

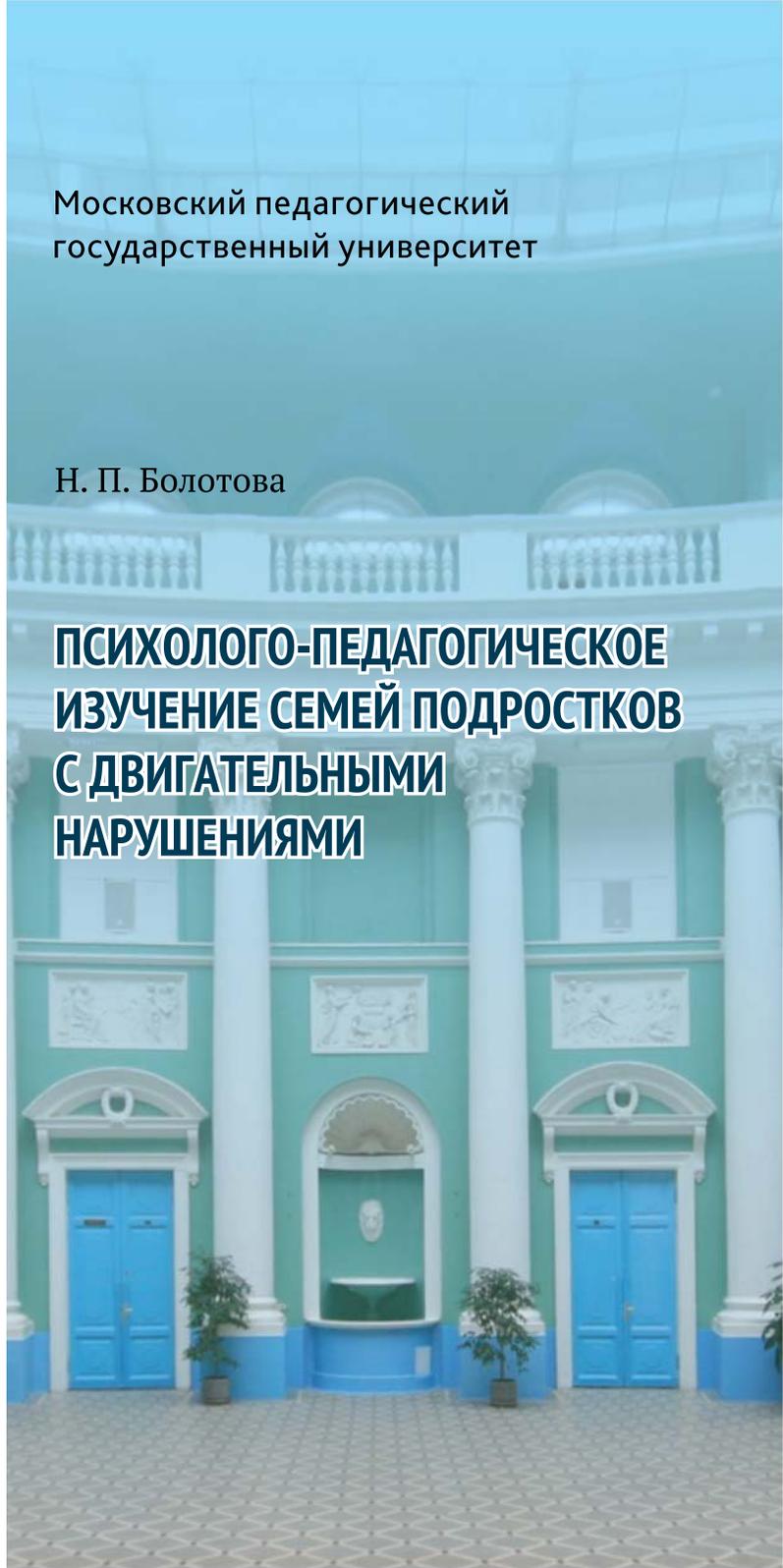


Московский педагогический
государственный университет

Н. П. Болотова

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СЕМЕЙ ПОДРОСТКОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Москва
2018



**Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Московский педагогический государственный университет»**



Н. П. Болотова

**Психолого-педагогическое изучение
семей подростков
с двигательными нарушениями**

Монография

МПГУ
Москва • 2018

УДК 159.9:61+159.9:316
ББК 88.482+88.56
Б79

Рецензенты:

Левченко И. Ю. – доктор психологических наук, заведующая лабораторией инклюзивного образования
Института специального образования и комплексной реабилитации МПГУ

Ткачева В. В. – доктор психологических наук, профессор МПГУ

Болотова, Наталья Петровна.

Б79 Психолого-педагогическое изучение семей подростков с двигательными нарушениями : монография. – Изд. 2-е, доп. – Москва : МПГУ, 2018. – 110 с.

