

С.А. Немкова^{1, 2}, О.И. Маслова¹, Г.А. Каркашадзе¹, А.М. Мамедъяров¹

¹ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Психологические аспекты комплексной медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом

Контактная информация:

Немкова Светлана Александровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, старший научный сотрудник отделения когнитивной педиатрии НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, тел.: (985) 921-64-18, e-mail: nemkova-sa@yandex.ru

Статья поступила: 16.11.2012 г., принята к печати: 24.04.2013 г.

В статье подробно освещаются психологические аспекты комплексной медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом. Резидуально-органическая церебральная недостаточность при детском церебральном параличе может являться основой для развития как когнитивных расстройств, так и психогенных реакций, патологических формирований личности ввиду воздействия неблагоприятных психосоциальных влияний, обусловленных нарушениями двигательных и психических функций, что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий. Авторами рассмотрены актуальные проблемы диагностики и лечения психологических нарушений при детском церебральном параличе, предложена система комплексной реабилитации психической патологии при данном заболевании, направленная на коррекцию психоэмоциональных, когнитивных и поведенческих расстройств, а также восстановление социальной адаптации детей и подростков с церебральным параличом.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, психологические расстройства, реабилитация.

(Педиатрическая фармакология. 2013; 10 (2): 107–116)

По оценкам ООН, в мире инвалиды составляют 10% общей численности населения, что порождает ряд этических, социальных и экономических проблем, уровень решения которых является одной из важнейших характеристик современного общества [1, 2]. В настоящее время в Российской Федерации проживает более 160 тыс. детей-инвалидов с нарушениями психических функций (включая умственную отсталость, речевые расстройства, другие психологические расстройства), что

составляет 32,8% общего количества детей-инвалидов, определяя высокую социальную значимость данной проблемы [1, 2]. В 60% случаев детская неврологическая инвалидность связана с патологией перинатального периода, при этом 24% составляют пациенты с детским церебральным параличом (ДЦП) [3]. По данным зарубежных авторов, заболеваемость ДЦП отмечается в пределах 2,9–5 (в среднем 2,5), по России — 2,2–3,3, в Москве — 1,9 на 1000 детей [4–6]. Всего в Москве

107

S.A. Nemkova^{1, 2}, O.I. Maslova¹, G.A. Karkashadze¹, A.M. Mamedyarov¹

¹ Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

² Pirogov Russian National Medical Research University, Moscow, Russian Federation

Psychological Aspects of Complex Medical and Social Rehabilitation of Disabled Children with Cerebral Palsy

The article deals with psychological aspects of complex medical and social rehabilitation of disabled children with cerebral palsy in detail. Residual-organic cerebral insufficiency at cerebral palsy may be a basis for development of both cognitive disorders and psychogenic reactions, pathological personality formations due to the adverse psychosocial influences caused by disorders of motor and mental functions, which is necessary to take into consideration when conducting rehabilitation measures. The authors considered actual problems of diagnosing and treating the psychological disorders at cerebral palsy and suggested a system of complex mental pathology rehabilitation for this disease, which is aimed at correcting psychoemotional, cognitive and behavioral disorders and also restoring the social adaptation of children and adolescents with cerebral palsy.

Key words: cerebral palsy, psychological disorders, rehabilitation.

(Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology. 2013; 10 (2): 107–116)



насчитывается около 4 тыс. детей и подростков с церебральным параличом, из них более 80% имеют те или иные нарушения психического развития, что должно учитываться при планировании восстановительного лечения и социальной реабилитации больных [7–9].

Формирование психических расстройств при ДЦП зависит от этиологических факторов, периода онтогенеза в момент их действия, локализации, степени выраженности поражения мозга, а также социально-педагогических условий, в которых развивается больной ребенок [10, 11]. У детей с церебральным параличом резидуально-органическая церебральная недостаточность мозга может являться основой для развития когнитивной патологии, психогенных реакций, а также патологических формирований личности ввиду воздействия неблагоприятных психосоциальных влияний, обусловленных их инвалидностью [10–12].

Исследования отечественных психологов свидетельствуют, что детей с церебральным параличом характеризует замедленный и неравномерный темп психического развития с диспропорциональностью в формировании отдельных психических функций, что дает основание говорить о своеобразной дизонтогении психического развития церебрально-органического генеза. К основным вариантам аномального развития следует отнести:

- локальный дизонтогенез отдельных высших психических функций (речи, пространственных представлений, различных видов гнозиса, праксиса, внимания, памяти и др.);
- нарушения умственной работоспособности;
- нарушения произвольной регуляции психической деятельности;
- специфическую задержку психического развития, при которой имеет место сочетание представленных выше нарушений со стойко ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем мире и специфическими особенностями мыслительной деятельности, обуславливающими замедленное усвоение нового материала, ввиду чего основными синдромами у детей с церебральным параличом являются церебрастенический (с выраженными нарушениями умственной работоспособности), синдромы локальных нарушений отдельных высших психических функций, нарушения в развитии эмоционально-волевой сферы [8, 12–15].

Сочетания расстройств моторной сферы и психических нарушений при ДЦП различны. При спастической диплегии (тетрапарез, при котором руки страдают меньше, чем ноги) дети часто могут обслуживать себя, владеют письмом и отдельными трудовыми навыками. Наряду с удовлетворительным развитием вербального мышления отмечается недостаточность наглядно-образного (с трудом запоминают расположение кабинетов в школе, не умеют рисовать). Многие из таких детей способны к обучению в массовых школах [1, 8, 16]. При гемипаретической форме (парезы одной стороны тела, более выраженные в верхней конечности) часто наблюдаются нарушения речевых функций, счета, зеркальное письмо [8, 14, 17]. Гиперкинетическая форма характеризуется триадой: гиперкинезы, тугоухость, интеллектуальная недостаточность (особенно страдает вербальное мышление в связи с нарушениями речи, наглядно-образное мышление сохранено — дети успешно рисуют, конструируют) [8, 18].

Наиболее часто, по данным большинства исследователей, у детей с церебральным параличом отмечаются нарушения пространственного восприятия (до 80%), схемы тела (до 75%), конструктивной деятельности (до 60%) и кинестетического праксиса (до 60%) [1, 8, 19, 20].

Основными видами патологии интеллектуального развития при ДЦП являются умственная отсталость различной степени тяжести и пограничные формы интеллектуальной недостаточности, характеризующиеся более легкими и в значительной степени обратимыми нарушениями познавательной деятельности [1, 8, 14, 19, 20].

На базе ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН нами было проведено исследование распространенности и структуры нарушений умственного развития у 246 больных ДЦП в возрасте от 1 до 18 лет, которое выявило, что близкое к норме интеллектуальное развитие отмечается у 50% пациентов с гемипаретической формой, у 33% — со спастической диплегией, у 23% — с гиперкинетической формой, у 4% — с атонически-астатической и 3% больных с двойной гемиплегией. Задержка психического развития наблюдалась у 27% детей с атонически-астатической формой, у 25% — с гемипаретической, у 19% — при спастической диплегии, у 16% — с гиперкинетической формой заболевания, у 14% пациентов с двойной гемиплегией. Умственная отсталость различной степени тяжести отмечалась у 83% больных с двойной гемиплегией, у 65% пациентов с атонически-астатической формой, у 61% — с гиперкинетической формой и 48% — при спастической диплегии [1, 21].

