигательных навыков и умений. Вопрос о влиянии позотонических рефлексов на структуру двигательных и речевых нарушений у

детей с церебральным параличом рассмотрен в специальной медицинской литературе (Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, Н.М.Всеволожская [18]; К.А.Семенова, Н.М.Махмудова [220]; Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова [81]; К.Vobath [276]). Выраженность тонических рефлексов и повышенного мышечного тонуса создает патологическую проприоцептивную афферентацию. В мозг ребенка поступают афферентные импульсы от патологических поз и движений. Это задерживает и нарушает развитие всех произвольных движений и речи. Тонические рефлексы оказывают отрицательное воздействие на мышечный тонус артикуляционного аппарата.

Двигательные нарушения не только затрудняют формирование статических и локомоторных функций у детей с церебральным параличом, но и оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи (Е.М.Мастюкова [81], К.А.Семенова [219]).

В структуре двигательного дефекта у детей с церебральным параличом особое место занимают нарушения функции рук, которые затрудняют формирование хватательной функции кистей и пальцев, манипулятивной деятельности, навыков самообслуживания [19, 35, 36, 184]. Степень тяжести поражения рук широко варьирует при различных формах ДЦП.

### **1.3. Формы детского церебрального паралича.**

В литературе, посвященной изучению двигательной патологии детей с церебральным параличом, уделено много внимания вопросам классификации параличей на основе топического и клинического принципов. В настоящее время в отечественной неврологии принята классификация детского церебрального паралича, предложенная А. Ford (1952) и модифицированная вначале Д.С.Футером (1958), а затем К.А.Семеновой (1964), которая используется в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов. В соответствии с современными представлениями о патогенезе заболевания эта классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания - двигательные, психические и речевые, а также позволяет прогнозировать течение заболевания [173, 216, 219, 220]. Согласно этой классификации выделяются пять форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

#### **1. Спастическая диплегия.**

Спастическая диплегия - наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Ее имеют более 50% больных церебральным параличом. По распространенности двигательных нарушений эта форма ДЦП является тетрапарезом. При спастической диплегии поражены и руки, и ноги, причем нижние конечности поражаются в большей степени, чем верхние. Степень поражения рук различна - от выраженных парезов до минимальных нарушений в виде легкой моторной неловкости и нарушений тонких дифференцированных движений пальцев рук. Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях, ограничение силы и объема движений в

сочетании с нередуцированными тоническими рефлексамии. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. К.А.Семенова указывает, что «к 1-3 годам и позже начинают развиваться установочные рефлексии и произвольная моторика. Однако под влиянием несвоевременно угасающих тонических рефлексии формируются патологические мышечные синергии, затем контрактуры, деформации в суставах верхних и нижних конечностей, что резко ограничивает движения» [214, стр. 63].

Тяжесть двигательных, психических и речевых расстройств варьирует в широких пределах. С опозданием и с определенными отклонениями от нормы формируется предречевое, а затем и речевое развитие. У 70-80% детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи в форме дизартрии, задержки речевого развития, реже - моторной алалии (Е.М.Мастюкова [167]; К.А.Семенова [214, 216, 219, 220]). При раннем начале коррекционно-логопедической работы речевые расстройства наблюдаются лишь в 25-30% случаев и степень их выраженности значительно меньшая [216].

Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности. 20-25% детей со спастической диплегией имеют олигофрению, чаще в степени нерезко выраженной дебильности [216, 219, 220].

По мнению многих авторов, спастическая диплегия - прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций (Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина [19]). К.А.Семенова подчеркивает, что «хотя значительная часть детей в дальнейшем может перемещаться лишь с помощью костылей и колясок, они способны обслуживать себя, учатся в школе, ... многие оканчивают средние и высшие учебные заведения, могут работать и создать семью» [214, стр. 63].

## **2. Двойная гемиплегия.**

Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные нарушения представлены тетрапарезом, выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Основные клинические проявления двойной гемиплегии - преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексии. Установочные выпрямительные рефлексии совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функции рук практически не развиваются.

У всех детей отмечают грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует либо больной произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции

бедные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость. Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Часто имеют место судороги (45-60%).

Прогноз двигательного, психического и речевого развития, как правило, неблагоприятный, дети некурабельные. Самостоятельное передвижение невозможно. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации. В большинстве случаев дети с двойной гемиплегией необучаемы. Тяжелый двигательный дефект рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

### **3. Гемипаретическая форма.**

Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний. К.А.Семенова, Л.О.Бадалян указывают, что левое полушарие при воздействии вредоносных факторов страдает в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны.

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

Патология речи отмечается у 30-40% детей, чаще по типу спастико-паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений переменна от легкой задержки психического развития до грубого интеллектуального дефекта. Причем снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений.

В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто

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

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

#### **4. Гиперкинетическая форма ДЦП.**

Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Этиологическим моментом является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или по группе крови), а также кровоизлияние в область полосатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы [214]. Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений - гиперкинезов. Первые проявления гиперкинезов начинают выявляться с 4-6 месяцев в мышцах языка, и только к 10-18 месяцам появляются в других частях тела, достигая максимального развития к 2-3 годам жизни. В период новорожденности отмечается сниженный мышечный тонус, позже постепенно гипотония сменяется дистонией. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2-4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно осваиваются стояние и ходьба. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4-7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии, которая является серьезным препятствием для обучения ребенка и его контактов с окружающими. У части детей (20-25%)

имеют место нарушения слуха, особенно часто страдает высокочастотный слух; у 10-15% отмечаются судороги. Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно, часто приближается к нормальному. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место крайне редко.

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. По данным К.А.Семеновой [214], 70-80% детей овладевают моторными функциями, большинство детей обучается самостоятельно ходить, однако произвольные движения, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по массовой, реже по вспомогательной программе. Затем, постепенно осваивая вертикальную установку тела и передвижение с поддержкой или без нее, 35-45% детей переходят в специальные (коррекционные) школы VI вида или в массовые школы. Некоторые из них учатся школе для умственно отсталых детей, что часто обусловлено тяжелой речевой патологией и наличием гиперкинезов рук, не позволяющим освоить письмо. По окончании школы подростки с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние, а иногда и высшие учебные заведения, как правило, успешно заканчивают их. Некоторые адаптируются к доступной трудовой деятельности.

#### **5. Атонически-астатическая форма ДЦП.**

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

На 1-м году жизни выявляются гипотония и задержка темпов психомоторного развития (затруднены или практически не развиваются контроль головы, функции сидения, стояния и ходьбы). Функции хватания и манипулирования с предметами формируются в более поздние сроки и сопровождаются выраженным тремором рук и расстройствами координации движений. «Тонические рефлекс выражены слабо, но установочные рефлекс появляются поздно – к 2-4-5 годам» [214, стр. 64]. Сидение формируется к 1-2 годам, стояние и ходьба - к 6-8 годам или позже. Длительное время двигательные функции остаются несовершенными. Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, туловище совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм. Расстройство

координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и овладение навыками рисования и письма.

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

При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, не критичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. По данным К.А.Семеновой, в 55% случаев помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-астатической формой ДЦП имеет место умственная отсталость. Такие дети направляются в учреждения Министерства социальной защиты, так как не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными навыками.

#### **1.4. Особенности психического развития детей с церебральным параличом**

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушений развития психики сложен и определяется временем, степенью и локализацией мозгового поражения (К.А.Семенова, Н.М.Махмудова [220]; Е.И.Кириченко [107]). Многие авторы (Е.М.Мастюкова [167]; Э.С.Калижнюк [98]; Л.А.Данилова [61]; И.Ю.Левченко [135, 136]; Е.И.Кириченко [107] и др.) подчеркивают, что для детей с церебральным параличом характерно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, сенсорными (патология зрения, слуха, кинестетического восприятия) и речевыми дефектами. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничение деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности (Н.Ботта, П.Ботта [37]; М.Б.Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская [268]; Р.Я.Абрамович-Лехтман [2]; Е.И.Кириченко [107]; Э.С.Калижнюк [82]; Е.Ф.Архипова [14]; И.Ю.Левченко [135]; К.Нискеу [291]). Мы солидарны с авторами, которые указывают на неравномерный, дисгармоничный характер нарушений психических функций детей с церебральным параличом. Эта особенность связана с «мозаичным» характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП; преимущественно страдают наиболее «молодые» и высокоорганизованные функции, которые формируются на более поздних этапах онтогенеза (Е.О.Кириченко [108]). М.О. Гуревич и Н.И.Озерецкий [56] отмечали утрату одних интеллектуальных функций, задержку развития других и сохранность третьих.

Э.С.Калижнюк [82, 98] и Е.М.Мастюкова [167] указывают на выраженность астенических проявлений у детей с церебральным параличом (повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов), что также связано с органическим поражением центральной нервной системы. Большинство авторов отмечают замедленность в переключении с одной умственной операции на другую, слабость концентрации внимания, трудности запоминания (Р.Я.Абрамович-Лехтман [3]; Е.И.Кириченко [108]; Р.Asher, F.E.Schonel [272]; F.E.Schonel [310]). М.Б.Эйдинова и Е.Н.Правдина-Винарская [268] указывают, что дети с церебральным параличом по темпам работы значительно отстают от здоровых детей.

Многие исследователи обращают внимание на сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире [61, 169, 216, 220]. Это обусловлено следующими причинами:

- Вынужденной изоляцией, ограничением контактов ребенка с другими людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения.
- Затруднением познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанным с проявлением двигательных и сенсорных расстройств.

Патогенез нарушений познавательных процессов при ДЦП чрезвычайно сложен. Некоторые исследователи связывают нарушения познавательных процессов у детей с церебральным параличом с недоразвитием моторики (Р.Я.Абрамович-Лехтман [1,2]; Л.А.Данилова [62]; М.В.Ипполитова [89]; Е.М.Мастюкова [164]; М.К.Поппандова [192]; Н.В.Симонова [225,226]; N.Votta, P.Votta [278]; J.M.Vebko and et. [274] и др.); авторы подчеркивают, что нарушения восприятия предметов, зрительно-пространственной ориентировки при ДЦП обусловлено двигательной патологией, и с увеличением степени тяжести двигательного дефекта эти нарушения более выражены. В некоторых исследованиях отмечается, что вместе с патологией двигательно-кинестетической функциональной системы существенную роль в недоразвитии восприятия играют сенсорные, интеллектуальные и речевые расстройства (Э.С.Калижнюк [97]; И.И.Мамайчук [159]; К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова, М.Я.Смуглин [219]; S.Kastein, J.Hendin [293]; J.I.Henderson [290]; M.Oswin [300]; M.Saran [309]).

В работе К.А.Семеновой, Е.М.Мастюковой, М.Я.Смуглина отражена тесная взаимосвязь в развитии двигательных и сенсорных функций при ДЦП. «Выраженная двигательная патология нередко в сочетании с сенсорной недостаточностью может быть одной из причин недоразвития познавательной деятельности ... у детей с церебральными параличами [219, стр. 278].

Известно, что в развитии познавательной деятельности ребенка с первых месяцев жизни важную роль играют двигательные акты, а также различные виды восприятия, что подробно освещено в работах физиологов, психологов, педагогов (Р.Я.Абрамович-Лехтман [3]; А.В.Запорожец, Л.А.Венгер и др. [84]; А.Н.Леонтьев [145]; Д.Б.Эльконин [269]; А.П.Усова [248]; А.Валлон [39]; G. Piaget [305]). А.В.Запорожец и Л.А.Венгер [84] выдвинули теорию кольцевой



зависимости в формировании восприятий и действия. Согласно этой теории, на основе движения, определенных видов практической деятельности формируются процессы восприятия, которые имеют активный характер и являются познавательными. С их развитием появляются психологические предпосылки для освоения более сложных видов практической деятельности, что в свою очередь способствует развитию более высокой степени восприятия. Восприятие рассматривается как «своеобразное ориентировочно-исследовательское действие». Нормально развивающийся ребенок с 3-4 месяцев начинает тянуться к предметам-игрушкам и захватывать их. В познавательные процессы включаются зрительный, слуховой и двигательно-кинестетический анализаторы. Происходит соединение поля зрения и поля действия, взгляд начинает следовать за рукой, а затем и направляет ее. Постепенно зрительно-моторные условные связи совершенствуются, движения ребенка становятся более дифференцированными для захватывания игрушек различной величины и формы. Далее по мере совершенствования моторики у ребенка начинают развиваться манипуляции и предметные действия. Практическая деятельность с предметами имеет большое значение в познании ребенком окружающего мира, в формировании мышления, речи. Именно в процессе предметно-практической деятельности наиболее полно обнаруживаются свойства предметов, которые не могут быть выявлены при помощи зрительного и слухового восприятия: объем, вес, упругость.

При ДЦП «двигательная недостаточность препятствует не только развитию кинестетического и зрительного восприятия, но еще в большей степени мешает формированию интерсенсорных условных связей, особенно зрительно-моторных» [219, стр. 280]. Анализ многочисленных исследований подтверждает нашу точку зрения о том, что сенсорная депривация, обусловленная патологией зрения, слуха и мышечно-суставного чувства, существенно сказывается на восприятии в целом, снижает его качество, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом (Э.С.Калижнюк [98, 113]; И.Ю.Левченко [135, 136]; Т.Г.Шамарин, Г.И.Белова [262]).

В работах К.А.Семеновой [216, 219, 220] показано, что при всех формах церебрального паралича имеет место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора, который остается слабым на протяжении всей жизни. Еще И.М.Сеченов [224] придавал большое значение мышечному чувству (кинестезиям), произвольным действиям в развитии саморегулирования движения, а также психических функций и мыслительных процессов. К.А.Семенова [220] связывает с нарушениями кинестезии у детей с церебральным параличом отклонения в развитии ряда гностических функций: пространственного гнозиса, праксиса и стереогноза. При ДЦП у многих детей выражен астереогноз (невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля). О нарушениях стереогноза при церебральном параличе впервые упоминает С.Wernice [317]. Он установил, что нарушение стереогностического чувства непропорционально расстройствам других видов кожной чувствительности и может иметь место при полной

сохранности последних. Группу детей с нарушением стереогноза при ДЦП описал С.С.Мнухин [175]. N.Botta и P.Botta [278] отмечали затруднения при определении геометрических форм на ощупь при различных формах ДЦП.

Многие авторы (Э.Л.Басова [25]; Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина [19]; М.В.Ипполитова, Р.Д.Бабенкова, Е.М.Мастюкова [92] и др.) отмечают, что около 25% детей с ДЦП имеют различные аномалии зрения: косоглазие, нистагм, сужение полей зрения, влияние патологических тонических рефлексов на мышцы глаз, снижение остроты зрения, атрофию зрительных нервов. Мы солидарны с мнением ряда авторов (М.Б.Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская [268]; К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова, М.Я.Смуглин [219]; Е.Ф.Архипова [11]), которые отмечают такие нарушения зрительного восприятия, как недостаточность фиксации взора и возможности плавного прослеживания предмета во всех направлениях.

К.Вobath и В.Вobath [276] отмечают зрительную агнозию у детей с церебральным параличом. N.Botta, P.Botta [132] и G.Tardieu [313] подчеркивают, что дети с церебральным параличом не всегда правильно узнают предметы различной формы. На этот факт указывает и Э.Хейссерман [258], отметив, что при ДЦП дети плохо различают геометрические формы. С.А.Бортфельд [34], Л.А.Данилова [62], М.К.Поппандова [192], М.Б.Эйдинова и Е.Н. Правдина-Винарская [268] обращают внимание на сочетание недостаточности зрительного восприятия формы и астереогноза, на нарушения пространственных представлений.

При ДЦП иногда имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора (К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова, М.Я.Смуглин [219]; Е.Ф.Архипова [11]; Э.С.Калижнюк [98]). У детей может отмечаться снижение остроты слуха, недостаточность слухового внимания, недоразвитие фонематического восприятия. Е.Ф.Архипова [11] и Н.В. Симонова [226] подчеркивают, что недостаточность слухового восприятия проявляется в отсутствии ориентировочной реакции на слуховые раздражители и речь окружающих, в невозможности или затруднении локализации звука в пространстве. Дифференцированное восприятие звуковых раздражителей у детей с ДЦП недостаточное [92]. Исследователи обращают внимание на необходимость тщательного исследования слуха у детей с церебральным параличом. К.Вobath и В.Вobath [276], W.Cruickshank и Q.Raus [283] отмечали нарушения слуха, обычно не устанавливаемые при обследовании.

При ДЦП часто наблюдаются защитно-оборонительные реакции и отрицательные эмоции на отдельные слуховые, зрительные и кинестетические раздражители (Е.Ф.Архипова [11]; Е.М.Мастюкова [219]; К.А.Семенова [220]; Н.В.Симонова [226]).

Несформированность высших корковых функций называется многими авторами важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП (Е.И.Кириченко [108]; Э.С.Калижнюк [96, 98, 113]; И.Ю.Левченко [135]; М.В.Ипполитова [91]; W.Cruickshank, Q.Raus [283]; V.Cardwel [280]). Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений, конструктивного и бытового праксиса, стереогноза,

оптического гнозиса, счета, нарушения схемы тела (Л.А.Данилова [62]; Т.А.Дворникова [66]; С.В.Коноваленко [122]; И.И.Мамайчук [159, 160]; О.Л.Раменская [203]; О.В.Титова [242]; N.Botta, P.Botta [278]; K.Bobath, V.Bobath [276]; A.Benton, A.Remble [273]). Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Многие пространственные понятия (выше-ниже, короче-длиннее, шире-уже; спереди-сзади, между) усваиваются с трудом (М.К.Поппандова [193]). Нарушения в формировании высших корковых функций способствуют дисгармоничному развитию и отрицательно сказываются при обучении детей с ДЦП в школе.

В литературе дискутируется вопрос о состоянии интеллекта детей с церебральным параличом. Современные взгляды на частоту умственной отсталости при ДЦП противоречивы. Уже W.Little [297] отмечал у большинства детей с церебральными параличами умственную отсталость, не дифференцируя ее по степени и характеру. При этом он подчеркивал широкие возможности воспитания и обучения этих детей. М.Я.Брейтман [38] не мог назвать психику ни у одного из наблюдаемых им детей полноценной, хотя указывал, что больные с диплегией могут не иметь психических расстройств. М.О.Гуревич и Н.И.Озерецкий [56] считают, что интеллектуальная сохранность при ДЦП является большой редкостью. По данным F.E.Schonell [310], недостаточное интеллектуальное развитие встречается лишь у половины детей с церебральным параличом. Мы солидарны с мнением К.А.Семеновой [215] и W.Phelps [304], которые указывают, что большинство детей (50-75%) с церебральным параличом имеет потенциально сохраненный интеллект, но отмечаются своеобразные особенности их интеллектуальной деятельности. 20-25% детей страдает интеллектуальным недоразвитием по типу атипичной олигофрении [98, 112]. P.Asher и F.E.Schonell [272] отмечали в 40-45% случаев у детей с ДЦП умственную отсталость. По данным G.Tardieu [313], среди детей с ДЦП 32% имеют нормальный интеллект, 21% имеют сниженный в средней степени интеллект и 22% детей - глубокое снижение интеллекта. У 25% обследованных им детей было выявлено интеллектуальное развитие, превышающее возрастной уровень. По данным Л.А.Даниловой, Н.В.Гамулецкой и И.И.Мамайчук [64], анализ состояния интеллекта у 150 детей с ДЦП выявил 17% детей с нормальным интеллектом, 62% - с задержкой психического развития, 21% - с олигофренией различной степени.

Нельзя не согласиться с мнением Е.Г.Сологубова и В.Г.Кожевниковой [235], что «наличие двигательных нарушений у больных детским церебральным параличом (ДЦП), малоподвижность и скованность нередко создают ложное впечатление наличия у них выраженной задержки психического развития. Однако наблюдение и общение с больными выявляет интеллектуальную сохранность и дифференцированность эмоций, глубокие личностные реакции – обидчивость, переживание своего дефекта, а в процессе лечения и обучения отмечается благоприятная динамика психоэмоционального развития.

Н.В.Симонова [225, 226] дает психолого-педагогическую оценку интеллекта детей с церебральным параличом в преддошкольном и раннем

дошкольном возрасте, характеризует особенности их интеллектуального развития. Ею были выделены две группы детей: с вторичной задержкой психического развития (63 ребенка) и с олигофренией (47 детей). Н.В.Симонова справедливо подчеркнула, что психолого-педагогическое исследование с оценкой интеллекта в большинстве случаев не может быть одноразовым.

Существуют различные точки зрения на корреляцию между двигательными и психическими нарушениями. К.А.Семенова [215] и E.Denhoff [285] отмечают, что чем тяжелее двигательный дефект, тем более выражены психические нарушения. Мы разделяем мнение авторов, которые, признавая определенную зависимость выраженности психических нарушений от тяжести двигательного дефекта, подчеркивают, что «наблюдаются и такие случаи, когда больные с тяжелыми двигательными нарушениями имеют нормальный интеллект» (Н.Б.Шабалина, Д.И.Лаврова, Т.А.Добровольская, К.А.Семенова, И.Ю.Левченко [112, стр. 5-6]). Часто ребенка с церебральным параличом можно принять за умственно отсталого по внешнему виду и в силу особенностей его развития. Для изучения интеллекта ребенка и, следовательно, для выяснения возможностей лечебно-компенсаторной работы с ним необходима особая подготовка специалистов. Эта мысль принадлежит V.Cardwel [280], разработавшей методику специального клинико-психологического обследования, в результате проведения которого выяснилось, что двигательные нарушения и дефекты речи детей с церебральным параличом могут мешать правильной оценке их интеллекта. На основании этого исследования V.Cardwel пришла к выводу, что осознание врачами и психологами особенностей детей с церебральным параличом и выработка адекватных методов обследования их интеллекта помогут более правильно оценить их умственные способности и выявить истинный процент умственно отсталых среди этой категории детей.

Многие отечественные и зарубежные авторы подчеркивали взаимосвязь в развитии двигательных и интеллектуальных функций у детей раннего возраста (М.Ю.Кистяковская [111]; М.М.Кольцова [121]; Р.Н.Mussen et al. [299]). Р.Н.Mussen с соавторами выявили высокую корреляцию между низкими двигательными оценками в 4-9 мес. с низкими интеллектуальными оценками к 1 г. 5 мес. жизни. И.И.Мамайчук справедливо подчеркивает, что при тщательном психолого-педагогическом обследовании ребенка с угрозой ДЦП можно получить высокоинформативные данные о возможном развитии задержки психического развития уже в первые три месяца. Лонгитюдное обследование 45 детей в возрасте до 3 месяцев выявило, что у младенцев с церебральной органической недостаточностью 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. Мы разделяем точку зрения Л.М.Шипицыной и И.И.Мамайчук, что прямой связи между тяжестью клинических проявлений и уровнем развития психических функций не выявлено [265, 266].

Исследователи выделяют два варианта интеллектуальной недостаточности при ДЦП (Е.И.Кириченко [107]; В.В.Ковалев [116]; Е.М.Мастюкова [167]):

1. Умственную отсталость, при которой на фоне тотального недоразвития интеллекта выделяются симптомы, свидетельствующие о недоразвитии лобных отделов мозга: отсутствие инициативы, недостаточность целенаправленности, грубое недоразвитие активного внимания и т.д.

2. Пограничные состояния интеллектуальной недостаточности, характеризующиеся более легкими и в значительной степени обратимыми нарушениями познавательной деятельности. Эта группа неоднородна как в отношении патогенетических механизмов, лежащих в основе интеллектуальной недостаточности, так и в отношении проявлений интеллектуальных нарушений и прогноза.

Е.И.Кириченко [107] выделила две группы пограничной интеллектуальной недостаточности у детей с церебральными параличами:

- дизонтогенетические формы, обусловленные механизмами задержанного или дисгармоничного развития. В этой группе эволюционная динамика, связанная с процессами возрастного созревания, более выражена, вплоть до достижения нормального уровня развития;

- энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое поражение мозговых структур на ранних стадиях онтогенеза. Интеллектуальная недостаточность у детей этой группы выражена больше, но интеллектуальные нарушения носят функционально-динамический, более или менее обратимый характер.

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, сравнении целого и частей целого, в усвоении состава числа, в нарушении восприятия разрядного строения числа и усвоении арифметических знаков. Важно подчеркнуть, что отдельные локальные нарушения высших корковых функций (пространственного гнозиса и праксиса, нарушение функции счета, достигающее иногда до 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 начертаниям 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.

Многие отечественные и зарубежные исследователи (Э.С.Калижнюк, Е.И.Кириченко, Е.М.Мастюкова) подчеркивают, что для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства *эмоционально-волевой сферы и поведения*. У одних детей они 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 сохраненным интеллектом - реже, чем у умственно отсталых, а у спастиков - реже, чем у детей с атетическими гиперкинезами (M.Oswin [300]).

Некоторые исследователи (М.В.Ипполитова, Р.Д.Бабенкова, Е.М.Мастюкова [92]) указывают на незрелость эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП, наличие эгоцентризма, внушаемости, снижение волевой активности, связывая их с неправильным воспитанием детей. Осознание ребенком своей физической неполноценности приводит к формированию пониженного настроения (Л.М.Шипицына, Е.С.Иванов, Л.А.Данилова, И.А.Смирнова [264]).

К.А.Семенова и Н.М.Махмудова [220] подчеркивают, что «... за «фасадом» органических расстройств у больных ДЦП - параличами, парезами, задержкой психического развития, менее видны невротоподобные и невротические расстройства, которые существенно усложняют клиническую картину, затрудняя проведение реабилитационных мероприятий и оказывая

существенное влияние на социальную адаптацию больных». Неврозоподобные фобические состояния (фобия – болезненный страх или боязнь чего-либо) без определенного содержания, как правило, проявляются в виде выраженных сосудистых реакций, резко выраженным потоотделением и т.д. провоцирующим моментом может быть громкий голос, неожиданный звук, новая ситуация. Одна из форм страха чаще всего связана с нарушениями моторики и постоянно в связи с этим возникающей и травмирующей ситуацией (Э.С.Калижнюк [99]). Это страх передвижения, страх падения, высоты, одиночества и другие. Эти страхи затрудняют адаптацию детей, и они овладевают навыком передвижения лишь в присутствии взрослых. В происхождении этой формы невроза большую роль играет недостаточность зрительно-вестибулярных связей и двигательных функций. Такие дети впечатлительны, легко ранимы, неуверенны, нерешительны, легко утомляются.

Отечественные и зарубежные исследователи указывают, что эмоциональные расстройства детей с церебральным параличом связаны с наличием физического дефекта, воспитанием по типу гиперопеки, ранней социальной и психической депривацией, госпитализацией, иногда с множественными хирургическими вмешательствами (И.Ю.Левченко [135,136]; И.И.Мамайчук, Г.В.Пятакова [162]; J.I.Henderson [290]; P.H.Mussen, J.J.Conger, J.Kagan, A.C.Huston [299]).

Многие авторы (Э.С.Калижнюк, Е.И.Кириченко, И.Ю.Левченко, В.В.Ковалев, И.И.Мамайчук, Л.М.Шипицына) отмечают нарушения личностного развития у детей с церебральным параличом. Нарушения формирования *личности* при ДЦП связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Помимо реакции на осознание собственной неполноценности, имеет место ранняя социальная депривация (изоляция от сверстников в связи с физическим дефектом), а также неправильное воспитание и своеобразное отношение окружающих к неполноценному ребенку (В.В.Ковалев [116]). 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.

Некоторые исследователи отмечают негативное влияние органического поражения ЦНС на развитие личности детей с ДЦП, что во многом определяет особенности личностного реагирования ребенка на физический дефект. Изучая специфику волевой активности таких подростков, Н.М.Сараева [211] выявила такие ее особенности, как быстрая истощаемость и зависимость от психических состояний. Э.С.Калижнюк отмечает два типа реагирования детей с ДЦП на физический дефект: пассивно-оборонительный и агрессивно-защитный.

Изучая особенности мотивационной сферы детей с церебральным параличом, О.Л.Романова [209] установила преобладание мотива подчинения взрослому, чрезмерное развитие которого оказывает отрицательное, тормозящее влияние на формирование активных установок личности.

Достаточное интеллектуальное развитие у этих больных часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, 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 (1983, 1989), 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 контакты с окружающими, глубоко переживают физический дефект, плохо переносят шум; дети с гиперкинетической формой ДЦП более активны, эмоциональны, общительны, имеют много друзей, меньше переживают дефект, чаще недостаточно критичны к своему заболеванию, переоценивают свои возможности; могут легко переходить к гневу и ярости.

### **1.5. Специфика речевого развития детей с церебральным параличом**

В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет, по мнению разных авторов, от 65 до 85% (М.Б.Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская [268]; К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова [219]; Л.А.Данилова [65]; G.Bohme [277]; H.Westlahe, D.Rutherford [318]). При этом обращается внимание на многообразие речевых нарушений.

В работе К.А.Семеновой, Е.М.Мастюковой, М.Я.Смуглина [219] описаны условия, необходимые для полноценного развития речи, которая формируется в тесном единстве с моторикой: анатомическая сохранность и достаточная зрелость мозговых систем, участвующих в речевой функции; сохранность кинестетического, слухового и зрительного восприятия; достаточный уровень интеллектуального развития, который обеспечивал бы потребность речевого общения; нормальное строение периферического речевого аппарата; достаточное эмоциональное и речевое окружение. У детей с церебральным параличом часто имеет место недостаточность всех этих условий.



Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга (К.А.Семенова [215, 219, 220]). 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). Е.М.Мастюкова [167, 169] подчеркивает, что отставание в развитии речи при ДЦП связано также с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов. Дети имеют небольшой жизненный опыт, общаются с узким кругом сверстников и взрослых. Патологии речевого развития способствуют также недостаточность кинестетического, слухового и зрительного восприятия, задержанное интеллектуальное развитие [219]. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом у ребенка не формируется потребность в речевом общении. В таких случаях ребенок лишен важного для него речевого общения, которое является важной предпосылкой развития речи.

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 (М.Б.Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская [268]; Н.Н.Трауготт [245]; К.А.Семенова [219, 220]; Е.М.Мастюкова [169]). 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 (Л.О.Бадалян [17]). В связи с недостаточностью кинестетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей (К.А.Семенова, Н.М.Махмудова [220]). Мы согласны с мнением Е.М.Мастюковой, которая указывает на зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности.

Многие исследователи отмечают позднее становление речи у детей с церебральным параличом (М.Я.Брейтман [38]; М.Б.Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская [268]; М.Зееман [85]; Е.М.Мастюкова [165, 167]; Е.Ф.Архипова [11,

12]; Л.А.Данилова [61, 65] и др.). Задержка речевого развития начинается уже с доречевого периода. Е.Ф.Архипова [11, 12] подробно проанализировала основные этапы развития детей первых двух лет жизни с ДЦП. Она выявила характерные патологические особенности в течении доречевого периода и выделила четыре уровня доречевого развития детей с церебральным параличом. Дети, находящиеся на разных уровнях доречевого развития, отличаются друг от друга характером вокализаций и степенью зрелости психических функций. Особое внимание обращается на тот факт, что доречевое развитие детей с церебральным параличом нарушено по темпу и по содержанию: оно замедленно и характеризуется диспропорцией или даже выпадением отдельных функций.

Большинство детей с задержкой речевого развития понимает обращенную речь, собственная же их речь формируется в более поздние сроки. Многие авторы задержку становления моторной речи при ДЦП объясняют патологией всей двигательной функциональной системы (К.А.Семенова [215]).

Е.В.Романенко [208] изучила условия и особенности формирования звуковой стороны речи у детей второго года жизни с ДЦП, а также выявила некоторые прогностически значимые критерии нарушений доречевого и речевого развития: поздние сроки появления лепета, переход на речевой уровень общения только с 1 года 6 месяцев, преобладание в речевом строе одной группы звуков (объединенных способом и местом образования).

Л.А.Данилова [61] рассмотрела особенности психомоторного и речевого развития здорового ребенка и больного, страдающего церебральным параличом, в различные возрастные периоды, начиная с рождения.

Изучение речевого развития детей с церебральным параличом выявило нарушение различных компонентов речевой деятельности: фонетико-фонематического, лексического и грамматического (Л.А.Данилова, М.В.Ипполитова, Л.В.Лопатина, Е.М.Мастюкова, Н.Н.Малофеев, И.И.Панченко, И.А.Смирнова, Л.Б.Халилова и др.). «Качественные особенности развития речи у детей с церебральным параличом сочетаются с замедленным темпом усвоения языка» ([169], стр. 77).

В результате нарушения функций артикуляционного аппарата у детей с ДЦП прежде всего стойко нарушена фонетическая сторона речи. Е.М.Мастюкова подчеркивает, что «на начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится искаженно либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к невнятности речи и ограничению общения со сверстниками и взрослыми» ([167], стр. 102). Она указывает на атипичное усвоение фонем, которое может не совпадать с последовательностью их усвоения в нормальном онтогенезе. «Уже на ранних этапах овладения фонетическим строем языка у детей с церебральным параличом могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые закрепляются в дальнейшем по мере формирования патологического речевого стереотипа» ([169], стр. 76).

На нарушения фонематического восприятия указывают Е.М.Мастюкова [167], И.И.Панченко [186], Л.Б.Халилова [257]. Часто дети не различают звуки на слух, не могут повторять слоговые ряды, выделять звуки в словах.

У большинства детей с церебральным параличом исследователи отмечают своеобразные нарушения лексического и грамматического строя речи, обусловленные спецификой заболевания (Л.А.Данилова, М.В.Ипполитова, Е.М.Мастюкова, Н.Н.Малофеев, И.А.Смирнова, Л.Б.Халилова). Количественное ограничение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограничением объема, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. Дети обладают ограниченными лексическими возможностями, не располагают необходимыми языковыми средствами для характеристики различных предметов и явлений окружающего мира. Своеобразное формирование словарного запаса находит свое выражение в нарушении усвоения многих языковых категорий. М.В.Ипполитова [91] указывает, что особенно ограничен запас слов, обозначающих признаки и качества предметов, а также различных действий с ними. Дети с церебральным параличом испытывают трудности в употреблении и понимании предлогов, словосочетаний с предложными конструкциями, а также слов, обозначающих пространственно-временные отношения. Л.Б.Халилова [255] выявила ограниченность лексических представлений, которые проявляются в незнании детьми точного смысла слов, употребляемых в прямом и переносном значениях, в трудностях употребления слов-синонимов и антонимов, в нарушении норм лексической сочетаемости. Н.Н.Малофеев [157] показал своеобразие словаря детей с ДЦП, проявляющееся в виде сужения объема пассивного и активного словарного запаса, трудностей овладения номинативной функцией слова, невладения многозначностью слова.

Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом, что во многом обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании слов в предложении, употреблении правильных падежных окончаний [19]. Л.Б.Халилова [256] подчеркивает, что даже к началу обучения в школе у детей не формируются практические умения и навыки в области словообразования.

К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова, М.Я.Смуглин [219] у детей с церебральным параличом выделяют следующие виды речевых нарушений: задержку речевого развития, обусловленную тяжелой двигательной недостаточностью, интеллектуальной недостаточностью, выраженной соматической ослабленностью, неблагоприятными условиями окружения (вынужденной изоляцией от коллектива, длительной госпитализацией и др.); дизартрии и анартрии; алалии; речевое недоразвитие в связи со снижением слуха, с умственной отсталостью.

Многие авторы справедливо подчеркивают, что речевые нарушения у детей с церебральным параличом редко встречаются изолированно, чаще

отмечается сочетание дизартрии с задержкой речевого развития или дизартрии с алалией (Е.М.Мастюкова [169]; Л.А.Данилова [61] и др.).

Наиболее распространенным речевым нарушением у детей с церебральным параличом является дизартрия. Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, при котором страдает звукопроизношение, просодическая организация звукового потока, речевое дыхание, голос, обусловленное нарушением иннервации речевой мускулатуры. По данным Л.А.Даниловой [61], дефекты произношения выявляются у 75% детей с церебральным параличом, при этом у 95% детей эти нарушения обусловлены дизартрическими расстройствами различной формы и тяжести. Особенностью нарушений звукопроизносительной стороны речи при дизартрии у детей с церебральным параличом является то, что при всех видах активных движений в конечностях нарастает мышечный тонус в артикуляционной мускулатуре и усиливаются дизартрические расстройства [150].

W.Little, описывая церебральные поражения, отмечал, что мышцы речи также обычно поражены и расстройства речи наблюдаются от простой неясности в произношении некоторых звуков до отсутствия членораздельной речи [297]. P.Asher, F.E.Schonell [272], V.Cardwel [280], О.В.Правдина [194] подчеркивают, что речь у детей с дизартрией смазанная, неясная, плохо модулирована, с назализованным оттенком, а в тяжелых случаях полностью отсутствует.

К.А.Семенова [216], Е.М.Мастюкова [219], И.И.Панченко [186, 187], Е.Ф.Архипова [11, 12] указывают на патологическое состояние речедвигательного анализатора (нарушение тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата) у детей с ДЦП. Расстройство речи при дизартрии обусловлено нарушением моторики органов артикуляции в связи с парезами, параличами, гиперкинезами, а также изменениями тонуса артикуляционных мышц языка, губ, мягкого неба, диафрагмы, голосовых связок. Исследователи отмечают при дизартрии нарушения звукопроизношения гласных и согласных звуков, темпа речи, модуляций голоса, дыхания, фонации, а также асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции [61, 186, 268].

Еще в конце XIX века предпринимались попытки не только выделить дизартрию при церебральном параличе, но и описать ее различные клинические формы. Особое внимание было уделено вопросам классификации дизартрии. В дальнейшем эти классификации уточнялись и обогащались (М.Б.Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская [268]; И.И.Панченко [186]; К.Вобат, В.Вобат [276]; G.Tardieu [314]). В настоящее время в основу различных подходов к классификации дизартрии положены принцип локализации мозгового поражения (О.В.Правдина [194]), синдромологический подход (И.И.Панченко [186]), степень понятности речи для окружающих (G.Tardieu [314]).

В своей работе мы используем классификацию дизартрических расстройств, предложенную И.И.Панченко. На основе синдромологического подхода ею выделяются следующие формы дизартрии применительно к детям с церебральным параличом: спастико-паретическая, спастико-ригидная, гиперкинетическая, атактическая, а также смешанные формы (спастико-

гиперкинетическая, спастико-атактическая, спастико-атактико-гиперкинетическая, атактико-гиперкинетическая). И.И.Панченко подчеркивает, что у детей с церебральным параличом трудно вычленить симптоматику речедвигательных расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. В речевой моторике отмечаются аналогичные дефекты. Тип дизартрического нарушения определяется по характеру клинического синдрома. Эта классификация дизартрии ориентирует логопеда на качество нарушения артикуляционной моторики, что позволяет более целенаправленно определить выбор средств лечебной и логопедической работы по нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата.

А.Е.Аронсон, J.R.Duffy отмечают, что речевые нарушения, возникающие при ДЦП, могут затрагивать различные патогенетические звенья ее формирования: когнитивно-лингвистические процессы, моторное речевое программирование, а также нервно-мышечное исполнение [271, 286]. Клинически эта неврологическая патология проявляется проблемами в речевой коммуникации вследствие паралича, слабости и дискоординации речевой мускулатуры; в то же время – это патология движения вследствие нарушенного нервно-мышечного исполнения, при которой поражаются дыхание, фонация, просодика и артикуляция по отдельности или в комбинации. При этом могут нарушаться скорость, сила, амплитуда, синхронность или точность речевых движений. J.R.Duffy подчеркивает, что неврологическая и топическая диагностика дизартрии должна предшествовать логопедическому диагнозу [286].

Ряд авторов отмечает и другие речевые расстройства при ДЦП. Различные формы алалии у детей с церебральным параличом выделяют М.Б.Эйдинова и Е.Н.Правдина-Винарская [268], Н.Ботта и П.Ботта [37], Н.Н.Трауготт и С.И.Кайдинова [245], G.Tardieu [314] и другие авторы.

### **1.6. Проблема коррекционной помощи детям с двигательной церебральной патологией.**

В медицинской литературе подробно описаны принципы, методы и содержание комплексного восстановительного лечения детей с церебральным параличом, основными компонентами которого являются лечебная физкультура, различные виды массажа, медикаментозные средства, ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры, рефлексотерапия (К.А.Семенова [215, 216, 219, 220]; М.Н.Гончарова, А.В.Григина, И.И.Мирзоева [52]; С.А.Бортфельд, Е.И.Рогачева [34, 35]; Б.Г.Цыпурский [147]; В.В.Текорюс [128]; Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина [19]; Т.Г.Шамарин, Г.И.Белова [262] и др.).

Исходя из представлений о важности сенсорного потока в регуляции движений и поддержании нормального мышечного тонуса в терапии ДЦП наибольшее внимание в последнее время уделяется методам, основанном на коррекции афферентного потока: вибромассажу, искусственной локальной гипотермии, иглорефлексотерапии, микроволновой резонансной терапии [75,

218]. Актуальной является проблема поиска наиболее эффективных способов реабилитации детей с ДЦП. Современный метод восстановительного лечения больных с двигательными и речевыми расстройствами церебрального происхождения с помощью лечебно-нагрузочного костюма («Адели», позже «Гравистат»), основанный на оптимизации афферентного потока, в наибольшей степени отвечает потребностям клиники ДЦП: он «прост в исполнении, доступен, в достаточной мере эффективен»... [218]. Метод динамической проприоцептивной коррекции патологического двигательного стереотипа у детей с ДЦП (К.А.Семенова) направлен на нормализацию и усиление проприоцептивной импульсации от суставно-связочно-мышечного аппарата в различные структуры двигательного кинестетического анализатора спинного и головного мозга [214, 263].

Исследователи указывают на необходимость специального обучения и воспитания детей с церебральным параличом, с целью преодоления нарушений познавательной и речевой деятельности.

Некоторые исследователи высказывают мнение, что лечение и обучение при ДЦП эффективно только в случае отсутствия грубых нарушений интеллекта у больного ребенка, в противном случае лечение не дает удовлетворительных результатов (Е.П.Меженина [171]; Н.В.Бандуристый [21]; М. Skatvedt [311]; А. J. Ingram, E. Withers, E. Speltz [292]). Мы разделяем другую точку зрения, что лечить и обучать нужно всех детей с церебральным параличом, включая и умственно отсталых. Этим взглядов придерживаются Н.Ботта и П.Ботта [37], Э.Хейссерман [258]. М.Б.Эйдинова и Е.Н.Правдина-Винарская [268], утверждая, что лечебно-компенсаторная работа при ДЦП бывает более эффективной при наличии у ребенка полноценного интеллекта и осознанной установки на выздоровление, подчеркнули, что в результате лечения и обучения можно добиться значительных сдвигов и у умственно отсталого ребенка. В настоящее время специалисты, работающие с детьми с церебральным параличом, придерживаются мнения, что лечить и обучать нужно всех детей с этим заболеванием.

Исследователи рекомендуют комплексное преодоление двигательных, психических и речевых нарушений у детей многими специалистами, при котором повышается результативность медицинских, педагогических и логопедических мероприятий, особо указывая на тесный контакт в работе логопеда и врача (К.А.Семенова [215, 220]; Е.М.Мастюкова [166, 168]; Л.А.Данилова [61, 63, 64]; Э.С.Калижнюк [113]; Е.Ф.Архипова [11, 14]; Н.Я.Анашкин [9]; Т.И.Серганова [222]).

Мы разделяем точку зрения В.И.Козьявкина, Н.В.Козьявкиной с соавторами [118, 119, 120], которые указывают, что социальная адаптация пациента с церебральным параличом, его интеграция в общество здоровых сверстников в значительной мере зависят от кооперации в работе медиков, психологов, логопедов, специалистов в области коррекционной педагогики. Цели реабилитации ДЦП всегда являются индивидуальными и динамичными. Все они направлены на оптимальное развитие моторных, психических и речевых функций, улучшение качества жизни ребенка-инвалида с

обеспечением его максимальной независимости и самоутверждения. Н.В.Козьявкина с соавторами указывает на очевидность того, что «при общности патогенеза двигательных нарушений в конечностях, туловище и артикуляционной моторике при ДЦП перед специалистами в области медицинской реабилитации и логопедии ставится ряд поэтапных задач в общей программе восстановления дизонтогенеза моторного и речевого развития с индивидуальным подходом к каждому больному: нормализация мышечного тонуса; подавление активности позотонических рефлексов; моделирование нового двигательного стереотипа конечностей, туловища и формирование нового стереотипа артикуляционного праксиса; развитие мотивации к речевой коммуникации и к новым методикам коррекционного обучения; дальнейшее повышение социальной адаптации пациентов и улучшение качества их жизни в целом» [120].

В специальной литературе справедливо подчеркивается, что при раннем начале лечебно-педагогических мероприятий более полно удастся компенсировать нарушенные функции. «Пластичность мозга ребенка раннего возраста, большие потенциальные возможности активно реагировать на изменяющиеся внешние стимулы объясняют необходимость ранней тренировки возрастных навыков у детей с выраженными неврологическими нарушениями» (Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова [81, стр. 251]). Эту точку зрения поддерживают К.А.Семенова и Н.М.Махмудова [220], F.Peter [303], S.Levitt [296], V.Vojta [315], M.Nagi и K.Akos [288]. Раннее начало лечебно-коррекционной работы с первых месяцев жизни ребенка необходимо и в связи с тем, что нарушения развития отдельных психических функций приводит к вторичной задержке развития других функций (Э.С.Калижнюк [113]).

Коррекционное воздействие должно предусматривать онтогенетически последовательную поэтапную стимуляцию развития возрастных, двигательных, психических и речевых функций (Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова [81, 164]; Е.Ф.Архипова [11]).

К.А.Семенова и Е.Ф.Архипова [11, 14, 125, 126, 220], Е.М.Мастюкова [164], П.Я.Фищенко и Л.А.Данилова [252] фиксируют внимание на эффективности ранней диагностики и, соответственно, ранней коррекции нарушений развития ребенка в ходе педагогического и логопедического воздействия в доречевой период. Е.Ф.Архипова [11, 12, 14] разработала систему поэтапной коррекционно-педагогической работы, начиная с первых месяцев жизни, направленную на формирование всех нарушенных функций: моторики артикуляционного аппарата, сенсорных функций, зрительно-моторной координации, стимуляцию гуления и лепета.

Мы разделяем точку зрения Е.М.Мастюковой о том, что «вмешательство педагога и логопеда зависят не столько от возраста ребенка, сколько от того уровня доречевого, речевого и психического развития, на котором находится данный ребенок» [164, стр. 5].

Е.М.Мастюкова разработала принципы, направления и содержание коррекционно-педагогической работы с детьми с ДЦП, в младенческом, раннем и дошкольном возрасте [165, 167, 169]. Л.А.Данилова [61] и И.А.Смирнова

[181] предлагают систему коррекционного воздействия, направленную на стимуляцию развития познавательной деятельности.

Н.Ботта и П.Ботта [37], G.Tardieu [314] привели описание ряда методических приемов для развития зрительного восприятия у детей с церебральным параличом. М.Б.Эйдинова и Е.Н.Правдина-Винарская [268], С.А.Бортфельд [34], Е.В.Зеленина и З.П.Манухина [86] отметили, что в результате проведения лечебной физкультуры у ребенка улучшается ориентировка в окружающем пространстве. Предложены специальные методики улучшения стереогностической функции (Н.Ботта, П.Ботта [37]; Л.А.Данилова [61]; Г.Ф.Городецкая [53]).

