

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТУЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ И БИЗНЕСА
ИМЕНИ НИКИТЫ ДЕМИДОВИЧА ДЕМИДОВА
(НОУ ВПО ТИУБ ИМ. Н.Д. ДЕМИДОВА)

Кафедра Общей педагогики и психологии
КУРСОВАЯ РАБОТА

по дисциплине: «Специальная психология»

на тему: «Особенности интеллектуального развития детей 5-7 лет с детским
церебральным параличом»

Выполнила студентка 2 курса

Ильязова Анна Михайловна

направления Специальное (дефектологическое)

образование формы обучения заочное

ТУЛА - 2015

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. В настоящее время происходит рост численности детей с неврологической патологией, в частности с детскими церебральными параличами. Детский церебральный паралич характеризуется особенностями нарушений познавательной деятельности, моторной, речевой, а также нервно-психической сферы, при этом степень выраженности зависит от локализации и тяжести поражения коры головного мозга. Данные особенности оказывают негативное влияние на развитие детей дошкольного возраста и становление личности в целом. Мультифакторность этиологии и сложность патогенеза данного заболевания затрудняет эффективность лечения, поэтому ДЦП занимает ведущее место среди других заболеваний центральной нервной системы, ведущих к инвалидизации. В настоящее время в обществе востребованы личности с демократическими взглядами, максимально самостоятельные, креативные, ориентированные на достижение успехов в самых разных областях. Дети с особыми образовательными потребностями должны найти свое место в обществе и занять в нем достойное положение.

Значимость данной проблемы также связана с практикой обучения и воспитания, требующей раскрытия особенностей интеллектуального развития, возможности адаптации к разным видам деятельности, видам знаний ребенка, имеющего заболевания.

Целью исследования является изучение особенностей интеллектуального развития детей с детским церебральным параличом.

Для достижения поставленной цели в работе необходимо решить следующие задачи:

1. Проанализировать современную психолого-педагогическую литературу о детском церебральном параличе, а так же провести обзор основных теорий возникновения детского церебрального паралича, классификации детского церебрального паралича;
2. Раскрыть структуру нарушений интеллектуальной сферы детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом;
3. Подобрать методики для диагностики интеллектуального развития детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом;
4. Подобрать игры и упражнения по развитию интеллектуальной сферы детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

Объектом исследования является процесс развития интеллекта детей 5-7 лет с детским церебральным параличом.

Предметом исследования является особенности интеллектуального развития детей 5-7 лет с детским церебральным параличом.

Теоретическую основу исследования составили: теория деятельностного подхода Л. С. Выготского, концепция деятельности А. Н. Леонтьева, психолого-педагогическая теория деятельности П. Я. Гальперина.

Для решения поставленных цели и задач в работе использовался теоретический метод: анализ современной психологической литературы по теме исследования.

ГЛАВА 1. МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

игра детский церебральный паралич

1.1 Клинические особенности детского церебрального паралича: определение понятия, классификация, формы детского церебрального паралича

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей.

Частота его проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных (от 5 до 9 в разных регионах страны).

ДЦП возникает 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. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. 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), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (перинатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается сочетанию поражения мозга во внутриутробном

периоде и в момент родов.[12, С.8]

Родовая травма, с одной стороны, воздействует на мозг, как и всякая механическая травма, с другой - она вызывает нарушение мозгового кровообращения и в тяжелых случаях кровоизлияние в мозг. Причинами родовых травм могут быть механические повреждения при рождении (применение щипцов, вакуумэкстрактора (15%), неправильное предлежание плода (7%), узкий таз матери, особенно при беременности крупным плодом, скоротечные роды (11%), длительные потуги, искусственные роды - кесарево сечение (8%), патология плаценты или пуповины, обвитие пуповины, слабость родовой деятельности (27%), преждевременное отхождение вод (18%).

Действие родовой травмы обычно сочетается с асфиксией - патологическим состоянием организма, характеризующимся недостатком кислорода в крови и избыточным накоплением углекислоты, нарушением дыхания и сердечной деятельности.

Частота случаев ДЦП среди детей, родившихся в асфиксии, колеблется по данным разных исследователей от 3 до 20%. Четкая связь прослеживается между родовой асфиксией и ДЦП у детей, рожденных преждевременно.