Таким образом, анализ частоты встречаемости и структуры интеллектуальной недостаточности у больных с различными формами ДЦП показывает, что реже всего интеллектуальные расстройства отмечаются при гемипаретической форме заболевания и спастической диплегии, при этом преобладают пограничные нарушения и легкая степень умственной отсталости, а наиболее часто — при двойной гемиплегии с преобладанием среднетяжелой и тяжелой форм умственной отсталости.

В тесном единстве с интеллектуально-мнестическими расстройствами у детей с церебральным параличом выступают пограничные резидуально-органические нервно-психические расстройства (у 2/3 больных) и различные варианты психогенного патологического формирования личности по дефицитарному типу (у 1/3 пациентов), которые зачастую являются ведущими симптомами заболевания и требуют дифференцированного лечебно-коррекционного воздействия, поскольку могут проходить стадии компенсации-декомпенсации в процессе проведения реабилитационных мероприятий, определяя во многом их эффективность [22–24].

К резидуально-органическим пограничным расстройствам относятся состояния, возникшие в результате поражения мозга на различных этапах онтогенеза, в том числе и в перинатальном периоде; и у детей с ДЦП они представлены в виде церебрастенического, неврозоподобного и психопатоподобного синдромов. Данные нарушения чаще всего преобладают в дошкольном и раннем школьном возрасте, но могут отмечаться и на протяжении всей жизни [15, 24].

Церебрастенический синдром занимает ведущее место в клинической картине у больных ДЦП, существенно осложняя проведение как диагностических, так и коррекционных мероприятий. Характерными его чертами являются снижение работоспособности по органическому типу с истощаемостью внимания, слабостью запоминания и аффективными расстройствами. У больных ДЦП он тесно связан с особенностями двигательного дефекта, нередко сопровождается выраженными гипертензионными, вегетососудистыми и вестибулярными нарушениями и, кроме того, в зависимости от формы заболевания имеет ту или иную специфику течения. Так, при спастической диплегии отмечается преимущественно





но астено-динамический вариант церебрастенического синдрома, а при гемипаретической и гиперкинетической формах — астено-гипердинамический вариант. Декомпенсация церебрастенических проявлений при проведении реабилитационных мероприятий связана чаще всего с перенесенными в стационаре инфекционными заболеваниями, ортопедо-хирургическими вмешательствами, либо при недостаточно эффективно спланированной индивидуальной программе реабилитации с чрезмерными нагрузками. Необходимо учитывать, что у больных ДЦП отмечается взаимосвязь церебрастенических проявлений и эмоциональных реакций с двигательной патологией, что отражается на состоянии мышечного тонуса. При утомлении, чаще во второй половине дня, у пациентов со спастической диплегией может отмечаться нарастание мышечного тонуса, при гиперкинетической форме заболевания — ухудшение координации движений, нарастание гиперкинезов, вплоть до степени «двигательной бури», с выраженной вазовегетативной симптоматикой [8, 11, 23].

Неврозоподобный синдром при ДЦП также имеет свою специфику в зависимости от формы заболевания: при спастической диплегии чаще всего определяется фобический вариант в виде различных страхов, а у пациентов с гиперкинетической формой — истероформный. Фобии обычно связаны с двигательной недостаточностью (страх падения, передвижения, улицы, высоты), не поддаются разубеждению, и дети, даже овладев навыком ходьбы, зачастую могут передвигаться, только если их кто-то страхует, что затрудняет развитие автоматизации локомоторной функции [8]. Дети с гиперкинезами, несмотря на частые падения и ушибы, двигательны расторможены, импульсивны, эйфоричны, при гемипаретической форме чаще всего отмечаются неврозы в виде заикания, энуреза. Неврозоподобный синдром при ДЦП также связан с двигательной патологией: у больных с гиперкинетической формой при перемене обстановки, разлуке с матерью в стационаре могут отмечаться психомоторные реакции, напоминающие «двигательную бурю», с усилением мышечного тонуса, нередуцированных тонических рефлексов, гиперкинезов, вегетососудистых проявлений, вплоть до шоковых (особенно в раннем возрасте), что приводит к дезадаптации ребенка, искажает клиническую картину и существенно затрудняет проведение реабилитации. У больных со спастической диплегией при дезадаптации, напротив, отмечается двигательная заторможенность, безучастность, отказ от пищи, привычные рвоты. Часто лишь появление матери купирует данные патологические симптомы, что определяет необходимость ее присутствия рядом с ребенком хотя бы в первые дни пребывания в стационаре. Декомпенсация неврозоподобных нарушений у детей с ДЦП также может происходить при утомлении, соматическом неблагополучии, перегреве, изменении атмосферного давления, а также в конце реабилитационного курса или учебного года [8, 11].

Истероформные невротические расстройства у детей с ДЦП могут возникать без всякого повода, без стремления привлечь к себе внимание (как это имеет место при истерических реакциях у здоровых детей), как правило, при переутомлении, в конце дня или недели, что определяет необходимость подбора адекватной нагрузки при проведении реабилитации. Клинически реакции проявляются в виде аффективно-моторных или аффективно-вегетативных припадков, с криками, выгибанием туловища, усилением гиперкинезов, тонических рефлексов, сужением сознания (трудностью привлечения внимания), часто с переходом в насильственный плач [8].

Психопатоподобный синдром протекает у пациентов с ДЦП в виде психической неустойчивости и повышенной эмоциональной возбудимости (импульсивно-эпилептоидный, истеро-возбудимый) с расстройством волевой сферы, преобладанием мотивов получения удовольствия, игровых интересов, развлечений, что приводит к несобранности, низкой работоспособности. Часто таких детей относят к дезорганизаторам, нарушителям дисциплины. Декомпенсация чаще связана с биологическими факторами (переутомлением, соматогениями) и реже обусловлена психогенными причинами, сопровождается усугублением не только психопатологических, но и двигательных нарушений (усилением тонуса, гиперкинезов). Больным свойственен анозогнозический тип реагирования на болезнь (особенно при левосторонней гемипаретической форме ДЦП) — неприятие, игнорирование дефекта, что существенно затрудняет проведение реабилитации [1, 8, 25].

Для лечения невротических реакций помимо медикаментозной коррекции важен охранительный режим, достаточный сон; необходимо избегать переутомления (иногда рекомендуются перерывы в реабилитации на 1–2 дня), психотерапия, предупреждение неправильного воспитания по типу гиперопеки. Необходимо проводить психотерапевтические мероприятия, направленные на обучение больных мышечному расслаблению как основному компоненту аутогенной тренировки [8].