Э.С.Калижнюк обращает внимание на роль специального обучения при реабилитации больных детей с церебральным параличом. Ею разработаны различные лечебно-педагогические приемы для восстановления нарушенных корковых функций у детей-дошкольников с ДЦП [82, 95, 113, 172].

Р.Я.Абрамович-Лехтман [2] в систему занятий для детей младшего дошкольного возраста вводит обязательное обучение предметным действиям, начиная от простого захватывания, удержания предмета и выполнения элементарных движений под контролем зрения с последующим обучением сюжетной игре, рисованию, лепке, аппликации, конструированию.

В экспериментальном обучении, проводимом М.В.Ипполитовой [90, 91], внимание на первых порах уделялось сенсорному воспитанию, формированию простых и более сложных двигательных навыков. В дальнейшем в систему обучения входило расширение знаний об окружающем, воспитание и уточнение пространственно-временных представлений, подготовка к чтению, письму, счету.

Целый ряд авторов отмечает трудности, возникающие при коррекции речевых расстройств у детей с ДЦП. Так, А.Posniak, P.Saturen, S.Tobis, H.Wallace [306] у всех больных с церебральным параличом (53 человека в возрасте от 5 до 21 года), выявили нарушения речи. В результате занятий по лечебной физкультуре и логопедической работы у всех наступили значительные улучшения в двигательной сфере, но речевые расстройства сохранились.

М.Б.Эйдинова и Е.Н.Правдина-Винарская [268], Л.А.Данилова [60, 62] показали эффективность медикаментозного лечения псевдобульбарных параличей в сочетании с целенаправленной, строго индивидуальной логопедической работой. К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова и М.Я.Смуглин [219] описали значительное улучшение речи в результате действия импульсного тока на дистальные отделы конечностей. Они также отметили активизацию умственной деятельности, связанную с улучшением речи.

Мы разделяем точку зрения исследователей, которые указывают на необходимость проведения дифференцированной логопедической работы при коррекции дизартрических расстройств. И.И.Панченко [186, 187, 220] придает важное значение учету ведущего двигательного дефекта речевого аппарата. Ею разработаны основные задачи, методы и содержание дифференцированной логопедической работы с детьми школьного возраста в поздней резидуальной



стадии ДЦП при спастическом парезе артикуляционных мышц, гиперкинезах, атаксии. Е.М.Мастюкова [219] и Л.А.Данилова [65] описывают особенности речевой терапии при различных формах дизартрии: псевдобульбарной (спастической и паретической), экстрапирамидной, мозжечковой. Они подчеркивают, что эффективность логопедической работы при дизартрии зависит от правильного определения вида дизартрии и от использования дифференцированных методов коррекции.

Успешное проведение логопедической работы с детьми, имеющими тяжелые дизартрические расстройства, описаны А.Г.Ипполитовой [90] и О.В.Правдиной [194], которые считают важным использование средств логопедической лечебной физкультуры, массажа для нормализации речевой моторики. И.И.Панченко [186, 187], Е.Ф.Архипова [11, 12, 14], О.Г.Приходько [195] разработали приемы дифференцированного логопедического массажа (в зависимости от характера нарушения тонуса артикуляционной мускулатуры), а также дифференцированной пассивной и активной гимнастики. О.В.Правдина [194], М.В.Ипполитова [53], И.И.Панченко [95, 96] рекомендуют при коррекции дизартрии развивать общую и артикуляционную моторику, речевое дыхание, проводить работу по уменьшению слюнотечения. G.Tardieu [151]; И.И.Панченко [7]; Г.В.Бабина, И.А.Малова [15] важную роль отводят дыхательной и голосовой гимнастике. N.Botta и P.Botta [278] предложили интересные приемы восстановления речи при ДЦП. Авторы подчеркнули, что наряду с восстановлением речи необходимо улучшать функции двигательной системы: выработать правильные дыхательные движения, контроль над рефлексом гортани при формировании речи, ослабление напряжения головы и шеи. W.Cruickshank и Q.Raus [283] указывали, что движения артикуляторных органов должны быть связаны с фонацией.

С. Marie и M.A.Crickmay [298] разработали методику (на основе методики К. и В. Bobath's), в которой особое внимание обращается на артикуляцию, движение языка, связанное с положением тела. При этом подбираются необходимые позы для облегчения движений головы и артикуляции. При проведении логопедических занятий К. и В. Bobath [276], Е.Ф.Архипова [11, 12, 14], К.А.Семенова [220] и Е.М.Мастюкова [169] рекомендуют применение «рефлекс-запрещающих позиций» для нормализации мышечного тонуса путем торможения патологических тонических рефлексов. Расслабление мышц артикуляционного аппарата начинается с подбора индивидуальных для каждого ребенка положений тела, в которых патологические тонические рефлексy не проявляются или проявляются минимально.

Для коррекции речедвигательных нарушений при ДЦП К.А.Семенова, О.В.Степанченко, Л.И.Виноградова [94] предложили метод искусственной локальной гипотермии с целью уменьшения спастичности мышц, гиперкинезов, гиперсаливации и повышенного синкинетического участия других мимических групп. Логопедическую работу по развитию артикуляционной моторики Е.Ф.Архипова [11, 12, 14], М.В.Ипполитова [90, 91], Е.М.Мастюкова [167] рекомендуют всегда сочетать с развитием функций рук и коррекцией их нарушений.

Методические приемы по преодолению моторной алалии у детей с двигательными нарушениями изложены в работе Н.Н.Трауготт и С.И.Кайдиновой [245], где подчеркивается необходимость логопедической помощи, направленной на развитие словарного запаса, преодоление аграмматизмов у ребенка с алалией. Г.Н.Малофеева [158], изучая опыт воспитательной работы с детьми с церебральным параличом, подчеркнула, что логопеду следует воспитывать целенаправленное внимание, вводить целевые установки в игре и осуществлять речевую регуляцию каждого предметного и игрового действия.

В последние годы внимание исследователей обращено к детям с ДЦП с тяжелыми проявлениями заболевания (Ю.Ю.Белякова [28], А.А.Гусейнова [57, 58], В.И.Николаенко [177], Т.Н.Симонова [228] и др.). В дошкольные и школьные образовательные учреждения стали принимать детей с тяжелой двигательной патологией, но недостаточность методических и практических рекомендаций затрудняют психолого-педагогическую работу с ними.

Н. и П.Ботта [37], М.В.Ипполитова, Р.Д.Бабенкова, Е.М.Мастюкова [92], К.Акош и М.Акош [4], Е.Т.Лильин [148], Н.Р.Финни [251] подчеркивают важность контакта врачей и педагогов с родителями и всем окружением ребенка. Мы также солидарны с их мнением, что мать может оказать существенную помощь в проведении коррекционных мероприятий. «С этой целью ее необходимо обучить методам лечебного ухода и тренировки двигательных, психических и речевых навыков, доступным в домашних условиях» (Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина [19, стр. 289-290]). Необходимо помочь родителям понять особенности развития детей с церебральным параличом и выработать правильное отношение к больному ребенку [92].

Ряд исследований посвящен вопросам семьи и семейного воспитания детей с церебральным параличом. В работах И.Ю.Левченко [136,140], И.И.Мамайчук [161] и В.В.Ткачевой [243,244] показано, что в семьях, где воспитываются дети с ДЦП, наиболее часто встречается гиперопека, которая проявляется в излишней концентрации родителей на проблемах ребенка, тормозит его личностное развитие, лишает его самостоятельности, способствует формированию нереальных планов на будущее. В некоторых случаях в общении с ребенком с ДЦП родители используют стиль потворствующей протекции, который проявляется в удовлетворении любых потребностей без предъявления адекватных требований, что способствует развитию эгоцентризма, повышенной зависимости от родителей (И.И.Мамайчук, В.С.Чавес [163]). В то же время в некоторых семьях наблюдается эмоциональное отвержение больного ребенка, что ведет к формированию у него чувства неполноценности, неуверенности в себе, а при неустойчивом типе характера вызывает реакцию активного протеста. Патогенное влияние на стиль воспитания оказывает наличие у родителей, особенно матерей, чувства вины за рождение больного ребенка.

Ребенок с церебральным параличом с раннего возраста нуждается в стационарном лечении. Следствием этого является эмоциональная депривация,

выражающаяся в нарушении специфического общения ребенка с матерью из-за того, что больной ребенок длительное время находится в медицинском учреждении, часто без матери (И.Ю.Левченко [136]). У детей раннего возраста с ДЦП описан дезадаптивный синдром, основу которого составляет синдром страха при поступлении ребенка в больницу, при разлучении его с матерью (К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова, М.Я.Смуглин [219]).

И.Ю.Левченко указывает, что «развитие детей с ДЦП характеризуется качественным своеобразием. Социальная ситуация развития их жизни искажена с раннего детства: наличие хронического инвалидизирующего заболевания вызывает пристальное внимание родителей к здоровью ребенка, ведет к воспитанию, ограничивающему активность, госпитализму, уменьшению социальных контактов. Ситуация жизни ребенка и взрослого с ДЦП при отсутствии специально созданных условий несет в себе постоянно сохраняющееся противоречие – между объективной жизненной необходимостью осуществления «нормальных» видов деятельности, широких контактов и невозможностью их реализации» [136]. И.Ю.Левченко подробно описывает факторы, определяющие социальную адаптацию детей с церебральным параличом и определяющие возможности их интеграции в социум: степень выраженности двигательных нарушений, степень интеллектуального недоразвития, нарушения отдельных корковых функций, состояние эмоционально-волевой сферы и особенности личности, наличие психолого-педагогического воздействия, влияние родителей и отдельных референтных микрогрупп [136].

Таким образом, анализ специальной клинико-педагогической литературы по проблеме двигательных, психических и речевых расстройств у детей с церебральным параличом, показал, что отечественными и зарубежными авторами в различных аспектах изучены состояние двигательной сферы, психики и речи.

Современный анализ клинических проблем детского церебрального паралича представлен в работах Л.О.Бадаляна, Е.М.Мастюковой, Е.Н.Правдиной-Винарской, К.А.Семеновой, М.Б.Эйдиновой и др. Изучению нарушений психического развития у детей с церебральным параличом посвящены исследования Э.С.Калижнюк, Е.И.Кириченко, И.Ю.Левченко, И.И.Мамайчук, Е.М.Мастюковой, Н.В.Симоновой, Н. и П.Ботта, К.Hickey. Большое число исследований посвящено проблеме речевых нарушений у детей с ДЦП (Е.Ф.Архипова, Л.А.Данилова, М.В.Ипполитова, Е.М.Мастюкова, И.И.Панченко, Е.Н.Правдина-Винарская, G.Tardieu). Вопросы коррекционной работы в дошкольном и школьном возрасте представлены в работах Л.А.Даниловой, М.В.Ипполитовой, Э.С.Калижнюк, И.Ю.Левченко и др. Имеются отдельные работы по коррекционной помощи детям младенческого и раннего возраста (Е.Ф.Архипова, Е.М.Мастюкова, О.Г.Приходько, Н.В.Симонова). Однако до настоящего времени недостаточно изучены многие вопросы формирования познавательной, речевой деятельности и коррекции их нарушений у детей раннего возраста с церебральным параличом.

## **Глава 2. Методологические основы организации системы ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом**

Теоретико-методологические основы исследования определены в рамках теории культурно-исторического развития ребенка с нарушениями в развитии Л.С.Выготского. Она получила научное и практическое развитие в работах представителей его научной школы (Л.И.Божович, В.В.Давыдов, А.В.Запорожец, А.Н.Леонтьев, А.Р.Лурия, М.И.Лисина, А.В.Петровский, С.Л.Рубинштейн, Д.И.Фельдштейн, Д.Б.Эльконин и др.), последователей в области *специальной психологии* (Т.А.Власова, Е.Е.Дмитриева, М.В.Ермолаева, И.А.Коробейников, В.И.Лубовский, Д.М.Маллаев, Е.А.Медведева, Л.Ф.Обухова, В.Г.Петрова, К.Н.Поливанова, А.П.Стеценко, Л.И.Тигранова, У.В.Ульенкова и др.), *специальной педагогики* (Л.Б.Баряева, В.И.Бельтюков, Е.А.Екжанова, В.З.Кантор, Л.М.Кобрина, Н.Н.Малофеев, В.М.Мозговой, Н.М.Назарова, Г.Н.Пенин, Е.А.Стребелева и др.). Важными также представляются теоретические и практические исследования, посвященные клинико-психолого-педагогическим аспектам ДЦП (Е.Ф.Архипова, Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, М.В.Ипполитова, Э.С.Калижнюк, И.Ю.Левченко, Е.Т.Лильин, Л.В.Лопатина, И.И.Мамайчук, Е.М.Мастюкова, К.А.Семенова, В.В.Ткачева, Л.М.Шипицына и др.).

Методологической основой построения концепции ранней помощи детям с церебральным параличом являются следующие подходы.

1. **Системный подход** к процессу развития ребенка, базирующийся на теории функциональных систем и системогенеза (П.К.Анохин), теории системной организации высшей психической деятельности, системного структурно-динамического изучения психического развития ребенка (Л.С.Выготский, А.Р.Лурия). Содержательные принципы системного подхода позволяют фиксировать недостаточность традиционных предметов изучения для постановки и решения новых задач, а также существенно помогают строить новые предметы изучения, задавая характеристики этих предметов и способствуя формированию конструктивных исследовательских программ.

Система определяется как «совокупность элементов, находящихся в отношениях и связях между собой и образующих определенную целостность, единство» (В.Н.Садовский [210]). Базовая структура системы включает шесть компонентов: 1) характеристику исходных образований, составляющих системы; 2) характеристику сочетания таких образований; 3) наличие отношений, связей между исходными образованиями; 4) характеристику образования, полученного при наличии первых трех компонентов; 5) функционирование этого сложного образования; 6) наличие дополнительных характеристик (В.И.Садовский [210], И.В.Блауберг [30]). При этом, по мнению П.К.Анохина [10], системой можно назвать только такой комплекс компонентов, у которых взаимодействие и взаимоотношение приобретают характер взаимодействия компонентов, направленного на получение

фокусированного полезного результата. С точки зрения его теории функциональных систем психическая деятельность человека включает следующие системные компоненты: результат как ведущий системообразующий фактор психической деятельности; оценка результата психической деятельности; потребность как системоорганизующий фактор, формирующий мотивацию; программирование психической деятельности для достижения нужного результата; выражение психической деятельности в процессах мышления, поведения, соматовегетативных и речевых реакциях (Ю.И.Александров [6], К.В.Судаков [253]).

Применительно к специальной педагогике «системный подход означает учет всех актуальных и потенциальных образовательных возможностей и потребностей ребенка в процессе педагогического сопровождения, а также всего контекста его ближайшего окружения, его актуальной жизненной ситуации и истории его жизни» (В.И.Бельтюков [29], Н.М.Назарова [238]).

**2. Гуманистический подход** к педагогической работе, когда «внимание должно быть направлено не на недостаток, дефект как таковой, а на самого ребенка, отягощенного этим недостатком, на его особую социальную и образовательную ситуацию» (Л.С.Выготский).

Такой подход подразумевает направленность педагогической работы на разностороннее и гармоничное развитие личности ребенка, создание оптимальных условий для его равноправного участия в жизни общества (Ш.А.Амонашвили, У.Бронфенбреннер, Д.М.Маллаев, Н.Н.Малофеев, О.Шпек, Е.А.Ямбург и др.). Основой работы с детьми с церебральным параличом является *оптимистический прогноз*, который базируется на гуманистическом подходе. В настоящее время в России все интенсивнее развиваются гуманистические тенденции, ребенок оценивается не по его способности к обучению и труду, а как индивид, имеющий особые потребности и нуждающийся в особых условиях для полноценной социализации (И.Ю.Левченко, Д.М.Маллаев, Е.А.Медведева, П.И.Пидкасистый, Т.Н.Симонова, В.А.Сластенин, Е.Н.Шиянов и др.). Вытекающие из ключевых положений гуманистического подхода закономерности указывают на основополагающие характеристики развития современного образования как в общей, так и в специальной педагогике [237]:

- направленность на разностороннее и гармоничное развитие личности;
- ориентированность на «зону ближайшего развития» для удовлетворения потребностей и личностных запросов воспитанника (учащегося);
- освоение базовой составляющей гуманитарной культуры для развития личности в гармонии с общечеловеческой культурой;
- учет культурно-исторических традиций в единстве с мировой культурой как основа конструирования содержания образования;
- овладение культурно-историческим и профессиональным опытом людей на основе деятельностного подхода, обеспечивающего разнообразную и продуктивную деятельность;
- признание воспитанника (учащегося) не объектом, а субъектом обучения, что

обеспечивает единство реализации деятельностного и личностного подходов, придает процессу обучения диалогический характер, при котором позиции педагога и обучаемого становятся личностно-равноправными;

– индивидуально-творческий подход к организации и содержанию образовательного процесса, что создает оптимальные (или адекватные) условия для саморазвития личности при освоении ею базовой гуманитарной культуры;

– формирование гуманистических принципов, согласно которым участники педагогического процесса обретают готовность воспринимать проблемы других людей как свои собственные.

**3. Комплексный подход** к изучению и развитию психики ребенка, единство диагностической и коррекционной помощи детям с трудностями в развитии, основанный на положениях теории Л.С.Выготского. Л. С. Выготский подчеркивает, что целостное изучение личности ребенка в ее взаимодействии с окружающей средой «должно основываться на длительном наблюдении его в процессе воспитания, на педагогическом эксперименте, на изучении продуктов творчества, игры и всех сторон поведения ребенка» с целью получения о нем емкой и разносторонней информации об особенностях развития познавательных, эмоционально-волевых психических процессов, личностного становления в процессе общения и деятельности. Диагноз должен основываться на осторожном истолковании данных, полученных из разных источников. Л.С.Выготский придавал большое значение жалобам родителей, самого ребенка, воспитательного учреждения.

Комплексный (междисциплинарный) характер коррекционной работы предусматривает параллельное воздействие «команды» специалистов на двигательную сферу, познавательную и речевую деятельность, включение их в единую организационную модель и владение единой системой методов и форм коррекционной работы (М.Акош, Г.В.Дедюхина, Е.Т.Лильин, Е.М.Мастюкова, А.Пето, К.А.Семенова, Е.А.Стребелева и др.). Однако до настоящего времени существующая сеть медицинских, социальных и образовательных учреждений, где периодически пребывают дети с ДЦП, оказывается разорванной и разобщенной (Т.Н.Симонова [228]). Отмечается разъединенность специалистов и их неготовность к конструктивному диалогу, отсутствие знаний в смежных областях, недопонимание важности проведения одновременной, полноценной коррекции всех функциональных систем (И.Ю.Левченко, О.Г.Приходько [137], Т.И.Серганова [222], К.А.Семенова [213], Т.Н.Симонова [228]). Поэтому, на наш взгляд, весьма остро встает задача комплексного сопровождения в системе диагностики и коррекции нарушений развития детей с ДЦП.

**4. Дифференцированный подход** к организации диагностико-коррекционной помощи ребенку проблемами в развитии. Этот подход, который является одним из основных в дефектологии, предусматривает создание благоприятных условий обучения, учитывающих как индивидуальные характеристики каждого ребенка, так и его особенности, свойственные детям с определенным типом нарушения (Т.А.Власова [184], В.И.Лубовский [153], У.В.Ульенкова [246] и др.).

Требование учитывать индивидуальные особенности ребенка в процессе

обучения - очень давняя традиция. Необходимость этого очевидна, так как дети по разным показателям в значительной мере отличаются друг от друга. В специальной литературе термины «индивидуализация» и «дифференциация» часто употребляются в качестве синонимов, что мы считаем нецелесообразным. Мы разделяем точку зрения И.Э.Унт, которая считает, что *индивидуализация* - это учет в процессе обучения индивидуальных особенностей детей во всех его формах и методах с целью активного управления ходом развития их умственных и физических возможностей. Под *дифференциацией* подразумевается учет индивидуальных особенностей в той форме, когда дети группируются на основании каких-либо особенностей для отдельного обучения; обычно обучение в группах происходит по различным планам и программам [247]. Дифференцированный подход является принципом обучения, а дифференциация - осуществлением этого принципа, которое имеет свои формы и методы [200].

Дифференцированный подход необходим детям с ДЦП, так как они в силу неоднородности дефекта имеют разные образовательные возможности. Нельзя искусственно задерживать успешно продвигающихся в развитии детей, им нужно давать дополнительные задания, иногда сверх программных требований, чтобы поддерживать у них и развивать интерес к обучению. Оценка их успеваемости не может основываться на общих нормах, она должна учитывать степень продвижения ребенка, стимулировать процесс его обучения и выполнять воспитательную функцию [247].

Если индивидуальные особенности, характерные для одних детей, наблюдаются и у других, то такие особенности называют типическими, т. е. присущими определенной группе. Для учета типических особенностей нужна, прежде всего, дифференциация детей на типогруппы. Она должна учитывать разные причины затруднений детей в коррекционно-развивающем обучении, давать возможности направленно помогать им справляться с трудностями и продвигаться в развитии; меры дифференцированного подхода к ним должны быть существенно различны [180].

Дифференцированный подход предполагает всестороннее изучение детей и разработку соответствующих мер педагогического воздействия с учетом выявленных особенностей. Педагог для изучения имеет возможность получить данные медицинского и психологического обследования каждого ребенка и дополнять их педагогическими наблюдениями. В результате этого создаются педагогические характеристики детей, отражающие состояние основных линий развития. Опираясь на эти данные, педагог намечает ближайшие и перспективные задачи в работе с каждым ребенком и разрабатывает для их решения систему педагогических мер с целью применения как в условиях индивидуальной, так и групповой работы. Мы считаем, что развитие ребенка возможно лишь тогда, когда для него составляются индивидуальные коррекционно-развивающие программы, соответствующие уровню его актуального развития.

*Ключевые идеи* исследования определяются:

– единством биологического и социального факторов развития;

- ведущей ролью социальной обусловленности развития психики;
- ролью среды как источника развития ребенка;
- ранним началом коррекционно-педагогической помощи детям с нарушениями в развитии;
- учетом сензитивных периодов в развитии ребенка;
- учетом возрастных качественных новообразований в процессе развития проблемного ребенка;
- деятельностным подходом к развитию личности, учет ведущего вида деятельности (предметной);
- индивидуализацией и дифференциацией процессов обучения и воспитания ребенка с нарушениями в развитии, ориентацией на «зону ближайшего развития»;
- необходимостью создания специальных образовательных условий, обеспечивающих преодоление нарушений развития и социальную адаптацию ребенка;
- знаковым опосредствованием психических функций, переходом от совместной деятельности со взрослым к индивидуальной деятельности;
- тесной взаимосвязью специалистов и семьи ребенка с отклонениями в развитии.

Для изучения проблемы исследования был выбран ранний возраст детей с церебральным параличом от 1 года до 3-х лет, интегрирующий возможности детей на этапе кризисов одного года и трех лет и показывающий возможности качественных изменений новообразований и функционирования знаковых систем (невербальных и вербальных) в процессе общения со взрослым и в деятельности.

Определение в исследовании позитивного прогнозирования коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП от 1 до 3 лет потребовало анализа объективных законов развития психики детей в норме и при нарушенном развитии, а также положения о единстве биологического и социального факторов в развитии высших психических функций, где социальная обусловленность этих процессов является определяющей. «Истоки развития психических функций всегда социальны ... на достижение необходимого социального уровня направлено все развитие ребенка» (Л.С.Выготский).

Отечественные исследователи Л.С.Выготский, А.Р.Лурия, А.В.Запорожец, А.Н.Леонтьев, Д.Б.Эльконин выдвинули положение о ведущей роли обучения и воспитания в психическом развитии ребенка. Они показали, что развитие познания происходит у ребенка не спонтанно, путем развертывания заложенных в нем изначально возможностей, и не путем приспособления, адаптации ребенка к социальной среде, а в ходе присвоения им общественного опыта. В своей теории «о зоне ближайшего развития» Л.С.Выготский [47, 48, 49] опирается не столько на уже созревшие психические функции, сколько на те, которые находятся еще в стадии созревания, тем самым подчеркивая принципиальную роль обучения, опережающего развитие и



являющегося источником возникновения нового. Л.С.Выготский показал, что в развитии ребенка есть периоды, в которые определенные функции формируются наиболее быстро и полноценно. Эти периоды он назвал сензитивными, то есть наиболее чувствительными к развитию данной функции, процесса, деятельности. Развивающее обучение тесно связано с учетом сензитивных периодов развития. Н.М.Аксарина [5], А.А.Венгер (Катаева) и Э.И.Леонгард [41], Г.М.Лямина [46], Е.А.Стребелева [67, 102] и др. обосновали теоретическое положение о ведущей роли обучения и воспитания в развитии ребенка применительно к раннему возрасту. Ими подчеркнуто, что ранний возраст имеет уникальные возможности для коррекции нарушений развития психических и речевых функций.

Период раннего детства (от рождения до 3 лет) имеет ряд психофизиологических особенностей, отличающих его от последующих возрастных этапов и требующих создания для детей специальных условий окружающей среды, всего уклада жизни, воспитания (Н.М.Аксарина [5]; Н.М.Щелованов [267]; К.Л.Печора, Г.В.Пантюхина, Л.Г.Голубева, Э.П.Фрухт [190]): наиболее интенсивный темп развития; это сензитивный период для развития моторики, психики, речи; скачкообразность и неравномерность развития; высокая пластичность высшей нервной и психической деятельности, легкая обучаемость; большие потенциальные, компенсаторные возможности развития; единство и взаимосвязь физического и психического развития; ведущая роль взрослого в развитии ребенка.

Отражением идеи социально-культурного развития в теории Л.С.Выготского является необходимость раннего выявления отклонений в психическом развитии ребенка, поскольку оно позволит предотвратить появление все большего количества наслоений социального характера на первичный дефект. Принцип раннего диагностического изучения ребенка Л.С.Выготский рассматривал как один из неперенных, подчеркивая, что «наряду с первичными нарушениями, вытекающими из структуры дефекта, существуют вторичные, третичные и т.д. осложнения, как бы сложная надстройка над основной картиной развития». В связи с этим ученый поднимал вопрос о своевременной диагностике недоразвития и поиске «специальных средств», «обходных путей», ранней коррекционной помощи детям с различными вариантами дизонтогенеза, пока не возникли социально-личностные образования вторичной и третичной природы. Необходимость как можно более раннего выявления проблем в развитии детей с целью оказания им своевременной квалифицированной помощи выделяется рядом исследователей как актуальная проблема (И.А.Коробейников [123]; В.И.Лубовский [153]; В.Г.Петрова, Ю.А.Разенкова [202]; А.А.Катаева, Е.А.Стребелева [102]; У.В.Ульенкова [246] и др.).

Особо значимо оказание ранней коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП, поскольку сложная структура дефекта при таком тяжелом заболевании ЦНС приводит к «выпадению» такого ребенка из социально- и культурно-обусловленного традиционного образовательного пространства, нарушения связи с культурой как источника развития высших психических

функций, человеческих способностей, способов действий. С этих позиций коррекционно-педагогическая помощь детям с церебральным параличом на ранних возрастных этапах является социокультурно значимой, как необходимое условие его образования и социальной адаптации.

Понятие «образование» включает в себя два аспекта: с одной стороны – это процесс передачи социального опыта подрастающим поколениям, т.е. процесс обучения и воспитания, с другой – это уровень освоения этого опыта, зависящий от степени ограничения возможностей человека, качества и своевременности обеспечения образовательными условиями [42, 117, 146, 237 и др.].

Социальная адаптация определяется, в упрощенном виде, как процесс приспособления индивида к изменяющимся условиям окружающей среды. Более полно социально-психическую адаптированность личности можно охарактеризовать как такое состояние взаимоотношений личности и группы, когда личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные социогенные потребности, в полной мере идет навстречу тем ролевым ожиданиям, которые предъявляет к ней группа, переживает состояние самоутверждения и свободного выражения своих творческих способностей [177]. Современное понимание включает не только осознанные, контролируемые, целенаправленные воздействия (воспитание в широком смысле слова), но и спонтанные процессы, так или иначе влияющие на формирование личности и позволяющие ей функционировать в качестве полноценного члена общества (И.С.Коробейников [123]). В этом определении добавляются указания на роль специфики, неповторимости индивидуальных черт конкретной «социальной ситуации развития» Л.С.Выготского. Процесс социальной адаптации совершается на основе постоянного преломления внешнесредовых влияний через внутренние условия, в роли которых выступают индивидные свойства. Исследованиями Л.С.Выготского, А.Н.Леонтьева, С.Л.Рубинштейна показано, что решающую роль в психическом развитии играет активное усвоение ребенком социального опыта, которое происходит в процессах общения с окружающими людьми и выполнения совместной с ними деятельности, и что отношение ребенка к предметному миру всегда и особенно в младенческом и раннем возрасте опосредовано его отношениями со взрослыми (А.В.Запорожец, Б.М.Величковский). Воспитание лиц с тяжелыми нарушениями рассматривается в коррекционной педагогике как непрерывный процесс обучения, закрепления, повторения и обогащения разнообразных форм их взаимодействия с окружающим миром; как известно, эта работа не ограничивается временными рамками даже для взрослых, ибо многие из них нуждаются в социальном патронировании в течение всей жизни (И.М.Бгажнокова [26]).

В нашем исследовании мы исходим из теоретических положений, согласно которым биологические факторы являются условием психического развития, социальная среда как социальный фактор – его источником, активное взаимодействие ребенка с окружающим миром – движущей силой

психического развития (Л.И.Божович, Л.А.Венгер, Л.С.Выготский, А.В.Запорожец, А.Н.Леонтьев, М.И.Лисина, Д.Б.Эльконин и др.). Среда, по мнению Л.С.Выготского, выполняет роль своеобразного пускового механизма, усиливающего или тормозящего внутренние процессы развития человека. Он указывает на значимость конкретной среды, где ребенок существует и формируется. Среда, окружение ребенка может оказывать на развитие личности как позитивное, так и негативное влияние. Как считает Л.И.Божович, среда определяется как особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, обуславливающих динамику развития и новые качественные образования. Сущность среды в педагогическом процессе, по мнению П.Ф.Каптерева, определяется как условие для творческого саморазвития личности: «Педагогический процесс включает в себе две характерные черты: систематическую помощь саморазвитию организма и всестороннее усовершенствование личности». В последнее время появляются исследования, показывающие роль средовых факторов, негативно влияющих на развитие проблемного ребенка: социально-педагогические условия (З.И.Калмыкова, И.А.Коробейников, К.С.Лебединская, Н.А.Менчинская, В.М.Слуцкий, У.В.Ульенкова); семейный фактор, психологическая и педагогическая некомпетентность родителей (Г.В.Грибанова, Е.Г.Дзукоева, О.В.Защиринская, В.В.Ковалев, И.А.Коробейников, Е.М.Мастюкова, Г.Московкина, В.Б.Никишина, В.В.Ткачева, Л.М.Шипицына). В связи с этим возрастает роль организации взаимодействия ребенка и взрослого сообщества, «сопровождения» такого ребенка в среде, оказания помощи и ребенку, и семье в процессе педагогического воздействия.

Именно эти положения определили поиск специальных образовательных средств, коррекционно-образовательного пространства, новых эффективных технологий ранней коррекционной помощи детям с двигательными нарушениями.

Исследования, посвященные проблеме нарушений развития при ДЦП (Е.Ф.Архипова, Л.О.Бадалян, А.А.Гусейнова, Л.А.Данилова, Л.Т.Журба, М.В.Ипполитова, Э.С.Калижнюк, И.Ю.Левченко, Е.Т.Лильин, Л.В.Лопатина, И.И.Мамайчук, Е.М.Мастюкова, К.А.Семенова, Н.В.Симонова, Т.Н.Симонова, И.А.Смирнова, В.В.Ткачева, Л.Б.Халилова, Л.М.Шипицына и др.) раскрывают разные аспекты, клинические, педагогические и психологические подходы, особенности функционирования двигательной сферы, познавательной и речевой деятельности на разных этапах развития детей данной категории.

В то же время остается не разработанным единый научно-теоретический и методологический подход к рассмотрению всех звеньев (диагностического, лечебно-педагогического, коррекционно-развивающего) в системе коррекционно-развивающей помощи, который в междисциплинарной модели раскрывал бы наиболее эффективные индивидуализированные пути и способы компенсации, а также социальной адаптации ребенка с церебральным параличом. В этом контексте разработка и реализация системы и модели организации ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП приобретает особую значимость.

Следуя основным принципиальным взглядам отечественной возрастной, специальной педагогики и специальной психологии, общим теоретико-методологическим позициям нашего исследования, положенным в основу гипотез, можно сформулировать **основные концептуальные положения** исследования:

1. Ключевой основой для обеспечения «врастания» ребенка с церебральным параличом в социальное пространство окружающего его мира и реализацией его права на наследование культурного и социального опыта человечества является системная организация ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям изучаемой категории. Вне целенаправленной ранней коррекционно-развивающей помощи дети с ДЦП от 1 года до 3 лет не дают позитивную выраженную динамику в компенсации имеющихся нарушений, образования и социальной адаптации.

2. Выработка и реализация целостного теоретико-методологического и практического подхода к организации ранней комплексной дифференцированной индивидуализированной коррекционно-развивающей помощи ребенку с ДЦП и его семье с целью компенсации нарушений, образовательной и социальной адаптации создает условия для полноценного и достойного существования человека с отклонениями в развитии в социуме уже на ранних стадиях онтогенеза.

3. Применение системного подхода в разработке ранней помощи детям с ДЦП предполагает организацию ее на основе понимания системного строения психики, структурно-динамического изучения развития ребенка, анализа результатов его деятельности на каждом этапе, а также учета всех актуальных и потенциальных возможностей ребенка в процессе его педагогического сопровождения, влияния ближайшего окружения и всей истории его жизни.

4. Комплексный подход к изучению деструктивных факторов развития при ДЦП, затрудняющих образовательную и социальную адаптацию в первые годы жизни, позволяет понять и всесторонне изучить влияние системы диагностико-лечебно-психолого-педагогических мероприятий на воспитание, обучение и социальное развитие каждого ребенка данной категории на ранних возрастных этапах.

5. Моделирование диагностического инструментария на основе принципов комплексного количественного и качественного, лонгитюдного анализа позволяет определить актуальные и потенциальные возможности детей раннего возраста с ДЦП, выявить особенности основных линий их развития (социального, познавательного, речевого, двигательного), спрогнозировать лечебно-педагогическую работу и разработку индивидуализированных коррекционно-развивающих программ в системе ранней помощи детям изучаемой категории.

6. Проектирование и создание специально организованной полифункциональной интерактивной коррекционно-развивающей среды, обеспечивает скоординированность системы межанализаторных связей и особенностей процесса возрастных новообразований, а также активное функционирование такого ребенка с окружающим через общение с взрослым

на основе знакового опосредствования этого процесса, смену ведущего вида деятельности как показателей динамики «социальной ситуации развития».

7. Реализация системы ранней комплексной (диагностико-лечебно-психолого-педагогической) коррекционно-развивающей дифференцированной с учетом структуры дефекта помощи детям раннего возраста с ДЦП обеспечивает создание целостного специального образовательного пространства, обеспечивающего компенсацию имеющихся нарушений и социализацию детей данной категории уже на ранних возрастных этапах.

8. Разработка и реализация модели организации ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи обеспечивает объединение всех направлений процесса сопровождения (диагностического, лечебно-восстановительного, психолого-педагогического, социального, семейного) ребенка в учреждениях здравоохранения и образования, нацеленного на индивидуально ориентированную максимальную компенсацию нарушений, воспитание, обучение и социальное развитие ребенка раннего возраста с ДЦП.

9. Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего возраста, имеющими сложную многовариантную структуру нарушений, основана на использовании дифференцированного подхода, учитывающего обеспечение учета особенностей такого ребенка во всех его формах проявления, что в свою очередь предполагает дифференциацию организации, содержания и методов коррекционно-педагогической помощи.

10. Компенсация нарушений двигательной сферы, познавательной и речевой деятельности, социальных функций ребенка раннего возраста с церебральным параличом осуществляется в общении со взрослым и предметной деятельности, позволяющей уже на ранних возрастных этапах стимулировать образовательную и социальную активность такого ребенка, закладывать позитивные личностные основы взаимодействия с окружающим миром.

11. Использование современных индивидуально-направленных коррекционно-развивающих технологий ранней помощи ребенку с церебральным параличом («сенсорные комнаты», метод аудирования и др.), расширяют спектр позитивных педагогических воздействий и создают условия для успешного преодоления имеющихся проблем развития.

12. Организация междисциплинарности раннего сопровождения ребенка с ДЦП определяется взаимодополняющим принципом работы «команды» специалистов и родителей, комплексностью мероприятий, пролонгированностью во времени и творческим характером, а также индивидуально-ориентированной направленностью на максимально возможную компенсацию нарушений, образование и социальную адаптацию каждого ребенка уже в период раннего детства.

13. Оказание комплексной психолого-педагогической помощи семье ребенка с церебральным параличом как основному звену коррекционно-развивающего процесса и формирование реабилитационной компетентности

родителей обеспечивают успешность компенсации нарушений развития и социальной адаптации детей данной категории.

**Система ранней дифференцированной коррекционно-развивающей помощи** детям с церебральным параличом представляет собой специально организованное образовательное пространство, в котором центральное место занимает взаимодействие ребенка и взрослого в условиях коррекционно-развивающей среды, которая создает благоприятные условия для компенсации полиморфных нарушений различных функциональных систем (моторики, психики, речи), качественного изменения возрастных новообразований, образования и социальной адаптации, изменения отношений между ребенком и окружающим.

Система включает теоретически обоснованную и практически реализуемую функциональную модель коррекционно-развивающей ранней помощи ребенку с церебральным параличом на начальных возрастных этапах, отражающую ее основные идеи, методы, формы, средства, приемы и технологические решения. В дальнейшем эта модель была экспериментально изучена в условиях реального педагогического процесса.

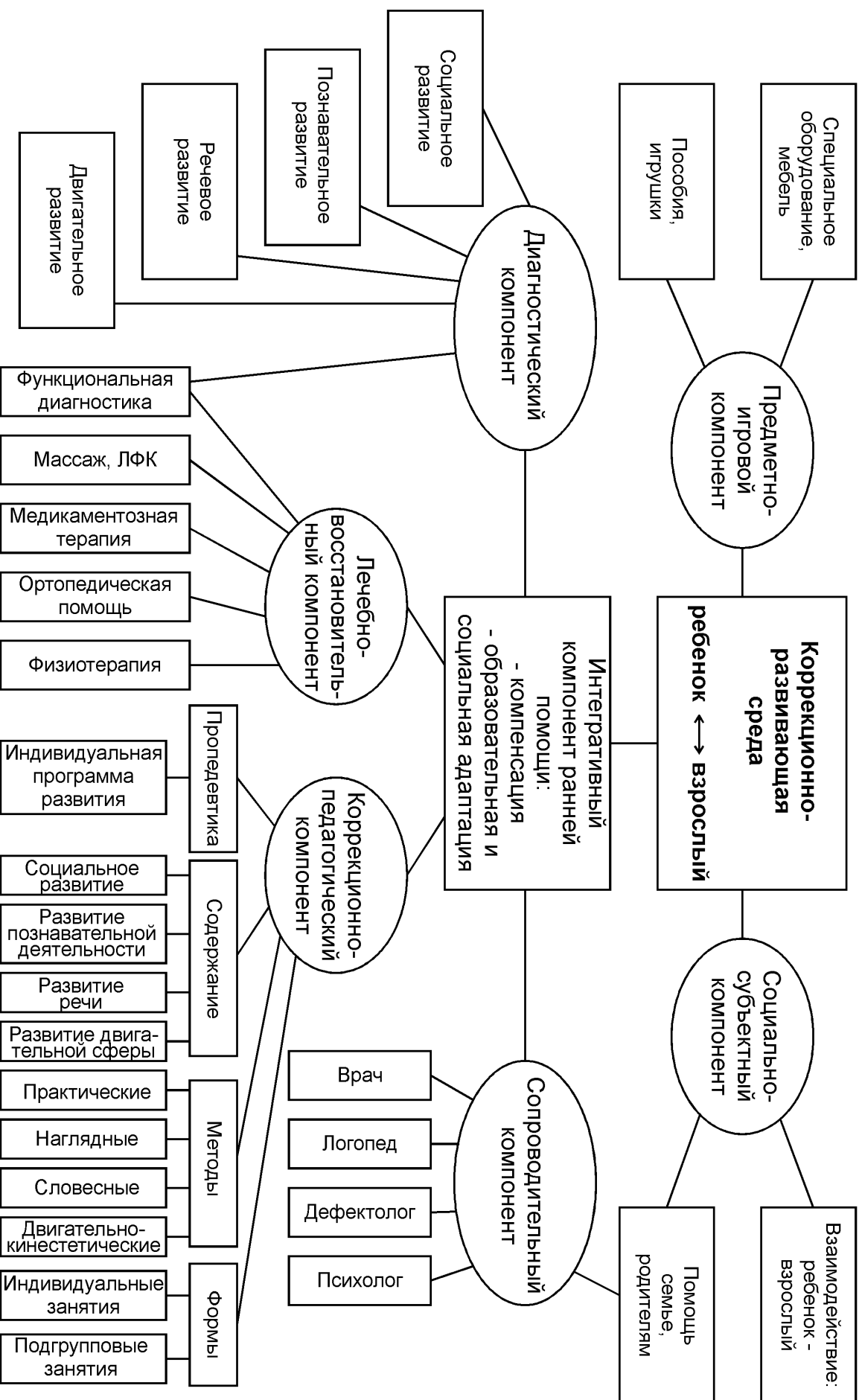
Определяющими при разработке системы и модели ранней коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП являются следующие принципы: необходимость раннего диагностического изучения и коррекционно-педагогической помощи ребенку; системный подход к организации ранней коррекционно-развивающей помощи; комплексный подход к изучению развития и организации диагностико-лечебно-психолого-педагогической работы; учет возрастных качественных новообразований и их своевременная реализация; построение ранней помощи с учетом зон актуального и потенциального развития, ориентация на зону ближайшего развития; учет ведущего вида деятельности; индивидуальный и дифференцированный подход к построению коррекционно-развивающей работы с детьми; взаимосвязь «команды» специалистов и семьи в оказании ранней помощи детям.

Специальная коррекционно-развивающая среда предполагает следующие компоненты (схема 1):

- предметно-игровой (специальное оборудование, мебель, игровые зоны, пособия, игрушки);
- социально-субъектный (взаимодействие ребенка, специалистов, родителей), который включает процесс деятельности и их общения (невербального и вербального), обучения, воспитания и социального развития;
- интегративный (взаимосвязанные составляющие процесса ранней коррекционно-развивающей помощи: диагностическое, лечебно-восстановительное, коррекционно-педагогическое, сопроводительное).

**Модель ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом**

*Схема 1.*



Система ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи включает несколько направлений. Эти направления объединены дидактическими единицами: целями, задачами, единым подходом к комплексу коррекционных мероприятий, нацеленных на решение задач компенсации нарушений и социальной адаптации ребенка раннего возраста с церебральным параличом.

***Структурно-организационные составляющие модели ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП***

1. **Диагностическое** направление строится на принципах: системного подхода к диагностике психофизического развития ребенка; комплексного изучения развития ребенка; учета актуальных и потенциальных возможностей испытуемого; учета возрастных качественных новообразований, прогнозирования развития и составления индивидуализированных программ по результатам диагностического изучения ребенка.

2. **Лечебно-восстановительное** направление включает комплекс мероприятий (функциональная диагностика, массаж, ЛФК, медикаментозная терапия, ортопедическая помощь, физиотерапия), который в единстве с коррекционно-развивающей помощью обеспечивает условия компенсации нарушений функциональных систем у детей раннего возраста с ДЦП.

3. **Коррекционно-педагогическое** направление объединяет содержание, методы и формы работы в детьми раннего возраста с ДЦП, обеспечивающие компенсацию имеющихся нарушений в двигательной, познавательной, речевой сферах и социальном развитии детей данной категории.

4. **Сопроводительное** направление отражает необходимость межфункциональных связей (врачей, специальных педагогов и семьи) в процессе сопровождения ребенка с ДЦП в преодолении имеющихся нарушений развития, образовании и социальной адаптации.

Интегрируясь, все составляющие системы коррекционно-развивающей помощи детям раннего возраста с церебральным параличом обеспечивают «особые условия», которые способствуют максимальной компенсации имеющихся нарушений развития и социальной адаптации такого ребенка.

Рассматриваемая система организации ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом может применяться в различных формах коррекционно-образовательного пространства – учреждениях здравоохранения и специального образования.



## **Глава 3. Изучение особенностей основных линий развития детей раннего возраста с церебральным параличом.**

### **3.1. Задачи, организация и методика экспериментального изучения детей раннего возраста с церебральным параличом**

Начальным этапом в системе помощи детям с церебральным параличом является диагностический. Психолого-педагогическое и логопедическое обследование детей с церебральным параличом в раннем возрасте представляет значительные трудности в связи с многообразием и сложной структурой нарушений двигательного, психического и речевого развития, а также в силу возрастных особенностей детей. Двигательная патология в сочетании с расстройствами зрения и слуха, отсутствие речи или нарушение ее разборчивости затрудняют организацию обследования и ограничивают возможности использования экспериментальных методик. Не всегда представляется возможным получить объективные данные о состоянии познавательной и речевой деятельности детей с церебральным параличом.

В констатирующем эксперименте мы ставили следующие задачи:

- определить имеющиеся нарушения развития различных функциональных систем детей раннего возраста с церебральным параличом в сравнении с их нормально развивающимися сверстниками;
- провести качественный и количественный анализ особенностей двигательной сферы, социального, познавательного и речевого развития;
- определить направления коррекционно-развивающей работы с детьми.

В ходе констатирующего эксперимента были использованы различные методы:

– Теоретическое изучение и анализ психолого-педагогической литературы.

– Изучение медицинской и педагогической документации детей, сбор и анализ анамнестических данных.

– Беседы с родителями, врачами (невропатологом, врачом ЛФК, ортопедом), педагогами-воспитателями, инструкторами ЛФК, а также с самими детьми. В ходе бесед с родителями мы получали сведения о раннем моторном, соматическом, нервно-психическом и доречевом развитии детей на первом году жизни, а также другую информацию.

– Педагогическое наблюдение в процессе свободной деятельности детей, на специальных занятиях (педагога-воспитателя и инструктора ЛФК), во время режимных моментов, в естественных жизненных ситуациях (во время кормления, одевания и раздевания, умывания).

– Индивидуальный обучающий эксперимент (детям предлагались различные экспериментальные задания, адекватные их возрасту и состоянию).

– Визуальный и тактильный контроль (осмотр и ощупывание мышц артикуляционного аппарата) в покое и в процессе голосовых и речевых реакций.

Опытно-экспериментальная работа велась в период с 1986 по 2008 год на базе ДПНБ №18 (1986-1997г.г.), ФГУ «Российский реабилитационный центр «Детство» МЗ РФ (1997-1998г.г.), поликлинике при МИД РФ (2003-2007г.г.), ЦПМСС «Раменки» (2003-2008г.г.).