Примерно в 2% случаев основную роль в развитии ДЦП играет генетический фактор. Поскольку термин «ДЦП» не может включить в себя все многообразие патологических сдвигов, возникающих при этом заболевании, уже много лет ведутся поиски и разработки оптимальной классификации этого недуга.

Первая четко оформленная классификация ДЦП принадлежит З.Фрейду (1897). В ее основе лежат клинические критерии. Эта классификация впервые позволила выделить типы ДЦП, которые потом были положены в основу всех последующих классификаций.

На практике часто встречаются сочетания различных вредоносных факторов. В мировой литературе предложено более двадцати классификаций ДЦП. Они основаны на этиологических признаках, характере клинических проявлений, патогенетических особенностях. В отечественной клинической практике используется классификация К.А. Семеновой(1974-1978), которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов, в которую включены собственные данные автора и элементы классификации Д.С.Футера и М.В. Цукер. [35. С.28]

В соответствии с современными представлениями о патогенезе заболевания эта классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания - двигательные, речевые и психические, а также позволяет прогнозировать течение заболевания.

Согласно этой классификации выделяют пять основных форм детского церебрального паралича:

- спастическая диплегия,
- двойная гемиплегия,
- гемипаретическая форма,
- гиперкинетическая форма,
- атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия - наиболее часто встречающаяся форма детского церебрального паралича. Ею страдают более 50% больных церебральным параличом. В литературе ее иногда называют "болезнь Литтля", по имени врача, впервые описавшего ее в середине XIX века. 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 рефлексам.

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. Спастическая диплегия - прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций.

Двойная гемиплегия - это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства 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 рефлексов. Установочные выпрямительные рефлексы совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается. У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует либо больной произносит отдельные звуки, слоги или слова).

Прогноз двигательного, психического и речевого развития неблагоприятный. 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.

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. По-видимому, левое полушарие при воздействии вредных факторов страдает в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны (К.А.Семенова, Л.О.Бадалян). 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 отмечается патология эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности.

Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при своевременном начале 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. Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору), а также кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы. Двигательные расстройства проявляются в виде произвольных насильственных движений - гиперкинезов. В период новорожденности отмечается сниженный мышечный тонус, позже постепенно гипотония сменяется дистонией. Гиперкинезы возникают произвольно, 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 освоить стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4-7 лет, иногда позже. Произвольные движения размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей (К.А.Семенова, 1991).

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. 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.

При атонически-астатической 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).

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. В 55% случаев (по данным К.А.Семеновой), помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-астатической формой детского церебрального паралича имеет место тяжелая степень умственной отсталости. [35. С.29-40]

Все вышеизложенное подтверждает сложный и стойкий характер нарушения двигательной функции у детей, страдающих различными формами детского церебрального паралича, и указывает на то, что эти нарушения специфичны для той или иной формы.

Однако познавательная деятельность детей с ДЦП нарушается и в связи с особенностями их психического развития. Многие авторы (М.Б. Эйдинова, К.А. Семенова, Р.Я. Абрамович-Лехтман, Е.И. Кириченко, И.Ю. Левченко) относят нарушения психического развития у детей с ДЦП к аномальному психическому развитию и утверждают, что эти нарушения в значительной степени зависят от локализации и времени поражения головного мозга.

1.2 Интеллектуальное развитие детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Проблеме психических нарушений у детей, страдающих церебральным параличом, посвящено значительное количество работ отечественных специалистов (Э. С. Калижнюк, Л. А. Данилова, Е. М. Мастюкова, И. Ю. Левченко, Е. И. Кириченко и др.).

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений -- например, тяжелые двигательные расстройства, могут сочетаться с легкой задержкой психического развития а остаточные явления ДЦП -- с тяжелым

недоразвитием отдельных психических функций или психики в целом. Для детей с церебральным параличом характерно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют возникающие в связи с заболеванием ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения.