Помимо пограничных психических расстройств, при ДЦП часто имеет место и формирование патологических свойств личности по дефицитарному типу, когда на грубую органическую патологию неизбежно наслаивается воздействие социальных факторов, обусловленных инвалидизацией детей и оказывающих психотравмирующее действие [26–28]. К таким неблагоприятным факторам относятся:

- переживание недоброжелательного отношения сверстников, чрезмерного внимания окружающих;
- явления госпитализма (больные длительный период времени находятся в больницах и санаториях в изоляции от общества и сверстников;
- разлука с матерью или неполная семья (в 25–30% случаев);
- психический травматизм в связи с лечебными процедурами (операциями) из-за несоответствия надежды ребенка на быстрое излечение и необходимостью длительной реабилитации;
- затруднения в процессе обучения из-за параличей, гиперкинезов, пространственных нарушений;
- сенсорная депривация при часто сопутствующих нарушениях зрения, слуха;
- неправильное воспитание по типу гиперопеки (приводит к формированию эгоцентричности, избалованности, застенчивости, эмоциональной незрелости) [25–28].

Известно, что психологическая компенсация осуществляется двумя путями: первый из них обусловлен влиянием социально благоприятной среды, при котором происходит сглаживание основных психопатических особенностей; второй — заключается в выработке вторичных поведенческих черт, ступеневых ведущих симптомокомплекс, и связан с внутренними ресурсами личности, позволяющими найти способы адаптации к внешней среде. Второй путь наблюдается чаще, возможны явления гипер- и псевдокомпенсации, когда новые черты личности сами по себе препятствуют полноценному приспособлению к окружающим условиям [15, 21].

Декомпенсация проявляется в заметном обострении всех присущих личности черт, при этом происходит вре-



менное или длительное снижение либо утрата имевшейся социальной адаптации. Компенсация и декомпенсация сменяют друг друга, отражая выраженность патологических черт и способность к адаптации. При проведении реабилитации детей с ограниченными возможностями необходимо учитывать, что психотравмирующие воздействия, играющие роль в возникновении декомпенсаций, неодинаковы при разных типах расстройств личности: одна и та же по содержанию психотравма для одних может быть значимой, для других — легко переносимой или даже нейтральной [15, 21].

У ребенка-инвалида с ДЦП в связи с переживанием чувства неполноценности возникают психогенные реакции, которые в случае гиперкомпенсации формируются в двух направлениях: пассивно-оборонительном и агрессивно-защитном [8, 27]. Психогенные изменения личности более отчетливо выявляются у подростков и юношей, и часто преобладают над психоорганическими, которые подвергаются обратному развитию в процессе возрастной динамики и лечения. В целом психогенное патологическое формирование личности наблюдается у детей со спастической диплегией, реже при других формах, однако, при отягощении состояния больных дефектами слуха или зрения появление психогений ускоряется. Некоторые исследователи для понимания этой проблемы используют концепцию Юнга об экстра- и интравертированных личностях: детям со спастической диплегией более свойственны интравертированные черты характера: пугливость, склонность к различным страхам, любовь к повышенному вниманию, которое гарантирует безопасность. Для детей с гиперкинезами характерны экстравертированные черты: общительность, легкая возбудимость, вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость [8, 27, 29].

Среди аномалий развития личности у больных ДЦП преобладают различные варианты психического инфантилизма, основным признаком которого является недоразвитие произвольной регуляции поведения и высших форм волевой деятельности, при этом у пациентов с ДЦП отмечаются все три варианта осложненного психического инфантилизма [12]:

- 1) невропатический (представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии);
- 2) церебрастенический (признаки эмоционально-волевой незрелости сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, нарушениями памяти, внимания и умственной работоспособности);
- 3) органический (сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности в виде инертности, тугоподвижности мыслительных процессов, низкого уровня операций обобщения).

Проявления психического инфантилизма характерны почти для всех детей, страдающих детским церебральным параличом: несвойственные данному возрасту черты детскости, непосредственности; преобладает деятельность по мотивам удовольствия, склонность к фантазированию и мечтательности. Свойственные детям с церебральным параличом пугливость, повышенная «тормозимость» в незнакомых условиях надолго фиксируются у них, что существенно отражается и на процессе обучения [8, 30].

Помимо различных проявлений психического инфантилизма, ряд исследователей отмечают у детей с ДЦП наличие вариантов психастенического, астенического и аутистического развития личности [5, 17, 25].

Длительное клинико-динамическое наблюдение позволило предложить следующую типологию психоген-

ного патологического формирования личности у детей и подростков с церебральным параличом [8, 23, 26]:

1. Астено-невротический тип характеризуется повышенной ранимостью, обидчивостью, невыносливостью к малейшим жизненным и учебным затруднениям, комплексом неполноценности с формированием пассивно-оборонительных реакций, иногда заиканием, энурезом; страхом падения, передвижения, высоты; аффективными колебаниями, особенно в подростковом возрасте, со склонностью к тревожным и депрессивным состояниям, иногда суицидальным попыткам. Наблюдается чаще у больных с выраженным двигательным дефектом, неустойчивой походкой, находящихся в большой зависимости от окружающих. Дети болезненно переносят врачебный осмотр, инъекции и другие процедуры, что сопровождается выраженными вегетососудистыми реакциями; трудно привыкают к условиям стационара, реагируют на разлуку с матерью адинамией, плаксивостью, отказом от еды. Отмечается недостаток способностей к длительным физическим и интеллектуальным нагрузкам. К положительным чертам относятся целенаправленность и заинтересованность в выполнении заданий, что способствует компенсации астенических проявлений и является основой для реабилитации.
2. Псевдоаутистический тип формируется, как правило, у обездвиженных больных с тяжелым двигательным дефектом, сочетающимся с расстройствами речи, что обуславливает социальную депривацию ребенка и проявляется в виде склонности к замкнутости, пассивности, одиночеству, самоанализу, фантазиям, которые носят часто гиперкомпенсаторный характер. Больные часто пишут стихи, ведут дневник; некоторые девочки собирают фотографии балерин. При поступлении в стационар дети медленно привыкают к новой обстановке, быстро устают на коррекционных занятиях. У детей и подростков этой группы раньше, еще в дошкольном возрасте, наблюдается осознание дефекта, направленность на его коррекцию. Данный тип больных входит в группу повышенного риска по склонности к суициду.
3. Аффективно-возбудимый тип характеризуется повышенной эмоциональной возбудимостью, агрессивными вспышками, грубостью, драчливостью, реакциями протеста и отказа, имитацией отрицательного поведения окружающих, особенно при хронической психотравмирующей ситуации. Чаще наблюдается при неблагоприятных условиях жизни и воспитания, наследственной предрасположенности. Характерен для детей с нерезко выраженным двигательным дефектом, как правило, с гемипаретической формой ДЦП. Компенсация возможна при разрешении психотравмирующей ситуации и ухода от отрицательного влияния семьи, окружения, при формировании адекватных профессиональных интересов.
4. Неустойчивый вариант формируется, как правило, у подростков, при этом отмечается недоразвитие волевой деятельности, внушаемость, беспечность, неустойчивость намерений и поступков, стремление к постоянной гипероценке себя, смене впечатлений, поверхностность знаний и суждений. Встречается преимущественно при гемипаретической и гиперкинетической формах ДЦП. Неусидчивость, легкая пресыщаемость в процессе обучения, преобладание игровых мотивов часто приводят к низкой успеваемости, поэтому важно создать у ребенка заинтересованность в выполнении работы. При воспитании в неблагоприятных условиях жизни и воспитания, при наличии





гоприятных условиях у детей наблюдаются реакции имитации, что может приводить к нарушению режима занятий, уклонению от них, уходу с уроков, асоциальному образу жизни. Регламентированные условия стационара временно компенсируют черты неустойчивой личности, но в последующем легко возникает декомпенсация, поскольку такие дети легко поддаются отрицательному влиянию. Профилактические мероприятия должны быть направлены на нормализацию социальных условий, выработку волевых усилий, реабилитационной настроенности с яркой эмоциональной заинтересованностью.