На различных этапах экспериментального исследования, включающего поисковый и собственно исследовательский этапы, участвовали 510 детей первых лет жизни: 350 детей с церебральным параличом, 160 детей – с синдромами двигательных нарушений. По итогам предварительного этапа были отобраны участники основного (констатирующего) этапа исследования – 180 детей от 1 года до 3 лет с различными формами ДЦП. Распределение детей по формам ДЦП было следующим: спастическую диплегию имели 110 детей, гемипаретическую форму – 22, гиперкинетическую – 18, атонически-астатическую – 21, двойную гемиплегию – 9 детей. В обучающем эксперименте приняли участие 90 детей, которые наблюдались нами до 16-18 лет; остальные 90 детей составили контрольную группу. Для сопоставительного анализа было изучено 60 нормально развивающихся детей в возрасте от 1 до 3 лет, которые являлись братьями или сестрами членов экспериментальной группы.

Все дети прошли тщательное медицинское обследование (невропатологом, ортопедом, врачом ЛФК, окулистом, врачами функциональной диагностики), а также психолого-педагогическое и логопедическое обследование.

В специальной литературе по проблеме исследования большое внимание уделяется вопросам диагностики нарушений на ранних этапах развития ребенка. Этот интерес обусловлен тем, что раннее выявление детей с проблемами психофизического развития позволяет организовать эффективную коррекционную и профилактическую работу.

В настоящее время существует несколько подходов к диагностике нарушений развития у детей первых лет жизни: антропометрический (Ленц, Монбейар, Гаусс, Стюарт, Стивенсон, Таннер, Бэйли и Пинно); клинический (Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова, В.А.Доскин); психолого-педагогический (Н.М.Аксарина, Е.Ф.Архипова, О.В.Баженова, Бинэ и Симон, Гриффитс, Е.А.Екжанова, С.М.Кривина, Г.А.Мишина, Т.В.Николаева, Г.В.Пантюхина, К.Н.Печора, О.Г.Приходько, Ю.А.Разенкова, Е.А.Стребелева; Н.В.Серебрякова; Е.О.Смирнова, Л.Н.Галигузова, Т.В.Ермолова, С.Ю.Мещерякова; Э.Л.Фрухт, У.Штерн и др.).

В последние годы много работ посвящено вопросу совершенствования диагностического инструментария для детей с различными отклонениями в психофизическом развитии в первые годы жизни, в том числе: с детьми младенческого возраста (С.Б.Лазуренко, Ю.А.Разенкова), с недостатками сенсорного развития (Л.А.Головчиц, Т.В.Пельмская, Л.И.Фильчикова, Н.Д.Шматко и др.), с детьми раннего возраста с органическим поражением ЦНС (М.В.Браткова, Е.А.Екжанова, А.В.Закрепина, Г.А.Мишина, Е.А.Стребелева), с нарушениями речевого развития (О.Е.Громова, Ю.А.Лисичкина, Ю.А.Разенкова, Г.В.Чиркина), с двигательной патологией

(Е.Ф.Архипова, Е.В.Козлова, Т.Ю.Моисеева, О.Г.Приходько), с нарушениями раннего эмоционального развития (Е.Р.Баенская, Н.Н.Либлинг).

В ряде авторских методик, разработанных для обследования детей с разными отклонениями в развитии, предполагается выявление как актуального уровня психического развития детей, так и зоны ближайшего развития (С.Д.Забрамная, Т.В.Розанова, Е.А.Стребелева). На современном этапе развития специальной педагогики и психологии определены принципы и требования к построению и разработке методик обследования детей с разными отклонениями в развитии (Е.А.Стребелева).

В поисковой части эксперимента апробировалась диагностическая программа исследования. Она была составлена нами на основе многолетнего изучения и апробации различных психолого-педагогических методик для детей младенческого и раннего возраста (А.А.Катаева, Е.А.Стребелева, Г.А.Мишина; Т.В.Николаева; Ю.А.Разенкова; Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова; Э.Л.Фрухт, К.Л.Печора, Г.В.Пантюхина, Л.Г.Голубева; Е.О.Смирнова).

Комплексное изучение детей раннего возраста включало исследование следующих основных линий развития: двигательного, социального, познавательного, сенсорного, речевого развития.

- I. Двигательное развитие.
- II. Социальное развитие.
- III. Познавательное развитие.
- IV. Речевое развитие.

Диагностическая программа исследования состояла из нескольких блоков:

1-й блок – изучение компонентов *социального развития*: контактности, эмоциональной сферы, средств общения, навыков самообслуживания (при приеме пищи, в одевании и раздевании, навыки личной гигиены).

2-й блок – изучение компонентов *познавательного развития*: сенсорного развития (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического, пространственного восприятия), уровня развития деятельности (предметных действий), уровня развития познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности, запаса знаний об окружающем, внимания, обучаемости и использования фиксированных видов помощи.

3-й блок – изучение компонентов *речевого развития*: особенностей доречевого развития, уровня понимания обращенной речи, уровня собственной (экспрессивной) речи: словарного запаса, грамматического строя речи, слоговой структуры слов, фонетического строя речи, фонематических процессов, общей разборчивости речи, дыхания, голоса, просодики.

4-й блок – изучение компонентов *двигательного развития*: общей моторики, функциональных возможностей кистей и пальцев рук, артикуляционной моторики.

*Качественный* анализ результатов выполнения детьми заданий. С целью более детального выявления особенностей развития детей с ДЦП нами были разработаны и введены качественные показатели по каждому блоку заданий, которые позволяли зафиксировать специфику нарушений развития ребенка.

При этом определялась степень выраженности нарушений (тяжелая, умеренно выраженная, легкая).

*Количественные показатели.* Для объективизации оценки были введены количественные показатели, позволяющие проследить степень выраженности показателей. Количественная оценка действий ребенка была единой для всех изучаемых «линий развития». Уровень сформированности различных функций оценивался по четырехбалльной шкале (от минимального – 1 балл до максимального – 4 балла):

- 1 балл – отсутствие или выраженные нарушения развития функции (низкий уровень);
- 2 балла – умеренно выраженные нарушения (средний уровень);
- 3 балла – незначительные нарушения развития функции (недостаточный уровень);
- 4 балла – нормальное развитие функции (высокий уровень).

Для *статистической* обработки результатов (данных) констатирующего эксперимента использовались  $\chi^2$ -критерий Пирсона и методика Манна-Уитни.

Мы провели комплексное всестороннее изучение особенностей развития двигательной сферы, психических, речевых функций, деятельности различных анализаторных систем, что позволило получить полную картину недостатков развития познавательной и речевой деятельности, а также наметить оптимальные пути их коррекции. Важным условием комплексного обследования являлась согласованность действий специалистов медико-психолого-педагогического профиля: логопеда, дефектолога, воспитателя, невропатолога, врача ЛФК. В экспериментальном изучении мы опирались на данные всех специалистов о детях.

На момент первичного обследования всем детям экспериментальной группы было от 1 года до 1 года 2 месяцев. Дальнейшее психолого-педагогическое и логопедическое изучение детей осуществлялось поэтапно на втором и третьем году жизни. Каждый ребенок проходил стационарное или амбулаторное лечение в медицинском учреждении 2-3 раза в год. Длительность каждого курса лечения составляла от 5 до 7 недель. Таким образом, приблизительно каждые полгода проводилось комплексное динамическое изучение детей (наиболее подробно в 1 год, в 2 и в 3 года) методом психолого-педагогических «срезов». Параллельно в течение 2-х лет мы наблюдали за их нормально развивающимися сверстниками.

Многие функции в своем развитии взаимосвязаны и взаимозависимы, как в норме, так и в условиях патологии, поэтому такое деление по «линиям развития» весьма условно. Например, «понимание обращенной речи» – основа развития собственной речи, но и важнейший показатель уровня познавательного развития. «Артикуляционная моторика» отнесена нами к показателям двигательного развития, но может рассматриваться и как показатель речевого развития.

Отдельные функции исследовались нами только после 1,5-2 лет. При этом мы учитывали тот факт, что их сформированность у многих детей явилась результатом проводимой нами коррекционно-развивающей работы.

В ходе изучения детей мы проводили тщательный анализ тех положений тела ребенка и его движений, которые могут облегчать или, наоборот, утяжелять познавательную и речевую деятельность. Детей с тяжелыми двигательными нарушениями мы укладывали на удобную кушетку или ковер (в рефлекс-запрещающие позиции), проверяя разные положения – лежа на спине, на животе, на боку. В более легких случаях – с детьми с умеренно выраженными и легкими двигательными расстройствами – обследование проводилось в положении «сидя» (на коленях у матери или в фиксированном стуле) или «стоя» (с поддержкой). Мы стимулировали ребенка к максимальному проявлению своих двигательных возможностей.

Во время обследования мы старались, чтобы ребенок был совершенно спокоен, не плакал, не был испуганным. Если ребенок плачет, кричит, вырывается из рук, это может негативно отразиться на изменении (повышении) тонуса не только скелетной, но и артикуляционной мускулатуры. При этом представление о двигательных и речевых возможностях может быть искаженным. Обследование проводилось в присутствии матери ребенка или лица, его сопровождающего, так как многие дети с церебральным параличом боялись новых людей и новой обстановки. Проводя обследование детей, мы были эмоциональны, улыбчивы, доброжелательны.

Если при первичном обследовании основным методом являлось наблюдение за детьми в процессе различных видов деятельности, то с полутора до трех лет мы активно использовали метод индивидуально-обучающего эксперимента. Все предъявляемые ребенку экспериментальные задания были адекватны хронологическому возрасту и актуальному уровню его моторного, психо-речевого развития, степени развития аналитической деятельности.

Многие дети не понимали обращенную речь, поэтому при предъявлении заданий мы сочетали речевую инструкцию с естественными и специальными жестами. В связи с тем, что большинство детей не владело навыками экспрессивной речи, а также имело значительные ограничения общей моторики и функций рук, то для понимания ответной реакции ребенка на предлагаемые задания мы опирались на имеющиеся у детей невербальные средства общения: мимику, жесты, движения глаз, интонацию.

При изучении *анамнестических данных* учитывались следующие показатели:

– Течение беременности (без патологии/с патологией: токсикоз I и/или II половины беременности, угроза выкидыша, кровотечение, ушибы плода; инфекционные, эндокринные, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек; психические травмы; употребление алкоголя, курение).

– Течение родов:

- Срок (своевременные, преждевременные, переношенные).
- Длительность родов (затяжные, стремительные).

- Применение родовспоможения: стимуляция, вакуум-экстракция, выдавливание, наложение щипцов; не применялось (самостоятельные роды); кесарево сечение (плановое или экстренное).

- Особенности при рождении: родовая травма, асфиксия (закричал – сразу/после стимуляции), гематома на голове, обвитие пуповины вокруг шеи.

- Оценка по шкале Апгар.

- Вес и рост при рождении.

Ниже приведена характеристика изучаемых компонентов с их уровневой оценкой в баллах. В связи с ограниченным объемом книги мы не приводим детального описания всех компонентов, ограничиваясь наиболее значимыми.

### **1-й блок – изучение компонентов социального развития.**

- При исследовании *контактности* учитывалось желание и умение ребенка устанавливать контакт со взрослым. Мы отмечали, насколько легко и быстро ребенок вступает в контакт, заинтересован ли в нем, охотно ли подчиняется взрослому.

| <b>Контакт (эмоциональный, жестово-мимический, речевой).</b> |   |
|--|---|
| 1 балл   | Ребенок в контакт не вступает: не обращает внимания и не отвечает на инициативу взрослого (может быть испуган, плачет, кричит), равнодушен ко всем обращениям.  |
| 2 балла  | Ребенок в контакт вступает не сразу, с большим трудом: проявляет слабо выраженный интерес ко взрослому и его действиям, изредка безразлично отвечает на его инициативу (улыбается в ответ на улыбку взрослого, подает по его просьбе руку или игрушку), часто отвлекается от общения; большинство обращений взрослого игнорирует. |
| 3 балла  | Контакт избирательный: ребенок проявляет недостаточно стойкий интерес ко взрослому и его действиям, улыбается, выражает радость, но иногда отвлекается от общения; некоторые из обращений взрослого игнорирует.   |
| 4 балла  | Ребенок охотно и быстро вступает в контакт: проявляет радость и интерес при общении со взрослым (улыбается, смеется, вскрикивает), охотно откликается на любое обращение взрослого, постоянно смотрит на него, следя за выражением лица.  |

- Исследуя *эмоциональную сферу* детей, мы обращали внимание на следующие качества: активность-пассивность, деятельность-инертность. Выявлялись особенности преобладающего настроения (бодрое, спокойное, неустойчивое, раздражительное; резкие колебания настроения) и поведения ребенка.

| <b>Эмоциональная сфера.</b> |   |
|-----------------------------|---|
| 1 балл                      | Отсутствие или неадекватность эмоций при общении со взрослым. Крайне низкий эмоциональный фон. Эмоциональные реакции не дифференцированы.   |
| 2 балла                     | Эмоциональные реакции при общении со взрослым выражены слабо, бедны по выразительности, однообразны. Может иметь место неадекватность эмоций. Преобладание отрицательных эмоций над положительными.   |
| 3 балла                     | Характерна общая эмоциональная активность и вариабельность эмоций ребенка. В процессе активного бодрствования ребенок недостаточно эмоционален в ответ на общение со взрослым. Эмоции лабильны, неярко окрашены, не всегда соответствуют ситуации. Фон настроения несколько снижен. |
| 4 балла                     | При общении со взрослым проявления эмоциональных реакций разнообразны,  |

избирательны. Эмоции ярко окрашены, выразительны, адекватны ситуации.

• При исследовании *средств общения* детей мы учитывали следующие показатели:

- Невербальные средства общения (недифференцированные движения тела, улыбка, выразительный взгляд, дифференцированные мимические реакции, естественные и специальные жесты, вокализации).
- Речевые средства общения (различные высказывания детей).

| <b>Средства общения.</b> |  |
|--------------------------|--|
| 1 балл                   | Ребенок не использует никаких средств общения – не обращается ко взрослому взглядом, не выражает мимикой и голосом своих нужд.   |
| 2 балла                  | Ребенок изредка использует взгляд, невыразительную мимику и отдельные вскрикивания для выражения своих желаний (жесты используются преимущественно в ответ на обращения взрослого).  |
| 3 балла                  | Средства общения ребенка со взрослым несколько ограничены: ребенок использует взгляд, мимические реакции, отдельные интонационно выразительные голосовые реакции (ребенок поглядывает на взрослого, время от времени обращается к нему с улыбкой).   |
| 4 балла                  | Ребенок использует различные средства общения для выражения своих желаний и нужд: экспрессивно-мимические – выразительный взгляд, богатую мимику, выразительные жесты для изображения желаемого действия; интонационно выразительные дифференцированные голосовые реакции; речевые средства в виде отдельных слов и звукоподражаний. |

• Исследование уровня сформированности *навыков самообслуживания* включало самообслуживание при приеме пищи (с 1 года) и самообслуживание в одевании и раздевании и навыки личной гигиены (с 2 лет).

| <b>Навыки самообслуживания.</b> |  |
|---------------------------------|--|
| 1 балл                          | Полное отсутствие навыков самообслуживания: навыки не сформированы, отсутствует мотивация к их освоению.   |
| 2 балла                         | Частичное владение навыками самообслуживания: навыки сформированы слабо; ребенок понимает назначение того или иного навыка, но не всегда выражает свои потребности |
| 3 балла                         | Владение навыками с небольшой помощью взрослого, навыки самообслуживания сформированы недостаточно.  |
| 4 балла                         | Самостоятельное владение навыками самообслуживания.  |

В 1 год:

| <b>Навыки самообслуживания.</b> |   |
|---------------------------------|---|
| 1 балл                          | Ребенка кормит и поит взрослый. Нет даже попытки взять руками твердую пищу (печенье, хлеб, сушку), сухарик не подносит ко рту.  |
| 2 балла                         | Ест с ложки густую и полугустую пищу. Во время кормления иногда придерживает руками бутылочку. Есть попытка взять твердую пищу руками, вложенный в руку сухарик пытается поднести ко рту. |
| 3 балла                         | Ест твердую пищу (сухарик, печенье, хлеб) и пьет из чашки с небольшой помощью взрослого (взрослый немного придерживает в руке ребенка хлеб или чашку).                                    |
| 4 балла                         | Самостоятельный прием твердой пищи (сухарика, печенья, хлеба, сушки), держа ее в руке. Самостоятельное питье из чашки, удерживая ее двумя руками. Попытка                                 |

|  |   |
|--|---|
|  | есть густую пищу ложкой (при помощи взрослого). |
|--|---|

В 2 года:

| <b>Навыки самообслуживания.</b> |  |
|---------------------------------|--|
| 1 балл                          | Ребенка поит, кормит и умывает взрослый.   |
| 2 балла                         | Прием твердой, густой пищи и питье из чашки с помощью взрослого, но есть попытки выполнить самостоятельно. Тянет руки к воде при умывании.   |
| 3 балла                         | Самостоятельный прием пищи несколько затруднен. Ребенок ест твердую густую пищу ложкой и пьет из чашки с небольшой помощью взрослого (держит ложку в руках, подносит ко рту, пытается взять в рот ее содержимое, но иногда промахивается; чашку взрослый немного придерживает в своих руках). Подносит руки к воде при умывании, может вытереть (промокнуть) руки и лицо полотенцем. |
| 4 балла                         | Самостоятельный прием твердой пищи (сухарика, печенья, хлеба, пряника), густой пищи ложкой, питье из чашки (без помощи взрослого). Умеет частично раздеваться (может снять шапку и туфли), одеваться, мыть и вытирать руки (с небольшой помощью взрослого).  |

В 3 года:

| <b>Навыки самообслуживания.</b> |   |
|---------------------------------|---|
| 1 балл                          | Прием густой, жидкой и даже твердой пищи без помощи взрослого недоступны. Не может даже частично раздеваться и одеваться. Не проявляет недовольства при нарушении опрятности, не просится на горшок (не сообщает о физиологических потребностях), при высаживании на горшок чаще всего выражает недовольство.   |
| 2 балла                         | Прием твердой, густой, жидкой пищи и питье из чашки без помощи взрослого затруднены, но ребенок пытается выполнить навыки самостоятельно (тянет руки к ложке и чашке). Тянет руки к воде при умывании и полотенцу при вытирании. Проявляет недовольство при нарушении опрятности, иногда просится на горшок характерным звуком или жестом. Спокойно относится к высаживанию на горшок.  |
| 3 балла                         | Самостоятельный прием твердой и густой пищи и питье из чашки несколько затруднены, осуществляются с небольшой помощью взрослого. Подносит руки к воде при умывании, может «промокнуть» лицо и руки полотенцем. Умеет частично раздеваться и одеваться (может снять и надеть несколько предметов туалета). Умеет контролировать физиологические потребности (стул), выражать потребность в туалете (заранее сообщать взрослому характерным словом, звуком или жестом). |
| 4 балла                         | Самостоятельный прием твердой, густой и жидкой пищи, а также питье из чашки. Умывается (трет ладони, части лица) и вытирается самостоятельно. Умеет раздеваться (штанишки, кофту, шапку, ботинки, расстегивать молнию и большие пуговицы) и частично одеваться (носки, штанишки, кофту). Самостоятельно пользуется туалетом (горшком).  |

## **2-й блок – изучение компонентов познавательного развития.**

Исследование сенсорных процессов включало изучение зрительного и слухового восприятия. При этом учитывалась поэтапность формирования сенсорных функций у детей с нормальным развитием.

- Исследование *зрительного восприятия* проводилось с учетом следующих показателей:

- Зрительное сосредоточение (удержание в поле зрения неподвижного объекта: лица взрослого, игрушки). (N – 1 мес.)



| <b>Зрительное сосредоточение.</b><br>(удержание в поле зрения неподвижного объекта – лица взрослого, предмета). |   |
|---|---|
| 1 балл  | Зрительное сосредоточение отсутствует: ребенок даже кратковременно не фиксирует взгляд на лице взрослого (даже матери) и на неподвижном предмете (может быть стойкое косоглазие, нистагм, птоз, симптом Графе ...). |
| 2 балла   | Быстрое истощение функции зрительного сосредоточения: ребенок кратковременно фиксирует взгляд на лице матери и на большом ярком неподвижном предмете (1-2 секунды).   |
| 3 балла   | Зрительное сосредоточение недостаточно длительное: ребенок задерживает взгляд на лице говорящего с ним взрослого и на предмете не более 4-5 секунд.   |
| 4 балла   | Длительное зрительное сосредоточение: фиксация взгляда на лице взрослого и на предмете не менее 10-20 секунд, длительно удерживает в поле зрения неподвижный объект (лицо взрослого, игрушку).                      |

– Прослеживание движущегося оптического объекта. (N – 1-2 мес.)

| <b>Прослеживание движущегося оптического объекта.</b> |   |
|---|---|
| 1 балл  | Не прослеживает движущийся оптический объект.   |
| 2 балла   | Ступенчатое прослеживание движущегося оптического объекта: ребенок следит за ярким перемещающимся предметом, периодически теряя его из виду.                        |
| 3 балла   | Недостаточно длительное прослеживание движущегося оптического объекта (до 8-10 секунд), фрагментарное, неполное, непостоянное.                                      |
| 4 балла   | Плавное длительное прослеживание движущегося оптического объекта: ребенок следит за движущимся предметом во всех направлениях, не отрывая взгляда, до 10-20 секунд. |

– Узнавание матери, различение близких и чужих людей. (N – 5-7 мес.)

| <b>Узнавание матери, различение близких и чужих людей.</b> |   |
|--|---|
| 1 балл   | Не узнает мать, не дифференцирует своих и чужих людей.  |
| 2 балла  | Узнает мать после длительной стимуляции (ласкового разговора, улыбки, поглаживания), но чаще всего не различает близких и чужих людей.  |
| 3 балла  | Хорошо и достаточно быстро выделяет мать, дифференцирует «своих» и чужих взрослых после стимуляции (улыбки, ласкового тона голоса).   |
| 4 балла  | Хорошо и быстро дифференцирует близких и чужих людей: отвечает улыбкой на разговор «своего» взрослого, в ситуации общения с незнакомым человеком проявляет настороженность, а иногда и негативную реакцию (плачет). |

– Рассматривание людей, игрушек, окружающих предметов, находящихся в поле зрения; произвольное переключение взора с одного предмета на другой. (N – 5-8 мес.)

| <b>Рассматривание людей, игрушек, окружающих предметов, находящихся в поле зрения; произвольное переключение взора с одного предмета на другой.</b> |  |
|---|--|
| 1 балл  | Не обращает внимание на людей, игрушки, предметы, даже находящиеся вблизи.   |
| 2 балла   | Фиксирует взгляд, кратковременно рассматривает людей, окружающие предметы и игрушки, находящиеся в непосредственной близости; произвольное переключение взора с одного предмета на другой отсутствует. |
| 3 балла   | Недолго рассматривает людей, предметы, игрушки, находящиеся в непосредственной близости; произвольное переключение взора с предмета на предмет несколько затруднено.                                   |
| 4 балла   | Длительно рассматривает людей, окружающие предметы, игрушки, находящиеся в поле зрения; свободно произвольно переключает взор с одного предмета на   |

|         |
|---------|
| другой. |
|---------|

– Зрительное изучение окружающего: рассматривание предметов, расположенных в разных местах. (N – 7-10 мес.)

| <b>Зрительное изучение удаленных предметов.</b> |   |
|---|---|
| 1 балл  | Зрительно не изучает удаленные предметы.  |
| 2 балла   | Кратковременно фиксирует взгляд на удаленных предметах, не переключая взор и не рассматривая их.  |
| 3 балла   | Недолго рассматривает предметы, игрушки, удаленные на расстояние; рассматривание и переключение взора с одного предмета на другой затруднено. |
| 4 балла   | Рассматривает окружающие предметы, игрушки, удаленные на расстояние; свободно переключает взор с одного предмета на другой.                   |

– Узнавание, различение знакомых предметов и игрушек.

При исследовании зрительного восприятия использовались разнообразные предметы окружающей действительности, игрушки, однопредметные и сюжетные картинки.

С 2-х лет исследование *зрительного восприятия* проводилось с учетом следующих показателей:

– Узнавание, различение знакомых предметов и игрушек на однопредметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу - 1 год 3 мес. – 1 год 6 мес.).

– Дифференциация игрушек и однопредметных картинок (сличение предметов, игрушек с их изображением) - с 1 года 6 мес.

– Рассматривание и узнавание предметов и игрушек на простых сюжетных картинках - с 1 года 6 мес.

– Зрительное восприятие цвета, формы и величины предметов.

Зрительное восприятие цвета, формы и величины предметов исследовалось по следующим уровням:

- Соотнесение (сличение) предметов по цвету, форме, величине (с 1 года 6 мес.).

- Различение (выделение по слову) предметов по цвету, форме, величине (с 2 лет).

- Знание и называние цвета, формы, величины предметов (с 2 лет 6 мес.).

При исследовании зрительного восприятия цвета, формы, величины предметов использовались различные дидактические игрушки (матрешки, пирамидки, вкладыши, доски Сегена, шарики, кубики и бруски разного размера и цвета).

– Разборка и складывание матрешки: двухсоставной – с 1,6 лет; трехсоставной – с 2,6 лет.

– Разборка и складывание пирамидки: из трех колец – с 2 лет; из четырех колец – с 2,6 лет.

– Кубики-вкладыши: двухсоставные – с 1,6 лет; трехсоставные – с 2 лет; четырехсоставные – с 2,6 лет.

- Цветные кубики: два (красный, желтый) – с 2 лет; четыре – с 2,6 лет, пять – с 3 лет.
- Доски Сегена: две формы – с 1,6 лет; три формы – с 2 лет, четыре формы – с 3 лет.
- Ориентировка в 2-х контрастных величинах – с 1 года 6 мес., в 3-х контрастных величинах – с 2 лет.

• Уровень развития *слухового восприятия* оценивался по следующим показателям:

- Слуховое сосредоточение (N – 1-2 мес.).
- Ориентировочно-поисковая реакция (ищущие повороты головы) на звуковые раздражители, голос и речь взрослого (N – 2-3 мес.).
- Локализация звука в пространстве (поворот головы в сторону невидимого источника звука и его нахождение) (N – 4 мес.).
- Дифференциация тембровой окраски и интонации голоса матери (или другого «близкого» человека) и «чужих» людей (N – 5-7 мес.).
- Узнавание своего имени (дифференциация своего и чужого имени) (N – 5-7 мес.).
- Различение строгой и ласковой интонации голоса взрослого, различное реагирование на них (N – 5-7 мес.).
- Различение характера мелодии (веселой и грустной, тихой и громкой) (N – 6-8 мес.).
- Слуховое внимание на речь взрослого (N – 10-12 мес.).

• Исследование *уровня развития деятельности* включало следующие разделы:

1. Проявление интереса к игрушкам, избирательность, стойкость игрового интереса (длительно ли занимается одной игрушкой или переходит от одной к другой).

| <b>Проявление интереса к игрушкам.</b> |  |
|--|--|
| 1 балл                                 | Интереса к игрушкам и предметам не проявляет. С игрушками никак не действует. В совместную игру со взрослым не включается. |
| 2 балла                                | Проявляет поверхностный, нестойкий интерес к игрушкам, предметам   |
| 3 балла                                | Интерес к игрушкам и предметам проявляет, но он недостаточно стойкий.  |
| 4 балла                                | Проявляет стойкий избирательный интерес к игрушкам. Включается в совместную игру со взрослым.                              |

2. Характер действий с предметами, игрушками:

- Неспецифические манипуляции (стереотипные, одинаковые действия со всеми предметами-игрушками: похлопывание, постукивание, размахивание, переключивание из одной руки в другую, сосание, бросание) (N – 5-9 мес.).
- Специфические манипуляции (учет физических свойств предметов: сжимание и разжимание пищащей игрушки, размахивание и потряхивание погремушкой, отталкивание подвешенных игрушек) (N – 9-12 мес.).

– Предметные действия (использование предметов по их функциональному назначению) (N – с 1 года.).

– Процессуальные действия (многократное осуществление предметно-игровых действий, не направленных на более отдаленный или конечный результат) – (N – с 1 года 6 мес).

– Предметная игра с элементами сюжета (цепочка логически связанных, целенаправленных, осмысленных предметно-игровых действий) (N – с 2 лет 6 мес.).

• Исследование *познавательной активности и мотивации к деятельности* пронизывало весь процесс изучения детей. Для их выявления не применялись специальные методики. Мы наблюдали за детьми не только на специальных занятиях логопеда, педагога-воспитателя, инструктора ЛФК, но и в повседневной жизни, в различные режимные моменты. Отмечались такие качества, как наличие или отсутствие познавательного интереса, активность и настойчивость в овладении навыками или пассивность ребенка при этом, желание добиться результата или равнодушие ребенка к результату деятельности, целенаправленность деятельности и отсутствие ее.

| <b>Познавательная активность и мотивация к деятельности</b> |   |
|---|---|
| 1 балл  | Отсутствие познавательной активности и мотивации к деятельности             |
| 2 балла   | Познавательная активность и мотивация к различным видам деятельности низкая |
| 3 балла   | Недостаточность познавательной активности и мотивации к деятельности        |
| 4 балла   | Ярко выраженная познавательная активность и мотивация                       |

• При изучении *запаса знаний об окружающем* учитывался уровень его сформированности.

| <b>Запас знаний об окружающем</b> |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 балл                            | Запас знаний об окружающем отсутствует или крайне низкий |
| 2 балла                           | Запас знаний об окружающем строго ограничен              |
| 3 балла                           | Запас знаний об окружающем несколько снижен              |
| 4 балла                           | Запас знаний об окружающем соответствует возрасту        |

• При исследовании особенностей *внимания* учитывались возможность, длительность сосредоточения, стойкость и его переключение.

| <b>Внимание</b> |  |
|-----------------|--|
| 1 балл          | Низкая концентрация и неустойчивость внимания (ребенок плохо сосредотачивается, с трудом удерживает внимание на объекте) |
| 2 балла         | Внимание неустойчивое, поверхностное. Быстро истощается  |
| 3 балла         | Внимание недостаточно устойчивое   |
| 4 балла         | Длительность сосредоточения и переключения внимания удовлетворительные   |

• Исследование *обучаемости и использования фиксированных видов помощи* (во время обследования) проводилось начиная с 2 лет.

| <b>Обучаемость и использование фиксированных видов помощи</b> |  |
|---|--|
| 1 балл  | Обучаемость отсутствует. Ребенок не использует помощь взрослого. Нет переноса показанного способа действия на аналогичные задания. |
| 2 балла   | Обучаемость низкая. Использует помощь взрослого. Перенос знаний затруднен –  |

|         |   |
|---------|---|
|         | при предъявлении аналогичного задания чаще всего с ним не справляется.  |
| 3 балла | Обучаемость недостаточная. Способен выполнить задание с небольшой помощью взрослого, но при предъявлении аналогичного задания самостоятельно с ним справляется не всегда. |
| 4 балла | Обучаемость высокая. Ребенок выполняет задание самостоятельно или при небольшой помощи взрослого переходит к более высокому способу выполнения задания.                   |

- Исследование *тактильно-кинестетического восприятия* проводилось начиная с 2 лет.

- При изучении *пространственных представлений* (с 2 лет) исследовались:

- Представления о схеме тела (своего, взрослого или другого ребенка, куклы): показать части тела (голова, руки, ноги); показать части лица (глаза, рот, нос, уши).

- Ориентировка в сторонах собственного тела – с 3 лет.

- Начальная ориентировка в окружающем пространстве («низ», «верх», «сзади», «вперед», «в», «на», «под» и т.д.) – с 3 лет.

- Целостный образ предмета (конструктивный праксис) – с 2 лет.

- При исследовании *конструктивного праксиса* выявлялись простейшие конструктивные умения детей, используя набор деревянного строительного материала (кубики, бруски, призмы), палочки, разрезные картинки из 2-3 частей. Все задания предлагались ребенку по показу взрослого. Учитывался способ выполнения задания: по показу, по подражанию, совместными действиями. Все постройки обыгрывались («Мы строим дом для Кати», «По дорожке идет ляля: топ-топ-топ»). После обыгрывания постройки просили ребенка повторить действие. Образец взрослого оставался перед ребенком.

Задания для построек из строительного материала:

- С 1,5 лет: башня из 2-3 кубиков, машина (кубик на пластине), дом (из кубика и призмы), стол и стульчик (из кубика и пластины).

- С 2 лет : дорожка из кирпичиков или пластин, башня из 2-3 кубиков и призмы, диванчик из 2 пластин, ворота из 2 кирпичиков и пластины над ними.

- Конструирование из 2 палочек (с 2 лет), из 3 палочек (с 2,5 лет).

- Разрезные картинки: из 2 частей (с 2 лет), из 3 частей (с 2,5 лет).

### **3-й блок – изучение компонентов речевого развития.**

- Изучение особенностей *речевого развития* детей включало в себя два направления: исследование понимания обращенной речи (импрессивной речи), исследование собственной речи (экспрессивной речи).

Понимание обращенной речи исследовалось с учетом его поэтапного формирования в онтогенезе по следующим показателям:

– Выделение по слову взрослого некоторых знакомых предметов, игрушек, часто показываемых и называемых, находящихся в определенном месте (8-10 мес.).

– Знание своего имени, различение интонаций голоса взрослого (6-8 мес.).

– Выделение по слову близких людей (матери, отца, бабушки): «Где мама?», «Где папа?», «Где баба?» (10 мес.).

– Понимание и выполнение разученных ранее простых действий и движений по слову взрослого (без указательного жеста): «ладушки», «до свидания», «дай», «на», «возьми», «дай ручку», «сорока-ворона».

При выраженных нарушениях функции рук принималась даже попытка выполнения движений. Если ребенок сразу не выполнял задание, требуемое движение пассивно руками ребенка производилось несколько раз; при этом действие сопровождалось словами. После обучения ребенку опять предъявлялось то же задание.

– Понимание названий (выделение по слову) нескольких предметов, игрушек независимо от их местоположения (11-12 мес.).

С 1 года 6 мес.:

– Понимание названий окружающих предметов обихода (посуды, одежды), игрушек, действий.

– Понимание команды «нельзя» и «можно» без жестового подкрепления и интонационного отношения.

– Выделение по слову предметов и игрушек на предметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу (при выборе из двух-трех).

– Понимание и выполнение простых речевых инструкций: «положи», «открой», «закрой», «сними», «надень», «брось», «дай маме», «отдай тете», «покачай куклу», «постучи молоточком», «покатай машинку», «покорми лялю» и др.

– Показ частей лица и тела на себе, на взрослом и на кукле.

С 2 лет:

– Узнавание предметов и игрушек на предметных картинках, действий - на простых сюжетных картинках.

– Понимание слов, обозначающих предметы, действия, признаки.

– Практическое понимание предлогов и предложно-падежных конструкций.

– Понимание простого рассказа по сюжетной картинке, ответы на вопросы взрослого.

– Понимание единственного и множественного числа существительного.

С 2,5 лет:

– Понимание короткого рассказа взрослого без показа о событиях, имеющих в опыте ребенка.

– Понимание единственного и множественного числа глагола, прилагательного, времени глагола.

#### **4-й блок – изучение компонентов двигательного развития.**

Изучение состояния двигательных функций (общей, артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук) проводилось совместно с невропатологом и врачом ЛФК.

• При определении уровня сформированности *основных двигательных навыков* учитывались следующие показатели:

- Удержание головы.
- Самостоятельное сидение.
- Удержание вертикального положения стоя (у опоры и самостоятельно).
- Ходьба с поддержкой.
- Самостоятельная ходьба.

• При определении уровня развития *функциональных возможностей кистей и пальцев рук* учитывались следующие показатели:

- Направление руки к предмету.
- Захват предмета, его удержание в руке.
- Произвольное отпускание предмета.
- Простейшие манипуляции с предметами (размахивание, постукивание, переключивание из одной руки в другую, поднесение ко рту, сосание).
- Свободное манипулирование предметами.
- Дифференцированные движения пальцев рук.
- Выделение ведущей руки.

Возможности двигательных функций кистей и пальцев рук выявлялись в различных положениях ребенка: лежа на спине, на животе; сидя, стоя (с поддержкой). Для обследования использовались разнообразные игрушки и предметы (погремушки, колечки, мячи, кубики и др.). Они различались между собой размером (большие, маленькие), формой (круглые, квадратные, овальные), окраской и материалом (пластмассовые, резиновые, деревянные, плюшевые).

• Изучение *артикуляционной моторики*.

Артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оценивались нами в соответствии с общими моторными возможностями ребенка. Мы отмечали даже незначительные речедвигательные расстройства. Определение ведущего неврологического речедвигательного синдрома и степени его проявления в артикуляционной мускулатуре и моторике проводилось совместно с невропатологом и врачом ЛФК.

Обследование артикуляционного аппарата мы начинали с проверки строения его органов: твердого, мягкого неба, челюстей, губ, языка. Изучение двигательных функций артикуляционного аппарата предполагало исследование подвижности губ, языка и мягкого неба. При этом мы выявляли возможность произвольных и произвольных движений органов артикуляции (по подражанию). Мы подробно изучали особенности дыхания (тип дыхания, его глубину, частоту, ритм), голосообразования (силу и тембр голоса) и просодики (мелодико-интонационные и темпо-ритмические характеристики голосовых и речевых реакций).

На основании качественного анализа полученных данных на каждого ребенка заполнялась специально разработанная нами авторская карта-схема комплексного психолого-педагогического обследования детей раннего возраста. В дальнейшем эта карта широко использовалась в различных медицинских и образовательных учреждениях и опубликовывалась исследователями, к сожалению, без ссылок на авторство.

## СХЕМА КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ детей раннего возраста

|  |
|--|
| <b><i>I. СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ</i></b>   |
| <b>КОНТАКТ</b> (эмоциональный, жестово-мимический, речевой):   |
| - В контакт не вступает  |
| - Контакт формальный (чисто внешний)   |
| - В контакт вступает не сразу, с большим трудом. Не проявляет в нем заинтересованности   |
| - Контакт избирательный  |
| - Легко и быстро устанавливает контакт, проявляет в нем заинтересованность, охотно подчиняется                                       |
| <b>ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА:</b>  |
| - активный, бодрый, деятельный   |
| - пассивный, вялый, инертный   |
| - повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность   |
| - колебания настроения   |
| - капризность  |
| <b>СРЕДСТВА ОБЩЕНИЯ:</b>   |
| 1) Невербальные средства:  |
| - Общение слабо выражено и реализуется посредством недифференцированных движений тела в сочетании с невыразительной улыбкой и криком |
| - Общение посредством движений тела, головы, улыбки, голосовых реакций   |
| - Общение посредством дифференцированных голосовых и мимических реакций, выразительного взгляда, естественных и специальных жестов   |
| 2) Речевые средства (различные высказывания):  |
| <b>НАВЫКИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ</b> (при приеме пищи, в одевании и раздевании, навыки личной гигиены):                                    |
| - Полное отсутствие навыков  |
| - Частичное владение навыками  |
| - Владение навыками с небольшой помощью взрослого  |
| - Самостоятельное владение навыками  |
| <b><i>II. ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ</i></b>  |
| <b>ОБЩАЯ МОТОРИКА:</b>   |
| Сформированность основных двигательных навыков:  |
| - Удержание головы   |
| - Самостоятельное сидение  |
| - Удержание вертикального положения стоя (у опоры / самостоятельно)  |
| - Ходьба с поддержкой  |
| - Самостоятельная ходьба   |
| <b>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КИСТЕЙ И ПАЛЬЦЕВ РУК:</b>  |
| - Направление руки к предмету  |



|  |
|--|
| - Захват предмета, его удержание в руке  |
| - Произвольное отпускание предмета   |
| - Простейшие манипуляции с предметами  |
| - Свободное манипулирование предметами   |
| - Дифференцированные движения пальцев рук  |
| - Выделение ведущей руки (правая / левая)  |
| <b>АРТИКУЛЯЦИОННАЯ МОТОРИКА:</b>   |
| - Неврологический синдром в мышцах и моторике артикуляционного аппарата (спастический парез, гиперкинезы, атаксия)         |
| Лицевая мускулатура:   |
| - Гипомимия  |
| - Тонус лицевой мускулатуры: спастичность / гипотония / дистония / N   |
| - Сглаженность носогубных складок  |
| - Оральные синкинезии  |
| - Асимметрия лица  |
| - Гиперкинезы лица   |
| <b>Губы:</b> N, толстые/тонкие; наличие расщелины  |
| - Тонус губной мускулатуры: спастичность / гипотония / дистония / N  |
| - Подвижность: губы малоподвижные/подвижные  |
| <b>Зубы:</b> крупные, мелкие, редкие, частые, нарушение зубного ряда, N  |
| - Прикус: передний открытый, боковой открытый, прогнатия, прогения, правильный   |
| <b>Твердое небо:</b> готическое, низкое, уплощенное, наличие расщелины, N  |
| <b>Мягкое небо:</b> длинное/короткое, подвижное/малоподвижное, отклонение увулы  |
| <b>Движение нижней челюсти:</b> - открывание/закрывание рта  |
| - умение держать рот закрытым  |
| <b>Язык:</b> толстый, маленький, узкий, раздвоенный, невыраженность кончика, укорочение подъязычной связки                 |
| - Тонус язычной мускулатуры: спастичность / гипотония / дистония / N   |
| - Гиперкинезы языка  |
| - Тремор языка   |
| - Девиация (отклонение) языка в сторону  |
| Объем артикуляционных движений языка:  |
| - Строго ограничен / Неполный / Снижение амплитуды артикуляционных движений / В полном объеме                              |
| - Умение удержать артикуляционную позу   |
| - Способность к переключению   |
| - Произвольное высовывание языка   |
| - Подъем языка   |
| - Боковые отведения (вправо/влево)   |
| - Пощелкивание   |
| - Облизывание губ (круговые движения языка)  |
| Глоточный и небный рефлекс: - повышен/понижен/нормальный   |
| <b>Наличие патологических рефлексов орального автоматизма</b> (губной, хоботковый, поисковый, ладонно-рото-головной и др.) |
| Вегетативные расстройства:   |
| - Гиперсаливация: - постоянная/ усиливающаяся при определенных условиях  |
| <b>Жевание:</b> - отсутствие жевания твердой пищи / затруднение жевания / N  |
| <b>Глотание:</b> - не нарушено; поперхивается, захлебывается при глотании  |
| <b>III. ПОЗНАВАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ:</b>   |
| <b>УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И МОТИВАЦИИ</b>  |

|   |
|---|
| - отсутствие или крайне низкая познавательная активность и мотивация к деятельности   |
| - снижение познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности   |
| - недостаточность познавательной активности и мотивации к деятельности  |
| - ярко выраженная познавательная активность и мотивация   |
| <b>ВНИМАНИЕ:</b>  |
| - Низкая концентрация и неустойчивость внимания (ребенок плохо сосредотачивается, с трудом удерживает внимание на объекте)                                |
| - Внимание неустойчивое, поверхностное. Быстро истощается   |
| - Внимание недостаточно устойчивое  |
| - Длительность сосредоточения и переключения внимания удовлетворительные  |
| <b>УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:</b>   |
| 1) Проявление интереса к игрушкам, избирательность, стойкость игрового интереса (длительно ли занимается одной игрушкой или переходит от одной к другой): |
| - Интерес к игрушкам не проявляет (С игрушками никак не действует. В совместную игру со взрослым не включается. Самостоятельной игры не организует).      |
| - Проявляет поверхностный, не очень стойкий интерес к игрушкам., предметам  |
| - 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:  |
| а) Неспецифические манипуляции (со всеми предметами действует одинаково, стереотипно - постукивает, перекладывает, тянет в рот, сосет, бросает).          |
| б) Специфические манипуляции - учитывает только физические свойства предметов.  |
| в) Предметные действия - использует предметы в соответствии с их функциональным назначением.  |
| г) Процессуальные действия (с 1,5 лет).   |
| д) Игра с элементами сюжета (с 2 лет).  |
| <b>ЗАПАС ЗНАНИЙ ОБ ОКРУЖАЮЩЕМ:</b> - Отсутствует или крайне низкий  |
| - Строго ограничен  |
| - Несколько снижен  |
| - Соответствует возрасту  |
| <b>СЕНСОРНОЕ РАЗВИТИЕ:</b>  |
| <b>СОСТОЯНИЕ ЗРЕНИЯ:</b> близорукость, дальновзоркость, косоглазие, атрофия зрительного нерва, нистагм, N   |
| <b>ЗРИТЕЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ:</b>   |
| - Зрительное сосредоточение (удержание в поле зрения неподвижного объекта: лица взрослого, игрушки).  |
| - Прослеживание движущегося оптического объекта: фрагментарное/плавное.   |
| - Узнавание матери, различение близких и чужих людей.   |
| - Рассматривание людей, игрушек, окружающих предметов, находящихся в поле зрения; произвольное переключение взора с одного предмета на другой.            |
| - Зрительное изучение удаленных предметов   |
| - Узнавание, различение знакомых предметов, игрушек на однопредметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу.                      |
| - Дифференциация игрушек и однопредметных картинок (сличение предметов, игрушек с их изображением) - с 1,5 лет.   |
| - Рассматривание и узнавание предметов, игрушек на предметных и сюжетных  |

|  |
|--|
| картинках - с 1,5 лет.   |
| - Соотнесение (сличение) предметов по цвету, форме, величине (с 1,5 лет).  |
| - Различение (выделение по слову) предметов по цвету, форме, величине (с 2 лет).   |
| - Знание и называние цвета, формы, величины предметов (с 2-2,5 лет).   |
| <b>СОСТОЯНИЕ СЛУХА:</b> снижение слуха / N   |
| <b>СЛУХОВОЕ ВОСПРИЯТИЕ:</b>  |
| - Слуховое сосредоточение.   |
| - Ориентировочно-поисковая реакция (ищущие повороты головы) на звуковые раздражители, голос и речь взрослого.  |
| - Локализация звука в пространстве (поворот головы в сторону невидимого источника звука и его нахождение).   |
| - Дифференциация тембровой окраски и интонации голоса матери (или другого «близкого» человека) и «чужих» людей.  |
| - Узнавание своего имени (дифференциация своего и чужого имени).   |
| - Различение строгой и ласковой интонации голоса взрослого.  |
| - Слуховое внимание к речи взрослого.  |
| <b>ВОСПРИЯТИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ:</b>  |
| - Знание и показ частей тела и лица.   |
| - Ориентировка в сторонах собственного тела.   |
| - Целостный образ предмета.  |
| - Дифференцирование пространственных понятий (справа-слева, выше-ниже, дальше-ближе, впереди-сзади, в центре).   |
| - Конструктивный праксис.  |
| <b><i>IV. РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ</i></b>   |
| <b>ДОРЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ:</b> - Протекало с выраженной задержкой  |
| - Протекало с задержкой  |
| - Нормальное (по возрасту)   |
| Время появления и особенности голосовых реакций:   |
| - Крик   |
| - Гуление  |
| - Лепет  |
| <b>ПОНИМАНИЕ ОБРАЩЕННОЙ РЕЧИ:</b>  |
| - Не понимает обращенную речь  |
| - Понимание обращенной речи ограниченное (ситуативное). Выполняет простые речевые инструкции   |
| - Понимание обращенной речи на бытовом уровне. Выполняет сложные речевые инструкции  |
| - В полном объеме  |
| <b>ХАРАКТЕРИСТИКА СОБСТВЕННОЙ РЕЧИ</b> (экспрессивная речь)  |
| 1-й уровень речевого развития:   |
| - Полное отсутствие звуковых и словесных средств общения   |
| - Произносит отдельные звуки, звукокомплексы   |
| - Произносит несколько лепетных и общеупотребительных слов и звукоподражаний   |
| Использует невербальные средства общения (выразительную мимику, жесты, интонацию).   |
| 2-й уровень речевого развития:   |
| - Пользуется простой фразой  |
| - Аграмматичная, неразвернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза. Активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные. Предлоги употребляются редко. Слоговая структура слов нарушена |

|   |
|---|
| <b>3-й уровень речевого развития:</b> Пользуется развернутой фразой. Недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи (ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении). Слоговая структура слов не нарушена. Синтаксические конструкции фраз бедные. Фонетико-фонематические нарушения |
| <b>4-й уровень речевого развития:</b> Лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность  |
| <b>Н:</b> Пользуется развернутой фразой. Связная речь сформирована  |
| <b>ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ:</b> - Проявляет склонность к эхолалии.   |
| - Наличие речевых штампов.  |
| <b>ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ:</b>   |
| <b>СЛОВАРНЫЙ ЗАПАС:</b> - резко ограничен / беден / в пределах обихода / достаточный  |
| <b>ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ:</b> - Не сформирован   |
| - Сформирован недостаточно  |
| - Сформирован (N)   |
| <b>СЛоговая структура слов:</b> Нарушена/не нарушена (N)  |
| <b>ФОНЕТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ:</b>   |
| Антропофонические (фонетические) дефекты звукопроизношения - искажения  |
| - Усредненность гласных; Недостаток произношения свистящих/шипящих/соноров/ губно-губных/губно-зубных/среднеязычных/заднеязычных/твердых согласных/звонких согласных  |
| - Изолированно произносит все звуки правильно, но при увеличении речевой нагрузки - общая смазанность речи  |
| - Фонетический строй речи сформирован достаточно (N)  |
| <b>Фонологические дефекты (нарушение дифференциации звуков):</b> - Замены   |
| - Смещения  |
| <b>Фонематическое восприятие:</b> Нарушено/сохранно   |
| <b>Разборчивость речи:</b>  |
| - Речь невнятная, смазанная, малопонятная для окружающих  |
| - Разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая   |
| - Разборчивость речи не нарушена (N)  |
| <b>ДЫХАНИЕ:</b> Свободное/затрудненное/поверхностное/неровное, неритмичное  |
| - Дифференциация носового и ротового выдоха   |
| <b>ГОЛОС:</b>   |
| - Недостаточная сила голоса: - Тихий, слабый, истощающийся  |
| - Нарушения тембра голоса: глухой/сдавленный/хриплый/назализованный/напряженный/дрожящий  |
| - Сильный, звонкий (N)  |
| <b>Синхронность дыхания, голосообразования и артикуляции:</b> нарушена/сохранна   |
| <b>Просодическая организация звукового потока:</b>  |
| <b>Мелодико-интонационная сторона речи:</b> N   |
| - Нарушение интонационного оформления речи  |
| - Отсутствие голосовых модуляций (голос немодулированный)   |
| - Слабая выраженность голосовых модуляций (голос монотонный, мало модулированный)   |
| <b>Темп речи:</b> нормальный/тахилалия/брадилалия/запинки/заикание  |
| <b>Ритм речи:</b> нормальный/растянутый/скандированный/зависит от проявления гиперкинезов   |

*Психолого-педагогическое заключение:*

### **3.2. Результаты комплексного изучения двигательного, социального, познавательного и речевого развития детей экспериментальной группы**

Анализ анамнестических данных показал, что большинство детей экспериментальной группы родилось от осложненной беременности и в условиях тяжелых родов. Мы выявили наиболее часто встречающиеся факторы, влияющие на возникновение детского церебрального паралича и дальнейших психо-речевых нарушений у детей с церебральной патологией. Наши данные подтверждают выводы разных исследователей об этиологии ДЦП (Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, Н.М.Всеволожская [15] и др.).