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

- неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП;
- выраженность астенических проявлений -- повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы;
- сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

Это обусловлено следующими причинами:

- вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;
 - затруднения в познании окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанные с проявлением двигательных и сенсорных расстройств.
- При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом. Около 25% детей имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения. Часто встречается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

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

произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками). У многих детей отмечается недоразвитие фонематического восприятия с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию (ба-па, ва-фа). В таких случаях возникают трудности в обучении чтению, письму. При письме под диктовку они делают много ошибок. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может, иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. Иногда отмечается повышенная чувствительность к звуковым раздражителям (дети вздрагивают, мигают при любом неожиданном звуке), но дифференцированное восприятие звуковых раздражителей у них оказывается недостаточным.[28,С.30] При всех формах церебрального паралича имеют место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз -- невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

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

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

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

У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше, чем заменяются у них определениями там и тут. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около). Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов плохо дифференцируют сходные формы -- круг и овал, квадрат и прямоугольник.

Значительная часть детей с трудом воспринимает пространственные

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

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений -- замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. [1, С. 32]

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.

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.

Особенности мышления у детей с церебральным параличом наиболее четко обнаруживаются при выполнении заданий, требующих симультанного характера интеллектуальных процессов, т.е. целостной интеллектуальной операции, основанной на взаимодействии анализаторных систем.

У детей с церебральным параличом обычно отмечаются не только малый запас знаний и представлений, за счет бедности их практического опыта, но и специфические трудности переработки информации, получаемой в процессе предметно-практической деятельности.

Эти специфические особенности мышления часто сочетаются с нарушенной динамикой мыслительных процессов. Наиболее часто наблюдается замедленность мышления, некоторая его инертность. У отдельных детей отмечается недостаточная последовательность и целенаправленность мышления, иногда со склонностью к резонерству и побочным ассоциациям. Замедленность мышления обычно сочетается с выраженностью церебрастенического синдрома.

Во всех случаях наблюдается взаимосвязь нарушений мышления и речевой деятельности.[16, С.52]

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей имеет место умственная отсталость. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития, связанная как с ранним органическим поражением мозга, так и с условиями жизни.

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

Таким образом, у детей с ДЦП наблюдается специфическое развитие и своеобразие в формировании познавательных процессов, хотя оно идет по тем же законам, что и развитие познавательной сферы нормально развивающихся детей. Нарушения развития отдельных психических функций (внимание, восприятие, память, мышление, речь) тормозят психическое развитие ребенка в целом.

Глава 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

2.1 Психолого-педагогические исследования интеллектуального развития детей

старшего дошкольного возраста с церебральным параличом

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

Для определения уровня умственного развития у детей с ДЦП дошкольного возраста используются диагностические методики, широко применяемые в отечественной и зарубежной психологии. Но психологическое обследование детей с ДЦП является чрезвычайно сложным. Поэтому обследование детей с ДЦП должно быть направлено на качественный анализ полученных данных.

Учитывая тормозящую роль сенсорных дефектов в умственном развитии детей с ДЦП, основное внимание при психологическом обследовании следует уделять уровню развития сенсорно-перцептивной деятельности.

На первых этапах обследования рекомендуется исследовать особенности развития зрительного восприятия: восприятия формы, цвета, величины и пространственных отношений предметов; уровень развития осязательного восприятия предметов: формы, фактуры, веса; уровень сформированности конструктивных и графических навыков и умений.

Обязательно в обследовании необходимо включить изучение процессов анализа, синтеза и обобщений предметов, а также уровень развития количественных представлений.

Методики диагностических исследований интеллектуального развития детей 5-7 лет с ДЦП

Название методики

Автор методики

Цель проведения

Ход проведения

Особенности оценки

Восприятие формы на доске Сегена.

Семаго М.Я.

Определение уровня развития зрительного восприятия

Соотношение фигуры и названий шести фигур (квадрат, круг, овал, ромб, треугольник, прямоугольник).

5 уровней оценки.

Дети с ДЦП с потенциально сохранным интеллектом справляются с заданием с 4 - 5 лет, однако испытывают некоторые трудности в их словесном обозначении.

У детей с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием наблюдается хаотичный, беспланный способ работы, в результате чего продуктивность резко снижена.

Восприятие цвета предметов.

Собчик Л.Н.

Определение уровня развития цветовосприятия

Называет шесть цветов и оттенков: синий, красный, голубой, желтый, коричневый, розовый, оранжевый.

5 уровней оценки.

Дети с ДЦП с сохранным интеллектом, как правило, трудностей при соотнесении цветов по подобию не испытывают, но путают их названия.

У детей с ДЦП с психическим недоразви-ием наблюдаются трудности соотнесения цветов по подобию.