ISBN 978-5-4263-0604-2

В книге рассматриваются важнейшие проблемы в семьях, воспитывающих подростков с двигательными нарушениями. Автор анализирует научные данные по изучению семейной системы, рассматривает индивидуально-психологические особенности подростков с нарушениями движений, личностные характеристики их родителей и родительское отношение к проблеме.

Монография адресована психологам, педагогам, врачам, специалистам по социальной работе, студентам психологических, педагогических и дефектологических факультетов, слушателям курсов повышения квалификации, а также родителям.

УДК 159.9:61+159.9:316
ББК 88.482+88.56

ISBN 978-5-4263-0604-2

© МПГУ, 2018
© Болотова Н. П., 2018

Введение

Одной из важнейших социальных проблем современного российского общества является рост детской инвалидности и, как следствие, возникновение устойчивой социально-психологической дезадаптированности их семей. Значительное увеличение числа детей с ограниченными возможностями здоровья создает серьезные социальные, экономические и психологические проблемы, как для семьи, так и для общества в целом. Изменение государственного и общественного отношения к институту семьи ребенка-инвалида детерминирует процесс научного исследования различных аспектов ее функционирования.

Ежегодно в России выявляется свыше 4,5 тысяч детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА), среди которых наиболее распространенным заболеванием является детский церебральный паралич (ДЦП). В специальной психолого-педагогической литературе за последние четверть века проблеме изучения, обучения и воспитания детей с нарушениями ОДА посвящены многочисленные исследования отечественных клиницистов (Л. О. Бадалян, Э. С. Калижнюк, Е. И. Кириченко, Е. В. Козлова, В. Д. Левченкова, Е. Т. Лильин, Е. М. Мاستюкова, С. Н. Пузин, К. А. Семенова, В. И. Стародубов), педагогов (Е. Ф. Архипова, Ю. Ю. Белякова, А. А. Гусейнова, М. В. Ипполитова, Г. В. Кузнецова, О. Г. Приходько, Т. Н. Симонова, О. В. Титова), психологов (Е. А. Алексева, С. В. Коноваленко, И. Г. Ларионова, И. Ю. Левченко, И. И. Мамайчук, В. В. Ткачева, Е. В. Устинова, Н. Б. Шабалина) и зарубежных ученых (N. Votta, I. Dunkan, W. V. Little, P. W. Power, Volpe, B. A. Wright и др.).

Родители детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности, с двигательными нарушениями, в процессе их воспитания и развития сталкиваются с множеством трудноразрешимых жизненных проблем. Подавляющее большинство семей с детьми с нарушениями ОДА живут в условиях постоянного стресса. Различные аспекты изучения семей, воспитывающих детей и подростков с двигательными нарушениями, были представ-

лены в исследованиях Э. С. Калижнюк, И. Ю. Левченко, И. И. Мамайчук, В. В. Ткачевой, Е. В. Устиновой. Однако, как свидетельствует практика, проблемы в таких семьях вариативны, что всегда предполагает необходимость их дополнительного изучения.

Важным аспектом психологической помощи семье является адекватное включение всех ее членов в процесс формирования и воспитания подростка с двигательными нарушениями. Использование эффективных средств психологической коррекции (игровой психотерапии, семейной системной психотерапии, арттерапии и др.) с целью преодоления проблем в семьях подростков с двигательными нарушениями позволяет оптимизировать внутрисемейный климат, восстановить позитивный ресурс родительно-детских и детско-родительских взаимоотношений, задать адекватный психолого-педагогический маршрут гармоничного развития ребенка с двигательными нарушениями (Т. А. Добровольская, И. Ю. Левченко, Е. А. Медведева, Э. Г. Эйдемиллер и др.).

Актуальность исследования обусловлена значимостью проблем, выявленных в семьях, воспитывающих подростков с двигательными нарушениями, а также малочисленностью исследований, посвященных преодолению дисгармонии во внутрисемейном межличностном взаимодействии.

Глава 1

Научный анализ проблем семей, воспитывающих подростков с двигательными нарушениями

Психологические особенности развития подростков с двигательными нарушениями

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» (ОДА) носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие органическое центральное или периферическое происхождение. Причинами этих расстройств могут быть генетические нарушения, а также органические повреждения головного мозга и травмы.