Острые вирусные инфекции наблюдались у 66 матерей (37%) (особенно в первой половине беременности), нарушения сердечно-сосудистой системы – у 32 (18%), эндокринные заболевания – у 7 (4%), нефропатия – у 16 матерей (9%). В первой половине беременности токсикозы отмечались в 73 случаях (41%), во второй половине беременности – в 27 случаях (15%), у 32 матерей (18%) был токсикоз как первой, так и второй половины беременности.

Угроза прерывания данной беременности была у 61 матери (34%) (у 37 матерей (21%) - в первой половине и у 24 (13%) - во второй половине беременности); маточные кровотечения – у 12 матерей (7%). В то же время только 39 беременных (22%) с угрозой выкидыша прошли лечение в стационаре. 12 матерей (7%) имели тяжелую, острую стрессовую ситуацию, 27 (15%) – конфликты в семье или на работе; в 23 случаев (13 %) будущие матери обучались в высших учебных заведениях (сдавали экзамены, защищали дипломы).

Многоплодная беременность наблюдалась у 18 матерей (10%). Из них у девяти (5%) оба ребенка родились с церебральной патологией, у четверых второй ребенок умер во время родов, у одной – третий ребенок умер на второй день после родов, у четверых один ребенок родился с церебральной патологией, другой – с легкой степенью неврологической патологии. Всего нами наблюдалось 23 ребенка (13%) из многоплодной беременности.

У 79 матерей (44%) роды были преждевременные, у 10 (6%) была переношенная беременность. Длительность родов была различной: у 46 (26%) – стремительные, у 70 (39%) – затяжные. Слабость родовой деятельности отмечалась у 79 матерей (44%). Для стимуляции их родовой деятельности применялись медикаментозные средства, вследствие чего в 46 случаях (26%) роды протекали стремительно.

Роды в головном предлежании были у 168 матерей (93%), в ягодичном – у 10 (6%), в поперечном – у 2 матерей (1%). Для родоразрешения в 10 случаях (6%) применялись щипцы, в четырех – вакуум-экстракция, в 30 (17%) – выдавливание плода. Кесарево сечение проведено у 19 рожениц (11%): плановое – у 10 (6%), экстренная операция – у 9 (5%).

Доношенных детей родилось 101 (56%), недоношенных – 79 (44%). У доношенных новорожденных в 30 случаях (17%) была диагностирована внутриутробная гипотрофия.

Оценка по шкале Апгар в 41 случае (23%) составляла 7/8 – 8/9 баллов. У 99 детей (55%) оценка по Апгар составляла 5-6 баллов; у них отмечалось

состояние средней тяжести, как по соматическому, так и по неврологическому статусу. Наиболее низкая оценка – до 3-4 баллов - была у 40 новорожденных (22%), что соответствовало и тяжести их неврологического статуса.

У большинства детей отмечалась асфиксия. Задержка появления первого крика до 2-5 минут была у 57 новорожденных (32%), от 6 до 10 минут – у 39 (22%), от 10 до 20 минут – у 9 (5%), через 30 минут и более – у 8 (4%) детей. Только 67 новорожденных (37%) закричали сразу.

У 7 детей (4%) возникновение ДЦП явилось результатом органического поражения центральной нервной системы в раннем постнатальном периоде: 2 ребенка в 6 месяцев перенесли нейроинфекцию неизвестной этиологии, у 4 детей – детский церебральный паралич возник как осложнение постгипоксической энцефалопатии после прививки АКДС, 1 ребенок в 10 месяцев перенес клиническую смерть.

Основные этиологические факторы суммированы в таблице № 1.

Таблица 1. Факторы, влияющие на возникновение ДЦП.

| Время действия                   | Патологические факторы   | Количество |
|----------------------------------|--|------------|
| I. Внутриутробный период         | Острые вирусные инфекции                                       | 37%        |
|                                  | Нарушения сердечно-сосудистой системы                          | 18%        |
|                                  | Эндокринные заболевания  | 4%         |
|                                  | Нефропатия   | 9%         |
|                                  | Токсикозы беременности   | 74%        |
|                                  | Угроза прерывания беременности                                 | 34%        |
|                                  | Маточные кровотечения  | 7%         |
|                                  | Стрессовые ситуации (в семье, на работе, при сдаче экзаменов)  | 35%        |
|                                  | Многоплодная беременность                                      | 13%        |
| II. Интранатальный период        | Преждевременные роды   | 44%        |
|                                  | Переношенная беременность                                      | 6%         |
|                                  | Стремительные роды   | 26%        |
|                                  | Затяжные роды  | 39%        |
|                                  | Слабость родовой деятельности                                  | 44%        |
|                                  | Применение щипцов, вакуум-экстракции, выдавливания плода       | 25%        |
|                                  | Кесарево сечение   | 22%        |
|                                  | Асфиксия (от 2 до 30 минут)                                    | 63%        |
| III. Ранний постнатальный период | Нейроинфекция  | 1%         |
|                                  | Осложнение постгипоксической энцефалопатии после прививки АКДС | 2%         |
|                                  | Клиническая смерть   | 1%         |

При изучении анамнестических данных нормально развивающихся детей патологии беременности и родов выявлено не было.

В анамнезе детей с церебральной патологией мы отметили неблагоприятные условия их соматического, моторного, нервно-психического и доречевого развития в первые недели и месяцы жизни. В связи с тяжестью состояния в ранний период новорожденности 110 детей (61%) были переведены из роддомов в неврологические отделения патологии новорожденных детских больниц.

У 62 детей (34%) в момент рождения и в ранний период новорожденности патология в неврологическом статусе не была замечена. Эти дети в различные сроки были выписаны домой. Несмотря на то, что в последующие месяцы жизни нарастала двигательная патология (двигательные функции развивались с задержкой), особой тревоги у родителей и участковых врачей это не вызывало. Вследствие этого в связи с несвоевременной диагностикой двигательной церебральной патологии лечение этих детей началось только после года.

В период новорожденности и позже у детей отмечалась различная неврологическая, общесоматическая симптоматика, задержка и нарушение развития двигательных функций. У детей была снижена спонтанная двигательная активность, мышечный тонус был патологически изменен (чаще с тенденцией к его повышению). Статические и локомоторные функции (удержание головы, ее повороты в стороны, самостоятельное сидение, удержание вертикальной позы стоя, ходьба) не развивались или отмечалась выраженная задержка и нарушение их формирования.

У нормально развивающихся детей стато-локомоторные функции развивались по возрасту.

Сопоставительный анализ сформированности основных двигательных навыков до 1 года нормально развивающихся и детей с церебральным параличом представлен в таблице № 2.

Таблица 2. Формирование двигательных навыков (до 1 года).

|                         | 3-4 мес. | 6-7 мес.       | 9-10 мес.        | 12-13 мес.      |
|-------------------------|----------|----------------|------------------|-----------------|
| Удержание головы        | нет      | 45 детей (25%) | 83 ребенка (46%) | 128 детей (71%) |
| Самостоятельное сидение | —        | нет            | 11 детей (6%)    | 45 детей (25%)  |
| Стояние (у опоры)       | —        | —              | нет              | 4 ребенка (2%)  |
| Ходьба с поддержкой     | —        | —              | нет              | 4 ребенка (2%)  |
| Самостоятельная ходьба  | —        | —              | нет              | нет             |

Особое внимание при изучении анамнеза мы уделяли доречевому развитию детей. В первые месяцы жизни голосовые реакции были бедные, а в тяжелых случаях отсутствовали совсем. Задержка появления первого крика при рождении отмечалась у 113 детей (63%). В дальнейшем, по словам матерей,

крик детей имел качественные особенности, не свойственные здоровым новорожденным. У 18 детей (10%) крик был резкий, пронзительный, «скрипучий», у 133 детей (74%), наоборот, - очень тихий, сдавленный, иногда в виде отдельных всхлипываний или вскрикиваний, производимых на вдохе. У 28 детей (16%) крик был настолько тихим, что только по мимическим реакциям (гримаса на лице) можно было догадаться, что ребенок плачет. 32 матери (18%) отмечали у детей хныканье. В последующие месяцы крик оставался однообразным, непродолжительным, мало модулированным. Интонационная выразительность крика не развивалась: отсутствовали дифференцированные интонации, выражающие состояние и желания ребенка.

В первые недели и месяцы жизни у 81 ребенка (45%) рефлекс орального автоматизма (губной, хоботковый, поисковый и другие) были ослаблены или не проявлялись совсем, что затрудняло кормление этих детей. Позже, после 4-5 месяцев, у детей отмечалось сохранение и даже усиление этих рефлексов, что препятствовало развитию произвольных артикуляционных движений.

У большинства детей гуление появилось в более поздние сроки по сравнению с нормально развивающимися детьми. У 54 детей (30%) дифференцированная голосовая активность в виде гуления появилась к 4-5 месяцам, у 44 детей (24%) – к 6 месяцам, у 31 ребенка (17%) – к 8 месяцам, у 22 детей (12%) - к 9 месяцам, у 11 детей (6%) - к 12 месяцам. У 18 детей (10%) гуление появилось только на 2 году жизни. Помимо более позднего срока появления, у детей отмечалась неполноценность гуления, что проявлялось в бедности и однообразии звуковых комплексов, недостаточной интонационной выразительности гуления, редкости его возникновения.

Ни у одного ребенка спонтанный лепет не появился вовремя (в 6-7 месяцев). У 18 детей (10%) лепет появился к 8 месяцам, еще у 20 детей (11%) – к 10 месяцам, к 1 году – у 31 ребенка (17%). У остальных детей лепет появился только в результате целенаправленной логопедической работы: на втором году жизни – у 44 детей (24%), на третьем году жизни – у 4 детей. Хотелось бы подчеркнуть, что у 63 детей (35%) период лепета был крайне рудиментарным и очень коротким, практически отсутствовал. Для всех детей была характерна низкая голосовая активность. У детей, у которых начал развиваться лепет, он характеризовался бедностью звукового состава, однообразностью, интонационной невыразительностью. Подражательная звуковая активность была крайне низкой.

Сроки появления гуления и лепета отражены в таблице 3.

Таблица 3. Сведения о сроках появления гуления и лепета.

|          | Гуление            |                     | Лепет               |                |
|----------|--------------------|---------------------|---------------------|----------------|
|          | N                  | ДЦП                 | N                   | ДЦП            |
| 4-5 мес. | 60 детей<br>(100%) | 54 ребенка<br>(30%) |                     |                |
| 6 мес.   |                    | 44 ребенка<br>(24%) | 54 ребенка<br>(90%) |                |
| 8 мес.   |                    | 31 ребенок          | 6 детей (10%)       | 18 детей (10%) |



|                     |  |                     |  |                     |
|---------------------|--|---------------------|--|---------------------|
|                     |  | (17%)               |  |                     |
| 10 мес.             |  | 22 ребенка<br>(12%) |  | 20 детей (11%)      |
| 12 мес.             |  | 11 детей (6%)       |  | 31 ребенок<br>(17%) |
| Второй год<br>жизни |  | 18 детей (10%)      |  | 44 ребенка<br>(24%) |
| Третий год<br>жизни |  |                     |  | 4 детей (2%)        |

Таким образом, двигательное и доречевое развитие исследуемых детей проходило в патологических условиях. Детям с тяжелой двигательной патологией диагноз «церебральный паралич» был поставлен к 5-6 месяцам жизни, остальным детям – к 11-12 месяцам.

#### *Двигательное развитие.*

Данные первичного обследования показали, что у всех детей экспериментальной группы в возрасте 1 года – 1 года 2 месяцев отмечалась задержка формирования основных двигательных навыков. 128 детей (71%) удерживали голову, самостоятельно сидели – 45 детей (25%), удерживали вертикальное положение стоя (у опоры) и ходили с поддержкой 4 ребенка (2%). Ни один ребенок не ходил самостоятельно.

У всех детей наблюдались различные двигательные синдромы (спастический парез, гиперкинезы, атаксия, тонические нарушения управления типа ригидности). В структуре двигательного дефекта отмечались нарушения мышечного тонуса (по типу спастичности, гипотонии или дистонии), ограничение объема или невозможность произвольных движений, патологические тонические рефлексy, задержка развития цепных установочных стато-кинетических рефлексов, нарушения кинестетических ощущений, синкинезии. Распределение детей по формам ДЦП было следующим: спастическую диплегию имели 110 детей, гемипаретическую форму – 22, гиперкинетическую – 18, атонически-астатическую – 21, двойную гемиплегию – 9 детей. У 28 детей (16%) отмечались смешанные синдромальные расстройства.

Степень выраженности двигательных расстройств у детей была различной. Тяжелая степень выраженности двигательной патологии (низкий уровень) наблюдалась у 52 детей (29%). У детей не были сформированы никакие возрастные двигательные навыки, они даже не удерживали голову. Отмечались значительные нарушения мышечного тонуса, невозможность произвольных движений, были выражены патологические тонические рефлексy, не развивались цепные установочные стато-кинетические рефлексy. Умеренно выраженные двигательные расстройства (средний уровень) – у 87 детей (48%). Все дети могли удержать голову, часть из них (40 детей – 22%) владели навыками самостоятельного сидения, но у них не были сформированы такие двигательные навыки, как удержание вертикального положения стоя и

ходьба (с поддержкой и самостоятельная). У детей отмечались умеренно выраженные нарушения мышечного тонуса, ограничение произвольных движений, патологические тонические рефлексy, задержка развития цепных установочных рефлексов. Легкая степень выраженности двигательной патологии (недостаточный уровень) – у 41 ребенка (23%). У детей были сформированы некоторые основные двигательные навыки: удержание головы, самостоятельное сидение, 7 детей (4%) удерживали вертикальное положение стоя (у опоры) и ходили с поддержкой. Наблюдались незначительные нарушения мышечного тонуса, ограничение объема произвольных движений. Ни один ребенок не владел навыком самостоятельной ходьбы, то есть не достигал высокого уровня развития общей моторики.

У большинства детей были выявлены сопутствующие неврологические синдромы: при ЭХО-ЭЭГ-обследовании у 140 детей (78%) имел место гипертензионный синдром, у 68 детей (46%) – гидроцефальный синдром; у 32 (18%) – эписиндром.

Практически у всех детей были выявлены нарушения двигательных функций, кистей и пальцев рук. У большинства детей отмечалось патологическое состояние кистей рук, характеризующееся плотным сжатием кулаков, приведением большого пальца к ладони, невозможностью или затруднением его участия при захвате игрушки. У 39 детей (22%), напротив, кисти рук были вялыми, паретичными. Уровень сформированности двигательных возможностей кистей и пальцев рук, а также степень выраженности двигательных нарушений у детей были различны.

Низкий уровень (1 балл) – отсутствие или выраженные нарушения функциональных возможностей кистей и пальцев рук (43 ребенка – 24%). Из них 18 детей (10%) не захватывали, не удерживали предметы, не манипулировали ими. 25 детей (14%) недолго удерживали вложенный в руку предмет, но хватание и манипуляции им были недоступны.

Средний уровень (2 балла) – умеренно выраженные нарушения двигательных функций кистей и пальцев рук. 81 ребенок (45%) с трудом захватывали предмет, могли удержать его, но манипуляции не осуществляли.

Недостаточный уровень (3 балла) – незначительные нарушения двигательных функций кистей и пальцев рук. 54 ребенка (30%) захватывали предметы, удерживали их продолжительное время, могли произвольно отпустить, осуществляли простейшие манипуляции с предметами. Они не могли свободно манипулировать предметами, имели легкую моторную неловкость.

Высокий уровень (4 балла) – нормальное развитие двигательных функций кистей и пальцев рук. 2 детей (1%) свободно манипулировали предметами.

Правая рука была ведущей у 58 детей (32%), левая – у 112 детей (62%), у 10 детей (6%) ведущая рука не выделялась. Гиперкинезы пальцев рук отмечались у 19 детей (11%). Тремор, нарушение координации движений кистей и пальцев рук, промахивания были выражены у 18 детей (10%).

Большинство нормально развивающихся детей (94%) в возрасте 1 года – 1 года 2 месяцев имели высокий уровень развития общей моторики, то есть

ходили самостоятельно, 6% - недостаточный уровень (ходили с поддержкой). 92% детей имели высокий уровень развития функциональных возможностей кистей и пальцев рук (свободно манипулировали предметами), 8% - недостаточный уровень.

У всех детей с церебральным параличом были выявлены различные патологические изменения в строении артикуляционного аппарата. При определении формы небного свода мы обратили внимание на высокое, готическое небо у 52 детей (29%). Низкий, уплощенный небный свод мы отметили у 16 детей (9%). Аномалии прикуса (открытый передний и боковой прикус, прогения, прогнатия и др.) и нарушение строения зубного ряда (крупные, мелкие, частые, редкие зубы, наличие лишних зубов и др.), которые более отчетливо выявлялись в последующие месяцы и годы жизни, наблюдались у большинства детей.

Состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата оценивалось в покое, при попытках к голосовым и речевым реакциям, в процессе голосовых реакций или речи, при мимических, общих и артикуляционных движениях. У исследуемых детей с церебральным параличом нарушения тонуса артикуляционных мышц характеризовались спастичностью, гипотонией, дистонией. Нарушения тонуса артикуляционных мышц (лица, губ, языка, мягкого неба) разной степени выраженности были выявлены у всех детей (таблица № 4).

Таблица № 4. Нарушения тонуса артикуляционных мышц.

| Тонус               | Спастичность      | Гипотония        | Дистония       |
|---------------------|-------------------|------------------|----------------|
| Лицевая мускулатура | 62 ребенка (34%)  | 100 детей (56%)  | 18 детей (10%) |
| Губная мускулатура  | 70 детей (39%)    | 92 ребенка (51%) | 18 детей (10%) |
| Язычная мускулатура | 133 ребенка (74%) | 29 детей (16%)   | 18 детей (10%) |

В лицевой мускулатуре нарушение тонуса по типу спастичности отмечалось у 62 детей (34%), по типу гипотонии – у 100 детей (56%), по типу дистонии – у 18 детей (10%). Асимметрия лица, опущение одного из углов рта, перекося рта в сторону при улыбке и плаче выявлены у 37 детей (21%). У большинства детей была выражена гипомимия лица (150 детей – 83%), сглаженность одной или обеих носогубных складок (52 ребенка – 29%). У 3 детей на фоне дистонии отмечались гиперкинезы лица.

В губной мускулатуре нарушение тонуса в виде спастичности отмечалось у 70 детей (39%), в виде гипотонии – у 92 детей (51%), в виде дистонии у 18 детей (10%). Нарушение мышечного тонуса круговой мышцы рта приводило к тому, что у 48 детей (27%) наблюдалась недостаточность смыкания губ, затруднение удержания рта закрытым, отвисание нижней губы. Все эти нарушения препятствовали плотному захвату соски, вызывали подтекание жидкости изо рта, что отрицательно сказывалось на процессе кормления ребенка.

У многих детей была выявлена патология строения языка: массивный, толстый язык – у 30 детей (17%), маленький, тонкий язык – у 19 детей (11%), укорочение подъязычной связки – у 56 детей (31%), раздвоенность кончика языка – у 10 детей (6%), невыраженность кончика языка – у 42 детей (23%). Нарушение тонуса язычной мускулатуры отмечалось у всех детей. У 133 детей (74%) наблюдалась спастичность язычной мускулатуры, особенно корня языка. При этом язык находился в специфичном положении: оттянут «комом» назад или вытянут «жалом» вперед. У 29 детей (16%) была выражена гипотония: язык был вялый, распластаный в полости рта. Дистония язычной мускулатуры у 18 детей (10%) сочеталась с гиперкинезами языка (в передне-заднем направлении). У 18 детей (10%) отмечался тремор и фибриллярные подергивания языка.

Патология положения языка проявлялась в виде высывания языка, девиации влево или вправо (при поражении одной половины языка). Повышение глоточного рефлекса наблюдалось у 77 детей (43%). Патология мягкого неба проявлялась в провисании небной занавески (при гипотонии мягкого неба) у 42 детей (23%) и отклонении увуля от средней линии у 23 детей (13%).

Таким образом, у всех детей с церебральным параличом в возрасте 1 года – 1 года 2 месяцев выявлены разнообразные нарушения тонуса артикуляционных мышц лица, губ, языка разной степени выраженности. При этом наблюдались два варианта нарушений тонуса в мышцах артикуляционного аппарата:

I вариант (32% детей) – *однотипный* характер нарушений мышечного тонуса (у одних детей – по типу спастичности, у других – по типу гипотонии, у третьих – по типу дистонии);

II вариант (68% детей) – *смешанный, вариативный* характер нарушений мышечного тонуса артикуляционного аппарата, например, сочетание спастичности в одних группах мышц, например, в язычной мускулатуре, и гипотонии – в других, например, в лицевой и губной мускулатуре.

Подвижность языка и губ у всех детей была ограничена (от полной невозможности до незначительных ограничений артикуляционных движений). Многим детям, имеющим возможность ограниченных произвольных артикуляционных движений, были недоступны произвольные движения губ и языка, подражательные артикуляционные движения.

Тонус мышц артикуляционного аппарата и особенности артикуляционной моторики были следующими:

Низкий уровень (1 балл) – выраженные нарушения мышечного тонуса – у 58 детей (32%), сочетались с полной невозможностью (18 детей - 10%) или значительными ограничениями объема артикуляционных движений (40 детей – 22%).

Средний уровень (2 балла) – умеренно выраженные нарушения мышечного тонуса и ограничение объема артикуляционных движений – у 76 детей (42%).

Недостаточный уровень (3 балла) – легкие нарушения мышечного тонуса и незначительное ограничение объема артикуляционных движений – у 46 детей (26%).

Высокий уровень (4 балла) – нормальный мышечный тонус и полный объем артикуляционных движений – не выявлен ни у одного ребенка с церебральным параличом.

При сравнении данных, полученных в результате исследования моторики, очевидно, что степень тяжести нарушений артикуляционной моторики коррелирует с тяжестью нарушений функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

Непроизвольные движения артикуляционного аппарата оценивались во время еды. Выясняя особенности акта приема пищи, мы обращали внимание на сосание, откусывание, жевание, снятие пищи с ложки, питье из чашки, глотание. У 170 детей (94%) отмечались нарушения акта приема пищи. Нарушения сосания выражались в слабости, вялости, неактивности, неритмичности сосательных движений. При глотании дети поперхивались, захлебывались. У всех детей отмечалось отсутствие или затруднение жевания твердой пищи. Дети предпочитали жидкую, протертую пищу. Только 10 детей (6%) могли откусывать от куска, пить из чашки.

У большинства (91%) детей была выражена гиперсаливация. Постоянное усиленное слюноотечение отмечалось у 37 детей (21%), умеренно выраженная гиперсаливация, усиливающаяся при определенных условиях (в вертикальном положении сидя и стоя, в процессе голосовых и речевых реакций) – у 87 детей (48%), незначительная гиперсаливация – у 40 детей (22%).

У 60 детей (33%) отмечалось наличие патологических рефлексов орального автоматизма (хоботковый, поисковый и др.), которые препятствовали развитию произвольных артикуляционных движений. У 63 детей (35%) были выражены оральные синкинезии. При пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения дети непроизвольно широко открывали рот.

У обследованных нами нормально развивающихся сверстников не были выявлены нарушения строения и функционирования артикуляционного аппарата.

У большинства детей с церебральным параличом отмечались нарушения дыхания, голосообразования, просодики. Дыхание детей было учащенное, неглубокое, аритмичное. Отмечалась дискоординация вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный, слабый выдох). У многих детей наблюдались инфантильные схемы дыхания, то есть преобладание брюшного типа дыхания. У 16 детей (9%) были выражены явления стридора. Степень выраженности нарушений дыхания коррелировала с тяжестью двигательной патологии.

У всех детей была недостаточная сила голоса: тихий, слабый, истощаемый. Отклонения тембра голоса проявлялись различно: у 74 детей (41%) голос был глухой, у 63 детей (35%) – назализованный, у 20 детей (11%) – хриплый, у 10 детей (6%) – прерывистый, дрожащий, у 30 детей (17%) –

сдавленный, напряженный. Часто отмечалось сочетание различных нарушений тембра голоса.

Мелодико-интонационные расстройства наблюдались у 158 детей (88%). Голосовые реакции были лишены интонационной выразительности. У детей отмечались нарушения голосовых модуляций, голос был маломодулированный, монотонный. Темпо-ритмические расстройства более отчетливо выявлялись в процессе овладения детей речью.

У 21 ребенка (12%) с атактическим синдромом была выражена асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции.

У нормально развивающихся детей не было выявлено нарушений дыхания, голоса и просодики.

Ранние проявления неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике речевого аппарата представлены в таблице № 5.

Таблица 5. Дизартрические (речедвигательные) расстройства.

| № п/п | Патологические признаки  | Количество детей  |
|-------|--|-------------------|
| 1.    | Нарушения тонуса артикуляционных мышц (лица, губ, языка, мягкого неба) | 180 детей (100%)  |
| 2.    | Ограничение подвижности артикуляционных мышц (языка, губ)              | 180 детей (100%)  |
| 3.    | Нарушения акта приема пищи   | 170 детей (94%)   |
| 4.    | Гиперсаливация   | 164 ребенка (91%) |
| 5.    | Патологические рефлексы орального автоматизма                          | 60 детей (33%)    |
| 6.    | Оральные синкинезии  | 63 ребенка (35%)  |
| 7.    | Повышение глоточного рефлекса  | 77 детей (43%)    |
| 8.    | Непроизвольные насильственные движения                                 | 27 детей (15%)    |
| 9.    | Нарушения дыхания и голоса   | 180 детей (100%)  |
| 10.   | Мелодико-интонационные расстройства                                    | 158 детей (88%)   |
| 11.   | Асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции                 | 21 ребенок (12%)  |

#### *Социальное развитие.*

Социальное развитие детей с ДЦП было задержано и качественно неполноценно. Оно отличалось большой неравномерностью, т.е. наблюдался значительный разброс показателей развития.

30 детей (17%) не вступали даже в эмоциональный контакт, не отвечали на инициативу взрослого, были равнодушны к обращениям; у них был крайне низкий эмоциональный фон, эмоции не дифференцированы; они не использовали никаких средств общения. 62 ребенка (34%) в эмоциональный контакт вступали не сразу, с трудом, проявляли слабо выраженный интерес ко взрослому и его действиям; эмоциональные реакции были однообразны, выражены слабо. Изредка они использовали невербальные средства общения (взгляд, подражательную улыбку, крик) для выражения желаний. 58 детей (32%) избирательно вступали в эмоциональный и жестово-мимический контакт, проявляли недостаточно стойкий интерес ко взрослому и его действиям. Для них была характерна переменчивость эмоций, эмоции были лабильны. Дети использовали такие невербальные средства общения как выразительный взгляд, улыбку, отдельные голосовые реакции. 30 детей (17%) охотно и быстро вступали в контакт, проявляли интерес при общении; эмоциональные реакции были ярко окрашенными, избирательными. Помимо разнообразных невербальных средств общения дети пользовались интонационно выразительными голосовыми реакциями, а некоторые даже речевыми средствами (словами и звукоподражаниями).

Дети практически не владели навыками самообслуживания. Только 8 детей (4%) частично владели навыками приема пищи: они самостоятельно ели твердую пищу (сухарик, печенье), пытались есть густую пищу ложкой и пить из чашки (с помощью взрослого).

В целом уровень социально-эмоционального развития был близок к уровню познавательного развития, в то время как степень сформированности навыков самообслуживания была даже хуже тяжести нарушений общей моторики и функций рук.

#### *Познавательное развитие.*

У многих детей с церебральным параличом (153 ребенка – 85%) отмечалась задержка темпов и качественные отклонения в развитии познавательной деятельности. Степень выраженности задержки психического развития (ЗПР) была различна: выраженная (тяжелая) ЗПР – у 38 детей (21%), умеренно выраженная – у 60 детей (33%), легкая ЗПР – у 55 детей (31%). Только 27 детей с ДЦП (15%) по уровню психического развития приближались к нормально развивающимся сверстникам. Степень выраженности задержки психического развития не была жестко связана с тяжестью поражения двигательной сферы и лишь частично соответствовала тяжести двигательной патологии.

В раннем возрасте нарушения познавательной деятельности у детей с двигательной церебральной патологией имели специфические особенности: неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций; выраженность астенических проявлений (повышенная утомляемость, истощаемость всех нервно-психических процессов); сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети не знали многих явлений окружающего предметного мира и социальной среды, а чаще всего имели знания лишь о том, что было в их практическом опыте. У них было затруднено

познание окружающего в процессе предметно-практической деятельности в связи с проявлением двигательных и сенсорных расстройств.

У большинства детей отмечалось нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывалась на восприятии в целом, ограничивала объем информации, затрудняла их познавательную деятельность.

Уровень познавательного развития в целом был выше уровня речевого развития, хотя при этом не выявлялось четкой взаимосвязи между ними.

### *Речевое развитие*

У большинства детей экспериментальной группы отмечалась задержка доречевого и раннего речевого развития (170 детей – 94%). На втором году жизни дети чаще всего находились на доречевом уровне развития. У них наблюдалось снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность. Дети часто предпочитали общаться криком, мимикой, жестами. В лучшем случае они могли произносить отдельные лепетные и общеупотребительные слова (от 3 до 10), чаще всего номинативного, реже – предикативного характера, и звукоподражаний. Речевая активность детей была низкой. Речевые возможности были выше уровня развития их речевой коммуникации. В общении дети чаще всего активно не реализовывали свои произносительные возможности.

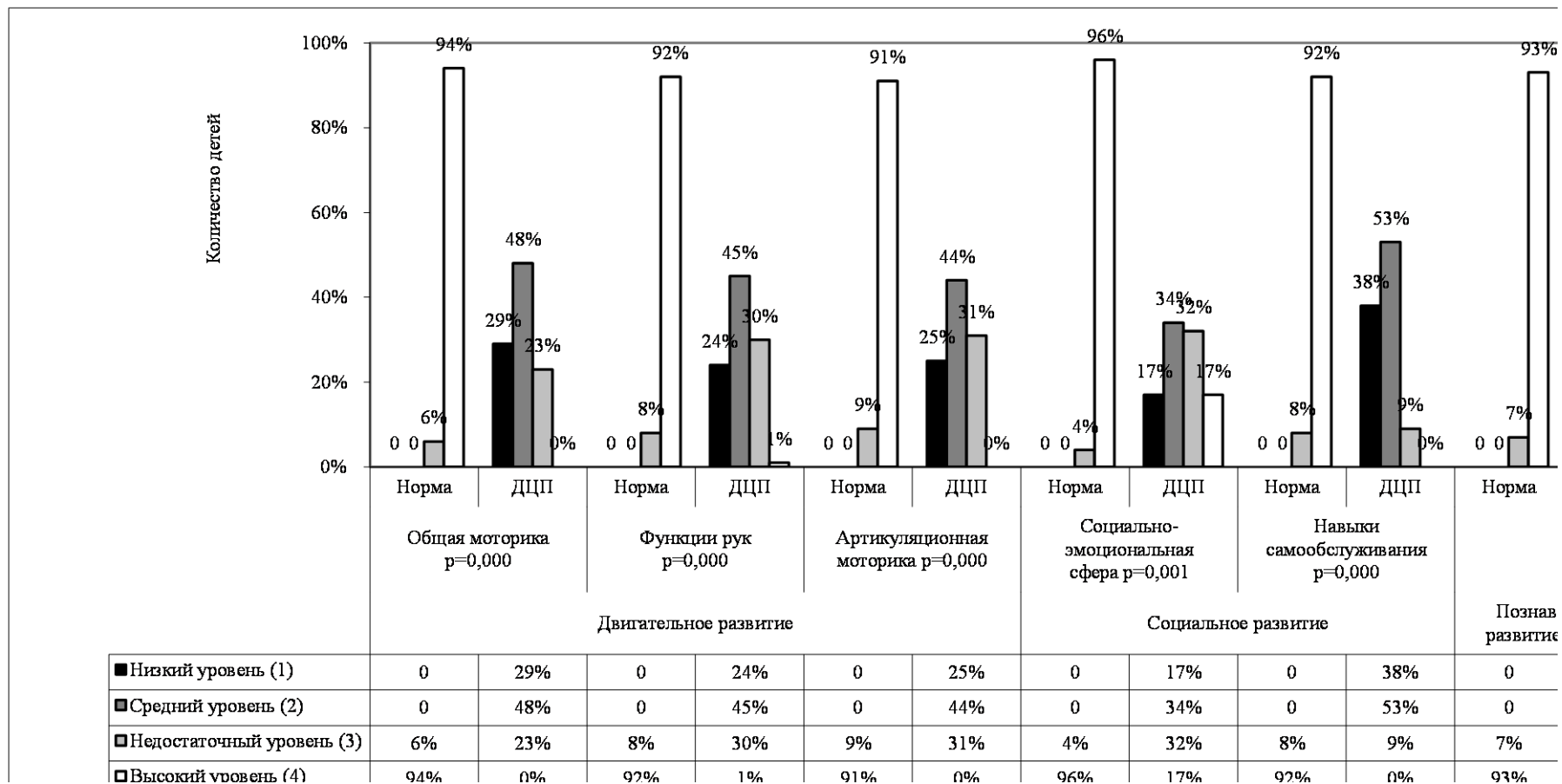
Патологическое состояние мышц речевого аппарата препятствовало развитию артикуляционной моторики и появлению новых звуков. На ранних этапах овладения фонетическим строем речи у детей были выявлены неправильные артикуляционные уклады, которые в дальнейшем закреплялись.

Уровень речевого развития был различным: выраженная (тяжелая) задержка речевого развития (ЗРР) была у 43 детей (24%), умеренно выраженная ЗРР – у 76 детей (42%), легкая ЗРР – у 51 ребенка (28%); только 10 детей (6%) по уровню речевого развития соответствовали возрастной норме. Задержка речевого развития сочеталась с речедвигательными (дизартрическими) расстройствами, которые проявлялись у всех детей раннего возраста с церебральным параличом. В большинстве случаев (158 детей – 88%) нами не выявлена взаимосвязь между уровнем речевого развития детей и степенью тяжести речедвигательного нарушения. При этом степень выраженности речедвигательных расстройств коррелировала с тяжестью нарушений функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

Качественный анализ экспериментальных данных показал, что часть детей с церебральным параличом имели *равномерное* отставание по всем линиям развития (56 детей – 31%), остальные – *неравномерное* развитие (124 ребенка – 69%). При этом проявления дисгармоничного развития оказались чрезвычайно разнообразными. В то же время внутри линий развития (в рамках отдельных функциональных систем) нередко был отмечен неравномерный характер. Например, в познавательном развитии некоторых детей (особенно с легкой задержкой психического развития) наблюдалось парциальное отставание отдельных составляющих.



Рис. 1. Показатели линий развития детей с ДЦП (1 г. – 1 г. 2 м.) и их нормально развивающихся сверстников.



Показатели основных линий развития детей с церебральным параличом в возрасте 1 г. – 1 г. 2 м. в сравнении с их нормально развивающимися сверстниками представлены на рис. 1.

Для обработки результатов был использован параметрический критерий Манна-Уитни (статистический пакет SPSS for Windows 14,0). По всем показателям обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости ( $p \leq 0,01$ ).

Итак, у всех детей, с различными формами церебрального паралича в возрасте 1 года – 1 года 2 месяцев наблюдались двигательные расстройства (общей моторики, функциональных возможностей кистей и пальцев рук, артикуляционной моторики), проявлявшиеся в различной степени. У большинства детей отмечалась задержка психического и речевого развития.

По нашим прогнозам, у одних детей задержка психического и речевого развития в дальнейшем в той или иной степени может компенсироваться, у других – сохранится. При этом мы считали важным учесть влияние различных факторов: степень тяжести двигательной патологии, выраженность нарушений познавательной и речевой деятельности, компенсаторные возможности мозга, социальная ситуация развития.

При анализе материалов комплексного экспериментального изучения мы пришли к выводу, что проблема деления всех обследованных детей на группы представляет значительные трудности. У большинства детей отмечалась *разноуровневые вариативные* специфические нарушения в развитии двигательных, психических и речевых функций, каждый ребенок обладал индивидуальными особенностями.

У всех детей отмечались речедвигательные (дизартрические) расстройства и нарушения социального развития, то есть эти характеристики не являлись специфичными. Критерием для деления детей на группы мы выбрали *уровень развития* познавательной и речевой деятельности.

По общим итогам комплексного экспериментального изучения в зависимости от уровня развития познавательной и речевой деятельности все дети условно были разделены на три группы (рис. 2).

I группа – дети с уровнем развития познавательной и речевой деятельности, приближающимся к возрастной норме. У них отмечались только дизартрические (речедвигательные) расстройства. К этой группе были отнесены 10 детей (6%).

II группа – дети с задержкой речевого развития в сочетании с дизартрическими расстройствами. Уровень познавательного развития был в пределах возрастной нормы. В эту группу вошли 17 детей (9%).

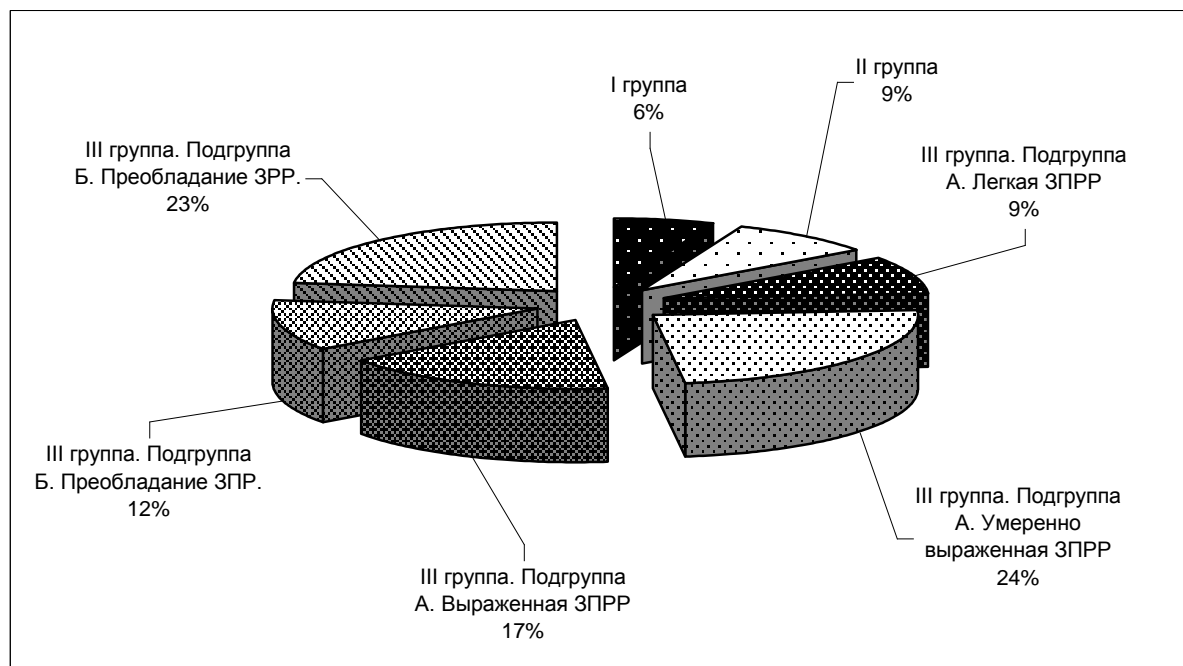
III группа - дети с задержкой познавательного и речевого развития в сочетании с дизартрическими расстройствами. К этой группе отнесены 153 ребенка (85%). Эта группа была условно разделена на две подгруппы.

Подгруппа А: дети с равномерным отставанием познавательного и речевого развития (90 детей – 50%). Среди них были дети с легкой задержкой психо-речевого развития (17 детей – 9%), с умеренно выраженной задержкой

психо-речевого развития (42 ребенка – 24%), с выраженной задержкой психо-речевого развития (31 ребенок – 17%).

Подгруппа Б: дети с неравномерным развитием познавательной и речевой деятельности (63 ребенка – 35 %). Среди них были дети с преобладанием отставания познавательного развития (22 ребенка – 12%) и дети с преобладанием отставания речевого развития (41 ребенок – 23 %).

Рис. 2. Распределение детей по вариантам развития.



Остановимся подробнее на характеристике выделенных групп.

I группа (10 детей – 6%) – дети с уровнем развития познавательной и речевой деятельности, приближающимся к возрастной норме. У них отмечались только двигательные (в том числе и речедвигательные) расстройства и нарушения социального развития.

Все дети легко и быстро вступали в контакт на любом уровне (эмоциональном, мимическом, жестовом, речевом), проявляли в нем заинтересованность, сохраняли его на протяжении всего обследования, охотно подчинялись взрослому. Малыши были активными, деятельными. У них преобладало бодрое, чаще всего спокойное настроение. Их эмоции были ярко окрашены, адекватны ситуации. Внимание было достаточно устойчивое. Для всех детей была характерна высокая познавательная активность, ярко выражен интерес к окружающему. Они проявляли стойкий избирательный интерес к игрушкам, использовали их адекватно. Большинство детей этой группы (8 детей) выполняли различные предметные действия, то есть использовали предметы по функциональному назначению (открывали-закрывали крышкой коробку, вставляли-вынимали кубики-вкладыши, снимали-надевали кольца пирамидки, катали мяч, стучали молотком, били по барабану). Двое детей, имеющие выраженные нарушения функций рук, не могли осуществлять

предметных действий. Но они знали функциональное назначение предметов и демонстрировали это в совместной с взрослым предметной деятельности. Не владея возможностью манипуляций, движениями глаз, головы, слабым движением руки и туловища по направлению к предмету-игрушке, выразительной мимикой дети показывали свой выраженный интерес к ней.

У всех детей была выражена мотивация к различным видам деятельности, настойчивость в достижении результата. Дети активно включались в деятельность в соответствии со своими возможностями, обращались за помощью к взрослому и умело использовали ее. Для всех детей были характерны высокие подражательные способности.

Уровень развития зрительного и слухового восприятия был достаточно высоким. У большинства детей были сформированы длительное зрительное сосредоточение, плавное прослеживание движущегося оптического объекта, зрительные дифференцированные реакции. У одной девочки (Саша У.), имеющей нарушения зрительного анализатора, отмечалась высокая степень компенсаторных возможностей (приспособляемости к своему нарушению). У всех детей было сформировано длительное слуховое сосредоточение, они могли локализовать звук в пространстве, слуховые дифференцированные реакции. Слуховое внимание на речь взрослого было достаточно устойчивым.

Запас знаний об окружающем был в пределах возрастной нормы. Понимание обращенной речи соответствовало возрасту. Дети знали названия различных предметов, игрушек независимо от их месторасположения, узнавали (выделяли по слову) предметы-игрушки на однопредметных картинках. Они выполняли простые речевые инструкции, подразумевающие выполнение одного действия, без жестового подкрепления («дай мячик», «на, возьми лялю», «отдай тете», «сними колечко» и т.д.).

Все дети соотносительно произносили несколько (от 3 до 10) лепетных, общеупотребительных слов (чаще номинативного, реже – предикативного характера) и звукоподражаний: «мама», «папа», «баба», «мяу», «аф» (ав), «ня» (на), «дай» (дай) и т.д. Речевые возможности детей были выше уровня развития их речевой коммуникации. В общении дети чаще всего активно не реализовывали свои произносительные возможности. Речевая активность детей была низкой. Потребность речевого общения была выражена слабо.

Общие двигательные возможности детей были различными. Легкая степень двигательной патологии наблюдалась у 4 детей (ходили с поддержкой), средняя – у 4 детей (удерживали голову, но не сидели и не удерживали вертикального положения, стоя у опоры), тяжелая – у 2 детей (не были сформированы никакие возрастные двигательные навыки). Степень выраженности речедвигательных расстройств коррелировала с тяжестью двигательных нарушений функций рук: легкую степень имели 5 детей, среднюю – 3, тяжелую – двое.