Восприятие величины предметов.

Коробкова Э.А.

Уровень развития зрительного восприятия

Собирает трехсоставную матрешку и правильно называет большую, маленькую и самую маленькую. Соотносит цилиндрики по высоте.

5 уровней оценки.

Различение контрастных предметов по величине не вызывает особых трудностей у детей с ДЦП с сохранным интеллектом. Но при соотнесении предметов с местом с учетом величины у большинства детей отмечается хаотичный, бесплановый способ работы, они правильно соотносят только контрастные величины. Однако при дополнительной инструкции, дети с заданием справляются и успешно переносят усвоенный способ работы на выполнение следующих заданий.

Дети с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием затрудняются в выполнении даже первых заданий, хаотично манипули-руют с предметами.

Исследова-ние мыслитель-ных процессов.

Бернштейн А.Н.

Определение уровня развития мышления

Ориентируется на существенный признак предмета и правильно объясняет свой выбор

3 уровня оценки.

Психолог отмечает, как ребенок принимает задание, на какой признак предмета ориентируется: цвет, форму, величину, а также как ребенок словесно обозначает три объединенных в одну группу предмета.

Классификация предметных картинок.

Семаго М.Я.

Определение уровня развития мышления

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

3 уровня оценки.

Психолог фиксирует, как ребенок принимает задание, адекватно ли его выполняет и какова обучаемость ребенка. Это задание рекомендуется давать детям не раньше пятилетнего возраста. В начале занятия дети могут не классифицировать картинки, но после 2-3 дополнительных инструкций должны провести обобщение по существенному признаку.

При исследовании особенностей интеллектуального развития дошкольников с ДЦП важен не только сам результат выполнения заданий, а главное - способ их выполнения. Предъявляемые ребенку задания должны быть не только адекватны его биологическому возрасту, но и уровню его сенсорного, моторного и интеллектуального развития. Процесс обследования необходимо проводить в игровой форме, доступной ребенку.

Дифференциальная диагностика умственного развития при ДЦП очень сложна, так как необходимо учитывать все факторы, определяющие психическое развитие этих детей, в том числе сенсорную и социальную депривацию, трудности организации речевого общения, моторные затруднения. Унифицированная система дифференциальной диагностики детей с ДЦП в настоящее время не разработана, попытки ее создания у нас в стране также не имели успеха -- слишком велико число факторов, которые необходимо учесть при создании такой системы. Наиболее объективной остается диагностика, опирающаяся на длительное наблюдение в сочетании с экспериментальными исследованиями отдельных психических функций и изучением темпа приобретения новых знаний и навыков. Такой подход к изучению психолого-педагогических особенностей ребенка с ДЦП и его потенциальных возможностей требует, во-первых, больших затрат времени, а во-вторых, высокой квалификации специалистов, осуществляющих диагностику, глубокого знания клиники заболевания и особенностей психического и речевого развития детей с церебральным параличом.

Знание клинической картины динамики изменения состояния ребенка под влиянием лечения, формы ДЦП, сопутствующих синдромов помогает специалисту правильно определить стратегию обследования, подобрать наиболее подходящие методики и материалы для предъявления ребенку, учесть клинические характеристики при качественном анализе результатов психолого-педагогического обследования.

Кроме того, задачей психолого-педагогической диагностики детей с церебральным параличом являются этапные исследования, позволяющие оценить изменения в состоянии ребенка под воздействием лечебных, коррекционных и воспитательных мероприятий. Такие исследования позволяют увидеть не только положительные динамические изменения, но и недостаточный темп формирования новых умений и навыков, отсутствие положительной динамики в развитии психических процессов. Это даст возможность своевременно внести изменения в программу коррекционной работы с ребенком. [12, С. 55]

Основным методом изучения является педагогическое наблюдение, в ходе которого ребенку могут быть даны различные задания. Желательно проводить обследование в присутствии матери, так как многие дети с этим заболеванием боятся новых людей и новой обстановки.

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

В схему обследования детей старшего дошкольного возраста, страдающих

церебральным параличом, необходимо включать задания на изучение всех видов восприятия, конструирования, пространственных и временных представлений, графических навыков.