5. Истероидный вариант характеризуется эгоцентризмом, капризностью, упрямством, чрезмерными требованиями повышенного внимания к себе. Особое значение в формировании такого типа имеет неправильное воспитание по типу «кумир семьи». Часто отмечается непослушание, нежелание трудиться, нарушения режима. Декомпенсация может наступать как при психотравмирующем воздействии (при этом психогенные реакции часто носят характер острых, с моторным возбуждением, усилением тонуса и гиперкинезов, синкинезий, вегетососудистыми нарушениями, демонстративными суицидальными тенденциями), так и при пресыщении однообразным будничным трудом, при отсутствии эмоционально насыщенных заданий, при нереализованности стремления быть впереди. Относительная компенсация возникает параллельно с улучшением двигательных функций, при этом улучшается адаптация, налаживаются отношения с окружающими. При построении реабилитационной работы необходимо предлагать ребенку эмоционально насыщенные занятия (дети охотно выполняют престижные поручения, играют в школьном театре, любят яркую одежду, музыку), сочетать требовательность и поощрение ребенка, использовать коллективную психотерапию для преодоления эгоцентризма, трудотерапию с частым переключением на разные виды деятельности. Семейная психотерапия должна строиться с разъяснением нерационального воспитания по типу гиперопеки.
6. Диспропорциональный тип характеризуется сочетанием черт незрелости и парциальной психической акселерации, чему способствует воспитание по типу гиперопеки, в условиях недостатка общения и отсутствия опыта, при этом дети начитанны, чрезмерно серьезные, но часто не критичны, недоучитывают ситуацию.

При изучении основных личностных особенностей больных церебральными параличами с использованием детского варианта личностного вопросника Кеттелла [19] было обнаружено, что доминирующими личностными чертами больных являлись повышенная тревожность, неуверенность в себе, склонность к постоянным сомнениям и опасениям, чувство постоянной напряженности, общей раздражительности, неудовлетворенности собой и окружающими, чувство повышенной ответственности и контроля. При этом они обнаруживали эмоциональную неуравновешенность, повышенную психологическую ранимость, сниженную устойчивость к психологическим нагрузкам. Обращало на себя внимание наличие у некоторых больных относительно ограниченного запаса знаний и сведений, преобладание конкретности в мышлении. Эти данные свидетельствуют, что даже у тех больных ДЦП, у которых клинико-психопатологическим методом не обнаруживались явные личностные изменения, все же имела место латентная тенденция к постепенному их формированию [19].

Различные особенности личности у больных ДЦП обуславливают разные формы преодоления болезни и компенсации дефектов [8, 31–33].

Имеются данные, подтверждающие влияние психологических особенностей детей с ДЦП на эффективность ортопедо-хирургического лечения [22]. Дети, отличающиеся повышенной зависимостью от других в разрешении конфликта, болезненной фиксацией на своем дефекте, легче переносят послеоперационный период, но, несмотря на успешные хирургические вмешательства, двигательная активность их была значительно снижена, наблюдались фобии, несамостоятельность. Дети с самообвиняющей направленностью реакций (робкие, неуверенные в своих силах) переносили послеоперационный период хуже, но включались в реабилитационные мероприятия быстрее, были более активны, чем больные из предыдущей группы, поэтому отдаленные результаты оказались лучше. Дети с повышенной активностью в разрешении конфликтных ситуаций, агрессивными установками в послеоперационный период жаловались на боль, требовали пристального внимания к себе, но были значительно активнее, чем дети других групп, у них быстрее формировались новые двигательные стереотипы, что способствовало лучшей социальной адаптации и самостоятельности.

Необходимо отметить, что реабилитационные мероприятия сами могут вызывать состояния компенсации-декомпенсации и определять те или иные изменения психического статуса ребенка.

При изучении влияния хирургического лечения на психологические особенности детей с ДЦП [11] было выявлено, что при поступлении в стационар у большинства детей не наблюдалось выраженных психогенных реакций, лишь у некоторых отмечались растерянность, астенофобические расстройства с усилением мышечного тонуса и гиперкинезов, что купировалось назначением транквилизаторов. Тем не менее, больные с радостью ожидали операции, поскольку видели примеры улучшения у других детей после оперативных вмешательств. В послеоперационном наблюдении отмечались три временных периода формирования нервно-психических нарушений, рассматриваемых как декомпенсация, обусловленная соматопсихическим фактором:

- 1) астенодинамический (от 2 до 6 сут) период характеризовался усилением вазовегетативных нарушений, нарастанием гипертензионного и дисбалансом гипоталамического синдромов;
- 2) для периода усиления церебрастенической симптоматики (2–3 нед) были характерны раздражительная слабость, гиперестезия, эмоциональная лабильность, депрессивные реакции, особенно у младших, ожидающих с нетерпением непосредственных результатов операции и с трудом переносивших боль и бездвигательность, обусловленные гипсовыми повязками; кроме того, в этот период заострялись все имевшие место ранее личностные особенности: дети с астено-невротическими расстройствами становились еще более робкими, позже включались в активную реабилитацию, стеничные больные легче переносили послеоперационный период и были меньше подвержены депрессии. Даже подростки с патологическим развитием личности по возбудимому типу проявляли выдержку, активно включались в реабилитацию. Больные с истерическими чертами резко реагировали на боли, жалобы были преувеличенными;
- 3) период обратного развития церебрастенических и интеллектуально-мнестических нарушений, связанных с операцией, продолжительностью 1–1,5 мес.



В целом отдаленные результаты влияния хирургической коррекции на особенности формирующейся личности в большинстве случаев могут быть расценены как состояния относительной компенсации патологических черт ввиду уменьшения действия психогенного фактора и чувства переживания собственной неполноценности, в силу расширения двигательных возможностей, уменьшения косметического дефекта, с расширением круга общения, улучшением социальной адаптации [11].

С целью оценки динамики синдромов психических нарушений у детей с церебральным параличом в процессе комплексной реабилитации нами было обследовано 198 пациентов [1, 6, 21].

При оценке степени контакта больных (не изменен, снижен, без дистанции, отсутствует) нами выявлено, что сохраненный контакт отмечался у 1/3 детей, без чувства дистанции — у 19% (чаще при гиперкинетической форме), у 11,2% детей контакт отсутствовал (преимущественно при двойной гемиплегии). При проведении комплексного лечения улучшение отмечалось у 84,2% детей. Рассеянность внимания наиболее высока при гиперкинетической форме, спастической диплегии (88,6%). Поскольку ни одно из проявлений высших психических функций не должно рассматриваться изолированно, нами изучались особенности эмоциональной сферы детей с ДЦП. В структуре эмоций превалировало их обеднение — у 20,7%, на фоне их недостаточной адекватности — у 19%. Чем сохраннее интеллект, тем больше с возрастом начинали доминировать эмоциональная лабильность, эйфория. На фоне лечения улучшение отмечалось у 90% детей.