II группа (17 детей - 9%) – дети с задержкой речевого развития в сочетании с речедвигательными расстройствами. Уровень познавательного развития был в пределах возрастной нормы.

Познавательное развитие детей I и II групп было примерно одинаковым. Дети легко и быстро вступали в контакт на эмоциональном и жестово-мимическом уровне, проявляли в нем заинтересованность. Они были активными, деятельными. Эмоции достаточно дифференцированные, адекватны ситуации. Внимание устойчивое. Познавательная активность и мотивация к различным видам деятельности были высокими. Дети проявляли стойкий избирательный игровой интерес, использовали предметы по функциональному назначению.

Запас знаний об окружающем, так же, как и понимание обращенной речи, были в пределах возрастной нормы. Отмечалась диспропорция в развитии понимания обращенной речи и собственной речи. Импрессивная речь формировалась вовремя (по возрасту), а экспрессивная речь не развивалась. Все дети находились на доречевом уровне развития речи. Голосовую активность на уровне гуления имели 16 детей, только у одного ребенка (Кирилл Б.) наблюдалось начало развития лепета. Активность голосовых реакций была крайне низкой, требовала стимуляции. Звуки гуления не имели певучести, выразительности, длительности звучания. Спонтанно или при эмоциональном общении со взрослым дети издавали редуцированные гласные звуки «а», «э» и их сочетания: «аэ», «эа», «ао». В связи с тем, что у большинства детей была выражена спастичность язычной мускулатуры (особенно корня языка), заднеязычные звуки в гулении чаще всего отсутствовали. Только двое детей произносили сочетания гласных и заднеязычных согласных звуков. Характерная особенность детей этой группы – использование многообразных невербальных средств общения: выразительной мимики, дифференцированных жестов, голосовых реакций.

Легкая степень выраженности нарушений общей моторики наблюдалась у 5 детей, средняя – у 10, тяжелая – у 2 детей. Функциональные возможности кистей и пальцев рук были различными. Нормальное развитие функций рук – у 1 ребенка, легкие нарушения – у 4 детей, средние – у 10, тяжелые – у 2 детей. Выраженность речедвигательных расстройств была следующей: легкая степень – у 5 детей, умеренно выраженная – у 9, тяжелая – у 3 детей.

По данным анамнеза, все дети первой и второй группы были недоношенными.

III группа (153 ребенка – 85%) – дети с задержкой познавательного и речевого развития в сочетании с речедвигательными расстройствами. Эта группа была условно разделена на две подгруппы.

Подгруппа А (90 детей – 50%): дети с равномерным отставанием познавательного и речевого развития. Как уже отмечалось, в нее входили дети с легкой, умеренно выраженной и выраженной задержкой психо-речевого развития.

1. Дети с легкой задержкой психо-речевого развития (17 детей – 9%) вступали в эмоциональный и жестово-мимический контакт, который часто носил избирательный характер. Эмоции детей были достаточно дифференцированы. Общая эмоциональная активность сочеталась с недостаточной познавательной активностью. Внимание было недостаточно

устойчивое, иногда требовалась частая смена видов деятельности. Дети проявляли игровой интерес, но не использовали предметы по функциональному назначению. С предметами-игрушками дети осуществляли специфические манипуляции, учитывая их физические свойства (сжимали-разжимали звучащие резиновые игрушки; размахивали погремушками, чтобы они гремели; раскачивали подвешенные игрушки).

Активность зрительного и слухового восприятия была недостаточная. Дети удерживали в поле зрения неподвижный предмет и прослеживали движущийся оптический объект; узнавали близких. Изучая предметы, находящиеся в поле их зрения, дети испытывали затруднения при рассматривании и узнавании удаленных предметов. У них были сформированы слуховое сосредоточение, локализация звука в пространстве, были доступны слуховые дифференцированные реакции. При этом слуховое внимание на речь было несколько снижено.

Запас знаний об окружающем был недостаточным. Все малыши ограниченно понимали обращенную речь в хорошо знакомой ситуации. Они знали названия нескольких предметов, игрушек независимо от их месторасположения, понимали и выполняли разученные ранее действия («ладушки», «дай ручку», «до свидания») и простые речевые инструкции («на, возьми Лялю», «дай мяч»). Дети еще не перешли на речевой уровень, то есть не произносили соотнесенно лепетные слова и звукоподражания, но у них наблюдались дифференцированные голосовые реакции в виде лепета. Качественные особенности лепета проявлялись в виде бедности, однообразия, фрагментарности звукового состава. Даже в момент эмоционального подъема количество лепетных слогов не превышало 2-3. В лепете дети обычно использовали гласные «а», «э», «о» и согласные «м», «п», «б». Трое детей издавали недифференцированные заднеязычные и смягченные согласные фонемы «н'», «д'», «т'». Фонемы «у», «и», «ы» в большинстве случаев отсутствовали. Согласные произносились искаженно. Спонтанный лепет возникал редко, обычно наблюдался отраженный односложный лепет (после длительной стимуляции).

Легкая степень двигательной патологии наблюдалась у 5 детей, средняя у 10 детей, тяжелая – у 2 детей. Выраженность речедвигательных расстройств и нарушения функции рук легкой степени отмечались у 6 детей, умеренно выраженной – у 9 детей, тяжелой – у 2 детей.

2. Дети с умеренно выраженной задержкой психо-речевого развития (42 ребенка – 24%). С детьми можно было установить эмоциональный контакт, но он обычно носил формальный (чисто внешний) характер. Стремление продлить контакт было слабо выражено. Эмоции детей недифференцированы, неярко окрашены, не всегда соответствовали ситуации. У многих детей повышенная эмоциональная лабильность сочеталась с инертностью эмоциональных реакций. Познавательный интерес и мотивация были снижены. В некоторых случаях дети проявляли нестойкий интерес к окружающему, могли оценить ситуацию. Внимание было неустойчивое, поверхностное, быстро истощающееся, что требовало переключения на другой вид деятельности.

Игровой интерес был поверхностный, нестойкий. Чаще всего дети осуществляли неспецифические манипуляции, то есть со всеми предметами действовали стереотипно, одинаково (постукивали, размахивали, переключали из одной руки в другую, тянули в рот). Изредка дети выполняли и специфические манипуляции, учитывая физические свойства предметов. Подражание действиям взрослого не выражено.

Возможности зрительного восприятия были ограничены. Детям были доступны недлительная фиксация взора и фрагментарное прослеживание движущегося оптического объекта. Четкой дифференциации близких и чужих людей не наблюдалось. Дети кратковременно рассматривали окружающие предметы, игрушки, находящиеся в поле их зрения, но не рассматривали удаленные предметы. Произвольное переключение взора с предмета на предмет было затруднено. Слуховое восприятие было нарушено. У детей отмечалась ориентировочно-поисковая реакция на слуховые раздражители, но локализация звука в пространстве была нечеткая. Дифференцированные звуковые реакции были сформированы недостаточно. Акустическая установка на речь была неустойчивой. Иногда отмечалась повышенная чувствительность на оптические и слуховые раздражители. При этом возникали защитно-оборонительные реакции в виде вздрагивания, мигания.

Понимание обращенной речи и запас знаний об окружающем были ограничены. Дети различали строгую и ласковую интонации голоса взрослого, знали свое имя. При повторной длительной стимуляции они выделяли (по слову) мать, а также один или несколько знакомых предметов, игрушек, находящихся в определенном месте. Экспрессивная речь не формировалась. Голосовые реакции были на уровне гуления.

Легкая степень двигательной патологии наблюдалась у 9 детей, средняя – у 22 детей, тяжелая – у 11 детей. Выраженность речедвигательных расстройств, как и нарушений функциональных возможностей кистей и пальцев рук, была различной: легкая степень – у 13 детей, умеренно выраженная – у 20 детей, тяжелая – у 9 детей.

3. Дети с *выраженной задержкой психо-речевого развития* (31 ребенок – 17%). В силу отсутствия интереса к окружающему и потребности общения со взрослым не вступали даже в эмоциональный контакт двое детей. 8 детей с большим трудом на короткое время вступали в эмоциональный контакт, не проявляя в нем заинтересованности. Эмоции детей недифференцированные, бедные по выразительности. Дети были пассивными, вялыми. Для них характерно безразличное, равнодушное, безучастное отношение к окружающему. У всех была низкая концентрация и неустойчивость внимания. Познавательный и игровой интерес не выражены. Даже имея двигательные возможности захватить игрушку и манипулировать ею, дети не пытались выполнить эти движения.

Нарушения зрительного восприятия проявлялись в слабой выраженности и трудности фиксации взора, отсутствии прослеживания движущегося оптического объекта. Дети не рассматривали людей, предметы, игрушки, не отличали близких людей от чужих. Некоторые узнавали мать. Патология

зрительного анализатора проявлялась во влиянии тонических рефлексов на мышцы глаз и ограничении полей зрения (у 10 детей), частичной атрофии зрительных нервов (у 6 детей), сходящемся косоглазии (у 4 детей). Акустическая установка на слуховые раздражители была крайне низкой. Слуховое сосредоточение и слуховая ориентировочно-поисковая реакция были кратковременными, вызывались лишь после повторной стимуляции. Оптические и слуховые раздражители часто вызывали защитно-оборонительные реакции в виде вздрагивания, мигания, плача.

Дети не понимали обращенную речь (не знали своего имени, не выделяли по слову близких, предметы, игрушки), не различали даже интонацию голоса взрослого. Все дети находились на доречевом уровне. У 6 детей отмечалось наличие недифференцированной голосовой активности. Они издавали нечеткие гласные звуки (средние между «а» и «э»), но певучего гуления не было. Крик был невыразительным, непродолжительным и не являлся средством выражения состояния и желаний ребенка. У 6 детей отмечалась дифференцированная голосовая активность в виде гуления. По их крику можно было определить состояние и желания ребенка. Качественная неполноценность гуления проявлялась в бедности и однообразии звуковых комплексов.

Легкая степень нарушений общей моторики отмечалась у 5 детей, средняя – у 6, тяжелая – у 20 детей. Выраженность речедвигательных расстройств, как и нарушений функциональных возможностей кистей и пальцев рук, были следующими: легкая степень – у 7 детей, умеренно выраженная – у 6, тяжелая – у 18 детей.

Подгруппа Б (63 ребенка – 35%): дети с неравномерным развитием познавательной и речевой деятельности. Среди них были дети с преобладанием отставания познавательного развития и дети с преобладанием отставания речевого развития.

1. Дети с *преобладанием отставания познавательного развития* (22 ребенка – 12%). Они с трудом ненадолго вступали в эмоциональный контакт, не проявляли в нем заинтересованности. Контакт носил формальный характер. Их эмоциональные реакции были недифференцированные, бедные по выразительности, часто неадекватны ситуации. Фон настроения снижен. Большинство детей были вялыми, пассивными, равнодушными к окружающему. У некоторых детей преобладала повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, двигательная расторможенность. Для всех детей была характерна низкая концентрация и неустойчивость внимания. В процессе обучающего эксперимента они быстро утомлялись, внимание истощалось.

Низкая познавательная активность сочеталась с отсутствием мотивации к различным видам деятельности. Показ игрушек, манипулятивных и предметных действий не вызывал у детей познавательного и игрового интереса. 15 детей, не имеющих тяжелой двигательной патологии, были также малоактивны, как и остальные. Эти дети не использовали имеющиеся двигательные возможности на практике (в доступных практических действиях). С предметами-игрушками дети осуществляли неспецифические манипуляции,



то есть действовали стереотипно, одинаково (стучали, размахивали, тянули в рот, сосали, бросали). Подражания действиям взрослого не наблюдалось.

Детям были доступны недлительная фиксация взора и фрагментарное прослеживание движущегося оптического объекта. Четкой дифференциации близких и чужих людей не наблюдалось. Дети кратковременно рассматривали игрушки, находящиеся в поле их зрения. Слуховая ориентировочно-поисковая реакция была кратковременной. Дифференцированные слуховые реакции были значительно нарушены. Повышенная чувствительность к зрительным и слуховым раздражителям находила свое выражение в защитно-оборонительных реакциях в виде вздрагивания, мигания, плача.

Запас знаний об окружающем был крайне низким. Дети не понимали обращенную речь (чаще всего не знали своего имени, не показывали по названию знакомых людей, предметы, игрушки, не выполняли даже простые речевые инструкции). Большинство детей даже не различали интонации голоса взрослого. Только некоторые дети дифференцировали строгую и ласковую интонации, знали свое имя.

Собственная голосовая и произносительная активность опережала развитие понимания обращенной речи. У всех детей наблюдалась дифференцированная голосовая активность в виде лепета. Несмотря на то, что многие согласные произносились искаженно, лепетная активность большинства детей была достаточно высокой. У 12 детей часто возникал спонтанный лепет. У остальных детей наблюдался отраженный лепет. У многих детей отмечалась эхолалия, они повторяли несоотнесенно за взрослым различные лепетные слова и звукоподражания, но это происходило неосознанно.

Легкая степень общей двигательной патологии наблюдалась у 4 детей, средняя – у 12 детей, тяжелая – у 6 детей. Выраженность речедвигательных расстройств, так же, как и нарушений функциональных возможностей кистей и пальцев рук, была различной: легкая степень – у 5 детей, умеренно выраженная – у 13 детей, тяжелая – у 4 детей.

2. Дети с *преобладанием отставания речевого развития* (41 ребенок – 23%). Все дети вступали в эмоциональный и жестово-мимический контакт, при этом у некоторых он носил избирательный характер. Внимание было несколько неустойчивое, истощаемое. Большинство детей были активными, деятельными. Их эмоции были дифференцированы, адекватны ситуации. Высокая эмоциональность сочеталась с некоторой недостаточностью познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности. Дети интересовались окружающим, но познавательный и игровой интересы были нестойкими. С предметами-игрушками дети осуществляли специфические манипуляции на основе учета физических свойств предметов, но они не использовали предметы по их функциональному назначению.

У детей наблюдались зрительные дифференцированные ориентировочные реакции: они различали близких и чужих людей, внимательно изучали и узнавали игрушки, предметы, находящиеся в поле их зрения. Однако они испытывали затруднения при рассматривании и узнавании удаленных предметов. Детям были доступны слуховые дифференцированные

реакции (различали интонации голоса взрослого), но слуховое внимание на речь было несколько снижено.

Понимание обращенной речи и запас знаний об окружающем были несколько ограничены. У детей отмечалось ситуативное понимание обращенной речи (в хорошо знакомой ситуации). Дети знали названия нескольких предметов, игрушек независимо от их месторасположения, понимали и выполняли несколько разученных ранее действий и простейших речевых инструкций. При этом наблюдалась диспропорция в развитии импрессивной речи и собственными произносительными возможностями. Все дети находились на доречевом уровне. У 9 детей отмечалась недифференцированная голосовая активность в виде крика и нечетких гласных звуков. У 32 детей голосовые реакции были на уровне гуления, то есть дифференцированной голосовой активности. Гуление возникало редко и, как правило, требовало стимуляции. Отмечались бедность и однообразие звуковых комплексов.

Легкая степень нарушений общей моторики наблюдалась у 10 детей, средняя – у 22, тяжелая – у 9 детей. Выраженность речедвигательных расстройств и нарушения функции рук легкой степени отмечались у 14 детей, умеренно выраженной – у 20, тяжелой – у 7 детей.

Итак, анализ проведенной констатирующей части эксперимента подтвердил, что у детей с ДЦП экспериментальной группы на втором году жизни наблюдаются сложные вариативные сочетания нарушения различных функциональных систем, существенно отличающие их от возрастной нормы и обуславливающие затруднения образования и социальной адаптации. Это позволило нам выдвинуть гипотезу о том, что использование системы и функциональной модели ранней комплексной (диагностико-лечебно-психолого-педагогической) коррекционно-развивающей дифференцированной с учетом структуры дефекта помощи детям раннего возраста с ДЦП обеспечит создание специальных условий для компенсации имеющихся нарушений и социализации детей данной категории на ранних возрастных этапах.

## **Глава 4. Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей работы с детьми от 1 до 3 лет с церебральным параличом.**

Результаты констатирующей части исследования позволили определить и реализовать в обучающем эксперименте программу ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом, осуществить дифференцированный, индивидуально-направленный подход в компенсации имеющихся нарушений, их образовательной и социальной адаптации. Обучающий эксперимент проводился в течение 2-х лет, в нем участвовали 90 детей 1-3 лет с различными формами ДЦП.

Основными принципами, определяющими систему и последовательность коррекционно-развивающего воздействия на детей с двигательными нарушениями, являются следующие:

- Комплексный характер коррекционно-развивающей работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, психических и речевых нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция развития всех моторных, познавательных, доречевых и речевых функций, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

- Раннее начало онтогенетически последовательного поэтапного коррекционно-развивающего воздействия, опирающегося на сохранные функции. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом индивидуального уровня развития ребенка.

- Коррекционно-педагогическая работа основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Сочетание логопедической работы с восстановительным лечением (медикаментозные средства, массаж, ЛФК, физиотерапия, ортопедическая помощь) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача и инструктора ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь двигательных, психических и речевых расстройств при ДЦП, общность поражения артикуляционной и общей моторики (например, необходимо подавлять патологическую рефлексорную активность как в речевой, так и в скелетной мускулатуре). При этом необходимо одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

- Коррекционная работа организуется в рамках ведущей деятельности. При этом стимулируется ведущий для данного возраста вид деятельности: в младенческом возрасте – эмоциональное общение ребенка со взрослым, в раннем возрасте – предметная деятельность.

- Развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательнo-кинестетического анализатора. Желательно задействовать одновременно несколько анализаторов (зрительный, тактильный, слуховой).

- Динамическое наблюдение за психофизическим развитием ребенка в течение длительного времени. При этом эффективность диагностики и коррекции значительно повышается. Это особенно важно при коррекционной работе с детьми с тяжелыми и сочетанными нарушениями.

- Гибкое сочетание различных видов и форм коррекционной работы.

- Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка, которое является залогом эффективности коррекционно-развивающего воздействия. Необходима такая организация среды (быта, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать развитие ребенка, сглаживать негативное влияние заболевания на его психическое состояние. Родители являются наиболее важным звеном в лечебно-педагогических мероприятиях с ребенком с двигательной патологией. Мать должна быть очень внимательна к своему ребенку и первой бить тревогу при задержке и нарушении не только двигательного развития, но и познавательного и доречевого. Только семья может закрепить у ребенка те навыки, которых добились в процессе коррекционной работы с ним инструктор ЛФК, логопед, дефектолог. Мать и другие члены семьи должны стремиться овладеть теми знаниями и простейшими навыками коррекционно-развивающей работы, которые помогут их ребенку добиться максимальных успехов в своем развитии.

- Ежедневный учет психофизического состояния ребёнка при определении режима нагрузок (объема и характера проводимых с ним занятий).

Эмпирические результаты констатирующего эксперимента позволили определить основные **направления коррекционно-развивающей работы** с детьми, каждое из которых имело свои задачи, содержание и методы.

**I. Социальное развитие** детей: развитие различных форм общения и взаимодействия ребенка со взрослым (стимуляция стремления продлить эмоциональный, жестово-мимический контакт, включение ребенка в практическое сотрудничество); формирование навыков самообслуживания.

**II. Развитие познавательной деятельности:** формирование познавательной активности, мотивации к деятельности, интереса к окружающему миру; стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического восприятия); формирование предметной деятельности, способности произвольно включаться в деятельность; развитие знаний об окружающем и понимания обращенной речи; формирование наглядно-действенного мышления; формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности.

**III. Стимуляция речевого развития** (голосовых реакций, звуковой и собственной речевой активности). В ходе логопедической работы учитывались этапы доречевого (недифференцированные голосовые реакции, гуление, лепет) и речевого развития (лепетные, общеупотребительные слова и

звукоподражания, простые фразы из 2-3 слов, неразвернутая (упрощенная) структурно нарушенная фраза, развернутая фраза с лексико-грамматическими нарушениями и т.д.). Одной из основных задач являлась активизация любых доступных ребенку голосовых, звуковых реакций и речевых высказываний. Методика формирующего эксперимента предусматривала создание педагогических условий, обеспечивающих поэтапное развитие и совершенствование лексической стороны речи, а также усвоение грамматических категорий. Для общения с окружающими у детей с выраженной задержкой речевого развития формировались любые невербальные и вербальные средства (жестовые, мимические, голосовые, звукопроизносительные).

**IV. Стимуляция двигательного развития и коррекция его нарушений:** уменьшение степени проявления двигательных дефектов артикуляционного аппарата (спастического пареза, гиперкинезов, атаксии); развитие дыхания, голоса, просодики и коррекция их нарушений; развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук и зрительно-моторной координации; стимуляция общей двигательной активности.

Изложенные принципы и направления работы реализовывались посредством различных методов, дифференцируемых в зависимости от решения определенных задач. Соотношение методов на каждом этапе обучения и воспитания определялось уровнем развития детей и задачами, стоящими перед специальным педагогом (логопедом, дефектологом, воспитателем). Коррекционно-развивающее воздействие осуществлялось на основе использования разнообразных практических, наглядных и словесных методов.

Практические методы и приемы обучения (разные способы организации детской деятельности): постановка практических и познавательных задач; целенаправленные действия с дидактическими игрушками; многократное повторение практических и умственных действий; наглядно-действенный показ (способа действия, образца выполнения); подражательные упражнения; дидактические игры; создание условий для применения полученных знаний, умений и навыков в общении, предметной деятельности, в быту.

Наглядные методы: обследование предметов (зрительное, тактильно-кинестетическое, слуховое, комбинированное); наблюдения за предметами и явлениями окружающего; рассматривание предметных и сюжетных картин, фотографий.

Словесные методы: речевая инструкция, беседа, описание предмета; указания и объяснение как пояснение способов выполнения задания, последовательности действий, содержания; метод аудирования (записанный на аудиокассету голосовой и речевой материал для прослушивания ребенком); вопросы как словесный прием обучения (репродуктивные, требующие констатации; прямые; подсказывающие); педагогическая оценка хода выполнения деятельности, ее результата.

Двигательно-кинестетические методы: дифференцированный (в том числе логопедический) массаж; пассивная гимнастика; искусственная локальная контрастотермия.

Остановимся подробнее на содержании коррекционно-развивающей работы по всем направлениям.

### **I. Социальное развитие детей с церебральным параличом от 1 до 3 лет**

Коррекционно-педагогическая работа по социальному развитию детей от 1 до 3 лет была направлена на формирование различных форм общения и взаимодействия со взрослым, а также навыков самообслуживания.

*Формирование различных форм общения и взаимодействия со взрослым.*

В ходе работы, развивая различные формы общения ребенка со взрослым, мы стимулировали стремление установить и продлить эмоциональный, жестово-мимический контакт, а также включить ребенка в практическое сотрудничество со взрослым. Важной задачей при этом являлось формирование способов усвоения общественного опыта.

Одной из первых и главных задач было формирование потребности в общении. На первых этапах коррекционно-развивающей работы проводилась стимуляция эмоционального общения, формирование «комплекса оживления». Для выработки потребности в общении, эмоционально-коммуникативных реакций педагог, улыбаясь, наклонялся над ребенком, старался «поймать» его взгляд, при необходимости использовал тактильный контакт (поглаживал его), придавая голосу певучий, ласковый оттенок, поет песенки. К ребенку мы обращались ласково по имени, стремясь удержать его взгляд на своем лице. Постепенно у малыша формировалось положительное отношение к игрушке. Для этого ласковым разговором привлекали внимание ребенка к лицу взрослого, вызвали ответную улыбку, после чего переводили его взгляд на игрушку.

Нужно было поддерживать стремление ребенка привлечь внимание взрослого, чутко реагировать на его сигналы, стимулировать голосовую активность в процессе общения. С целью установления и продления эмоционального и жестово-мимического контакта проводились различные игры: «Забодаю – забодаю», «Ку-ку», «Заводная игрушка». В довербальный период ребенка учили подражать действиям взрослого, умению просить нужные малышу вещи, просить о помощи, выразить отказ или несогласие с чем-то, делиться информацией.

В социальном развитии значимое место занимало развитие эмоций и понятия о себе (своего «Я»). Нужно было научить ребенка в ответ на вопрос «Где наша девочка Маша?» показывать на себя и по возможности называть свое имя (а к концу раннего возраста употреблять местоимения «Я», «мой», «моя», «мое»). Если ребенок никак не действовал, можно было ласково сказать «Вот наша Машенька! Какая ты красивая!», погладить ее по голове, при этом рука ребенка должна была показывать на себя (можно пассивно).

Ребенок должен был научиться проявлять различные эмоции, как положительные, так и отрицательные, адресовать эти эмоции взрослому для достижения того или иного результат с его стороны, а также различать эмоциональные проявления других людей. Необходимым являлось усвоение определенных норм и правил поведения в обществе, элементарных правил

безопасности, адекватной реакции на запрет, регуляции своего поведения при помощи невербальных и вербальных сигналов, поступающих от взрослого.

Важным направлением в работе являлось формирование представлений о своей семье, о взаимоотношениях в ней. Ребенка учили выделять близких среди чужих, реагировать на их появление, устанавливать эмоциональный контакт и разными способами выражать любовь к ним, узнавать членов семьи на фотографиях. Мы рекомендовали завести отдельный альбом с фотографиями, на которых был отражен социальный опыт ребенка при участии близких. При встрече ребенка учили здороваться (протягивать руку знакомым), при прощании – махать рукой («пока», «до свидания»), выражать просьбу («дай») при показе яркой, интересной игрушки, выражать благодарность жестом (кивком головы) или словом («спасибо»). На третьем году жизни мы учили ребенка осознавать свою социальную позицию в семье (дочь, сын).

Наряду с формированием представлений о себе, о своей семье ребенка обучали способам усвоения общественного опыта. Важно было добиться положительного отношения к выполнению совместных действий со взрослым, и не только с близким, но и с педагогом. После этого приступали к обучению подражательным действиям, а затем и к самостоятельному их выполнению по просьбе взрослого. Хорошо воспринимались детьми пальчиковые игры с речевым сопровождением, такие как «Сорока-белобока», «Спрячь игрушку в ладошке», «Зайчик». От увлекательных игр постепенно переходили к предметным действиям, а после – и к простым игровым.

На третьем году жизни большое внимание уделялось восприятию ребенком своего сверстника и взаимодействию с ним: здороваться, называть по имени, протягивать ручку, брать или давать игрушки, уметь отстаивать свою собственность, прощаться. Педагог формировал положительное отношение и интерес к взаимодействию с другими детьми, закреплял невербальные и вербальные формы общения друг с другом, вовлекал малышей в совместную деятельность (продуктивную и предметно-игровую). Социальное развитие постепенно давало ребенку возможность адекватно вести себя в коллективе сверстников, что очень важно, поскольку именно детский коллектив является источником, движущей силой развития и условием воспитания личности.

#### *Формирование навыков самообслуживания.*

При формировании навыков самообслуживания и бытовой ориентации у детей с церебральным параличом учитывалось наличие целого ряда нарушений общей моторики и функциональных движений кисти и пальцев рук, речи, познавательной деятельности, в частности, недостаточность пространственных представлений.

Как можно раньше, с первых дней коррекционно-развивающего обучения проводилась работа по поэтапному воспитанию следующих умений: есть хотя бы твердую и густую пищу, пить из чашки через соломинку, правильно вести себя за столом; помогать взрослому переодевать себя, а после – раздеваться и одеваться, хотя бы частично; очень важно было сформировать положительное отношение к гигиеническим процедурам, приучить ребенка к горшку, научить мыть руки, отрицательно относиться к нарушению опрятности.

Обучение детей проводилось максимально индивидуализировано в зависимости от двигательных возможностей ребенка. Важно было, чтобы двигательные умения включались в повседневную жизнь и практическую деятельность, постоянно развивались и постепенно становились автоматизированными навыками. Все бытовые умения и навыки отрабатывались сначала в пассивной, затем в пассивно-активной форме (с помощью педагога или родителей), постепенно роль взрослого уменьшалась и, наконец, ребенок по возможности овладевал самостоятельным выполнением различных действий.

Педагоги и родители были предельно внимательны к ребенку и часто хвалили его даже за самые небольшие достижения, при этом не указывали на его ошибки и неправильные движения. Если взрослый нервничал, спешил, ребенок очень быстро терял интерес к тем видам деятельности, которые вызывали у него затруднения и долго требовал, чтобы его кормили, одевали, причесывали, умывали.

Важной задачей при развитии навыков самообслуживания являлось обучение самостоятельному приему пищи. Одной из главных причин, затрудняющих формирование навыка самостоятельного приема пищи при ДЦП, было недостаточное развитие у детей зрительно-моторной координации, схемы движения «глаз-рука» и «рука-рот». Эти схемы движения следовало развивать, начиная работу еще на первом году жизни. Для того, чтобы у ребенка с церебральным параличом развивались необходимые предпосылки для формирования навыка самостоятельного приема пищи, в момент кормления мы тянули руки ребенка к бутылочке с молоком, помогали направлять свои руки ко рту, препятствуя только сосанию большого пальца. Если взрослый поил ребенка из чашки, руки ребенка подкладывались под руки взрослого, держащего чашку.

Во время кормления ребенку надевали фартук или нагрудник с глубоким карманом внизу. Если были еще слабо развиты реакции равновесия, обучали навыкам самостоятельного приема пищи надо в специальном стуле так, чтобы обе руки были свободны. Для большей устойчивости ребенка фиксировали специальным поясом. Если у ребенка были сильно выражены непроизвольные движения (гиперкинезы) и он с трудом сохранял равновесие в положении сидя, фиксировали его стопы. Однако все приспособления для фиксации использовались как временные средства в начале обучения.

Начинали обучение с приема твердой пищи. Вначале прививали навык подносить свою руку ко рту, затем брать кусок хлеба, бублик, сухарь, ложку и подносить их ко рту. На первых занятиях использовали небьющиеся чашки и тарелки. Желательно было, чтобы ложки, а позже вилки, которыми пользовался ребенок, имели пластмассовые рукоятки, так как такие приборы меньше скользят по поверхности стола. Для начального обучения приему пищи использовали десертную ложку. Для более удобного захвата ручку ложки изменяли (изгибали, подбирали толщину, длину). Вначале использовали густую пищу, позже полужидкую (каши, пюре). При сильно выраженных гиперкинезах, атаксии тарелку закрепляли.



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

Родителям советовали постепенно приучать ребенка с двигательной патологией есть за общим столом с другими членами семьи.

При обучении ребенка навыкам самообслуживания уделялось внимание и о развитии общегигиенических навыков: мытью рук до и после еды (с мылом и без), вытиранию рта и рук полотенцем, салфеткой. Обучая ребенка правильно умываться, учили его совершать действия в определенной последовательности. На первых этапах показывали и объясняли самые простые действия (засучить рукава, смочить руки водой, потереть ладони). Позже, когда у ребенка формировались отдельные умения, зачастую уже в дошкольном возрасте, мы рекомендовали усложнить требования - учить открывать и закрывать кран, пользоваться мылом, полотенцем. Постепенно дети учились чистить зубы, умываться, вытираться, причесываться.

Обязательными являлись стимуляция и поощрение стремления ребенка к самостоятельной деятельности. Если ему хотелось все делать самому, педагоги и родители оказывали лишь необходимую помощь. В дальнейшем по мере усвоения навыка потребность в непосредственной помощи взрослого при выполнении определенных движений постепенно снижалась. При этом мы учитывали возможности ребенка и четко знали, что можно от него потребовать и в каком объеме. Мы старались, чтобы ребенок всегда видел результаты своей деятельности. Все занятия проводились в игровой форме. Ребенка обязательно поощряли за правильное выполнение действий.

## **II. Познавательное развитие детей с церебральным параличом от 1 до 3 лет**

Коррекционно-педагогическая работа по познавательному развитию детей от 1 до 3 лет была направлена на сенсорное воспитание, формирование наглядно-действенного мышления, ознакомление с окружающим миром, развитие манипулятивных и предметных действий, формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности. В ходе обучения детей раннего возраста важно было умело сочетать практические, наглядные и словесные методы воздействия. При этом главнейшим условием эффективности коррекционно-развивающей работы являлся характер взаимодействия взрослого с ребенком, где инициатором становился взрослый и оставался таковым длительное время.

*Стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического восприятия).*

Сенсорное воспитание было направлено на развитие всех видов восприятия ребенка, на основе которых формировались полноценные представления о внешних свойствах предметов, их форме, величине, цвете, положении в пространстве, закрепление воспринятого предмета и свойства в слове, а также формирование взаимосвязи между всеми анализаторными системами. Оно предполагало развитие у ребенка ориентировочно-исследовательских реакций и дальнейшей ориентировки на свойства и качества

предметов. Сенсорное воспитание также развивало мышление ребенка, так как оперирование сенсорной информацией, поступающей через органы чувств, осуществляется в форме мыслительных процессов. Важно, чтобы ребенок как можно раньше освоил все богатство ощущений для полноценной работы всех анализаторных систем, чтобы у него вырабатывались зрительные, слуховые, тактильные, кинестетические, обонятельные и вкусовые ощущения.

#### *Развитие зрительного восприятия.*

Развитие зрительного восприятия начиналось с формирования зрительного сосредоточения и прослеживания оптического объекта. Сначала мы стимулировали развитие зрительной фиксации на лице взрослого, а затем на игрушке (с мягким очертанием силуэта, но с интенсивной цветной окраской, размером 7 x 10 см). В дальнейшем начиналась тренировка согласованных движений головы и глаз, возникающих при условии плавного прослеживания глазами объекта. По мере продвижения оптического объекта (лица взрослого, затем игрушки) голова ребенка пассивно поворачивалась в направлении движения объекта. При ослаблении интереса ребенка к игрушке подключался звуковой компонент.

Дальнейшее развитие зрительного восприятия было направлено на формирование плавности прослеживания за движущимся предметом (в горизонтальной, вертикальной плоскости), устойчивости фиксации взора при изменении положения головы и туловища. Проводились специальные игры, ласково разговаривая с ребенком, педагог приближал свое лицо к ребенку и удалял его. Также использовались яркие озвученные игрушки. При этом ребенок находился в различных положениях (лежа, сидя, вертикально - на руках взрослого).

На следующем этапе уделялось внимание выработке зрительных дифференцировок. Для занятий подбирались игрушки, различные по цвету, величине, форме. Взрослый показывал ребенку, какие действия можно с ними выполнять и предлагал ребенку сделать это самостоятельно. Внимание ребенка привлекалось не только к игрушкам, но и к окружающим предметам и людям. Для этого проводились различные игры («Прятки», «Ку-ку», когда педагог или мать накидывали на голову платок или прятались за шкаф, спинку стула, ширму).

После того, как ребенок правильно выделял и воспринимал предметы и игрушки, проводилась работа по развитию ориентировки на *величину, форму и цвет* предметов по следующим этапам: 1) Сличение величины, цвета или формы («дай такой», «это такой же», «не такой»). 2) Выделение по слову величины, цвета или формы («дай красный», «дай большой», «дай круглый»). 3) Называние признака – величины, цвета, формы – ребенком (для детей, владеющих речью).

При обучении детей различению предметов по форме были предложены следующие задания: закрывать крышками различные по форме коробки, опускать фигурки в прорези, вставлять фигурки в пазы, раскладывать предметы в две емкости (в коробку – кубики, в миску – шарики). Результат практических действий педагог обобщал словом. После этого ребенка учили выбирать

предметы определенной формы из трех форм по речевой инструкции, выполнять первую группировку по основному признаку (по форме).

Наряду с развитием ориентировки на форму проводилась работа по развитию ориентировки на величину предметов. Ребенка учили брать маленькие предметы одной рукой, большие – двумя руками, опускать различные по величине предметы в две коробки: в одну маленькие, в другую – большие. Далее выполнялись задания с различными дидактическими игрушками: разбирать и складывать двухместную матрешку, собирать пирамидки с учетом величины колец (из 3-х колец).

Кроме того, проводилась работа по развитию ориентировки на цвет. Ребенку предлагали игры и упражнения, направленные на выделение (сличение) вначале желтого цвета: «Найди все желтые шарики» (в бассейне с шариками), «Построим башенку только из желтых кубиков», «Привяжем к желтому шарiku желтую веревочку», «Соберем все желтые игрушки в желтый мешочек», «выложим желтый цветочек» (из крупной мозаики), «Найди домик для бабочки». При этом вначале осуществлялся выбор желтого цвета только из двух цветов, а затем из трех, четырех. После этого ребенка учили называть цвет. Далее ребенка учили выделять по очереди следующие цвета: красный, зеленый, синий.

Важным направлением в развитии зрительного восприятия были задания, направленные на соотнесение игрушки с ее изображением на картинке. Также ребенка учат выделять парные картинки (шарики, куклы, машины, домики и т.д.).

Проводилась работа по формированию целостного восприятия предметов: ребенка учили собирать игрушки из 2-х частей, складывать разрезные картинки из 2-х частей, а затем из 3-х частей.

#### *Развитие слухового восприятия.*

Развитие слухового восприятия начинали с формирования слухового сосредоточения (на голос и звук). Для этого использовали период, когда ребенок находился в эмоционально отрицательном состоянии - в период несильного плача или общих движений. Взрослый наклонялся к ребенку, ласково разговаривал с ним, потряхивал погремушкой, добиваясь привлечения внимания ребенка и его успокоения. Звуковые раздражители варьировали от нерезких звуков (звучание погремушки, легкое постукивание одной игрушки о другую) до более громкого звучания (звук пищащей игрушки).

Дальнейшее развитие слухового восприятия осуществлялось при формировании умения локализовать звук в пространстве. В качестве звуковых раздражителей ребенку предлагались игрушки, различные по звучанию (громкие-тихие, высокие-низкие, пищащие, звенящие), а также различно интонируемый голос взрослого. Предлагая ребенку озвученную игрушку, затем разговаривая с ним, его учили прислушиваться к звучанию игрушки и голосу взрослого, а затем отыскивать их глазами. При этом сначала ребенок видел игрушку и лицо взрослого, которые постепенно оказывались вне поля его зрения. Если ребенок с двигательной патологией не мог сам повернуть голову к источнику звука, мы делали это пассивно.

Далее детей обучали дифференциации тембровой окраски и интонации голоса матери (или другого близкого человека) и «чужих» людей, используя при этом зрительное подкрепление. Параллельно осуществлялось формирование других дифференцированных реакций: узнавание своего имени, различение строгой и ласковой интонации голоса взрослого и адекватной реакции на них, различение характера мелодии (веселой и грустной, тихой и громкой). С детьми проводились специальные упражнения на формирование дифференциации звучания игрушек: дудки, барабана, погремушки (выбор из двух). Особо важное значение уделялось развитию слухового внимания к речи взрослого.

Затем ребенка учили различать звучание музыкальных инструментов (бубен, колокольчик, дудочка, пианино, металлофон – выбор из двух). Далее формировалась ориентировка на бытовые шумы (льется вода, звонит телефон, сыплется горох – выбор из двух). Затем продолжается работа по совершенствованию слухового внимания. Ребенка учили различать, а позже и называть неречевые и речевые звуки, используя игры: «Назови, что звучало (что шумело)», «Угадай, кто в гости пришел», «Кто в домике живет?», «Найди, где звучит музыка».

#### *Развитие тактильно-кинестетического восприятия.*

Коррекция нарушений тактильно-кинестетического восприятия начиналась с массажа и пассивной гимнастики (для улучшения проприоцептивных ощущений). Стимуляция кожной чувствительности пробуждала ощущение собственного тела, что являлось основой для формирования схемы тела, координации движений, жестово-мимических средств общения. Кожная чувствительность стимулировалась любыми неопасными материалами: камешками, песком, каштанами, шишками, крупой, горохом, мехом. Важно было периодически менять материал, полезно играть с водой разной температуры, рисовать пальцами, макая их в краску, играть с тестом и глиной. Мы старались подбирать игрушки с разной фактурой поверхности, из разных материалов.

Стимуляция кинестетического восприятия производилась в следующей последовательности: обучение ребенка восприятию движения (совместное катание на машине, качелях, карусели); обучение осознанию принадлежности самому себе различных частей тела (головы, туловища, рук, ног); обучение различным захватам (всей ладонью, «щепотка», «пинцет»).

Развитие тактильно-кинестетических ощущений проводилось параллельно с формированием знаний о свойствах предметов: мягкий-твердый, тяжелый-легкий (вес), холодный-теплый (температура). Понятие о мягкости-твердости давалось на разном материале: мягкая шапочка, мягкий пластилин, твердый сахар, твердое яблоко. Понятие о весе формировалось на материале: тяжелый молоток, тяжелый стул, легкий шарик, легкий кубик. Понятие о тепловых ощущениях проводилось на сравнении: холодная и теплая вода, холодный лед, теплая батарея, горячий утюг. Например, ребенку предлагалось пощупать вату («Чувствуешь, вата мягкая?»), а потом кусок дерева («Дерево твердое»).

### *Развитие обонятельных и вкусовых ощущений*

Развитие вкусовых и обонятельных ощущений осуществлялось на третьем году жизни. Сенсорная стимуляция вкусовых ощущений включала в себя различение основных (доминантных) ощущений: сладкое, кислое, горькое, соленое; продуктов различной консистенции: жидкости, пюре, крема, твёрдых продуктов.

Работа начиналась с наиболее сильных запахов. При сенсорной стимуляции запахами (уксусом, кофе, цитрусовыми, пряностями, парфюмерией) следили за выражением лица ребенка: как только он отреагирует на запах, убирали источник запаха и в зависимости от мимики ребёнка комментировали его ощущения. Когда реакция на резкий запах появлялась без задержки, переходили к более слабым запахам. Стимуляция запахами включала в себя определение источника запаха, различение приятных и неприятных запахов, сильных и слабых запахов. Ребенка учили определять по запаху съедобное-несъедобное, вкусное-невкусное.

#### *Формирование начальных пространственных представлений.*

Формирование пространственных представлений начиналось с развития представлений о схеме своего тела, а также расположении и перемещении тела в пространстве. Для формирования представлений о схеме тела использовалось зеркало, в котором ребенок видел свое отражение. Педагог подводил ребенка к зеркалу и говорил: "Посмотри, вот твой нос, рот и т.д.", "Потрогай свой нос, лоб, глаза и т.д.". Затем действия переносились на взрослого: "Посмотри, вот мои руки и т.д.". Позднее на следующем этапе эти упражнения выполнялись на кукле, на картинке с изображением человека и т.д. При изучении схемы лица и тела большое внимание уделялось закреплению представлений о правой и левой стороне тела и лица как самого ребенка, так и других людей.

Ориентировка по основным пространственным понятиям формировалась в упражнениях с мячом, флажком, перемещении в пространстве. В ходе таких упражнений усваивались и закреплялись понятия «на», «под», «у», "вперед", "позади", "справа", "слева", "далеко", "близко", "ближе", "дальше". Ребенка знакомили с тем, что в комнате есть окно, дверь; показывали, что один и тот же предмет может находиться в разном пространственном отношении. Ребенка учили выполнять речевые инструкции, включающие ориентировку в пространстве комнаты: «Поставь коляску у двери», «Поставь машинку у окна», «Поставь матрешку на стол», «Спрячь мячик под стол».

Для развития оптико-пространственного восприятия ребенка обучали составлению разрезных картин из 2-х (затем из 3-х) частей, составлению сюжетных картинок из кубиков с частями изображения, построению геометрических форм и предметных изображений из палочек.

#### *Развитие знаний об окружающем.*

Педагогическая работа по ознакомлению с окружающим была направлена на развитие познавательной активности детей по отношению к окружающей действительности и формированию адекватного поведения.

Ознакомление с окружающим было направлено на расширение и совершенствование у детей чувственного опыта, восприятие природных

объектов и явлений, формирование элементарных представлений об окружающей действительности. Главной задачей являлось формирование у него познавательного интереса к предметам и явлениям окружающей действительности. Ребенку предлагали игрушки и предметы, которые находились в коробочке, мешочке, под салфеткой. Взрослый активизировал действия ребенка: открыть коробочку, достать оттуда игрушку, рассмотреть ее, развивая тем самым интерес к тем предметам, которые его окружают. Было важно, чтобы дома взрослые обращали внимание ребенка на предметы ближайшего окружения: телевизор, диван, стул; на окружающих животных: собаку, кошку, ворону.

Затем ребенка учили выделять окружающие предметы и явления по словесной инструкции: «Где кукла? Давай посадим ее на стульчик», «Где твоя шапка? Давай наденем ее». Внимание ребенка обращалось на события повседневной жизни: «Папа ушел на работу – нет папы», «Посмотри, кто к нам пришел? Бабушка пришла», «Вот телевизор – давай его включим».

Основным направлением при ознакомлении ребенка с окружающим являлось его знакомство с предметным миром и с функциональным назначением этих предметов: «Ложкой мы кушаем (кашу, пюре)», «Покажи, чем ты будешь кушать», «Из чашки мы пьем (воду, чай, сок)», «Из чего ты будешь пить?», «Покажи, что ты наденешь на себя, когда пойдем гулять».

Ребенка учили соотносить предметы окружающей действительности с их изображением на картинках: «Найди на картинке такую игрушку (куклу, машинку)», «Разложи игрушки к своим картинкам». В дальнейшем ребенок учился выделять предметы (посуду, одежду и т.д.) по функциональному признаку, узнавая их изображение на картинках. После этого ребенка знакомили с группировкой предметов по функциональному назначению (игрушки складываются в ящик, посуда – в шкаф на кухне).

Наряду с ознакомлением ребенка с предметным миром обогащались его представления об окружающей действительности и явлениях природы, внимание ребенка обращалось на причинно-следственные связи в явлениях природы и жизни людей. Например: «Ветер дует – деревья качаются, листья летят; дождик идет – дорожки мокрые, лужи, люди идут с зонтиками. Стало холодно – люди тепло оделись; выпал снег – дети катаются на санках, лепят снеговика». Ребенка знакомили с окружающими его животными, птицами и способами их передвижения (птичка летает, кошка бежит, лягушка прыгает).

#### *Формирование манипулятивных и предметных действий.*

В ходе педагогической работы учитывалась поэтапность формирования манипулятивных, предметных и предметно-игровых действий в онтогенезе: хватание, неспецифические и специфические манипуляции, предметные действия, процессуальные действия, предметная игра с элементами сюжета. На начальных этапах использовался метод *пассивных движений* (педагог руками ребенка делал то, что малыш пока еще не в состоянии был выполнить самостоятельно).

Обучая целенаправленному хватанию, ребенка учили брать предметы одной рукой, двумя руками, двумя или тремя пальцами. При формировании

неспецифических манипуляций педагог пассивно рукой ребенка размахивал, постукивал игрушками, помогал переложить из руки в руку, тянул в рот; потряхивал рукой, чтобы ребенок отпустил или бросил игрушку. При формировании специфических манипуляций ребенка обучали сжимать и разжимать пищащие резиновые игрушки, размахивать звенящими погремушками, раскачивать подвешенные игрушки, катить мячи или шары.

При формировании предметных действий использовались пирамидки, кубики-вкладыши, матрешки, куклы, расческа, ложка, дудочка, молоток, барабан. Педагог обучал ребенка снимать и надевать кольца со стержня пирамидки, открывать и закрывать крышкой коробки или кастрюли, стучать молотком; бить по барабану; дуть в дудочку, катить и бросать мяч, открывать и закрывать части складной матрешки, вставлять в прорези подходящие фигурки (доска Сегена) и т.д.