Нарушение интеллектуального развития у детей при ДЦП вносит свою специфику в организацию психологического обследования, целесообразность изменения стандартной процедуры обследования или модификации инструкций. Учитывая повышенную истощаемость данного контингента детей, нужно внимательно относиться к «дозированию» тестовых нагрузок. Как правило, для детей 5 - 7 лет длительность разового обследования не должна превышать 20 - 30 минут.

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

1. Деятельностный принцип, направленный на проведение психологического обследования в контексте деятельности доступной ребенку с ДЦП: предметно-практической, игровой, учебной деятельности.
2. Принцип качественного анализа полученных данных психологического обследования. Для психолога важен не только конечный результат выполнения тестового задания, а также способ работы ребенка, его умение переносить усвоенные навыки на новое задание, отношение ребенка к заданию, собственная оценка результатов.
3. Принцип сравнительного подхода. При изучении аномального развития психолог должен правильно ориентироваться в особенностях психического развития здорового ребенка.

2.2 Рекомендованные игры и упражнения по развитию интеллектуальной деятельности детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом
Игра у детей с церебральным параличом является одним из видов деятельности, в процессе которой решаются общеразвивающие и коррекционные задачи. В процессе игры осуществляется умственное воспитание детей, развиваются и отрабатываются необходимые двигательные умения, развивается речь.

Дети с ДЦП, как правило, либо не умеют играть, либо их "игра" носит своеобразный характер: проявляя интерес к игрушке, они долго ею не занимаются и часто используют не по назначению. Если ребенок не умеет играть, не может сосредоточить свое внимание на какой-либо одной игрушке, хватается за все или, наоборот, бессмысленно повторяет одно и то же действие - то такого ребенка необходимо скорее научить играть.

Постепенно в игры с ребенком необходимо включать целенаправленные и регулярные упражнения для развития слухового и зрительного внимания. Для этого надо развивать умение правильно воспринимать, слышать и сортировать предметы по основным признакам: цвету, форме, величине и целостности. Важно также начать формировать умение терпеливо выполнять постройки по образцу, развивать подражание и запоминание. Такие игры-занятия следует проводить регулярно, желательно ежедневно и лучше 2 раза в день. Их продолжительность может быть самой разнообразной: от 2 - 3 мин в первые дни занятий до 20 - 30 мин. Чем продолжительнее занятие, тем больше разнообразных упражнений надо в него

включать. Задания располагайте по степени трудности их выполнения детьми. Обучение игре можно проводить как в неожиданно создавшейся для этого ситуации, так и в специально отведенное время.

Значимым разделом в процессе развития познавательной сферы у детей с церебральным параличом считается формирование мелкой моторики. Игры и упражнения на развитие мелкой моторики помогают преодолеть ряд трудностей, связанных с физическими нарушениями. В процессе упражнений и игр, направленных на уточнение движений пальцев рук, происходит развитие внимания, точности глазомера и координации движений, зрительной памяти, ориентировки в пространстве, элементов логического мышления, математических способностей.[12, С. 84]

Развитие тонких движений пальцев рук особенно тесно связано со становлением речи. С помощью ритмической речи у детей вырабатывается правильный ритм дыхания, темп речи, речевой слух, речевая память. Применение стихотворной речи привлекает детей участвовать в играх и делать различные упражнения.

Массаж (самомассаж) и пальчиковые игры

Массаж является одним из видов пассивной гимнастики. Необходимо детей с ДЦП учить и приемам самомассажа: поглаживание, растирание, выжимание, активные и пассивные движения. Позже можно использовать пальчиковые игры, сопровождаемые стихами.

Тонкую моторику рук следует развивать через разнообразные упражнения, соответствующие возрасту ребенка и его возможностям. Подбор предметов должен быть для каждого ребенка индивидуальным, так как при сильных поражениях для одних они должны быть крупными (большие шарики, вмещающиеся в ладонку ребенка, толстые палочки, веревка вместо шнурка), для других наоборот - мелкие. Формирование мелкой моторики начинается с простейших игр, с выполнения жестов: погрозить пальцем, подозвать пальцем к себе, помахать рукой, постучать в дверь пальцами.

