

Психологические особенности детей с нарушением опорно-двигательного аппарата

Недостатки развития движений у детей обнаруживаются на разных уровнях нервной и нервно- психической организации. Результатом функциональной недостаточности, проявлением слабо выраженной резидуальной органики является имеющее место у всех детей двигательная неловкость и недостаточная координация, проявляющиеся даже в таких автоматизированных движениях, как ходьба и бег. У многих детей наряду с плохой координацией движений наблюдаются гиперкинезы - чрезмерная двигательная активность в форме неадекватной, чрезмерной силы или амплитуды движений. У некоторых детей наблюдаются мышечные подергивания. В некоторых случаях, но значительно реже, напротив, двигательная активность значительно снижена по отношению к нормальному уровню.

Нарушения опорно-двигательного аппарата, определяет развитие познавательной сферы детей. Так восприятие пространства рассматривается как результат совместной деятельности различных анализаторов, среди которых особо важное значение имеет двигательно-кинестетический.

У детей с церебральными параличами имеет место **недоразвитие пространственного гнозиса**, что связано с недоразвитием или поражением теменной доли больших полушарий головного мозга и с нарушениями зрительного восприятия.

В свою очередь, **нарушения зрительного восприятия** связаны с недостаточностью фиксации взора и конвергенции, сужением полей зрения, птозом, двоением, нистагмом и снижением остроты зрения. Нарушения подвижности глазных яблок являются следствием пареза мышц, двигающих глазное яблоко.

Нарушения слухового восприятия также имеют значение в нарушении формирования пространственного гнозиса. Подобные сенсорные нарушения в дальнейшем служат причиной нарушения внимания и неумения сосредоточиться на задании.

Наличие патологических тонических рефлексов и парезов рук приводит к **недоразвитию зрительно-моторной координации**. Наряду с нарушением формирования пространственного гнозиса это затрудняет формирование восприятия формы и овладение умением соотносить в пространстве объемные и плоские величины. При этом страдает также развитие схемы тела. Задерживается формирование понятий «правое» и «левое». Большое значение в недоразвитии схемы тела имеют недостаточность кинестетических ощущений, недоразвитие реакции равновесия, поражение нижней части теменной доли правого или левого полушария мозга. Так, при поражении левой теменной доли с большим трудом формируются представления о правом и левом, развиваются элементы астереогнозии, в дальнейшем затруднено усвоение письма, чтения и счета.

Речевые нарушения у детей с церебральными параличами характеризуются задержкой речевого развития, дизартрией и алалией. Задержка речевого развития отмечается уже в доречевой период. Гуление и лепет появляются поздно,

отличаются фрагментарностью, бедностью звуковых комплексов, малой голосовой активностью. Первые слова также запаздывают, активный словарь накапливается медленно, формирование фразовой речи нарушается. Задержка речевого развития, как правило, сочетается с различными формами дизартрии или алалии.

У детей с церебральными параличами наиболее **часто отмечается псевдобульбарная дизартрия**. Для этой формы дизартрии характерно повышение тонуса речевой мускулатуры. Язык в полости рта напряжен, его спинка спастически изогнута, кончик не выражен. Губы спастически напряжены. Повышение мышечного тонуса может чередоваться с гипотонией или дистонией в отдельных мышечных группах артикуляционного аппарата. Парезы артикуляционных мышц вызывают расстройство звукопроизношения по типу псевдобульбарной дизартрии. Характерны нарушение голосообразования и расстройство дыхания. Часто наблюдаются содружественные движения (синкинезии) в артикуляционной мускулатуре.

Наряду с псевдобульбарной дизартрией, которая может встречаться при всех формах церебрального паралича, имеют место и другие формы дизартрии. Так, экстрапирамидная форма дизартрии наблюдается при гиперкинетической форме детского церебрального паралича. Эта форма характеризуется мышечной дистонией, гиперкинезами артикуляционных мышц, выраженным нарушением интонационной стороны речи. При атонически-астатической форме детского церебрального паралича отмечается мозжечковая дизартрия, особенностью которой является асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Речь носит замедленный и толчкообразный характер. К концу фразы голос затихает (скандированная речь). Часто встречается смешанная дизартрия. Моторная алалия приводит к недоразвитию всех сторон речи: фонематической, лексической, грамматической и семантической. При сенсорной алалии затруднено понимание обращенной речи. Отмечаются выраженные нарушения фонематического восприятия, вторично страдает развитие моторной речи.

Таким образом, речевые нарушения у детей с церебральными параличами редко бывают изолированными. Чаще дизартрия сочетается с задержками речевого развития или с алалией.

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

У этих детей отмечается не только ограниченный запас знаний и представлений об окружающей действительности за счет бедности их практического опыта, но и имеют место специфические трудности переработки информации, получаемой как в процессе коммуникативной, так и предметно-практической деятельности.

Недостаточная сформированность наглядно-действенного и образного мышления у детей в сочетании со стойкими речевыми расстройствами обуславливает отставание в развитии словесно-логического мышления.