Помимо соотносящих действий, формируются орудийные: нанизывание бусинок на шнурок, «ловля рыбки» сачком из ведра с водой. В процессе проведения режимных моментов и дома дети знакомились с функциональным назначением таких предметов, как ложка, чашка, тарелка и т.д.

При формировании процессуальных и предметно-игровых действий использовался набор игрушек - кукла, одежда для нее, игрушечная посуда (чашка, тарелка, ложка, кастрюля, крышка), мебель (кровать с постельными принадлежностями, стул, стол), расческа; машинки, набор строительного материала (кубики, крыши, бруски), мяч, кошка, собака, мишка. Педагог выполнял процессуальные и предметно-игровые действия с различными игрушками, пытался эмоционально вовлечь ребенка в деятельность. Давая ребенку в руки куклу, он предлагал покормить ее, причесать, раздеть, уложить спать, покачать, одеть на прогулку. Для создания игровой ситуации использовали выразительные жесты: прикладывали палец к губам, когда кукла «спит»; грозили ей, если она «плохо ест». Из набора строительных материалов (кубиков, брусков, крыш) строили башню, дом, дорогу, ворота, ребенку предлагали принять участие в строительстве, катали в машине куклу, мишку.

#### *Формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности.*

Формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности осуществлялось на подгрупповых занятиях педагога-воспитателя. Оно было направлено на *стимулирование* у ребенка *интереса* к процессу рисования, лепке, аппликации, конструированию, а также на узнавание в изображениях и поделках реальные предметы окружающей действительности. При этом развивались базовые предпосылки: зрительно-двигательная координация, согласованность действий обеих рук, умение подражать действиям взрослого. Сначала ребенок наблюдал за тем, как взрослый лепит, рисует, конструирует. Педагог учитывал, что детям могут быть трудны и недоступны многие, даже несложные движения кистей и пальцев рук. Поэтому было важно начать формирование любого вида продуктивной деятельности с совместного выполнения всех действий (в пассивной форме), а затем постепенно учить выполнять действия самостоятельно (по подражанию, позже по образцу).

Лепка начиналась с переключивания пластилина из руки в руку, разминания его, отщипывания небольших кусочков. Затем совершали круговые движения обеими руками, катали шарики, делали лепешки, колбаски, баранки. Постепенно действия усложнялись, ребенок учился лепить различные формы и предметы.

Рисование начиналось с простых вещей: изображения капелек дождя из тучи, дорожки для машины, колобка на пенечке, лучиков солнышка. Ребенку предлагали дорисовать простые элементы к рисунку взрослого, например, веревочку для шарика, ягоды на кусте, зернышки для птички.

При конструировании использовали самый разнообразный материал – кубики, палочки, кирпичики, всевозможные детали конструктора. Ребенок с удовольствием сооружал мебель для куклы, гараж и дорогу для машины, забор для дома.

#### *Формирование наглядно-действенного мышления.*

Коррекционно-педагогическая работа начиналась с формирования предпосылок к становлению наглядно-действенного мышления: выполнение целенаправленных действий с предметами, использование вспомогательных средств при выполнении предметно-игровых заданий, развитие орудийных действий и представлений о функциональном назначении бытовых предметов.

После этого начиналась работа по формированию наглядно-действенного мышления. Для этого проводились дидактические игры, в которых внимание ребенка обращали на то, что если рукой *цель*-игрушку достать нельзя, то надо искать предмет-*орудие* или предмет-*средство*, с помощью которого можно достичь цели и достать игрушку. После того как ребенок выполнил задание, взрослый обобщал в своих высказываниях последовательность действий ребенка и конечный результат, хвалил его.

В дальнейшем детей учили переносить знакомые способы решения проблемных практических ситуаций и задач в новые условия, используя при этом различные вспомогательные средства и предметы-орудия. Важной при этом оставалась задача развития у детей фиксирующей и сопровождающей функций речи.

Развитие познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности проходило через весь процесс коррекционно-педагогической работы с детьми, а также в повседневной жизни, в различные режимные моменты. Стимулировались познавательный интерес, активность и настойчивость в овладении навыками, целенаправленность деятельности, желание добиться ее результата. Для их развития применялись различные игры и игровые ситуации с использованием ярких игрушек.

### **III. Стимуляция речевого развития детей с ДЦП от 1 до 3 лет**

#### *Развитие понимания обращенной речи и знаний об окружающем.*

Известно, что развитие понимания обращенной речи ребенком намного опережает появление у него активной речи и является важнейшей основой и предпосылкой ее возникновения. Формирование как воспринимаемой, так и самостоятельной речи строилось на хорошо знакомых детям ситуациях и темах



(«игрушки», «семья», «посуда», «пища», «одежда», «прогулка»). Вся работа по развитию воспринимаемой речи проводилась только наглядно, путем показа игрушек, реальных предметов, чтобы установить прочную связь между восприятием слова и самим предметом. Первичное понимание обращенной речи или первые временные связи между предметами и их словесными обозначениями образовывались у детей благодаря совпадению во времени звучания слова, произносимого взрослым, с предъявлением предмета, действия, явления, которые они обозначали.

Положительной предпосылкой, способствующей формированию и совершенствованию понимания речи, являлось развитие зрительного, слухового и двигательного-кинестетического анализаторов. У детей с церебральным параличом отмечались нарушения зрительного, слухового и кинестетического восприятия, которые у них нередко длительно сохранялись. Правильное представление об окружающих предметах создавалось на основе зрительно-моторно-кинестетического восприятия. При этом первая связь слова с определенным предметом формировалась на основе сочетания его слухового обозначения со зрительно-кинестетическим ощущением этого предмета. Поэтому в процессе логопедической работы с детьми мы учитывали тот факт, что ребенок лучше запоминает те предметы-игрушки, которые он активно ощупывает, осязает, осуществляет различные манипуляции с ними. Детям предлагали запомнить названия ярких, достаточно крупных игрушек, предметов, отличающихся от других по цвету, форме, величине, материалу, которые вызывали достаточно сильные ориентировочные реакции.

Формирование понимания обращенной речи проводили *поэтапно*, в определенной последовательности, по возрастающей сложности, в зависимости от уровня развития импрессивной речи и познавательной деятельности:

- Различение интонаций голоса взрослого, знание своего имени.
- Запоминание названий игрушек и окружающих предметов, часто показываемых и называемых, находящихся в определенном месте и нахождение их по слову взрослого.
- Выделение по слову «близких» людей («Где мама?», «Где папа?», «Где баба?», «Где сестричка?» и т.д.).
- Запоминание названий игрушек и окружающих предметов вне зависимости от их места расположения.
- Запоминание названий простых действий, движений (*до свидания, ладушки, сорока-ворона, дай, на, возьми, дай ручку*) и выполнение их по словесной инструкции.
- Запоминание и показ частей лица и тела у себя, родителей и куклы.
- Соотнесение игрушек и предметов окружающей действительности с их изображением на картинках.
- Знание имен «близких» людей, показ «близких» ребенку лиц на фотографиях.
- Понимание и адекватное включение ребенка в игру со взрослым (*прятки, куклу, забодаю, ой, боюсь*).

- Понимание и выполнение по слову взрослого речевых инструкций (различных манипуляций и действий с предметами, игрушками).
- Понимание функционального назначения предметов, выполнение адекватных предметных действий по слову взрослого.
- Понимание названий действий, изображенных на картинках.
- Ознакомление детей с различными свойствами и качествами предметов.

Рассмотрим более подробно содержание работы по формированию импрессивной речи у детей раннего возраста с двигательной церебральной патологией.

Подготовка ребенка к формированию у него понимания обращенной речи начиналась с развития восприятия различных интонаций голоса взрослого. Необходимо было добиваться от ребенка не только восприятия различных интонаций голоса (ласковой, нежной, радостной; сердитой, грубой), но и адекватной реакции на них (улыбки, смеха или обиды, плача).

На начальных этапах обучения запоминанию названий игрушек или других окружающих предметов нужно было, чтобы они находились всегда в определенном месте, в поле зрения ребенка. Одновременно с предъявлением игрушки в момент фиксации взора на ней произносили ее название. Для запоминания использовались двусложные лепетные слова или звукоподражания: *ляля, киса (мяу), би-би, ав-ав и т.д.* Слова произносились медленно, певуче, с разными интонациями. При этом взрослый пассивно выполнял руками ребенка различные манипуляции с игрушкой (ощупывающие, поглаживающие движения). При обучении ребенка поиску названной игрушки взрослый постепенно добивался от него нахождения взглядом игрушки или предмета (*Где ляля? Вот ляля! На, возьми!*). При необходимости голова ребенка пассивно поворачивалась в сторону названной игрушки. Узнавание предмета определялось по попытке ребенка остановить взор на игрушке или повороту головы в направлении предмета. После того, как ребенок запоминал название одной игрушки, переходили к формированию у него понимания названия другой игрушки, отдаленной от первой в пространстве.

При формировании запоминания «близких» людей один из взрослых держал ребенка на руках и спрашивал: «Где мама? Посмотри на маму!» Он пассивно поворачивал ребенка и подносил к маме, говоря ласково: «Вот мама! Иди к маме на ручки!» Так повторялось несколько раз, пока ребенок не поворачивал голову и не останавливал свой взор на маме.

При формировании понимания простых речевых инструкций (действий, движений) активно использовался метод пассивных движений, когда взрослый выполнял за ребенка необходимые действия: «до свидания» (пока-пока); ладошки; дай ручку; сорока-ворона; покажи «как птички летают»; дай; на возьми; полетели и т.д. При этом читали потешки и стихи с движениями.

|                      |                                      |
|----------------------|--------------------------------------|
| Ладушки, ладушки,    | (Взрослый ритмично хлопает ладошками |
| Где были? У бабушки? | ребенка, привлекая его внимание      |
|                      | к движению рук).                     |
| Шу, полетели!        | (Взрослый машет руками малыша,       |
| На голову сели!      | поднимает ручки к его голове).       |

В дальнейшем мы добивались, чтобы ребенок часть действий, а потом и все действия выполнял сам, вначале подражая действиям взрослого, а потом – по слову взрослого, услышав слова потешки.

Проводилась игра «Поздоровайся с Лялей»: Педагог показывал ребенку куклу. Правая рука куклы вытянута вперед, левая – опущена. «Это Ляля, поздоровайся с Лялей, дай Ляле ручку». Помогая ребенку выполнить действие, взрослый повторял инструкцию несколько раз. Далее взрослый говорил: «Уходит Ляля, сделай Ляле ручкой *до свидания*». При этом взрослый махал своей рукой, рукой Ляли и побуждал ребенка к повторению движения.

Аналогично проводились другие игры, которые помогали закрепить полученные навыки. «Делай, как я»: Педагог показывал малышу погремушку, потряхивая ею. «Это погремушка. Она гремит: динь-динь». Протягивал ее ребенку и произносил: «На погремушку, возьми». Если ребенок сам не протягивал руку к игрушке, то взрослый направлял руку ребенка, повторяя: «На, возьми погремушку». Если ребенок брал игрушку, то взрослый брал себе такую же погремушку и, потряхивая ею, приговаривал «динь-динь», побуждая к повторению действия и звукоподражанию.

Аналогично проводились игры: «Это дудочка. Я сыграю на дудочке: дуду. Ты сыграй на дудочке. Мы играем на дудочке». «Это молоток. Он стучит: тук-тук. Постучи». «Это барабан: бам-бам. Вот палочки. Я постучу палочкой по барабану. Вот барабан, на палочку, постучи».

Постепенно у ребенка формировалось понимание более сложных речевых инструкций. Педагог добивался не только понимания, но и выполнения различных манипуляций и действий с предметами, игрушками: «Покатай мяч», «Оттолкни мяч»; «Сними колечко со стержня», «Надень колечко»; «Покачай Лялю», «Покорми Лялю», «Надень Ляле шапку»; «Возьми кубик»; «Открой матрешку»; «Закрой коробочку крышкой»; «Построй башню из кубиков»; «Посади мишку в машинку».

#### *Развитие голосовых реакций и собственной речевой активности.*

Важным разделом логопедической работы являлась стимуляция голосовых реакций, звуковой и собственной речевой активности ребенка. В ходе коррекционно-развивающей работы учитывались этапы доречевого и раннего речевого развития: недифференцированная голосовая активность, гуление, лепет, лепетные слова, звукоподражания, общеупотребительные слова, простые фразы из 2-3 слов, неразвернутая (упрощенная) структурно нарушенная фраза, развернутая фраза с лексико-грамматической недостаточностью.

Было важно стимулировать, активизировать *любые доступные* ребенку голосовые, звуковые реакции и речевые высказывания (слова и фразы). При этом предусматривалось создание педагогических условий, обеспечивающих поэтапное развитие и совершенствование лексической стороны речи, а также усвоение грамматических категорий. Для повышения эффективности работы использовались игры, создавались игровые ситуации, где отрабатываемый лексико-грамматический материал включался в речевую практику детей, во все виды их деятельности.

Для детей, которые находились на доречевом этапе развития, каждое занятие по стимуляции *лепетной активности* начиналось с вовлечения ребенка в эмоциональный контакт. При этом проводились следующие упражнения:

- С улыбкой, то наклоняясь к лицу ребенка, то отдаляясь от него, педагог отчетливо произносил определенные звуки гуления и лепета. Один и тот же звукокомплекс («гу», «бо», «ма» и др.) повторялся несколько раз через определенные интервалы, с разными интонациями, побуждая ребенка к отраженному произнесению.

- Упражнения, направленные на произнесение слогов «ма», «ба», «па» и т.д. Для этого в моменты голосовой активности подключалась пассивная вибрация нижней губы. Ритмичные смыкания и размыкания губ создавали возможность произнесения губных звуков: «п», «б», «м».

- Сочетание произвольной вокализации и пассивной вибрации губ. Создавались определенные уклады губ для утрированного произнесения гласных звуков: «а», «о», «у», «и». Например, при вызывании слога «ба» смыкание губ сочеталось с широким открыванием рта, свойственным утрированному произнесению звука «а». Для вызывания слога «бо» губы ребенка собирали в «хоботок», в таком положении производилось пассивное смыкание губ (при помощи взрослого).

Формирование собственной речи начиналось со звукоподражаний, которые соотносились с игрушками, предметами, животными.

Звук «у». «Это дудочка. Я сыграю на дудочке у-у-у. Ты сыграй на дудочке. Мы сыграем на дудочке. Это паровоз. Паровоз гудит у-у-у! Поиграй в паровоз. Как он гудит? (у-у)».

Звук «а». «Я качаю куклу: «А-а-а!» Девочка качает куклу: «А-а-а!» (на картинке). Мама качает дочку. Как мама качает? (а-а). Покачай куклу сама! Как ты качаешь куклу?»

Звук «о». «У мальчика болят зубы (на картинке). Он стонет: «О-о-о!» У меня болят зубы: «О-о-о!» Как стонет мальчик? (о-о)».

Слог «уа». «Кукла Аня плачет: «Уа! Уа!» Как плачет кукла? Аня плачет «Уа! Уа!» (на картинке). Как плачет Аня?»

Звук «и». «Это лошадка (конь). Конь ржет: «И-и!» Как ржет конь?»

Далее стимулировалось произнесение *лепетных (облегченных) слов*, которые вызывались у ребенка по подражанию и соотносились с определенным лицом, предметом или действием. Мы старались, чтобы произнесение лепетных слов было не формальным, а осознанным. Подбирались слова, доступные ребенку по звуко-слоговому составу («мама», «папа», «баба», «дядя», «Тата», «Вава», «Ната», «Ляля»). Выбирая лексический материал, мы старались использовать те звуки, слоги и слова, которые уже произносились ребенком или потенциально могли появиться. Хотя произносительные возможности детей с церебральным параличом были различны и индивидуальны, все-таки мы пробовали использовать следующие согласные звуки: *м, п, б; г, к, х; в, ф; т, д, н* и их мягкие варианты. При этом использовались слова и звукоподражания, которые были наиболее близки ребенку, понятны в определенные периоды жизни и тем самым обеспечивали максимальную мотивацию для использования

их в экспрессивной речи: Собака лает «ам-ам», «ав-ав». Киса мяукает «мяу-мяу». Гусь кричит «га-га-га». Курочка поет «ко-ко-ко». Птичка пищит «пи-пи-пи». Овца блеет «бе-бе». Коза блеет «ме-ме». Кукушка кукует «ку-ку». Корова мычит «му-му». Машина гудит «би-би». Колокольчик звенит «динь-динь». Молоток стучит «тук-тук».

Позже для стимуляции произнесения слов и звукоподражаний использовались яркие предметные картинки с достаточно четким изображением, максимально приближенным к оригиналу. При этом применялись различные упражнения:

а) Ребенок узнавал предметы, игрушки или их изображения на цветных картинках (самолет, кукла, паровозик, волк), используя звукоподражания, называл их («у-у», «а-а», «ау-ау»).

б) Игра «Что пропало?»: педагог убирал одну из картинок и просил назвать ее, используя звукоподражание. Кто ушел? (кукла: «Уа-уа!»); Что улетело? (самолет: «У-у-у!»); Кто убежал? (волк: «У-у-у!»).

в) Игра «Положим спать» (проводится с игрушками):

• Звук «а» - Мы укладываем спать куклу:

«Кукла-куколка, бай-бай, спи спокойно, засыпай: «А-а, а-а, а-а».

• Звук «у» - Мы укладываем спать бычка:

«На кровати спит бычок, он улегся на бочок: «У-у, у-у, у-у».

• Звук «и» - Мы укладываем спать мышку:

«Захотела мышка спать и полезла под кровать: «И-и, и-и, и-и».

г) Игра «Спрячь кошку, корову, лялю». Побуждение ребенка закрывать ладошкой картинку с указанным изображением.

д) Игра «Кто позвал?» Педагог давал образец звукоподражания и просил ребенка выбрать игрушку или соответствующую картинку.

Затем формировалось произнесение *общеупотребительных слов*. Кроме слов, обозначающих предметы, ребенку предлагались слова, обозначающие *действие*: «дай», «на», «возьми», «упал (бах)», «хочу», «буду», «иди». Постепенно запас произносимых слов расширялся. При этом постоянно осуществлялась стимуляция речевого общения на доступном уровне.

Следующим этапом логопедической работы являлось формирование произнесения *простой фразы*. На занятиях детям, по мере усвоения, предъявлялись новые слова, усложняющиеся по звуко-слоговому составу. Пассивный и активный словарь ребенка составляли названия предметов, которые ребенок часто видел, и действий, которые совершил сам или которые совершали его близкие. Для подражания детям предлагались двухсловные предложения следующей структуры:

• обращение + повеление, выраженное глаголом в повелительном наклонении («Мама, дай». «Папа, на». «Баба, иди». «Тата, бай-бай». «Тома, уа-уа». «Вава, бам-бам». «Оля, ау». «Аня, на». «Ваня, дай».).

• повеление + названия предметов («На мяч». «Дай ав-ав». «На га-га». «Дай утю».);

• вопрос + названия предметов («Где би-би? Вот би-би».).

Овладение простой фразой помогало ребенку выражать свои желания. Это стимулировало его речевую активность на уровне двухсловных предложений: «Дай пить» («Дя пи»), «Хочу гулять» («Атю гуя»). Произнесение простой фразы подкреплялось демонстрацией предметов и действий с ними («Где Ляля? Вот Ляля. Спи Ляля». «Где би-би? Там би-би. Дай би-би»). На каждом занятии проходило объединение усвоенных слов в двухсловное предложение.

Основной целью дальнейшей работы являлась *стимуляция развития фразовой речи*. Она происходила в процессе предметной деятельности с большим количеством игрушек и различных предметов быта. Отрабатывались трехсловные конструкции типа «обращение + повеление + название предметов» («Ната, на би-би». «Катя, дай мяч»). Заучивались отдельные обиходные словосочетания («хочу гулять», «буду спать», «налей воды», «можно идти?», «идем домой», «мой мяч», «дай еще!» и т.п.).

В процессе логопедической работы активно использовались различные стишки, песенки, потешки, которые сопровождали действия ребенка и взрослого (педагога, мамы) не только на занятиях, но и в режимные моменты, что способствовало созданию положительного эмоционального настроения, развитию чувства ритма и закреплению связи между предметом, действием и словом, их обозначающим. Например:

Котик лапкой умывается:  
Вымыл носик, вымыл ротик,  
Вымыл ухо, вытер сухо.

Для параллельной стимуляции речевой и двигательной активности использовались игры со стихами, сопровождавшиеся одновременным выполнением движений (сначала пассивным, затем пассивно-активным и, наконец, активным). Все игры подбирались с учетом уровня двигательного развития ребенка.

Например: Ручки вверх мы поднимаем,  
Ручки вниз мы опускаем,  
Кулачки мы крепко сжали,  
Кулачками постучали,  
Ножками потопали: топ-топ-топ-топ;  
Ручками похлопали: хлоп-хлоп-хлоп-хлоп.

Все отработанные звукоподражания и доступные слова включались в стихотворные тексты:

Гуси, гуси, га-га-га!  
Есть хотите? Да-да-да!

Мы на поезде сидим,  
Паровозами гудим, - У-У-У!

Сели куры на забор  
И пустились в разговор:  
Ко-ко-ко! – Ко-ко-ко!  
Мы взлетели высоко.

Две собачки у порога,  
Нам сказали очень строго:  
Ав-ав-ав!  
Гав-гав-гав!

Для общения с окружающими у детей с выраженной задержкой речевого развития формировались жестовые, мимические, голосовые,

звукопроизносительные реакции, вырабатывались и закреплялись навыки произвольного произнесения слогов, слоговых комплексов, облегченных слов.

Системный подход к проведению коррекционно-логопедической работы по развитию речи помогал включить ребенка сначала в невербальное, а затем в речевое общение.

#### **IV. Развитие моторики и коррекция ее нарушений.**

##### *Развитие общей моторики и коррекция ее нарушений*

Физическое воспитание являлось важной частью общей системы лечения, обучения и воспитания детей с двигательной церебральной патологией. Основная цель при этом – развитие общей моторики и коррекция их нарушений. В связи со специфическим развитием моторики при ДЦП физическое воспитание детей отличалось своеобразием, то есть требовало применения особых методов и приемов. Важное значение имела ранняя стимуляция развития основных двигательных навыков. В связи с тем, что физическая реабилитация детей экспериментальной группы с ДЦП не начиналась с первых месяцев жизни, нужно было в значительной степени исправить имеющиеся двигательные нарушения и предупредить формирование патологических двигательных стереотипов. Развитие движений в раннем возрасте представляло большие сложности, так как ребенок еще не осознавал своего дефекта и не стремился к его активному преодолению.

В основе восстановительного лечения детей с церебральным параличом лежит онтогенетически последовательная стимуляция моторного развития с учетом качественных специфических нарушений, характерных для разных клинических форм заболевания. Поэтому развитие общих движений проводилось поэтапно в ходе специальных упражнений с учетом степени сформированности основных двигательных функций. В ходе лечебно-восстановительной работы было необходимо решить следующие задачи:

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

Ведущую роль в развитии движений у детей с церебральным параличом играли лечебная физкультура (ЛФК) и массаж. Это было связано с тем, что при ДЦП у детей наблюдались патологические изменения мышечного тонуса, из-за чего многие статические и локомоторные функции не могли развиваться

спонтанно или развивались неправильно. Для каждого ребенка подбирался индивидуальный комплекс лечебной физкультуры и массажа в зависимости от формы заболевания и возраста. Основными задачами лечебной гимнастики являлись торможение патологической тонической рефлекторной активности, нормализация на этой основе мышечного тонуса и облегчение произвольных движений, тренировка последовательного развития возрастных двигательных навыков ребенка. На начальных этапах развития общей моторики все мероприятия были направлены на воспитание задержанных стато-кинетических рефлексов и устранение влияния тонических рефлексов, а затем на развитие возможностей активных движений. Проведению мероприятий по становлению общей моторики предшествовали приемы, направленные на нормализацию мышечного тонуса. Наряду с лечебной физкультурой при ДЦП широко применялись общий лечебный и точечный массаж. Классический лечебный массаж способствовал расслаблению спастичных мышц и укреплял функционирование гипотоничных мышц. Основными приемами массажа являлись поглаживание, растирание, разминание, похлопывание, вибрация.

Для преодоления патологической активности тонических рефлексов использовались «рефлекс-запрещающие позиции», то есть такие положения тела ребенка, при которых тонические рефлексы не проявлялись вовсе, либо проявлялись минимально. Отдельным частям тела ребенка придавали позы, противоположные тем, которые вызывались этими рефлексами. Например, при положении ребенка в «позе эмбриона» реализация лабиринтного тонического рефлекса была невозможна, так как она препятствовала разгибанию (в положении на спине конечности с помощью легкого потряхивания сгибали, голову приводили к груди, ноги приводили к животу, руки сгибали на груди). Мышечное расслабление достигалось путем равномерных плавных покачиваний в этой позе. Для этой же цели использовали специальные упражнения на большом мяче, на валиках, а также точечный массаж.

В комплекс лечебной гимнастики включали пассивные движения, направленные на тренировку отдельных элементов целостного двигательного акта. Пассивные движения особо показаны детям раннего возраста, так как их произвольная двигательная активность еще недостаточно развита. Пассивная гимнастика способствовала выработке кинестетических и зрительных ощущений схемы движения, тормозила содружественные реакции, предупреждала развитие контрактур и деформаций, стимулировала выработку изолированных движений. Пассивные упражнения повторяли многократно, фиксируя внимание ребенка на их выполнении. Как только ребенок оказывался способен совершить хотя бы часть движения, переходили к пассивно-активной гимнастике.

Лечебной физкультурой и массажем занимались врач ЛФК и инструктор лечебной физкультуры, но специальный педагог часто присутствовал на их занятиях, наблюдая за детьми и обсуждая различные вопросы лечебно-педагогической реабилитации. Мы стремились как можно раньше добиться включения ребенка в активное поддержание позы и выполнение произвольных движений. К коррекционной работе подключали один из наиболее мощных



механизмов компенсации - мотивацию к деятельности, заинтересованность, личную активность ребенка в овладении моторикой. Внимание ребенка привлекали к выполнению задания, терпеливо и настойчиво добиваясь ответных реакций. При этом мы старались избегать чрезмерных усилий ребенка, что могло привести к нарастанию мышечного тонуса.

Особое внимание в занятиях ЛФК уделялось тем двигательным навыкам, которые больше всего были необходимы в жизни и прежде всего обеспечивали ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность и самообслуживание. Тренируемые навыки и умения мы постоянно адаптировали к повседневной жизни ребенка. Для этого во время занятий и особенно дома нужно отрабатывать «функциональные ситуации» - раздевание, одевание, умывание, кормление.

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

При развитии двигательных функций важное значение имело использование комплексных афферентных стимулов:

- зрительных (проведение упражнений перед зеркалом);
- тактильных (применение различных приемов массажа; ходьба босиком по песку и камешкам; щеточный массаж);
- проприоцептивных (специальные упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми и закрытыми глазами);
- температурных (локальное использование льда, упражнения в воде с изменением ее температуры).

При выполнении движений широко использовались также звуковые и речевые стимулы. Многие упражнения, особенно при наличии насильственных движений, проводили под музыку. Особо важное значение имела четкая речевая инструкция и сопровождение движений стихами, что развивало целенаправленность действий, создавало положительный эмоциональный фон, улучшало понимание обращенной речи, обогащало словарь. На всех занятиях у ребенка формировалась способность воспринимать позы и направления движений, а также предметов на ощупь (стереогноз). Большое значение имело развитие ощущений частей тела. Правильное ощущение позы и движения являлось важным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций. Правильное и точное выполнение движений ребенком является условием формирования правильных кинестетических ощущений и представлений.

Очень важным было соблюдение общего двигательного режима. Ребенок с церебральным параличом во время бодрствования не должен был более 20 минут оставаться в одной и той же позе. Для каждого ребенка индивидуально подбирались наиболее адекватные позы для кормления, одевания, купания, игры. Эти позы менялись по мере развития двигательных возможностей ребенка. Если ребенку не удавалось вытянуть вперед руки или схватить

предмет, находясь в положении на спине или на животе, мы добивались желаемых движений, поместив малыша животом на колени взрослого и слегка раскачивая его. Таким путем, расслабляясь, облегчалось вытягивание рук вперед и захват игрушек. Мы следили за тем, чтобы ребенок не сидел в течение длительного времени с опущенной вниз головой, согнутыми спиной и ногами, так как это приводило к стойкой патологической позе, способствовало развитию сгибательных контрактур коленных и тазобедренных суставов. Чтобы этого избежать, малыша сажали на стул так, чтобы его ноги были разогнуты, стопы стояли на опоре, а не свисали, голова и спина были выпрямлены. В течение дня несколько раз ребенка выкладывали на живот, добиваясь в этом положении разгибания головы, рук, спины и ног. Чтобы облегчить принятие этой позы, ребенку под грудь подкладывали небольшой валик.

Наряду с лечебным массажем в большинстве случаев было необходимо применение ортопедических мероприятий: этапные гипсовые повязки, специальные укладки, различные приспособления для удержания головы, сидения, стояния, ходьбы (каталки, ходунки, крабы и палочки).

### ***Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук.***

При лечебно-педагогической работе учитывались этапы становления моторики кисти и пальцев рук: опора на раскрытую кисть, осуществление произвольного захвата предметов кистью, включение пальцевого захвата, противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся манипуляции и предметные действия, дифференцированные движения пальцев рук.

Перед формированием функциональных возможностей кистей и пальцев рук мы добивались нормализации мышечного тонуса верхних конечностей. Расслаблению мышц способствовало потряхивание руки по методике Фелпса (захватив предплечье ребенка в средней трети, производились легкие качающе-потряхивающие движения). Далее проводился массаж и пассивные упражнения кистей и пальцев рук:

- поглаживающие, спиралевидные, разминающие движения по пальцам от кончика к их основанию;
- похлопывание, покалывание, перетирание кончиков пальцев, а также области между основаниями пальцев;
- поглаживание и похлопывание тыльной поверхности кисти и руки (от пальцев до локтя);
- похлопывание кистью ребенка по руке педагога, по мягкой и жесткой поверхности;
- вращение пальцев (отдельно каждого);
- круговые повороты кисти;
- отведение-приведение кисти (вправо-влево);
- движение супинации (поворот руки ладонью вверх) - пронации (ладонью вниз). Супинация кисти и предплечья облегчает раскрытие ладони и отведение большого пальца (игра «Покажи ладони», движения поворота ключа, выключателя);

- поочередное разгибание пальцев кисти, а затем сгибание пальцев (большой палец располагается сверху);
- противопоставление большого пальца остальным (колечки из пальцев);
- щеточный массаж (кончиков пальцев и наружной поверхности кисти от кончиков пальцев к лучезапястному суставу, что вызывало расправление кулака и веерообразное разведение пальцев); использовались ворсовые щетки различной жесткости. Щеточный массаж применялся для формирования ощупывающих движений и стимулирования проприоцептивных ощущений кистей и пальцев рук. Если кисть ребенка все-таки оставалась сжатой в кулак, мы захватывали его и сжимали всеми своими пальцами, с тем чтобы вызвать еще большее сжатие кулака ребенка. При этом производилось потряхивание его руки. Затем мы быстро разжимали свою руку, освобождали кулак ребенка, после чего рефлекторно кулак ребенка расслаблялся и пальцы раскрывались (повторялось 2-3 раза).

Все движения тренировались сначала пассивно (педагогом), затем пассивно-активно и, наконец, постепенно переводились в активную форму на специальных занятиях логопеда-дефектолога, педагога-воспитателя, а также во время бодрствования ребенка - при одевании, приеме пищи, купании.

Развитию опорной функции рук способствовали медленные перекачивания ребенка в положении на животе вперед на большом мяче. При этом ребенку легче было расположить пальцы на выпуклой стороне мяча, чем на горизонтальной поверхности; также легче было производить отведение большого пальца.

Функцию хватания начинали тренировать следующим образом. Сначала ребенку вкладывали в руку игрушки, помогали поднести их ко рту. При этом предметы были различными по форме, величине, весу, фактуре, температуре. Это способствовало узнаванию их на ощупь. Они были удобны для захвата и удержания. Затем ребенка поощряли тянуться к лицу и висящим в кроватке или на груди взрослого ярким предметам. Ребенок ощупывал их сначала пассивно (с помощью рук взрослого), а затем активно. В разных положениях (лежа на животе, на спине, сидя, стоя на четвереньках, на коленях, на ногах) тренировали доставание и схватывание предметов, расположенных на различном расстоянии спереди, по сторонам от ребенка и на разной высоте. Мы следили за тем, чтобы ребенок схватывал предмет не мизинцем и безымянным пальцем, а с участием большого, указательного и среднего пальцев.

Ребенка обучали не только захвату предмета, но и его высвобождению (отпусканию). Разжимание кисти облегчалось потряхиванием ее в сторону мизинца поворотом руки ладонью вверх, а также проведением рукой по шероховатой поверхности, песку.

Дальнейшее развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук предполагало формирование манипулятивной функции рук и дифференцированных движений пальцев рук. Ребенка побуждали брать (хватать) игрушки из разных положений - снизу, сверху, сбоку от него. Педагог помогал рассмотреть ее, ощупать, погладить, переложить из руки в руку, взять в рот. Вслед за этим развивали простые предметные действия, при

необходимости выполнявшиеся пассивно или пассивно-активно. Мы предлагали выполнение следующих действий:

- произвольное отпусканье игрушки из руки (в руку взрослого или в ведро, коробку);
- вынимание и перекаладывание игрушек из одного места в другое;
- открывание и закрывание коробки;
- снятие и надевание колец пирамиды;
- катание мяча, машины;
- постройка башни из кубиков;
- хватание больших предметов всей кистью (одной и двумя руками);
- собиание мелких предметов двумя и тремя пальцами.

### ***Коррекция речедвигательных (дизартрических) расстройств.***

При проведении коррекционно-логопедической работы по нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата с детьми с двигательными нарушениями мы использовали следующие *методы логопедического воздействия*:

- дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий),
- точечный, мануальный, зондовый, щеточный массаж,
- пассивная и активная артикуляционная гимнастика,
- искусственная локальная контрастотермия (сочетание гипо- и гипертермии).

#### *Дифференцированный логопедический массаж*

Логопедический массаж – это одна из логопедических технологий, активный метод механического воздействия. Массаж применяется в тех случаях, когда имеют место нарушения тонуса артикуляционных мышц. Изменяя состояние мышц периферического речевого аппарата, он в конечном счете опосредованно способствует улучшению произносительной стороны речи. Массаж проводился на всех этапах коррекционно-логопедического воздействия. Но особенно значимо было его использование на начальных этапах работы, когда у ребенка еще нет принципиальной возможности выполнить определенные артикуляционные движения.

Дифференцированный логопедический массаж осуществлялся нами (логопедом-дефектологом) после прохождения специальной подготовки (курсов повышения квалификации). владеют техникой массажа, имеют знания по анатомии и физиологии мышц речевого аппарата. По возможности мать ребенка обучалась нами элементарным приемам массажа и пассивной артикуляционной гимнастики.

*Задачи, показания, противопоказания и условия проведения логопедического массажа.*

#### *Основные задачи логопедического массажа:*

1. Нормализация тонуса мышц артикуляционного аппарата (в более тяжелых случаях – уменьшение степени проявления двигательных дефектов артикуляционной мускулатуры: спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, синкинезий).

2. Активизация тех групп мышц периферического речевого аппарата, в которых была недостаточная сократительная способность (или включение в процесс артикулирования новых групп мышц, до этого бездействующих).
3. Стимуляция проприоцептивных ощущений.
4. Подготовка условий к формированию произвольных, координированных движений органов артикуляции.
5. Уменьшение гиперсаливации.
6. Укрепление глоточного рефлекса.
7. Афферентация в речевые зоны коры головного мозга (для стимуляции речевого развития при задержке формирования речи).

Логопедический массаж оказывал общее положительное воздействие на организм в целом, вызывая благоприятные изменения в мышечной и нервной системах, играющих основную роль в речедвигательном процессе. Под влиянием массажа повышалась эластичность мышечных волокон, сила и объем их сократительной функции, работоспособность мышц.

Сущность массажа состояла в нанесении механических раздражений в виде поглаживания, пощипывания, растирания, разминания, поколачивания и вибрации. При легком, медленном поглаживании снижалась возбудимость массируемых тканей, что оказывало успокаивающее, расслабляющее воздействие. Энергичные и быстрые движения при массаже повышали раздражимость массируемых тканей, сокращали мышцы. Дифференцированное применение различных приемов массажа позволяло понизить мышечный тонус при спастичности мышц и, напротив, повысить его при гипотонии артикуляционной мускулатуры. Дифференцированный массаж помогал в дальнейшем формированию и осуществлению произвольных (активных), координированных движений органов артикуляции.

Логопедический массаж выполнялся в области мышц головы, лица, шеи, а также верхнего плечевого пояса. Особое внимание уделялось мышцам периферического речевого аппарата, к которым относятся, прежде всего, мышцы языка и губ; а также щек и мягкого неба. Именно эти мышцы прежде всего обеспечивают речепроизводство.

Логопедический массаж применялся по рекомендации врача, который проводил медицинскую диагностику. Медицинское заключение содержало указание на наличие неврологической симптоматики в артикуляционной мускулатуре, а также форму и степень проявления неврологического синдрома (спастический парез, гиперкинетический, атактический, спастико-ригидный). Но даже имея медицинское заключение невропатолога, логопедом самостоятельно проводилось обследование состояния мышечного тонуса, подвижности и строения органов артикуляции.

Логопед определял состояние тонуса следующих мышц: языка, губ, лица, шеи, верхнего плечевого пояса. Это устанавливалось в ходе осмотра ребенка путем наблюдения и пальпации.

У детей с церебральным параличом отмечался смешанный вариативный характер нарушений мышечного тонуса, в связи с этим в одних случаях будет

необходим расслабляющий массаж (при спастичности мышц), а в других – стимулирующий (при гипотонии).

Противопоказаниями для проведения массажа являлись инфекционные заболевания (в том числе ОРВИ, грипп), заболевания кожи, герпес на губе, стоматит, конъюнктивит. С большой осторожностью массаж применялся у детей с эписиндромом (судорогами), особенно, если ребенок плакал, кричал, вырывался из рук, у него «синел» носогубный «треугольник» или отмечался тремор подбородка.

Логопедический массаж проводился в теплом, хорошо проветренном помещении, циклами по 10-15-20 сеансов, каждый день или через день. После перерыва от 1-2 до 5-6 месяцев (при амбулаторном лечении) цикл повторяли. При определенных обстоятельствах, когда массаж невозможно было делать часто и регулярно, допускалось его проведение в течение более длительного времени, но реже. При выраженных нарушениях мышечного тонуса массаж проводился в течение нескольких лет (с небольшими перерывами). Длительность одной процедуры варьировала в зависимости от возраста ребенка, тяжести речедвигательного нарушения, индивидуальных особенностей. Начальная длительность первых сеансов составляла от 1-2 минут до 5-6 минут, а конечная – от 15 до 20 минут. В раннем возрасте массаж не превышал 10 минут (а в последующей работе в младшем дошкольном возрасте – 15 минут, в старшем дошкольном возрасте – 20 минут).

Во время массажа ребенок не испытывал боли и насилия. Однако у некоторых детей отмечалась повышенная чувствительность всех или отдельных артикуляционных мышц. Одни дети испытывали неприятные ощущения в язычной мускулатуре (особенно под языком), другие – в лицевой мускулатуре или внутренней поверхности щек. Большинство детей достаточно быстро привыкали к процедуре массажа, неприятные ощущения при этом постепенно проходили. С первых встреч мы старались не укладывать ребенка сразу в горизонтальное положение, а помещали его в положение сидя (маленький ребенок сидел на коленях у мамы или в детском кресле, коляске в полуоткинутаом положении).

Если ребенок был негативно настроен или испуган, первые сеансы массажа были очень короткими и ограничивались при этом только массажем кистей и пальцев рук или легким поглаживанием лицевой мускулатуры. Логопед на первых порах показывал выполнение массажа на другом ребенке, с которым давно проводились занятия, или на маме малыша. Во время массажа использовались различные отвлекающие средства: пение песенки, чтение сказки или стихотворения. Ребенок обязательно чувствовал мягкое, доброе отношение логопеда к нему.

Соблюдались следующие требования: руки логопеда во время проведения массажа были чистыми, теплыми, без воспалительных процессов, с коротко остриженными ногтями, без украшений (колец и браслетов), мешающих проведению массажа. Кожа лица и губ ребенка были чистыми, а рот – свободным от крошек или остатков пищи. Массаж проводился не раньше, чем

через 2 часа после последнего приема пищи (особенно при повышенном глоточном рефлексе).

Логопедическая работа начиналась с ослабления проявлений расстройств иннервации речевого аппарата. Расширяя возможности движений речевых мышц, мы рассчитывали на их лучшее спонтанное включение в артикуляционный процесс. Средства, приемы дифференцированного логопедического массажа (расслабляющего или стимулирующего) использовались с учетом характера нарушения тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата у данного ребенка. В зависимости от состояния мышечного тонуса проводился расслабляющий массаж (при спастичности мышц - с целью расслабления) и стимулирующий массаж (при гипотонии - с целью активизации мышечного тонуса). Сущность массажа состояла в нанесении механических раздражений в виде легкого поглаживания, растирания, разминания, вибрации и поколачивания. Такие приемы, как вибрация, глубокое разминание, пощипывания применялись только при гипотонии мускулатуры.

#### *Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры.*

Применялся в случае повышения мышечного тонуса речевых мышц (в лицевой, губной, язычной мускулатуре). При расслабляющем массаже очень важен был выбор позы для занятий с ребенком. Ребенку придавали положения, в которых патологические тонические рефлекс-запрещающие позиции). Тонус мышц лица, шеи, языка при этом несколько понижался.

1. "Поза эмбриона" - в положении на спине приподнимали и опускали голову ребенка на грудь, руки и колени сгибали и приводили к животу. В этой позе производили плавные покачивания до 6-10 раз, направленные на достижение максимального мышечного расслабления (метод Бобат).

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

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

#### *Расслабление мышц шеи (пассивные движения головы).*

Перед началом расслабляющего массажа артикуляционной мускулатуры, особенно в случае повышения мышечного тонуса верхнего плечевого пояса и шеи, добивались расслабления этих мышц. Логопед совершал пассивные движения головой ребенка. Положение ребенка на спине, голова несколько свешивается назад: а) одной рукой логопед поддерживал шею ребенка сзади, другой производил круговые движения головой сначала по часовой, затем против часовой стрелки; б) медленными, плавными движениями логопед поворачивал голову ребенка в одну и в другую сторону, покачивал вперед (3-5 раз). Расслабление шейной мускулатуры вызывало некоторое расслабление корня языка.

Расслабление оральной мускулатуры достигалось легким поглаживанием, похлопыванием мышц лица, губ, шеи, языка. Движения проводились двумя руками в направлении от периферии к центру. Движения были легкими, скользящими, слегка прижимающими, но не растягивающими кожу. Каждое движение повторялось 5-8 раз.

*Расслабление лицевой мускулатуры:*

- поглаживание от середины лба к вискам;
- от бровей к волосистой части головы;
- от линии лба вокруг глаз;
- поглаживание бровей от переносицы в стороны до края волос, продолжая линию бровей;
- от линии лба вниз через все лицо по щекам, подбородку и шее;
- от нижнего края ушной раковины (от мочек уха) по щекам к крыльям носа;
- легкие пощипывающие движения по краю нижней челюсти;
- надавливающий массаж лица от корней волос вниз.

*Расслабление губной мускулатуры:*

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

При асимметрии лицевой мускулатуры артикуляционный массаж проводили с гиперкоррекцией пораженной стороны, то есть на ней осуществлялось большее число массажных движений.

*Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры.*

Стимулирующий массаж осуществлялся при гипотонии мышц (с целью укрепления мышечного тонуса). Массажные движения проводились от центра к периферии. Укрепление лицевой мускулатуры осуществлялось путем поглаживания, растирания, разминания, пощипывания, вибрации. После 4-5 легких движений их сила нарастала, они становились надавливающими, но не болезненными. Движения повторялись 8-10 раз.

*Укрепление лицевой мускулатуры:*

- поглаживание лба от середины к вискам;
- поглаживание лба от бровей к волосам;
- поглаживание бровей;
- поглаживание по векам от внутренних к внешним углам глаз и в стороны;
- поглаживание щек от носа к ушам и от подбородка к ушам;
- сжимание подбородка ритмичными движениями;



- разминание скуловой и щечной мышцы (спиралевидные движения по скуловой и щечной мышцам);
- перетирание щечной мышцы (указательный палец во рту, остальные снаружи);
- пощипывание щек.

*Укрепление губной мускулатуры:*

- поглаживание от середины верхней губы к углам;
- от середины нижней губы к углам;
- поглаживание носогубных складок от углов губ к крыльям носа;
- пощипывание губ;
- покалывание губ.

*Массаж язычной мускулатуры.*

При спастичности языка производился расслабляющий массаж, при гипотонии языка - укрепляющий массаж. Спастичность язычной мускулатуры отмечалась значительно чаще, чем гипотония языка. При гипотонии приемы массажа были более активные, интенсивные, чем при спастичности.

Массаж языка осуществлялся различными способами:

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

Перед началом массажа языка мы выясняли степень и границу глоточного (рвотного) рефлекса. В случае его повышения во время каждого последующего массажа мы понемногу заходили за границу глоточного рефлекса. Массаж языка никогда не проводился после кормления ребенка. Во время массажа языка рот ребенка был приоткрыт. Логопед сначала делал массаж в полости рта, затем вне ее.

*Приемы массажа языка (направление массажных движений):*

- поглаживание языка в различных направлениях: - от корня языка к кончику (воздействие на продольные мышцы); от центра языка к боковым краям (поперечные мышцы); круговые, спиралевидные движения;
- похлопывание языка (начиная с кончика, продвигаясь постепенно к корню и обратно (ритмичные надавливания воздействуют на вертикальные мышцы);
- легкие вибрирующие движения, передаваемые языку через зонд, щетку или шпатель;
- покалывание языка (игольчатым зондом);
- массаж верхнего подъема языка, растягивая уздечку (движение снизу вверх под языком);
- "перетирание" языка марлевой салфеткой или чистым носовым платком (в случае повышенной чувствительности ребенка к марле);

– распластывание языка маленькой клизмой-спринцовкой (сложенная два раза большая часть клизмы - во рту; кончик - снаружи).

Артикуляционная гимнастика с детьми раннего возраста проводилась в пассивной, затем в пассивно-активной и, наконец, в активной форме.

#### Пассивная артикуляционная гимнастика.

Пассивная артикуляционная гимнастика проводилась после массажа. Логопед выполнял пассивные движения органов артикуляции с целью включения в процесс артикулирования новых групп мышц, до этого бездействующих, или увеличения активности ранее включенных мышц. Это создавало условия для формирования произвольных движений речевой мускулатуры. Направление, объем и траектория пассивных движений были те же, что и активных. Они отличались от активных движений тем, что время включения и выключения из движения, фиксация определялись логопедом. Логопед оформлял схему артикуляционного движения, проходя 3 стадии каждого движения: вход, фиксация, выход. Пассивные упражнения осуществлялись сериями по 3-5 движений.