Расторможенное поведение наблюдалось у 42% детей, особенно при неглубоких психических дефектах, на фоне гиперсимпатикотонии. У 1/3 детей поведение было адекватно ситуации. С возрастом улучшение поведенческих реакций отмечалось у 74% детей с церебральным параличом.

Анализ навыков показал, что у 65% детей с церебральными параличами игровые навыки снижены по ряду причин: задержка психоречевого развития, выраженные двигательные нарушения, церебрастения. Навыки самообслуживания отсутствовали у 40% детей, только 20% одевались сами, около 1/4 детей даже в более старшем возрасте не могли самостоятельно пользоваться туалетом. Положительная динамика при обучении наблюдалась у 88% больных.

Рисовать после длительной реабилитации могли только 62% пациентов, овладели письмом — 64%, при этом его качество, как и орфография, зависели от состояния двигательной и интеллектуальной сферы.

У 50% больных отмечалось снижение продуктивности интеллектуальной деятельности, причем половина детей не давала улучшения на фоне лечения, что утяжеляло процесс обучения.

Система комплексной реабилитации психических расстройств при ДЦП должна включать медицинскую, психолого-педагогическую и социальную реабилитацию, подразумевать проведение мероприятий, ориентированных на формирование психических функций и способностей, позволяющих ребенку усваивать и выполнять различные социальные роли, адаптироваться в обществе, то есть направленных на восстановление медицинских и психологических механизмов социальной интеграции [34–39].

При оказании психолого-педагогической помощи детям с ДЦП актуальными являются следующие проблемы:

- 1) контактируют с педагогами и психологами только в стационаре более половины детей с церебральным параличом;

- 2) часто тактика лечения когнитивно-поведенческих расстройств у детей с ДЦП сводится к максимальному использованию медикаментозной терапии с недостаточным применением методов психолого-педагогической коррекции;
- 3) большинство методик, разработанных для школ и детских садов, не могут без адаптации использоваться в клиниках для детей с церебральным параличом из-за ограничения сроков пребывания больных;
- 4) требуются стандартные реабилитационные программы и схемы занятий, на которые мог бы опираться педагог-психолог во взаимодействии с другими участниками лечебного процесса (врачами, логопедами-дефектологами), для построения эффективной коррекционной работы для каждого пациента с учетом сложной структуры дефекта и многообразия сочетаний нарушений двигательной, сенсорной, когнитивной и поведенческой сферы;
- 5) не разработана система подготовки и нормативная база деятельности клинических психологов и педагогов-дефектологов, работающих в стационарах с детьми, страдающими ДЦП;
- 6) ввиду специфики медицинских учреждений дети оторваны от системы специального образования и не могут обучаться по программам школ VI–VIII вида;
- 7) несмотря на то, что большинство больных с церебральным параличом обучаемы (из них 20% — по программе массовой школы), в образовательных учреждениях по месту жительства отсутствуют условия, соответствующие двигательному развитию детей, а учителя не владеют методиками формирования школьных навыков при тяжелом поражении рук и речедвигательного аппарата;
- 8) при посещении как общеобразовательных, так и специализированных учреждений (в том числе школ-интернатов для детей с ДЦП) родители отказываются от стационарного лечения, чтобы ребенок не отстал от учебной программы;
- 9) не разработана тактика обучения родителей приемам восстановительного лечения ребенка в возрастном аспекте с учетом его психологических особенностей, уровня поражения и степени повреждения нервной системы, возрастной динамики симптомов заболевания, прогноза развития ребенка при различных формах заболевания, нарушения поведения и интеллектуального дефицита.

Основными принципами медико-психолого-педагогической коррекции у больных ДЦП должны являться: единство диагностики и коррекции, раннее начало и комплексный характер коррекционной работы (с сочетанной коррекцией двигательных, сенсорных, когнитивных и психических нарушений), организация работы в рамках ведущей деятельности с учетом возрастных особенностей ребенка, логически-последовательный принцип, личностно-ориентированный подход, принцип динамического наблюдения в процессе развития ребенка, единство коррекционной работы с ребенком и его окружением (семьей, социумом) [1, 6, 8, 37, 40].

Целесообразность реабилитации, ее приоритетные направления, оптимальные методические приемы определяются прежде всего тем, какие сферы психической деятельности оказались нарушенными, и тем, какие психические функции следует восстанавливать и развивать в первую очередь. Реализация индивидуальной программы реабилитации психических расстройств у пациента с ДЦП обеспечивается системой взаимодействия различных специалистов для рациональной организа-





ции работы. Медико-психолого-педагогическое воздействие должно проводиться комплексно усилиями врача, педагога-психолога, логопеда, дефектолога. Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-педагогической работы (индивидуальных, подгрупповых и фронтальных).

При планировании программы реабилитации при ДЦП обязательно должны учитываться особенности личности больного, структура психологических нарушений и механизмы их компенсации. Разнообразие психологических расстройств у детей с ДЦП требует использования всего спектра возможностей комплексного психолого-педагогического воздействия: методов коррекционной педагогики, дефектологической и логопедической коррекции, кондуктивной педагогики, системы Монтессори, психотерапии (в том числе семейной), адекватного выбора образовательного учреждения и трудотерапии [1, 2, 6, 23].

Психологическая реабилитация включает в себя ряд направлений [21, 24, 28, 32]:

1. Коррекция представлений о внутренней картине болезни, ее прогнозе, риске заболевания для жизни, положении больного в социальной микро- и макро-структуре; определение масштаба переживания.
 2. Коррекция деонтологической ситуации.
 3. Коррекция мотивации к здоровью, реабилитации, трудовой деятельности, социальной активности.
 4. Коррекция системы отношений личности пациента (медперсонал, семья, коллектив, друзья и др.).
 5. Психологическая активация и нормализация поведения пациента в соответствии с адекватной реабилитационной перспективой. Психологическая реабилитация больного с ДЦП с учетом возраста и интеллектуальных возможностей может проводиться по многим направлениям:
- индивидуальная психотерапия, или личностно-ориентировочная (конструктивная);
 - групповая патогенетическая терапия;
 - аутогенная тренировка;
 - создание психологического климата;
 - библиотерапия, культурологические мероприятия;
 - психотерапевтическая направленность реабилитации;
 - трудотерапия;
 - обучение и использование современных компьютерных средств и технологий;
 - психогимнастика с использованием ритмики, пантомимы, танцев;
 - организация клуба бывших пациентов;
 - психотерапевтическая направленность спортивных игр;
 - психотерапия семьи, общества;
 - обучение работников социальных и общественных служб особенностям работы с инвалидами в социуме;
 - создание адаптированной к использованию инвалидами городской среды.

Выполнение этих мероприятий необходимо для того, чтобы ребенок-инвалид мог располагать новым социумом, который является для него и образом жизни.