Клинические и психолого-педагогические особенности этой группы детей и подростков освещалась в исследованиях, как отечественных, так и зарубежных ученых: Е. А. Алексеевой, Е. Ф. Архиповой, Р. Д. Бабенковой, Л. А. Даниловой, М. В. Ипполитовой, Э. С. Калижнюк, И. И. Кириченко, Г. В. Кузнецовой, И. Ю. Левченко, В. Д. Левченковой, Е. Т. Лильина, И. И. Мамайчук, Е. М. Мастюковой, С. Н. Пузина, О. Г. Приходько, К. А. Семеновой, Т. Н. Симоновой, В. И. Стародубова, В. В. Ткачевой, Е. В. Устиновой, В. Д. Шадрикова, Н. Б. Шабалиной, L. Bender, N. Botta, E. Cardwell, S. Curtis, W. V. Little, E. Shude, I. Volpe, E. V. Yong и др.

Выделяют основные этиологические причины, обуславливающие многообразие и клиническую картину проявлений патологии опорно-двигательного аппарата:

1. Врожденная патология, обусловленная генетическими заболеваниями: продольные и поперечные формы аномалий развития конечностей; аномалии развития позвоночника; аномалии развития костно-мышечной системы: артрогрипоз, врожденное контрагирование мышц с вторичным контрагированием суставов, врожденная косолапость, вывихи бедер, врожденная плосковальгусная стопа (С. Н. Пузин и др., 2005).

2. Приобретенная патология в результате заболеваний костно-мышечной системы, различного рода травм (механических, температурных, химических), хирургических вмешательств по поводу сосудистой патологии, трофических нарушений, онкозаболеваний и других; травмы позвоночника; последствия травм костно-мышечной системы; деформации костей и суставов, ложные суставы, выраженные трофические нарушения, посттравматические ампутации конечностей, прогрессирующие деформации позвоночника; последствия полиомиелита, туберкулеза костей и суставов, различных видов остеомалации и другие; последствия эндокринных заболеваний и нарушений обменных процессов: деструкции и деформации костей и суставов, выраженной слабости мышечно-связочного аппарата и другие (С. Н. Пузин и др., 2005).

По данным многочисленных исследований из выявленных факторов риска рождения ребенка с нарушениями развития ОДА наиболее значимым являются следующие: осложнение течения беременности и отягощенные роды; наличие в акушерско-гинекологическом анамнезе матери длительного бесплодия, хронических заболеваний гениталий, выкидышей, мертворождений и многочисленных абортов; воздействие вредных веществ на производстве. Проживание в опасных для здоровья зонах (до рождения ребенка и во время беременности); возраст матери свыше 30 лет; наследственные заболевания в семье; тяжелая экстрагенитальная патология матери; употребление родителями алкоголя (В. И. Стародубов, 2006).

Нарушения функций ОДА наблюдаются у 5–7% детей. В общей численности детей с нарушениями ОДА преобладают мальчики (В. И. Стародубов, 2006).

При всем разнообразии врожденных, рано приобретенных заболеваний и повреждений ОДА у большинства детей и подростков с подобными нарушениями наблюдаются похожие проблемы. Основные категории жизнедеятельности зависят от степени сохранности ОДА: способность к самообслуживанию; способность к передвижению, координации и адекватному для возраста моторному поведению; способность к игровой деятельности; способность к обучению.

Значительная часть детей (90%), имеющая проблемы опорно-двигательного аппарата, страдает детским церебральным параличом (далее ДЦП). Распространенность ДЦП в регионах составляет от 1,7 до 2,9% на 1000 детского населения (К. А. Семенова, 1999). Установлено, что за последние 20 лет численность детей с ДЦП увеличилась и составила по Москве 1,88% на 1000 детей (М. А. Пронин, 2002).

Принято выделять пренатальные, натальные и постнатальные факторы, которые могут иметь отношение к происхождению ДЦП. На практике чаще всего встречаются комбинации вредных влияний, действующие на разных этапах развития (Л. О. Бадалян, К. А. Семенова).

Первое клиническое описание ДЦП было сделано В. Литтлем в 1853 году. В течение почти 100 лет детский церебральный паралич носил название «болезнь Литтля». 1893 году З. Фрейд объединил все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей и предложил новое название «детский церебральный паралич» – ДЦП.

В 1902 году М. Я. Брейтман описал клиническую и патолого-анатомическую картину ДЦП и отметил, что при данном заболевании страдает не только двигательная сфера, но и интеллект, и речь. В 50-х XX столетия годах специалисты отмечали, что ДЦП – это не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, отвечающее за движения, а приобретенное нарушение на ранних этапах развития головного мозга.

В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальном периоде или в периоде незавершенного процесса формирования структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств. Наблюдается не только замедленный темп психического развития в целом, но и неравномерный, диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций (Л. М. Шипицина, И. И. Мамайчук, 2001).

В 1983 году Л. О. Бадалян предложил назвать детские церебральные параличи следующим термином «дезонтогенетиче-

ские постуральные дискинезии». Автор отмечал, что поражение нервной системы при ДЦП представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение развития. «Эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений (Л. О. Бадалян, 1983).