Игры с мячами и шариками

Особую роль в развитии мелкой моторики играют мячи и шарики. Регулярные игры и упражнения с мячами и шариками улучшают память, тренируют мозг ребенка, развивают координацию движений, ловкость рук, развивают логическое мышление. Мячи детям предлагаются разные по величине, упругости. Самым большим мячом для развития мелкой моторики является такой, который ребенок сможет зажимать в кисти рук, самым маленьким - диаметром в один сантиметр. Коррекция мелкой моторики с помощью мяча и шарика необходимо начинать с детьми с ДЦП с первых занятий. Начинать нужно с тех предметов, с которыми ребенок справляется без помощи взрослого. Тогда у него появится интерес к выполняемому заданию, которое впоследствии можно будет усложнить.

Игры и упражнения, близкие к жизненным ситуациям

С дошкольниками с ДЦП необходимо использовать коррекционно-развивающие игры и упражнения, близкие к жизненным ситуациям. В их основе лежит методика М. Монтессори. С помощью этих игр у детей вырабатывается точность движения,

ритмичность, память, внимание, развивается мелкая мускулатура кистей рук, сосредоточенность, стимулируется воображение, развивается самостоятельность и активность:

- застегнуть пуговицу, молнию;
- открывать и закрывать замки и краны;
- завязать шнурки;
- перелить воду из одного стакана в другой;
- заплести косичку;
- расчесаться;
- протереть пыль;
- помести веником;
- нанизать колечки, крючочки, прищепки;
- смотать ленту, тесьму, нитки;
- разрезать ножницами;
- переложить или пересортировать бусинки (горох, фасоль);
- выложить кусочки материи (по цвету, величине, форме).

Игры-шнуровки

Сложным заданием для детей с церебральным параличом являются игры-шнуровки. Вначале необходимо детей познакомить со всеми предметами; показать, как нужно просунуть шнурок в отверстие, как сделать стежок, как вынуть шнурок из отверстия. Отверстия должны быть большими, а кончики шнурка плотными.

Шнуровка способствует развитию у ребенка мелкой моторики руки, уточнения движения пальцев, концентрации внимания, развитию точности глазомера, координации движений и последовательности действий. В этих играх особое место отводится развитию творческих способностей ребенка.

Игры-мозаики

Игры-мозаики, изготовленные из разного материала, развивают внимание, память и мышление ребенка, способствуют интенсивному развитию движений пальцев рук. С помощью этих игр можно провести интересные соревнования, конкурсы. Игры-мозаики можно проводить под спокойную мелодичную музыку.

Игры и упражнения, связанные с определением цвета и формы

Важная роль в развитии познавательной сферы у детей дошкольного возраста с ДЦП принадлежит играм и упражнениям, связанным с определением цвета и формы.

Знакомство с геометрическими формами развивает у детей логическое мышление, внимание, усидчивость, самостоятельность, наблюдательность, уверенность в себе.

Дети усваивают названия геометрических фигур, пространственные термины, учатся сравнивать, сопоставлять результаты своих работ.

Лепка

Большое значение для укрепления кистей рук и развития мелкой и крупной моторики имеет лепка. Она необходима для развития у детей с ДЦП сенсорных и пространственных ощущений, восприятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проанализировав современную психолого-педагогическую литературу по теме:

«Особенности интеллектуального развития детей 5-7 лет с детским церебральным параличом», можно сделать вывод, что детям с таким серьезным заболеванием, как церебральный паралич важна не только медицинская, но и педагогическая помощь. Кроме двигательных и речевых нарушений, структура дефекта при церебральном параличе включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Они могут быть связаны как с первичным поражением мозга, так и с задержкой его постнатального созревания. Большая роль в отклонениях психического развития детей с церебральным параличом принадлежит двигательным, речевым и сенсорным нарушениям. Двигательные нарушения ограничивают предметно-практическую деятельность. Отклонения в психическом развитии у детей с церебральным параличом в большой степени обусловлены недостаточностью их практической деятельности и социального опыта, коммуникативных связей с окружающими и невозможностью полноценной игровой деятельности.

Двигательные нарушения и ограниченность практического опыта могут быть одной из причин недостаточности высших корковых функций и, в первую очередь, несформированности пространственных представлений.