В структуру психотерапевтических мероприятий должно включаться предупреждение формирования патологического развития личности с учетом интеллектуального дефекта, поскольку клинические симптомы олигофрении полиморфны по характеру и степени выраженности психопатологических проявлений [15, 21, 24].

Определяющим фактором успешности психолого-педагогической реабилитации является участие в ней семьи больного ребенка. В силу огромной роли семьи в процессах становления личности ребенка необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы

максимальным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Родители — важнейшие участники психолого-педагогической работы, организуемой с ребенком, особенно если он по тем или иным причинам не посещает образовательное учреждение [21, 41, 42].

Задача родителей помочь ребенку в сложных условиях болезни раскрыть весь заложенный в него природой потенциал развития, сформировать компенсаторные возможности, подготовить к школе, сделать максимально приспособленным к пребыванию в детском коллективе и в перспективе к самостоятельной жизни — пусть иногда простой, но полезной профессиональной деятельности. Именно семья, родители — основной источник, из которого могут черпать силы и энергию больные дети. Семья, чаще всего мать, могут дать ребенку предпосылки осмысления и в дальнейшем самостоятельного применения всех человеческих достижений и навыков.

Но зачастую общение родителя с ребенком с ограниченными возможностями имеет такие особенности, которые мешают правильному, гармоничному развитию личности ребенка, и существенно затрудняют проведение эффективной психолого-педагогической коррекции, при этом отношения с родителями являются дополнительным инвалидизирующим фактором в психическом развитии ребенка.

В отношении родителей к ребенку с ограниченными возможностями можно выделить несколько моделей поведения [41, 42]:

- Безусловное принятие ребенка и его дефекта: объективное восприятие реальности родителем и адекватная оценка ребенка (у родителя нет чувства вины или отвержения ребенка, главным принципом является «достижение как можно большего, где возможно», к ребенку предъявляются адекватные требования с учетом возраста и уровня развития, присутствует вера в собственные силы и способности ребенка). Данный тип воспитания наиболее благоприятен для достижения положительных результатов реабилитации.
- Реакция отрицания дефекта родителями: характерно неприятие дефекта и непризнание ограничений (неадекватность восприятия состояния ребенка); честолюбивые родители настаивают на высокой успешности деятельности ребенка. Данный тип воспитания может оказывать позитивное воздействие в случае обладания ребенком сильным типом нервной системы, когда отношение родителей стимулирует напряжение и борьбу с недугом, за которыми следует развитие. В противном случае, если у ребенка слабый тип нервной системы, может произойти нарушение личностной сферы ребенка, так как у него повышается нервное напряжение. Реакция отрицания дефекта требует определенной психокоррекционной работы с родителями больного ребенка.
- Реакция чрезмерной защиты, гиперопеки: проявляется в чрезмерной заботе и защите ребенка от всех реальных и мнимых опасностей, когда родитель делает слишком много за ребенка, что приводит к его инфантилизации, симбиотической привязанности к матери.
- Скрытое отречение и отвержение ребенка: дефект ребенка воспринимается как позор, налицо отрицательное отношение или отвращение к ребенку, скрытое за чрезмерно заботливым и предупредительным воспитанием (по типу максимального удовлетворения физических и игнорирования эмоциональных потребностей). Для таких родителей характерно педантичное стремление выглядеть образцовыми родителями.





- Открытое отречение, отвержение: осознание родителем враждебного чувства к ребенку, которое порождает чувство вины и вызывает защитные реакции в виде обвинения врачей, учителей и общества в возникновении предрассудков по отношению к больному ребенку.

Известно, что в основе конструктивного отношения к ребенку и его дефекту лежит способность родителя безусловно принимать своего ребенка. Другие типы отношения негативно влияют на формирование личности ребенка, задерживают и мешают его развитию, а также снижают эффективность реабилитационных мероприятий. Реакции отрицания дефекта, скрытого отречения и гиперпротекции свидетельствуют об условном принятии родителями индивидуальных особенностей ребенка, противоположным вариантом которого является отвержение, то есть гипопротекция и, как следствие, эмоциональная депривация. Чем более тяжелый дефект имеет ребенок, тем вероятнее появление у родителей реакций отвержения. Таким образом, объективные психофизические особенности ребенка могут оказывать влияние на характер детско-родительских отношений наряду с личностными особенностями самих родителей [33].

Именно поэтому важно не только своевременно выявить неправильное отношение к ребенку, но и скорректировать его, для чего необходимо провести полное обследование детско-родительских отношений: определить стиль семейного воспитания, исследовать мотивационную сферу родителей, определить их ожидания. При выявлении высокой тревожности родителей, недостаточно эффективного стиля воспитания, неумения учитывать возможности ребенка и вследствие этого предъявления к нему завышенных требований проводится коррекционная работа, в том числе и с использованием групповых тренингов, по преодолению тревожности и повышению родительской компетентности.

Работа в семье должна включать следующие основные направления развития личности ребенка [21, 36, 41, 42]:

- максимально возможное развитие двигательных функций, навыков самообслуживания, гигиены, передвижения, труда;
- развитие речи, крупной и мелкой моторики, сенсорики, умственное развитие с учетом индивидуальных физических и умственных возможностей каждого ребенка, представлений об окружающем мире;
- формирование активной жизненной позиции;
- подготовка к школе;
- ранняя профессиональная ориентация, выбор дальнейшей сферы деятельности;
- психологическая подготовка и осознание своего будущего места в обществе, значение своей личности, гарантия осознания своей необходимости в обществе.

Для создания благоприятных условий воспитания в семье родителям прежде всего необходимо знать особенности заболевания ребенка, его возможности и перспективы развития, грамотно организовать его социально-бытовые условия, в том числе режим дня, систематические целенаправленные коррекционные занятия, сформировать адекватную самооценку, правильное отношение к дефекту, развивать необходимые в жизни волевые качества. Для этого следует обязательное включение в жизнь ребенка игровой и посильной трудовой деятельности, а также его активное включение в повседневную жизнь семьи [21, 36].

Многоплановой и чрезвычайно важной работой является психосоциальная реабилитация семьи больного ребенка. Для каждой семьи существует своя линия пове-

дения врача и педагога-психолога, однако есть и общие принципы [21]:

- ранняя и полная информация о диагнозе и прогнозе;
- практические рекомендации;
- домашние посещения для снятия эмоциональных проблем;
- контакты и психологический климат в семье и его коррекция.

По нашим данным, около половины матерей детей-инвалидов ощущают себя несчастными, они напряжены, раздражены, гипозэмоциональны, не уверены в себе. Постоянно испытывают чувство тревоги 61% родителей детей с ДЦП, периодически возникающее чувство паники отмечают 71%. При хронически больном ребенке меняются как внутренние — семейные ресурсы (ввиду финансового стресса), так и внешние — потеря работы, либо работа не по специальности, ввиду чего развивается семейная дисгармония и физические ограничения (ограничение досуга, отдыха родителей, изменение личной жизни и нередко семейного статуса, поскольку более половины семей, имеющих ребенка инвалида, — неполные).