#### *Пассивная гимнастика языка:*

- выведение языка из ротовой полости вперед;
- втягивание языка назад;
- опускание языка вниз (к нижней губе);
- поднятие языка вверх (к верхней губе);
- боковые отведения языка (влево и вправо);
- придавливание кончика языка ко дну ротовой полости;
- приподнимание кончика языка к твердому небу;
- легкие плавные покачивающие движения языка в стороны.

#### *Пассивная гимнастика губ:*

- собирание верхней губы (поместив указательные пальцы обеих рук в углы губ, проводят движение к средней линии);
- собирание нижней губы (тем же приемом);
- собирание губ в трубочку ("хоботок"), производя движение к средней линии;
- растягивание губ в "улыбку", фиксируя пальцами в углах рта;
- поднятие верхней губы;
- опускание нижней губы;
- смыкание губ для выработки кинестетического ощущения закрытого рта;
- создание различных укладов губ, необходимых для произнесения гласных звуков (а, о, у, и, ы, э).

Для стимулирования большей иннервационной активности, повышения степени кинестетического чувства речевого аппарата, для увеличения объема артикуляционных движений использовались следующие упражнения:

- выталкивание языком марлевой салфетки, засунутой за щеку (попеременно слева и справа);

- удерживание губами различных предметов (пробка, марля).

### Искусственная локальная контрастотермия.

Метод искусственной локальной контрастотермии (ИЛК) применялся для уменьшения спастичности мышц артикуляционного аппарата, гиперкинезов язычной и мимической мускулатуры, а также при артикуляционной апраксии. Этот метод заключался в контрастном воздействии низкотемпературных (криомассаж) и высокотемпературных агентов (тепломассаж). В качестве низкотемпературных агентов выступали ледяная крошка или очень холодная вода, а высокотемпературных - горячая вода или настой трав.

Гипотермию (криомассаж) и гипертермию (тепломассаж) применяли поочередно или избирательно. Использовались различные варианты их применения:

- Только гипотермия (криомассаж).
- Только гипертермия (тепломассаж).
- Гипотермия, затем гипертермия.
- Попеременное использование крио- и теплоаппликаций.

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

Продолжительность экспозиции ледяной аппликации во время одного сеанса суммарно составляла от 2 до 7 минут (время экспозиции увеличиваем постепенно). Одновременное наложение льда на одну из заинтересованных зон криовоздействия длилось от 5 до 20 секунд. Курс лечения составлял 15-20 сеансов, проводимых ежедневно.

Аналогично проводилась гипертермия (тепломассаж артикуляционной мускулатуры). При этом использовался теплоэлектромассажер.

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

### Развитие дыхания и коррекция его нарушений (дыхательная гимнастика).

Важным разделом логопедической работы являлось развитие дыхания и коррекция его нарушений. Коррекция нарушений дыхания начиналась с общих дыхательных упражнений, целью которых являлись увеличение объема, силы и глубины вдыхаемого и выдыхаемого воздуха и нормализация ритма дыхания. Логопед проводил с ребенком пассивные дыхательные упражнения. Во время проведения дыхательной гимнастики включали записанную на магнитофон (или напевали) тихую плавную мелодию, или спокойно, ласково рассказывали что-либо ребенку. Гимнастика проводилась в различных положениях ребенка: лежа на спине, сидя, стоя. Дыхательные упражнения необходимо проводили в

положении на спине - в «рефлекс-запрещающих позициях». Мы считали целесообразным использовать следующие дыхательные упражнения:

– В положении на спине путем легкого поглаживания тела и, прежде всего, верхнего плечевого пояса, потряхивания конечностей ребенка достигали некоторого расслабления скелетной мускулатуры. Захватив кисти рук ребенка и слегка потряхивая ими, логопед разводил руки в стороны, поднимал их вверх (вдох), затем опускал вперед, прижимая руки к туловищу и легко надавливая на грудную клетку (выдох).

– В положении на спине в ритме дыхания, осторожно потряхивая ноги ребенка, их вытягивали, разгибали (при этом происходит вдох), а сгибание их в коленях и приведение к животу усиливало и удлиняло выдох. Для активизации работы диафрагмы это упражнение проводили при заведении рук ребенка под голову.

– Одновременно с поворотом головы ребенка в сторону логопед отводил в соответствующую сторону и его руку (вдох). Слегка потряхивая руку, возвращал руку и голову в исходное положение (выдох). Это упражнение способствовало выработке ритмичности движения и дыхания.

– Ребенок лежал на животе, руки под грудью опирались на твердую поверхность, голова опущена. Логопед поднимал голову и плечи при опоре на руки (вдох), затем опускал их (выдох). Необходимо было стремиться к активному включению ребенка в упражнение с помощью игры («*Вот наши малыши! Ку-ку, наши малыши спрятался*»).

– В положении ребенка лежа или сидя логопед клал свои руки на грудные мышцы ребенка, прислушивался к ритму дыхания. В момент выдоха нажимал на грудную клетку, как бы препятствуя вдоху (в течение нескольких секунд). Это упражнение способствовало более глубокому и быстрому вдоху и удлиненному выдоху.

В ходе обучающего эксперимента использовались индивидуальные и подгрупповые формы работы. Если на втором году жизни индивидуальная форма работы с ребенком была основной, то на третьем году жизни активно использовалась подгрупповая форма. При этом мы старались максимально разнообразить процесс и формы взаимодействия ребенка и взрослого, а также ребенка со своими сверстниками.

В процессе коррекционной работы мы использовали **современные образовательные технологии**, и, прежде всего, широкие реабилитационные возможности полифункционального оборудования «сенсорной комнаты» (светлой – мягкой игровой и темной). Такая специально организованная полифункциональная интерактивная среда стимулировала познавательную активность и интерес к сотрудничеству со взрослым и сверстниками, а также являлась превосходным средством для активизации всех сенсорных процессов детей с ДЦП. Сочетания сенсорных стимулов различной модальности (цвета, музыки, запахов), их длительность и интенсивность оказывали определенное воздействие на эмоциональное и психическое состояние ребенка – тонизирующее, стимулирующее, укрепляющее или же, наоборот, расслабляющее и успокаивающее.

Одним из эффективных методов коррекционно-развивающей работы с детьми являлись занятия в «мягкой игровой комнате», направленные на формирование двигательной, познавательной и речевой активности у детей раннего возраста. Особенностью «мягкой игровой комнаты» является наличие различных мягких модулей в виде «леса» из круглых колонн, ступенек, «сухого бассейна», заполненного цветными шариками, а также наличие мягкого покрытия пола и стен комнаты, предотвращающих травматизм детей и уменьшающих чувство страха падения, что особенно важно для детей с двигательной патологией. Занятия в условиях «мягкой игровой комнаты» проводились как в индивидуальной, так и в подгрупповой форме. Мы использовали специальные игры, направленные на совершенствование имеющихся двигательных навыков, освоение новых этапов двигательного развития, манипулятивной деятельности, зрительно-моторной координации, тренировку вестибулярного аппарата, развитие познавательной активности и мотивации (в том числе речевой), развитие ощущений себя в пространстве.

1. Упражнения в бассейне с шариками (шарики красного, желтого, зеленого, синего цвета). Один или несколько детей помещались в бассейн с шариками. В зависимости от двигательных возможностей дети стояли, сидели или лежали. Использовались следующие игры:

❖ «Найди мишку» (развитие познавательной активности). Заранее спрятав игрушку (мишку) в шариках, просили отыскать ее.

❖ «Поймай бабочку» (развитие хватания). Мы держали в руке веревочку, на конце которой была прикреплена бабочка. Ходя вокруг бассейна и поднимая веревочку то выше, то ниже, просили «поймать бабочку» (сначала двумя руками, затем одной рукой).

❖ «Дай шарик» (развитие зрительного восприятия цвета). 1 этап – сличение цвета. Мы показывали ребенку шарик и просили «дай такой» или «дай шарик такого же цвета». 2 этап – выбор цвета по слову. «Дай красный шарик». 3 этап (для говорящих детей). Показывая шарик, спрашивали: «Какого цвета этот шарик?»

❖ «Схвати шарик» (развитие хватания). Держа ребенка над бассейном, просили схватить шарик двумя руками, затем одной рукой (сначала правой, потом левой).

❖ «Посчитаем шарик» (развитие начальных математических представлений) – на 3-м году жизни. Показывая на шарик в бассейне, мы говорили: «Дети, посмотрите как много здесь шариков. Я возьму один шарик. Покажите, где один шарик? А где много шариков? Возьми один шарик. Сколько ты взял? (один)...».

❖ «Кто дальше бросит шарик» (развитие отпускания и бросания предмета). Мы учили отпускать и бросать шарик из бассейна и в бассейн одной и двумя руками.

❖ Повороты туловища (вращение) в бассейне. «Поплаваем», «Поползаем»

2. Упражнения на горке с лесенкой и в «трубе» (развитие двигательной активности и равновесия).

- ❖ Съехать с горки сидя, лежа на спине, лежа на животе.
- ❖ Лазание на четвереньках по наклонной горке вверх и вниз.
- ❖ Лазание по лесенке на четвереньках вверх и вниз.
- ❖ Ходьба по ступенькам (с помощью взрослого).
- ❖ Катание и ловля шарика по горке или трубе от взрослого к ребенку и наоборот.

### 3. Ползание и лазание.

- ❖ Проползти до игрушки в прямом направлении на четвереньках (опираясь на колени и предплечья или ладони).
- ❖ Ползая, ребенок старался поймать игрушку на веревочке, которую тянул педагог.
- ❖ Доползти до бревна, перелезть через него.
- ❖ Заползти в «домик».
- ❖ Лазание по кубам («по горам»).

В зависимости от структуры нарушений коррекционно-развивающая работа строилась **дифференцированно**. С детьми I группы основное внимание уделялось коррекции нарушений социального и двигательного развития. В работе с детьми II группы задачи были более широкими и включали также стимуляцию речевого развития. С детьми III группы осуществлялся целенаправленный комплекс многопланового воздействия по устранению социальных, познавательных, речевых и двигательных нарушений. Одним из важнейших аспектов обучающего эксперимента была разработка и реализация индивидуальных комплексных программ развития, которые составлялись для каждого ребенка. Особенно значимым их использование было в работе с детьми с тяжелыми нарушениями развития различных функциональных систем. В процессе обучения задачи и содержание программы уточнялись и корректировались с учетом оценки достижений ребенка.

С учетом необходимости реализации **комплексного междисциплинарного подхода** при коррекции нарушений развития у детей с ДЦП, психолого-педагогическая работа проводилась на фоне восстановительного лечения (медикаментозных средств, массажа, ЛФК, физиотерапии). В стационарных отделениях медицинских учреждений регулярно проводились медико-психолого-педагогические консилиумы, на которых процесс реабилитации наиболее сложных детей докладывался и обсуждался всеми специалистами (невропатологом, врачом ЛФК, ортопедом, логопедом-дефектологом, специальным психологом, педагогом-воспитателем) обязательно с участием родителей ребенка.

Важным направлением работы являлось **раннее включение семьи ребенка** с ДЦП в реабилитационный процесс и поэтапное обучение родителей коррекционно-развивающим технологиям. Мы знакомили родителей с особенностями развития детей, формировали у них адекватные способы взаимодействия с ребенком, помогали организовать среду (быт, воспитание), которая максимальным образом стимулировала бы развитие ребенка, сглаживала негативное влияние заболевания на его психическое развитие. Обязательным условием было присутствие матери ребенка или лица, ее

заменяющего, на всех педагогических занятиях. Все родители проходили специальное обучение элементам логопедического массажа, артикуляционной и дыхательной гимнастики; они получали различные задания для закрепления результатов, полученных на занятиях. При этом у родителей постепенно формировалась система как теоретических знаний, так и практических умений и навыков общения, обучения и воспитания детей, адекватная оценка возможностей и перспектив развития ребенка.

В процессе проведения обучающего эксперимента на основе экспериментальных данных были разработаны и изданы методические пособия для специальных педагогов, логопедов, родителей детей с двигательной церебральной патологией, а также студентов дефектологических вузов.

По окончании обучающего эксперимента через 2 года был проведен **контрольный** эксперимент. В процессе экспериментального обучения дети с церебральным параличом экспериментальной группы продемонстрировали неравномерную динамику основных линий развития.

Темпы моторного, социального, познавательного и речевого развития детей с церебральным параличом широко варьировали. На втором году жизни наиболее интенсивно шло развитие эмоционально-социальной сферы, познавательной деятельности, а также двигательной сферы. В этот же период несмотря на целенаправленную логопедическую работу, наблюдался наиболее медленный темп речевого развития. Даже у детей с тяжелой двигательной патологией развитие общей моторики чаще всего опережало развитие речи. Только 11% детей с ДЦП в возрасте двух лет общались с окружающими с помощью простых коротких предложений из двух-трех слов. Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедической работы наблюдался нами к концу третьего года жизни.

В процессе экспериментального обучения дети ЭГ продемонстрировали неравномерную динамику социального развития. По показателям социально-эмоциональной сферы (контактность, эмоциональная сфера, средства общения) отмечался достаточно выраженный уровневый рост, а по развитию навыков самообслуживания – менее значительный.

Важным достижением экспериментального обучения детей с тяжелой и умеренно выраженной двигательной патологией явилась социальная адаптация детей: у них появилось желание и возможность установления и поддержания контакта со взрослым и со сверстниками, а также формирования элементарных навыков самообслуживания.

Контрольный эксперимент показал, что без специально организованной логопедической работы по коррекции речедвигательных (дизартрических) расстройств не наблюдается заметного улучшения в плане их преодоления.

Исследование выявило у всех детей экспериментальной группы более выраженную положительную динамику в устранении двигательных нарушений артикуляционной, общей моторики и функций рук, а также в социальном развитии, познавательной и речевой деятельности по сравнению с детьми контрольной группы, с которыми не проводилась систематическая медико-психолого-педагогическая работа (рис. 3-9).

Рис. 3. Динамика изменений общей моторики

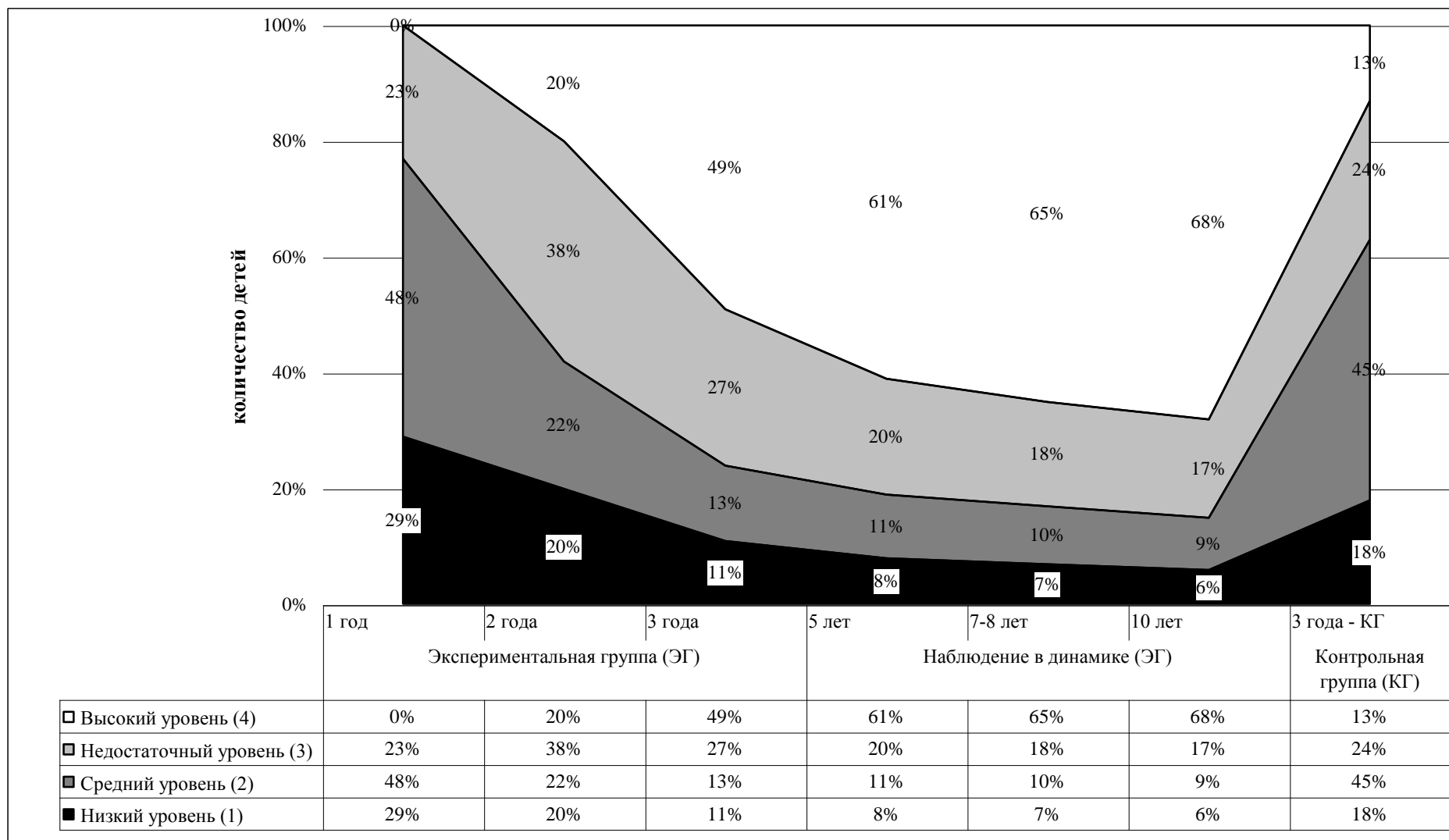




Рис. 4. Динамика изменений функций рук

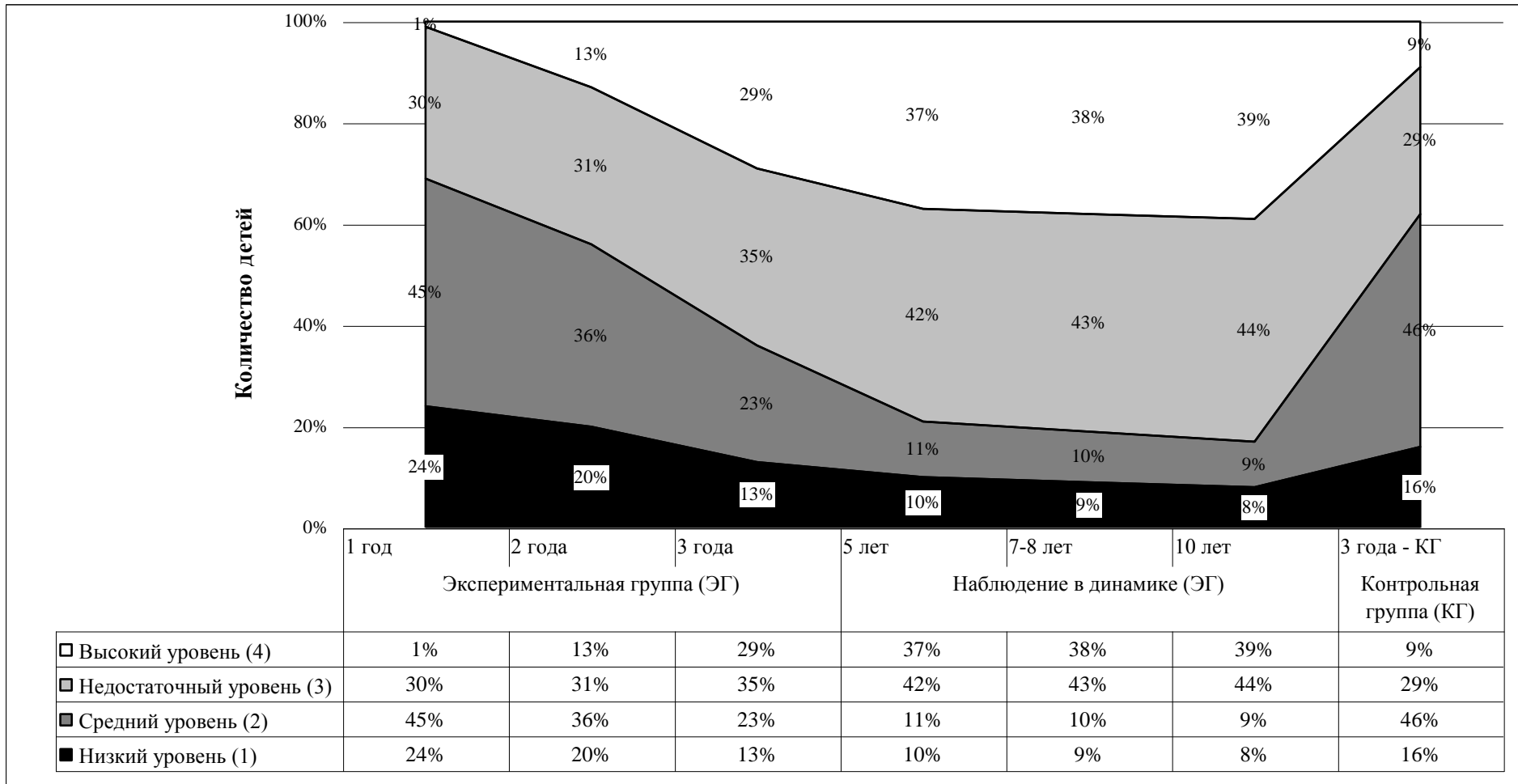


Рис. 5. Динамика изменений артикуляционной моторики

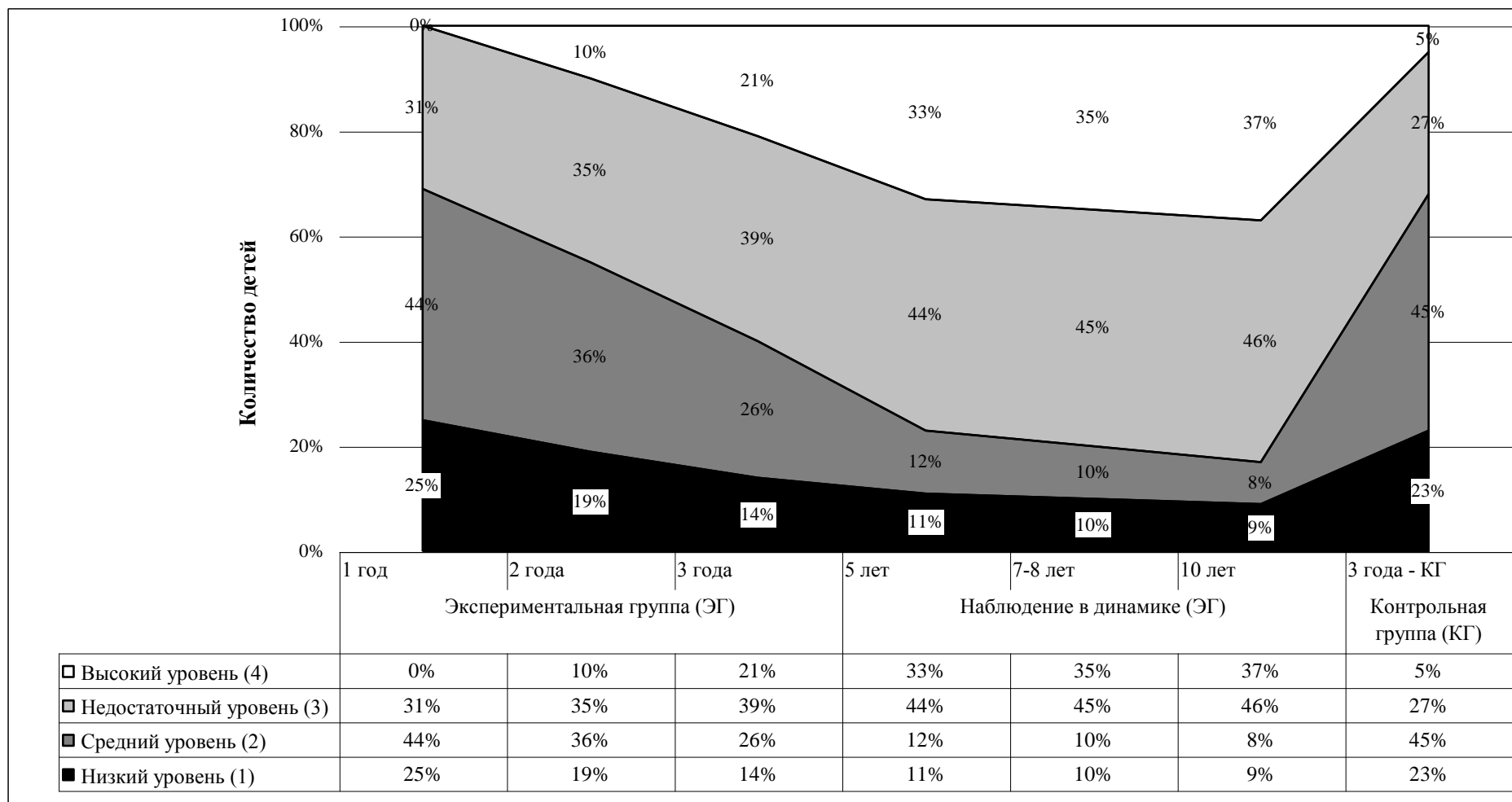


Рис. 6. Динамика изменений социально-эмоциональной сферы

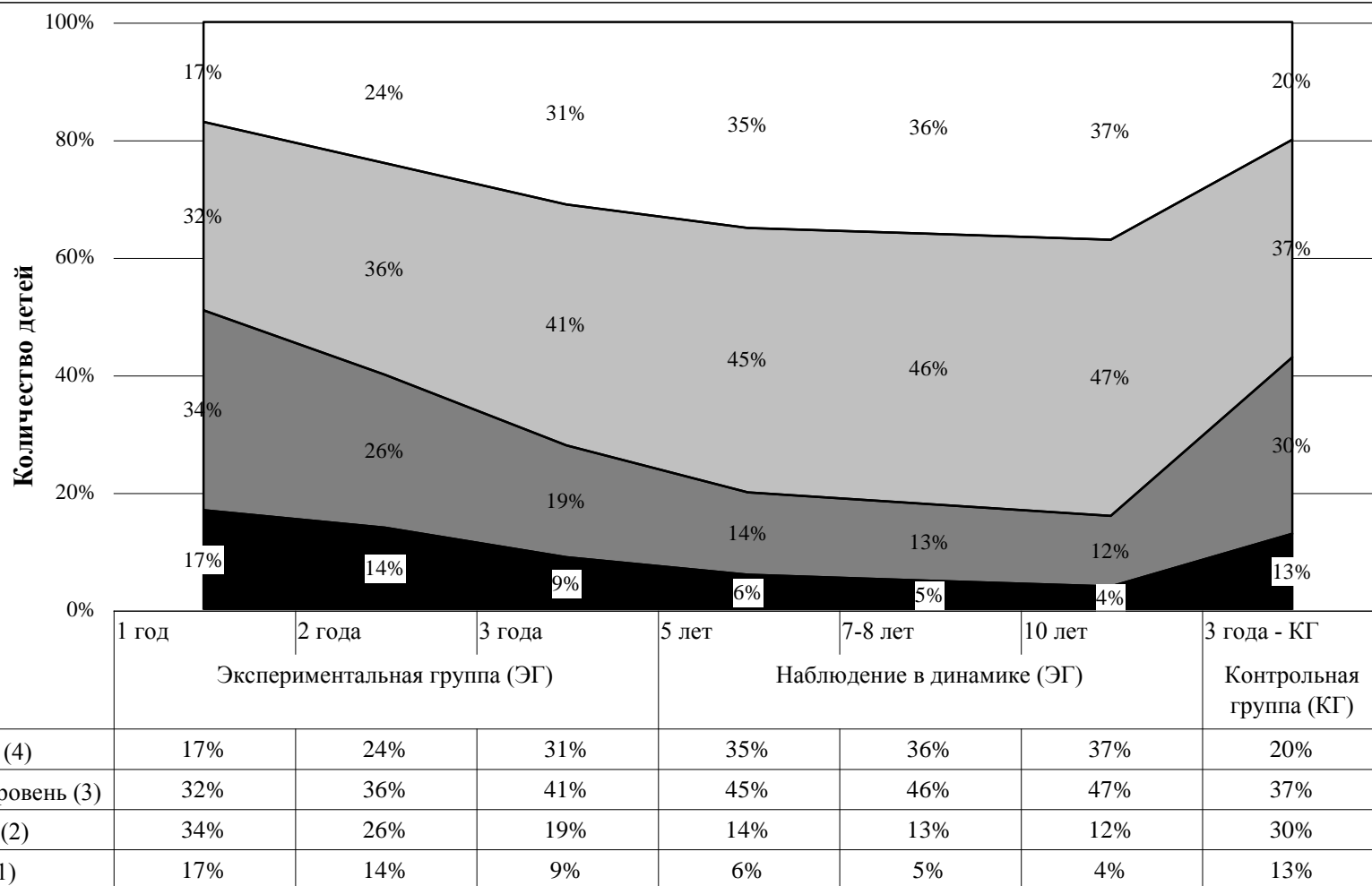


Рис. 7. Динамика изменений навыков самообслуживания

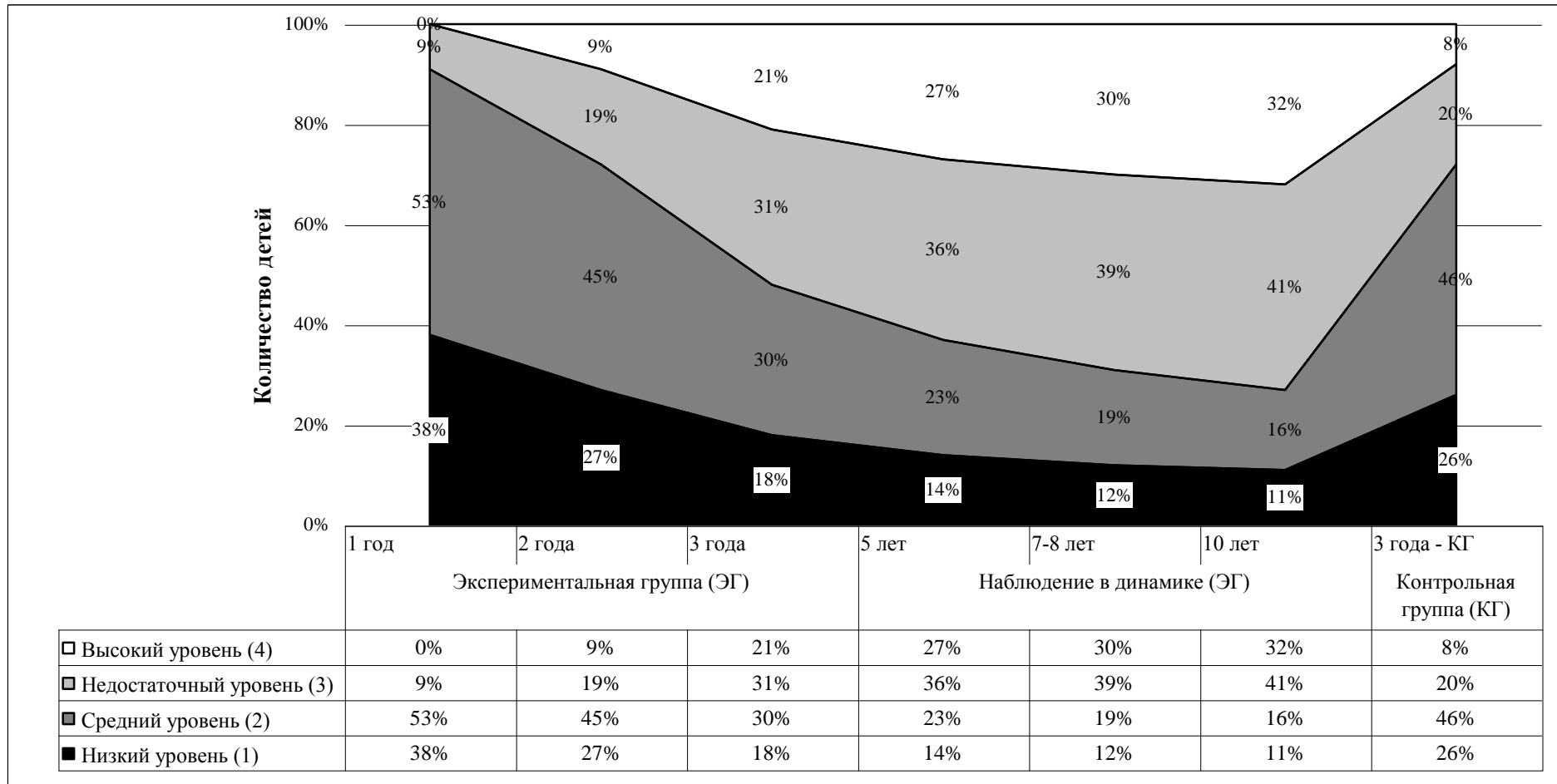


Рис. 8. Динамика изменений познавательного развития

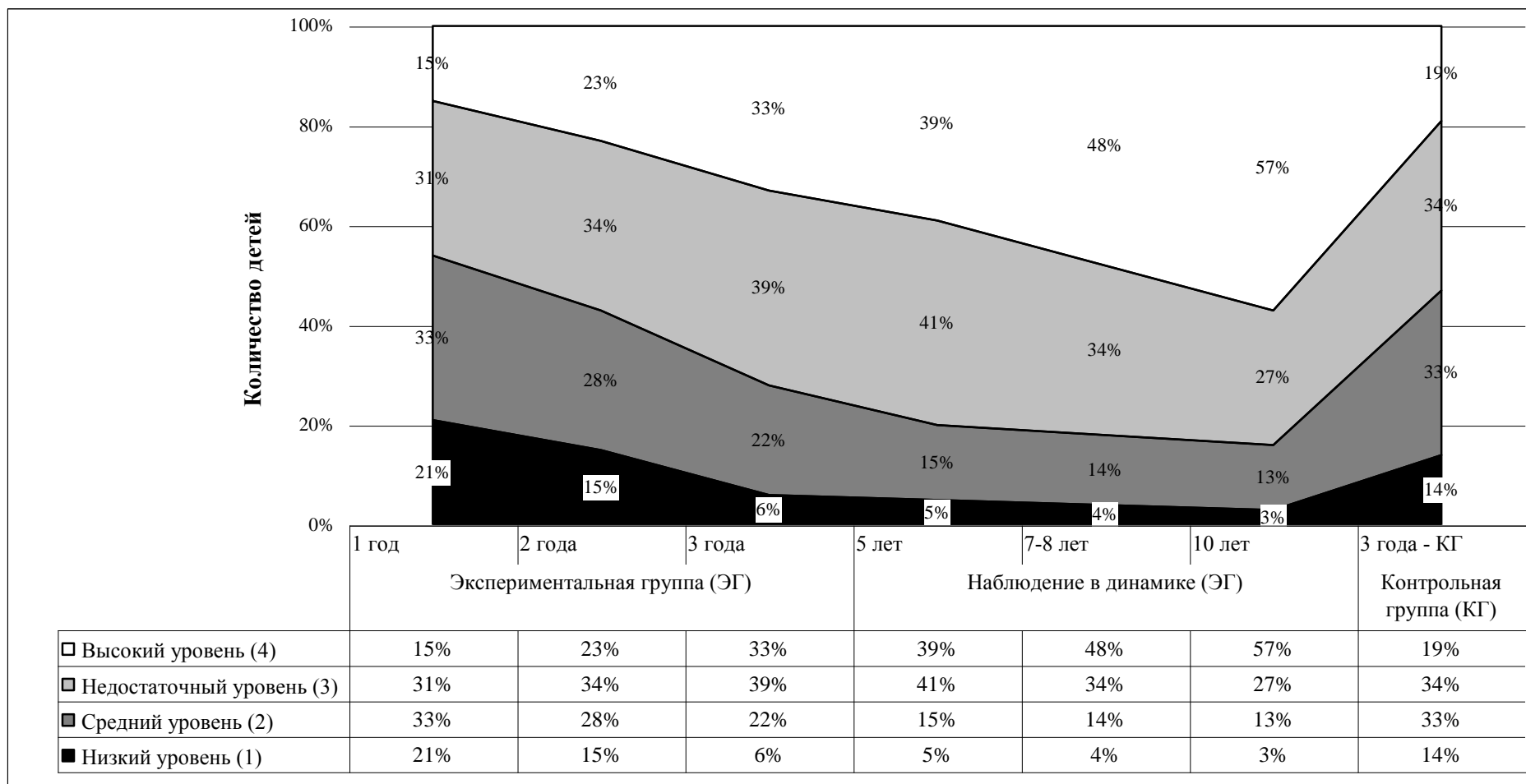
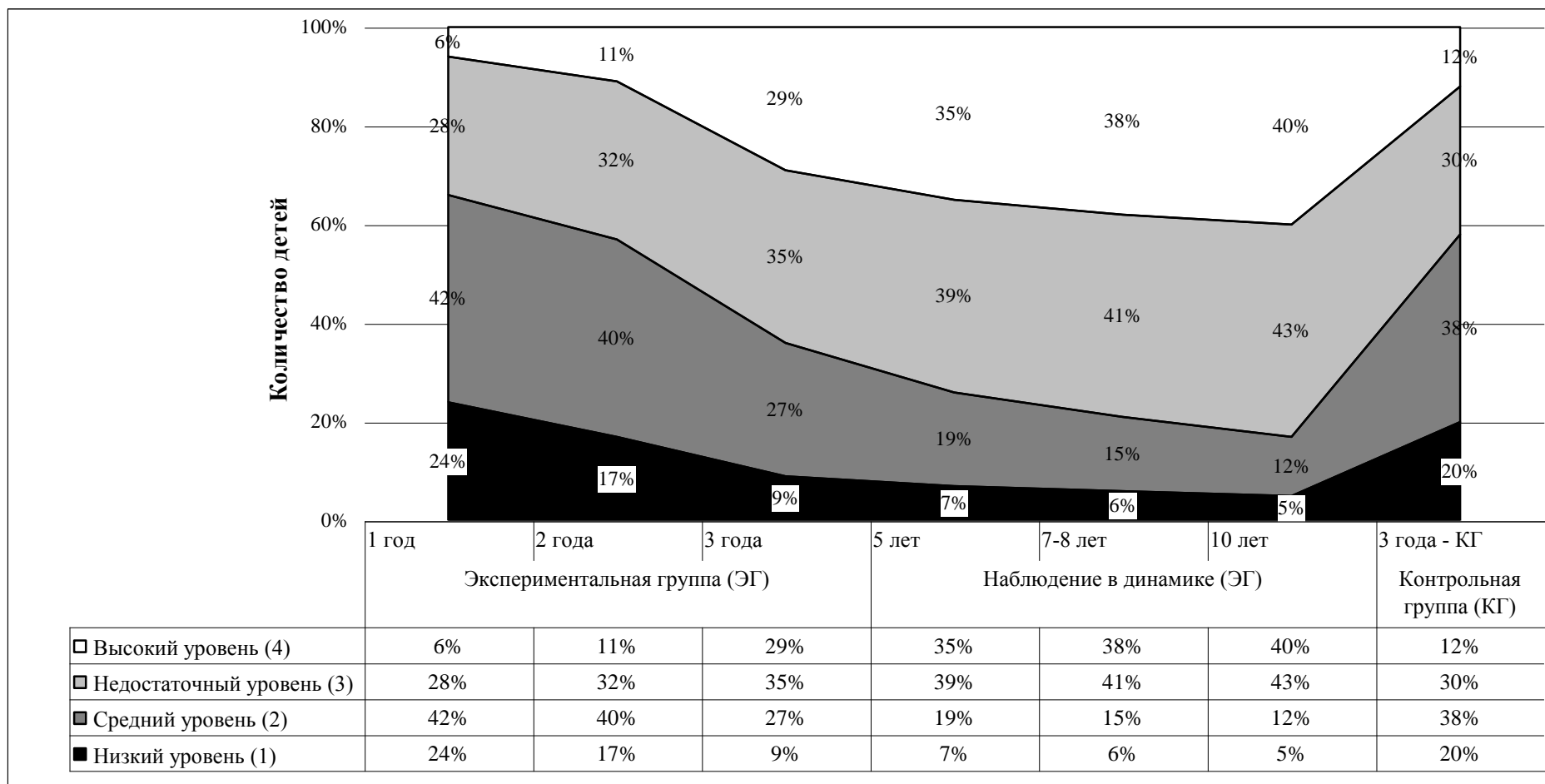


Рис. 9. Динамика изменений речевого развития



Сравнение показателей экспериментальной и контрольной групп проводилось с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона,  $\lambda$ -критерия Колмогорова и Смирнова, критерия  $\phi^*$ -угловое преобразование Фишера. Выбор критериев сравнения распределений и тенденций изменения признаков объясняется, в частности, относительно большими объёмами выборок (по 90 показателей по каждому признаку **на каждый контрольный срок**). Для исследования взаимосвязей признаков вычислялись коэффициенты ранговой корреляции  $r_s$  Спирмена. Основные выводы по результатам статистического исследования экспериментальных данных следующие:

1) Сравнение по количественным характеристикам экспериментальной и контрольной групп возраста 1 год (с применением  $\chi^2$ -критерия Пирсона) выявило их статистическую однородность (при уровне значимости  $p \leq 0,01$ ), что подтверждает равенство начальных условий.

2) Сравнение показателей развития детей ЭГ в возрасте 1, 2, 3 года проводилось с использованием  $\lambda$ -критерия Колмогорова–Смирнова с последующим применением критерия  $\phi^*$ -угловое преобразование Фишера. Во всех случаях статистически подтверждено наличие положительного эффекта ( $p \leq 0,01$ ). Количественно положительный эффект подтверждается динамикой изменения математического ожидания оценок признаков, **приведённого в соответствующих таблицах**. Наличие значительного положительного эффекта статистически установлено также при сравнении оценок ЭГ и КГ в возрасте 3 года.

3) Вычисление коэффициентов ранговой корреляции  $r_s$  Спирмена позволило установить наличие положительной корреляционной связи между признаками артикуляционной моторики и функций рук и отсутствие такой связи между признаками познавательного и речевого развития, общей моторики и познавательного развития, артикуляционной моторики и речевого развития.

**Катамнестический анализ** развития детей экспериментальной группы, проводимый после завершения коррекционно-развивающей программы и в дальнейшем в течение 15 лет, показал устойчивость положительных результатов в развитии детей экспериментальной группы. В возрасте 10-15 лет 52 ребенка с ДЦП (57% ЭГ) соответствовали возрастной норме или максимально приблизились к ней. Из них в массовой общеобразовательной школе обучались 19 детей, в специальной (коррекционной) школе-интернате VI вида – 33 ребенка. 24 ребенка (27% ЭГ) имели задержку психического развития; большинство из них обучались в специальной (коррекционной) школе-интернате VI вида, в классах КРО и на дому. 11 детей (13%) имели легкую умственную отсталость и обучались в специальных (коррекционных) школах VI и VIII вида или находились на домашнем обучении. Только три ребенка в силу тяжести интеллектуальных и двигательных нарушений не обучались. В настоящее время 19 детей ЭГ успешно обучаются в различных ВУЗах г. Москвы.

## Заключение

Комплексное изучение детей раннего возраста с церебральным параличом и результаты проведенной коррекционно-педагогической работы позволили сформулировать следующие выводы:

1. Развитие двигательной, познавательной и речевой деятельности детей с церебральным параличом на ранних возрастных этапах (от 1 до 3 лет) в силу деструктивных, объективных (биологических и социальных) влияний имеет сложные многовариантные специфические разноуровневые сочетания нарушений различных функциональных систем, что затрудняет их образование и социальную адаптацию.

2. Ключевой основой компенсации полиморфных нарушений социального развития, познавательной и речевой деятельности, двигательной сферы детей раннего возраста с церебральным параличом является разработанная система и функциональная модель ранней комплексной (диагностико-лечебно-педагогической) дифференцированной коррекционно-развивающей помощи на ранних возрастных этапах.

3. Одним из условий ранней помощи детям от 1 до 3 лет с ДЦП является использование диагностического инструментария, позволяющего в процессе комплексного лонгитюдного изучения выявить актуальные и потенциальные возможности детей и полиморфность проявлений нарушений функциональных систем у детей данной категории, прогнозировать дифференцированный лечебно-педагогический подход к коррекционно-развивающей работе, создать вариативные индивидуализированные программы.

4. Показана информативность разработанной комплексной дифференцированной диагностической программы, определяющей степень выраженности и особенности развития познавательной, речевой деятельности и двигательной сферы, а также социально-адаптационных возможностей у детей раннего возраста с ДЦП.

5. В сравнительном исследовании получены фактические данные об особенностях развития различных функциональных систем детей раннего возраста с церебральным параличом. Установлено, что динамические и содержательные характеристики социального, познавательного, речевого, двигательного развития качественно неоднородны и многовариантны, а компенсация недостаточности различных линий развития детей с ДЦП обладает качественным своеобразием применительно к каждому конкретному случаю.

6. Лонгитюдное психолого-педагогическое изучение выявило несколько групп детей, имеющих различные сочетания нарушений функциональных систем. На его основе возможно реализовать дифференцированный подход и дать прогноз дальнейшего развития.

7. Обоснован и реализован дифференцированный индивидуализированный системный подход к организации ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи детям 1-3 лет с ДЦП, что



конкретизировано: в создании индивидуальных программ; положительной динамике социального, познавательного, сенсорного развития каждого ребенка; компенсации нарушений двигательной и речевой систем, являющихся «социальным средством», знаковыми системами, обеспечивающими процесс взаимодействия с окружающей средой.

8. Доказано, что системная реализация концептуальных основ и функциональной модели ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП обеспечивает целостный процесс диагностического, лечебно-восстановительного, психолого-педагогического, социального, семейного сопровождения ребенка в учреждениях здравоохранения и образования, нацеленного на максимальную компенсацию нарушений, воспитание, обучение и социальное развитие такого ребенка.

9. Получило подтверждение предположение об определяющей роли полифункциональной коррекционно-развивающей среды, обеспечивающей скоординированность системы межфункциональных связей и особенностей процесса возникновения возрастных новообразований, активного функционирования такого ребенка с окружающим через общение со взрослым на основе знакового опосредствования этого процесса, смену ведущего вида деятельности, как показателей динамики «социальной ситуации развития».

10. Практическое подтверждение получил тот факт, что раннее выявление незрелости функциональных систем и социального развития обуславливает профилактику социально-психологической дезадаптации ребенка раннего возраста с церебральным параличом, успешную интеграцию в образовательную и социальную среду уже на ранних возрастных этапах.

11. Получены экспериментальные данные о специфике компенсации основных линий развития детей раннего возраста с церебральным параличом.

12. Результаты эксперимента показали, что успешность ранней помощи детям с ДЦП определяется целенаправленностью, пролонгированностью, индивидуальной направленностью процесса, мультидисциплинарностью, согласованностью «команды» специалистов и родителей, комплексностью мероприятий и использованием современных интерактивных коррекционно-развивающих технологий, направленных на максимальную компенсацию нарушений, образование и социальную адаптацию.

13. Показана объективная необходимость специализированной подготовки кадров, обеспечивающих раннюю комплексную помощь детям с церебральным параличом, обладающих широким спектром полифункциональных медико-психолого-педагогических знаний, практических умений и навыков коррекционно-развивающей работы с детьми с двигательными нарушениями в первые годы жизни.