«Детский церебральный паралич» – комплексное понятие, объединяющее ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга. ДЦП развивается в результате повреждений головного или спинного мозга на разных стадиях внутриутробного развития плода и во время родов. Основными клиническими симптомами ДЦП является расстройство двигательной функции, которой в большей части случаев сопутствуют нарушения психики, речи, зрения, слуха и другие. Комплексное, клинико-психолого-педагогическое изучение ДЦП основывается на изучении закономерностей формирования психики ребенка (Л. О. Бадалян, 1983; Л. Т. Журба, 1988; О. В. Тимонина, 1988; Э. С. Калижнюк, 1983; Е. М. Мастюкова, 1968; К. А. Семенова, 1968 и др.).

Исследования Е. М. Мастюковой (1982), К. А. Семеновой (1972), Г. Е. Сухаревой (1974) показали, что механизм нарушений развития психики при ДЦП сложен и определяется временем, степенью и локализацией мозгового поражения.

У детей и подростков с этим диагнозом в исследованиях отечественных и зарубежных клиницистов отмечается замедленное развитие психомоторных функций (И. И. Мамайчук, 2000).

При ДЦП поражается незрелый мозг, что приводит в дальнейшем к неравномерному развитию психики ребенка и является одним из важнейших условий нарушения познавательной деятельности и формирования личности (И. Ю. Левченко, 2001).

Дисгармоничное психическое развитие детей определяется нарушениями двигательного-кинестетического анализатора (К. А. Семенова, 1968, 1979), зрения и слуха (Э. С. Калижнюк, 1979; И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько, 2008), речи (Е. Ф. Архипова, 1975, 1979, 2009; Е. М. Мастюкова, 1982; И. И. Панченко, 1974, 1979), а также особенностями жизни и воспитания этих детей (Э. С. Калижнюк, 1987; В. В. Ткачева, 1999).

Патогенез двигательных нарушений у детей с ДЦП рассмотрен в работах К. А. Семеновой (1972). Автор выделяет пять форм ДЦП: двойная гемиплегия, спастическая диплегия, гиперкинетическая форма, гемиплегическая (гемипаретическая) форма, атонически-астатическая форма.

Двойная гемиплегия – наиболее тяжелая и труднокурабельная форма ДЦП. Характеризуется тяжелыми двигательными нарушениями во всех четырех конечностях, руки поражаются в той же степени, что и ноги, а иногда сильнее. Спастический тетрапарез формируется при тяжелом поражении обоих полушарий мозга.

Спастическая форма или болезнь Литтля – наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Она развивается при гипоксически-ишемическом повреждении головного мозга, чаще у недоношенных новорожденных. Характеризуется отсутствием движений в мышце или группе мышц. Основным признаком является повышение мышечного тонуса нижних конечностей, с ограничением объема и силы движения.

Гиперкинетическая форма – поражение подкорковых отделов мозга, играющих важную роль в осуществлении произвольного двигательного акта путем регуляции последовательности, силы и длительности мышечных сокращений. Проявляется насильственными произвольными движениями – гиперкинезами.

Гемиплегическая (гемипаретическая) форма обусловлена односторонним повреждением двигательной зоны коры головного мозга или основного двигательного пути. Гемиплегия бывает левосторонней и правосторонней.

Атонически-астатическая форма ДЦП характеризуется низким тонусом, трудностями в формировании вертикализации. В связи с этим происходит нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе; возникает дисметрия – несоразмерность, чрезмерность движений, которая проявляется в промахивании движений, также возникает интенционный тремор – дрожание конечностей.

Среди перечисленных форм детского церебрального паралича наиболее часто встречаются спастическая диплегия, гемипаретическая и атонически-астатическая формы патологии.

Содержание

Введение	3
Глава 1. Научный анализ проблем семей, воспитывающих подростков с двигательными нарушениями	5
Психологические особенности развития подростков с двигательными нарушениями	5
Влияние семьи на развитие и формирование личности подростков с двигательными нарушениями	23
Глава 2. Организация и содержание изучения семей, воспитывающих подростков с двигательными нарушениями	44
Организация психологического изучения семей	44
Методы исследования индивидуально-психологических особенностей подростков с двигательными нарушениями, личностных характеристик родителей и родительского отношения	46
Глава 3. Результаты изучения семей, воспитывающих подростков с двигательными нарушениями	54
Результаты анкетирования семей, воспитывающих подростков с двигательными нарушениями	54
Результаты изучения индивидуально-психологических особенностей подростков с двигательными нарушениями, личностных характеристик родителей и родительского отношения	63
Результаты изучения характеристик семей, воспитывающих подростков с двигательными нарушениями	69
Рекомендации для родителей	77
Заключение	79
Литература	81
Приложения	91