Согласно полученным нами результатам анкетирования, совсем не выделяют себе времени на отдых и развлечения 9% родителей детей с церебральным параличом, и 51% выделяют его недостаточно. Свое состояние здоровья только 1/3 родителей оценивала как хорошее, остальные — как удовлетворительное, при этом 52% родителей имели те или иные хронические заболевания.

Состояние депрессии возникает более чем у половины родителей детей с церебральным параличом по многим причинам. Желание иметь детей многоаспектно — это любовь, надежда на продолжение рода, передача культуры, синтез двух персон, а дети-инвалиды этих ожиданий порой не оправдывают. С возрастом у больного ребенка зачастую происходит не компенсация, а усугубление несостоятельности функции, также и у родителей происходит другая оценка ребенка, не всегда адекватная и не в лучшую сторону. Необходимо учитывать, что мотивировка родителей имеет защитный характер, иногда их беспокоит снижение социального статуса, незастенчивость дефекта ребенка. Тем не менее, специалист должен информировать родителей о диагнозе ребенка честно, не скрывая трудностей, но и не драматизируя их. Необходимо поддерживать оптимистическую ориентацию родителей, но незастенчиво пользоваться утешением без объяснения ситуации. Целесообразно говорить об адаптации, но не о полном выздоровлении, причем понятным языком, проводя терминологический скрининг. Большинство родителей хотят владеть полной информацией о болезни ребенка и методах лечения, и в последующем становятся лучшими «психологами-педиатрами», так как залог успешного лечения — в партнерстве. Необходимо психоэмоциональная поддержка семьи с положительной оценкой работы родителей, родственников и поощрением их.

При анализе цели обращений родителей детей с церебральным параличом в Консультативно-диагностический центр ФГБУ «НЦЗД» РАМН нами выявлено, что для уточнения диагноза обратились 16,4% (из них диагноз был подтвержден у 75,4%), по поводу назначения адекватного лечения — 81,9%, медико-генетического консультирования — всего 7% (при наиболее тяжелых формах заболевания). При анкетировании родителей нами было выявлено, что правильный диагноз ребенку до 1 года выставлялся в 39% случаев, от 1 года до 2 лет — в 40%, в 2–3 года — в 13%, в 3–4 года — в 4%, в 4–5 лет — в 2%, в 5–6 лет — в 2% случаев. Около половины родите-





лей были недовольны тем, как врачи информировали их о болезни ребенка.

Оценивали интеллект ребенка как нормальный 47,2% родителей, как близкий к нормальному — 13,9%, т.е. имело место завышение оценки, что вполне объяснимо: практически все дети с церебральными параличами дают на фоне развития положительную динамику в виде приобретения двигательных функций, речевого развития, навыков самообслуживания, на этом фоне дефекты психики нивелируются. В возможность полного выздоровления ребенка в результате реабилитации верили 44% родителей, частичного выздоровления — 42%, только в улучшение навыков — 14%. Проводили активные поиски новых препаратов и методов лечения ДЦП 82% родителей, но с возрастом детей эта активность падала.

Эффективность каждого этапа реабилитации напрямую зависит от способности родителей закрепить полученные результаты как в стационаре, так и в домашних условиях, а иногда и осуществить некоторые этапы коррекционной программы самостоятельно, по согласованию с педагогом-психологом и врачами. По нашим данным, рекомендации в стационаре по использованию реабилитационных методик на дому получали 86% родителей, выполняли их полностью 81%, частично — 5%.

Родители должны являться активными участниками процесса реабилитации, поэтому в задачи педагога-психолога входит: объяснить родителям суть интеллектуальных, речевых и эмоциональных проблем ребенка; помочь найти оптимальный подход к ребенку и занятиям с ним; разъяснить задачи текущего этапа работы; продемонстрировать формы работы во время консультационных занятий; помочь в выборе необходимого учебного и методического материала; четко фиксировать и обсуждать положительную динамику в развитии ребенка, как спонтанную, так в результате занятий; активно вовлекать семью в занятия; предлагать «домашние задания» как во время пребывания в больнице, так и во время перерывов в стационарном лечении.

Максимальная частота и продолжительность курсов психолого-педагогической коррекции в стационаре необходима [36]:

- когда психолого-педагогическое воздействие по результатам предыдущих курсов эффективно, отмечена положительная динамика;
- структура и степень поражения двигательной и психической сферы ребенка таковы, что динамика их развития решающим образом влияют на прогноз в отношении социальной адаптации данного пациента;
- отсутствует возможность адекватной психолого-педагогической помощи по месту жительства.

Вместе с тем клинический опыт показывает, что длительное многомесячное пребывание ребенка в стационаре может вызвать состояние декомпенсации (так называемый госпитализм) с усилением безынициативности, иждивенчества, депрессии, суицидальных тенденций вследствие социальной депривации.

Нельзя забывать и о такой проблеме детской инвалидности, как суицид, поскольку подросткам, остро переживающим свою физическую неполноценность, свойственны аутоагрессивные поступки [8, 28, 32]. В целом суицидальное поведение детей и подростков характеризуется следующими особенностями: во-первых, недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий (они не предусматривают действительной возможности летального исхода, отсутствуют четкие границы

между истинным суицидом и шантажно-демонстративным поступком, который, тем не менее, опасен для жизни); во-вторых, имеется незначительность, несерьезность мотивов самоубийства, что затрудняет профилактику; в-третьих, часто отсутствует зависимость суицидальной попытки от депрессии, которая носит скрытый характер. У детей и подростков с ДЦП суицидальные тенденции нередко занимают важное место в клинической картине. Причиной их возникновения могут быть переживание одиночества, чувство отвержения в связи с невозможностью участия в подвижных играх; переживание угрозы утраты родительской любви (рождение второго ребенка, изменение состава семьи, смерть родителей); недовольство внешностью, особенно при наличии ярко выраженных внешних деформаций (искажение походки, гиперкинезы мышц лица), чаще у девушек. Демонстративное суицидальное поведение с целью наказать родителей, обидчика, без стремления покончить с собой наблюдается у подростков с истероидными и неустойчивыми чертами личности, чему способствует воспитание по типу гиперопеки. Несмотря на «несерьезность» намерений, при отсутствии помощи такое поведение может привести к осуществлению самоубийства. В группу риска входят также лица, которые ранее совершали суицидальные действия. Аффективное суицидальное поведение — суицид на высоте сильного переживания — наблюдается преимущественно у эмоционально-лабильных подростков, чаще с гиперкинетической формой ДЦП, и представляется наиболее опасным, так как иногда протекает при суженном сознании. Наиболее глубокое переживание дефекта наблюдается в подростковом периоде, после окончания школы-интерната и попадания в среду здоровых сверстников. Критическим периодом является и послеоперационный, поскольку зачастую отсутствует ожидаемый больным быстрый результат, появляются чувство разочарования и безнадежности, особенно при длительном ожидании операции, которое к тому же иногда вызывает нарушение вегетореакций и ряд других функциональных изменений в организме. Для профилактики суицидов внимание персонала специализированных учреждений должно быть направлено на раннее выявление психогенных реакций, связанных с переживанием чувства собственной неполноценности, суицидальных мыслей, с учетом того, что для большинства таких больных свойственно игнорирование дефекта. Для решения этой задачи рекомендуется выявлять группы риска по суициду, организовывать картотеку таких больных, обеспечивать активный патронаж лиц с суицидальными тенденциями участковым детским психиатром, проводить психотерапию, обращать внимание врачей на атипичность депрессии; необходимо скрывать от детского коллектива суицидальные попытки, поскольку детям свойственна повышенная внушаемость, склонность к подражанию [8].