Должна проводиться необходимая коррекционная работа, направленная на общее развитие ребенка. Необходимо формировать познавательную деятельность малыша, воспитывать активность и разнообразие интересов, тем более, что у многих детей с ДЦП имеются потенциально сохраненные предпосылки к развитию мышления, в том числе и его высших форм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян, Л.О., Журба, Л.Т., Тимонина, О. В. Детские церебральные параличи. М., 2008.
2. Безруких, М.М., Сонькин, В.Д. Возрастная физиология. М., 2010.
3. Бойко, В.В. Экспресс-диагностика личностной склонности к сниженному настроению // Фетинский, Н.П., Козлов, В.В., Мануйлов, Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., 2009.
4. Вопросы этиопатогенеза детского церебрального паралича. Автор: Семенов, И. В., 2000. - 555 с.
5. Дворникова, Т.А. Качественная характеристика нарушений познавательной деятельности у детей, страдающих гемипаретической формой ДЦП и ЗПР в поздней резидуальной стадии болезни // Всесоюзная конференция по организации психологической и неврологической помощи детям - М., 2010.
6. 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 им. С. С. Корсакова. -- 2000
7. Жигорева, М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии. Педагогическая помощь, М., 2006.
8. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. М., 2007.
9. Коняева, Н.П., Никандрова, Т.С. Воспитание детей с нарушениями

интеллектуального развития. Владос, 2010. - 200 с.

10. Левченко, И.Ю. Забрамная, С.Д. Добровольская, Т.А. Психолого-педагогическая диагностика Учебное пособие для ВУЗов. - М.: Издательский центр «Академия», 2007. - 320 с.

11. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 2009.

12. Левченко, И.Ю., Приходько, О.Г., Гусейнова, А. Детский церебральный паралич: Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками. Изд-во Книголюб, 2008.

13. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 2009.

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

15. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб., 2001.

16. Мастюкова, Е.М. Интеллектуальные нарушения у детей с ДЦП // Клиническое и психологическое изучение детей с интеллектуальной недостаточностью. М., 2006.

17. Мастюкова Е. М. Дети с церебральным параличом. Специальная психология / под ред. В. И. Лубовского. -- М., 2003.

18. Мастюкова, Е.М. О развитии познавательной деятельности детей с ДЦП // Дефектология. - 2003 - №6.

19. Мастюкова, Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. М., 2001.

20. Мастюкова, Е. М., Ипполитова, М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. -- М., 2005.

21. Немкова, С.А. и др. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения и соц. развития Российской Федерации, Науч. центр здоровья детей РАМН, Российский нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова; М.: Союз педиатров России, 2012. -- 60 с.

22. Немкова, С. А., Маслова, О. И., Сатари, В. В. Диагностика и коррекция нарушений пространственных представлений у больных детским церебральным параличом / Материалы 1-й Международной конференция «Интеллектуальные технологии и средства реабилитации людей с ограниченными возможностями». -- М., 2010.

23. Психологическое изучение детей с нарушениями развития. Книга+CD, Левченко, И.Ю. 2013. - 152 с.

24. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития. Курс лекций Забрамная, С.Д., Левченко, И.Ю. Изд. Секачев В. 2007. - 128 с.

25. Сенсорное воспитание детей с отклонениями в развитии Авторы: Метиева Людмила, Удалова Эльвира. Издательство: Книголюб, 2007.

26. Семенова, К.А. К патогенезу вторичной задержки развития интеллекта при ДЦП // Обучение и воспитание детей с недостатками в физическом и умственном развитии. - М., 2010.

27. Симонова, Н. В. Формирование пространственно-временных представлений у

- детей с церебральным параличом / / Дефектология. -- 1981.
28. Смирнова, И. А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. -- СПб., 2003.
29. Смирнова, И. А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. -- СПб., 2010. -- 320 с.
30. Специальная педагогика: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений/под ред. Н.М. Назаровой. -- М.: Академия, 2004. Учебно-методическое пособие Санкт-Петербург 2003.
31. Смирнова, И. А. «Специальное образование дошкольников с ДЦП». Учебно-методическое пособие. СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. - 160 с.
32. Стребелева, Е.А. Екжанова, Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста с неярко выраженными отклонениями в развитии. Научно-методическое пособие. Изд-во «Каро», 2013. - 336 с.
33. Физиология развития ребенка. Руководство по возрастной физиологии / под ред. Безруких, М. М., Фарбер, Д. А. М., 2010.
34. Шипицына, Л.М., Мамайчук, Л.М. Детский церебральный паралич. СПб., 2001.
- Размещено на Allbest.ur