14. Реализация своевременной ранней коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП позволит в полной мере использовать в системе образования и здравоохранения принцип социальной обусловленности аномального развития и сформировать и социализировать личность такого ребенка, способного активно функционировать в обществе.

## Библиографический список

1. Абрамович-Лехтман Р.Я. Об особенностях нервно-психического развития детей // Тезисы докладов научно-практической конференции по вопросам учебно-воспитательной работы в школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – Л., 1965. – с. 321-323.
2. Абрамович-Лехтман Р.Я. Психологическая помощь детям с церебральными параличами // Лечебная помощь детям с церебральными параличами. – М., 1962. – с. 109-139.
3. Абрамович-Лехтман Р.Я. Развитие предметного действия у ребенка на первом году жизни. Дис.... канд. псих. наук.– Л., 1945.
4. Акош К., Акош М. Помощь детям с церебральным параличом – Кондуктивная педагогика: Книга для родителей. – М.: Изд-во «Улисс», 1994. – 196 с.
5. Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. 3-е изд., испр. и доп. – М.: Медицина, 1977. – 304 с.
6. Александров Ю.И., Брушлинский А.В., Судаков К.В., Умрюхин Е.А. Системные аспекты психической деятельности /Под общ. ред. К.В.Судакова. – М.: Эдиториал УРСС, 1999. – 272 с.
7. Алмазова Е.С., Панченко И.И. Органические нарушения голоса // Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. – М.: Просвещение, 1973. – с. 16-34.
8. Амастьянц Р.А. Разработка и научное обоснование модели организационно-методических основ комплексной реабилитации детей-инвалидов // Специальная психология, 2005, № 3-4 (5-6). – с. 62-69.
9. Анашкин Н.Я. Логопедическая работа с детьми, страдающими церебральным параличом, в условиях их санаторно-курортного лечения. Автореферат канд. дисс. – Л., 1981.
10. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975.
11. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. Доречевой период: Книга для логопеда. – М.: Просвещение, 1989. – 79 с.
12. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа в доречевой период с детьми, страдающими церебральным параличом. Автореферат канд. дисс. – М, 1980. – 24 с.
13. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 222 с.
14. Архипова Е.Ф. Методические рекомендации по проведению логопедических занятий с детьми раннего возраста, страдающими детским церебральным параличом. – М., 1984. – 20 с.
15. Бабина Г.В., Идес Р.Е., Малова И.А. Характеристика и коррекция нарушений голоса и дыхания у детей с церебральным параличом // Научные труды МПГУ им. В.И. Ленина. – М.: Прометей, 1996. – с.251-257.
16. Бадалян Л.О. Детская неврология – М.: Медицина, 1984. – 576 с.

17. Бадалян Л.О. Невропатология. – М.: Просвещение, 1987. – 317 с.
18. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. – Киев: Здоровья, 1980. – 525 с.
19. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – Киев: Здоровья, 1988. – 328 с.
20. Баенская Е.Р., Разенкова Ю.А., Выродова И.А. Мы: общение и игра взрослого с младенцем: Книга для родителей. – М.: Полиграф сервис, 2002. – 132 с.
21. Бандуристый Н.В. Опыт лечения спастических параличей // Сб. науч. тр. Днепропетровского мед. ин-та № 3. – Днепропетровск, 1959. – с. 93.
22. Барашнев Ю.И. Гипоксические повреждения головного мозга у недоношенных детей // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1973, № 10. – с. 1446-1452.
23. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. - М.: «Триада-Х», 2001. - 638 с.
24. Баряева Л.Б. Интегративная модель математического образования дошкольников с задержкой психического развития: Монография. – СПб.: НОУ «СОЮЗ», 2005. – 200 с.
25. Басова Э.Л. Состояние органов зрения у детей с церебральным параличом в ранней стадии заболевания // Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. – М., 1974. – с. 169.
26. Бгажнокова И.М. Об изучении, воспитании и обучении детей с тяжелыми формами физического и психического недоразвития // Коррекционная педагогика, 2005, № 1 (7). – с. 5-11.
27. Беккер С.М. Патология беременности. – Л., 1975.
28. Белякова Ю.Ю. Коррекция нарушений сенсорно-перцептивного развития детей дошкольного возраста с церебральным параличом в условиях полифункциональной интерактивной среды. Автореф. канд. дисс. – М., 2007. – 24 с.
29. Бельтюков В.И. Системный процесс саморазвития живой природы. – М., СПб.: НАУКА-ПИТЕР, 2006. – 263 с.
30. Блауберг И. В., Юдин Э. Г. Системный подход как современное научное направление // Диалектика и системный анализ. М., 1986. с. 136-144.
31. Боголепов Н.К., Семенова К.А. О роли проприоцепции в патогенезе детских церебральных параличей и в процессе восстановления движения при этом заболевании // Проблема восстановления при паралитических заболеваниях у детей. – М., 1964. – с. 271.
32. Бодяжина В.И. Вопросы этиологии и профилактики нарушений развития плода. – М., 1963.
33. Бодяжина В.И. Некоторые данные о влиянии среды на развитие внутриутробного плода // Акушерство и гинекология, 1953, № 5. – с. 46-52.
34. Бортфельд С.А. Двигательные нарушения и лечебная физкультура при детском церебральном параличе. – Л.: Медицина, 1971. – 246 с.
35. Бортфельд С.А., Рогачева Е.И. Лечебная физическая культура и массаж при детском церебральном параличе. – Л.: Медицина, 1986. – 176 с.

36. Босых В.Г., Павловская Н.Т. Нарушение функции верхних конечностей при спастической диплегии: обследование и коррекция // *Коррекционная педагогика*, № 1 (3), 2004. – с. 52-59.
37. Ботта Н., Ботта П. Лечебное воспитание детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения.- Л.: Медицина, 1964.- 150 с.
38. Брейтман М.Я. О клинической картине детского головного мозгового паралича. – СПб., 1902.
39. Валлон А. Психическое развитие ребенка. – М., 1967. – 125 с.
40. Вассерман Е.Л. Клинические и морфофункциональные соотношения при гемипаретической форме детского церебрального паралича. Дис.... канд. мед. наук. – СПб, 1999.
41. Венгер А.А., Выгодская Г.Л., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. – М.: Просвещение, 1972. – 143 с.
42. Вергелес Г.И. Дидактические основы формирования учебной деятельности младших школьников. Дис.... доктора пед. наук. – Л., 1990.
43. Винарская Е.Н. Дизартрия. - М.: АСТ Астрель, Транзиткнига, 2005. - 141 с.
44. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития: Эмоциональные предпосылки освоения яз.: Кн. для логопеда. – М.: Просвещение, 1987. – 160 с.
45. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент, 1973.
46. Воспитание детей раннего возраста: Пособие для работников яслей-сада / Под ред. Г.М.Ляминой. – М.: Просвещение, 1974. – 240 с.
47. Выготский Л.С. Мышление и речь: Психологические исследования. – М.-Л.: Соцэкгиз, 1938. – 324 с.
48. Выготский Л.С. Психология. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 1008 с.
49. Выготский Л.С. Умственное развитие детей в процессе обучения. – М.-Л.: Учпедгиз, 1935. – 135 с.
50. Галигузова Л.Н., Мещерякова С.Ю. Педагогика детей раннего возраста: учеб. пос. для студ. высш. учеб. завед. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007. – 301 с.
51. Головчиц Л.А. Система воспитания и обучения дошкольников с недостатками слуха при комплексных нарушениях развития. Автореф. докт. дисс. – М., 2007. – 38 с.
52. Гончарова М.Н., Гринина А.В., Мирзоева И.И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1974. – 208 с.
53. Городецкая Г.Ф. Сенсомоторные нарушения в руке и пути восстановления произвольных движений при детском церебральном параличе. Дис.... канд. мед. наук.– Л., 1972.
54. Гроздова Т.Н., Мастюкова Е.М. Ближайшие и отдаленные результаты оживления новорожденных в состоянии клинической смерти, вызванной асфиксией // *Материалы Всесоюзной конференции акушеров-гинекологов.* – Минск, 1968. – с. 97-101.

55. Громова О.Е. Методика формирования начального детского лексикона. – М.: ТЦ «Сфера», 2003. – 176 с.
56. Гуревич М.О., Озерецкий Н.И. Невропатология детского возраста. – М.-Л.: Учпедгиз, 1935.
57. Гусейнова А.А. Основные направления медико-психолого-педагогической помощи дошкольникам с тяжелыми двигательными нарушениями в условиях реабилитационного центра // Коррекционная педагогика, № 1(3), 2004.
58. Гусейнова А.А. Особенности познавательной деятельности и личности детей старшего дошкольного возраста с проявлениями детского церебрального паралича // Специальная психология, № 2, 2005. – с. 23-28.
59. Давыдов В.В. Теория развивающего обучения. – М.: ИНТОР, 1996. – 544 с.
60. Данилова Л.А. Дифференциальная диагностика различных форм дизартрии у детей, страдающих церебральными параличами // Дефектология, 1975, № 6. – с. 33-40.
61. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. – М.: Медицина, 1977. – 96 с.
62. Данилова Л.А. Особенности нарушений ряда форм познавательной деятельности и пути их преодоления у детей с врожденным церебральным параличом. Автореферат канд. дисс. – Л., 1969.
63. Данилова Л.А., Балтушевич Н.Ф., Валова Т.Ф., Лукьянчева Н.Б., Рябкина Л.М. Особенности формирования речевой функции у детей с церебральным параличом // Детские церебральные параличи. Материалы 1-й Республиканской научной конференции. – Л.: Ленуприздат, 1974. – с. 125-126.
64. Данилова Л.А., Гамулецкая Н.В., Мамайчук И.И. Анализ психических нарушений при детском церебральном параличе // Детские церебральные параличи. Материалы 1-й Республиканской научной конференции. – Л.: Ленуприздат, 1974. – с. 124-125.
65. Данилова Л.А., Стока К., Казицына Г.Н. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе: Методические рекомендации для учителей и родителей. – СПб., 2000. – 48 с.
66. Дворникова Т.А. Качественная характеристика задержки психического развития и ее уровни у детей 7-8 лет, страдающих спастической диплегией / В кн.: Тезисы II конференции по проблемам детского церебрального паралича. – М., 1978. – с. 281-283.
67. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А.Стребелевой. – М.: Полиграфсервис, 1998. – 336 с.
68. Джонсон-Мартин Н.М., Дженс К.Г., Аттермиер С.М., Хаккер Б.Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями / Под ред. Н.Ю.Барановой. – СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, КАРО, 2005. – 336 с.
69. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни / Сост. Г.А.Таварткиладзе, Н.Д.Шматко. – М.: Полиграф сервис, 2001. – 160 с.

70. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет: Методическое пособие для практических психологов / Е.О.Смирнова, Л.Н.Галигузова, Т.В.Ермолова, С.Ю.Мещерякова. 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2005. – 144 с.
71. Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста / Под ред. Н.В.Серебряковой. – СПб.: КАРО, 2005. – 64 с.
72. Дидактические игры и упражнения по сенсорному воспитанию дошкольников: пособие для воспитателя детского сада / Под ред. Л.А.Венгера. – М.: Просвещение, 1973. – 110 с.
73. Дин Янь. Течение беременности и родов у больных анемией. Дис.... канд. мед. наук. – М., 1961.
74. Дмитриева Е.Е. Особенности общения шестилетних детей с задержкой психического развития со взрослыми. Автореф. канд.дисс. - М.,1989. - 16 с.
75. Доценко В.И., Семенова К.А., Степанченко О.В. Повышение эффективности профилактики, диагностики и лечения заболеваний нервной системы. – М., 1992. – с. 30-40.
76. Екжанова Е.А. Изобразительная деятельность в воспитании и обучении дошкольников с разным уровнем умственной недостаточности. – СПб.: Сотис, 2002. – 256 с.
77. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста: Научно-методическое пособие. – СПб.: КАРО, 2008. – 336 с.
78. Ермолаева М.В. Психология развития: Методическое пособие для студентов заочной и дистанционной форм обучения. 2-е изд. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. – 376 с.
79. Ермоленко Н.А., Скворцов И.А., Неретина А.Ф. Клинико-психологический анализ развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных и речевых функций у детей с церебральными параличами // Журнал неврологии и психиатрии, 2000, № 3. – с 19-23.
80. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М. Если ваш ребенок отстает в развитии. – М.: Медицина, 1993. – 112 с.
81. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. – М.: Медицина, 1981. – 272 с.
82. Задержка психического развития при детских церебральных параличах и принципы лечения: Методические рекомендации / Сост. Э.С. Калижнюк. – М., 1982. – 28 с.
83. Закрепина А.В. Трудный ребенок. Пути к сотрудничеству: методическое пособие. – М.: Дрофа, 2007. – 141 с.
84. Запорожец А.В., Венгер Л.А., Зинченко В.П., Рузская А.Г. Восприятие и действие. – М.: Просвещение, 1967. – 70 с.
85. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте. – М.: Медгиз, 1962.
86. Зеленина Е.В., Манухина З.П. Методика и принципы комплексного лечения в раннем возрасте больных с церебральным параличом //

- Проблема восстановления при паралитических заболеваниях у детей. – М., 1964. – с. 281-283.
87. Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психофизическом развитии: Книга для педагогов / Под ред. Е.А.Стребелевой, Г.А.Мишиной. – М.: Полиграф сервис, 2002. – 128 с.
88. Ипполитова А.Г. Логопедические приемы работы при открытой гнусавости и псевдобульбарном параличе. Из опыта логопедической работы. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1953. – с. 5-29.
89. Ипполитова М.В. К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом // Специальная школа, № 3, 1967. – с. 16-21.
90. Ипполитова М.В. Коррекционно-воспитательная работа с детьми-дошкольниками, страдающими детскими церебральными параличами. Автореферат канд. дисс. – М., 1967.
91. Ипполитова М.В. О детях с церебральным параличом // Дети с отклонениями в развитии: Методическое пособие / Сост. Н.Д. Шматко. – М.: Аквариум, 1997. – с. 52-91.
92. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: Книга для родителей / 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1993. – 64 с.
93. Исанова В.А. Нейрореабилитация: Руководство по медико-социальной и педагогической реабилитации. – Казань: «Плутон», 2004. – 288 с.
94. Использование искусственной локальной гипотермии для коррекции двигательных и речевых нарушений при детском церебральном параличе: Методические рекомендации / Сост. К.А. Семенова, О.В. Степанченко, Л.И. Виноградова. – М., 1989. – 12 с.
95. Калижнюк Э.С. К вопросу о реабилитации и социальной адаптации детей, страдающих церебральными параличами // Реабилитация больных с нервными и психическими заболеваниями. – Л., 1973. – с. 245.
96. Калижнюк Э.С. Лечебно-педагогические приемы, направленные на восстановление нарушенных корковых функций // Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: Руков. для врачей. – Ташкент: Медицина, 1979. –с. 408-419.
97. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. – Киев, 1987. – 289 с.
98. Калижнюк Э.С. Психические нарушения у детей с церебральным параличом в поздней резидуальной стадии // Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: Руков. для врачей. – Ташкент: Медицина, 1979. –с. 428-434.
99. Калижнюк Э.С. Психогенные реакции, особенности формирования личности при детских церебральных параличах и принципы их коррекции. Методические рекомендации. – М., 1982. – 27 с.
100. Кантор В.З. Концептуальные основы реабилитации лиц с нарушением в развитии / Теория и практика обучения, воспитания и реабилитации лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата: Сборник материалов

- российско-французско-португальских научно-практических конференций и семинаров. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2000. – с.36-41.
101. Кантор В.З. Социальная реабилитация лиц с нарушением двигательной сферы // В кн.: Обучение и воспитание детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учебно-методическое пособие. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2002. –с. 236-248.
  102. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: Учебное пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Дефектология». – М.: Просвещение, 1988. – 144 с.
  103. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. – М., 2001. – 116 с.
  104. Кениг Карл. Три первых года ребенка. Обретение способности прямохождения. Обучение родному языку. Пробуждение мышления. / Пер. с англ. (нем.). – Калуга, «Духовное познание», 2-й завод, 2003. – 152 с.
  105. Кипхард Эрнст Й. Как развивается ваш ребенок? / Пер. с нем. Л.В.Хариной. – М.: Теревинф, 2006. – 112 с.
  106. Кириченко Е.И. О роли фактора психической депривации в нарушении школьной и жизненной депривации детей и подростков, страдающих церебральным параличом / В кн.: Дети с временной задержкой развития. – М., 1971. – с. 215-219.
  107. Кириченко Е.И. Пограничные состояния интеллектуальной недостаточности у детей с церебральными параличами и задачи социальной реабилитации // Тезисы II конференции, посвященной медицинской реабилитации больных ДЦП. – М., 1978. – с. 275-277.
  108. Кириченко Е.И. Психические нарушения у детей, страдающих детским церебральным параличом. Автореферат канд. дисс. – М, 1965. – 16 с.
  109. Кириченко Е.И., Трифонов О.А. О патологическом формировании личности у детей и подростков, страдающих церебральным параличом // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1969, № 10. – с. 553-556.
  110. Кирющенко А.П. Влияние вредных факторов на плод. – М.: Медицина, 1978. – 214 с.
  111. Кистяковская М.Ю. Развитие движений у ребенка первого полугодия жизни // Вопросы психологии, 1962, № 1. – с. 59-65.
  112. Клинико-психологические критерии врачебно-трудовой экспертизы и показания к рациональному трудоустройству больных детским церебральным параличом в поздней резидуальной стадии: Методические рекомендации для врачей ВТЭК. – М., 1988. – 22 с.
  113. Клиническое обоснование принципов коррекционно-педагогической работы с детьми-дошкольниками, страдающими церебральными параличами и задержкой психического развития: Методические рекомендации / Сост. Э.С. Калижнюк. – М., 1973. – 22 с.
  114. Клосовский Б.Н., Космарская Е.Н. Морфо- и цитогенез мозга после перенесенной асфиксии // Материалы Всесоюзной конференции акушеров-гинекологов. – Минск, 1968. – с. 43-44.



115. Кобрина Л.М. Абилитационная работа с детьми раннего возраста с нарушениями слуха: Учебное пособие. – СПб.: Наука-Питер, 2005. – 120 с.
116. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1979. – 607 с.
117. Козлова С.А., Куликова Т.А. Дошкольная педагогика.- М.: Академия, 2000.
118. Козьявкин В.И., Бабадаглы М.А., Ткаченко С.К., Качмар О.А. Детские церебральные параличи // Основы клинической реабилитационной диагностики. – Львів: Медицина світу, 1999. – 294 с.
119. Козьявкин В.И., Сак Н.Н., Качмар О.А., Бабадаглы М.А. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьявкина. – Львів: НВФ «Українські технології», 2007. – 192 с.
120. Козьявкина Н.В., Гордиевич С.М., Козьявкина О.В. и др. Система интенсивной реабилитации детей с церебральными параличами: новые возможности для коррекции речевых нарушений // Дефектология, 2002, № 5. – с. 89-96.
121. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. – М.: Педагогика, 1973. – 68 с.
122. Коноваленко С.В. Особенности конструктивной деятельности дошкольников с церебральными параличами: Монография. – М.: Издательство Гном и Д, 2006. – 144с.
123. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. – М.: ПЕРСЭ, 2002. – 192 с.
124. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: Методическое пособие / Под ред. Е.А.Стребелевой. 2-е изд. – М.: Изд-во «Экзамен», 2004. – 128 с.
125. Коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими церебральным параличом, на первом году жизни: Методические рекомендации / Сост. К.А.Семенова, Е.Ф. Архипова. – М., 1982. – 28 с.
126. Коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими церебральным параличом, на втором году жизни: Методические рекомендации / Сост. К.А.Семенова, Е.Ф. Архипова. – М., 1983. – 22 с.
127. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта / Е.А.Екжанова, Е.А.Стребелева. – М.: Просвещение, 2003. – 272 с.
128. Коррекция двигательных нарушений при детских церебральных параличах: Методические рекомендации / Сост. В.В. Текорюс. – Минск: Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам, 1999. – 32 с.
129. Кроткова А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: Учебно-методическое пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2007. – 144 с.
130. Кроха: Пособие по воспитанию, обучению и развитию детей до трех лет / Г.Г.Григорьева, Н.П.Кочетова, Д.В.Сергеева и др. 3-е изд., перераб. – М.: Просвещение, 2000. – 256 с.

131. Куинан Д.Т. Несовместимость по резус-фактору и другим группам крови // Наследственные болезни при беременности / под ред. Дж. Д. Шульмана, Дж. Л. Симпсона. – М.: Медицина, 1985. – 511 с.
132. Лазуренко С.Б. Коррекционно-педагогическая работа с недоношенными детьми первого года жизни. Автореф. канд. дисс. – М., 2005. – 24 с.
133. Лисичкина Ю.А. Ранняя диагностика и коррекция недостатков довербального развития детей с перинатальным поражением центральной нервной системы. Автореф. канд. дисс. – М., 2004. – 24 с.
134. Лебедев Б.В., Барашнев Ю.И., Якунин Ю.А. Невропатология раннего детского возраста: (Руководство для врачей). – Л.: Медицина, 1981. – 352 с.
135. Левченко И.Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича: Сб. науч. тр. – М., 1991. – с. 21-44.
136. Левченко И.Ю. Психологические особенности подростков и старших школьников с детским церебральным параличом. – М.: РИЦ «Альфа» МГОПУ, 2001. – 198 с.
137. 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.: «Академия», 2001. – 192с.
138. Левченко И.Ю., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Детский церебральный паралич: Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками. – М.: Книголюб, 2008. – 176с.
139. Левченко И.Ю., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Современные проблемы организации обучения и воспитания детей с церебральными параличами // Коррекционная педагогика: Теория и практика, 2007, № 3 (21). – с. 5-14.
140. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Метод. пособие. – М.: Просвещение, 2008.
141. Левченко И.Ю., Ткачева В.В., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Детский церебральный паралич. Дошкольный возраст: Метод. пособие. – М.: Изд. Дом «Образование Плюс», 2008. – 198с.
142. Левченкова В.Д. Морфологическая основа восстановительного лечения последствий перинатального повреждения центральной нервной системы и детского церебрального паралича // Коррекционная педагогика: Теория и практика, 2008, № 3 (27). – с. 22-24.
143. Левченкова В.Д., Антонова Л.В., Шейнкман О.Г. и др. Клинические и нейрофизиологические особенности формирования тяжелых форм детского церебрального паралича / Материалы Московской городской научно-практической конференции «Проблемы реабилитации детей с невролого-ортопедической патологией. – М., 2003. – с. 116-119.
144. Леонтьев А.Н. О формировании способностей // Вопросы психологии, 1960, № 1.
145. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – М.: Просвещение, 1959. – 495 с.

146. Лернер И.Я. Дидактические основы методов обучения. М.: Педагогика, 1981.
147. Лечебная гимнастика и массаж для больных детским церебральным параличом в ранней и хронически резидуальной стадии заболевания: Методические рекомендации / Сост. Б.Г. Цыпурский. – М., 1981. – 48 с.
148. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология (избранные очерки). – М.: Издательский центр МБН, 1997. – 279 с.
149. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 255 с.
150. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С.Волковой, С.Н.Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 1988. – 680 с.
151. Лопатина Л.В. Особенности речевого развития, формы речевой патологии у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и их коррекция // В кн.: Обучение и воспитание детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учебно-методическое пособие. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2002. – с. 119-167.
152. Лопатина Л.В. Система дифференцированной коррекции фонетико-фонематических нарушений у дошкольников со стертой дизартрией. Автореф. докт. дисс. – СПб., 2005. – 38 с.
153. Лубовский В.И. Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей // Дефектология, 1971, № 6.
154. Маллаев Д.М. Педагогика и психология игры слепого и слабовидящего ребенка. – М.: СМУР «Academa», 2008. – 328 с.
155. Маллаев Д.М. Психолого-педагогическое сопровождение детей-сирот. – Махачкала: Юпитер, 2002. – 104 с.
156. Малофеев Н.Н. О научных подходах к совершенствованию специального образования в России // Дефектология, 2004, № 6. – с. 67-74.
157. Малофеев Н.Н. Формирование словаря младших школьников с церебральным параличом. Автореферат канд. дисс. – М., 1986. – 16 с.
158. Малофеева Г.Н. Опыт воспитательной работы с детьми, страдающими параличами центрального происхождения // Проблема восстановления при паралитических заболеваниях у детей. – М., 1964. – с. 352-354.
159. Мамайчук И.И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом // Дефектология, 1976, № 3. – с. 29-37.
160. Мамайчук И.И. Нейропсихологическое исследование гностических процессов у детей с различными формами ДЦП // Невропатология и психиатрия, 1992, № 4. – с. 42-44.
161. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220 с.
162. Мамайчук И.И., Пятакова Г.В. Исследование личностных особенностей детей с церебральными параличами // Дефектология, 1990, № 3. – с. 16-22.
163. Мамайчук И.И., Чавес С. Особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом / Труды ЛНИДОИ им. Г.И.Турнера. – Л., 1992. – с. 48-51.

164. Мастюкова Е.М. Диагностика нарушений доречевого развития у детей с церебральными параличами и пути логопедических и педагогических мероприятий в этом периоде. – М., 1973. – 24 с.
165. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 304 с.
166. Мастюкова Е.М. Речевая терапия в комплексе общих реабилитационных мероприятий у детей с церебральными параличами // Детские церебральные параличи. Материалы 1-й Республиканской научной конференции. – Л.: Ленуприздат, 1974. – с. 129.
167. Мастюкова Е.М. Речевые нарушения. Психические нарушения // Детские церебральные параличи. – Киев: Здоровья, 1988. – с.99-121.
168. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с.
169. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Книга для логопеда. – М.: Просвещение, 1985. – 192 с.
170. Медведева Е.А. Особенности социокультурного становления личности ребенка с проблемами психического развития средствами искусства в образовательном пространстве: Монография. – М.: МГГУ им. М.А.Шолохова, 2007. – 309 с.
171. Меженина Е.П. Лечебная помощь при церебральных параличах в детском возрасте. Автореферат канд. дисс. – Киев, 1963.
172. Методические рекомендации по исследованию функций зрительно-пространственного восприятия у детей с церебральными параличами / Сост. Э.С. Калижнюк. – М., 1976. – 24 с.
173. Методические рекомендации по применению рабочей классификации детского церебрального паралича / Сост. К.А. Семенова, В.Б. Голант. – М., 1973. – 16 с.
174. Михайлова И.А. К вопросу поражений мозга при билирубиновой энцефалопатии новорожденных // Детские церебральные параличи. Материалы 1-й Республиканской научной конференции. – Л.: Ленуприздат, 1974. – с. 59-60.
175. Мнухин С.С. К критике некоторых порочных концепций о церебральных параличах у детей. – Л., 1958.
176. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. – 288 с.
177. Николаенко В.И. Организация и содержание обучения и воспитания детей с тяжелыми двигательными нарушениями в условиях специальной школы-интерната // Коррекционная педагогика, 2004, № 1.
178. Новикова Е.Ч., Полякова Г.П. Инфекционная патология плода и новорожденного. – М., 1979.
179. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. Учебник. – М.: Педагогическое общество России, 2001. – 442 с.

180. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе: Пособие для учителей и студентов дефектолог. ф-тов пед. ин-тов /Под ред. В.В.Воронковой. – М.: Школа-Пресс, 1994. – 416 с.
181. Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушениями движений: Методическое пособие. Сост. И.А.Смирнова / Под ред. Л.М.Шипицыной. – СПб.: Образование, 1995. – 92 с.
182. Общение и речь: Развитие речи у детей в общении со взрослыми / Под ред. М.И.Лисиной. Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1985. – 208 с.
183. Основы специальной психологии: Учеб. пос. для студ. сред. пед. учеб. завед. / Л.В.Кузнецова, Л.И.Переслени, Л.И.Солнцева и др. // Под ред. Л.В.Кузнецовой. – М.: Академия, 2003.
184. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т.А. Власовой. – М.: Педагогика, 1985. – 128 с.
185. Павлова Л.Н., Волосова Е.Б., Пилюгина Э.Г. Раннее детство: познавательное развитие. Методическое пособие. – М.: Мозаика-Синтез, 2006. – 152 с.
186. Панченко И.И. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работы с ними. Автореферат канд. дисс. – М., 1974.
187. Панченко И.И., Щербакова Л.А. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими и анартрическими расстройствами речи, страдающих церебральным параличом, и особенности приемов логопедической работы // Нарушения речи и голоса у детей / Под ред. С.С.Ляпидевского и С.Н.Шаховской. – М.: Просвещение, 1975. – с. 17-42.
188. Персианинов Л.С. Асфиксия плода и новорожденного. – М.: Медгиз, 1961. – 293 с.
189. Перхурова И.С., Лузинович В.М., Сологубов Е.Г. и др. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции. – М.: Изд-во «Кн. палата», 1996. – 242 с.
190. Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях: Кн. для воспитателя дет. сада. – М.: Просвещение, 1986. – 144 с.
191. Поливанова К.Н. Психология возрастных кризисов: Учеб. пос. для студ. высш. пед. учеб. завед.- М.: Издат. центр «Академия», 2000. – 184 с.
192. Поппандова М.К. Исследование некоторых гностико-практических функций у детей, страдающих церебральными параличами в связи с задачами восстановительной терапии: Дис.... канд. псих. наук.– Л., 1971.
193. Поппандова М.К. Особенности пространственных представлений при детском церебральном параличе // Детские церебральные параличи. Материалы 1-й Республиканской научной конференции. – Л.: Ленуприздат, 1974. – с. 126-128.
194. Правдина О.В. Тяжелая дизартрия детского возраста в логопедической практике. Автореферат канд. дисс. – М., 1948.

195. Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. – СПб.: КАРО, 2008. – 160 с.
196. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: Методическое пособие. – СПб.: КАРО, 2006. – 112 с.
197. Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями: Коррекционная работа на первом году жизни: Методическое пособие. – М.: Полиграф сервис, 2003. – 160 с.
198. Проблемы младенчества: нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений: Материалы научно-практической конференции / Институт коррекционной педагогики РАО, Школа клинической электроэнцефалографии и нейрофизиологии им. Л.А.Новиковой. – М.: Полиграф сервис, 1999. – 154 с.
199. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / Сост. Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг. – М.: Полиграф сервис, 2001. – 156 с.
200. Рабунский Е.С. Индивидуальный подход в процессе обучения школьников. – М., 1975.
201. Разенкова Ю.А. Игры с детьми младенческого возраста. – М.: Школьная Пресса, 2000. – 160 с.
202. Разенкова Ю.А., Коваленко Ю.Ю. Выявление проблем в развитии детей раннего возраста // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития, 2008, №2. – с. 54-60.
203. Раменская О.Л. К вопросу о социальной реабилитации детей с церебральными параличами / В кн.: Тезисы II Всесоюзной конференции, посвященной медицинской реабилитации больных ДЦП. – М., 1978. – с. 287-290.
204. Раменская О.Л. Психологическое исследование личности дошкольников с церебральным параличом. Автореф. канд. дисс. – М., 1979. – 23 с.
205. Ранняя диагностика и коррекция. В 2 т.: практическое руководство / под ред. Удо Б. Брака. Т.1. Нарушения развития. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 320 с.
206. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии: учеб.-метод. пособие / Н.А.Степура, Л.Ф.Бурдыко, И.А.Носко; под ред. Н.В.Михалковича. – Мозырь: ООО ИД «Белый Ветер», 2007. – 146 с.
207. Ранняя помощь детям: проблемы, факты, комментарии. Сборник научных статей. – М.: «Права человека», 2003. – 252 с.
208. Романенко Е.В. Особенности звуковой стороны речи детей с церебральными параличами второго года жизни и методика логопедической работы. Автореферат канд. дисс. – Л., 1984.
209. Романова О.Л. Экспериментально-психологическое исследование личности больных с физическими недостатками // Невропатология и психиатрия, 1982, № 12. – с. 26-31.
210. Садовский В. Н. Основания общей теории систем. - М., 1974.

211. Сараева И.И. Особенности волевой активности подростков с физическими недостатками: Автореф. канд. дисс. – М., 1980.
212. Семенов А.С., Серганова Т.И., Скальный А.В., Эйдельман Т.Н. О влиянии алкоголизма родителей на развитие потомства // Журн. «Педиатрия». – М., 1987. – с. 49-53.
213. Семенова К.А. Восстановительное лечение. Вопросы ранней диагностики // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения, 2008, № 1. – с. 20-26.
214. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. – М.: ЗАКОН И ПОРЯДОК, серия «Великая Россия. Наследие», 2007. – 616 с.
215. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. – М.: Медицина, 1968. – 260 с.
216. Семенова К.А. Детский церебральный паралич (патогенез, клиника, лечение) // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича: Сб. науч. тр. – М., 1991. – с. 6-21.
217. Семенова К.А. К патогенезу вторичной задержки развития интеллекта при детских церебральных параличах / Всесоюзные педагогические чтения (тезисы докладов). М.: 1970. – с. 108.
218. Семенова К.А., Антонова Л.В. Влияние лечебно-нагрузочного костюма (ЛК-92 «Адели») на электронейромиографические характеристики у больных детским церебральным параличом // Журнал неврологии и психиатрии, 1998, № 9. – с 22-25.
219. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М.: Медицина, 1972. – 328 с.
220. Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: Руков. для врачей / под ред. Н.М.Маджидова. – Ташкент: Медицина, 1979. – 490 с.
221. Сенсорная комната – волшебный мир здоровья: Учебно-методическое пособие / Под ред. В.Л.Жевнерова, Л.Б.Баряевой, Ю.С.Галлямовой. – СПб.: ХОКА, 2007. – Ч. 1: Темная сенсорная комната. – 416 с.
222. Серганова Т.И. Как победить детский церебральный паралич: разумом специалиста, сердцем матери. – СПб.: Изд-во ТАС, 1995. – 192 с.
223. Серганова Т.И. Этиологические факторы антенатального периода у детей с детским церебральным параличом // Организация и лечение детей с ортопедическими заболеваниями и травмами. – Вологда, 1990. – с. 128-130.
224. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга (1863). Избранные произведения, т. 1. – М., 1952. – с. 7.
225. Симонова Н.В. К вопросу об особенностях состояния интеллекта и его восстановления у детей первых 3 лет жизни с различными формами церебрального паралича в процессе комплексного лечения // Восстановление функций двигательного аппарата после нейроинфекций и при некоторых других заболеваниях. Сборник работ XIV сессии Института полиомиелита и вирусных энцефалитов. – М., 1967. – с. 397.

226. Симонова Н.В. Психолого-педагогическая оценка детей с церебральными параличами в раннем возрасте. Автореф. канд. дисс. – М., 1974.
227. Симонова Т.Н. Диагностика и коррекция двигательных нарушений у детей раннего возраста / Медицинские и медико-педагогические аспекты реабилитационной работы при моторных нарушениях. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2001. – с. 49-55.
228. Симонова Т.Н. Современные подходы к изучению нарушений психического развития дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями: Монография. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2008. – 128 с.
229. Скворцов И.А. Детство нервной системы. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 176 с.
230. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2003.
231. Смирнова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие для логопедов и дефектологов. – СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2007. – 320с., ил.
232. Смирнова И.А. Логопедическая работа по формированию словаря у дошкольников с церебральными параличами. Автореферат канд. дисс. – Л., 1988.
233. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие. – СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. – 160с.
234. Современные технологии реабилитации в педиатрии. Т.П. / Под ред. Е.Т.Лильина. – М.: Изд-во «ОДИ international», 2000. – 556 с.
235. Сологубов Е.Г., Кожевникова В.Г. Особенности реабилитации больных детским церебральным параличом школьного возраста // Коррекционная педагогика: Теория и практика, 2008, № 3 (27). – с. 28-31.
236. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений // под ред. Н.М. Назаровой. – Т.1. История специальной педагогики / Н.М.Назарова, Г.Н.Пенин. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 352 с.
237. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений // под ред. Н.М. Назаровой. – Т.2. Общие основы специальной педагогики / Н.М.Назарова и др. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 352 с.
238. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений // под ред. Н.М. Назаровой. – Т.3. Педагогические системы специального образования / Н.М.Назарова и др. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 400 с.
239. Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение детей в процессе дидактических игр: пособие для учителя-дефектолога. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2008. – 256 с.



240. Стребелева Е.А., Мишина Г.А., Разенкова Ю.А. Психолого-педагогическая диагностика детей раннего и дошкольного возраста: метод. пособие / Под ред. Е.А.Стребелевой. – М.: Просвещение, 2004. – 164 с.
241. Таболин В.А. Гипербилирубинемия у новорожденных // Справочник неонатолога. – Л.: Медицина, 1984. – с. 203-210.
242. Титова О.В. Справа-слева. Формирование пространственных представлений у детей с ДЦП. – М., 2004.
243. Ткачева В.В. Психологические особенности матерей, имеющих детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Коррекционная педагогика, 2004, № 1 (3). – с. 74-79.
244. Ткачева В.В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии. Автореф. докт. дисс. М., 2005. – 46 с.
245. Трауготт Н.Н., Кайдинова С.И. Нарушение слуха при сенсорной алалии и афазии. – Л., 1975.
246. Ульяновская У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной педагогической помощи детям с проблемами в развитии: Учеб. пос. для студ. высш. пед. учеб. завед. – М.: Академия, 2002.
247. Унт И.Э. Индивидуализация и дифференциация обучения. – М.: Педагогика, 1990. – 192 с.
248. Усова А.П. Теория и практика сенсорного воспитания в детском саду. М.: Просвещение, 1965.
249. Фильчикова Л.И., Бернадская М.Э., Парамей О.В. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция: Методическое пособие. – М.: Полиграф сервис, 2003. – 176 с.
250. Финк А. Кондуктивная педагогика А.Пето: развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Издат. центр «Академия», 2003.
251. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: Помощь, уход, развитие: Книга для родителей / Пер. с англ. Ю.В.Липес, А.В.Снеговской. Под ред. и с предисл. Е.В.Клочковой. – М.: Теревинф, 2001. – 336 с.
252. Фищенко П.Я., Данилова Л.А., Крутикова Э.Г., Вайдо О.И., Цаюкова П.А. Участие родителей в комплексном лечении детей с церебральным параличом // Санаторно-курортное лечение детей с церебральным параличом. – Калуга, 1975. – с.66-68.
253. Функциональные системы организма: Руководство / Под ред. К.В.Судакова. – М.: Медицина, 1987. – 432 с.
254. Фьюэлл Р.Р., Вэдэзи П.Ф. Обучение через игру: Руководство для педагогов и родителей / Пер. с англ. Л.А.Чистович, Е.В.Кожевниковой. – СПб.: КАРО, Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2005. – 160 с.
255. Халилова Л.Б. Некоторые аспекты изучения лексической системы языка учащихся с церебральным параличом // Дефектология, 1986, № 3. – с. 20-24.
256. Халилова Л.Б. Некоторые аспекты развития грамматического мышления детей с церебральным параличом // Теория и практика коррекционного

- обучения дошкольников с речевыми нарушениями. Под ред. Л.И.Беляковой. – М., 1991. – с. 88-104.
257. Халилова Л.Б. Особенности фонематического восприятия и звукового анализа у младших школьников, страдающих церебральными параличами // Дефектология, 1977, № 3. – с. 63-68.
258. Хейссерман Э. Потенциальные возможности психического развития нормального ребенка. – М., 1964.
259. Цариковская Н.Г. Щитовидная железа и беременность // Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1954, № 5. – с. 99-107.
260. Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста. – М.: Медицина, 1972.
261. Чавес. С. Социально-психологические особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом: Автореф. канд. дисс. – СПб., 1992.
262. Шамарин Т.Г., Белова Г.И. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. – Калуга: Изд-во «Адель», 1996. 172 с.
263. Шейнкман О.Г. Влияние коррекции двигательных нарушений на функциональное состояние мозга при детском церебральном параличе // Журнал неврологии и психиатрии, 2000, № 3. – с 28-32.
264. Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Данилова Л.А., Смирнова И.А. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. – СПб, 1995. – 80 с.
265. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 272с.
266. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2004. – 368 с.
267. Щелованов Н.М., Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста в детских учреждениях. – М., 1955. – 139 с.
268. Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959. 215 с.
269. Эльконин Д.Б. Детская психология. – М.: Учпедгиз, 1960.
270. Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И., Кипнис С.Л., Сыроева И.М. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. – М., 1979. – 214 с.
271. Aronson A.E. Clinical voice disorder. – New York: Time, 1990. – 403 p.
272. Asher P., Schonel F.E. Survey of 400 cases of cerebral palsy in childhood // Arch. Dis. Child., 1950, v. 25, p. 124-128.
273. Benton A., Remble A. Right-left orientation and reading disability // Psychiat. et neurol., 1969, № 1-2, v. 40-60, p. 139.
274. Bebkо J.M., Burke L., Craven J., & Sario N. The importance of motor activity in sensomotor development // A perspective from children with physical handicaps. Human Development. –1992, № 35. – 226 p.
275. Bleyer W.A., Marshall R.E. Barbiturate withdrawal syndrome in a passively addicted infant // J. Amer. Med. Ass., 1972, v. 221, p. 185.

276. Bobath K., Bobath B. The diagnosis of cerebral palsy in infancy // *Dis. Child*, 1956, 31, 408.
277. Bohme G. Störungen der Sprache der Stimme und des Gehörs durch fröhliche Hirnschädigungen. – 1966.
278. Botta N., Botta P. L'education therapeutique des infirmos moteurs cerebraux. – Paris, 1958.
279. Burrira M., Vella D. Disabled and nondisabled infants. Interaction with their Mothers // *The American Journal of Occupational Therapy*. - 1987. - Vol. 41. - № 3.
280. Cardwel V. Cerebral palsy. Advances in understanding and care. – N.-Y., 1956.
281. Carlsson G. Children with hemiplegic cerebral palsy: neuropsychological consequences of early unilateral brain lesions. – Göteborg, 1994.
282. Carr J. *Helping your Handicapped Child*. – N.Y., 1980. – 164 p.
283. Cruickshank W., Raus Q. Cerebral palsy. – Syracuse, 1956.
284. Dahlof L. G., Larsson K. Sexual differentiation and adult sexual behaviour of male off-spring of mothers treated with corticosteroids during pregnancy // *Neurosci Lett.*, 1980, № 5, p. 128-132.
285. Denhoff R., Holden R. Significance of delayed development in the diagnosis of cerebral palsy // *Journal of Pediatrics*, 1961, № 38, p. 452-456.
286. Duffy J.R. *Motor Speech Disorders // Substrates, Differential Diagnosis and Management*. – Mosby, 1995. – 467 p.
287. Gloss J., Pavlovkin M. Profile of intellect achievement in WISC of children with hemiplegic form of CP // *Brain and Cognition*. - 1989. – V. 9. - № 2. – p. 258-259.
288. Hari M., Akos K. *Conductive Pedagogy*. – Budapest, 1971. – 341 p.
289. Heilmann A. Intelligence in cerebral palsy // *Journal Crippled Child*. 1952, Vol. 30. P. 11-20.
290. Henderson J.I. *Cerebral palsy in childhood and adolescence: (A medical, psychological and social study)*. Edinburgh; London, 1961/ - 485 p.
291. Hickey K. Reading ability of cerebral palsied children devel // *Med. Child. Neurol.*, 1962, v.4, № 2, p. 209-210.
292. Ingram A.J., Withers E., Speltz E. Role of intensive physical and occupational therapy in the treatment of cerebral palsy: testing and results // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1959, 40, p. 429-438.
293. Kastein S., Hendin J. Language development in a group of children with spastic hemiplegia // *Journal of Paediatrics*. – 1951. – Vol. 39. – p. 476-480.
294. Kimura D., Cannad S. Visual Perception in Hemiplegic Patients // *Journal Psychology*. – 1961. – Vol. 15. – p. 42-49.
295. Klapper R., Zeldin A., Rirch H.G. 24 year follow up. Study of Cerebral palsy Intellectual change and Stability *American Journal of Ortho psychiatry*. - 1967, 37. – p. 540-547.
296. Levitt S. *Treatment of cerebral palsy and motor delay*. – 1977. 255 p.
297. Little W. *A treatise on Deformities*. – London, 1853.
298. Marie C., Crickmay M.A. *Speech Therapy and the Bobath: approach to Cerebral palsy* // L.E.S.T. ed. Panamericana, 1974.

299. Mussen P.H., Conger J.J., Kagan J., Huston A.C. Child development and personality. – N.Y., 1984. – 270 p.
300. Oswin M. Behavior problems among children with cerebral palsy. – Bristol, 1967. – 93 p.
301. Paneth N. The causes of cerebral palsy. Recent evidences // Clin. Invest. Med. – 1993. - № 16.
302. Patel A.J., Barochovsky O., Lewis P.D. Psychotropic drugs and brain development // Neuropharmacology, 1981, v. 20, p. 1243-1249.
303. Peter F. Bewegungsanalysen und Bewegungstherapie in Säuglings und Kleinkind alter. – Stuttgart, New York, 1979. - 154 s.
304. Phelps W. Treatment of paralytic disorders exclusive of poliomyelitis // Surgical treatment of the motorskeletal system, p. 1. – London, 1945. – p. 253-267.
305. Piaget J. Le langage et la pensee de l`enfance. – Paris, 1923.
306. Posniak A., Saturen P., Tobis S., Wallace H. Evolution of rehabilitation in the severely handicapped Cerebral palsy child // Arch. phys. med. a rehabilit., 1958, v. 39, № 8, p. 482-487.
307. Rolland M., Assouline C., Labourie S. Technologies medicale historique de la reanimation et sequelles associees // L`infirmite motrice cerebrale. Actes du colloque. – Paris, 1996.
308. Rosman N.P., Oppenheimer E.J. Maternal drinking and the fetal alcohol syndrome // The at-risk infant / Ed. S. Harel., Baltimore, London, 1985, p. 121-127.
309. Saran M. Assessment of intellectual Functioning Across the life-span in Severe Cerebral Palsy // Developmental Medicine and Child Neurology. – 1986. – Vol. 28. – p. 27-38.
310. Schonell F.E. Educating spastic children. The education and guidance of the cerebral palsy child. – London, 1956.
311. Skatvedt M. Therapy of cerebral palsy // Acta paediatrica Uppsala, 1958, v. 45, p. 482-487.
312. Swaab D.F. Neuropeptides and brain development // A Multidisciplinary Approach to Brain Development. Proc. Intern. Meeting. – Italy, 1980, April 18-20, p. 181-196.
313. Tardieu G. Le dossier clin: gue de l`infirmite motorice cerebrale // Rev. de Neuropsych. Inf. et d-Hug. Ment. de l`Enf., 1968, 16, 1-2, 6-90.
314. Tardieu G. Les feuillets de l`infirmite motrice cerebrale. – Paris, 1966.
315. Vojta V. Die cerebralen Bewegungsstorungen in Säuglingsalter. – Stuttgart, 1976. – 202 s.
316. Werner D.B. Disabled Village Children // Palo Alto, CA: Hesperian Foundation, 1987.
317. Wernice C. Das Aphasische Symptomokomplex. – Breslau, 1874.
318. Westlake H., Rutherford D. Speech therapy for the Cerebral Palsy child // Nat. Sve. For crippled Children and adults. – Chicago, Zuc., 1961.
319. Wolf S.M. The results of treatment in cerebral palsy. – London, 1969. – 327 p.