Необходима ранняя профориентация, позволяющая развивать двигательные и психические способности в зависимости от выбранной профессии [8, 21, 32].

Ранняя и всесторонняя диагностика психических нарушений при детских церебральных параличах, адекватное и своевременное проведение психолого-медико-педагогических коррекционных мероприятий, разработка дифференцированных мер воздействия позволяют предотвратить патологическое формирование личности у детей-инвалидов, повысить эффективность комплексной реабилитации, что способствует их более успешной социальной адаптации и эффективной общественной интеграции.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Немкова С.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: Учебно-методическое пособие. М., 2012. 56 с.
2. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология. М.: Литтерра. 2011. 630 с.
3. Немкова С.А., Заваденко Н.Н., Намазова-Баранова Л.С. и др. Диагностика и коррекция когнитивных расстройств у детей с церебральным параличом: Учебно-методическое пособие. М., 2011. 32 с.
4. Ito J., Araki A., Tanaka H., Tasaki T., Cho K. Intellectual status of children with cerebral palsy after elementary education. *Pediatric Rehabilitation*. 1997; 1 (4): 199–206.
5. Савина М.В. Проблемы психического развития детей и подростков с детским церебральным параличом. *Международный медицинский журнал*. 2010; 3.
6. Немкова С.А., Маслова О.И., Заваденко Н.Н., Каркашадзе Г.А. Особенности диагностики и реабилитации когнитивных расстройств у детей с церебральным параличом. *Детская и подростковая реабилитация*. 2012; 1: 14–16.
7. Немкова С.А., Маслова О.И., Каркашадзе Г.А. и др. *Педиатрическая фармакология*. 2012; 3.
8. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев: Вища школа. 1987. 269 с.
9. Вассерман Е.Л., Катышева М.В. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1998; 2: 45–52.
10. Немкова С.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И., Заваденко Н.Н., Холин А.А., Каркашадзе Г.А., Мамедьяров А.М., Нестеровский Ю.Е., Говорун С.В. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений. Учебно-методическое пособие. М.: Союз педиатров России. 2012. 60 с.
11. Калижнюк Э.С. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1983; 83 (10): 1552–1556.
12. Левченко И.Ю. Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации. Автореф. дис. ... докт. псих. наук. М., 2001.
13. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001.
14. Баранов А.А., Ключкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Никитин С.С., Артеменко А.Р., Мамедьяров А.М. *Педиатрическая фармакология*. 2012; 9 (6): 24–32.
15. Лебедев В.Н. Нарушения психического развития у детей с церебральными параличами. М., 1991.
16. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб.: Изд-во СПбГУ. 2001. 158 с.
17. Мастюкова Е.М. Дети с церебральным параличом. Специальная психология. Под ред. В.И. Лубовского. М., 2003.
18. Поппандова М.Ю. Исследование некоторых гностико-практических функций у детей, страдающих церебральным параличом, в связи с задачами восстановительной терапии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1971.
19. Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф. Психологическое обследование детей с органическими поражениями центральной нервной системы, в том числе с детскими церебральными параличами: Методические рекомендации. Харьков. 1995. 21 с.
20. Jenks K.M., de Moor J., van Lieshout E.C., Maathuis K.G., Keus I., Gorter J.W. The effect of cerebral palsy on arithmetic accuracy is mediated by working memory, intelligence, early numeracy, and instruction time. *Developmental Neuropsychology*. 2007; 32 (3): 861–79.
21. Маслова О.И. Динамика клинических синдромов органических поражений нервной системы у детей при длительной реабилитации. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1992.
22. Мамайчук И.И., Умханов Х.А. *Ортопедия, травматология и протезирование*. 1986; 11: 58–61.
23. Лаврентьева А.Н. Социально-бытовая адаптация детей с церебральными параличами в условиях реабилитационного учреждения. Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Якутск. 2002. 23 с.
24. Баранов А.А., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. Онтогенез нейрокогнитивного развития детей и подростков. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2012; 8: 26–33.
25. Мастюкова Е.М. Особенности личности учащихся с церебральным параличом. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Под ред. Т.А. Власовой. М.: Педагогика. 1985. С. 70–89.
26. Кириченко Е.И. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1983; 9: 1390–1394.
27. Калижнюк Э.С. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1985; 3.
28. Тюрин А.В. Психологическая адаптация инвалидов с последствиями детского церебрального паралича. Автореф. дис. ... канд. псих. наук. Москва. 2000. 26 с.
29. Раменская О.Л. Психологическое исследование личности дошкольников с церебральным параличом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1979. 23 с.
30. Ипполитова М.В., Чернобровкина Е.Д. Педагогам и воспитателям о детях с отклонениями в развитии. Методическое пособие. М.: ИКП РАО. 1994. 80 с.
31. Левченко И.Ю., Кузнецова Г.В. Основные принципы и методы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими детским церебральным параличом. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. М., 1991.
32. Крыжко Е.В. Личностно-ориентированная психологическая коррекция подростков с церебральным параличом. Автореф. дис. ... канд. псих. наук. СПб., 2009.
33. Фадеева Е.В. Влияние двигательной патологии на личностное развитие подростков с церебральным параличом. Автореф. дис. ... канд. псих. наук. Н. Новгород. 2010.
34. Приходько О.Г. Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом. Автореф. дис. ... докт. пед. наук. Москва. 2009.
35. Немкова С.А., Кобрин В.И., Сологубов Е.Г. и др. *Неврологический журнал*. 2000; 2: 20–24.
36. Левченко И.Ю., Павловская Н.Т. *Коррекционная педагогика*. 2006; 2 (14): 5–12.
37. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М.: Просвещение. 1989. 77 с.
38. Немкова С.А., Маслова О.И., Заваденко Н.Н. *Социальная педиатрия и реабилитология*. 2012; 1.
39. Nemkova S.A., Maslova O.I., Zavadenko N.N. The use of space technologies for the rehabilitation of the cognitive disorders in children with cerebral palsy. *Europaediatrics-2011. Viena*. 2011.
40. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. М.: Кодекс. 2007. 616 с.
41. Целевич Т.И. Социально-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с тяжелыми формами церебрального паралича на этапе его подготовки к школьному обучению. Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Омск. 2008.
42. Использование препаратов ботулотоксина А в комплексной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Пособие для врачей. Под ред. Е.Т. Лильина. Москва. 2008. 96 с.
43. Ключкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедьяров А.М. Ранний опыт применения ботулинотерапии у детей со спастическими формами ДЦП с поражением верхних конечностей. II ежегодная междисциплинарная научно-практическая конференция с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей» 15–16 ноября 2012 года. *Материалы конференции*. С. 83–84.